



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE  
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Nível de dependência e motivação para a cessação tabágica em  
adolescentes fumadores

Patrícia da Costa Tavares

Coimbra, março de 2021





# **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Nível de dependência e motivação para a cessação tabágica em  
adolescentes fumadores

Patrícia da Costa Tavares

Orientadora: Doutora Maria de Lurdes Lopes de Freitas Lomba, Professora Adjunta da  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Para obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Coimbra, março de 2021



“O que prevemos raramente ocorre;  
o que menos esperamos  
geralmente acontece.”

Benjamin Disraeli



Todos os adolescentes que procuram ajuda  
para os seus problemas,  
que este trabalho possa contribuir  
para um futuro mais risonho  
e com maior apoio.



## AGRADECIMENTOS

Aos Exmos Srs. Diretores da Escolas por me terem concedido a honra de realizar a colheita de dados nos respetivos estabelecimentos de ensino que dirigem.

A todos os adolescentes que se disponibilizaram a participar neste estudo, pela paciência e tempo despendido na resposta ao questionário.

Também a todos os professores que despenderam de um pouco do tempo das suas aulas para me conceder a oportunidade de aplicar o questionário aos seus alunos.

À orientadora Prof. Dr.<sup>a</sup> Maria de Lurdes Lopes de Freitas Lomba que me auxiliou em todo este caminho. Pela disponibilidade, empenho, celeridade e interrogação que tornou esta dissertação muito melhor.

A todos os professores do Mestrado de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra pelos ensinamentos, paciência, disponibilidade, compreensão e apoio que demonstraram ao longo de todo o curso e que foram essenciais para a conclusão do mesmo.

À minha avó, Dolores pela força ao longo destes dois anos e pela disponibilidade em escutar.

Aos meus pais por tudo aquilo que me deram, pelo apoio incondicional e pelo incentivo.

Ao meu irmão pelo auxílio ao longo deste longo caminho.

Ao meu noivo, João pelo apoio incondicional, compreensão e tolerância que sempre demonstra.

Por fim, a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para este trabalho, o meu muito obrigada.



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**APA** - American Psychiatric Association

**CEF** – Curso de Ensino e Formação

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

**DSM V** - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

**EFTA** – Escola Profissional de Formação em Turismo de Aveiro

**EPA** – Escola Profissional de Aveiro

**ESENF** – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**EUA** – Estados Unidos da América

**FBB** – Fundação Bissaya Barreto

**FTND** - Fagerström Test for Nicotine Dependence

**ICD** - Classificação Internacional de Doenças

**IHME** - Institute for Health Metrics and Evaluation

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**URICA** – University of Rhode Island Change Assessment

**UCISA-E** - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem



## RESUMO

Enquadramento: O sucesso da cessação tabágica não depende apenas do programa implementado, está também associado à motivação do indivíduo e da dependência do mesmo à nicotina (Granda-Orive et al., 2019). Segundo dados da OMS globalmente uma em cada dez raparigas, com idade entre os 13 e os 15 anos e um em cada cinco rapazes no mesmo intervalo de idades, consome tabaco (World Health Organization, 2014). Estudos comprovam que a maioria dos fumadores iniciou o consumo de tabaco na adolescência, sendo por isso um indicador de um maior risco de dependência (Muniz, 2018).

Objetivos: Avaliar o nível de dependência tabágica de adolescentes fumadores e a sua motivação para a cessação tabágica; verificar se existe relação entre ambas as variáveis.

Metodologia: Investigação quantitativa, descritiva e correlacional. A amostra é constituída por 88 adolescentes com idade entre os 16 e os 19 anos fumadores, que frequentam o 3º ciclo do ensino básico ou ensino secundário de escolas profissionais da zona centro. Para a colheita de dados foi aplicado um questionário de autopreenchimento constituído por um questionário de caracterização sociodemográfica e por duas escalas: Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina (FTND), que avalia o nível de dependência tabágica e a University of Rhode Island Change Assessment (URICA), que avalia a motivação para a cessação tabágica, validadas para a língua Portuguesa.

Resultados: Verificou-se uma prevalência do género masculino (61,4%). A média de idade dos adolescentes é de 17,19 anos. 82,9% frequentam o ensino secundário e 62,5% referem que pelo menos um dos progenitores fuma. Relativamente à dependência tabágica 71,6% apresentam um nível de dependência tabágica baixo. No que se refere à motivação para a cessação tabágica 48,9% dos alunos encontram-se no estágio da pré-contemplação. Observou-se que a idade dos adolescentes se relaciona negativamente com a sua dependência tabágica ( $p=0,019$ ). Foi também possível constatar que as restantes variáveis independentes (género, hábitos tabágicos parentais) não apresentam relação estatística com a dependência tabágica. Também nenhuma das variáveis independentes apresenta relação com a motivação para a cessação tabágica. Não se verificou relação entre a dependência tabágica e a motivação para a cessação tabágica.

Conclusão: A cessação tabágica é um processo complexo que é influenciada por vários fatores, tais como a dependência tabágica e a motivação para a cessação tabágica. O

conhecimento do estágio de motivação para a mudança é importante, como forma de adequar a intervenção a implementar ao estágio. Deste modo, consideramos essencial a criação de um programa de apoio específico para a cessação tabágica nos adolescentes, baseado na entrevista motivacional.

**Palavras-Chave:** adolescente, tabagismo, cessação tabágica, motivação

## **ABSTRACT**

**Context:** The success of smoking cessation does not depend only on the program implemented but is also associated with the individual's motivation and nicotine dependence (Granda-Orive et al., 2019). According to WHO data globally, 1 in 10 girls, aged between 13 and 15 years and 1 in 5 boys in the same age range, consumes tobacco (World Health Organization, 2014). Studies show that the majority of smokers started smoking in adolescence, which is an indicator of a higher risk of dependence (Muniz, 2018).

**Objectives:** Evaluate the degree of nicotine dependence in smoker adolescents and their motivation for smoking cessation; Understand if there is a relationship between the two variables.

**Methods:** quantitative, descriptive, and correlational investigation. The sample consists of 88 adolescents aged between 16 and 19 years old, who attend the 3rd cycle of basic or high school education in professional schools in the central area. For data collection, a self-administered questionnaire consisting of a questionnaire of sociodemographic characterization and two scales was applied: Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), which assesses the level of nicotine dependence and the University of Rhode Island Change Assessment (URICA), which assesses the motivation for smoking cessation, validated for the Portuguese language.

**Results:** There was a prevalence of males (61.4%). The average age was 17.19 years. 82.9% attending secondary school and 62.5% of students reporting that at least one of the parents smokes. Regarding smoking dependence, 71.6% have a low level of smoking dependence. Regarding the motivation for smoking cessation, 48.9% of students are in the pre-contemplation stage. It was observed that the age of the adolescents is negatively related to their smoking dependence ( $p = 0.019$ ). It was also possible to verify that the other independent variables (gender, parental smoking habits) have no statistical relationship with smoking dependence. Also, none of the independent variables is related to the motivation for smoking cessation. There was no relationship between smoking addiction and motivation for smoking cessation.

**Conclusion:** Smoking cessation is a complex process that is influenced by several factors, such as smoking addiction and the motivation for smoking cessation. Knowledge of the stage of motivation for change is important, as a way of adapting the intervention to be

implemented to the stage. Therefore, we consider it essential to create a specific support program for smoking cessation in adolescents, based on the motivational interview.

**Key-words:** Adolescent, tobacco use disorder, tobacco use cessation, motivation

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Escala URICA, distribuição dos itens por dimensão.....	51
<b>Tabela 2</b> - Distribuição dos adolescentes de acordo com o gênero .....	57
<b>Tabela 3</b> - Distribuição dos adolescentes de acordo com a idade em anos.....	58
<b>Tabela 4</b> - Estatística descritiva referente à idade dos adolescentes em anos.....	58
<b>Tabela 5</b> - Distribuição dos adolescentes de acordo com o ano de escolaridade que frequentam .....	59
<b>Tabela 6</b> - Distribuição dos adolescentes de acordo com os hábitos tabágicos dos progenitores .....	60
<b>Tabela 7</b> - Distribuição dos adolescentes de acordo com o nível de dependência tabágica .....	61
<b>Tabela 8</b> - Nível de dependência tabágica em função da idade dos adolescentes .....	62
<b>Tabela 9</b> - Nível de dependência tabágica em função do gênero dos adolescentes .....	63
<b>Tabela 10</b> -Distribuição do nível de dependência tabágica dos adolescentes em função dos hábitos tabágicos dos progenitores.....	64
<b>Tabela 11</b> - Distribuição dos adolescentes de acordo com o estágio de motivação para a mudança de comportamento .....	65
<b>Tabela 12</b> - Estádio de motivação para a mudança de comportamento em função da idade dos adolescentes.....	66
<b>Tabela 13</b> - Estádio de motivação para a mudança de comportamento em função do gênero dos adolescentes.....	67
<b>Tabela 14</b> - Estádio de motivação para a mudança de comportamento dos adolescentes em função dos hábitos tabágicos dos progenitores.....	68
<b>Tabela 15</b> - Correlação de Spearman (n=88) entre a idade dos adolescentes e o nível de dependência tabágica .....	69
<b>Tabela 16</b> - Relação entre a dependência tabágica e o gênero dos adolescentes usando o teste de Mann-Whitney.....	69
<b>Tabela 17</b> - Relação entre a dependência tabágica dos adolescentes e os hábitos tabágicos dos progenitores usando o teste de Mann-Whitney .....	70
<b>Tabela 18</b> - Correlação de Spearman (n=76) entre a motivação para a mudança de comportamento e a idade em anos dos adolescentes .....	70
<b>Tabela 19</b> - Relação entre o estágio de motivação para a mudança de comportamento e o gênero dos adolescentes usando o teste de Mann-Whitney.....	71

**Tabela 20** - Relação entre o estágio de motivação para a mudança de comportamento dos adolescentes e os hábitos tabágicos dos progenitores usando o teste de Mann-Whitney 72

**Tabela 21** - Relação entre o estágio de motivação para a mudança de comportamento e o nível de dependência tabágica dos adolescentes usando o teste de Kruskal-Wallis..... 73

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	21
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	25
1. A ADOLESCÊNCIA E O TABACO .....	27
1.1. A ADOLESCÊNCIA .....	27
1.2. EPIDEMIOLOGIA DO TABACO NA ADOLESCÊNCIA .....	31
1.3. EFEITOS DO TABACO NA SAÚDE .....	33
1.4. MEDIDAS DE PREVENÇÃO DO TABAGISMO NA ADOLESCÊNCIA ..	36
2. MOTIVAÇÃO PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA .....	39
2.1. MODELO TRANSTEÓRICO DA MUDANÇA .....	39
2.2. A CESSAÇÃO TABÁGICA NA ADOLESCÊNCIA .....	43
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA .....	47
1. METODOLOGIA .....	49
1.1. TIPO DE ESTUDO .....	49
1.2. FINALIDADES E OBJETIVOS DO ESTUDO .....	49
1.3. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO .....	50
1.4. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS .....	50
1.5. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	52
1.6. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....	53
1.7. ASPETOS ÉTICOS .....	53
1.8. ANÁLISE PSICOMÉTRICA DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS .....	54
1.9. PREVISÃO DO TRATAMENTO ESTATÍSTICO .....	55
2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	57
2.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA .....	57
2.2. CARATERIZAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA DO TABACO .....	60
2.3. CARATERIZAÇÃO DA MOTIVAÇÃO PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA .....	64

2.4. RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	68
CONCLUSÃO.....	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	79

## **ANEXOS**

**ANEXO I** – Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina

**ANEXO II** – Escala URICA

**ANEXO III** – Parecer da Comissão de Ética da UICISA-E da ESEnfC

**ANEXO IV** – Adenda ao parecer da Comissão de Ética da UICISA-E da ESEnfC

**ANEXO V** – Autorização da Direção Geral de Educação

**ANEXO VI** – Autorização dos Diretores das Escolas

**ANEXO VII** – Autorização dos autores da escala FTND

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I** – Instrumento de Colheita de Dados

**APÊNDICE II** – Consentimento Informado

## INTRODUÇÃO

Os efeitos nefastos do tabaco na saúde já são muito conhecidos, estando as políticas de prevenção do tabagismo também já disseminadas pela população em geral. Contudo, a prevalência do consumo de tabaco, nomeadamente na população adolescente continua a ser preocupante. De acordo com o inquérito nacional de consumo de substâncias psicoativas na população em geral de 2016/2017 em Portugal, o tabaco é a segunda substância psicoativa mais consumida, com uma prevalência de 38,8% nos últimos 12 meses na população entre os 15 e os 34 anos, sendo que em média, o primeiro consumo ocorre aos 16 anos (Balsa, Vital, & Urbano, 2017).

A adolescência apresenta-se como um período crítico do neurodesenvolvimento, sendo que a exposição à nicotina pode causar adição e uso sistemático na idade adulta, bem como alterações no desenvolvimento neuronal. Por outro lado, a nicotina é considerada uma droga psicoativa, que causa taquicardia, hipertensão, taquipneia, aumenta a concentração e diminui o apetite e causa também sintomas de abstinência, tais como irritabilidade, ansiedade e vontade de voltar a consumir a substância, o que conduz a um elevado grau de dependência. A síndrome de abstinência do tabaco é uma doença que se encontra classificada no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM V) (Camenga & Klein, 2016).

A Convenção Quadro da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o controlo do tabaco criada em 2003, que foi ratificada por Portugal em 2005, sugere algumas medidas que devem ser implementadas pelos países que a ratificarem, como forma de diminuir a incidência do tabagismo e promover a cessação tabágica, sendo estas medidas apelidadas de MPOWER: M monitorizar o uso de tabaco e implementar medidas de prevenção; P - proteger as pessoas do fumo do tabaco; O – oferecer ajuda a quem pretende deixar de fumar; W – informar sobre os perigos do tabaco; E – proibir a publicidade, promoção e patrocínio das empresas de tabaco; R – aumentar os impostos do tabaco (Ministério dos Negócios Estrangeiros, 2005; World Health Organization, s.d.).

De acordo com o relatório da OMS de 2019 sobre a epidemia global do tabaco, em 2018, 26% da população mundial está abrangida por programas integrais de apoio à cessação tabágicas, sendo a segunda medida mais adotada em termos de cobertura populacional (Organização Mundial de Saúde, 2019).

Para promover a cessação tabágica nos adolescentes existem vários fatores que têm de ser tidos em conta. A dependência de nicotina é o fator mais importante que interfere na cessação tabágica, sendo que é de extrema importância avaliar o nível de dependência de nicotina nos adolescentes, como forma de perceber quais as medidas que devem ser implementadas para promover a cessação tabágicas (Kim, Ko, Kim, Kim, & Kim, 2015).

Contudo, a dependência de nicotina é multidimensional, podendo ser física, psicológica e sociocultural. A dependência física manifesta-se através de sintomas de abstinência. Por outro lado, a nicotina tem efeitos psicológicos conhecidos, como sensação de bem-estar e é usada para gestão emocional. Relativamente à dimensão sociocultural, o tabagismo demonstra também estatuto social, sendo uma forma de integração num grupo de pares e de criação de elos afetivos (Kim et al., 2015).

Estudos demonstram que mesmo instituindo uma terapia medicamentosa de substituição de nicotina para tratar a dependência física, apresenta baixos níveis de sucesso de cessação tabágica, pois não interfere nas outras dimensões da dependência (Kim et al., 2015).

A experimentação tabágica ocorre normalmente na adolescência, estando a diminuir a idade dos primeiros consumos. Contudo a experimentação de tabaco numa idade cada vez mais nova, não está relacionada com o desenvolvimento de hábitos tabágicos regulares a longo prazo. Os fatores de risco associados ao consumo de tabaco são género masculino, frequentar o ensino secundário, baixo rendimento escolar, uso concomitante de outras substâncias, como por exemplo álcool e perceção baixa dos riscos do consumo de tabaco (Chung & Joung, 2014).

Um estudo sobre as razões que permitem a cessação tabágica nos adolescentes, divide as mesmas em três categorias, consequências a curto prazo, desaprovação social e consequências a longo prazo. As consequências a longo prazo são as que apresentam maior peso na decisão de deixar de fumar e na mudança de comportamento, na medida em que são consequências mais severas, como a possibilidade de morrer de cancro do pulmão, por exemplo (Myers & MacPherson, 2008).

Deste modo, devido à implementação de medidas de prevenção do tabaco, os índices de incidência de consumo de tabaco na adolescência têm vindo a diminuir. Contudo, é de extrema importância, não só manter estas medidas, como também avaliar a disponibilidade dos adolescentes fumadores para a cessação tabágica. Esta disposição

pode ser avaliada através do Modelo Transteórico dos Estádios da Mudança de Prochaska e DiClemente (1982), que se encontra dividido em vários estádios de mudança: a pré-contemplação (a pessoa não tem como objetivo deixar de fumar nos próximos seis meses), a contemplação (a pessoa pensa deixar de fumar nos próximos seis meses, mas não no próximo mês), a preparação (a pessoa pretende deixar de fumar no próximo mês), a ação (a pessoa tem tentado deixar de fumar nos últimos seis meses), e a manutenção (a pessoa já não fuma há mais de seis meses) (Rios, Herval, Ferreira, & Freire, 2019).

Atualmente em Portugal as medidas de combate ao tabagismo direcionadas aos adolescentes têm enfoque na prevenção do consumo de tabaco. Contudo, é conhecido que uma percentagem significativa de adolescentes fuma, nem que seja de forma esporádica e muitas vezes recreativa. Deste modo, é necessário perceber de que forma os adolescentes são dependentes da nicotina e se os mesmos pretendem deixar de fumar e se por falta de apoio não são bem-sucedidos.

Os objetivos do presente estudo são avaliar a dependência tabágica, bem como a motivação para a cessação tabágica de adolescentes fumadores e por outro lado, verificar se existe relação entre a dependência tabágica e a motivação para a cessação tabágica dos mesmos.

O trabalho é constituído por uma fundamentação teórica do tema em estudo, de seguida é apresentada a metodologia, seguidamente serão apresentados os resultados obtidos, bem como a discussão dos mesmos, e finalmente a conclusão.



## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 1. A ADOLESCÊNCIA E O TABACO

### 1.1. A ADOLESCÊNCIA

A adolescência é considerada um período determinante na construção de uma imagem abrangente e significativa do futuro, delineando uma trajetória do desenvolvimento desejado para a idade adulta (Polovina & Jošić, 2019). É definida como o período de transição entre a infância e a idade adulta, que começa aquando da puberdade e termina quando é atingida a independência dos pais (Steinberg, 2010). É também um período de alterações físicas, cognitivas e comportamentais, que são experienciadas de forma individual por cada adolescente (Andrade, Bedendo, Enumo, & Micheli, 2018).

O comportamento do adolescente é caracterizado por impulsividade cognitiva, labilidade emocional e procura de perigo. Atualmente é conhecido que o volume cerebral estabiliza no fim da infância, no entanto é também importante referir que durante a adolescência ocorrem alterações cerebrais específicas em determinadas áreas que conduzem ao comportamento característico do adolescente (Dumontheil, 2016).

O córtex cerebral é definido pela substância cinzenta que constitui a superfície exterior do cérebro e contém diversos tipos de neurónios que se distribuem em camadas ao longo do córtex (Seeley, Stephens, & Tate, 2011). O córtex é dividido em várias áreas desde a área pré-motora à área pré-frontal, tendo cada uma delas funções específicas. A área pré-frontal é responsável pela capacidade de planear e de prever, que só se encontra bem desenvolvida nos primatas, nomeadamente nos seres humanos (Andrade et al., 2018; Seeley et al., 2011).

Ao longo da adolescência observa-se uma maturação cerebral, observando-se diminuição do volume e espessura da substância cinzenta e um aumento da substância branca, ocorrendo igualmente uma diminuição do número de neurónios, chamada a poda sináptica (Andrade et al., 2018; Gogtay et al., 2004).

O desenvolvimento observado na substância branca resulta do aumento do diâmetro dos axónios e da intensificação do processo de mielinização, com um aumento em particular na região frontal (Dumontheil, 2016).

Relativamente às alterações neurofuncionais ao longo da adolescência, o neurotransmissor mais influente nesta faixa etária é a dopamina. A dopamina está relacionada com a sensação de prazer, ativando o sistema mesolímbocortical, também

conhecido como sistema recompensa. Estudos desenvolvidos em animais indicam que este sistema é ativado menos vezes na adolescência, do que na idade adulta, contudo a sua ativação nesta faixa etária conduz as respostas fisiológicas de maior intensidade. Este efeito é observado no consumo de substâncias aditivas, visto que o efeito das mesmas é potencializado quando consumidas ao longo da adolescência (Andrade et al., 2018).

A serotonina é igualmente um dos neurotransmissores mais comuns na adolescência, sendo uma das suas principais funções “atuar como regulador na tomada de decisões, por meio de um complexo sistema inibitório que envolve regiões do estriado, tálamo, córtex pré-frontal e os núcleos dorsais da rafe” (Andrade et al., 2018, p.65). Durante a adolescência este sistema apresenta hipoativação, o que influencia o controlo inibitório, aumentando a probabilidade de exposição ao risco (Andrade et al., 2018).

Modelos neurobiológicos postulam que o facto de os adolescentes apresentarem maior vulnerabilidade aos comportamentos de risco, está relacionado com um desequilíbrio entre a maturação e ativação precoce do sistema de recompensa e desenvolvimento tardio do sistema de controlo cognitivo, nomeadamente o córtex pré-frontal (Rodrigo, Padrón, Vega, & Ferstl, 2018).

Ao longo dos anos foram propostos vários modelos neurobiológicos explicativos do comportamento adolescente, destes os mais conhecidos são o modelo do sistema duplo, do sistema triplo e o do desequilíbrio (Casey, 2015).

O modelo do sistema duplo proposto por Metcalfe e Mischel's em 1999, postula que o autocontrolo resulta do equilíbrio entre um sistema quente (sistema límbico) e um sistema frio (área pré-frontal). O sistema do frio é emocionalmente neutro, guiado pela razão. O quente é guiado pelas emoções e pelos reflexos. De acordo com este modelo, na adolescência ocorre uma sobrecarga do sistema quente, sendo o sistema frio menos ativo (Metcalfe & Mischel, 1999).

Ernst, Pine e Hardin (2006) propuseram o modelo triplo, em que dividiram o sistema quente em dois subsistemas, o da recompensa (estriado ventral) e o do evitamento (amígdala). O subsistema da recompensa era atribuído ao corpo estriado e o subsistema do evitamento era atribuído à amígdala. De acordo com este modelo, o comportamento ocorre através do equilíbrio entre estes dois subsistemas, sendo que na adolescência existe uma tendência para o comportamento orientado pelo subsistema da recompensa (Ernst, Pine, & Hardin, 2006).

O modelo do desequilíbrio proposto por Casey, Getz e Galván em 2008, postula que as alterações funcionais, neuro químicas e estruturais que o cérebro experimenta ao longo do desenvolvimento podem conduzir a um desequilíbrio que motiva o comportamento dos adolescentes (Casey, Getz, & Galván, 2008).

Embora estes modelos tenham sido úteis para tentar explicar de que forma as alterações cerebrais que ocorrem na adolescência têm influência no comportamento dos adolescentes, são muito simplistas para explicar todas as funções que as várias regiões do cérebro possuem. Para que haja uma compreensão detalhada é necessário entender de que forma é que estas alterações incorporadas nos circuitos cerebrais ocorrem, sendo muito mais ricas que um sistema de quente e frio (Casey, 2015).

A tomada de decisão é uma ação com que todas as pessoas se deparam ao longo do seu quotidiano, contudo, estas decisões apresentam consequências. Para aprender a tomar a decisão correta é necessário observar e avaliar o que ocorre com cada uma das opções, para assim conseguir decidir qual a mais correta, ou qual a que tem as menores consequências. Esta capacidade de tomada de decisão é crucial para evitar situações perigosas (Rodrigo et al., 2018).

Na adolescência há um aumento da tendência de tomar decisões arriscadas, tais como prática de desportos radicais, beber bebidas alcoólicas, ou experimentação de substâncias aditivas, entre outros. Contudo, devido às consequências que advenham destas decisões, pode ser experienciada sensação de arrependimento o que irá contribuir para uma tomada de decisão diferente no futuro (Rodrigo et al., 2018).

A partir dos 6 - 7 anos as crianças já são capazes de antecipar a sensação de arrependimento e deste modo tomar uma decisão diferente noutra contexto. Contudo, estudos indicam que existem diferenças no processo de tomada de decisão na adolescência, comparado com o mesmo na infância e na idade adulta. Habib et al. (2015) descobriram que na adolescência a sensação de arrependimento poderia ser atenuada, por exemplo num contexto de competição e de popularidade entre pares (Rodrigo et al., 2018).

O autocontrolo é definido como a capacidade de regular emoções, ações ou desejos inadequados. A aquisição de autocontrolo é proporcional à idade (Casey, 2015).

As componentes cerebrais envolvidas no autocontrolo são a amígdala, o córtex pré-frontal e o corpo estriado. A amígdala está associada a funções como a aprendizagem e a

atribuição de significado emocional aos acontecimentos. O córtex pré-frontal para além das funções anteriormente referidas modula a atividade da amígdala e do corpo estriado. O corpo estriado está envolvido na aprendizagem e previsão de resultados de gratificação. É a comunicação entre estas regiões que interfere nas habilidades cognitivas e processos emocionais que conduzem a ações motivadas e orientadas (Casey, 2015).

A adolescência é o período da vida associado à experimentação. Estudos demonstram que a prevalência de drogas aumenta notoriamente na adolescência, o consumo de álcool também é superior no final da adolescência e, o consumo de tabaco nesta fase da vida é inconstante com fases de cessação, redução e reinício (Dayan, Bernard, Olliac, Mailhes, & Kermarrec, 2010).

Teorias psicanalíticas consideram normal e até mesmo necessárias a adoção de comportamentos de experimentação durante a adolescência. Esta exploração é motivada por vários fatores desenvolvimentais característicos desta fase da vida, tal como a procura de identidade e a autoafirmação, o que conduz a uma sensação de insegurança, com o afastamento dos pais e a aquisição de um sentimento de ambivalência em relação aos mesmos (Dayan et al., 2010).

Neste contexto desfavorável, os adolescentes tendem a procurar uma solução imediata para os seus conflitos. Embora esta procura seja mediada por fatores individuais de comportamento, existe uma tendência para a procura de comportamentos de risco, como solução para o processo de autodefinição (Dayan et al., 2010).

Um comportamento de risco é definido como um comportamento imprudente que pode gerar consequências negativas. Nos adolescentes os comportamentos de risco mais comuns são delinquência, agressão, atividade sexual desprotegida, consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas. Contudo, a adoção de comportamentos de risco na adolescência é influenciada pela personalidade e pelo ambiente escolar e familiar (Peeters, Oldehinkel, Veenstra, & Vollebergh, 2019).

Estudos demonstram que os fatores de risco para a adoção de comportamentos de risco na adolescência são adversidades experienciadas na infância (abuso físico ou emocional, negligência física e abuso sexual), *bullying* e pressão dos pares (Ramakrishnan, Mcphee, Sosnowski, Rajasingam, & Erb, 2019).

Por outro lado, o estilo parental utilizado ao longo do crescimento apresenta também grande influência na adoção de comportamentos de risco. O estilo parental baseado na

comunicação apresenta uma influência positiva no desenvolvimento da criança. Contudo, foi também observado que a inexistência de regras e a aceitação do consumo de algumas substâncias, tais como o álcool em família, pode conduzir ao consumo da mesma pelo adolescente (Tur-Porcar, Jiménez-Martínez, & Mestre-Escrivá, 2019).

## 1.2. EPIDEMOLOGIA DO TABACO NA ADOLESCÊNCIA

O consumo de tabaco durante a adolescência aumenta o risco de dependência de nicotina, conduzindo a consumo regular e continuado na idade adulta. O consumo de tabaco é uma das principais causas de doenças não transmissíveis com grande mortalidade na idade adulta (World Health Organization, 2014).

Estudos comprovam que a maioria dos fumadores iniciou o consumo de tabaco na adolescência, sendo por isso um indicador de um maior risco de dependência, não só de nicotina, como também de substâncias psicoativas mais pesadas (Muniz, 2018).

De acordo com o IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, realizado em Portugal em 2016-2017, o tabaco é a segunda substância psicoativa mais consumida com prevalência de 49% na população em geral (Balsa et al., 2017).

Segundo dados da OMS globalmente uma em cada dez raparigas, com idade entre os 13 e os 15 anos e um em cada cinco rapazes no mesmo intervalo de idades, consome tabaco. O consumo de tabaco nos adolescentes é maior nos países europeus e da região oeste do Pacífico. Contudo, na última década o número de adolescentes que fuma tem diminuído drasticamente (World Health Organization, 2014).

Em Portugal, de acordo com a OMS em 2009, cerca de 10 a 11% dos adolescentes com 15 anos consumiam tabaco semanalmente. Por outro lado, no mesmo ano, 43 a 44% dos adolescentes com a mesma idade referiram já ter experimentado tabaco (World Health Organization, 2014).

Na generalidade o consumo de tabaco é superior nos rapazes. Esta disparidade é mais perceptível nos países da África e da Ásia, do que nos Estados Unidos da América (EUA) e na Europa. Esta diferença está relacionada com questões culturais, nomeadamente na aceitação do consumo de tabaco pelas mulheres.

De acordo com um estudo desenvolvido em Portugal em 2015 sobre os consumos de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências, aos 13 anos de idade, cerca de 11,7% dos inquiridos referiram já ter consumido tabaco. Nesse mesmo ano, os cigarros foram o produto de tabaco mais consumido pelos adolescentes e jovens com uma prevalência de 29,8%, e cerca de 12,8% fumaram cigarros eletrónicos (Direção-Geral da Saúde, 2017).

De acordo com um estudo desenvolvido em Portugal no ano letivo 2015/2016 com adolescentes que frequentavam desde do 5º ao 9º ano de escolaridade, 14,15% dos inquiridos referiram já ter experimentado tabaco, sendo que 3,23% eram fumadores regulares (Muniz, 2018).

Existem alguns fatores de risco que podem ser identificados para o consumo de tabaco na adolescência. A maior prevalência de uso de tabaco ocorre entre os 15 e os 18 anos, sendo os rapazes os que iniciam o consumo de tabaco precocemente. O consumo de tabaco é também maior nos adolescentes com menor vigilância parental ou cujos pais são fumadores (Green, Leyland, Sweeting, & Benzeval, 2016).

O consumo de tabaco na adolescência, segundo Naia, Simões e Matos (2007) ocorre maioritariamente por iniciativa própria ou por influência do grupo de pares em contexto de discotecas/bares (Naia et al., 2007). Estudos demonstram que o consumo de tabaco está relacionado com delinquência em meio escolar e abstinência escolar o que poderá conduzir a baixo rendimento escolar (Owusu-sarpong & Agbeshie, 2019).

O consumo de tabaco ocorre em algumas circunstâncias associado ao consumo de outras substâncias nomeadamente ao álcool e drogas ilícitas (Wangdi & Jamtsho, 2019). Por outro lado, o consumo de tabaco não ocorre apenas através de cigarros, que é a forma mais comum de consumir tabaco. O uso de poli tabaco é considerado o consumo de pelo menos duas formas diferentes de tabaco. Um estudo publicado em 2016 nos EUA, dos 448 jovens com idades entre os 16 e os 26 anos, 25% referem ter consumido pelo menos duas formas diferentes de tabaco e 21% consumiu mais do que duas formas diferentes de tabaco (Soneji, Sargent, & Tanski, 2016).

O uso de cigarros eletrónicos é também uma das maiores preocupações na população adolescente. Os cigarros eletrónicos surgiram como forma de promover a cessação tabágica, publicitados como apresentando menos riscos para a saúde do que os cigarros convencionais, por apresentarem menos produtos tóxicos. Contudo, após a realização de

estudos mais extensivos sobre estes dispositivos foi verificado que estes apresentam igualmente danos para a saúde (Hartmann-Boyce, Begh, & Aveyard, 2018).

Os fatores de risco com maior influência no consumo de tabaco na adolescência estão relacionados com publicidade relacionada com o consumo de tabaco, consumo desta substância pelos pais ou pelo grupo de pares e problemas emocionais, tais como depressão ou acontecimentos recentes negativamente marcantes (Cheney, Oman, Vesely, Aspy, & Tolma, 2014).

Experiências tais como conflitos parentais, divórcio ou morte de um ou ambos os progenitores, podem aumentar a probabilidade dos adolescentes iniciarem, tanto o consumo de tabaco, como de álcool (Hsu & Kawachi, 2019). Por outro lado, a aprendizagem de medidas de gestão de stress e aquisição de competências socio-emocionais pode ajudar no desenvolvimento de resiliência nos adolescentes sujeitos a este tipo de adversidades e diminuir o consumo de substâncias, tais como o tabaco (Hsu & Kawachi, 2019).

### 1.3. EFEITOS DO TABACO NA SAÚDE

O tabaco na sua composição apresenta vários produtos, tais como folha de tabaco processada, o papel de filtro que dá forma ao cigarro e mantém os componentes unidos e os vários produtos químicos adicionados ao longo da sua produção, com o objetivo de o tornar mais apelativo em termos de sabor e de aparência (World Health Organization, 2014).

Entre os produtos químicos adicionados ao tabaco, podemos identificar ingredientes usados para melhorar o sabor. Por outro lado, são também adicionados compostos para tornar o produto viciante, tais como compostos de amónia que potenciam a dependência à nicotina. Alguns dos ingredientes adicionados, podem adquirir toxicidade quando em conjunto com outros ingredientes, ou aquando da sua combustão e podem criar fumo com um maior potencial de toxicidade (World Health Organization, 2014).

A nicotina é o constituinte psicoativo do tabaco responsável pela dependência, através da ativação dos recetores colinérgicos nicotínicos e muscarínicos, que por sua vez conduzem à libertação de neurotransmissores, tais como a dopamina e a noradrenalina, acetilcolina,

entre outros (Wronikowska, Michalak, Skalicka-woźniak, Crawford, & Budzyńska, 2020).

A acetilcolina é um mediador químico do sistema nervoso central e constituinte do sistema de neurotransmissão colinérgica, composto pelos recetores colinérgicos muscarínicos e nicotínicos, assim classificados devido à sua capacidade de ligação à muscarina e à nicotina, respetivamente. Os recetores nicotínicos estão distribuídos pelo cérebro e pelo tecido muscular (Ventura et al., 2010).

A nicotina presente no tabaco é um agonista seletivo dos recetores colinérgicos nicotínicos, conduzindo à libertação de dopamina na região mesolímbica. A exposição crónica dos recetores à nicotina conduz a uma dessensibilização dos mesmos à nicotina, visto que a quantidade de nicotina que chega às sinapses neurais é em concentrações muito baixas para que ocorra a ativação dos recetores. Como a nicotina não é degradada fica acumulada causando uma dessensibilização dos recetores colinérgicos nicotínicos à nicotina, ou seja são necessárias concentrações cada vez maiores de nicotina para ativar os recetores e para que esta seja degradada (Ventura et al., 2010).

Segundo o DSM V da American Psychiatric Association (APA) (2014) e a Classificação Internacional de Doenças (ICD) da OMS (2019), os principais elementos da síndrome de dependência de uma substância de acordo com os sete domínios codificados por Edwards e Gross (1976) são: tolerância fisiológica, evidência de sintomas de abstinência, descontrolo no consumo da substância, tentativas frustradas de parar, despende muito dinheiro no consumo da substância, priorizar o consumo da substância em detrimento de outras atividades e manter o consumo da substância, apesar do conhecimento dos malefícios da mesma (Strong et al., 2017).

É também conhecido que a exposição à nicotina na adolescência acarreta consequências mais graves do que quando a exposição apenas ocorre em idade adulta. O uso de nicotina durante a adolescência pode induzir alterações na neurotransmissão dopaminérgica, que não são observadas na exposição na idade adulta, incluindo aumento da ignição neuronal e sensibilidade à potencialização a longo prazo induzida pela nicotina (Thorpe, Hamidullah, Jenkins, & Khokhar, 2020).

Deste modo, estudos demonstram que a iniciação tabágica na adolescência conduz a uma maior probabilidade de desenvolver uso aditivo de tabaco na idade adulta. É também conhecido que o uso contínuo de tabaco pode ter efeitos adversos na saúde, tais como

transtornos psiquiátricos, bronquite crónica, cancro de pulmão e doenças coronárias (Owusu-sarpong & Agbeshie, 2019).

Segundo dados do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), estima-se que em Portugal na população entre os 15 e os 49 anos, em 2017, o tabaco tenha sido responsável por 49,41% das mortes por doença cardíaca isquémica, 37,04% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC), 50,79% de cancro do pulmão, 44,8% de cancro do esófago, 35,47% de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), 64,67% das mortes por aneurisma da aorta, entre outros (University of Washington, 2017).

Nos EUA em adultos com idade igual ou superior a 35 anos as mortes atribuídas ao tabaco ocorreram na sua maioria devido a doenças cardiovasculares, cancro, doenças metabólicas ou pulmonares. É também conhecido que fumar durante a gravidez ou a exposição passiva ao fumo do tabaco na infância está relacionado com um aumento da mortalidade infantil (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

O consumo de tabaco está também associado a uma elevada taxa de morbilidade. Os fumadores apresentam maior probabilidade de desenvolver cancro, nomeadamente cancro do pulmão, da bexiga, da boca ou faringe, do esófago, do colo do útero, dos rins, da laringe e do pâncreas (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

Por outro lado, como já referido anteriormente, fumar aumenta o risco de desenvolver doenças cardiovasculares, nomeadamente enfarte agudo do miocárdio, angina de peito, fibrilhação auricular, AVC, insuficiência cardíaca congestiva e doença arterial periférica (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

O consumo de tabaco para além dos efeitos nefastos que provoca na saúde, apresenta também impactos na economia. Os fumadores apresentam um maior índice de morbilidade e de mortalidade do que os não fumadores, deste modo, os fumadores que desenvolvem doenças relacionadas com o tabaco conduzem à diminuição da produtividade, bem como o aumento dos custos de saúde no tratamento dessas doenças, que na sua maioria são crónicas e exigem um tratamento ao longo de toda a vida (Gana et al., 2018; U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

#### 1.4. MEDIDAS DE PREVENÇÃO DO TABAGISMO NA ADOLESCÊNCIA

Em 2003 foi criada a Convenção Quadro para o controlo do tabaco, que foi o primeiro tratado negociado sob os auspícios da OMS, como resposta à disseminação global da epidemia do tabaco. Esteve aberto para assinatura entre junho de 2003 até junho de 2004 e conta com 168 assinaturas, dentro das quais a União Europeia, o que inclui Portugal. A convenção entrou em vigor em fevereiro de 2005, sendo o objetivo principal da mesma proteger as futuras gerações dos impactos sanitários, sociais, ambientais e económicos do consumo de tabaco e da exposição ao fumo do tabaco, bem como fornecer medidas de controlo do consumo do tabaco (World Health Organization, 2005).

Em Portugal o disposto na Convenção Quadro da OMS foi aprovado pelo Decreto-Lei nº25-A/2005 de 8 de novembro, dando origem à Lei nº37/2007 de 14 de agosto, apelidada da “Lei do tabaco”. Nesta legislação foram impostos alguns limites ao consumo, venda e publicidade ao tabaco. Algumas das restrições impostas foram: a proibição do consumo de tabaco em locais fechados; estabelecimento dos teores máximos de substâncias contidas no tabaco, nomeadamente de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono; a rotulagem dos maços de cigarro com os compostos, bem como com advertências gerais, tais como “Fumar mata”; proibição da venda a menores de 18 anos, entre outras (Assembleia da República, 2007).

Em 2017 a Lei nº63/2017 de 3 de agosto vem realizar alterações à lei anterior. Assim, esta nova legislação alarga os locais onde é proibido fumar, bem como alarga a legislação aos “novos produtos do tabaco sem combustão que produzam aerossóis, vapores, gases ou partículas inaláveis, e de cigarros eletrónicos com nicotina” (Assembleia da República, 2017, p.4456); aumento do espaço usado na embalagem com mensagens de advertência (pelo menos 30%); criação de rede de consultas de apoio à cessação tabágica em todos os agrupamentos de centros de saúde e nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), entre outras medidas (Assembleia da República, 2017).

Pelo Despacho nº404/2012 de 13 de janeiro, foi decretado como programa de saúde prioritário pela Direção Geral da Saúde (DGS) o programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo. Este plano que esteve em vigência de 2012 a 2016 tem como principal referência a Convenção Quadro da OMS. No Despacho nº6401/2016 de 16 de maio, este programa foi alargado mantendo o estatuto de programa prioritário

estabelecendo orientações programáticas de 2017 a 2020 (Ministério da Saúde, 2012; Ministério da Saúde 2016).

Segundo o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (Direção-Geral da Saúde, 2017) as metas propostas a atingir em 2020 eram:

- Reduzir a prevalência de fumadores na população com idade superior a 15 anos em pelo menos 17%;
- Travar o aumento do consumo de tabaco nas mulheres;
- Eliminar a exposição ao fumo ambiental;
- Reduzir as desigualdades regionais na prevalência de fumadores, na população com idade superior a 15 anos (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Estudos recentes indicam que os programas de prevenção tabágica devem ser implementados na pré-adolescência, antes da iniciação tabágica, com atividades não só com informação teórica, mas também com ferramentas sociais e uso de equipamentos tecnológicos (Bafunno et al., 2019).

Por outro lado, as políticas de aumento dos impostos sobre os produtos de tabaco são eficazes, na medida em que diminuem o poder de compra, nomeadamente dos adolescentes, contudo podem ter um efeito adverso, aumentando a procura de tabaco em mercados paralelos. Para avaliar a eficácia destas medidas é necessário, em conjunto implementar programas escolares, nos *mass media*, entre outros (Bafunno et al., 2019).



## 2. MOTIVAÇÃO PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA

### 2.1. MODELO TRANSTEÓRICO DA MUDANÇA

Para o tratamento das adições é necessário a existência de motivação, como forma de aderir ao mesmo, não o abandonar e manter o novo comportamento mesmo após o término do tratamento. A motivação assume-se como dimensão central de todo o processo (Coelho, 2016).

De acordo com Kandel, Schwaetz e Jessel (2003) a motivação está relacionada com fatores neuronais e fisiológicos que iniciam, mantêm e controlam os comportamentos. A motivação é influenciada pela capacidade de identificar a relevância de comportamentos, sendo tomada em consideração as diferenças entre os ganhos que se antecipam e os que se vão obter.

“O termo motivação é habitualmente associado a movimento, entusiasmo, participação ativa, atenção dirigida. Em contraste, a passividade, desinteresse, aborrecimento e a deambulação errante são vistos como refletindo falta de motivação” (Lemos, 2005, p.195).

A motivação é o que move as pessoas a agir, pensar e desenvolver. Engloba as condições e processos que facilitam a persistência, o desempenho, o desenvolvimento saudável e vitalidade nos projetos do ser humano (Deci & Ryan, 2008).

Quando existe um comportamento aditivo para que ocorra mudança do mesmo é necessário que a pessoa apresente motivação para a mudança. A motivação é uma parte importante deste processo de mudança, como forma da pessoa reconhecer o seu problema, procurar tratamento e alcançar um resultado positivo. De uma forma geral a motivação refere-se às considerações pessoais, envolvimento e comprometimento com o processo de mudança, bem como com as razões que conduziram aquela procura de mudança de comportamento (Diclemente, Schlundt, & Gemmell, 2004).

A mudança de hábitos, especialmente na adolescência, é um processo complexo que requer estratégias específicas para esta faixa etária (Spear et al., 2007). Para que ocorra a mudança é essencial que o adolescente e os profissionais de saúde que o acompanham tenham a perfeita noção da fase do problema em que o adolescente se encontra (Prochaska, Norcross, & Diclemente, 2013).

O processo de mudança requer abertura e vontade de aprender. Os indivíduos têm de adquirir novas capacidades, como forma de aumentar a probabilidade de sucesso no processo de mudança, sendo a mudança a prioridade máxima do indivíduo (Prochaska et al., 2013).

O primeiro passo para que ocorra mudança é a consciencialização, por parte do indivíduo, do problema. O indivíduo deve conhecer as suas defesas, fazendo uma reapreciação profunda do seu comportamento e uma avaliação do tipo de pessoa que será após a mudança (Prochaska et al., 2013).

O comportamento humano intencional é motivado, quer por contingências, por motivos inconscientes ou pela autorregulação. O modelo transteórico da mudança proposto por DiClemente e Prochaska, explica a motivação para a mudança de comportamento em estádios de mudança (Diclemente et al., 2004). Este modelo surgiu a partir da análise comparativa de 29 teorias e modelos, tendo em conta os principais enfoques psicoterapêuticos destes, face à mudança de comportamento. Tem como base a premissa que a mudança comportamental acontece ao longo de um processo no qual os indivíduos passam por diversos níveis de motivação para a mudança (Coelho, 2016).

De acordo com o modelo transteórico de mudança, os indivíduos passam por diferentes estádios de motivação durante a modificação de um comportamento, o estádio no qual a pessoa se encontra possibilita saber o quanto ela está motivada para efetivamente mudar (Leão et al., 2015). A motivação é um processo dinâmico que pode ser organizado em seis estádios de mudança comportamental, onde é possível aos indivíduos transitarem de forma não linear (DiClemente & Prochaska, 1983). Isto é, ao estar num estádio não significa que irá automaticamente transitar para o estádio seguinte, podendo ficar retido num dos estádios ou até mesmo retroceder. Contudo, compreender o que cada estádio significa ajuda a controlar o ciclo da mudança e a passar para o estádio seguinte de forma mais eficiente (Prochaska et al., 2013).

As estratégias usadas para progredir nos estádios podem ser classificadas em dois processos, os secretos ou cognitivos e os evidentes ou comportamentais. Os cognitivos, tais como a consciencialização, autoavaliação, entre outros, são usados pelos indivíduos que se encontram nos primeiros estádios. Os processos comportamentais, tais como a gestão do comportamento aditivo, a gestão das relações, ou o controlo espontâneo são usados nos estádios mais avançados (Han, Gabriel, & Kohl III, 2015).

A perspectiva subjacente dos estádios da mudança é que existe um processo multidimensional de intencional mudança de comportamento. O caminho que os indivíduos percorrem para obter esta mudança de comportamento é descrito em cinco estádios: a pré-contemplação (sem intenção de mudar o comportamento nos próximos 6 meses), a contemplação (intenção de mudar o comportamento nos próximos 6 meses), a preparação (já iniciou a mudança, mas é uma mudança temporária ou irregular), a ação (mantém o novo comportamento há menos de 6 meses) e a manutenção (a mudança de comportamento permaneceu por mais de 6 meses) (Diclemente et al., 2004; Han et al., 2015). Uma das formas de avaliar a motivação para a mudança de comportamento usando este modelo é a escala University of Rhode Island Change Assessment (URICA).

A pré-contemplação é o primeiro estágio, em que os indivíduos não apresentam intenções de mudar o comportamento nos próximos seis meses, estes não conseguem identificar que têm um problema, por isso não demonstram vontade de mudar. Quem se encontra neste estágio podem não ter conhecimento das consequências do seu comportamento atual. Ou, por outro lado já fizeram uma tentativa anterior de mudança de comportamento, mas sem sucesso e por esta razão acham que nunca vão conseguir mudar. O sentimento predominante é a desmoralização, os indivíduos acabam por se resignar e permanecem na mesma situação (Leão et al., 2015; Prochaska et al., 2013; Prochaska & DiClemente, 1992).

Os indivíduos que se encontram no estágio de pré-contemplação podem também encontrar-se em negação, atribuindo a responsabilidade a fatores externos, tais como a genética, a família ou a sociedade, e referindo que não têm controlo sobre estes fatores. Estes quase nunca procuram ajuda e quando a procuram é por obrigação ou incentivo externo. Neste estágio a pessoa evita falar, ler ou pensar no seu comportamento, encontra-se desmotivada e não está pronta para iniciar um programa de mudança (Andretta & Oliveira, 2011; Lopes, 2013; Prochaska & Velicer, 1997).

A contemplação é o estágio em que os indivíduos pretendem mudar o seu comportamento nos próximos seis meses. Estão cientes dos malefícios do seu comportamento e dos benefícios que a mudança pode acarretar. Contudo, podem também estar num estágio de ambivalência ponderando os custos e benefícios que a mudança acarreta. Manter-se nesta ambivalência durante um longo período de tempo é chamado de contemplação crónica

ou procrastinação de comportamento, sendo que neste caso também ainda não estão prontos para iniciar um programa de mudança (Prochaska & Velicer, 1997).

Na contemplação os indivíduos refletem os prós e os contras, os custos e os ganhos e as implicações do seu comportamento para si e para os que se encontram à sua volta. Confrontam os resultados positivos da mudança de comportamento, como também os esforços, energia e perdas que a mudança irá acarretar. Neste estágio há reconhecimento do problema, e das causas, mas ainda existe procura das possíveis soluções (Leão et al., 2015; Prochaska et al., 2013).

No estágio de preparação os indivíduos pretendem iniciar a mudança de comportamento num futuro imediato, normalmente no espaço de um mês. Já realizaram algumas mudanças nos últimos tempos e apresentam um plano de ação, como por exemplo procurar ajuda especializada. E estão prontos para integrar um programa de mudança (Prochaska & Velicer, 1997).

Os indivíduos no estágio de preparação já iniciaram algumas mudanças de comportamento, como por exemplo diminuir o consumo de cigarros por dia, mas ainda não estão preparados para a mudança total de comportamento (Prochaska, Diclemente, & Norcross, 1992).

A ação é o estágio em que os indivíduos iniciaram mudanças específicas no comportamento nos últimos seis meses. Nem todas as mudanças de comportamento são englobadas neste estágio; tem de existir um plano e critérios estabelecidos para definir comportamentos de mudança. No consumo de tabaco apenas a remissão total é considerada como ação (Prochaska & Velicer, 1997). As ações isoladas não devem ser confundidas com mudança, pois esta ocorre quando existe esforço para manter essas ações, de uma forma consistente (Boff, 2017).

A ação consiste na implementação de um programa de mudança específico e individual, sendo fundamental que o indivíduo acredite na validade deste programa. Neste programa deve ser explícito as técnicas que se devem usar para mudar o comportamento, bem como o que fazer aquando da ocorrência de algum obstáculo. Este período é o que requer mais esforço e comprometimento. Contudo, é nesta fase que as mudanças são mais visíveis e que existe maior reconhecimento externo (Prochaska et al., 2013).

A manutenção é o último estágio, em que o indivíduo trabalha para alicerçar os ganhos e impedir as recaídas. Nesta fase sentem-se menos tentados a voltar ao comportamento

anterior e cada vez mais confiantes que vão conseguir manter o novo. Para consumos aditivos este estágio estende-se desde os seis meses até um período indeterminado. Os indivíduos têm de ser capazes de manter o novo comportamento, não voltando ao consumo da substância, mas também não iniciar um novo consumo num período de seis meses (Prochaska et al., 1992; Prochaska & Velicer, 1997).

Nesta fase, se ocorrer uma recaída, isto é se o indivíduo regressar ao comportamento anterior, o indivíduo pode voltar a qualquer um dos estádios anteriores, sendo desta forma os estádios representados por uma espiral, porque a direção da modificação não é linear (Diclemente et al., 2004).

## 2.2. A CESSAÇÃO TABÁGICA NA ADOLESCÊNCIA

Apesar do grande investimento já feito no controlo do consumo e prevenção do tabaco, as doenças relacionadas com o consumo de tabaco continuam a ser uma preocupação de saúde pública. Globalmente, cerca de 12% das mortes em adultos com 30 ou mais anos são atribuídas ao consumo de tabaco, sendo a maior proporção na Europa e nos países desenvolvidos da América (Souza et al., 2019).

Atualmente é conhecido que a combinação entre medicação e apoio psicológico é a forma mais eficaz de alcançar a cessação tabágica. Contudo, o elevado número de recaídas levou a considerar que é necessário uma maior vigilância e prevenção de recidivas. Os fatores emocionais e o stress estão associados às recaídas, pelo que uma terapia cognitivo-comportamental, tal como o mindfulness é incluído em alguns programas de cessação tabágica, para diminuir as recaídas (Souza et al., 2019).

O sucesso da cessação tabágica não depende apenas do programa implementado, está também associado à motivação do indivíduo, como já referido anteriormente, e da dependência do mesmo à nicotina. Existem várias formas de avaliar a dependência de nicotina, uma das mais usadas é o FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence). Como já referido anteriormente, a motivação pode variar ao longo do tempo e com as circunstâncias, contudo esta também está relacionada com o nível de dependência. Deste modo, quanto maior o nível de dependência, menor a motivação para a cessação tabágica (Granda-Orive et al., 2019).

Um estudo desenvolvido na Coreia do Sul com o objetivo de avaliar quais os fatores que influenciam a cessação tabágica efetiva nos adolescentes dos 12 aos 17 anos, identificou como preditores da cessação tabágica: a motivação para a cessação tabágica, duração do consumo de tabaco, número de cigarros consumidos num dia, a autoeficácia para a cessação tabágica e o consumo de tabaco pelos pais. Sendo que, neste estudo o fator com maior peso no sucesso da cessação tabágica foi a motivação (Kim et al., 2016).

Estudos demonstram que a cessação tabágica é mais eficaz a longo prazo se ocorrer antes dos 25 anos de idade. Contudo, segundo West et al. existe menos apoio para a cessação tabágica nos jovens adultos, não existindo programas estruturados direcionados a esta faixa etária. Por outro lado, as consultas com profissionais de saúde em adolescentes e jovens são praticamente inexistentes, na medida em que como os indivíduos são saudáveis não procuram aconselhamento médico, sendo também uma desvantagem na promoção da saúde dos jovens adultos (West et al., 2019).

É estimado que em Portugal 60% da iniciação tabágica ocorra em meio escolar, sendo deste modo, este o meio de eleição para a implementação de programas de cessação tabágica. Contudo, estas intervenções devem ser integradas na comunidade, envolvendo não só a escola, como também os pais e os profissionais de saúde. Para que a cessação tabágica seja eficaz é necessário desenvolver intervenções educativas que conduzam os adolescentes a refletirem sobre si mesmos e sobre as suas motivações, através de uma abordagem positiva, informando sobre as vantagens da cessação tabágica a curto e a longo prazo, reforçando a sua capacidade criativa e de autoconfiança (Martins, 2012).

Os programas de cessação tabágica desenvolvidos em meio escolar, podem ser mais eficazes do que outras intervenções, sendo que estes programas devem ser divertidos, envolventes, flexíveis e direcionados aos diversos grupos de adolescentes (Marques, 2018).

No entanto, o desenvolvimento e implementação de programas de prevenção do consumo de tabaco nos adolescentes, nomeadamente em ambiente escolar não é suficiente para a diminuição do consumo de tabaco na adolescência. A proibição do consumo de tabaco em meio escolar pode diminuir o consumo de tabaco nos adolescentes, na medida em que perante a dificuldade em manter o consumo em tempo escolar, decidem parar de fumar. Contudo, esta política pode ter efeitos adversos, visto que os adolescentes podem

encontrar lugares alternativos para fumar, conduzindo ao afastamento da escola (Schreuders, Nuyts, Putte, & Kunst, 2017).

Um estudo desenvolvido em Portugal que avaliou as estratégias que os adolescentes usam quando pretendem deixar de fumar, concluiu que cerca de 80% dos adolescentes fumadores afirmaram já ter pensado deixar de fumar, mas cerca de 70% classificou a sua motivação para deixar de fumar de 1 a 5 em 2/3. Por outro lado, quando questionados a quem recorreram para deixar de fumar, cerca de 90% referiram nunca ter tido nenhuma ajuda e apenas 0,16% referiram ter recorrido a um profissional de saúde, visto que a maioria dos adolescentes fuma sem o conhecimento dos pais, e não recorre a ajuda quando pretende deixar de fumar por receio (Muniz, 2018).

Uma das medidas implementadas para a promoção da cessação tabágica é a criação de cigarros com menores concentrações de nicotina ou até mesmo com um nível de nicotina incapaz de criar dependência. Estudos desenvolvidos nesta área confirmam que este tipo de cigarros são uma forma de reduzir o consumo de tabaco e diminuir os sintomas de abstinência (Hatsukami et al., 2010).

Num estudo desenvolvido nos EUA entre 2002 e 2004, com 2151 adolescentes que frequentavam o ensino secundário, foi implementado um programa motivacional de cessação tabágica associado ao treino de competências cognitivo-comportamentais. Este programa demonstrou que 21,8% dos adolescentes conseguiu manter a cessação tabágica nos 6 meses seguintes, sendo que apenas 17,7% dos adolescentes do grupo controlo conseguiram manter a cessação tabágica nos 6 meses seguintes (Peterson et al., 2016).

Em 2007 a DGS desenvolveu um programa estruturado de consultas de apoio intensivo ao fumador baseado em “abordagens de natureza comportamental e medicamentosa assentes numa compreensão global da pessoa que fuma, do seu contexto (...), bem como das motivações e barreiras sentidas no processo de mudança” (Direção-Geral da Saúde, 2007, p.34). A DGS propunha quatro a seis consultas e três a quatro contactos telefónicos realizados por médicos ou por enfermeiros, apresentando um cronograma do que deveria ser debatido em cada consulta, sendo que o mesmo era posteriormente adaptado a cada fumador de forma específica e individual (Direção-Geral da Saúde, 2007).

O mesmo documento da DGS refere que ainda não existe investigação suficiente sobre programas de cessação tabágica na população adolescente, recomendando alguma precaução na utilização das abordagens preconizadas para os adultos nesta população,

nomeadamente a terapêutica medicamentosa. Segundo a DGS, nos adolescentes não está indicada a intervenção de apoio intensivo acima descrita, sendo aconselhada apenas uma intervenção de aconselhamento comportamental adaptada a esta faixa etária (Direção-Geral da Saúde, 2007).

Nesta abordagem devem ser reforçados os benefícios a curto e a longo prazo da cessação tabágica, bem como o falso conceito de que a maioria dos jovens fuma. Devem ser evitadas as abordagens negativas, moralizadoras ou centradas na ameaça de doença. Por outro lado, deve-se dar enfoque às abordagens que contribuam para capacitar os adolescentes a resistir às pressões dos pares e a serem capazes de tomarem decisões informadas, de forma responsável e autónoma. É também importante que o adolescente tenha noção da sua ambivalência face ao tabaco, percebendo desta forma o poder aditivo deste consumo. Por fim, se os pais forem fumadores, estes também devem ser envolvidos e aconselhados a não fumar junto do filho, ou juntamente com o seu filho ingressar num programa de cessação tabágica (Direção-Geral da Saúde, 2007).

Em 2017 a DGS elaborou novas orientações programáticas para 2020 do programa de prevenção e controlo do tabagismo, sendo que algumas das metas envolvem a revisão do referido programa elaborado em 2007, bem como promover a articulação deste programa com outros programas desenvolvidos pela DGS, tais como pelo programa de saúde infantil e juvenil e promover a articulação com a saúde escolar (Nunes & Monteiro, 2017).

## **PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**



## **1. METODOLOGIA**

“A fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação” (Fortin, Côté, & Françoise, 2009, p.53) é nesta fase que o investigador determina de que forma irá proceder para obter respostas às questões propostas.

Num processo de investigação, o investigador percorre um conjunto de etapas, desde da definição do problema até à obtenção dos resultados (Fortin et al., 2009). O desenho de investigação é a formulação de um plano pelo investigador, como forma de estabelecer um roteiro que culmine no encontro das respostas às questões de investigação ou verificação das hipóteses propostas (Fortin et al., 2009).

### **1.1. TIPO DE ESTUDO**

“A metodologia da investigação pressupõe ao mesmo tempo um processo racional e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação” (Fortin et al., 2009, p.19). A metodologia usada na presente investigação é uma metodologia quantitativa.

A metodologia quantitativa ou objetivista visa estudar as causas objetivas dos fenómenos, através da observação dos factos e de uma colheita de dados mensuráveis (Fortin et al., 2009).

Existem vários tipos de investigação quantitativa. No presente estudo serão usados dois tipos de investigação, a descritiva e a correlacional.

A investigação descritiva tem como objetivo descobrir novos conhecimentos ou descrever fenómenos. É usada quando existe pouca informação sobre o fenómeno em estudo (Fortin et al., 2009). A investigação correlacional tem como finalidade estabelecer relações entre conceitos ou variáveis, com base em estudos descritivos dos fenómenos (Fortin et al., 2009).

### **1.2. FINALIDADES E OBJETIVOS DO ESTUDO**

Após a formulação do problema, o investigador tem de definir qual a orientação da investigação, deste modo define objetivos. Os objetivos devem “indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue” (Fortin et al., 2009, p.160). Os objetivos propostos para esta investigação são:

- Avaliar o nível de dependência tabágica de adolescentes fumadores;
- Avaliar a motivação para a cessação tabágica de adolescentes fumadores;
- Verificar se existe relação entre o nível de dependência tabágica e a motivação para a cessação tabágica de adolescentes.

### 1.3. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

“Uma questão de investigação é uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o, ou os conceitos em estudo” (Fortin et al., 2009, p.53). As questões de investigação são mais específicas que os objetivos e devem incluir os diferentes aspetos a serem estudados. As questões de investigação propostas para a elaboração do presente estudo são:

- Qual o nível de dependência tabágica de adolescentes fumadores?
- Qual o estágio de motivação para a cessação tabágica de adolescentes fumadores?
- Qual a relação existente entre o nível de dependência tabágica e o estágio de motivação para a cessação tabágica de adolescentes fumadores?

### 1.4. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

“As variáveis são as unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo” (Fortin et al., 2009, p.171), estas devem ser definidas de forma concetual e operacional, como forma de serem medidas.

As variáveis são classificadas em dependentes ou independentes. As variáveis dependentes ou centrais sofrem os efeitos das variáveis independentes, são o resultado pretendido pelo investigador. Na presente investigação, as variáveis dependentes são:

- Nível de dependência tabágica medida pelo teste FTND validado para a língua Portuguesa (Ferreira, Quintal, Lopes, & Taveira, 2009). Este instrumento é de utilização generalizada, podendo ser aplicado tanto a adultos como a adolescentes, usado como medida da dependência tabágica. É composto por seis questões de resposta curta, sendo a resposta classificada entre 0 e 3 pontos. O nível de dependência é obtido pelo score das perguntas, podendo variar entre 0 a 3 pontos,

que significa dependência tabágica baixa; 4 a 6 pontos, dependência tabágica média e 7 a 10 pontos, dependência tabágica alta.

- Motivação para a cessação tabágica através da identificação do estágio motivacional avaliado pela escala URICA validada para a língua Portuguesa (Lopes, Prieto, Delgado, Gamito, & Trigo, 2011). Este instrumento é de natureza genérica, aplicável tanto a adolescentes como adultos, que começam um tratamento ou apresentam um problema na sua vida. A URICA é constituída por 32 itens em que os inquiridos respondem aos itens numa escala de likert de 3 pontos: discorda (1), concorda (2), concorda totalmente (3). Deste modo classifica o indivíduo num dos 4 estádios motivacionais do Modelo Transteórico da Mudança, de acordo com a Tabela 1. O estágio motivacional em que o adolescente se encontra, é obtido pelo score obtido que pode variar entre os 32 pontos e os 96 pontos, em cada subescala. O estágio com maior pontuação refere-se ao estágio em que o indivíduo se encontra.

**Tabela 1** - Escala URICA, distribuição dos itens por dimensão

<b>Dimensões</b>	<b>Itens</b>
Pré-contemplação	1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31
Contemplação	2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24
Ação	3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30
Manutenção	6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32

As variáveis independentes são manipuladas na investigação com o objetivo de produzir efeitos nas outras variáveis dependentes. As variáveis independentes usadas na presente investigação são:

- Idade, medida em número de anos completos;
- Género, classificado em masculino ou feminino;
- Ano de escolaridade, definido pelo ano de ensino que o adolescente frequenta, classificado em 10º ano, 11º ano ou 12º ano;
- Tipo de ensino e área que frequenta, escolhe entre ensino regular ou profissional indicando o curso que frequenta;

- Hábitos tabágicos parentais, definido em “a mãe fuma”, “o pai fuma”, “nenhum dos progenitores fuma” ou “ambos os progenitores fumam”.

### 1.5. POPULAÇÃO E AMOSTRA

“A população consiste num conjunto de indivíduos ou de objetos que possuem características semelhantes, as quais foram definidas por critérios de inclusão” (Fortin et al., 2009, p.55). Como na maioria das vezes é impossível estudar toda a população é definida uma amostra, que seja representativa da população. “A amostra é a fração da população que constitui o objeto do estudo” (Fortin et al., 2009, p.55), sendo a representatividade uma qualidade essencial da mesma.

A população é classificada em população alvo e população acessível. “A população alvo refere-se à população que o investigador quer estudar (...). A população acessível é a fração da população alvo que está ao alcance do investigador” (Fortin et al., 2009, p.55). A população alvo deste estudo são adolescentes, com capacidade legal de dar o seu assentimento na participação do estudo (com idade superior a 16 anos) e que fumem. A população acessível são os adolescentes que cumpram os critérios de inclusão e que frequentem as escolas que demonstraram interesse em participar no estudo: Escola Profissional de Aveiro (EPA), Escola Profissional de Formação em Turismo de Aveiro (EFTA) e a Fundação Bissaya Barreto (FBB).

Como critérios de inclusão considerou-se os adolescentes com idade entre os 16 e os 19 anos, que frequentavam as escolas que participaram no estudo, que fumassem e que demonstraram interesse em participar no estudo, assinaram o consentimento informado.

O método de amostragem usado é não probabilístico por escolha racional. A amostragem não probabilística não dá a mesma possibilidade de todos os elementos da população serem escolhidos para formar a amostra, podendo correr o risco de não ser representativa e, deste modo menos fiável. A amostragem não probabilística por escolha racional é usada quando se pretender representar bem um fenómeno raro, como forma de ajudar a compreender este fenómeno.

## 1.6. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Os instrumentos de medida “servem para colher os dados, que permitirão responder às questões de investigação ou verificar hipóteses” (Fortin et al., 2009, p.218-219), deste modo é importante garantir a fidelidade e validade dos instrumentos a usar.

Neste estudo o questionário de recolha de dados (APÊNDICE I) é composto por:

- Questionário de caracterização sociodemográfica da amostra, com questões sobre a idade, género, ano de escolaridade, curso de ensino frequentado e pais fumadores;
- Escala de nível de dependência tabágica medida pelo teste FTND validado para a língua Portuguesa (Ferreira et al., 2009) (ANEXO I);
- Escala de motivação para a cessação tabágica através da identificação do estágio motivacional avaliado pela escala URICA validada para a língua Portuguesa (Lopes et al., 2011) (ANEXO II).

## 1.7. ASPETOS ÉTICOS

Investigações que envolvam seres humanos, nomeadamente no domínio da saúde envolvem questões morais e éticas, sobre as quais se tem de ponderar em todos os passos da investigação, desde da escolha do tema do estudo (Fortin et al., 2009).

“As decisões conformes à ética são as que se fundamentam sobre princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência” (Fortin et al., 2009, p.180). No decorrer da investigação os investigadores podem provocar danos na integridade dos participantes ou causar-lhes prejuízos, consciente ou inconscientemente. Deste modo, é importante tomar medidas para prevenir lesar os participantes (Fortin et al., 2009).

Assim, existem alguns princípios éticos que devem ser cumpridos para garantir que a investigação não irá lesar os participantes. Alguns destes princípios são:

- O consentimento livre e esclarecido: este princípio visa garantir que a pessoa em causa obteve toda a informação essencial, que conhece o conteúdo e que compreendeu bem a mesma informação e tem direito a recusar participar na investigação;

- O respeito pelos grupos vulneráveis: compreende o respeito das pessoas vulneráveis e indefesas, quando a sua capacidade de fazer escolhas ou as suas aptidões são deficientes. Exige de igual forma a ausência de qualquer discriminação;
- O respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais: este princípio consiste no direito ao anonimato das informações fornecidas no âmbito da investigação;
- O respeito pela justiça e pela equidade: refere-se ao respeito destes dois princípios na escolha ou aplicação dos métodos de investigação (Fortin et al., 2009).

Neste estudo, foi solicitado um pedido de parecer e apreciação ética do projeto de investigação junto da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UCISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), tendo obtido um parecer positivo, Parecer N.º. P659-03/2020 (ANEXO III), bem como a adenda do mesmo, solicitada devido à mudança do local da realização da colheita de dados (ANEXO IV). De seguida, e por indicação da comissão de ética foi solicitada autorização da realização de investigação em meio escolar à Direção-Geral de Educação, com a obtenção de parecer positivo (ANEXO V).

Seguiu-se o pedido de autorização aos diretores das escolas onde iria decorrer a investigação, tendo obtido abalo positivo por três escolas do ensino profissional, pela FBB, pela EPA e pela EFTA (ANEXO VI).

Por último, foi solicitada autorização ao autor de um dos instrumentos de colheita de dados, visto que a escala URICA é de livre utilização. Deste modo, solicitei autorização do uso do teste FTND validado para a língua Portuguesa (ANEXO VII).

## 1.8. ANÁLISE PSICOMÉTRICA DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

A análise dos dados obtidos foi realizada no programa informático IBM-SPSS. Procedendo-se à análise psicométrica de ambas as escalas utilizadas, sendo analisada a consistência interna através do Alpha de Cronbach. Foram analisados um total de 88 indivíduos.

Relativamente ao teste FTND, o índice de consistência interna obtido foi  $\alpha=0,610$ , o que significa uma consistência baixa. Contudo, aquando da validação deste teste para a língua

portuguesa o índice de consistência interna obtido pelos autores foi  $\alpha=0,660$ , sendo um valor considerado superior ao obtido pelos autores da escala e semelhante ao obtido em estudos similares (Ferreira et al., 2009).

Relativamente à escala URICA no global, o índice de consistência interna obtido foi  $\alpha=0,876$ , o que significa uma consistência interna boa a muito boa. Foram também analisadas as consistências internas das subescalas da escala URICA. A subescala Pré-contemplação obteve um  $\alpha=0,746$ , a Contemplação  $\alpha=0,767$ , a Ação  $\alpha=0,795$  e a Manutenção  $\alpha=0,834$ .

### 1.9. PREVISÃO DO TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Como referido anteriormente, o tratamento dos dados foi realizado através do programa estatísticos *IBM-SPSS* versão 27.0.

Para a decisão dos testes estatísticos a serem utilizados foi avaliada a aderência à normalidade através do teste estatístico de *Kolmogorov-Smirnov*, sendo que para uma variável presente uma distribuição normal  $p>0,05$ . De acordo com o valor encontrado no teste de Kolmogorov-Smirnov com a correlação de significância de Lilliefors, este permitiu concluir que a amostra não segue uma distribuição normal, sendo por isso usados testes não paramétricos.

Para o tratamento estatístico dos dados foram usadas técnicas de estatística descritiva, através de estatísticas de frequências, medidas de tendência central, medidas de dispersão e coeficiente *Alpha de Cronbach*.

Para a verificação das hipóteses formuladas foram usadas técnicas de estatística inferencial, tais como o teste de Spearman para avaliação da correlação. Foram também usados os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.



## 2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 2.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

No presente estudo foram incluídos 88 alunos. Como já referido anteriormente, os dados foram recolhidos em três escolas da zona de Aveiro e Coimbra.

Os alunos inquiridos tinham idade igual ou superior a 16 anos, como forma de estarem legalmente habilitados a darem assentimento na participação do estudo. Não foram incluídos alunos mais novos, pela necessidade de consentimento por parte dos encarregados de educação, na medida em que os dados colhidos são sensíveis e que como é de conhecimento geral, a maioria dos adolescentes que fumam, fazem-no sem o conhecimento dos pais. Contudo, devido a uma reduzida amostra foram usados alunos até aos 19 anos, mas que ainda frequentavam o ensino obrigatório, bem como alunos com idade superior a 16 que frequentavam o 3º ciclo do ensino básico.

De acordo com a idade estipulada (maiores do que 16 anos) os alunos escolhidos deveriam frequentar o ensino secundário (10º, 11º e 12º anos), contudo participaram no estudo alunos que frequentavam o 3º ciclo do ensino básico (7º, 8º e 9º anos), mas que já tinham idade igual ou superior a 16 anos. Na medida em que todas as escolas que aceitaram participar no estudo são escolas profissionais, os alunos inquiridos frequentam o ensino profissional ou Cursos de Educação e Formação (CEF).

De acordo com os dados obtidos e que se encontram expressos na Tabela 2, dos alunos inquiridos 38,6% são do género feminino e 61,4% são do género masculino. É também encontrada uma distribuição semelhante num estudo desenvolvido numa escola, com o objetivo de avaliar qual o fator com maior impacto na motivação para a cessação tabágica, em que foi analisada uma amostra de 188 adolescentes fumadores, sendo 67% do género masculino e 33% feminino (Riedel, Robinson, Klesges, & McLain-Allen, 2002).

**Tabela 2** - Distribuição dos adolescentes de acordo com o género

Género	Frequência	Percentagem
Feminino	34	38,6
Masculino	54	61,4
Total	88	100

De igual modo, o relatório do IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, realizado em 2016/2017, refere que “os consumos são superiores entre os homens, independentemente da substância e da temporalidade” (Balsa et al., 2017, p.15). No que se refere ao consumo de tabaco ao longo da vida, na população jovem (entre os 15 e os 24 anos) podemos observar que existe também uma maior percentagem de consumo de tabaco no género masculino (48,9%) do que no género feminino (38,7%), contudo, com distribuições diferentes das encontradas no presente estudo (Balsa et al, 2017).

Relativamente à distribuição dos alunos de acordo com a idade, podemos observar na Tabela 3 que existe uma maior percentagem de alunos com 17 anos de idade (39,8%). A média de idades da amostra é 17,19 anos, de acordo com os dados observados na Tabela 4.

**Tabela 3** - Distribuição dos adolescentes de acordo com a idade em anos

<b>Idade dos alunos em anos</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
16	24	27,3
17	35	39,8
18	17	19,3
19	12	13,6
Total	88	100,0

**Tabela 4** - Estatística descritiva referente à idade dos adolescentes em anos

<b>Frequência</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
88	16	19	17,19	0,993

Resultados idênticos foram identificados no relatório do IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, realizado em 2016/2017, em que na população em geral, com consumo regular de tabaco, o mesmo surge em média, aos 18 anos, e no que se refere à população jovem (15 e os 24 anos) a média de início do consumo é de 16 anos (Balsa et al., 2017).

Ainda no que se refere à idade, um estudo desenvolvido nos EUA com adolescentes entre os 14 e os 21 anos, com o objetivo de analisar o consumo de tabaco nos adolescentes, bem como a dependência do mesmo, dos 2253 adolescentes inquiridos 14% tinham idades entre 14 e 15 anos, 19% entre os 16 e os 17 anos e 33% entre os 18 e os 19 anos (Welte, Barnes, Tidwell, & Hoffman, 2011). Neste estudo a faixa etária analisada é mais larga, do que a analisada no presente estudo, sendo que as idades com maior percentagem de adolescentes fumadores são 18 e 19 anos, sendo ligeiramente mais velhos do que as idades observadas no nosso estudo.

Na Tabela 5 são expressos o número de alunos de acordo com o ano de escolaridade que frequentam, sendo que 38,6% dos alunos frequentam o 11º ano. A maioria dos alunos (82,9%), frequenta o ensino secundário (10º, 11º e 12º anos).

**Tabela 5** - Distribuição dos adolescentes de acordo com o ano de escolaridade que frequentam

<b>Ano de escolaridade</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
7ºano	2	2,3
8ºano	3	3,4
9ºano	10	11,4
10ºano	24	27,3
11ºano	34	38,6
12ºano	15	17,0
Total	88	100,0

Numa investigação desenvolvida em escolas secundárias em Montreal no Canadá, com o objetivo de interpretar a dependência tabágica dos adolescentes, tendo em conta o número de cigarros que consomem, nos alunos que frequentavam do 7º ao 11º ano de escolaridade, com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos, foi observado um maior número de alunos a iniciar os consumos no 7º ano, do que nos anos seguintes (8º, 9º, 10º e 11º anos). Este facto pode ocorrer devido aos alunos deixarem de fumar à medida que se vão tornando mais velhos (Dugas et al., 2019). Estes dados são contraditórios aos encontrados no presente estudo, em que o consumo de tabaco tem maior prevalência nos alunos que frequentam o ensino secundário, do que os que frequentam o 3º ciclo.

Aos alunos inquiridos foi questionado se os pais são fumadores, e qual dos progenitores é que fuma, ou se ambos fumam, tendo 37,5% respondido que nenhum dos pais fuma, os restantes 62,5% apresentam pais fumadores que se distribuem de acordo com o expresso na Tabela 6.

**Tabela 6** - Distribuição dos adolescentes de acordo com os hábitos tabágicos dos progenitores

Hábitos tabágicos dos pais	Frequência	Percentagem
Nenhum	33	37,5
Pai	27	30,7
Mãe	7	8,0
Ambos	21	23,9
Total	88	100,0

Os resultados de um estudo desenvolvido em adolescentes entre os 13 e os 18 anos, com objetivo de avaliar a influência do consumo tabágico pelos pais na dependência tabágica e motivação para a cessação tabágica dos adolescentes, indicam que se ambos os pais fumarem os filhos apresentam um maior risco de começarem a fumar e manterem esse hábito no futuro, comparativamente a adolescentes em que nenhum dos pais fuma (Kleinjan et al., 2009). Nesse estudo 41% dos adolescentes referiram que nenhum dos progenitores fumava, 33% que pelo menos um dos pais fumava e 26% ambos os pais fumavam (Kleinjan et al., 2009). Também, no presente estudo a percentagem de alunos que tem pelo menos um dos progenitores que fuma é maior do que a dos adolescentes em que nenhum dos progenitores fuma.

## 2.2. CARACTERIZAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA DO TABACO

Para analisar o nível de dependência dos adolescentes fumadores foi usado o teste FTND que classifica a dependência em três níveis, dependência baixa (score de 0 a 3 pontos), média (score de 4 a 6 pontos) e alta (score de 7 a 10 pontos).

O teste FTND apresenta como limitação avaliar apenas a dependência física da nicotina, não avaliando o número de cigarros fumados por dia, bem como a dependência psicológica e social (Kim et al., 2015). A dependência física da nicotina inclui desejo, resistência, consumo repetido e os sintomas de abstinência (Johnson et al., 2003). Estudos recentes indicam que o uso de terapêutica de substituição de nicotina diminui os efeitos da abstinência física, mas apresenta pouco sucesso na cessação tabágica, na medida em que a abstinência à nicotina não é apenas física, como já referido anteriormente (Kim et al., 2015).

Dos 88 alunos da amostra, 71,6% apresentam um nível de dependência baixo, sendo em média o nível de dependência 2,65. Dos restantes alunos, 25% apresenta um nível de dependência médio e 3,4% apresenta um nível de dependência alto. Os resultados estão representados na Tabela 7.

**Tabela 7-** Distribuição dos adolescentes de acordo com o nível de dependência tabágica

Nível de dependência	Frequência	Porcentagem
Dependência alta	3	3,4
Dependência média	22	25
Dependência baixa	63	71,6
Total	88	100

Estes resultados podem estar relacionados com a limitação do teste de FTND, visto que, como o consumo de tabaco ainda é recente, os adolescentes não apresentam uma elevada dependência física, podendo, no entanto, apresentar outras formas de dependência. Embora o teste FTND esteja validado para a população adolescente, o uso de outras escalas de avaliação de dependência da nicotina nesta população pode ser mais discriminativo.

Resultados diferentes foram obtidos num estudo desenvolvido em adolescentes fumadores, com o objetivo de perceber quais são os fatores que motivam os adolescentes a deixar de fumar, aos quais foi aplicado igualmente o teste FTND. Destes adolescentes, 28% apresentavam dependência baixa, 52% dependência moderada e 20% dependência alta (Riedel et al., 2002), tendo obtido uma maior percentagem de adolescentes com

dependência média, do que com dependência baixa. No entanto, à semelhança do presente estudo, a dependência alta foi também o nível de dependência com menor predomínio.

No que se refere ao nível de dependência tabágica, foi analisada a sua relação com a idade, observando-se que os níveis de dependência baixa e alta tem uma maior prevalência nos alunos com 17 anos. No que se refere à dependência média, esta apresenta o mesmo nível de prevalência nos alunos com 16 e com 17 anos. Os dados da dependência tabágica em função da idade encontram-se representados na Tabela 8.

**Tabela 8** - Nível de dependência tabágica em função da idade dos adolescentes

		Idade dos alunos em anos					
			16	17	18	19	Total
<b>Nível de Dependência</b>	Dependência alta	n	0	2	0	1	3
		%	0,0%	2,3%	0,0%	1,1%	3,4%
	Dependência média	n	8	8	4	2	22
		%	9,1%	9,1%	4,5%	2,3%	25,0%
	Dependência baixa	n	16	25	13	9	63
		%	18,2%	28,4%	14,8%	10,2%	71,6%
	Total	n	24	35	17	12	88
		%	27,3%	39,8%	19,3%	13,6%	100,0%

Relativamente à dependência tabágica em função do género, na Tabela 9 estão expressos os resultados obtidos. Podemos observar que ambos os géneros apresentam uma maior prevalência de dependência baixa, sendo que no que se refere à dependência alta, o género feminino apresenta uma prevalência de 2,3% em comparação com 1,1% do género masculino. Na dependência média é o género masculino que apresenta maior prevalência.

**Tabela 9** - Nível de dependência tabágica em função do gênero dos adolescentes

		Gênero			
		Feminino	Masculino	Total	
Nível de Dependência	Dependência alta	n	2	1	3
		%	2,3%	1,1%	3,4%
	Dependência média	n	4	18	22
		%	4,5%	20,5%	25,0%
	Dependência baixa	n	28	35	63
		%	31,8%	39,8%	71,6%
	Total	n	34	54	88
		%	38,6%	61,4%	100,0%

Foi analisado o nível de dependência dos adolescentes em função dos hábitos tabágicos dos progenitores. Deste modo, é observado que dos três alunos que apresentam um elevado nível de dependência, apenas um refere que ambos os pais fumam. Por outro lado, a maioria dos alunos que apresenta um nível de dependência baixo refere que pelo menos um dos progenitores fuma. Os resultados referentes ao nível de dependência tabágica que os alunos apresentam de acordo com os hábitos tabágicos parentais encontram-se expressos na Tabela 10.

**Tabela 10** -Distribuição do nível de dependência tabágica dos adolescentes em função dos hábitos tabágicos dos progenitores

		Hábitos Tabágicos dos Pais					
		Nenhum	Pai	Mãe	Ambos	Total	
<b>Nível de Dependência</b>	Dependência alta	n	2	0	0	1	3
		%	2,3%	0,0%	0,0%	1,1%	3,4%
	Dependência média	n	8	9	2	3	22
		%	9,1%	10,2%	2,3%	3,4%	25,0%
	Dependência baixa	n	23	18	5	17	63
		%	26,1%	20,5%	5,7%	19,3%	71,6%
	Total	n	33	27	7	21	88
		%	37,5%	30,7%	8,0%	23,9%	100,0%

### 2.3. CARATERIZAÇÃO DA MOTIVAÇÃO PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA

Para analisar o nível de motivação para a cessação tabágica foi usada a escala URICA, que tem como objetivo classificar o nível de motivação em quatro estádios (pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção) recorrendo a uma escala tipo likert. Devido à extensão da escala foram excluídos 12 alunos que se considerou que não preencheram a mesma de forma adequada, na medida em que se encontravam em vários estádios ao mesmo tempo.

Deste modo, o estádio de motivação para a mudança mais comum nos alunos inquiridos é a pré-contemplação, isto é, os alunos não têm como objetivo deixar de fumar nos próximos seis meses, apresenta uma frequência de 48,9%. Relativamente aos restantes estádios, 14,8% situam-se no estádio da contemplação (intenção de mudar o comportamento nos próximos 6 meses), 21,6% dos alunos encontram-se no estádio da ação (mantém o novo comportamento há menos de 6 meses) e 1,1% no estádio da manutenção (a mudança de comportamento permaneceu por mais de 6 meses), como se pode observar na Tabela 11.

**Tabela 11** - Distribuição dos adolescentes de acordo com o estágio de motivação para a mudança de comportamento

<b>Estádio de Mudança</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Pré-contemplação	43	48,9
Contemplação	13	14,8
Ação	19	21,6
Manutenção	1	1,1
Excluídos	12	13,6
Total	88	100,0

Na generalidade a maioria dos alunos está no estágio da pré-contemplação, este facto pode ser justificado pelo consumo de tabaco ser recente, não havendo tempo para assumir que o tabagismo é um problema, bem como porque os alunos podem ainda não ter começado a sentir as consequências que advêm do consumo de tabaco. Resultados de outras investigações reforçam esta suposição, na medida em que referem que os adolescentes pretendem deixar de fumar, mas não é um objetivo atual, mas sim futuro (Kleinjan et al., 2008).

Por outro lado, a motivação para a mudança de comportamento, avaliada através dos estádios de motivação pode, segundo Kleinjan et al. (2008) não ser uma forma adequada de avaliar a prontidão para a mudança, nomeadamente na população adolescente, na medida em que os pontos de corte temporal podem não estar adequados para esta faixa etária e podem não refletir de forma verídica a prontidão para a mudança num futuro próximo.

Um estudo desenvolvido em adolescentes fumadores entre os 13 e os 19 anos, em que foram analisadas as razões que os levavam a querer deixar de fumar, identificou a preocupação com o seu estado de saúde atual e futuro, preocupação com a aparência física e influência na performance atlética (Riedel et al., 2002).

Foram analisados os estádios de mudança em que os alunos se encontram, tendo em conta a idade, que estão expressos na Tabela 12.

**Tabela 12** - Estádio de motivação para a mudança de comportamento em função da idade dos adolescentes

		Idade em anos					
		16	17	18	19	Total	
<b>Estádio de Motivação para a Mudança</b>	Pré-contemplação	n	13	18	5	7	43
		%	17,1%	23,7%	6,6%	9,2%	56,6%
	Contemplação	n	2	8	1	2	13
		%	2,6%	10,5%	1,3%	2,6%	17,1%
	Ação	n	5	5	6	3	19
		%	6,6%	6,6%	7,9%	3,9%	25,0%
	Manutenção	n	0	0	1	0	1
		%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	1,3%
	Total	n	20	31	13	12	76
		%	26,3%	40,8%	17,1%	15,8%	100,0%

No que se refere à distribuição da motivação para a mudança em relação à idade, podemos observar que os alunos que se encontram nos estádios da contemplação e ação são alunos mais velhos, com 17 e 18 anos, respetivamente. Este facto pode estar relacionado com o aparecimento de algumas consequências provenientes dos anos de tabagismo, nos alunos mais velhos, bem como da consciencialização dos efeitos nefastos do tabaco.

A análise dos estádios de motivação para a mudança em função do género dos alunos pode ser observada na Tabela 13. Assim, podemos concluir que tanto no género feminino como no género masculino, um elevado número de adolescentes estão no estádio da pré-contemplação (21,1%), o que já era expectável. Sendo que, o único aluno que se encontra no estádio da manutenção é do género masculino.

**Tabela 13** - Estádio de motivação para a mudança de comportamento em função do género dos adolescentes

		Género			
		Feminino	Masculino	Total	
Estádio de Motivação para a Mudança	Pré-contemplanção	n	16	27	43
		%	21,1%	35,5%	56,6%
	Contemplanção	n	6	7	13
		%	7,9%	9,2%	17,1%
	Ação	n	10	9	19
		%	13,2%	11,8%	25,0%
	Manutenção	n	0	1	1
		%	0,0%	1,3%	1,3%
	Total	n	32	44	76
		%	42,1%	57,9%	100,0%

Na Tabela 14 estão expressos os hábitos tabágicos parentais em função do estágio de motivação para a mudança dos alunos. Observa-se que o aluno que se encontra no estágio de manutenção, nenhum dos pais fuma. Contudo, como é apenas um aluno, este resultado não tem peso significativo para ser analisado. Por outro lado, dos alunos que se encontram no estágio da pré-contemplanção, uma grande parte apresenta pelo menos um dos pais que fuma.

**Tabela 14** - Estádio de motivação para a mudança de comportamento dos adolescentes em função dos hábitos tabágicos dos progenitores

		Hábitos tabágicos dos pais					
		Nenhum	Pai	Mãe	Ambos	Total	
<b>Estádio de Motivação para a Mudança</b>	Pré-contemplação	n	15	14	2	12	43
		%	19,7%	18,4%	2,6%	15,8%	56,6%
	Contemplação	n	3	3	1	6	13
		%	3,9%	3,9%	1,3%	7,9%	17,1%
	Ação	n	9	5	4	1	19
		%	11,8%	6,6%	5,3%	1,3%	25,0%
	Manutenção	n	1	0	0	0	1
		%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%
	Total	n	28	22	7	19	76
		%	36,8%	28,9%	9,2%	25,0%	100,0%

Kim et al. (2016) identificaram como preditores da cessação tabágica nos adolescentes, a intenção de deixar de fumar, menor duração de consumo, número de cigarros consumidos por dia, elevada autoeficácia e o não consumo de tabaco pelos progenitores. Sendo que, o fator preditor com maior impacto é a intenção para deixar de fumar. De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, podemos observar que a maioria dos alunos tem pais fumadores, o que pode contribuir para os adolescentes não estarem motivados para deixar de fumar.

#### 2.4. RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para a análise da relação entre a idade e o nível de dependência tabágica dos alunos foi realizado o teste de Spermán (Tabela 15) tendo-se obtido um nível de significância de 0,019 (inferior a 0,05), o que significa que as variáveis se relacionam. O coeficiente de correlação obtido foi de -0,250, o que significa que a associação entre as variáveis é negativa, ou seja, à medida que os alunos vão ficando mais velhos vão tendo um menor nível de dependência. Contudo a correlação encontrada é fraca.

**Tabela 15** - Correlação de Spearman (n=88) entre a idade dos adolescentes e o nível de dependência tabágica

		<b>Dependência Tabágica</b>
Idade em anos completos	r	-0,250
	p	0,019
	n	88

Um estudo desenvolvido em adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 21 anos, com o objetivo de analisar os padrões de consumo e a dependência tabágica em adolescentes e jovens adultos, obteve resultados diferentes. Segundo Welte et al. (2011), o consumo e a dependência tabágica aumentam com a idade entre os 14 e os 21 anos, sendo que por cada ano que passa, a probabilidade de consumo de tabaco aumenta cerca de 30%.

Este resultado contraditório pode ter sido obtido devido ao tamanho reduzido da amostra, sendo que nesta amostra os alunos mais novos apresentavam um nível de dependência tabágica mais elevado que os alunos mais velhos.

Foi também relacionado o nível de dependência tabágica com o género recorrendo ao teste de Mann-Whitney (Tabela 16). Foi obtido um nível de significância de 0,114 (superior a 0,05) o que significa que não há relação entre a dependência tabágica e o género. Em comparação com um estudo desenvolvido em fumadores adultos com o objetivo de avaliar a fiabilidade de várias escalas de avaliação da dependência tabágica, não foi igualmente observada relação estatística significativa entre a dependência tabágica e o género (DiFranza, Savageau, & Wellman, 2012).

**Tabela 16** - Relação entre a dependência tabágica e o género dos adolescentes usando o teste de Mann-Whitney

<b>Género</b>	<b>n</b>	<b>Médias dos postos</b>	<b>Soma de classificações</b>	<b>U Mann-Whitney</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Feminino	34	40,24	1368,00	773,000	-1,581	0,114
Masculino	54	47,19	2548,00			

Ao realizar o teste de Mann-Whitney como forma de verificar se existe relação entre o nível de dependência tabágica e os hábitos tabágicos dos pais (Tabela 17), estes foram agrupados em pais fumadores e pais não fumadores. Foi obtido um nível de significância de 0,681 (superior a 0,05) o que significa que o nível de dependência dos alunos não se relaciona com o facto de os pais serem ou não fumadores. Resultados diferentes foram obtidos num estudo cujo objetivo era perceber quais os principais fatores de suporte aquando das tentativas de cessação tabágica, sendo que os adolescentes que coabitavam com fumadores apresentavam maior probabilidade de consumo de tabaco (Shaikh, Nugawela, & Szatkowski, 2015).

**Tabela 17** - Relação entre a dependência tabágica dos adolescentes e os hábitos tabágicos dos progenitores usando o teste de Mann-Whitney

Hábitos tabágicos parentais	n	Médias dos postos	Soma de classificações	U Mann-Whitney	Z	p
Não fumadores	33	45,64	1506,00	870,000	-0,411	0,681
Fumadores	55	43,82	2410,00			

No que se refere à motivação para a mudança de comportamento: foi avaliado, através do teste de Spearman se existe relação entre a idade dos alunos e o estágio de motivação para a mudança em que se encontram. Na Tabela 18 é possível verificar que o nível de significância obtido é superior a 0,05 para todos os estádios o que significa que não existe relação entre a idade dos alunos e o estágio de motivação para a mudança em que os adolescentes se encontram.

**Tabela 18** - Correlação de Spearman (n=76) entre a motivação para a mudança de comportamento e a idade em anos dos adolescentes

	p	r
Pré-contemplação	0,950	-0,007
Contemplação	0,824	-0,024
Ação	0,365	0,098
Manutenção	0,975	-0,003

Resultados similares foram obtidos num estudo cujo objetivo era avaliar os resultados de um programa de cessação tabágica em adolescentes, sendo que não foi encontrada nenhuma associação entre a motivação para a cessação ou redução tabágica e a idade, ou a idade de início do consumo tabágico, ou a duração do consumo tabágico (Taş & Öden Akman, 2020).

Ao relacionar a motivação para a mudança de comportamento com o género dos alunos, bem como com os hábitos tabágicos parentais, através do teste Mann-Whitney para todos os estádios foi obtido um nível de significância superior a 0,05, o que significa que não existe relação entre o estádio de motivação para a mudança, nem com o género, nem com os hábitos tabágicos dos pais, de acordo com o observado nas Tabelas 19 e 20.

**Tabela 19** - Relação entre o estádio de motivação para a mudança de comportamento e o género dos adolescentes usando o teste de Mann-Whitney

Estádio de Motivação	Género	n	Médias dos postos	Soma de classificações	U Mann-Whitney	Z	p
Pré-contemplação	Feminino	34	42,71	1452,00	857,000	-0,525	0,599
	Masculino	54	45,63	2464,00			
Contemplação	Feminino	34	45,32	1541,00	890,00	-0,241	0,809
	Masculino	54	43,98	2375,00			
Ação	Feminino	34	46,62	1585,00	846,00	-0,624	0,533
	Masculino	54	43,17	2331,00			
Manutenção	Feminino	34	41,10	1397,50	802,500	-1,007	0,314
	Masculino	54	46,64	2518,50			

Contrariamente aos resultados obtidos, no que se refere à relação entre a motivação para a cessação tabágica e o género, um estudo desenvolvido em alunos universitários com o objetivo de perceber se existe relação entre o consumo de mais do que um produto de tabaco e a intenção de deixar de fumar. Verificou-se que os alunos do género masculino têm menor probabilidade do que os alunos do género de feminino de tentarem deixar de fumar (Butler et al., 2018).

**Tabela 20** - Relação entre o estágio de motivação para a mudança de comportamento dos adolescentes e os hábitos tabágicos dos progenitores usando o teste de Mann-Whitney

Estádio de Motivação	Hábitos tabágicos parentais	n	Médias dos postos	Soma de classificações	U Mann-Whitney	Z	p
Pré-contemplação	Não fumadores	33	46,98	1550,50	825,500	-0,710	0,478
	Fumadores	55	43,01	2365,50			
Contemplação	Não fumadores	33	43,30	1429,00	868,000	-0,342	0,732
	Fumadores	55	45,22	2487,00			
Ação	Não fumadores	33	49,38	1629,50	746,500	-1,403	0,161
	Fumadores	55	41,57	2286,50			
Manutenção	Não fumadores	33	45,98	1517,50	858,500	-0,430	0,667
	Fumadores	55	43,61	2398,50			

No que se refere aos hábitos tabágicos parentais, um estudo que analisou vários adolescentes com o objetivo de perceber as causas das recaídas após a cessação tabágica nesta população, obteve resultados diferentes. Percebeu que os adolescentes com taxas de sucesso da cessação tabágica mais altas são aqueles que os pais nunca fumaram (Kim et al., 2016).

A última questão de investigação pretendia verificar se existe relação entre o nível de dependência tabágica dos adolescentes e o nível de motivação para a mudança de comportamento. Deste modo, foi usado o teste de Kruskal-Wallis, tendo sido obtidos os resultados expressos na Tabela 21. Podemos observar que o nível de significância em todos os estádios de motivação é superior a 0,05, o que significa que não existe relação entre o nível de dependência tabágica e a motivação para a mudança de comportamento.

**Tabela 21** - Relação entre o estágio de motivação para a mudança de comportamento e o nível de dependência tabágica dos adolescentes usando o teste de Kruskal-Wallis

<b>Estádio de Motivação</b>	<b>Nível de dependência</b>	<b>n</b>	<b>Médias dos postos</b>	<b>H Kruskal-Wallis</b>	<b>p</b>
Pré-contemplação	Dependência baixa	63	42,92	0,897	0,638
	Dependência média	22	48,86		
	Dependência alta	3	45,67		
Contemplação	Dependência baixa	63	45,27	0,817	0,665
	Dependência média	22	41,09		
	Dependência alta	3	53,33		
Ação	Dependência baixa	63	47,75	3,686	0,158
	Dependência média	22	36,14		
	Dependência alta	3	37,50		
Manutenção	Dependência baixa	63	43,93	2,114	0,347
	Dependência média	22	43,32		
	Dependência alta	3	65,17		

Resultados diferentes foram observados num estudo desenvolvido num centro de reabilitação tabágica em Espanha e na Argentina, com fumadores adultos, em que foram avaliados o nível de dependência através do teste FTND e a motivação para a cessação tabágica através do Teste de Richmond, Teste de motivação de Henri Mondor Paris e o Teste de Khimji-Watts, concluindo que, quando estabelecida a associação entre o nível de dependência e a motivação para a cessação tabágica, verificava-se uma correlação negativa, ou seja à medida que o nível de dependência tabágica aumentava a motivação diminuía (Granda-Orive et al., 2019).

Por outro lado, num estudo desenvolvido na Holanda com alunos com uma média de idades de 14,9 anos, foram obtidos resultados similares aos obtidos no presente estudo, não se verificou qualquer relação entre o nível dependência tabágica e a motivação para a cessação tabágica, nem com o número de tentativas para deixar de fumar. Foi observado que na população adolescente fumadora a prontidão para a cessação tabágica é importante para determinar se o adolescente irá querer parar de fumar, sendo que a dependência

tabágica é importante para determinar se as tentativas para parar de fumar serão eficazes ou não. Deste modo, independentemente do nível de dependência tabágica a motivação para a cessação tabágica é o mais importante para obter bons resultados (Kleinjan et al., 2009).

De igual modo, Kim et al. (2016), observaram que a dependência tabágica não é um fator com grande impacto no sucesso da cessação tabágica, nomeadamente quando os níveis de dependência tabágica são baixos, como os observados nos resultados obtidos neste estudo.

Como já referido anteriormente, a dependência tabágica física nos adolescentes ainda não é muito perceptível devido à curta duração dos hábitos tabágicos, sendo que do mesmo modo, os adolescentes não pretendem deixar de fumar, visto que não sentem dependência em relação ao tabaco, nem os efeitos nefastos do mesmo.

## CONCLUSÃO

Atualmente o consumo de substâncias pelos adolescentes constitui um problema de saúde pública. Segundo a OMS o consumo de tabaco na Europa na população jovem está a aumentar, sendo igual ao da população adulta em alguns países (World Health Organization, 2015).

Quanto mais cedo o início do consumo, maior será o risco de dependência, bem como o risco de consumo e dependência de outras substâncias psicoativas ilícitas (Muniz, 2018).

Os adolescentes apresentam uma maior probabilidade de tentarem deixar de fumar, mas apresentam menor probabilidade de terem acompanhamento (West et al., 2019). Estudos indicam que mais de 50% dos adolescentes sujeitos aos programas de cessação tabágica direcionados a adultos, continuam a fumar no fim do tratamento (Kim, Kim, Kim, & Kim, 2019).

No presente estudo, a maioria dos adolescentes fumadores inquiridos, era do género masculino (61,4%), tinham uma média de idades de 17,19 anos, sendo que 38,6% frequentavam o 11º ano de escolaridade e 62,5% tinham pelos menos um dos pais fumadores.

Os objetivos do estudo eram avaliar o nível de dependência tabágica e a motivação para a cessação tabágica dos adolescentes fumadores. Deste modo, foram utilizados o teste FTND e a Escala URICA ambos validados para a língua Portuguesa.

Dos resultados obtidos, constatou-se que a maioria dos adolescentes apresenta uma dependência tabágica baixa (71,6%) e que o estágio de motivação para a mudança da pré-contemplanção é o mais prevalente (48,9%).

Com a aplicação de testes estatísticos não paramétricos, foi obtida uma relação estatística negativa, entre a idade e o nível de dependência tabágica dos adolescentes, ou seja, quanto maior a idade, menor é o nível de dependência. Nas restantes variáveis, não foi obtida qualquer relação estatística significativa. Deste modo, podemos concluir que não há relação entre o nível de dependência tabágica e a motivação para a mudança de comportamento nestes adolescentes.

Contudo, como já referido anteriormente e suportado por diferentes autores, os adolescentes apresentam um nível de dependência tabágica baixo, na medida em que são fumadores que iniciaram os seus hábitos tabágicos há relativamente pouco tempo, não

tendo tido tempo de desenvolver sintomas físicos de dependência. Por outro lado, os adolescentes apresentam baixos níveis de motivação para a cessação tabágica, podendo este facto dever-se a estes ainda não terem observado os efeitos nefastos do uso do tabaco.

Por outro lado, não só a dependência tabágica tem relação com a motivação dos adolescentes para a cessação tabágica, sendo que o facto de uma grande parte dos adolescentes apresentarem uma dependência tabágica baixa, não significa que não existam outros fatores que possam influenciar a decisão de deixar de fumar.

O facto da maioria dos adolescentes se encontrarem no estágio de mudança de comportamento da pré-contemplação, não significa que não seja possível realizar nenhuma intervenção para promoção da cessação tabágica. A intervenção terá de ser adaptada ao respetivo estágio e deste modo, nos adolescentes que se encontrem neste estágio podem ser usadas estratégias que tenham como objetivo melhorar a perceção sobre os prós e os contras do tabaco, aumentar a autoeficácia no que diz respeito à necessidade de fumar, bem como ajudá-los a lidar com eventuais sintomas de abstinência.

De modo a dar continuidade ao desenvolvimento deste tema e com os resultados obtidos, surgiram algumas considerações para investigações futuras, mesmo existindo vários estudos desenvolvidos sobre o tabagismo na adolescência, na sua maioria são direcionados para a prevenção, existindo poucos estudos sobre a promoção da cessação tabágica nesta população. Por outro lado, podemos salientar a inexistência de apoio por parte do SNS para os adolescentes fumadores, sendo as consultas de cessação tabágica dirigidas a maiores de 18 anos de idade.

As limitações deste estudo prendem-se com uma amostra reduzida (88 alunos), e o facto de todos os adolescentes frequentarem o ensino profissional, afetando assim a representatividade da população. Amostras maiores e com representatividade dos vários tipos de ensino representariam com maior fiabilidade a população, contudo devido ao contexto pandémico em que este estudo foi desenvolvido não foi possível obter uma amostra mais significativa. Inicialmente a amostra selecionada seriam adolescentes que frequentavam o ensino secundário, contudo e como já referido anteriormente, no contexto pandémico em que foi desenvolvido o estudo e devido ao reduzido número de alunos, foram incluídos também alunos maiores de 16 anos, que ainda frequentavam o 3º ciclo do ensino básico, bem como alunos maiores de 18 anos que ainda frequentavam o ensino obrigatório.

Por outro lado, na interpretação dos resultados referentes à escala URICA, 12 alunos foram excluídos por apresentarem preenchimento indevido da mesma. Novamente devido ao contexto pandémico em que o estudo foi desenvolvido, a investigadora não foi autorizada a deslocar-se às instalações para a aplicação dos questionários, sendo os mesmos aplicados pelos professores das respetivas escolas, o que não permitiu um cabal esclarecimento de possíveis dúvidas dos alunos, no preenchimento do instrumento de colheita de dados.

Contudo, no que se refere ao género e à idade, a amostra estudada é semelhante a outros estudos publicados. O tabagismo na adolescência deve ser valorizado pelos educadores, pais e profissionais de saúde, não apenas numa ótica de prevenção, mas também dando ênfase aos adolescentes fumadores, como forma de os motivar a deixar de fumar.

Outra limitação encontrada foi a escolha dos instrumentos de avaliação, tanto do teste FTND, como também da escala URICA, na medida em que o primeiro avalia a dependência física da nicotina e como já referido anteriormente não é a forma mais fidedigna de avaliar dependência tabágica na adolescência. A escala URICA é extensa, sendo difícil o seu preenchimento por adolescentes, nomeadamente aqueles com dificuldade de aprendizagem e de compreensão.

Deste modo, consideramos essencial a criação de um programa de apoio específico para a cessação tabágica nos adolescentes, baseado na avaliação dos estádios motivacionais em que se encontram os adolescentes. O Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros (2010), sobre a Entrevista ao Adolescente, sugere que a mesma deve ser baseada na entrevista motivacional, como forma de promover a mudança do comportamento, junto desta população. Por outro lado, alguns ensaios clínicos demonstram bons resultados usando programas de cessação tabágica que incorporam a entrevista motivacional em adolescentes fumadores (Peterson et al., 2016; Taş & Öden Akman, 2020).

Os enfermeiros são os profissionais ideais para a implementação destes programas, na medida em que “o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.10). Desta forma, estabelece uma relação terapêutica com a pessoa, que se vai

desenvolvendo e fortalecendo, com o objetivo de ajudar a pessoa a alcançar os seus objetivos de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdullah, A. S. M., & Ho, W. W. N. (2006). What Chinese adolescents think about quitting smoking: A qualitative study. *Substance Use and Misuse*, *41*, 1735–1743. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/10826080601006433>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª Edição). Climepsi Editores.
- Andrade, A., Bedendo, A., Enumo, S., & Micheli, D. (2018). Desenvolvimento cerebral na adolescência: aspectos gerais e atualização. *Adolesc. Saude*, *15*(1), 62–67. Retrieved from <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v15s1a08.pdf>
- Andretta, I., & Oliveira, M. da S. (2011). A entrevista motivacional em adolescentes usuários de droga que cometeram ato infracional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *24*(2), 218–226. Retrieved from <https://www.scielo.br/pdf/prc/v24n2/02.pdf>
- Bafunno, D., Catino, A., Lamorgese, V., Pizzutilo, P., Lauro, A. Di, Petrillo, P., ... Galetta, D. (2019). Tobacco control in Europe: A review of campaign strategies for teenagers and adults. *Critical Reviews in Oncology/ Hematology*, *138*, 139–147. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2019.01.022>
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2017). *IV Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal 2016/17*. Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais FCSH/UNL. Portugal: Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais FCSH/UNL.
- Boff, R. de M. (2017). *Efeito de uma intervenção interdisciplinar baseada no modelo transteórico de mudança de comportamento em adolescentes com sobrepeso ou obesidade*. (Tese de doutoramento). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Escola de Humanidades, Brasil.
- Bos, M. G. N., Wierenga, L. M., Blankenstein, N. E., Schreuders, E., Tamnes, C. K., & Crone, E. A. (2018). Longitudinal structural brain development and externalizing behavior in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *59*(10), 1061–1072. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/jcpp.12972>
- Butler, K. M., Ickes, M. J., Rayens, M. K., Wiggins, A. T., Ashford, K., & Hahn, E. J. (2018). Intention to quit smoking and polytobacco use among college student smokers. *Preventive Medicine Reports*, *10*, 72–75. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.02.006>
- Camenga, D., & Klein, J. (2016). Tobacco use disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, *25*(3), 445–460. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.02.003>.Tobacco
- Casey, B., Getz, S., & Galván, A. (2008). The adolescent brain. *Dev. Rev.*, *28*(1), 62–77. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2500212/pdf/nihms56150.pdf>
- Casey, B. J. (2015). Beyond simple models of self-control to circuit-based accounts of adolescent behavior. *Annu. Rev. Psychol.*, *66*, 295–319. Retrieved from <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015156>

- Cheney, M. K., Oman, R. F., Vesely, S. K., Aspy, C. B., & Tolma, E. L. (2014). Prospective associations between negative life events and youth tobacco use. *Am J Health Behav*, 38(6), 942–950.
- Chung, S. S., & Joung, K. H. (2014). Risk factors for smoking behaviors among adolescents. *The Journal of School Nursing*, 30(4), 262–271. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/1059840513505222>
- Coelho, A. J. C. (2016). *Avaliação da motivação para tratamento em comunidade terapêutica para adictos*. (Dissertação de mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Portugal.
- Dayan, J., Bernard, A., Olliac, B., Mailhes, A., & Kermarrec, S. (2010). Adolescent brain development, risk-taking and vulnerability to addiction. *Journal of Physiology*, 104, 279–286. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jphysparis.2010.08.007>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology*, 49(1), 14–23. Retrieved from <https://doi.org/10.1037/0708-5591.49.1.14>
- Decreto-Lei nº25A/2005 de 8 de novembro, Diário da República nº 214/2005 - I Série. Ministério dos Negócios Estrangeiros. Lisboa, Portugal.
- Despacho nº404/2012 de 13 de janeiro. Diário da República n.º 10/2012 - II Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho nº6401/2016 de 16 de maio. Diário da República n.º 94/2016 - II Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. Retrieved from <https://doi.org/10.1037//0022-006X.51.3.390>
- Diclemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *The American Journal on Addictions*, 13, 103–119.
- DiFranza, J. R., Savageau, J. A., & Wellman, R. J. (2012). A comparison of the autonomy over tobacco scale and the Fagerström test for nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, 37(7), 856–861. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.03.013>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Cessaçãotabágica - Programa-tipo de atuação*. Lisboa, Portugal: Gradiva.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Dugas, E. N., Sylvestre, M.-P., Wellman, R. J., Winickoff, J., Montreuil, A., & O'Loughlin, J. (2019). Measures of nicotine dependence enhance interpretation of number of cigarettes smoked in youth smoking surveillance. *Drug and Alcohol Dependence*, 204. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.06.036>
- Dumontheil, I. (2016). Adolescent brain development. *Current Opinion in Behavioral*

- Sciences*, 10, 39–44. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.04.012>
- Edwards, G., & Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *Br Med J*, 1(6017), 1058–1061.
- Ernst, M., Pine, D., & Hardin, M. (2006). Triadic model of the neurobiology of motivated behavior in adolescence. *Psychol. Med.*, 36(3), 299–312.
- Ferreira, P. L., Quintal, C., Lopes, I., & Taveira, N. (2009). Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27(2), 37–56.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Françoise, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Gana, G. J., Idris, S. H., Sabitu, K., Oche, M. O., Abubakar, A. A., & Nguku, P. M. (2018). Prevalence and perception of cigarette smoking among out of school adolescents in Birnin Kebbi, North-western Nigeria. *Pan African Medical Journal*, 30. Retrieved from <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.30.304.16641>
- Gogtay, N., Giedd, J. N., Lusk, L., Hayashi, K. M., Greenstein, D., Vaituzis, A. C., ... Thompson, P. M. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *PNAS*, 101(21), 8174–8179.
- Grana, R. A., Ramo, D. E., Fromont, S. C., Hall, S. M., & Prochaska, J. J. (2012). Correlates of tobacco dependence and motivation to quit among young people receiving mental health treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 125, 127–131. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.04.005>
- Granda-Orive, J. I. De, Pascual-Lledó, J. F., Asensio-Sánchez, S., Solano-Reina, S., García-Rueda, M., Martínez-Muñiz, M. Á., ... Jiménez-Ruiz, C. A. (2019). Is there an association between the degree of nicotine dependence and the motivation to stop smoking? *Arch Bronconeumol*, 55(3), 139–145. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.arbr.2018.12.019>
- Green, M. J., Leyland, A. H., Sweeting, H., & Benzeval, M. (2016). Adolescent smoking and tertiary education: opposing pathways linking socio-economic background to alcohol consumption. *Addiction*, 111, 1457–1465. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/add.13365>
- Habib, M., Borst, G., Poirel, N., Houdé, O., Moutier, S., & Cassotti, M. (2015). Socio-emotional context and adolescents' decision making: The experience of regret and relief after social comparison. *Journal of Research on Adolescence*, 25, 81–91.
- Han, H., Gabriel, K. P., & Kohl III, H. W. (2015). Evaluations of validity and reliability of a transtheoretical model for sedentary behavior among college students. *Am J Health Behav*, 39(5), 601–609.
- Hartmann-Boyce, J., Begh, R., & Aveyard, P. (2018). Electronic cigarettes for smoking cessation. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 360(j5543).
- Hatsukami, D. K., Kotlyar, M., Hertsgaard, L. A., Zhang, Y., Carmella, S. G., Jensen, J. A., ... Hecht, S. S. (2010). Reduced nicotine content cigarettes: effects on toxicant exposure, dependence and cessation. *Addiction*, 105, 343–355. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02780.x>

- Hsu, Y.-T., & Kawachi, I. (2019). Timing of family adversity during adolescence and its impact on alcohol and tobacco initiation: A longitudinal study among Taiwanese adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, *50*, 257–267.
- Inman, D., El-Mallakh, P., Jensen, L., Ossege, J., & Scott, L. (2020). Addressing substance use in adolescents: screening, brief intervention, and referral to treatment. *Journal for Nurse Practitioners*, *16*(1), 69–73. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.10.004>
- Johnson, J., Bottorff, J., Moffat, B., Ratner, P., Shoveller, J., & Lovato, C. (2003). Tobacco dependence: adolescents' perspectives on the need to smoke. *Soc Sci Med*, *56*, 1481–1492.
- Kandel, E. R., Schwaetz, J. H., & Jessel, T. M. (2003). *Princípios da neurociência*. São Paulo, Brasil: Editora Manole.
- Kim, J. Y., Ko, S. H., Kim, H. K., Kim, S. R., & Kim, H. Y. (2015). Reliability and validity of the Korean version of the dimensions of tobacco dependence scale for adolescents. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, *27*(6), 661–669. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/1010539515583504>
- Kim, S. R., Kim, H. K., Kim, J. Y., Kim, H. Y., Ko, S. H., & Park, M. (2016). Smoking cessation failure among Korean adolescents. *The Journal of School Nursing*, *32*(3), 155–163. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/1059840515610636>
- Kim, S. R., Kim, H. Y., Kim, J. Y., & Kim, H. K. (2019). Type D personality as a predictor of smoking cessation failure in smoking high school adolescents. *Psychology in the Schools*, *56*, 79–91. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/pits.22190>
- Kleinjan, M., Eijnden, R. J. J. M. Van Den, Leeuwe, J. Van, Brug, J., Van De Ven, M. O. M., & Engels, R. C. M. E. (2008). Adolescents' movement towards cessation of smoking: Role and relative value of the processes of change and nicotine dependence. *Psychology and Health*, *23*(6), 729–743. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/08870440701757344>
- Kleinjan, M., Engels, R. C. M. E., Leeuwe, J. van, Brug, J., Zundert, R. M. P. van, & Eijnden, R. J. J. M. van den. (2009). Mechanisms of adolescent smoking cessation: Roles of readiness to quit, nicotine dependence, and smoking of parents and peers. *Drug and Alcohol Dependence*, *99*, 204–214. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.08.002>
- Leão, J. M., Lisboa, L. C. V., Pereira, M. D. A., Lima, L. D. F., Lacerda, K. C., Elias, M. A. R., ... Luquetti, S. C. P. D. (2015). Estágios motivacionais para mudança de comportamento em indivíduos que iniciam tratamento para perda de peso. *J Bras Psiquiatr*, *64*(2), 107–114. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000065>
- Lei nº37/2007 de 14 de agosto. Diário da República n.º 156/2007 - I Série. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Lei nº63/2017 de 3 de agosto. Diário da República n.º 149/2017 - I Série. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

- Lemos, M. S. (2005). *Motivação e Aprendizagem*. In G. L. Miranda & S. Bahia (Orgs.), *Psicologia da educação: Temas de desenvolvimento, aprendizagem e ensino*. Lisboa, Portugal: Relógio d'Água.
- Lopes, A. (2013). *Relatório de estágio*. (Dissertação de mestrado) Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal.
- Lopes, P., Prieto, G., Delgado, A. R., Gamito, P., & Trigo, H. (2011). Análise das qualidades psicométricas da URICA utilizando o Modelo Rasch. *Revista Toxicodependências*, 17(3), 47–64.
- Marques, I. F. L. (2018). *Associação entre as políticas de tabagismo escolar e o tabagismo em adolescentes portugueses dos 15 aos 17 anos – Estudo SILNE-R* (Dissertação de mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Portugal.
- Martins, M. J. P. F. (2012). *Antes que te queimes... Pára de fumar: Validação de uma intervenção motivacional para a cessação tabágica com estudantes do ensino superior* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Metcalf, J., & Mischel, W. (1999). A hot/cool-system analysis of delay of gratification: dynamics of willpower. *Psychol. Rev.*, 106(1), 3–19.
- Muniz, A. C. de A. (2018). *Caracterização do perfil de iniciação do consumo tabágico dos alunos do 3º ciclo dos agrupamentos de escolas adstritos ao ACES arco ribeirinho* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências, Portugal.
- Myers, M. G., & MacPherson, L. (2008). Adolescent Reasons for Quitting Smoking: Initial Psychometric Evaluation. *Psychol Addict Behav*, 22(1), 129–134. Retrieved from <https://doi.org/10.1037/0893-164X.22.1.129>. Adolescent
- Naia, A., Simões, C., & Matos, M. (2007). Consumo de substâncias na adolescência. *Revista Toxicodependências*, 13, 23–30.
- Nunes, E., & Monteiro, L. (2017). *Orientações programáticas a 2020*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento concetual, enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediatria: Entrevista ao adolescente*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Organização Mundial de Saúde. (2019). *Relatório da OMS sobre a epidemia global do tabaco - Oferecer ajuda para deixar de fumar*. Genebra, Suíça: Autor.
- Owusu-sarpong, A. A., & Agbeshie, K. (2019). Cigarette smoking among in-school adolescents in Yilo Krobo municipality in the Eastern Region of Ghana. *Ghana Med J*, 53(4), 273–278.
- Peeters, M., Oldehinkel, A., Veenstra, R., & Vollebergh, W. (2019). Unique developmental trajectories of risk behaviors in adolescence and associated outcomes in young adulthood. *PLOS ONE*, 14(11), 1–20.

- Peterson, A. V., Marek, Patrick, M., Kealey, K. A., Bricker, J. B., Ludman, E. J., & Heffner, J. L. (2016). Does effectiveness of adolescent smoking-cessation intervention endure into young adulthood? 7-year follow-up results from a group-randomized trial. *Plos One*, *11*(2). Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146459>
- Polovina, N., & Jošić, S. (2019). Vision of personal future as a tool for supporting adolescent's transition to adulthood. *Managing Global Transitions*, *17*(3), 239–258.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *47*(9), 1102–1114.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & Diclemente, C. C. (2013). *Mudar para melhor* (1ª Edição). Lisboa, Portugal: Marcador.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif*, (28), 183-218.
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, *47*(9), 1102–1114. Retrieved from <https://doi.org/10.3109/10884609309149692>
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical change model of health behavior. *American Journal of Health Promotion*, *12*(1), 38–48.
- Ramakrishnan, N., Mcphee, M., Sosnowski, A., Rajasingaam, V., & Erb, S. (2019). Positive urgency partially mediates the relationship between childhood adversity and problems associated with substance use in an undergraduate population. *Addictive Behaviors Reports*, *10*. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100230>
- Riedel, B. W., Robinson, L. A., Klesges, R. C., & McLain-Allen, B. (2002). What motivates adolescent smokers to make a quit attempt? *Drug and Alcohol Dependence*, *68*(2), 167–174. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed5&NEWS=N&AN=2002390178>
- Rios, L. E., Herval, Á. M., Ferreira, R. C., & Freire, C. M. (2019). Prevalences of stages of change for smoking cessation in adolescents and associated factors: systematic review and meta-analysis. *Journal of Adolescent Health*, *64*, 149–157. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.09.005>
- Rodrigo, M. J., Padrón, I., Vega, M. de, & Ferstl, E. (2018). Neural substrates of counterfactual emotions after risky decisions in late adolescents and young adults. *Journal of Research on Adolescence*, *28*(1), 70–86. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/jora.12342>
- Schreuders, M., Nuyts, P. A. W., Putte, B. Van Den, & Kunst, A. E. (2017). Understanding the impact of school tobacco policies on adolescent smoking behaviour: A realist review. *Social Science & Medicine*, *183*, 19–27. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.031>
- Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (2011). *Anatomia e Fisiologia* (8ª Edição). Loures, Portugal: Lusociência.

- Shaikh, W., Nugawela, M. D., & Szatkowski, L. (2015). What are the main sources of smoking cessation support used by adolescent smokers in England? A cross-sectional study. *BMC Public Health*, *15*(562). Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1925-9>
- Soneji, S., Sargent, J., & Tanski, S. (2016). Multiple tobacco product use among US adolescents and young adults. *Tob Control*, *25*, 174–180. Retrieved from <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2014-051638>
- Souza, I. W. De, Kozasa, E. H., Rabello, L. A., Mattozo, B., Bowen, S., Richter, K. P., ... Noto, A. R. (2019). Dispositional mindfulness, affect and tobacco dependence among treatment naive cigarette smokers in Brazil. *Tobacco Induced Diseases*, *17*(28), 1–8.
- Spear, B. A., Barlow, S. E., Ervin, C., Ludwig, D. S., Saelens, B. E., Shetzina, K. E., & Taveras, E. M. (2007). Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics*, *120*(4), 254–288. Retrieved from <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2329F>
- Steinberg, L. (2010). *Adolescence* (9th Edition). New York, EUA: McGraw-Hill Higher Education.
- Stevens, S. L., Colwell, B., Smith, D. W., Robinson, J., & Mcmillan, C. (2005). An exploration of self-reported negative affect by adolescents as a reason for smoking: Implications for tobacco prevention and intervention programs. *Preventive Medicine*, *41*, 589–596. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.11.028>
- Strong, D. R., Pearson, J., Ehlke, S., Kirchner, T., Abrams, D., Taylor, K., ... Niaura, R. (2017). Indicators of dependence for different types of tobacco product users: Descriptive findings from Wave 1 (2013-2014) of the population assessment of tobacco and health (PATH) study. *Drug and Alcohol Dependence*, *178*, 257–266. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.05.010>
- Taş, D., & Öden Akman, A. (2020). Smoking cessation intervention in adolescents using motivational interview in a children's hospital in Turkey: a pilot study. *Turkish Journal of Pediatric Disease*, *14*, 66–71. Retrieved from <https://doi.org/10.12956/tchd.623812>
- Thorpe, H. H. A., Hamidullah, S., Jenkins, B. W., & Khokhar, J. Y. (2020). Adolescent neurodevelopment and substance use: Receptor expression and behavioral consequences. *Pharmacology and Therapeutics*, *206*. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2019.107431>
- Tur-Porcar, A. M., Jiménez-Martínez, J., & Mestre-Escrivá, V. (2019). Substance use in early and middle adolescence. The role of academic efficacy and parenting. *Psychosocila Intervention*, *28*(3), 139–145.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The health consequences of smoking - 50 years of progress: A report of the surgeon general*. Rockville, EUA: Public Health Service.
- University of Washington. (2017). Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Retrieved May 1, 2020, Retrieved from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

- Ventura, A., Abreu, P., Freitas, R., Sathler, P., Loureiro, N., & Castro, H. (2010). Sistema colinérgico: revisitando receptores, regulação e a relação com a doença de Alzheimer, esquizofrenia, epilepsia e tabagismo. *Rev Psiq Clin*, 37(2), 66–72.
- Vitória, P. D., Branquinho, C. S. D. S., & De Vries, H. (2014). Determinantes do comportamento tabágico e implicações para a prevenção do tabagismo. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4(1), 191-206.
- Wangdi, K., & Jamtsho, T. (2019). Drug use among teenagers and young adults in Bhutan. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 41(6). Retrieved from <https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM>
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Tidwell, M. C. O., & Hoffman, J. H. (2011). Tobacco use, heavy use, and dependence among adolescents and young adults in the United States. *Substance Use and Misuse*, 46, 1090–1098. Retrieved from <https://doi.org/10.3109/10826084.2010.543745>
- West, J. C., Villanti, A. C., Graham, A. L., Mays, D., Mermelstein, R. J., & Higgins, S. T. (2019). Tobacco use and cessation behaviors in young adults: 2016 national health interview survey. *AJPH*, 109(2), 296–300. Retrieved from <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304815>
- World Health Organization. (2005). *Who framework convention on tobacco control*. Geneva, Suíça: Autor.
- World Health Organization. (2014). Fact sheet on ingredients in tobacco products. Retrieved April 30, 2020, from [https://www.who.int/tobacco/industry/product\\_regulation/factsheetingredients/en/](https://www.who.int/tobacco/industry/product_regulation/factsheetingredients/en/)
- World Health Organization. (2015). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking*. Geneva, Suíça: Autor.
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revis).
- World Health Organization. (s.d.). Tobacco Free Initiative. Retrieved January 7, 2020, from <http://www.emro.who.int/tfi/mpower/index.html>
- World Health Organization. (2014). Health for the world's adolescents. A second chance in the second decade. Retrieved April 18, 2020, from <https://apps.who.int/adolescent/second-decade/section4/page8/Tobacco-use.html>
- Wronikowska, O., Michalak, A., Skalicka-woźniak, K., Crawford, A. D., & Budzyńska, B. (2020). Fishing for a deeper understanding of nicotine effects using zebrafish behavioural models. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 98. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109826>

**ANEXOS**



## ANEXO I – Teste de Fagerström sobre a dependência tabágica

### TESTE DE FAGERSTRÖM SOBRE A SUA DEPENDÊNCIA TABÁGICA

Este questionário pretende medir a sua dependência tabágica.

Responda, por favor, a todas as perguntas, assinalando com uma cruz a resposta que melhor se aplica ao seu caso.

Obrigado por responder a este questionário.

1. Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?

- <sub>3</sub> Nos primeiros 5 minutos
- <sub>2</sub> Entre 6 e 30 minutos
- <sub>1</sub> Entre 31 e 60 minutos
- <sub>0</sub> Após 60 minutos

2. Custa-lhe não fumar em locais onde é proibido?

- <sub>1</sub> Sim
- <sub>0</sub> Não

3. Qual o cigarro que seria mais difícil para si deixar de fumar?

- <sub>1</sub> O primeiro da manhã
- <sub>0</sub> Qualquer outro

4. Quantos cigarros fuma por dia?

- <sub>0</sub> 10 ou menos
- <sub>1</sub> 11-20
- <sub>2</sub> 21-30
- <sub>3</sub> 31 ou mais

5. Fuma mais nas primeiras horas depois de acordar ou no resto do dia?

- <sub>1</sub> Nas primeiras horas depois de acordar
- <sub>0</sub> No resto do dia

6. Se estiver muito doente, de cama, fuma ou não?

- <sub>1</sub> Sim
- <sub>0</sub> Não



## ANEXO II – Escala URICA

URICA: McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983

Versão portuguesa revista: Lopes, P.; Prieto, G.; Delgado, A.; Gamito, P. & Trigo, H. (2007).

Este questionário é composto por frases que descrevem como uma pessoa se pode sentir quando começa um tratamento ou aborda um problema na sua vida. Por favor, indique o quanto concorda ou discorda de cada frase. Em cada caso, faça a sua escolha em termos do que está a sentir agora, e não o que sentiu no passado ou como gostaria de se sentir.

Para todas as frases que se referem ao seu problema, responda em termos do problema relacionado com os seus consumos de drogas. As palavras aqui e neste local referem-se ao programa de tratamento de drogas.

Existem 3 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário. Indique a resposta que melhor descreve a sua opinião:

1	2	3
<b>Discorda</b>	<b>Concorda</b>	<b>Concorda Totalmente</b>

	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1 - No meu ponto de vista, eu não tenho qualquer problema que precise de ser mudado.	1	2	3
2 - Penso que posso estar preparado para alguma mudança pessoal.	1	2	3
3 - Estou a fazer alguma coisa acerca dos problemas que me têm andado a incomodar.	1	2	3
4 - Talvez valha a pena trabalhar no meu problema.	1	2	3
5 - O problema não está em mim. Não faz muito sentido para mim estar aqui.	1	2	3
6 - Estou preocupado em voltar a ter o mesmo problema, que pensei já estar resolvido, por isso estou aqui a pedir ajuda.	1	2	3
7 - Estou finalmente a fazer algum trabalho sobre o meu problema.	1	2	3
8 - Tenho estado a pensar que posso querer fazer algumas mudanças em mim.	1	2	3
9 - Tenho tido sucesso em resolver o meu problema, mas não estou seguro que eu possa manter este esforço sozinho.	1	2	3
10 - Por vezes o meu problema é difícil, mas estou a trabalhar sobre ele.	1	2	3
11 - Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.	1	2	3
12 - Tenho esperança que este lugar me ajude a compreender-me melhor.	1	2	3
13 - Penso que tenho defeitos, mas não há nada que eu realmente precise de mudar.	1	2	3

	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
14 - Realmente estou a esforçar-me muito para mudar.	1	2	3
15 - Eu tenho um problema e penso realmente que tenho que trabalhar sobre ele.	1	2	3
16 - Não estou a conseguir manter as mudanças que fiz tão bem como eu esperava, e estou aqui para prevenir uma recaída.	1	2	3
17 - Mesmo que nem sempre eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos estou a esforçar-me para resolver o meu problema.	1	2	3
18 - Pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele. Mas às vezes ainda me encontro a lutar contra ele.	1	2	3
19 - Eu gostava de ter mais ideias de como resolver o meu problema.	1	2	3
20 - Eu comecei a trabalhar sobre o meu problema, mas eu gostava de ter ajuda.	1	2	3
21 - Talvez este lugar me possa ajudar.	1	2	3
22 - Eu posso precisar de um estímulo agora para me ajudar a manter as mudanças que eu já fiz.	1	2	3
23 - É possível que eu seja parte do problema, mas eu realmente não penso que seja.	1	2	3
24 - Espero que alguém aqui me possa dar boas orientações.	1	2	3
25 - Qualquer um pode falar sobre mudanças, mas eu estou realmente a fazer alguma coisa sobre isso.	1	2	3
26 - Toda esta conversa sobre psicologia é aborrecida. Por que é que as pessoas não podem simplesmente esquecer os seus problemas?	1	2	3
27 - Estou aqui para prevenir uma recaída no meu problema.	1	2	3
28 - É frustrante, mas sinto que posso estar a ter uma recaída num problema que eu pensava que já tinha resolvido.	1	2	3
29- Eu tenho preocupações como todas as pessoas. Porquê perder tempo a pensar nelas?	1	2	3
30 - Eu estou, activamente, a tentar resolver o meu problema.	1	2	3
31 - Preferiria conviver com os meus defeitos do que tentar mudá-los.	1	2	3
32 - Depois de tudo o que eu fiz para mudar os meus problemas, de vez em quando eles voltam para me perseguir.	1	2	3

Muito obrigado pela sua colaboração.

## ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética da UICISA-E da ESEnfC

### COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

**Parecer Nº / P659\_03-2020**

**Título do Projecto:** Nível de dependência e motivação para a cessação tabágica de adolescentes fumadores do ensino secundário

#### **Identificação das Proponentes**

Nome(s): Patrícia da Costa Tavares

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Maria de Lurdes Lopes de Freitas Lomba

**Relator:** Rui Cruz

#### **Parecer**

##### **ENQUADRAMENTO DO PROJETO:**

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritivo e correlacional.

Este estudo tem como objetivos:

- Avaliar o grau de dependência de adolescentes fumadores que frequentam o ensino secundário;
- Avaliar a motivação para a cessação tabágica em adolescentes fumadores que frequentam o ensino secundário;
- Verificar se existe relação entre o nível de dependência do tabaco e a motivação para a cessação tabágica de adolescentes fumadores que frequentam o ensino secundário;

Para o efeito a amostra será constituída por alunos fumadores que frequentam os 10<sup>º</sup>, 11<sup>º</sup> e 12<sup>º</sup> anos, com idades compreendidas entre os 16 e os 18 anos da Escola Secundária Marques Castilho – Águeda (aguarda autorização da mesma).

O Instrumento de Colheita de Dados é constituído por dois questionários já validados para a população portuguesa e a sua aplicação será realizada num único momento por autopreenchimento.

##### **IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS:**

Os procedimentos metodológicos para a recolha de dados utilizados neste estudo não apresentam riscos para os intervenientes.

O Consentimento Informado Livre e Esclarecido, apresenta-se devidamente descrito para o estudo em questão.

A confidencialidade, anonimização e segurança de dados recolhidos são garantidos pela proponente.

O Termo de Responsabilidade está devidamente assinado pela investigadora principal.

A data prevista para início da recolha de dados, garante que a mesma só será iniciada após pronúncia desta Comissão.

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnC)

### CONCLUSÕES:

O pedido cumpre todos os requisitos éticos específicos para a investigação em causa.  
No entanto, face à declaração do estado de emergência e às suas consequências, deve a investigadora adequar a data de colheita de dados à situação epidemiológica nacional.  
Tendo em conta a amostra e o local de recolha dos dados, para além da autorização/concordância da escola onde decorre a investigação é necessário a inscrição do estudo na Direção-Geral de Educação, nomeadamente através do site oficial:  
<https://www.dge.mec.pt/inqueritos-em-meio-escolar-0>.

Nesta conformidade, o meu **Parecer é FAVORÁVEL** ao desenvolvimento do referido projeto.

O relator: Rui Santos Cruz



Data: 22/04/2020 O Presidente da Comissão de Ética: Návia Filomena Bokello

ANEXO IV – Adenda ao Parecer da Comissão de Ética da UICISA-E da ESEnfC

**COMISSÃO DE ÉTICA**

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

**Parecer Nº AD\_P659\_03-2020**

**Título do Projecto:** Nível de dependência e motivação para a cessação tabágica de adolescentes fumadores do ensino secundário

**Identificação das Proponentes**

Nome(s): Patrícia da Costa Tavares

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Maria de Lurdes Lopes de Freitas Lomba

**Relator:** Rui Cruz

**Parecer**

**ENQUADRAMENTO DO PROJETO:**

A adenda ao projeto pretende introduzir uma alteração ao local de recolha de dados inicialmente previsto (Escola Secundária Marques Castilho – Águeda). Face às atuais restrições originadas pelo COVID-19, esta escola não autorizou a recolha dos dados neste estabelecimento de ensino.

De acordo com a informação escrita enviada pela investigadora preponente Patrícia da Costa Tavares, a Escola Profissional de Aveiro e a Escola de Formação Profissional em Turismo de Aveiro, já autorizaram a recolha de dados nos seus estabelecimentos.

Mais informaram, que também solicitaram autorização para recolher dados numa terceira escola da Fundação Bissaya Barreto, aguardando ainda a resposta de mais esta escola.

Para além da alteração do local de recolha de dados, todo o restante protocolo se mantém igual.

**CONCLUSÕES:**

Tendo em conta as restrições e condicionamento impostos pela pandemia do COVID-19, mais uma vez chamamos a atenção da investigadora para adequar a data de colheita de dados à situação epidemiológica nacional.

Nesta conformidade, o meu **Parecer é FAVORÁVEL** ao desenvolvimento do referido projeto.

O relator: Rui Santos Cruz

Data: 09/09/2020 O Presidente da Comissão de Ética: \_\_\_\_\_

*Maria Flomena Bokello*



## ANEXO V – Autorização da Direção Geral da Educação

Dados adicionais
Estado:
Aprovado
Avaliação:
Exmo.(a) Senhor(a) Patricia Costa Tavares Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas. Com os melhores cumprimentos José Vitor Pedroso Diretor-Geral DGE
Observações:
a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização da Direção do Agrupamento de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque sensíveis e de vida privada, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento de Escolas. b) De acordo com o Despacho nº 15847/2007, informa-se que a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados e para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação, capacitação ou workshops em meio escolar, em tempo curricular, dadas as competências da Escola/Agrupamento, nos domínios da organização pedagógica, da organização curricular, da gestão estratégica, entre outras. Os órgãos de gestão pedagógica e educativa, (a Direção, o Conselho Pedagógico e o Conselho Geral) melhor decidirão sobre a realização destas matérias. c) Deve considerar-se o disposto legal em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos, confidencialidade, proteção e segurança dos dados. Considerados os documentos que foram anexados e para efeitos da proteção de dados a recolher e tratar para o presente estudo, devem prever-se medidas adequadas e específicas para a defesa dos direitos fundamentais e dos interesses do titular dos dados. Deste modo, procura-se garantir o tratamento lícito dos mesmos, a conformidade com os termos procedimentais indicados e legislação em vigor. Considerando os objetivos e finalidades do estudo, que decorre apenas num estabelecimento de ensino, sugere-se que se atenda ao princípio da minimização de dados e a não identificabilidade dos inquiridos (ie: eliminar dado Curso de ensino).
Outras observações:
Sem observações



## ANEXO VI – Autorização dos Diretores das Escolas

### RE: Pedido de autorização para realização de investigação no âmbito de Mestrado



EPA-direção | João Tavares <joao.tavares

Para Patrícia Tavares

Cc Direção Técnica e Pedagógica; Secretariado Técnico e Pedagógico

Responder

Responder a Todos

Reencaminhar



dom 19/07/2020 16:21



Flag for follow up.

Respondeu a esta mensagem a 19/07/2020 21:18.

Estimada Dra. Patrícia,

Os nossos melhores cumprimentos!

A EPA está sempre disponível para colaborar! No entanto, na presente data não temos alunos na escola. Será possível a aplicação deste inquérito depois do final do mês de setembro?

Aguardamos o seu feedback.

Abraço cordial e ao dispor,

João Tavares.

### FW: Pedido de autorização para realização de investigação no âmbito de Mestrado



Isabel Henriques <isabelhenriques@fbb.pt

Para tixa.tavares@hotmail.com

Responder

Responder a Todos

Reencaminhar



seg 10/08/2020 16:14

Flag for follow up.



questionário.pdf  
126 KB

Ex.ma Senhora

Na sequência deste seu email vem a Fundação Bissaya Barreto informar que foi autorizado o seu pedido. Neste sentido poderá, aquando do inicio do novo ano escolar, remeter ao Colégio Bissaya Barreto o respetivo questionário por email dirigido ao seu Diretor, Dr. Pedro Sacadura ([pedrosacadura@fbb.pt](mailto:pedrosacadura@fbb.pt)).

Com os melhores cumprimentos

Isabel Henriques

Assessora da Presidente do Conselho de Administração



Quinta dos Plátanos - Bencanta

Apartado 7049

3046-901 COIMBRA

T:+351239800400

F:+351239800410

[isabelhenriques@fbb.pt](mailto:isabelhenriques@fbb.pt)

[www.fbb.pt](http://www.fbb.pt)

RE: Pedido de autorização para realização de investigação no âmbito de Mestrado



EFTA | Catarina Silva <catarina.silva@efta>  
Para Patrícia Tavares

Responder

Responder a Todos

Reencaminhar



qua 22/07/2020 10:08

Flag for follow up.

De: EFTA | Catarina Silva <[catarina.silva@efta.edu.pt](mailto:catarina.silva@efta.edu.pt)>

Enviado: Tuesday, July 21, 2020 2:46:16 PM

Para: [tixa.tavares@hotmail.com](mailto:tixa.tavares@hotmail.com) <[tixa.tavares@hotmail.com](mailto:tixa.tavares@hotmail.com)>

Assunto: FW: Pedido de autorização para realização de investigação no âmbito de Mestrado

Exma. Dra. Patrícia Tavares

Em resposta ao seu e-mail serve o presente para informar que estamos disponíveis para colaborar no seu estudo, tendo em conta a disponibilidade de cada aluno.

Neste momento os alunos não se encontram na Escola, como sabe. Seria para aplicar quando?

Continuação de bom trabalho.

Atentamente,



CATARINA SILVA | Coordenadora Pedagógica

(+351) 234 483 470

Escola de Formação Profissional em Turismo de Aveiro

Estrada de São Bernardo, n.º 137, 3810-175 Aveiro

[www.efta.edu.pt](http://www.efta.edu.pt)



/Efta-Aveiro

## ANEXO VII – Autorização dos autores da escala FTND

**De:** Pedro Lopes Ferreira <[pedrof@fe.uc.pt](mailto:pedrof@fe.uc.pt)>

**Enviada:** 18 de fevereiro de 2020 01:07

**Para:** 'Patrícia Tavares' <[tixa.tavares@hotmail.com](mailto:tixa.tavares@hotmail.com)>

**Cc:** 'Lurdes Lomba' <[mlomba@esenfc.pt](mailto:mlomba@esenfc.pt)>

**Assunto:** RE: Autorização do uso do teste de Fagerström de dependência à nicotina

Cara Senhora Enfermeira Patrícia Tavares,

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa da Escala de Fagerström para a dependência tabágica (FTND) no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Junto anexo cópia desta versão.

A sua criação e validação encontram-se na seguinte referência:

Ferreira PL, Quintal C, Lopes I, Taveira N. Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. Revista Portuguesa de Saúde Pública 2009 Jul; 27(2): 37-56.

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Melhores cumprimentos.

Pedro L. Ferreira



## **APÊNDICES**



## APÊNDICE I – Instrumento de Colheita de Dados

Este questionário surge no âmbito do desenvolvimento de um estudo de investigação “Nível de dependência e motivação para a cessação tabágica nos adolescentes fumadores do ensino secundário” integrado no Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Com este estudo pretende-se avaliar o grau de dependência e a motivação para a cessação tabágica de adolescentes fumadores que frequentam o ensino secundário.

O questionário é composto por 3 partes:

- Questionário de caracterização sociodemográfica;
- Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina validado para a língua Portuguesa;
- Escala URICA para identificação do estadio motivacional para a cessação tabágica.

Por favor, preenche os itens de acordo com as instruções dadas em cada uma das partes do questionário.

Os dados recolhidos durante este estudo serão confidenciais e anónimos. A participação é voluntária.

### QUESTIONÁRIO

#### DADOS DEMOGRÁFICOS

Idade: \_\_\_\_ anos

Género: Feminino      Maculino

Ano de Escolaridade: \_\_\_\_\_ ano

Curso de Ensino: \_\_\_\_\_

Pais fumadores: Pai      Mãe      Ambos      Nenhum

#### Teste de Fagerström sobre a dependência tabágica

Este questionário pretende medir a tua dependência tabágica.

Responde, por favor, a todas as perguntas, assinalando com uma cruz a resposta que melhor se aplica ao teu caso.

Obrigado por responder a este questionário.

1. Quanto tempo depois de acordar fumas o teu primeiro cigarro?

\_\_\_ Nos primeiros 5 minutos

\_\_\_ Entre 6 e 30 minutos

\_\_\_ Entre 31 e 60 minutos

\_\_\_Após 60 minutos

2. Custa-te não fumar em locais onde é proibido?

\_\_\_ Sim

\_\_\_ Não

3. Qual o cigarro que seria mais difícil para ti deixar de fumar?

\_\_\_ O primeiro da manhã

\_\_\_ Qualquer outro

4. Quantos cigarros fumas por dia?

\_\_\_ 10 ou menos

\_\_\_ 11-20

\_\_\_ 21-30

\_\_\_ 31 ou mais

5. Fumas mais nas primeiras horas depois de acordar ou no resto do dia?

\_\_\_ Nas primeiras horas depois de acordar

\_\_\_ No resto do dia

6. Se estiveres muito doente, de cama, fumas ou não?

\_\_\_ Sim

\_\_\_ Não

### **URICA: Instrumento de avaliação da motivação para a mudança de comportamentos**

Este questionário é composto por frases que descrevem como uma pessoa se pode sentir quando começa um tratamento ou tem um problema na sua vida. Por favor, indica o quanto concordas ou discordas de cada frase. Em cada caso, faz a tua escolha em termos do que **estás a sentir agora, e não o que sentiste no passado ou como gostarias de te sentir**.

Para todas as frases que se referem ao teu problema, responde em termos do problema relacionado com os **hábitos tabágicos**.

Existem 3 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário. Assinala com um X a resposta que melhor descreve a tua opinião:

1	2	3
Discorda	Concorda	Concorda totalmente

	Discorda	Concorda	Concorda totalmente
1 – No meu ponto de vista, eu não tenho qualquer problema que precise de ser mudado.			
2 - Penso que posso estar preparado para alguma mudança pessoal.			
3 - Estou a fazer alguma coisa acerca do problema que me tem andado a incomodar.			
4 – Talvez valha a pena trabalhar no meu problema.			
5 – O problema não está em mim. Não faz muito sentido para mim frequentar um futuro programa de apoio à cessação tabágica.			
6 - Estou preocupado em voltar a ter o mesmo problema, que pensei já estar resolvido.			
7 - Estou finalmente a fazer algum trabalho sobre o meu problema.			
8 - Tenho estado a pensar que posso querer fazer algumas mudanças em mim.			
9 - Tenho tido sucesso em resolver o meu problema, mas não estou seguro que eu possa manter este esforço sozinho.			
10 – Por vezes o meu problema é difícil, mas estou a trabalhar sobre ele.			
11 - Frequentar um futuro programa de apoio à cessação tabágica é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.			
12 - Tenho esperança que frequentar um futuro programa de apoio à cessação tabágica me ajude a compreender-me melhor.			
13 - Penso que tenho defeitos, mas não há nada que eu realmente precise de mudar.			
14 - Realmente estou a esforçar-me muito para mudar.			
15 - Eu tenho um problema e penso realmente que tenho que trabalhar sobre ele.			
16 – Não estou a conseguir manter as mudanças que fiz tão bem como eu esperava, e frequentar um futuro programa de apoio à cessação tabágica seria benéfico para prevenir uma recaída.			
17 - Mesmo que nem sempre eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos estou a esforçar-me para resolver o meu problema.			

18 - Pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele. Mas às vezes ainda me encontro a lutar contra ele.			
19 - Eu gostava de ter mais ideias de como resolver o meu problema.			
20 - Eu comecei a trabalhar sobre o meu problema, mas eu gostava de ter ajuda.			
21 - Talvez frequentar um futuro programa de apoio à cessação tabágica me possa ajudar.			
22 - Eu posso precisar de um estímulo agora para me ajudar a manter as mudanças que eu já fiz			
23 - É possível que eu seja parte do problema, mas eu realmente não penso que seja.			
24 - Espero que alguém num programa de apoio à cessação tabágica me possa dar boas orientações.			
25 - Qualquer um pode falar sobre mudanças, mas eu estou realmente a fazer alguma coisa sobre isso.			
26 - Toda esta conversa sobre psicologia é aborrecida. Por que é que as pessoas não podem simplesmente esquecer os seus problemas?			
27 - Frequentar um futuro programa de apoio à cessação tabágica é importante para prevenir uma recaída no meu problema.			
28 - É frustrante, mas sinto que posso estar a ter uma recaída num problema que eu pensava que já tinha resolvido.			
29- Eu tenho preocupações como todas as pessoas. Porquê perder tempo a pensar nelas?			
30 - Eu estou, ativamente, a tentar resolver o meu problema.			
31 - Preferiria conviver com os meus defeitos do que tentar mudá-los.			
32 - Depois de tudo o que eu fiz para mudar os meus problemas, de vez em quando eles voltam para me perseguir.			

## APÊNDICE II – Consentimento Informado

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do estudo:** Nível de dependência e motivação para a cessação tabágica nos adolescentes fumadores do ensino secundário

No âmbito do ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, surge a presente investigação com o objetivo de: Avaliar o grau de dependência e a motivação para a cessação tabágica de adolescentes fumadores que frequentam o ensino secundário. Este estudo decorrerá em escolas secundárias do distrito de Aveiro e Coimbra.

Investigadora: Patrícia da Costa Tavares

Estás a ser convidado para participar, voluntariamente, no preenchimento de um questionário

Os dados recolhidos durante este estudo serão confidenciais, anónimos e apenas serão usados no âmbito desta investigação.

Antes de dares o teu consentimento, lê atentamente as informações descritas, a seguir:

1. As informações que adolescentes como tu podem dar são fundamentais para a avaliação dos efeitos do tabaco nos adolescentes.
2. A tua participação é voluntária e podes desistir a qualquer momento.
3. A tua identificação será mantida como confidencial, sendo os resultados deste estudo analisados sem que seja revelada a tua identidade.

Declaro que li e entendi todas as informações contidas neste termo de consentimento e que concordo participar nesta pesquisa.

\_\_\_\_\_ Aveiro, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Assinatura do Adolescente)

\_\_\_\_\_ Aveiro, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Assinatura da autora)