

COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS NO ÂMBITO DA PREVENÇÃO E DO TRATAMENTO DO TABAGISMO NO FINAL DA FORMAÇÃO PRÉ-GRADUADA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Estudo de avaliação com os cursos de formação em Ciências
Farmacêuticas, Enfermagem, Medicina e Medicina Dentária



FICHA TÉCNICA

COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS NO ÂMBITO DA PREVENÇÃO E DO TRATAMENTO DO TABAGISMO NO FINAL DA FORMAÇÃO PRÉ-GRADUADA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: ESTUDO DE AVALIAÇÃO COM OS CURSOS DE FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS, ENFERMAGEM, MEDICINA E MEDICINA DENTÁRIA

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017

ISBN: 978-972-675-267-7

PALAVRAS-CHAVE: Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Formação Pré-graduada, Medicina, Medicina Dentária, Tabagismo.

EDITOR

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa

Tel.: 218 430 500

Fax: 218 430 530

E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt

AUTOR

Coordenador Científico

Jorge Bonito, Ph. D.

Especialista Universitário em Prevenção de Riscos e Promoção da Saúde

Professor Auxiliar com Agregação

Departamento de Pedagogia e Educação da Escola de Ciências Sociais

Universidade de Évora

CIDTFF da Universidade de Aveiro

Lisboa, novembro, 2017

Este relatório foi adquirido pela Direção-Geral da Saúde através do Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo. O conteúdo deste documento representa os pontos de vista dos autores.

AUTORES COLABORADORES

Anabela Pereira, Ph. D.

Psicóloga
Professora Associada com Agregação
Departamento de Educação e Psicologia da
Universidade de Aveiro
CIDTFF da Universidade de Aveiro

Carlos Albuquerque, Ph. D.

Enfermeiro, Médico
Professor Adjunto
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Viseu
CI&DETS do Instituto Politécnico de Viseu

Eunice Carrilho, Ph. D.

Professora Catedrática de Medicina Dentária
Institute for Biomedical Imaging and Life Sciences
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Helena Cabral Marques, Ph. D.

Professora Associada com Agregação
Departamento de Farmácia Galénica e Tecnologia
Farmacêutica da Universidade de Lisboa

Manuel Rosas, Msc.

Psicólogo
Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde
Técnico Superior de Psicologia
Departamento de Qualidade de Vida da Câmara
Municipal de Viana do Castelo

Margarida Gaspar de Matos, Ph. D.

Psicóloga
Professora Catedrática
Coordenadora do Grupo de Investigação e Ensino
Promoção e Educação para a Saúde
Faculdade de Motricidade Humana da Universidade
de Lisboa

Maria Oliveira, Ph. D.

Professora Auxiliar com Agregação
Departamento de Matemática da Escola de Ciências
e Tecnologia da Universidade de Évora

Marília Santos Rua, Ph. D.

Enfermeira
Professora Adjunta
Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
CIDTFF da Universidade de Aveiro

Mónica Condinho, Ph. D.

Farmacêutica Comunitária
AcF – Acompanhamento Farmacoterapêutico, Lda.
Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de
Ciências e Tecnologia da Universidade do Algarve

Nuno Lunet, Ph. D.

Professor Auxiliar
Departamento de Ciências da Saúde Pública e
Forenses e Educação Médica da Faculdade de
Medicina da Universidade do Porto

Pedro Aguiar, Ph. D.

Professor Auxiliar de Estatística e Métodos
Estatísticos em Epidemiologia Clínica
Centro de Investigação em Saúde Pública
Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade
Nova de Lisboa

Rui Oliveira, Ph. D. Student

Bolseiro de Investigação Científica
Departamento de Pedagogia e Educação da
Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora

Sofia Ravara, Ph. D.

Médica Pneumologista
Professora Auxiliar
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da
Beira Interior
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE
Centro de Investigação em Saúde Pública da Escola
Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de
Lisboa

Vera Afreixo, Ph. D.

Professora Auxiliar
Departamento de Matemática da Universidade de
Aveiro

Os autores agradecem:

Aos/às alunos/as do último ano dos cursos de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, de Licenciatura em Enfermagem, de Mestrado Integrado em Medicina e de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, que frequentavam no ano letivo de 2015-2016; às direções das escolas e

e às faculdades que ofereciam os referidos cursos; às coordenações dos cursos; e às associações académicas envolvidas; bem como a todos os envolvidos no processo de recolha de informação. Sem o seu interesse e participação não teria sido possível chegar a este termo.

ÍNDICE

ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	7
ÍNDICE DE TABELAS.....	15
SIGLAS OU ACRÓNIMOS.....	20
1. RESUMO EM LINGUAGEM CLARA / <i>SUMMARY INPLAIN LANGUAGE</i>	21
2. PRÓLOGO.....	22
3. NOTA INTRODUTÓRIA.....	24
3.1. Enquadramento do estudo.....	24
3.2. Objetivos do estudo.....	26
3.3. Principais variáveis a considerar.....	26
3.4. Cronograma dos trabalhos.....	26
4. O TABAGISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	28
4.1. Tabagismo e desenvolvimento sustentável das sociedades.....	28
4.2. Controlo da epidemia tabágica: a mudança da norma social.....	30
5. TABAGISMO E CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS.....	33
5.1. Evolução da formação em ciências farmacêuticas.....	33
5.2. O papel do farmacêutico no controlo do tabagismo.....	33
5.3. Oferta curricular no âmbito da prevenção e do controlo do tabagismo na formação pré-graduada em ciências farmacêuticas.....	34
6. TABAGISMO E ENFERMAGEM.....	36
6.1. Evolução da formação em enfermagem e os desafios emergentes em saúde.....	36
6.2. Os <i>curricula</i> da formação pré-graduada em enfermagem e a prevenção do tabagismo.....	37
7. TABAGISMO E MEDICINA.....	39
7.1. O papel dos médicos no controlo do tabaco.....	39
7.2. Comportamento tabágico e atitudes de tabagismo dos médicos portugueses e estudantes de medicina.....	39
7.3. Formação específica e participação em atividades de controlo do tabagismo.....	41
7.4. Oferta curricular no âmbito da prevenção e controlo do tabagismo na formação pré-graduada médica.....	41
8. TABAGISMO E MEDICINA DENTÁRIA.....	44
8.1. O papel dos médicos dentistas no controlo do tabagismo.....	44
8.2. Comportamento tabágico e atitudes de tabagismo dos médicos dentistas e estudantes de medicina dentária.....	44

8.3. Formação pré-graduada e específica e participação em atividades de controlo do tabagismo.....	44
8.4. Reforma curricular no âmbito da prevenção e do controlo do tabagismo na formação pré-graduada médica.....	45
9. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO.....	46
9.1. Desenho do estudo.....	46
9.2. População.....	46
9.3. Amostragem	49
9.4. Questionário	50
9.5. Testagem piloto.....	53
9.6. Procedimentos éticos	53
9.7. Aplicação do questionário.....	53
9.8. Análise da informação.....	60
10. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	63
10.1. Mestrado integrado em Ciências Farmacêuticas	63
10.2. Licenciatura em Enfermagem	102
10.3. Mestrado Integrado em Medicina	141
10.4. Mestrado integrado em Medicina Dentária	179
11. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	218
12. LIMITAÇÕES.....	226
13. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	227
14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	231
APÊNDICES	243
Apêndice 1	244
Apêndice 2.....	245

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Sexo” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=302).....	63
Gráfico 2: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Estado civil” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=302)	64
Gráfico 3: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Idade” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=302).....	64
Gráfico 4: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Idade com que iniciou os estudos universitários” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=302)	64
Gráfico 5: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Alguma vez fumou ou consumiu produtos do tabaco” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=247).....	64
Gráfico 6: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Que idade tinha quando fumou ou consumiu tabaco pela primeira vez” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=131)	65
Gráfico 7: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=48).....	66
Gráfico 8: Fumadores/não fumadores, em função da variável “Sexo”, para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=247)	66
Gráfico 9: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Fumador diário/fumador ocasional/ex-fumador” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=48).....	67
Gráfico 10: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Quanto tempo, depois de acordar, fuma o seu primeiro cigarro” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=43).....	69
Gráfico 11 Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Quantos cigarros fuma por dia” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=43)	69
Gráfico 12: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Está a pensar em deixar de fumar” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=43)	69
Gráfico 13: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Tipo de produtos do tabaco consumidos antes de os ter consumido pela última vez” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=285).....	70
Gráfico 14: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Quais foram os motivos que o levaram a deixar de fumar” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=285).....	70
Gráfico 15: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco na residência” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=232).....	71

Gráfico 16: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco fora da residência” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=239)	71
Gráfico 17: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Cumprimento da proibição de fumar nos edifícios escolares” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=239)	72
Gráfico 18: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Cumprimento da proibição de fumar nos locais de práticas clínicas” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=233)	72
Gráfico 19: Concordância, discordância e desconhecimento/indecisão relativamente à dimensão IV (atitudes e conhecimentos) para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas	80
Gráfico 20: Distribuição dos valores modais da dimensão IV (atitudes e conhecimentos) para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas	80
Gráfico 21: Preparação relativamente aos conteúdos teóricos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas	86
Gráfico 22: Distribuição dos valores modais da dimensão V (perceções sobre a formação teórica recebida) para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas	87
Gráfico 23: Preparação relativamente aos conteúdos práticos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.	89
Gráfico 24: Perceções sobre a aquisição de competências em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas	93
Gráfico 25: Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas em função da variável “Sexo”	93
Gráfico 26: Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=170)	94
Gráfico 27: Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas em função da variável “Sexo” (N=170)	94
Gráfico 28: Número de horas, estimado, utilizado na formação académica para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=170)	98
Gráfico 29: Anos do curso em que a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=302)	99
Gráfico 30: Temas que deveriam ser trabalhados durante a formação académica com mais tempo ou de outro modo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=302)	100
Gráfico 31: Técnicas utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=170)	100
Gráfico 32: Aumento da carga horária e do modo de ensino dos temas relacionados com o tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=170)	101

Gráfico 33: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Sexo” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1100)	102
Gráfico 34: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Estado civil” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1100)	102
Gráfico 35: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Idade” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1100)	103
Gráfico 36: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Idade com que iniciou os estudos universitários” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1100).....	103
Gráfico 37: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Alguma vez fumou ou consumiu produtos do tabaco” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1045).....	103
Gráfico 38: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Que idade tinha quando fumou ou consumiu tabaco pela primeira vez” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=577)	104
Gráfico 39: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=271)	105
Gráfico 40: Fumadores/não fumadores, em função da variável “Sexo”, para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1033).....	105
Gráfico 41: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Fumador diário/fumador ocasional/ex-fumador” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=263).....	106
Gráfico 42: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Quanto tempo, depois de acordar, fuma o seu primeiro cigarro” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=228)	108
Gráfico 43: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Quantos cigarros fuma por dia” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=227).....	108
Gráfico 44: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Está a pensar em deixar de fumar” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=227).....	108
Gráfico 45: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Tipo de produtos do tabaco consumidos antes de os ter consumido pela última vez” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=308)	109
Gráfico 46: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Quais foram os motivos que o levaram a deixar de fumar” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=308)	110
Gráfico 47: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco na residência” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1001)	110
Gráfico 48: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco fora da residência” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1026).....	111
Gráfico 49: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Cumprimento da proibição de fumar nos edifícios escolares” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1026) ..	111

Gráfico 50: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Cumprimento da proibição de fumar nos locais de práticas clínicas” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1025)	112
Gráfico 51: Concordância, discordância e desconhecimento/indecisão relativamente à dimensão IV (atitudes e conhecimentos) para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	119
Gráfico 52: Distribuição dos valores modais da dimensão IV (atitudes e conhecimentos) para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	119
Gráfico 53: Preparação relativamente aos conteúdos teóricos recebidos durante a formação académica para o curso de Licenciatura em Enfermagem	125
Gráfico 54: Distribuição dos valores modais da dimensão V (perceções sobre a formação teórica recebida) para o curso de Licenciatura em Enfermagem	126
Gráfico 55: Preparação relativamente aos conteúdos práticos recebidos durante a formação académica para o curso de Licenciatura em Enfermagem	128
Gráfico 56: Perceções sobre a aquisição de competências em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo para o curso de Licenciatura em Enfermagem	132
Gráfico 57: Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Licenciatura em Enfermagem em função do sexo	133
Gráfico 58: Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=920).....	133
Gráfico 59: Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Licenciatura em Enfermagem em função da variável “Sexo” (N=920)	134
Gráfico 60: Número de horas, estimado, utilizado na formação académica para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=923)...	137
Gráfico 61: Anos do curso em que a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1090).....	138
Gráfico 62: Temas que deveriam ser trabalhados durante a formação académica com mais tempo ou de outro modo para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1089).....	139
Gráfico 63: Técnicas utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=917)...	139
Gráfico 64: Aumento da carga horária e do modo de ensino dos temas relacionados com o tabagismo para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=911)	140
Gráfico 65: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Sexo” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=452)	141
Gráfico 66: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Estado civil” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=452)	141
Gráfico 67: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Idade” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=452)	142

Gráfico 68: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “ <i>Idade com que iniciou os estudos universitários</i> ” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=452).....	142
Gráfico 69: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “ <i>Alguma vez fumou ou consumiu produtos do tabaco</i> ” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=423)	142
Gráfico 70: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “ <i>Que idade tinha quando fumou ou consumiu tabaco pela primeira vez</i> ” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=221).....	143
Gráfico 71: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “ <i>Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco</i> ” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=62).....	144
Gráfico 72: Fumadores/não fumadores, em função da variável “ <i>Sexo</i> ”, para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N= 418).....	144
Gráfico 73: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “ <i>Fumador diário/fumador ocasional/ex-fumador</i> ” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=61) ...	145
Gráfico 74: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “ <i>Quanto tempo, depois de acordar, fuma o seu primeiro cigarro</i> ” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=51).....	146
Gráfico 75: Distribuição das frequências relativas absolutas para a variável “ <i>Quantos cigarros fuma por dia</i> ” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=51).....	147
Gráfico 76: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “ <i>Está a pensar em deixar de fumar</i> ” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=51).....	147
Gráfico 77: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “ <i>Tipo de produtos do tabaco consumidos antes de os ter consumido pela última vez</i> ” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=386-387).....	148
Gráfico 78: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “ <i>Quais foram os motivos que o levaram a deixar de fumar</i> ” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=382).....	148
Gráfico 79: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “ <i>Método usado para deixar de fumar</i> ” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=379).....	149
Gráfico 80: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “ <i>Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco na residência</i> ” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=389)	149
Gráfico 81: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “ <i>Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco fora da residência</i> ” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=406).....	150
Gráfico 82: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “ <i>Cumprimento da proibição de fumar nos edifícios escolares</i> ” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=407)	150
Gráfico 83: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “ <i>Cumprimento da proibição de fumar nos locais de práticas clínicas</i> ” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=399).....	151

Gráfico 84. Concordância, discordância e desconhecimento/indecisão relativamente à dimensão IV (atitudes e conhecimentos) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	158
Gráfico 85: Distribuição dos valores modais da dimensão IV (atitudes e conhecimentos) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	159
Gráfico 86: Preparação relativamente aos conteúdos teóricos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina	164
Gráfico 87: Distribuição dos valores modais da dimensão V (perceções sobre a formação teórica recebida) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	165
Gráfico 88: Preparação relativamente aos conteúdos práticos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina	167
Gráfico 89: Perceções sobre a aquisição de competências em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina	171
Gráfico 90: Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina em função da variável “Sexo”.....	172
Gráfico 91: Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=332).....	172
Gráfico 92: Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina em função do sexo (N=332).....	173
Gráfico 93: Número de horas, estimado, utilizado na formação académica para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=332)	175
Gráfico 94. Anos do curso em que a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=452)	176
Gráfico 95: Temas que deveriam ser trabalhados durante a formação académica com mais tempo ou de outro modo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=449).....	177
Gráfico 96 Técnicas utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=331)	177
Gráfico 97: Aumento da carga horária e do modo de ensino dos temas relacionados com o tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=331).....	178
Gráfico 98: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Sexo” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=241)	179
Gráfico 99: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Estado civil” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=241)	179
Gráfico 100: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Idade” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=241)	180
Gráfico 101: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Idade com que iniciou os estudos universitários” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=241)	180

Gráfico 102: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável <i>“Alguma vez fumou ou consumiu produtos do tabaco”</i> para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=237).	181
Gráfico 103: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável <i>“Que idade tinha quando fumou ou consumiu tabaco pela primeira vez”</i> para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=134).	181
Gráfico 104: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável <i>“Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco”</i> para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=59).	182
Gráfico 105: Fumadores/não fumadores, em função da variável <i>“Sexo”</i> , para o curso para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=234).	183
Gráfico 106: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável <i>“Fumador diário/fumador ocasional/ex-fumador”</i> para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=57).	183
Gráfico 107: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável <i>“Quanto tempo, depois de acordar, fuma o seu primeiro cigarro”</i> para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=47).	185
Gráfico 108: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável <i>“Quantos cigarros fuma por dia”</i> para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=47).	185
Gráfico 109: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável <i>“Está a pensar em deixar de fumar”</i> para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=47).	185
Gráfico 110: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável <i>“Tipo de produtos do tabaco consumidos antes de os ter consumido pela última vez”</i> para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=61).	186
Gráfico 111: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável <i>“Quais foram os motivos que o levaram a deixar de fumar”</i> para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=61).	186
Gráfico 112: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável <i>“Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco na residência”</i> para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=227).	187
Gráfico 113: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável <i>“Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco fora da residência”</i> para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=233).	187
Gráfico 114: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável <i>“Cumprimento da proibição de fumar nos edifícios escolares”</i> para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=232).	188
Gráfico 115: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável <i>“Cumprimento da proibição de fumar nos locais de práticas clínicas”</i> para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=233).	188
Gráfico 116: Concordância, discordância e desconhecimento/indecisão relativamente à dimensão IV (atitudes e conhecimentos) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=232).	195

Gráfico 117: Distribuição dos valores modais da dimensão IV (atitudes e conhecimentos) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=232).....	196
Gráfico 118: Preparação relativamente aos conteúdos teóricos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	202
Gráfico 119: Distribuição dos valores modais da dimensão V (perceções sobre a formação teórica recebida) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=230).....	202
Gráfico 120: Preparação relativamente aos conteúdos práticos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=228)	204
Gráfico 121: Perceções sobre a aquisição de competências em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=229).....	208
Gráfico 122: Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária	209
Gráfico 123: Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=229).....	209
Gráfico 124: Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária em função do sexo (N=229).....	210
Gráfico 125: Número de horas, estimado, utilizado na formação académica para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=229).....	214
Gráfico 126: Anos do curso em que a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=330)	215
Gráfico 127: Temas que deveriam ser trabalhados durante a formação académica com mais tempo ou de outro modo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=229)	215
Gráfico 128: Técnicas utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=228).....	216
Gráfico 129: Aumento da carga horária e do modo de ensino dos temas relacionados com o tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=227).....	216

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Cronograma do estudo.....	27
Tabela 2: Número de estabelecimentos de ensino superior participantes no estudo, distribuídos pelas NUT 3.....	48
Tabela 3: Relação do número de instituições que oferecem os cursos considerados e das que aceitaram participar no estudo.....	49
Tabela 4: População de estudantes dos quatro cursos e respetiva amostra.....	50
Tabela 5: Dimensões do questionário, número e tipo itens associados.....	52
Tabela 6: Resumo da consistência interna dos itens subjacentes às dimensões do questionário.....	53
Tabela 7: Dados referentes ao curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	55
Tabela 8: Dados referentes ao curso de Licenciatura em Enfermagem.....	55
Tabela 9: Dados referentes ao curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	58
Tabela 10: Dados referentes ao curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	59
Tabela 11: Dados referentes ao número de alunos e de questionários recebidos da totalidade dos cursos/instituições.....	60
Tabela 12: Erro amostral por curso.....	60
Tabela 13: Critérios de recomendação de fiabilidade estimada pelo Alfa de Cronbach.....	60
Tabela 14: Quantificação da significância.....	62
Tabela 15: Alfa de Cronbach dos itens com escala ordinal, para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	63
Tabela 16: Experimentação de produtos de tabaco em relação ao sexo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	65
Tabela 17: Motivos para se ter começado a fumar para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=48).....	67
Tabela 18: Tipo de consumo de tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	68
Tabela 19: Comportamento tabágico, nos últimos 30 dias, relativo a alguns produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=43).....	68
Tabela 20: Associações entre variáveis das dimensões I-III para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	73
Tabela 21: Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	74
Tabela 22: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Alguma vez fumou ou consumiu produtos com tabaco”.....	75
Tabela 23: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Hábitos tabágicos”.....	75
Tabela 24: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Hábitos tabágicos detalhados”.....	75
Tabela 25: Resíduos para a associação entre as variáveis “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos”.....	76

Tabela 26: Resíduos para a associação entre as variáveis “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos detalhados”	76
Tabela 27: Resíduos para a associação entre as variáveis “Hábitos tabágicos” e “Hábitos tabágicos detalhados”	76
Tabela 28: Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	77
Tabela 29: Atitudes e conhecimentos relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	77
Tabela 30: Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	81
Tabela 31: Perceções sobre a formação prática recebida para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	87
Tabela 32: Modelo de regressão logística para a variável “Competência para Intervir” (CPI) para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	90
Tabela 33: Área sob a curva: variável(is)do resultado do teste para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	90
Tabela 34: Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	92
Tabela 35: Associações entre variáveis das Dimensões IV, V, VI e VII para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	95
Tabela 36: Associação entre a competência para intervir e outras variáveis para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	96
Tabela 37: Resíduos para a associação entre as variáveis competência nominal para intervir e o facto de alguma ver ter fumado.....	96
Tabela 38: Resíduos para a associação entre as variáveis competência nominal para intervir e os hábitos tabágicos.....	97
Tabela 39: Associação entre as variáveis “Sexo”, “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos” e as variáveis “atitudes e perceções”, perceções sobre a formação teórica e prática recebida a as competências adquiridas para intervir no apoio à cessação tabágica	97
Tabela 40: Associação entre o número de horas dedicadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo, as atitudes e perceções sobre aspetos do tabagismo, a formação recebida e a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	99
Tabela 41: Alfa de Cronbach dos itens com escala ordinal para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	102
Tabela 42: Experimentação de produtos de tabaco em relação ao sexo para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	104
Tabela 43: Motivos para se ter começado a fumar para o curso de Licenciatura em Enfermagem....	106
Tabela 44: Tipo de consumo de tabaco para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	107
Tabela 45: Comportamento tabágico, nos últimos 30 dias, relativo a alguns produtos do tabaco para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=232).....	107
Tabela 46: Associações entre variáveis das Dimensões I-III para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	113

Tabela 47: Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	113
Tabela 48: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Alguma vez fumou ou consumiu produtos com tabaco”	114
Tabela 49: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Hábitos tabágicos”.....	114
Tabela 50: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Hábitos tabágicos detalhados” ...	114
Tabela 51: Resíduos para a associação entre as variáveis “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos”..	115
Tabela 52: Resíduos para a associação entre as variáveis “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos detalhados”	115
Tabela 53: Resíduos para a associação entre as variáveis “Hábitos tabágicos” e “Hábitos tabágicos detalhados”	115
Tabela 54: Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	116
Tabela 55: Atitudes e conhecimentos relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	117
Tabela 56: Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	120
Tabela 57: Perceções sobre a formação prática recebida para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	126
Tabela 58: Modelo de regressão logística para a variável “Competência para Intervir” (CPI) para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	129
Tabela 59: Área sob a curva: variável(is)do resultado do Teste para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	129
Tabela 60: Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	131
Tabela 61: Associações entre variáveis das Dimensões IV, V, VI e VII para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	135
Tabela 62: Associação entre a competência para intervir e outras variáveis para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	136
Tabela 63: Associação entre as variáveis “Sexo”, “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos” e as variáveis “Atitudes e conhecimentos”, perceções sobre a formação teórica e prática recebida a as competências adquiridas para intervir no apoio à cessação tabágica	136
Tabela 64: Associação entre o número de horas dedicadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo, as atitudes e conhecimentos sobre aspetos do tabagismo, a formação recebida e a aquisição de competências para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	138
Tabela 65: Alfa de Cronbach dos itens com escala ordinal para o curso de Mestrado Integrado em Medicina	141
Tabela 66: Experimentação de produtos de tabaco em relação ao sexo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	143
Tabela 67: Motivos para se ter começado a fumar para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=61).....	144
Tabela 68: Tipo de consumo de tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	145

Tabela 69: Comportamento tabágico, nos últimos 30 dias, relativo a alguns produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=52)	146
Tabela 70: Associações entre variáveis das Dimensões I-III para o curso de Mestrado Integrado em Medicina	152
Tabela 71: Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Medicina	152
Tabela 72: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Alguma vez fumou ou consumiu produtos com tabaco”	153
Tabela 73: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Hábitos tabágicos”	153
Tabela 74: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Hábitos tabágicos detalhados” ...	153
Tabela 75: Resíduos para a associação entre as variáveis “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos” ..	154
Tabela 76: Resíduos para a associação entre as variáveis “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos detalhados”	154
Tabela 77: Resíduos para a associação entre as variáveis “Hábitos tabágicos” e “Hábitos tabágicos detalhados”	154
Tabela 78: Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Medicina	155
Tabela 79: Atitudes e conhecimentos relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	156
Tabela 80: Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina	160
Tabela 81: Perceções sobre a formação prática recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina	165
Tabela 82: Modelo de regressão logística para a variável “Competência para Intervir” (CPI) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	168
Tabela 83: Área sob a curva: Variável(is)do resultado do Teste para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	168
Tabela 84: Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina	170
Tabela 85: Associações entre variáveis da Dimensão IV, V, VI e VII para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	174
Tabela 86: Associação entre a competência para intervir e outras variáveis para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	175
Tabela 87: Associação entre o número de horas dedicadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo, as atitudes e perceções sobre aspetos do tabagismo, a formação recebida e a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	176
Tabela 88: Alfa de Cronbach dos itens com escala ordinal para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária	179
Tabela 89: Experimentação de produtos de tabaco em relação ao sexo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	181
Tabela 90: Motivos para se ter começado a fumar para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=59).....	183

Tabela 91: Tipo de consumo de tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária	184
Tabela 92: Comportamento tabágico, nos últimos 30 dias, relativo a alguns produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=49)	184
Tabela 93: Associações entre variáveis das Dimensões I-III para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária	189
Tabela 94: Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária	189
Tabela 95: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Alguma vez fumou ou consumiu produtos com tabaco”	190
Tabela 96: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Hábitos tabágicos”	190
Tabela 97: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Hábitos tabágicos detalhados”	191
Tabela 98: Resíduos para a associação entre as variáveis “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos”	191
Tabela 99: Resíduos para a associação entre as variáveis “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos detalhados”	191
Tabela 100: Resíduos para a associação entre as variáveis “Hábitos tabágicos” e “Hábitos tabágicos detalhados”	192
Tabela 101: Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária	192
Tabela 102: Atitudes e conhecimentos relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária	193
Tabela 103: Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária	197
Tabela 104: Perceções sobre a formação prática recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária	203
Tabela 105: Modelo de regressão logística para a variável “Competência para Intervir” (CPI) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária	205
Tabela 106: Área sob a curva: Variável(is) do resultado do Teste para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária	206
Tabela 107: Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária	207
Tabela 108: Associações entre variáveis da Dimensão IV, V, VI e VII para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária	211
Tabela 109: Associação entre a competência para intervir e outras variáveis para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária	212
Tabela 110: Resíduos para a associação entre as variáveis competência nominal para intervir e a variável sexo	212
Tabela 111: Associação entre as variáveis “Sexo”, “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos” e as variáveis “Atitudes e conhecimentos”, perceções sobre a formação teórica e prática recebida a as competências adquiridas para intervir no apoio à cessação tabágica	213
Tabela 112: Associação entre o número de horas dedicadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo, as atitudes e perceções sobre aspetos do tabagismo, a formação recebida e a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária	214

SIGLAS OU ACRÓNIMOS

AUC – *Area Under the Curve*

C – Concordo

CDC – Centers for Disease Control

CF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

CPHA – Canadian Public Health Association

CPI – Competência Para Intervir

CQPCT – Convenção-Quadro de Prevenção e Controlo de Tabaco

CT – Concordo totalmente

D – Discordo

DGS – Direção-Geral da Saúde

DP – Desvio padrão

DPCO – Doença Pulmular Crónica Obstrutiva

DT – Discordo totalmente

E – Licenciatura em Enfermagem

EUA – Estados Unidos da América

FAT – Fumo ambiental do tabaco

FCPT – Fumou ou Consumiu Produtos do Tabaco

FCTC – Framework Convention on Tobacco Control

GHPS – Global Health Professional Survey

M – Mestrado Integrado em Medicina

MD – Mestrado Integrado em Medicina Dentária

MGF – Medicina Geral e Familiar

NHF – Número de horas de formação

NS / IND – Não sei / Estou indeciso

NUT – Nomenclatura de Unidade Territorial

OE – Ordem dos Enfermeiros

OF – Ordem dos Farmacêuticos

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

PNPCT – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

PNS – Programa Nacional de Saúde

PPR – Percepções sobre a formação Prática Recebida

SEAS – Secretário de Estado Adjunto e da Saúde
SNS – Serviço Nacional de Saúde

VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

WHO – World Health Organization

1. RESUMO EM LINGUAGEM CLARA

O que é este documento?

Este documento é o resultado de um estudo de avaliação das competências profissionais no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo no final da formação pré-graduada dos cursos de Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Medicina e Medicina Dentária.

O que consta do documento?

Um relatório com os resultados encontrados e um conjunto de recomendações para a formação superior dos profissionais de saúde no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo.

Quais são as principais conclusões?

- Elevadas prevalências de tabagismo;
- Atitudes positivas relativamente ao controlo do tabaco;
- Um nível razoável de conscientização sobre as políticas de não fumador nos espaços das práticas letivas e clínicas;
- Um alinhamento com o quadro teórico e concetual sobre as temáticas da prevenção e do tratamento do tabagismo, assim como acerca do papel dos profissionais de saúde neste domínio;
- Limitadas competências de intervenção ao nível da prevenção e do tratamento do tabagismo;
- Necessária introdução de um conjunto de temas teóricos e práticos na formação académica destes profissionais, percecionados como omissos, que suportem o seu pensamento e as suas decisões no domínio do tabagismo.

SUMMARY IN PLAIN LANGUAGE

What is this document?

This document is the result of an evaluation study of professional *skills* in the prevention and treatment of smoking at the end of the pre-graduate training courses in Pharmaceutical Sciences, Nursing, Medicine and Dentistry.

What can I find in this document?

A report with the results found and a set of recommendations for the superior training of health professionals in prevention and treatment of smoking area.

What are the main conclusions?

- High prevalence of smoking;
- Positive attitudes towards tobacco control;
- A reasonable level of awareness of non-smoker policies in the areas of educational and clinical practice;
- An alignment with the theoretical and conceptual framework on the prevention and treatment of smoking, as well as the role of health professionals in this area;
- Limited intervention *skills* in the prevention and treatment of smoking;
- Necessary introduction of a set of theoretical and practical subjects in the academic formation of these professionals, perceived as omissions that support their thinking and their decisions in the smoking domain.

2. PRÓLOGO

A promoção e proteção da saúde, essenciais para a saúde e o bem-estar do ser humano e para o desenvolvimento económico e social sustentável, foram reconhecidas como importantes há mais de 37 anos pelos signatários da Declaração de Alma-Ata, elaborada no seio da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde no ano de 1978 (1). Não constitui, portanto, surpresa que as pessoas, na maioria dos países, classifiquem a saúde como uma das suas maiores prioridades, ultrapassada apenas pelas preocupações económicas, tais como o desemprego, os baixos salários ou o alto custo de vida (2). Daqui resulta que a saúde se transforma, frequentemente, num tema de preocupação à escala mundial, ainda mais se se tiver em linha de conta que há muitas maneiras de promover e manter a saúde, ou, em sentido inverso, muitos comportamentos cujas complicações sobre a saúde de quem os adota são, à luz das mais diversas evidências científicas, verdadeiramente catastróficas.

Como reconhecimento deste facto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) atribuiu ao tabagismo, como comportamento de risco, o estatuto de principal causa evitável de doença e de morte, sobretudo nos países desenvolvidos, provocando mais de duas dezenas de doenças oncológicas, cérebro-cardiovasculares, respiratórias, e em praticamente todos os sistemas do organismo (3), o que, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) pode levar à morte prematura, ou seja, antes dos 70 anos de idade (4).

Sustentando estes dados, o último relatório da OMS sobre a Epidemia Global do Tabaco, apresentado em julho de 2015 em Manila, Filipinas, salienta que cerca de seis milhões de pessoas morrem todos os anos com doenças relacionadas com o tabagismo, o que equivale

a uma morte a cada seis segundos; número que ultrapassa as vítimas do VIH/SIDA, malária e tuberculose somadas, devendo mesmo subir para os oito milhões até 2030 (3). A manter-se o ritmo atual de consumo de produtos de tabaco, atingir-se-á os 1000 milhões de mortes até ao fim deste século (3). Efetivamente, a manter-se a taxa de consumo atual, o tabagismo poderá ser considerado, muito em breve, a maior causa de morte em todo o mundo, exigindo-se neste pressuposto uma estratégia global e concertada, canalizando, sem qualquer restrição e de forma prioritária, recursos e meios de suporte à sua prevenção e tratamento.

Neste contexto, a matriz que deu corpo à redação deste Relatório Final assume quatro eixos estruturantes que, no essencial, subentendem quatro focos prioritários:

- a) A prevenção e o combate ao consumo de tabaco são uma verdadeira prioridade nacional;
- b) A iniciação e os padrões de consumo de tabaco são fortemente influenciados por fatores pessoais, mas também familiares, culturais e sociais, daí a necessidade emergente de se melhorar a resposta às necessidades de saúde da população, em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo;
- c) As medidas mais viáveis e eficazes para reduzir o consumo de tabaco devem ser baseadas na evidência científica, tendo em conta os fatores determinantes da iniciação ao tabagismo, em concreto na faixa etária da adolescência, bem como, consequentemente, os diferentes padrões de consumo e os problemas específicos de cada tipo de consumo e consumidor;

- d) Uma das melhores formas de potenciar a prevenção e o combate ao consumo de tabaco, passa por dotar também os atuais e futuros profissionais de saúde de formação qualificada assente numa estratégia curricular / formativa que vá ao encontro das reais necessidades da população, garantindo, desta forma, que estes profissionais apresentem conhecimentos e competências necessárias para suportar o seu pensamento e as suas decisões quando forem chamados a intervir.

Em concordância com estas prioridades, tendo em consideração a estrutura selecionada para a concretização deste documento, organizou-se este Relatório Final em 13 capítulos: após o Prólogo, numa Nota introdutória, procede-se à contextualização do enquadramento do estudo, à descrição dos objetivos, bem como das principais variáveis a considerar, tendo como pano de fundo o cronograma dos trabalhos. Apresenta-se, de seguida, o Tabagismo como Problema de Saúde Pública, relacionando o fenómeno atual do tabagismo com o desenvolvimento sustentável das sociedades e a necessidade de mudança da norma social. Seguem-se quatro capítulos em que se discute o papel dos profissionais de saúde de Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Medicina e Medicina Dentária na prevenção e no controlo do tabagismo. A segunda parte do relatório está centrada na componente dos Métodos e Materiais de Suporte à Investigação que foi levada a efeito. Recai sobre a delimitação do desenho do estudo e da caracterização da população. Já a componente dos materiais de suporte à recolha da informação, descreve, em detalhe, as dimensões e os respetivos itens que incorporaram o questionário, os pressupostos inerentes ao estudo piloto, bem como os procedimentos éticos e a análise estatística da informação tida em consideração. No nono

capítulo espelham-se, objetivamente, os Resultados obtidos pelo estudo em cada um dos cursos em avaliação. Depois de referidas as Limitações do estudo, é processado o enquadramento minucioso das Conclusões, com a apresentação dos principais resultados encontrados, tendo por referência os sete objetivos que delimitaram este trabalho de pesquisa (cf. Capítulo 2.2.), subjacentes a cada um dos cursos. O relatório conclui-se com o elencar de um conjunto de Recomendações fundamentadas na evidência dos próprios resultados e a apresentação da Bibliografia que o suportou.

Finalizando, salienta-se que apesar das precauções vincadas neste documento, a mensagem central do mesmo é de algum otimismo. Entende-se que todos os profissionais de saúde, independentemente dos seus estádios de desenvolvimento curricular ou profissional, podem, de imediato, dar passos em direção a uma efetiva prevenção universal do tabagismo, e, acima de tudo, centrar a sua ação na capacitação e corresponsabilização da pessoa, com vista a combater, sem tréguas, este flagelo que é o tabagismo. Por outro lado, as instituições que adotem, como prioridade, políticas de intervenção centradas na prevenção (a implementar em idades muito precoces) contribuem, significativamente, para o combate ao tabagismo, da mesma forma que cooperam para a diminuição dos gastos financeiros que o tratamento das complicações do tabagismo acarreta, isto se se tomar em consideração que o financiamento da saúde é uma parte importante dos esforços mais gerais para garantir proteção social para todos.

Espera-se que os resultados obtidos e o conjunto de recomendações disponibilizadas neste Relatório Final possam orientar os que têm que tomar decisões sobre que estratégias e políticas devem ser adotadas na prevenção e controlo do tabagismo.

3. NOTA INTRODUTÓRIA

3.1. Enquadramento do estudo

No século XX, a epidemia do tabagismo matou cerca de 100 milhões de pessoas a nível mundial, podendo no século atual ser a causa de milhares de milhões de mortes (5). A OMS defende que a solução para esta epidemia mundial, que constitui um fator de risco de seis das oito principais causas de mortalidade no mundo, se encontra ao alcance de todos nós. Vontade política, quadro normativo e financiamento são medidas concretas que geram o impulso necessário para a redução do consumo de tabaco e, conseqüentemente, para salvar milhões de vidas no momento em que vivemos. A OMS afirma que reverter a epidemia do tabagismo deve ser assumido, sem margem para dúvida, como uma prioridade de saúde pública dos líderes de todos os países políticos (5).

Como resposta a esta globalização da epidemia do tabagismo, sob os auspícios da OMS, na 56.ª Assembleia Mundial de Saúde, em 21 de maio de 2003, em Genebra Suíça, 110 Estados-Membros aprovaram a primeira *WHO Framework Convention on Tobacco Control* (6), conferindo, neste domínio, um novo marco na promoção da saúde pública e em matéria de direito internacional. Desde o primeiro parágrafo do preâmbulo, declara-se que as Partes no presente convénio estão *"determinadas a dar prioridade ao seu direito de proteger a saúde pública"* (6 p. vi).

O Governo de Portugal assina a Convenção-Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco em 9 de janeiro de 2004, aprovando-a e transpondo-a para o ordenamento jurídico interno em 8 de novembro de 2005 (Decreto n.º 25-A/2005, de 8 de novembro) (7).

Dando execução ao disposto nesta Convenção-Quadro, transpondo para a ordem jurídica interna a Diretiva 2014/40/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 3 de abril 2014, a Diretiva Delegada 2014/109/UE, da Comissão, de 10 de outubro de 2014, e a Diretiva 2003/33/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de maio de 2003, é publicada a Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, alterada pela Lei n.º 109/2015, de 26 de agosto, que aprova as normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo (8).

Como medidas de prevenção e controlo do tabagismo, a Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto (9), alterada pela Lei n.º 109/2015, de 26 de agosto, estabelece que *"a temática da prevenção e do tratamento do uso e da dependência do tabaco deve fazer parte dos currículos da formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde, em particular dos médicos, dos médicos dentistas, dos farmacêuticos e dos enfermeiros, enquanto agentes privilegiados de educação e promoção da saúde"* (art.º 20.º n.º 4) (8).

Neste contexto, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 (10) considerou o tabagismo um problema de saúde prioritário, tendo sido determinado, em 2012, a criação do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT), programa de saúde prioritário, a desenvolver pela DGS (Despacho n.º 404/2012, de 13 de janeiro) (11).

O PNPCT, ao nível da promoção e do apoio à cessação tabágica, considera que *"o aconselhamento das pessoas fumadoras por parte de um profissional de saúde, mormente dos médicos de Medicina Geral e Familiar, com*

recurso a uma intervenção breve, bem como a redução dos custos das terapêuticas para deixar de fumar, pode aumentar a proporção de fumadores que anualmente faz uma tentativa para parar de fumar com sucesso" (12 pp. 35-36). Entre 17 objetivos operacionais do eixo estratégico "Promover e apoiar a cessação tabágica" destacam-se os seguintes:

- 12. Garantir resposta às necessidades de apoio intensivo à cessação tabágica, dos utentes fumadores, em 100% dos ACES e ULS, até final de 2015;*
- 13. Melhorar a efetividade das consultas de apoio à cessação tabágica no âmbito do SNS;*
- 14. Facilitar o acesso à terapêutica farmacológica da dependência tabágica, diminuindo os custos para o utilizador;*
- 15. Aconselhar para a cessação tabágica, com recurso a uma intervenção breve, pelo menos 50% dos utentes do SNS fumadores, observados nos últimos três anos;*
- 16. Aconselhar para a cessação tabágica, com recurso a uma intervenção breve, 100% dos utentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), observados anualmente no SNS;*
- 17. Aconselhar para a cessação tabágica, com recurso a uma intervenção breve, 100% das mulheres grávidas fumadoras, seguidas anualmente no SNS.*

Dando cumprimento ao disposto nas Grandes Opções do Plano para 2015 (Lei n.º 82-A/2014, de 31 de dezembro) (13) e às recomendações do relatório da OMS-Euro sobre a implementação do PNS, considerou-se adequado realizar uma revisão da sua execução e estendê-lo a 2020, juntamente com os Programas de Saúde Prioritários. Entre as Metas de Saúde 2020, destaca-se a redução da prevalência do consumo de tabaco na população com 15 ou mais anos de idade e a eliminação da exposição ao Fumo

Ambiental de Tabaco (FAT), tendo em conta que muitas doenças não transmissíveis são preveníveis através da intervenção nos fatores de risco e determinantes de saúde, nomeadamente os relacionados com o tabaco com vista à obtenção de Mais Valor em Saúde (14).

O PNPCT manteve o estatuto de programa prioritário no âmbito do PNS com extensão a 2020, conforme Despacho n.º 6401/2016 do SEAS, de 11 de maio (15). Para além dos cinco eixos estratégicos, anteriormente definidos, foi incluído um novo eixo dirigido à redução das desigualdades em saúde, nomeadamente às desigualdades regionais associadas à prevenção, tratamento e controlo do tabagismo.

Tendo por referência este enquadramento, a DGS lançou, em 9 de outubro de 2015, o Ajuste Direto n.º 332/2015 com a finalidade de ser realizado um "estudo de avaliação da aquisição de competências profissionais no âmbito da prevenção e tratamento do tabagismo no final da formação pré-graduada dos profissionais de saúde, no âmbito dos cursos de formação em enfermagem, farmácia, medicina e medicina dentária" (16).

Para a realização deste trabalho concorreu uma equipa multicêntrica e multidisciplinar, associada a instituições de ensino superior e a outras organizações: AcF – Acompanhamento Farmacoterapêutico, Lda.; Câmara Municipal de Viana do Castelo; Instituto Politécnico de Viseu (Escola Superior de Saúde); Universidade de Aveiro (Departamento de Educação e Psicologia, Departamento de Matemática, Escola Superior de Saúde); Universidade da Beira Interior (Faculdade de Ciências da Saúde); Universidade de Coimbra (Faculdade de Medicina Dentária); Universidade de Évora (Escola de Ciências Sociais, Escola de Ciências e Tecnologia); Universidade de Lisboa (Faculdade de Farmácia, Faculdade de Motricidade Humana);

Universidade Nova de Lisboa (Escola Nacional de Saúde Pública); e Universidade do Porto (Faculdade de Medicina, Instituto de Saúde Pública).

Este relatório dá conta dos trabalhos desenvolvidos e dos principais resultados encontrados.

3.2. Objetivos do estudo

Este estudo apresenta os seguintes objetivos, definidos no Caderno de Encargos (16):

- a) Avaliar, na perspetiva dos estudantes, as características da formação recebida sobre a prevenção e o tratamento do tabagismo;
- b) Avaliar as atitudes e os comportamentos dos estudantes no último ano das respetivas licenciaturas ou mestrados integrados, face ao consumo do tabaco e à exposição ao FAT;
- c) Avaliar os conhecimentos dos alunos sobre os efeitos na saúde associados ao consumo de tabaco e à exposição ao FAT;
- d) Avaliar as atitudes dos alunos relativamente ao seu papel profissional futuro, em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo;
- e) Avaliar a perceção dos alunos relativamente às competências profissionais adquiridas em matérias de prevenção e tratamento do tabagismo;
- f) Avaliar as necessidades de formação dos alunos para a intervenção em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo;
- g) Identificar fatores associados à perceção dos alunos de que possuem as

competências profissionais necessárias para a intervenção em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo.

3.3. Principais variáveis a considerar

A DGS considerou as seguintes variáveis do estudo:

1. Informação sociodemográfica;
2. Comportamento face ao consumo de tabaco e prevalência do consumo e da exposição ao FAT;
3. Atitudes dos estudantes face a diferentes aspetos relacionados com o acesso aos produtos do tabaco, com o consumo e a exposição ao FAT;
4. Nível de conhecimentos técnicos em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo;
5. Atitudes dos estudantes face ao seu papel para a intervenção nesta área, enquanto futuros profissionais de saúde;
6. Perceção sobre as competências adquiridas em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo;
7. Identificação de necessidades de formação nesta área.

3.4. Cronograma dos trabalhos

As atividades para a prossecução dos objetivos do estudo tiveram início, por indicação dos Serviços Administrativos da Universidade de Évora, em 3 de fevereiro de 2016, seguindo-se o cronograma na Tabela 1.

Tabela 1: Cronograma do estudo

FASES DO ESTUDO		2016 (meses)											
		F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
ESTUDO SINCRÓNICO	Definição da amostragem	█											
	Construção e validação do instrumento de recolha de informação		█	█									
	Contactos com os estabelecimentos de ensino superior	█	█	█	█	█	█	█	█				
	Aplicação dos questionários			█	█	█	█	█	█	█	█		
	Tratamento e análise da informação									█	█	█	█

4. O TABAGISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

4.1. Tabagismo e desenvolvimento sustentável das sociedades

A epidemia tabágica continua a expandir-se mundialmente permanecendo uma das principais causas de morbidade e de morte prematura (3) (5). Em todo o mundo, o tabagismo tem consequências devastadoras para a saúde das populações, matando cerca de seis milhões de pessoas por ano, incluindo mais de 600.000 pela exposição ao FAT (17). Por outro lado, prejudica seriamente a economia dos países, sobrecarregando a carga de doença e mortalidade prematura e os custos de saúde, reduzindo consideravelmente a produtividade (5).

Em 2004, estimava-se que, globalmente, o tabaco fosse responsável por uma em cada sete mortes em homens e uma em cada quinze em mulheres (17). Mais recentemente, nos Estados Unidos da América (EUA), foi investigada a tendência temporal da mortalidade específica por sexo, após 50 anos de uma estratégia nacional abrangente de controlo do tabagismo. A taxa de mortalidade por todas as causas foi três vezes maior em fumadores do que em não-fumadores; a esperança de vida foi reduzida em 10 anos, em média, nos fumadores, independentemente do sexo (18) (19). Ainda nos EUA, entre 1959 e 2010, o risco de cancro de pulmão nos fumadores aumentou dramaticamente: duplicou nos homens e subiu dez vezes nas mulheres. Do mesmo modo, o risco de doença pulmonar obstrutiva crónica para fumadores aumentou significativamente. Em contraste, o risco de cancro de pulmão entre os nunca fumadores permaneceu inalterado (19). Os autores concluem que o tabagismo continua a ser o maior risco para a saúde em ambos os sexos, não obstante a diminuição da prevalência de tabagismo, o menor consumo de cigarros pela

maioria dos fumadores atuais e os níveis mais baixos de alcatrão contidos nos cigarros, em relação às décadas anteriores. De facto, vários estudos confirmam que, embora a prevalência de tabagismo tenha diminuído de forma constante ao longo do tempo nos EUA, os riscos para a saúde dos fumadores atribuíveis ao tabaco não diminuíram (19) (20) (21).

Outro estudo epidemiológico recente analisou as tendências de tabagismo em 187 países desde 1980 a 2012 (22). Os pontos de conclusão do estudo foram: a) estimativa ponderada da prevalência padronizada de fumadores diários por idade, sexo, país e ano; b) estimativa do número de cigarros fumados por dia, por país e ano. Os autores observaram reduções significativas e globais na prevalência estimada de fumadores diários em ambos os sexos. No entanto, esta tendência descendente abrandou desde 2006. O consumo diário de cigarros por fumador variou consideravelmente entre os países e não se correlacionou com a prevalência nacional de tabagismo. Apesar da diminuição da prevalência de fumadores diários, o número de fumadores aumentou significativamente devido ao crescimento populacional (22). Além disso, enquanto o consumo de tabaco tem decrescido consistentemente, ainda que lentamente em muitos países de economias de alto rendimento, tem vindo a aumentar em muitos países de baixo e médio rendimento (3) (21) (22).

Em Portugal, segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2014 (23), a prevalência de consumidores de tabaco, na população residente com idade igual ou superior a 15 anos, foi de 20,0% (27,8% em homens e 13,2% em mulheres), sendo de 16,8% a prevalência de fumadores diários (23,5% no sexo

masculino e 10,9% no sexo feminino). Cerca de 91% da população com 15 ou mais anos de idade referiu que nunca ou só ocasionalmente está exposta ao FAT, sendo os espaços de lazer que predominam (38,3%) como principais locais de exposição.

Segundo as estimativas apresentadas pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation*, o consumo de tabaco e a exposição ao FAT foram responsáveis, em 2015, pela morte de 11.099 pessoas residentes em Portugal (cerca de 11% do total de óbitos verificados nesse ano), com maior incidência no sexo masculino (cerca de 17% no total de óbitos no sexo masculino e 4% no sexo feminino). Para o mesmo período, as estimativas apontam que fumar foi responsável pela perda de cerca de 8,2% do total de anos prematuramente perdidos, ajustados pela incapacidade (24).

Acresce que a indústria continua a desenvolver e a comercializar novos produtos de tabaco e/ou nicotínicos que promovem a dependência da nicotina. A experimentação e o uso destes produtos emergentes, tais como o tabaco de enrolar, cigarros slim, tabaco mentolado ou aromatizado com sabores e aditivos diversos, cachimbo de água (também conhecido como *hookah*, *shisha*, *narguilé* ou *hubbly bubbly*), bem como os dispositivos de administração de nicotina livre de tabaco (cigarro eletrónico), têm atraído muitos consumidores, especialmente os mais jovens, sendo frequente o consumo dual ou de múltiplos produtos (20) (21) (25). O *marketing* destes novos produtos é escassamente regulamentado e agressivamente veiculado através da *internet* e das redes sociais, transmitindo mensagens enganosas e criando falsas crenças e expectativas sobre a sua segurança e como potencial ferramenta de cessação tabágica, recrutando novos consumidores, protelando a cessação dos fumadores regulares e promovendo a aceitação social do tabagismo.

Consequentemente, o mercado dos produtos nicotínicos e de tabaco continua a crescer e a epidemia do tabagismo persiste globalmente (3) (20) (26) (21) (25).

O consumo de tabaco afeta todo o organismo. Como resultado, o tabagismo é uma das principais causas e/ou fator agravante de inúmeras doenças, incluindo cancro, doenças respiratórias, cardiovasculares e cerebrovasculares, diabetes, tuberculose, pneumonia e outras infeções respiratórias. Além disso, o tabaco prejudica a saúde reprodutiva e sexual e a saúde ocular e oral; compromete seriamente a função imunitária, causando doença inflamatória sistémica e autoimune. Deve ser também enfatizado que o tabaco tem um enorme impacto negativo sobre o desenvolvimento fetal e a saúde das crianças (27) (28).

Em resumo, a carga de doença e mortalidade associada ao tabaco permite classificar o tabagismo como a segunda maior causa de morte e o quarto fator de risco mais frequente em todo o mundo (26).

No entanto, fumar não é uma livre escolha de adultos ou um estilo de vida, mas uma dependência e uma doença crónica iniciada habitualmente na infância ou na adolescência. As crianças, adolescentes e os adultos jovens estão altamente expostos ao *marketing* da indústria do tabaco. Mais de dois terços dos fumadores que experimentam, começam a fumar regularmente e tornam-se dependentes durante a infância e adolescência (20) (29).

A nicotina é a substância aditiva primária dos produtos de tabaco. A dependência nicotínica é bastante reforçada pela adição de outros produtos químicos aos produtos de tabaco. A dependência tabágica resulta dum processo de fabrico altamente engenhoso e sofisticado, combinando investigação pioneira química e física. A fabricação moderna de tabaco

potencia a absorção de nicotina para atingir o cérebro mais rapidamente. Os filtros e poros de ventilação desenhados na maioria dos cigarros modernos, assim como o mentol e outros aditivos, mascaram a aspereza do fumo do tabaco e anestesiam as vias respiratórias superiores, incentivando os fumadores a inalar mais profundamente. A inalação profunda favorece a absorção sistémica e a dependência nicotínica, potenciando deste modo o risco de doença associada ao tabaco e dificultando a cessação tabágica (20) (21).

A maioria dos fumadores não procura tratamento ou apoio profissional para deixar de fumar, o que dificulta significativamente o sucesso das tentativas de cessação tabágica (20) (30). Mais de metade dos fumadores que não consegue parar de fumar morre prematuramente. Por outro lado, os fumadores que conseguem sobreviver mais tempo acabam por sofrer de uma ou mais doenças relacionadas com o tabagismo (31). Acresce que a exposição ao FAT causa ou está associada a muitas doenças provocadas pelo consumo ativo, sendo considerada um dos principais riscos para a saúde das crianças (21) (27) (32).

Todas as formas de utilização do tabaco prejudicam a saúde e qualquer tipo de exposição ao FAT tem consequências nefastas para o organismo, seja a curto ou a longo prazo. Não existe um consumo seguro de tabaco, nem um nível seguro de exposição ao FAT (31). As únicas estratégias comprovadas que eliminam os malefícios do tabagismo são a cessação tabágica e a proteção total da exposição ao FAT (20) (21) (27) (32).

Por último, é de realçar que o tabaco é particularmente nocivo para as populações mais vulneráveis e prejudica o bem-estar económico e social em geral. O consumo de tabaco e a exposição ao FAT são mais frequentes e a cessação tabágica é mais difícil

entre os pobres, os desempregados, os desfavorecidos socialmente e entre as famílias que têm dificuldades em fazer face às despesas; entre aqueles com doença mental e transtornos de uso de substâncias; e entre as minorias étnicas e sexuais. Além disso, o *marketing* da indústria do tabaco tem como alvo preferencial as crianças, os adolescentes e as mulheres; os grupos socioeconómicos mais baixos e com menor literacia e os socialmente desfavorecidos. Acresce que a doença e a incapacidade causadas pelo tabaco geralmente desencadeiam um ciclo vicioso de empobrecimento e exclusão social. Ao nível nacional, os países e as famílias sofrem perdas económicas dramáticas como resultado da compra de tabaco e dos custos de saúde associados, bem como da perda de produtividade devido à mortalidade prematura e às doenças relacionadas com o tabagismo. No contexto da atual recessão económica e crise social, considera-se que o controlo do tabagismo é essencial, não só para promover a saúde das populações e para prevenir a doença e incapacidade, mas também para melhorar o bem-estar social e promover o desenvolvimento sustentável dos países e regiões (20) (21) (29) (33).

4.2. Controlo da epidemia tabágica: a mudança da norma social

A carga de doença e morte atribuível ao tabagismo é avassaladora. No entanto, mudar o paradigma é possível: o tabaco é também a principal causa de morte evitável (5) (20). A globalização do tabagismo é causada pelas atividades da indústria do tabaco, em particular:

- *Marketing* agressivo e privilegiadamente dirigido a crianças, mulheres e jovens, resultando em maior probabilidade de experimentação dos produtos de tabaco;

- Desenvolvimento e comercialização de produtos de nicotina e tabaco altamente aditivos;
- Manipulação enganosa dos consumidores quanto aos riscos para a saúde e dependência dos produtos do tabaco (20) (21) (29).

A OMS afirma que a indústria do tabaco é o vetor da epidemia do tabaco (5). Assim sendo, a estratégia-chave para combater a epidemia passa por impedir as táticas da indústria do tabaco, através das seguintes medidas (5) (20):

- Promulgação e aplicação de legislação para regulamentar as atividades da indústria;
- Sensibilização da população sobre a dependência dos produtos nicotínicos e de tabaco e os malefícios associados ao seu consumo;
- Participação ativa da sociedade civil no controlo do tabaco.

A implementação de políticas abrangentes de controlo de tabagismo, como parte de um programa integral de saúde pública, sustentado ao longo do tempo e adequadamente financiado, reduz consistentemente o consumo de tabaco e a carga de doença e morte associadas. Com o fim de travar a epidemia, a OMS criou a Convenção-Quadro de Prevenção e Controlo de Tabaco (CQPCT), o primeiro tratado internacional de saúde pública, que reúne de uma forma abrangente e integrada as políticas intersectoriais de controlo do tabaco. Por outro lado, é fundamental envolver a sociedade civil no controlo do tabagismo, sensibilizando e informando a opinião pública sobre os riscos para a saúde associados ao consumo e à exposição ao FAT e criando um clima social favorável à implementação das medidas de prevenção e controlo de tabaco (5) (20).

As estratégias delineadas na CQPCT da OMS são baseadas na evidência científica e de saúde pública, seguindo as boas práticas de controlo do tabagismo implementadas por países pioneiros que já conseguiram diminuir significativamente a prevalência do consumo de tabaco e alterar a norma social (20) (21). Estas políticas incluem (5) (20) :

- A monitorização do consumo dos produtos de tabaco e das políticas de prevenção;
- A implementação efetiva de espaços públicos 100% livres de fumo de tabaco;
- A sensibilização da população sobre a dependência dos produtos nicotínicos e de tabaco; sobre os riscos para a saúde associados ao seu consumo e à exposição ao FAT, através de campanhas nos media e através da colocação de advertências de saúde, gráficas e de texto, nas embalagens dos produtos de tabaco;
- A sensibilização da população sobre os benefícios da cessação, promovendo a cessação tabágica, a divulgação, a oferta e o acesso universal a programas de tratamento dos fumadores;
- A aplicação abrangente e efetiva da proibição integral da publicidade, promoção e patrocínio da indústria do tabaco;
- O aumento consistente e sustentado dos impostos de todos os produtos do tabaco;
- A regulamentação efetiva e consistente dos produtos do tabaco;
- A regulamentação abrangente da cadeia de produção, distribuição e venda dos produtos de tabaco e o controlo efetivo do comércio ilícito dos produtos de tabaco, ao nível nacional, regional e internacional.

Além disso, as políticas de controlo de tabaco são apoiadas pela maioria da população,

envolvem poucos recursos financeiros e são facilmente exequíveis. Uma política concertada de tributação dos produtos de tabaco é fortemente dissuasora do consumo e contribui para a redução consistente do consumo. Por outro lado, gera receitas a curto prazo para os governos, que poderão ser revertidas para o financiamento de um programa nacional de controlo do tabagismo (3) (20).

As políticas abrangentes de controlo do consumo de tabaco diminuem a prevalência de tabagismo e a visibilidade pública do comportamento de fumar, conseguindo alterar as normas sociais ao longo do tempo, diminuindo a aceitação social do tabagismo e “desnormalizando” o comportamento de fumar (20) (21).

5. TABAGISMO E CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

5.1. Evolução da formação em ciências farmacêuticas

O paradigma da profissão farmacêutica mudou (34). A reorientação do foco profissional para o doente e para as suas necessidades de saúde constitui, além de uma disposição legal definida pelo Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos (Lei n.º 131/2015, de 4 de setembro) (35), uma exigência social (36) traduzida progressivamente pela prática de Cuidados Farmacêuticos (37). É neste contexto que se insere o papel do farmacêutico na prevenção e controlo do tabagismo.

5.2. O papel do farmacêutico no controlo do tabagismo

A OMS, no seu documento *The Role of Health Professionals in Tobacco Control*, encoraja todos os profissionais de saúde, incluindo os farmacêuticos, a participar ativamente no controlo do tabagismo (38). Também as *Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control* (39) apontam o farmacêutico como um dos profissionais de saúde que deve prestar um serviço especializado de tratamento da dependência tabágica. De facto, os farmacêuticos encontram-se numa posição privilegiada para promover e auxiliar a cessação tabágica podendo também, acelerar as estratégias de controlo do tabagismo (40).

O contributo dos profissionais de saúde e, em particular, dos farmacêuticos para um futuro “*smoke-free*” coloca-se a três níveis distintos: o individual, o organizacional e o institucional (41). De uma forma geral, a responsabilidade individual refere-se às atividades e medidas tomadas na prática do dia-a-dia do farmacêutico (intervenção mínima, breve ou

apoio intensivo, campanhas de sensibilização e educação para a saúde) para promover a cessação tabágica junto dos fumadores e prevenir a iniciação do consumo. O nível organizacional vai para além da dimensão individual do profissional. Refere-se às organizações profissionais de farmacêuticos, que movem esforços no sentido de melhorar as políticas de saúde relacionadas com a prevenção e o controlo do tabagismo (e.g., *International Pharmaceutical Federation*). É de salientar o papel da *Pharmacists for Smoke Free Canada*, uma organização de farmacêuticos que, através da *advocacy* e da disseminação de informação e ferramentas profissionais, promove a melhoria da prática profissional no controlo da dependência tabágica. Por último, a responsabilidade institucional (e.g., farmácia comunitária nos cuidados de saúde primários, e o hospital nos cuidados de saúde secundários) centra-se na disponibilização das condições para que o farmacêutico possa exercer o seu papel no controlo do tabagismo.

Considerando que, em Portugal no ano de 2013, o consumo de tabaco foi responsável pela morte de 12 000 pessoas, que corresponde a cerca de 17,9% do total dos óbitos no sexo masculino e a 4,0% do total de óbitos no sexo feminino (42) e que, de acordo com as fases de epidemia tabágica (43), Portugal virá a ter um expectável aumento da morbi-mortalidade associada ao consumo de tabaco nos próximos anos, torna-se essencial que se tomem medidas mais eficazes de controlo e prevenção do tabagismo, a bem da Saúde Pública.

Da perspetiva individual do farmacêutico é necessário um maior envolvimento e sensibilização para a prevenção e o tratamento do tabagismo na sua prática profissional do dia-a-dia. Aliás, constitui

princípio geral da conduta profissional do farmacêutico a salvaguarda da Saúde Pública, bem como as ações de educação dirigidas à comunidade no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença (Lei n.º 131/2015, de 4 de dezembro) (35). Incluem-se, nestas ações, as intervenções na área do tabagismo, as quais ganham expressão significativa sobretudo na Farmácia Comunitária e Hospitalar, pelas características que estas instituições detêm.

Farmácia comunitária

Na Farmácia Comunitária são de salientar:

- A proximidade e acessibilidade do farmacêutico à população;
- A potencialidade para alcançar/sensibilizar um maior número de utentes, não só os doentes crónicos (que também frequentam Unidades de Saúde e Hospitais), mas também os utentes mais jovens e “mais saudáveis” que, com maior probabilidade, acedem à farmácia, seja por transtornos *minor*, seja pela aquisição de produtos de saúde ou aconselhamento;
- A facilidade de manter o reforço regular, quer da promoção da cessação tabágica quer da manutenção da abstinência, um marcador do sucesso da cessação tabágica tão importante como a própria taxa de abstinência (44).
- De facto, Ravara *et al* (45) verificaram que o farmacêutico e a Farmácia Comunitária assumiam o segundo lugar do *ranking* enquanto profissional habilitado para ajudar a deixar de fumar e instituição prestadora desse serviço, só ultrapassados pelo Médico e Centro de Saúde, respetivamente.

Farmácia hospitalar

No Hospital, sublinha-se o acesso do farmacêutico ao doente internado o qual, pela sua condição necessariamente mais debilitada (sobretudo nas situações clínicas em que o tabagismo constitui fator de risco), poderá estar mais recetivo à sensibilização/intervenção do profissional de saúde e evoluir no seu processo de mudança comportamental até à tomada de decisão. Ainda que o internamento seja limitado no tempo, o farmacêutico hospitalar pode prosseguir o seu trabalho de promoção da cessação tabágica no âmbito da cedência de medicamentos em ambulatório, se aplicável, ou mesmo em estreita comunicação e colaboração com o colega da Farmácia Comunitária, que passará a acompanhar o doente após a alta hospitalar.

São vários os estudos na literatura que demonstram a efetividade da intervenção farmacêutica na cessação tabágica, tanto ao nível da Farmácia Comunitária como hospitalar (46) (47) (48) (49).

5.3. Oferta curricular no âmbito da prevenção e do controlo do tabagismo na formação pré-graduada em ciências farmacêuticas

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas forma farmacêuticos capacitados para desempenhar funções nas mais variadas áreas ligadas ao medicamento, às análises clínicas e à prestação de cuidados de saúde, entre outras. Contudo, cerca de 70% dos farmacêuticos integram a Farmácia Comunitária e o Hospital, posicionando-se como profissionais de contacto direto com a comunidade (50), com intervenção facilitada na prevenção e controlo do tabagismo.

É, portanto, essencial dotar os farmacêuticos dos conhecimentos necessários à atuação nesta temática, como, aliás, já se encontra documentado na literatura (51). Campanhas

de sensibilização, intervenção breve e apoio intensivo em consulta farmacêutica de cessação tabágica são algumas das intervenções através das quais se preconiza o papel do farmacêutico na prevenção e no tratamento do tabagismo.

No entanto, existe a perceção de que, em geral, os farmacêuticos não se sentem suficientemente confiantes para intervir no tratamento da dependência tabágica, provavelmente, devido à abordagem insuficiente desta temática durante a sua formação pré-graduada. Um estudo exploratório descritivo efetuado com estudantes de Ciências Farmacêuticas da Região do Grande Porto, e que pretendeu avaliar as competências destes estudantes no aconselhamento farmacêutico para cessação tabágica, concluiu que, apesar de reconhecerem as consequências do consumo de tabaco, os estudantes não se mostravam confiantes para intervir, considerando 90% dos inquiridos necessitar de formação adicional (52).

Assim, é crucial integrar o ensino sobre prevenção, controlo e tratamento do tabagismo na formação pré-graduada dos estudantes de Ciências Farmacêuticas. São vários os estudos internacionais que apontam para a necessidade de integrar estes conteúdos no plano curricular das Ciências Farmacêuticas, como forma de aumentar a competência dos farmacêuticos e o sucesso da sua intervenção (53) (54) (55). A nível nacional não se conhecem estudos semelhantes.

Neste contexto, tal como referido no PNPCT (12), reveste-se de especial importância a caracterização dos planos curriculares dos mestrados em Ciências Farmacêuticas, por forma a identificar as oportunidades de melhoria conducentes ao aumento das competências dos farmacêuticos na prevenção e tratamento da dependência tabágica.

6. TABAGISMO E ENFERMAGEM

6.1. Evolução da formação em enfermagem e os desafios emergentes em saúde

Olhar para o estado da arte sobre a formação pré-graduada em enfermagem e a forma como, na mesma, é integrada a temática da prevenção, tratamento e controlo do tabagismo, exige uma síntese da evolução da formação em enfermagem em confronto com o desenvolvimento da profissão e congruente com o desenvolvimento científico na área, assim como com as propostas/recomendações da OMS, do *Center for Disease Control* (CDC), da DGS entre outros organismos, a que se pode designar por três eixos estratégicos: formação, profissão, organismos oficiais ligados à saúde.

Os desafios constantes colocados à enfermagem enquanto profissão fizeram emergir regulamentação adequada à mesma, da qual se salienta o Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro) (56) e posteriormente em 1998, a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE) (Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril) (57). De acordo com os seus desígnios, a OE criou em 2003 os padrões de competência dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, nos quais estão explícitas as competências exigidas para o desempenho profissional do enfermeiro (58). Os planos curriculares dos cursos de licenciatura em enfermagem das diferentes instituições de ensino superior devem estar “alinhados” com estas mesmas competências.

Acresce referir que, nas últimas décadas, acompanhando o desenvolvimento tecnológico científico e profissional se tem assistido a uma evolução no âmbito da formação pré-graduada em enfermagem. A integração da formação em enfermagem no Sistema de Ensino Superior Politécnico,

regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de setembro (59) e pela Portaria n.º 799-D/99, de 18 de setembro (60), veio trazer novos desafios, no sentido de acompanhar os processos de ensino e aprendizagem ajustados à formação em ensino superior.

Num passado recente, com a Lei n.º 49/2005, de 30 de agosto (61), a adequação a Bolonha dos programas de formação de nível superior criou dinâmicas formativas e curriculares mais direcionadas para o desenvolvimento de competências promovendo, deste modo, uma maior abertura dos *curricula* e permitindo uma adequação dos mesmos ao desenvolvimento de competências esperadas e exigidas pela OE, para o exercício profissional nas diferentes áreas.

No âmbito dos organismos oficiais ligado à saúde, nomeadamente a OMS (5), o *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion* (62) e a DGS (63), observa-se, há muito, uma preocupação constante com os efeitos do tabaco, na saúde da população, fumadora ativa e passiva e os consequentes custos para a sociedade em termos de perdas precoces de vidas. Sabe-se hoje, de acordo com dados da OMS que “*fumar é a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura nos países desenvolvidos, contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial*” (63 p. 7).

Comentados os três eixos estratégicos à problemática da prevenção, tratamento e controlo do tabagismo será feita, na secção seguinte, uma análise do que se preconiza em termos de formação pré-graduada em enfermagem, neste âmbito, e do que é o contexto atual da mesma.

6.2. Os *currícula* da formação pré-graduada em enfermagem e a prevenção do tabagismo

Em contextos mais teóricos, o que se sabe é que a matriz dos vários fundamentos aponta no sentido de que a problemática da prevenção e do controlo do tabagismo deve ser abordada, desde cedo, a nível dos ensinamentos básico e secundário, no âmbito da educação para a cidadania, nos *currícula* da formação profissional, assim como nos da formação pré e pós-graduada de professores e de profissionais de saúde, nomeadamente médicos, enfermeiros e farmacêuticos, enquanto agentes privilegiados de contato com a população ao longo do ciclo vital, intervindo a nível da educação e promoção da saúde (51). Nesta perspetiva, a escola deveria constituir-se como agente facilitador de adoção de comportamentos saudáveis, consubstanciados por um conhecimento atualizado dos efeitos nocivos do uso de tabaco, para cada um individualmente, mas também para a comunidade de uma forma geral. Isto pressupõe muito mais do que uma abordagem teórica de conhecimentos; presume, antes, uma estratégia interativa, com recurso a atividades significativas para cada sujeito e, deste modo, promotora do desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo sobre a temática do tabagismo.

A este propósito Brito e Mendes referem que *“as instituições do ensino superior podem desenvolver várias atividades para promover e proteger a saúde da sua comunidade educativa, criando formas salutaras de trabalhar, estudar e viver, proteger o ambiente e a sua sustentabilidade e ainda fomentar a promoção da saúde no ensino, na investigação e na comunidade abrangente”* (64 p. 34). Esta visão acrescenta a importância da investigação no processo educativo que, sobre o tabagismo, pode ser impulsionadora de mudanças de comportamentos, na medida em que os

estudantes podem apreender o sentido dos resultados, de forma mais integrada, pois participam no processo que leva ao encontro dos mesmos.

Ainda sobre a importância que pode ter a escola, Martins (65) afirma que os contextos promotores de saúde são hoje o modelo mais aconselhado para promover a saúde dos cidadãos, sendo a escola um contexto formal singular em que a educação para a saúde dos estudantes pode ser potenciada.

Partindo deste pressuposto, o PNPCT no ponto referente às estratégias de Intervenção 2012-2016 apresenta na sua alínea e) *“reforçar e apoiar a educação para a saúde na escola, em matéria de prevenção e controlo do tabagismo, em articulação com o Programa Nacional de Saúde Escolar e o Ministério de Educação e Ciência”* (12 p. 55). Ainda neste programa, é referido que em contexto da formação profissional é indispensável assegurar que os profissionais de saúde, os educadores e os professores sejam detentores de conhecimentos e competências necessários, de modo a melhorar a qualidade da sua intervenção (12). Acrescenta, também, a necessidade de colocar a tónica na formação pré e pós-graduada destes profissionais enquanto agentes de mudança. Para tal importa conhecer a oferta formativa, bem como as necessidades de formação dos profissionais de saúde, nesta matéria (12).

O PNPCT aponta um dos objetivos operacionais: *“melhorar a formação pré-graduada dos profissionais de saúde na área da prevenção e tratamento do tabagismo, de acordo com as necessidades identificadas, até final de 2016”* (12 p. 59). Dentro das estratégias de intervenção propostas salienta-se *“caracterizar a oferta curricular a nível das escolas médicas, de enfermagem, e de outras áreas da saúde, na área da prevenção e tratamento do tabagismo e identificar as*

necessidades de formação pré-graduada neste domínio" (12 p. 59).

Este programa é consubstanciado pelo conhecimento científico emergente e, simultaneamente, pela legislação existente no nosso país (Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, alterada pela Lei n.º 109/2015, de 26 de agosto) (8), relativamente à importância da introdução da temática do tratamento do uso e da dependência do tabaco no âmbito dos cursos de formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde (médicos, dos médicos dentistas, dos farmacêuticos e dos enfermeiros), enquanto agentes privilegiados de educação e promoção da saúde. Face ao enquadramento da problemática será de esperar que no contexto formativo na enfermagem seja visível, na maioria dos *curricula*, a abordagem desta temática no sentido de melhorar o nível de competências dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde sobre os efeitos do tabagismo no organismo humano e da alteração de comportamentos de risco relativamente ao consumo de tabaco.

Partindo da anterior contextualização, elaborada com base em dados epidemiológicos sobre os efeitos do tabaco, é fácil reconhecer a necessidade urgente de capacitar os enfermeiros para atuarem como agentes promotores de mudanças de comportamentos e como apoio na manutenção dessas mudanças.

Em Portugal, contudo, os estudos realizados sobre esta temática são quase inexistentes, excetuando-se os trabalhos realizados por Bonito (66) e Saraiva *et al* (67) sobre o consumo de tabaco por estudantes de enfermagem e sobre a abordagem em contexto formativo da temática do tabagismo. Dos resultados encontrados, destaca-se que 73,1% dos alunos refere não ter recebido formação académica sobre os perigos e malefícios de fumar; cerca de 80,8% afirma não ter recebido formação na área da educação para a saúde relativamente a estratégias de abordagem dos utentes para deixarem de fumar, embora 56,0% reconheça a sua importância. Para além deste estudo, e após uma breve pesquisa por alguns planos *curriculares*, não ficam evidentes as componentes de formação declaradas para o desenvolvimento de competências de enfermeiros, na área do tabagismo, pelas diferentes instituições de ensino superior. É, por isso, urgente a reestruturação dos *curricula* por forma a incorporarem, de modo objetivo e estruturado, uma componente letiva teórico-prática centrada na prevenção, tratamento e controlo do tabagismo. Neste contexto entende-se ser oportuna a realização de estudos nesta área que, tendo por base resultados centrados na evidência científica, possam sustentar e fundamentar a necessidade de mudanças.

7. TABAGISMO E MEDICINA

7.1. O papel dos médicos no controlo do tabaco

A perceção da população em relação aos malefícios do tabaco e as normas sociais vão mudando lentamente como resposta às políticas de controlo de tabaco, sendo necessária uma ação sustentada de saúde pública (20) (21). Os profissionais de saúde, decisores políticos e Governos, as Organizações Não-Governamentais (ONG), os media e a sociedade, em geral, devem trabalhar numa parceria concertada para promover as boas práticas de controlo do tabagismo e a diminuição da aceitação social desta prática. Entre os vários atores sociais, os profissionais de saúde têm um papel crucial a desempenhar. Todos os profissionais de saúde, e especialmente os médicos, devem ser exemplos e líderes de saúde pública, comportando-se como “modelos”, sendo “não fumadores”; educando a população sobre os riscos do consumo e da exposição ao FAT e os benefícios da cessação tabágica; identificando sistematicamente os fumadores na prática clínica, aconselhando-os a parar de fumar, promovendo e apoiando a cessação; e, por último, intervindo no processo de negociação e implementação das políticas de controlo do tabaco (12) (20) (38) (68). Em 2012, foi aprovado, como se referiu, o PNPCT, que é certamente uma oportunidade para fazer avançar o controlo do tabagismo em Portugal. O PNPCT considera uma das metas prioritárias a redução da prevalência de consumo de tabaco entre os profissionais de saúde assim como o seu envolvimento em atividades de prevenção e controlo do tabagismo. Neste contexto, o PNPCT destaca a formação específica em tabagismo dos profissionais de saúde como um motor transversal aos três eixos estratégicos do plano: prevenção da iniciação tabágica;

promoção da cessação tabágica; proteção da exposição ao FAT (12).

7.2. Comportamento tabágico e atitudes de tabagismo dos médicos portugueses e estudantes de medicina

Em todo o mundo, a prevalência de tabagismo entre os profissionais de saúde e, particularmente, entre os médicos, tem vindo a diminuir, embora haja diferenças marcadas entre os vários países (69). Diversos autores realçam a estreita relação entre o comportamento tabágico dos médicos e o seu envolvimento nas atividades de controlo de tabaco com o estágio da epidemia tabágica, o progresso da implementação das políticas e a mudança da norma social em relação ao tabaco (20) (70) (71). De facto, nos países desenvolvidos que se encontram numa fase mais avançada da epidemia e do controlo do tabaco, como a Austrália, Estados Unidos da América e Reino Unido, os médicos têm uma prevalência de tabagismo residual, em redor de 2% (69) (71). Acresce que, nestes países, os médicos, individualmente e através das suas organizações profissionais, lideram o progresso do controlo de tabaco, influenciando a opinião pública e a negociação das políticas de saúde pública, conseguindo a desnormalização do comportamento de fumar e da indústria do tabaco (20) (71).

Segundo os dados disponíveis de 2007, a Europa era a região do mundo onde globalmente mais se fumava e a prevalência de tabagismo entre os médicos era elevada, particularmente em alguns países da Europa Central, Leste e Sul (69). Em Portugal, Fraga, Sousa, Santos, Mello, Lunet, Padrão *et al* (72) destacam a elevada prevalência de tabagismo entre as profissões que deveriam ser exemplo e modelo, tais como os médicos e

enfermeiros e os professores, enfatizando a necessidade de monitorizar e reduzir o uso do tabaco entre os profissionais de saúde, seguindo as orientações da OMS (38) (73). Os estudos sobre o comportamento tabágico dos médicos portugueses são escassos, tendo sido aplicadas metodologias diferentes em diferentes contextos. Embora alguns estudos tenham conseguido boas taxas de resposta, a maioria utilizou amostras locais de conveniência e relatou consistentemente baixas taxas de resposta, geralmente menos de 35%. Estudos das décadas de 1970 a 1990 relatam elevadas taxas de prevalência, mais altas do que a população em geral (20). No entanto, diversos autores apontam que o consumo de tabaco entre os médicos portugueses diminuiu gradualmente nos últimos 30 anos de 67,0% (74) a 44,0% (74); 35,0% (41,0% nos homens e 30,0% nas mulheres), em 1994 (75), para 22,0%, (26,0% de homens e 19,0% de mulheres) em 2000 (76). Um estudo mais recente, baseado numa amostra aleatória de médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF), obtida por questionário postal com taxa útil de resposta de 22,4%, revelou prevalências de 23,1% nos médicos do sexo masculino e 14% nas médicas (68). Em contraste, Ravara, Castelo-Branco, Aguiar e Calheiros (77), num estudo baseado numa amostragem intencional obtida pela aplicação de questionários de autopreenchimento em dois congressos médicos com taxa de participação de 64%, apuraram prevalências mais altas, sobretudo nos médicos do sexo masculino (29,1%), sendo mais baixa a prevalência nas médicas (16,0%).

Apesar da inegável tendência decrescente, não é claro que os médicos portugueses fumem menos do que a população geral, ou se tal tendência se mantém ao longo da última década. Para responder a esta lacuna, Ravara, Castelo-Branco, Aguiar e Calheiros (77) compararam as tendências do

comportamento tabágico dos médicos com uma amostra aleatória da população geral, emparelhada por sexo, educação e idade. Os autores concluem que o comportamento tabágico dos médicos não difere significativamente daquele da população geral. Os médicos portugueses não se comportam como “modelos”, quer por fumarem menos, quer por estarem mais motivados para cessar de fumar, quer por apresentarem taxas de cessação mais elevadas ou cessarem de fumar mais cedo do que a população geral. Acresce que cerca de 50,0% dos médicos que relatou já ter fumado consolidou o consumo regular de tabaco durante o curso de medicina, enquanto a maioria dos médicos, incluindo estudantes de medicina, relatou ser limitado o apoio à cessação nos seus locais de trabalho ou universidades.

Em Portugal, os escassos estudos que avaliaram a prevalência de tabagismo dos estudantes de medicina descrevem prevalências variáveis: 16,3% (78); 23,4% no sexo masculino e 14,9% no sexo feminino (79); 24,2% no sexo masculino e 18,8% no sexo feminino (80); 13,9% (81); 36,5% no sexo masculino e 16,2% no sexo feminino (82). Se por um lado esta variação pode ser explicada por diferenças na metodologia aplicada e na taxa de resposta obtida, o padrão da variável sexo é consistente em todos os estudos, mostrando prevalências significativamente mais elevadas no sexo masculino, tendência também observada nos estudos dos médicos. Notavelmente, diversos estudos compararam o consumo dos alunos dos primeiros e últimos anos, não tendo sido observadas diferenças significativas (80) (81) (82). Tais tendências sugerem que a frequência do Mestrado Integrado em Medicina não promove a cessação tabágica dos estudantes nem a prevenção deste comportamento entre os jovens médicos (82). Por último, destaca-se que, em geral, os estudantes de medicina e os

médicos concordam maioritariamente com as políticas de controlo de tabaco, embora a concordância com as políticas *smoke-free* mais abrangentes, as quais estão estudadas como preditores major da norma social em relação ao tabaco, seja significativamente menor (83) (80) (79) (84).

Enquanto o comportamento tabágico se associou significativamente com as atitudes de controlo de tabaco, a formação específica em tabagismo não influenciou consistentemente estas atitudes, sugerindo que os médicos e os estudantes não receberam formação adequada em políticas de controlo de tabaco (20) (83). Recentemente, um estudo observacional descreveu o comportamento de fumar nos espaços exteriores contíguos a um hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS), concluindo que fumar no recinto hospitalar exterior é um comportamento frequente e visível, expondo o comportamento tabágico dos profissionais de saúde e sendo percecionado pelos utentes. Nas principais entradas a afluência de fumadores nos espaços exteriores era constante, com potencial para contaminar o interior do edifício e prejudicar a desnormalização do comportamento de fumar. Este estudo salienta a necessidade de legislação mais abrangente estendendo a proteção ao FAT aos espaços exteriores dos serviços de saúde, seguida de fiscalização e monitorização ao longo do tempo, além da educação para a saúde e apoio efetivo da cessação tabágica dos funcionários do SNS (85).

7.3. Formação específica e participação em atividades de controlo do tabagismo

Em Portugal, até ao momento, apenas um estudo avaliou as atitudes e práticas clínicas de cessação num contexto organizacional, em particular num hospital do SNS (45). A maioria dos profissionais de saúde deste hospital

reportou atitudes positivas em relação com as práticas clínicas de cessação. No entanto, a maioria dos profissionais de saúde não atuava regularmente na intervenção breve de cessação tabágica e não considerava necessária a formação específica em tabagismo, apesar de não ter formação consistente. Os autores alertam para a necessidade de uma intervenção sistémica, a fim de promover a mudança comportamental ao nível organizacional (45). Outros estudos recentes destacam a lacuna de formação específica em tabagismo dos médicos portugueses e dos estudantes de medicina, limitando a sua participação em atividades de prevenção ou tratamento do tabagismo, apesar de reportarem atitudes positivas e interesse na formação específica que consideram ser atualmente insuficiente para obterem capacitação adequada para intervir (68) (83) (81) (80) (79). Em geral, os médicos mais jovens ou de MGF estão mais conscientes da necessidade de formação específica em tabagismo do que os seus colegas mais velhos e do que os médicos hospitalares. A formação sólida em tabagismo foi o preditor mais consistente da participação em atividades de prevenção e tratamento de tabagismo (68) (83). No entanto, ressalva-se que a formação específica em tabagismo não influenciou consistentemente a concordância com as políticas abrangentes de controlo de tabaco, nem as crenças relativas ao tabaco (83). Para além destes aspetos, o escasso envolvimento dos médicos portugueses no controlo de tabaco está associado a uma mudança limitada da norma social em relação ao tabaco (20).

7.4. Oferta curricular no âmbito da prevenção e controlo do tabagismo na formação pré-graduada médica.

O controlo do tabaco é considerado uma prioridade de saúde pública à escala mundial e o *gold-standard* das medidas preventivas,

em termos de relação custo-benefício (86). Acresce que a cessação tabágica é a medida preventiva mais eficaz a curto prazo, na redução da morbilidade e da mortalidade associadas ao tabaco (30). Os médicos são os profissionais de saúde com maior responsabilidade e impacto na abordagem do tabagismo (30). A intervenção breve em cessação tabágica é uma competência clínica crucial que todos os médicos, independentemente da sua especialidade, devem dominar. Como tal, esta aprendizagem deverá ser incorporada em todas as escolas e faculdades de Medicina. Deverão ser contemplados tanto as intervenções comportamentais, como o tratamento farmacológico. O modelo de aprendizagem clínica deverá respeitar a integração de conhecimentos, atitudes, habilidades e competências (Lucas, Walker & Bullen, 2016). Um grupo de consenso de especialistas em educação médica em tabagismo do *National Cancer Institute*, dos EUA (87) fez as seguintes recomendações, as quais se mantêm atuais:

- Deverá ser feita a avaliação sistemática dos conteúdos do *curriculum* de tabagismo em todas as faculdades de medicina, através da realização de inquéritos validados;
- Deverá ser feita a integração sistemática de intervenções eficazes de prevenção de tabagismo e cessação tabágica no *curriculum* de todas as faculdades de medicina;
- Deverá ser feita a respetiva avaliação do *curriculum* de tabagismo.

Tendo em vista caracterizar a oferta curricular em prevenção e controlo do tabagismo no ensino pré-graduado, foram efetuados vários inquéritos a nível nacional e mundial, com o objetivo de avaliar os conteúdos do *curriculum* das faculdades de medicina/ciências da saúde e as necessidades de formação (88) (89).

Em termos globais, e apesar das diferenças metodológicas e da data de execução entre os vários estudos realizados, as conclusões são similares e podem resumir-se nos seguintes pontos:

1. A educação médica em tabagismo é ainda insuficiente nas faculdades de medicina de todo o mundo, lançando um desafio aos docentes para colmatar esta lacuna. No entanto, houve uma evolução positiva na última década;
2. O contraste entre esta lacuna de investimento na educação médica em tabagismo e os custos socioeconómicos e a co-morbilidade e mortalidade provocados pela epidemia tabágica não é aceitável (90);
3. Atitudes, comportamentos e habilidades clínicas de abordagem do tabagismo são influenciados pela prevalência de tabagismo nos médicos, estudantes de medicina e docentes (20) (68) (88) (91). A formação pré-graduada é a altura ideal para treinar a aprendizagem das técnicas de cessação tabágica, além de ter o potencial para prevenir o comportamento tabágico dos futuros médicos (20) (91);
4. É essencial que os estudantes de medicina, futuros médicos, aprendam conhecimentos, habilidades e atitudes que os preparem para avaliar o estágio de mudança comportamental relativamente ao tabagismo em todos os doentes, valorizar os efeitos do uso do tabaco na saúde, motivar os doentes para deixar de fumar, oferecer tratamento adequado, e ajudar os ex-fumadores a manterem-se sem fumar (87) (88) (90) (91) (92);
5. Existe justificação plena para o desenvolvimento de um programa específico de formação em tabagismo nas faculdades de medicina, que deverá ser estruturado e integrado ao longo dos

anos básicos e clínicos, utilizando estratégias interativas de aprendizagem dinâmica de conhecimentos, atitudes e habilidades (91);

6. Neste contexto, as escolas e faculdades de medicina deverão desenvolver investigação para identificar as barreiras e as dificuldades na introdução sistemática de um *curriculum* integrado de tabagismo e implementar, desenvolver e testar estratégias eficazes de aprendizagem de competências de cessação tabágica, controlo e prevenção de tabagismo (87) (88) (90) (91).

Por outro lado, o código de conduta de controlo de tabagismo para as organizações de profissionais de saúde afirma que *"a fim de colaborar ativamente na redução do consumo de tabaco e de incluir o controlo de tabagismo na agenda da saúde pública a nível nacional, regional e global, é conveniente que as organizações da saúde atuem em conformidade"* (73). Apesar destas recomendações, a Ordem dos Médicos Portuguesa não tem desenvolvido uma política consistente de controlo de tabagismo (83).

Um conhecimento e envolvimento escasso dos médicos e dos profissionais de saúde no controlo de tabagismo limita fortemente a capacitação da sociedade civil no sentido da diminuição da aceitação social do tabaco e de uma sociedade livre de tabaco (20). Um programa nacional de controlo do tabagismo dirigido aos profissionais de saúde e médicos deverá alicerçar-se no envolvimento dos serviços de saúde e na formação pré e pós-graduada em tabagismo (12) (20).

Os serviços de saúde devem, por isso, promover e desenvolver uma política abrangente de controlo do tabagismo, a fim de:

- Promover e reforçar as políticas de proteção à exposição ao FAT, inclusive nas imediações dos edifícios, isto é, *smoke-free campus*;
- Implementar um sistema de aconselhamento e apoio à cessação tabágica;
- Envolver e formar os profissionais de saúde em cessação tabágica;
- Formar e capacitar os profissionais de saúde em *advocacy*;
- Fortalecer a participação e a parceria com as ONG e a sociedade civil;
- Sensibilizar o público sobre a dependência tabágica, os riscos do tabagismo e da exposição ao FAT, e os benefícios da cessação tabágica;
- Promover e apoiar adequadamente a cessação tabágica

Finalmente, é necessário construir uma rede sólida de investigadores e construir parcerias entre a academia, a comunidade de saúde pública, os médicos, os gestores de saúde, as ONG e associações de doentes e profissionais de saúde, os Governos, os *media*, líderes de opinião, decisores políticos e a sociedade civil em geral (20).

Em Portugal, não foi ainda efetuado nenhum estudo multicêntrico que avaliasse a prevalência e atitudes de tabagismo nos estudantes de ciências da saúde do ensino pré-graduado, assim como os conteúdos curriculares em prevenção e controlo do tabaco. Deste modo, o presente estudo poderá colmatar esta lacuna de investigação e assim estabelecer recomendações para a formação pré-graduada em tabagismo dos profissionais de saúde, de acordo com as necessidades avaliadas.

8. TABAGISMO E MEDICINA DENTÁRIA

8.1. O papel dos médicos dentistas no controlo do tabagismo

Várias têm sido as medidas de prevenção do tabagismo levadas a cabo por profissionais de saúde, decisores políticos, Governos e ONG. Apesar de atualmente a população estar mais informada sobre os malefícios do consumo de tabaco, muito há ainda a fazer no âmbito da Saúde Pública. Os profissionais de saúde, nos quais se incluem os médicos dentistas, devem ser “modelos” e atores no âmbito destas políticas. Devem realçar o seu exemplo de abstinência tabágica, a participação nas estratégias adotadas na educação da população sobre os riscos do consumo e da exposição FAT e os benefícios da cessação tabágica. Os fumadores devem ser identificados na prática clínica, aconselhando-os a parar de fumar e orientando-os para especialistas e programas de cessação tabágica (sempre que a sua ação não seja eficaz). É importante realçar, ainda, a necessidade de participarem, ativamente, na implementação das políticas de prevenção do tabagismo (5) (12) (20) (38) (68).

8.2. Comportamento tabágico e atitudes de tabagismo dos médicos dentistas e estudantes de medicina dentária

Muitos têm sido os estudos realizados sobre a prevenção do consumo de tabaco e o aconselhamento de cessação realizados pelos profissionais de saúde, em diferentes países (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100) (101).

A OMS, o CDC e o *Canadian Public Health Association* (CPHA) desenvolveram estudos em todos os países recorrendo a inquéritos sujeitos a uma metodologia consistente. Recolheram dados sobre o uso do tabaco e aconselhamento para a cessação entre

estudantes de saúde em todos os Estados-Membros da OMS. No primeiro trimestre de 2005 realizaram 16 inquéritos em 10 países, entre estudantes do terceiro ano em quatro áreas da saúde (Medicina Dentária, Medicina, Enfermagem e Farmácia). Os resultados indicavam que o tabagismo entre esses estudantes era superior a 20%, em sete dos dez países estudados. No entanto, 87%-99% dos inquiridos acreditavam que deviam ter um papel no aconselhamento dos doentes para parar de fumar; apenas 5%-37% desses estudantes do terceiro ano tinham realmente recebido treino formal sobre como conduzir tal aconselhamento (94). Os resultados deste estudo resumem o que se conhece e o que foi referido por outros estudos (93) (96) (101) (102) (103) (104) (105) (106). Nada semelhante foi encontrado na literatura sobre Portugal.

8.3. Formação pré-graduada e específica e participação em atividades de controlo do tabagismo

O consumo de tabaco representa um risco sério de desenvolvimento de doença periodontal e de cancro oral (101) (107) (108). Alguns estudos atribuem ao tabaco 80% dos cancros orais (99) (101) (109). Médicos e médicos dentistas serão testemunhas, no futuro, da relação entre o tabaco e o aparecimento de doenças nos seus pacientes e por esta razão deverão ter como objetivo primordial realizar e intervir em programas de prevenção do tabagismo (93). Estas ações devem ser introduzidas no seio da formação pré e pós-graduada de médicos dentistas. Uma das estratégias para reduzir o número de óbitos relacionados com o tabagismo deverá passar por incentivar o envolvimento destes profissionais de saúde na prevenção do consumo de tabaco e no aconselhamento para a cessação (94).

8.4. Reforma curricular no âmbito da prevenção e do controlo do tabagismo na formação pré-graduada médica

Várias estratégias foram adotadas com o objetivo de realizar a prevenção junto das pessoas fumadoras e o aconselhamento para a cessação. Por exemplo, a *Japanese Dental Association* adotou um código de prática para o controlo do tabaco que exorta as organizações regionais a influenciar os centros educacionais de saúde para incluir o controlo do tabagismo nos seus *curricula* através de educação contínua e de outros programas de treino (95).

A nível nacional, as estratégias de prevenção do tabagismo devem ser lideradas pelos profissionais de saúde nos quais se incluem os médicos dentistas, daí a importância primordial que deve ser dada à formação pré

e pós-graduada destes profissionais (12) (20). As diretrizes devem ser implementadas ativamente nos serviços públicos e privados de saúde (onde opera a maior parte dos médicos dentistas portugueses), envolvendo medidas de proteção à exposição ao FAT, programas de aconselhamento e apoio à cessação tabágica e sensibilização do público em geral (não apenas os pacientes utilizadores dos serviços de saúde) sobre a dependência tabágica, os riscos do tabagismo e da exposição ao FAT e os benefícios da cessação tabágica.

As instituições de ensino superior na área da saúde, as organizações públicas de saúde e os profissionais de saúde devem trabalhar em equipa para projetar e implementar a aprendizagem e o treino em aconselhamento para a cessação tabágica, entre os estudantes e os profissionais de saúde (94).

9. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO

9.1. Desenho do estudo

Tendo em consideração os objetivos e as variáveis definidas pela DGS no Caderno de Encargos (16), optou-se por um quadro metodológico que permitisse descrever significados que são considerados inerentes ao próprio objeto e aos atos, numa abordagem focalizada, pontual e estruturada, em que são utilizadas técnicas de análise dedutivas, orientadas pelos resultados que podem ser generalizáveis em função das características da amostra. O desenho da pesquisa é, por isso, de natureza mista, observacional, transversal e analítico (110) (111). Procurou-se determinar conceitos e as suas relações e examinar, de modo sistemático, a relação existente entre duas ou mais variáveis, de modo a fornecer algumas explicações.

9.2. População

A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente, que corresponde ao universo dos alunos dos cursos pré-graduados em enfermagem, farmácia, medicina e medicina dentária.

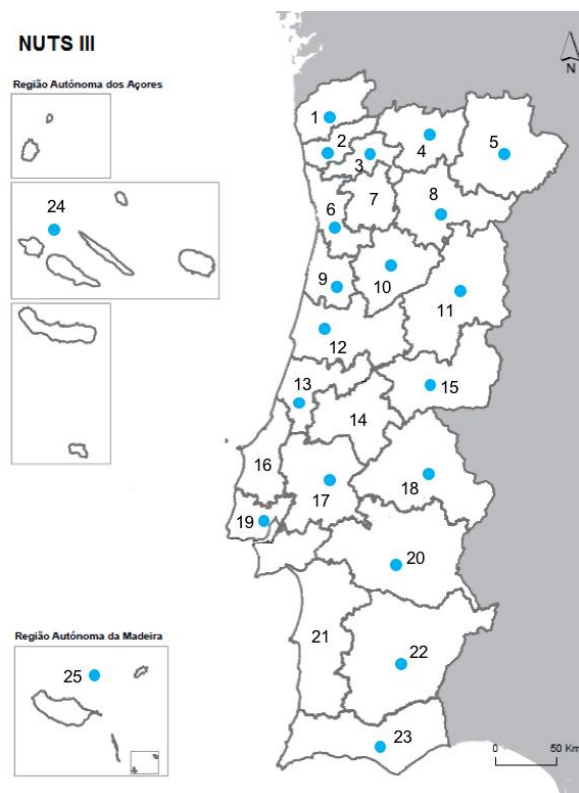
O Caderno de Encargos inclui, na população do estudo, o “curso de farmácia” (16 p. 6). A Licenciatura em Farmácia forma técnicos de farmácia, enquanto técnicos de diagnóstico e de terapêutica, que desenvolvem atividades

paramédicas “no circuito do medicamento, tais como análises e ensaios farmacológicos; interpretação da prescrição terapêutica e de fórmulas farmacêuticas, sua preparação, identificação e distribuição, controlo da conservação, distribuição e stocks de medicamentos e outros produtos, informação e aconselhamento sobre o uso do medicamento” (Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de dezembro, art. 5.º, n.º 1, al. f) (112). Uma vez que a preparação de profissionais ao nível das ciências básicas da saúde e das ciências farmacêuticas, dando acesso à atribuição do título profissional de farmacêutico da Ordem dos Farmacêuticos, é realizada no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, optou-se por considerar este curso descurando, deste modo, a Licenciatura em Farmácia.

Numa primeira fase, para se apurar o tamanho da população, foi realizado um levantamento dos estabelecimentos de ensino superior, públicos e privados, em território nacional, que ofereciam o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, a Licenciatura em Enfermagem, o Mestrado Integrado em Medicina e o Mestrado Integrado em Medicina Dentária, com base nos registos da Direção-Geral do Ensino Superior do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (113).

A Figura 1 dá conta da distribuição dos estabelecimentos de ensino superior onde existem estes quatro cursos pelas unidades territoriais de nível 3 (NUT).

Figura 1: Localização dos estabelecimentos de ensino por NUT 3



Por NUT 2, a distribuição do número das instituições é a seguinte: Alentejo (N=4); Algarve (N=4); Área Metropolitana de Lisboa (N=15); Centro (N=14); Norte (N=23); Região Autónoma da Madeira (N=2); Região Autónoma dos Açores (N=2).

Numa segunda fase, foram contactadas todas as instituições de ensino superior, primeiramente por via eletrónica e, quando justificado, por telefone, com o objetivo de ser apresentado o estudo, reunir a anuência de participação no mesmo e recolher a informação acerca do número de alunos que frequentavam, no ano letivo de 2015/2016, o último ano do curso que era objeto de estudo.

Na Tabela 2 dá-se conta da população de estabelecimentos de ensino superior por NUT 3 e do número dos que aceitaram participar no estudo, com referência ao mapa da Figura 1.

Relativamente a cada curso, apresenta-se na Tabela 3 a relação do número de estabelecimentos de ensino superior que aceitaram participar neste estudo.

O número total de estudantes envolvidos no último ano em todos os quatro cursos referenciados, apurado junto das respetivas instituições, no ano letivo de 2015/2016, é de 6065.

Tabela 2: Número de estabelecimentos de ensino superior participantes no estudo, distribuídos pelas NUT 3

Referência no mapa	NUT 3	N.º de instituições	N.º de instituições participantes no estudo ¹
1	Alto Minho	2	2
2	Cávado	3	2
3	Ave	1	1
4	Alto Tâmega	1	1
5	Terras de Trás-os-Montes	1	1
6	Área Metropolitana do Porto	14	14
7	Tâmega e Sousa	0	0
8	Douro	1	1
9	Região de Aveiro	2	2
10	Viseu Dão-Lafões	3	2
11	Beiras e Serra da Estrela	3	3
12	Região de Coimbra	4	4
13	Região de Leiria	1	1
14	Médio Tejo	0	0
15	Beira Baixa	1	1
16	Oeste	0	0
17	Lezíria do Tejo	1	1
18	Alto Alentejo	1	1
19	Área Metropolitana de Lisboa	15	15
20	Alentejo Central	1	1
21	Alentejo Litoral	0	0
22	Baixo Alentejo	1	1
23	Algarve	4	4
24	Região Autónoma dos Açores	2	2
25	Região Autónoma da Madeira	2	2
TOTAL		64	62

¹ Considera-se, para este efeito, a data de 20 de outubro de 2016.

Tabela 3: Relação do número de instituições que oferecem os cursos considerados e das que aceitaram participar no estudo

Curso	N.º de instituições existentes	N.º de instituições participantes	Taxa de adesão (%)
Ciências Farmacêuticas	9	9	100
Enfermagem	40	38	95
Medicina	8	8	100
Medicina Dentária	7	7	100
TOTAL	64	62	97

9.3. Amostragem

O método mais direto de se conhecerem as características que um conjunto de pessoas apresenta consiste na realização de um levantamento desses mesmos atributos de modo exaustivo em todos os indivíduos da população, técnica comumente conhecida por censo. Um censo elimina o erro de amostragem e fornece dados sobre todos os indivíduos da população (114), permitindo caracterizá-la de modo mais efetivo e factual. Considerando os recursos disponíveis para a realização deste estudo, entendeu-se que era desejável realizar um censo em toda a população teórica, cuja dimensão era conhecida e o acesso autorizado e mediado.

No decurso do processo da recolha de informação percebeu-se a dificuldade em completar o censo. Existiam alguns obstáculos estruturais inerentes às instituições (por exemplo, declinar a cedência de informações pessoais sobre alunos/as; questões de natureza ética) e à matriz curricular dos cursos e, não sem menor relevo, a idiosincrasia de cada respondente era determinante para o sucesso deste método. A janela temporal inicial para o trabalho de campo abria-se, apenas, no período entre abril e meados de julho de 2016. Precisamente neste intervalo, no último ano

de cada curso em estudo, os/as alunos/as encontram-se em práticas em espaços clínicos ou de estágio, fora das suas instituições. As possibilidades concretas e expeditas de se reunir um grupo, por vezes já de si numeroso, num único espaço para se proceder à recolha da informação, eram demasiado reduzidas ou foram apresentadas como inexequíveis pelos estabelecimentos de ensino superior. Por todos estes aspetos, também foi determinante a auscultação das instituições sobre o método de recolha de informação e a sua coadjuvação e encaminhamento de cada caso em particular.

Face ao exposto, optou-se por uma amostragem não probabilística acidental (110) (115). A inferência estatística, generalizando para a população teórica, não surge, todavia, como assinalam os autores, como um obstáculo neste caso, uma vez que as principais características específicas desta população estão representadas na amostra acidental. Todos os indivíduos inquiridos pertencem ao mesmo grupo, ou seja, frequentam o último ano de cada curso em apreciação, estando representados todos os subgrupos.

A determinação do tamanho da amostra teve como critério o nível de significância e o erro amostral, proposto por Gailmard (116). O

nível de significância refere-se à probabilidade de que o investigador rejeite por erro a hipótese nula (H_0), aceitando que existe diferença entre os grupos quando na realidade esta não existe. O erro amostral (e) é um erro aleatório e traduz a diferença entre a estimativa da amostra e o parâmetro da população. Para este estudo considerou-se um nível de confiança mínimo de 95%, usualmente aceite para as Ciências Sociais, com um erro amostral máximo de 5%, sendo a amostra representativa da população.

Para a determinação do tamanho da amostra aplicou-se a seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

em que a variável n representa o tamanho da amostra, N a população, Z a variável normal padronizada associada ao nível de confiança desejado, p traduz a verdadeira probabilidade do evento; e e o erro amostral (117).

Tendo por base o tamanho da população de cada curso (Tabela 3), para o nível de confiança e erro máximo amostral considerados, o tamanho das amostras é conforme se discrimina na Tabela 4.

Tabela 4: População de estudantes dos quatro cursos e respetiva amostra

Cursos	População	Amostra* $\alpha = 0,05$, $e = 5\%$
Ciências Farmacêuticas	995	278
Enfermagem	2589	335
Medicina	1865	319
Medicina dentária	616	237

* α - nível de confiança; e = erro amostral.

9.4. Questionário

Tendo como referencial o tamanho amostral e os objetivos definidos para o estudo, cruzados com as variáveis, decidiu-se utilizar a técnica de inquérito por questionário para a recolha de informação, que permite envolver a amostra de modo mais fácil e uma maior sistematização dos resultados obtidos. Com o questionário pretende-se conhecer o que opinam ou pensam os inquiridos, mediante perguntas realizadas por escrito e que podem ser respondidas sem a presença do investigador (118).

Como suporte de elaboração do instrumento levou-se em consideração a literatura da especialidade dedicada à temática da capacitação dos profissionais de saúde para intervirem em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo e as recomendações de especialistas para o desenho de um questionário (118) (120) (118).

Os trabalhos de Schriesheim e Denisi (119) revelam que os itens agrupados por temas (por exemplo, em subescalas homogéneas) apresentam maior validade convergente e divergente do que se aparecessem misturados. Seguindo este preceito, foram criadas oito dimensões (agrupamentos de itens). A primeira dimensão diz respeito à informação sociodemográfica (sexo, estado civil, idade, designação do curso, duração e ano do curso que se frequenta). Segue-se a dimensão sobre a prevalência do consumo de produtos do tabaco (experimentação e respetiva idade, consumo regular e respetivos motivos, classificação e tipo de consumo no último mês, dependência, tentativas de cessação, respetivos motivos e métodos). A terceira dimensão diz respeito à exposição involuntária ao fumo ambiental do tabaco (em casa e em outros locais, como sejam os edifícios escolares e os locais das práticas clínicas).

Para a avaliação de atitudes e conhecimentos (dimensão IV) levaram-se em consideração alguns princípios de medida (123): unidimensionalidade ou homogeneidade; linearidade e intervalos iguais ou intervalos de aparência igual; validade, reprodutibilidade. Optou-se por escalas sumativas *Likert* (124). Os itens não se selecionam para cobrir todo o espectro, mas antes em função da sua relação comprovada com todos os demais; ou seja, o seu poder discriminatório, e tendem a estar situados nos extremos do contínuo (ou favoráveis ou desfavoráveis). Todos os itens têm o mesmo valor em princípio e as mesmas respostas dadas a itens distintos têm valor idêntico. O peso da pontuação final não depende de um valor previamente assinalado em cada item, mas da resposta do sujeito a cada um (sim ou não, mais ou menos de acordo).

Na redação dos itens procuraram-se respeitar algumas das características que devem ter este tipo de formulação (125), em particular a relevância (as opiniões recolhidas nos itens devem ser relevantes e claramente relacionadas como objeto da atitude), clareza (utilização de expressões simples, evitar duplas negações, ter cuidado com expressões universais; não utilizar expressões que incluam duas afirmações ou opiniões), discriminação (evitar opiniões com as quais previsivelmente todos ou quase todos estão de acordo), bipolaridade (alguns itens devem ser negativos).

A ordem dos itens parece influenciar, contudo, muitos dos estudos realizados não permitiram, ainda, apurar em que situações influenciam mais ou a que outras variáveis se encontram associadas a este influxo (124). A conclusão óbvia é que os itens devem apresentar-se sempre na mesma ordem.

As perceções sobre a formação teórica e prática recebida durante a formação académica e sobre a aquisição de

competências em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo ocupam, respetivamente, as dimensões IV, V e VI. Para a elaboração dos itens destas dimensões levaram-se em conta as observações relativas à medição de atitudes e conhecimentos. Foi elaborada uma escala ordinal de seis pontos: *"O tema não foi abordado"*, *"Não me sinto preparado/a"*, *"Sinto-me pouco preparado/a"*, *"Sinto-me bem preparado/a"*, *"Sinto-me muito bem preparado/a"*; *"não sei / estou indeciso/a"*.

A síntese das dimensões do questionário, o número e tipo de itens associados apresenta-se na Tabela 5.

A qualidade de uma escala, ou de um teste em geral, não pode apreciar-se pelo número de itens. Ainda que a fiabilidade (consistência interna) aumente com o número de itens, na verdade também aumenta se se aumentar o número de respostas. Morales conclui que sobre o número de itens necessário como ponto de partida não existe nenhuma norma (124).

O questionário elaborado para este estudo é composto por 110 itens, não se incorrendo no risco para que alerta Nunnally² (126).

Na dimensão IV (atitudes e conhecimentos) optou-se por criar uma opção com a forma *"Não sei. Estou indeciso/a"*. A inclusão desta opção cria um número ímpar de respostas e justifica-se pelo seguinte:

- a) Facilita a resposta aos genuinamente indecisos ou que não sabem, de facto;
- b) Em geral, e à margem do que se force ou da não decisão, os sujeitos que respondem parece que se sentem mais

² Uma amostra deve ser 5 vezes maior que o número de itens; caso contrário é menos provável que os itens que discriminem numa amostra discriminem também adequadamente outro similar. Trata-se de uma recomendação mínima, porque é sempre preferível dispor de uma amostra maior.

- satisfeitos quando dispõem de uma resposta que não os compromete (124);
- c) Observou-se que quando não se dispõe de uma “resposta central”, do tipo não sei/indeciso, são mais os itens que se deixam sem resposta (124);
- d) O número de sujeitos que escolhe a “resposta central” é, em si, mesmo informativo;
- e) Procurou-se que a atenção dirigida fosse sobre opinião expressa (favorável ou desfavorável), pelo que se optou por

reposicionar a “resposta central” no limite direito da escala.

Nas dimensões V, VI e VII a escala é par, de seis pontos, optando-se por colocar nos extremos esquerdo e direito, respetivamente, as opções sob a forma “O tema não foi abordado” e “Não sei. Estou indeciso/a”.

A versão final do questionário construído (Apêndice 1) foi apreciada e depurada pela equipa de investigadores e validado o seu conteúdo pela equipa do PNPCT da DGS.

Tabela 5: Dimensões do questionário, número e tipo itens associados

Dimensões	Designação	N.º de itens	Tipo de itens (Fortin, 2009)
I	Informação sociodemográfica	6	Itens de medida nominal Itens com escala ordinal
II	Prevalência do consumo de produtos do tabaco	14	Itens com escala nominal Itens com escala ordinal Itens de resposta aberta
III	Exposição ao fumo ambiental do tabaco	4	Itens com escala ordinal Itens de resposta aberta
IV	Atitudes e conhecimentos	28	Itens com escala ordinal
V	Perceções sobre a formação teórica recebida ³	34	Itens com escala ordinal
VI	Perceções sobre a formação prática recebida	7	Itens com escala ordinal
VII	Perceções sobre a aquisição de competências ⁴	10	Itens com escala ordinal Item com escala referenciada (de proporção)
VIII	Perceções sobre os métodos pedagógicos.	7	Itens com escala nominal

³ Esta dimensão tem 34 perguntas para os cursos de Ciências Farmacêuticas, Medicina e Medicina Dentária e 33 perguntas para o curso de Enfermagem.

⁴ Esta dimensão tem 10 perguntas para os cursos de Medicina e Medicina Dentária e 9 perguntas para os cursos de Ciências Farmacêuticas e Enfermagem.

9.5. Testagem piloto

Foi realizada uma aplicação do questionário piloto a uma amostra de 59 alunos (81,4% do sexo feminino; 98,3% solteiros) do 1.º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade de Évora, com uma média de idades de 19,6 anos, tendo ingressado no ensino superior com a média de 18,7 anos de idade.

A informação recolhida e analisada permitiu tomar decisões acerca da fiabilidade (consistência interna) de cada item e das dimensões do questionário. A consistência interna foi calculada através do parâmetro *Alfa de Cronbach* (α), segundo os critérios de Murphy e Davidsholder (127). Os resultados da fiabilidade resumem-se na Tabela 6.

A dimensão IV, inicialmente, possuía um valor de α de 0,740 (fiabilidade baixa). Foi melhorado após análise dos dados da correlação item-total corrigida, que apresentava um valor negativo, provocando a diminuição do valor de α estandardizado, passando a possuir o valor de 0,805 (fiabilidade moderada a elevada).

A análise dos valores de *Alfa de Cronbach* determinados permite considerar que existe fiabilidade interna no questionário piloto, não se vendo necessidade de alterar os grupos de perguntas com resposta de escala. A fiabilidade interna das dimensões referidas na Tabela 6, seguindo os critérios de Murphy e Davidsholder (127), varia de baixa a elevada.

Tabela 6: Resumo da consistência interna dos itens subjacentes às dimensões do questionário

Dimensão	Grupos de perguntas	α	Fiabilidade
III	q_17-q_18	0,671	Baixa
IV	q_32.1-q_32.26	0,740	Baixa
IV CORR	q_32.1-q_32.26 exclusão de q_32.24	0,805	Moderada a elevada
V	q_33.1-q_33.33	0,962	Elevada
VI	q_34.1-q_34.7	0,942	Elevada
VII	q_35.1-q_35.9	0,943	Elevada

9.6. Procedimentos éticos

O questionário recebeu parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu (Parecer n.º 8/2016, de 29 de março). Apesar deste parecer, algumas instituições organizaram o seu próprio processo internamente, de modo a apreciarem os objetivos do estudo e o instrumento apenso, emitindo o seu parecer favorável.

Foi elaborada uma Declaração de Consentimento Informado (Apêndice 2), que seguiu apensa a cada questionário em suporte papel e encabeça a entrada na versão eletrónica.

9.7. Aplicação do questionário

A aplicação de um questionário a alunos do último ano dos cursos em estudo apresenta algumas arduidades. Estes alunos encontram-se, como se referiu, em práticas fora dos

estabelecimentos escolares, não existindo, em muitos dos casos, momento em que, na janela temporal que se teve para o trabalho de campo, todos estivessem reunidos num mesmo local. Vários responsáveis pela coordenação dos cursos deram conta deste obstáculo, solicitando expressamente um questionário em suporte digital.

Atendendo a estes constrangimentos, a aplicação do questionário seguiu um conjunto de procedimentos estruturantes. O questionário foi construído sob dois suportes:

- a) Em papel, de formato A3, num total de 8 páginas (2 folhas), tipo “brochura”, com um código para cada curso/estabelecimento de ensino superior;
- b) Informático, com recurso à plataforma *LimeSurvey*, tendo sido criado um código de acesso para cada curso/instituição, no sentido de incrementar maior controlo na receção e identificação dos mesmos.

Em qualquer dos modos, encontrava-se assegurado o anonimato dos respondentes e a confidencialidade das respostas, não sendo possível indexar a resposta ao respondente. O endereço *Internet Protocol* é mantido anónimo e o questionário em papel não requer qualquer elemento que se associe a um aluno específico. A opção do suporte do questionário foi articulada com cada instituição que, conhecendo muito bem a sua própria estrutura, organização e dinâmica, o indicou como sendo o mais expedito, a saber:

- a) *Link* para plataforma informática;

- b) Em papel, por um docente aplicador local;
- c) Em papel, pelos membros da equipa.

Entre as 62 instituições que acederam participar no estudo registaram-se os três tipos de opções para o processo de aplicação. A aplicação do questionário fez-se por administração direta, ou seja, o próprio inquirido assinala as suas respostas diretamente no formulário.

A aplicação dos questionários iniciou-se em 12 de abril de 2016 e prolongou-se até 15 de julho desse ano.

Face à baixa taxa de respostas, verificada em dois cursos, em particular, no Mestrado Integrado de Ciências Farmacêuticas e o Mestrado Integrado em Medicina, por indicação da DGS, dilatou-se o período de trabalho de campo para os meses de setembro e outubro de 2016. Tal procedimento envolveu um novo acompanhamento assertivo junto das instituições de ensino superior (coordenações de curso e associações académicas), de modo a que os alunos fossem convidados, uma vez mais, a responderem ao questionário na plataforma informática. Perante a *deadline* da conclusão deste estudo, decidiu-se encerrar o processo de recolha de informação em 20 de outubro de 2016.

Nas Tabelas 7 a 12 dá-se conta dos dados relativos a cada curso. Referem-se, também, as instituições que não aceitaram participar no estudo.

Tabela 7: Dados referentes ao curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

NUT 3	Estabelecimento de ensino	Unidade orgânica	Procedimento de recolha de informação	N.º alunos (último ano)	N.º respostas válidas	Taxa de resposta efetiva (%)
Algarve	Universidade do Algarve	Faculdade de Ciências e Tecnologia	Papel	32	27	84,4
	Universidade de Lisboa	Faculdade de Farmácia	Em linha	242	108	44,6
Área Metropolitana de Lisboa	Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz		Em linha	80	7	8,8
	Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias		Em linha	22	22	100,0
Área Metropolitana do Porto	Universidade do Porto	Faculdade de Farmácia	Em linha	223	52	23,3
	Instituto Superior de Ciências da Saúde	Norte	Em linha	59	21	35,6
	Universidade Fernando Pessoa		Em linha	90	4	4,4
Beiras e Serra da Estrela	Universidade da Beira Interior		Em linha	42	1	2,4
Região de Coimbra	Universidade de Coimbra	Faculdade de Farmácia	Em linha	205	60	29,3
TOTAL				995	302	30,4

Tabela 8: Dados referentes ao curso de Licenciatura em Enfermagem

NUT 3	Estabelecimento de ensino	Unidade orgânica	Procedimento de recolha de informação	N.º alunos (último ano)	N.º respostas válidas	Taxa de resposta efetiva (%)
Alentejo Central	Universidade de Évora	Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus	Papel	64	49	76,6
Algarve	Escola Superior de Saúde Jean Piaget	Algarve	Em linha	30	9	30,0
Alto Alentejo	Instituto Politécnico de Portalegre	Escola Superior de Saúde	Papel	54	52	96,3
Algarve	Universidade do Algarve	Escola Superior de Saúde	Em linha	39	0	0,0

Tabela 8: (Continuação) Dados referentes ao curso de Licenciatura em Enfermagem

NUT 3	Estabelecimento de ensino	Unidade orgânica	Procedimento de recolha de informação	N.º alunos (último ano)	N.º respostas válidas	Taxa de resposta efetiva (%)
Alto Minho	Instituto Politécnico de Viana do Castelo	Escola Superior de Saúde	Em linha	67	20	29,9
	Universidade Fernando Pessoa (unidade de Ponte de Lima - ensino politécnico)		Em linha	12	4	33,3
Área Metropolitana de Lisboa	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa		Papel	265	173	65,3
	Escola Superior de Saúde Egas Moniz		Em linha	36	4	11,1
	Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias		Em linha	25	4	16,0
	Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa		Papel	41	32	78,0
	Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches		Em linha	38	10	26,3
	Instituto Politécnico de Setúbal	Escola Superior de Saúde	Em linha	37	3	8,1
	Universidade Atlântica	Escola Superior de Saúde Atlântica	Papel	22	12	54,5
	Universidade Católica Portuguesa	Escola Superior Politécnica de Saúde (Lisboa)	Em linha	40	11	27,5
Área Metropolitana do Porto	CESPU - Instituto Politécnico de Saúde do Norte	Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa	Em linha	34	9	26,5
	Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria		Em linha	50	10	20,0
	Escola Superior de Enfermagem do Porto		Em linha	300	13	4,3

Tabela 8: (Continuação) Dados referentes ao curso de Licenciatura em Enfermagem

NUT 3	Estabelecimento de ensino	Unidade orgânica	Procedimento de recolha de informação	N.º alunos (último ano)	N.º respostas válidas	Taxa de resposta efetiva (%)
Área Metropolitana do Porto	Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia		Em linha	7	5	71,4
	Universidade Católica Portuguesa	Escola Superior Politécnica de Saúde (Porto)	Papel	28	20	71,4
	Universidade Fernando Pessoa	Escola Superior de Saúde	Em linha	30	3	10,0
Ave	CESPU - Instituto Politécnico de Saúde do Norte	Escola Superior de Saúde do Vale do Ave	Em linha	66	59	89,4
Beira Baixa	Instituto Politécnico de Castelo Branco	Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias	Papel	62	49	79,0
Beiras e Serra da Estrela	Instituto Politécnico da Guarda	Escola Superior de Saúde da Guarda	Em linha	65	2	3,1
Cávado	Instituto Superior de Saúde do Alto Ave		Papel	10	9	90,0
	Universidade do Minho	Escola Superior de Enfermagem		*	*	*
Douro	Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro	Escola Superior de Enfermagem de Vila Real	Em linha	74	26	35,1
Lezíria do Tejo	Instituto Politécnico de Santarém	Escola Superior de Saúde de Santarém	Papel	78	61	78,2
Região de Leiria	Instituto Politécnico de Leiria	Escola Superior de Saúde de Leiria	Papel	113	80	70,8
Região Autónoma dos Açores	Universidade dos Açores	Escola Superior de Saúde - Angra do Heroísmo	Em linha	31	17	54,8
	Universidade dos Açores	Escola Superior de Saúde - Ponta Delgada	Papel	40	9	22,5
Região Autónoma da Madeira	Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny		Papel	35	30	85,7
	Universidade da Madeira	Escola Superior de Saúde	Papel	27	25	92,6

Tabela 8: (Continuação) Dados referentes ao curso de Licenciatura em Enfermagem

NUT 3	Estabelecimento de ensino	Unidade orgânica	Procedimento de recolha de informação	N.º alunos (último ano)	N.º respostas válidas	Taxa de resposta efetiva (%)
Região de Aveiro	Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis		Em linha	22	22	100,0
	Universidade de Aveiro	Escola Superior de Saúde de Aveiro	Papel	78	40	51,3
Região de Coimbra	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra		Em linha	385	126	32,7
Terras de Trás-os-Montes	Instituto Politécnico de Bragança	Escola Superior de Saúde de Bragança	Em linha	80	10	12,5
Viseu Dão-Lafões	Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Viseu			*	*	*
	Instituto Politécnico de Viseu	Escola Superior de Saúde de Viseu	Papel	108	60	55,6
TOTAL				2589	1100	42,5

* A instituição não respondeu ao pedido de autorização para aplicação do questionário.

Tabela 9: Dados referentes ao curso de Mestrado Integrado em Medicina

NUT 3	Estabelecimento de ensino	Unidade orgânica	Procedimento de recolha de informação	N.º alunos (último ano)	N.º respostas válidas	Taxa de resposta efetiva (%)
Algarve	Universidade do Algarve	Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina	Em linha	30	30	100
Área Metropolitana de Lisboa	Universidade de Lisboa	Faculdade de Medicina	Em linha	363	62	17,1
	Universidade Nova de Lisboa	Faculdade de Ciências Médicas	Papel	292	67	22,9
Área Metropolitana do Porto	Universidade do Porto	Faculdade de Medicina	Em linha	344	101	29,4
	Universidade do Porto	Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar	Papel	264	40	15,2
Beiras e Serra da Estrela	Universidade da Beira Interior		Em linha	127	20	15,7

Tabela 9: (Continuação) Dados referentes ao curso de Mestrado Integrado em Medicina

NUT 3	Estabelecimento de ensino	Unidade orgânica	Procedimento de recolha de informação	N.º alunos (último ano)	N.º respostas válidas	Taxa de resposta efetiva (%)
Região de Coimbra	Universidade de Coimbra	Faculdade de Medicina	Em linha	300	38	12,7
Cávado	Universidade do Minho		Papel	145	94	64,8
TOTAL				1865	452	24,2

Tabela 10: Dados referentes ao curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

NUT 3	Estabelecimento de ensino	Unidade orgânica	Procedimento de recolha de informação	N.º alunos (último ano)	N.º respostas válidas	Taxa de resposta efetiva (%)
Área Metropolitana de Lisboa	Universidade de Lisboa	Faculdade de Medicina Dentária	Em linha	37	10	27,0
	Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz		Papel	152	66	43,4
Área Metropolitana do Porto	Universidade do Porto	Faculdade de Medicina Dentária	Papel	77	50	64,9
	Instituto Superior de Ciências da Saúde	Norte	Em linha	129	30	23,3
	Universidade Fernando Pessoa		Em linha	124	15	12,1
Região de Coimbra	Universidade de Coimbra	Faculdade de Medicina	Papel	50	37	74,0
Viseu Dão-Lafões	Universidade Católica Portuguesa	Centro Regional das Beiras	Papel	47	33	70,2
TOTAL				616	241	39,1

No total, obtiveram-se 2095 questionários válidos (1118 em papel e 977 através da plataforma informática), num universo constituído por 6065 alunos, com uma taxa de resposta efetiva de 34,5% (Tabela 11).

Tendo por base o número de questionários válidos, em cada curso, e o método de

determinação do tamanho amostral de Siegel e Castellan (117), para um nível de confiança de 95%, o erro amostral em cada curso é sempre inferior a 5%, sendo a amostra representativa da população em estudo (Tabela 12).

Tabela 11: Dados referentes ao número de alunos e de questionários recebidos da totalidade dos cursos/instituições

Dados totais do estudo	N	%
Total de alunos (último ano)	6065	100,0
Total de questionários recebidos em modo papel	1118	53,4
Total de questionários recebidos em modo digital	977	46,6
Total de questionários válidos	2095	34,5

Tabela 12: Erro amostral por curso

Curso	Erro amostral e (%)
Ciências Farmacêuticas	4,71
Enfermagem	2,24
Medicina	4,01
Medicina Dentária	4,93

9.8. Análise da informação

Os dados recolhidos pelos questionários foram tratados e analisados com recurso a técnicas de análise quantitativas e qualitativas.

A informação recolhida na plataforma informática foi exportada diretamente para o *Software IBM SPSS Statistics 24*, licenciado à Universidade de Évora. Os dados procedentes dos questionários em papel foram transferidos para o referido programa informático, para organização e sistematização, de modo a possibilitar a análise dos resultados. Foram criadas quatro bases de dados, uma para cada curso: *Dados_DGS_cod_CF*, para o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas; *Dados_DGS_cod_E*, para a Licenciatura em Enfermagem; *Dados_DGS_cod_M*, para o Mestrado Integrado

em Medicina; e *Dados_DGS_cod_MD*, para o Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Antes de se iniciar a análise dos dados dos questionários foi necessário averiguar a consistência interna, de modo a verificar se os itens apresentam homogeneidade entre si, através do cálculo do parâmetro *Alfa de Cronbach* (α) atendendo aos critérios de fiabilidade estimada (127) (Tabela 13).

Tabela 13: Critérios de recomendação de fiabilidade estimada pelo *Alfa de Cronbach*

Condição	α considerado aceitável
Fiabilidade inaceitável	<0,6
Fiabilidade baixa	0,7
Fiabilidade moderada a elevada	0,8-0,9
Fiabilidade elevada	>0,9

Na dimensão IV (Atitudes e Conhecimentos) as respostas foram pontuadas do seguinte modo: as posições que estão em desacordo com o quadro teórico receberam os valores mais baixos (“Discordo completamente – 1 ponto” e “Discordo – 2 pontos”) e as que se alinham com o referencial teórico os mais altos (“Concordo – 3 pontos” e “Concordo totalmente – 4 pontos”). Uma vez que se procura opinião expressa e não a sua ausência, à opção “Não sei. Estou indeciso/a” foi atribuído valor nulo.

Na dimensão V (Perceções sobre a formação teórica recebida), na VI (Perceções sobre a formação prática recebida) e na VII (Perceções sobre a aquisição de competências) as respostas foram pontuadas com o seguinte critério: as posições que evidenciam preparação receberam os valores mais elevados (“Sinto-me bem preparado/a” – 3 pontos e “Sinto-me muito bem preparado/a” – 4

pontos). Às opções de fraca preparação e sua ausência foram-lhes atribuídos os valores mais baixos (“Não me sinto preparado/a” – 1 ponto e “Sinto-me pouco preparado/a – 2 pontos”. A assunção de que o tema não foi abordado, fator condicionante das demais respostas intra e extra dimensão foi pontuada com o valor 1 ponto. Por fim, uma vez que se procura opinião expressa e não a sua ausência, à opção “Não sei. Estou indeciso/a” foi atribuído valor nulo.

De seguida, procedeu-se à análise estatística univariada, bivariada e multivariada. A estatística descrita “descreve, de forma sumária, alguma característica de uma ou mais variáveis fornecidas por uma amostra de dados” (128 p. 192), tendo sempre presente a sua triangulação. Yin, a este respeito, defende que um dos princípios para a recolha de dados num desenho investigativo deste tipo deve ser a utilização de fontes múltiplas de evidências (129). Basear-se em fontes distintas de informação permite que, qualquer descoberta ou conclusão seja, mais convincente e aperfeiçoada tendo em vista a corroboração do mesmo facto. A opção pela triangulação de dados provenientes de uma amostra representativa pesou na decisão da análise univariada, privilegiando-se o uso de frequências relativas, em percentagem, e do uso de algumas outras medidas de tendência central, como seja a mediana e a moda, e de dispersão (intervalo interquartil).

A análise bivariada permite definir características de modo a comparar as variáveis duas a duas, para se avaliar o seu grau de associação (130). Esta avaliação pode ser efetuada através do cálculo de parâmetros que permitem quantificar a associação linear entre duas variáveis, a covariância ou o coeficiente de correlação. Recorreu-se, por isso, a um conjunto de testes não paramétricos, não se exigindo que a

distribuição da variável sob estudo seja conhecida.

A abordagem não paramétrica teve em conta o tipo de variáveis (algumas ordinais) e a presença de distribuições com evidências de padrão não normal. Estes *distribution-free tests* revestem-se de igual potência, comparativamente aos testes paramétricos, em amostras relativamente pequenas e de diferentes dimensões, como vem a ser o caso deste estudo.

Foram, por isso, calculados coeficientes de *Pearson* (em variáveis numéricas) e de *Spearman* (no caso de variáveis ordinais). Utilizaram-se, ainda, o *Teste U de Mann-Whitney* e o *Teste de Kruskal-Wallis* (para testar a homogeneidade de duas amostras ordinais) e o *Teste Qui-quadrado* (para avaliar quantitativamente a relação entre o resultado observado e a distribuição esperada para o fenómeno).

Na quantificação da significância utilizou-se o critério que se apresenta na Tabela 14. As análises que apresentam valores de p significativos, muito significativos ou altamente significativos têm-nos realçado de cor amarela.

Tabela 14: Quantificação da significância

Valor de p	Significado
$0,05 \geq p > 0,01$	Significativo
$0,01 \geq p > 0,001$	Muito significativo
$0,001 \geq p$	Altamente significativo

A análise multivariada permite estudar o comportamento de três ou mais variáveis simultaneamente, sendo utilizada sobretudo para identificar as variáveis menos representativas de forma a eliminá-las, simplificando os modelos estatísticos. Na

análise multivariada, foram testadas técnicas mais recentes, nomeadamente as de regressão por Mínimos Quadrados Parciais. Na regressão logística o modelo usado tem em conta as variáveis que pareceram potenciais regressores, considerando as eventuais associações entre variáveis, para um modelo criado em contexto de não multicolinearidade, ou seja, em que as variáveis independentes não estão fortemente correlacionadas entre si.

As perguntas de resposta aberta existentes no questionário foram analisadas através de

Análise de Conteúdo por Teoria Fundamentada (131), técnica sistemática usada em Ciências Sociais, que permite a construção de teorias através da análise de dados qualitativos. As asserções foram introduzidas e analisadas no *Software* de apoio à análise qualitativa *webQDA 3.0*, licenciado à Universidade de Évora, procedendo-se à sua categorização e registo de ocorrências.

10. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

10.1. Mestrado integrado em Ciências Farmacêuticas

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas tem a duração de 5 anos letivos. No processo de inquérito, em nove estabelecimentos de ensino superior, com 995 alunos, obtiveram-se 302 respostas validadas, traduzindo uma taxa de resposta de 30,4%. Para o nível de confiança considerado de 95% o erro amostral calculado é de 4,71%.

A informação recolhida e analisada permitiu tomar decisões acerca da consistência interna de cada item e das dimensões do questionário. A consistência interna foi calculada através do parâmetro *Alfa de Cronbach* (α). Os resultados da fiabilidade interna resumem-se Na Tabela 15. Os dados revelam que todos os grupos de perguntas com itens de resposta em escala ordinal apresentam fiabilidade entre moderada a elevada (127).

Tabela 15: *Alfa de Cronbach* dos itens com escala ordinal, para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Grupo de perguntas	N.º de itens	α
IV	28	0,819
V	34	0,974
VI	7	0,970
VII	8	0,955

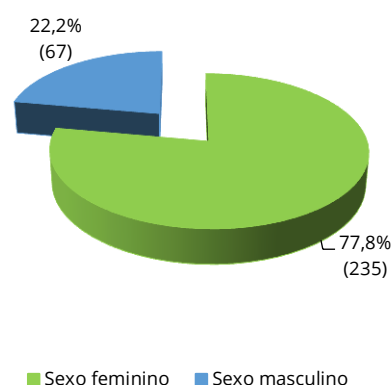
De seguida, apresentam-se os resultados da análise estatística descritiva para as várias dimensões.

Dimensão I – Informação sociodemográfica

Variável “Sexo”

Os dados relativos à variável “Sexo” apresentam-se no Gráfico 1. Cerca de 78% dos respondentes são do sexo feminino.

Gráfico 1: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Sexo” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=302)



Variável “Estado civil”

Relativamente ao estado civil, cerca de 97% dos/as inquiridos/as declarou-se solteiro/a (Gráfico 2).

Variável “Idade”

No que diz respeito à idade dos/as alunos/as (Gráfico 3), foi calculada a média de 23,6 anos, a mediana de 23,0, com um desvio padrão de 2,602. O valor modal é de 23 anos e o da idade máxima é de 50 anos.

Gráfico 2: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Estado civil” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=302)

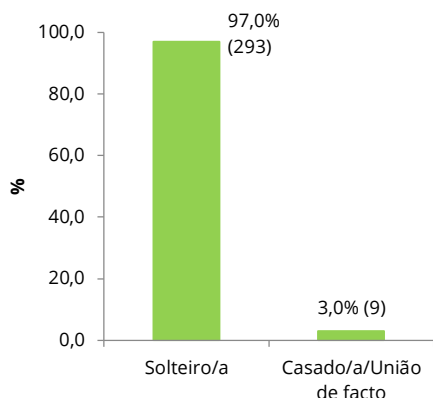
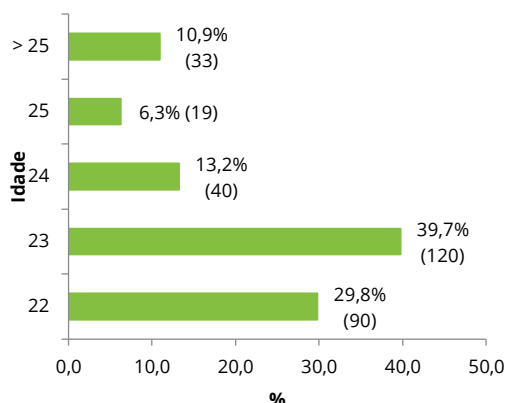


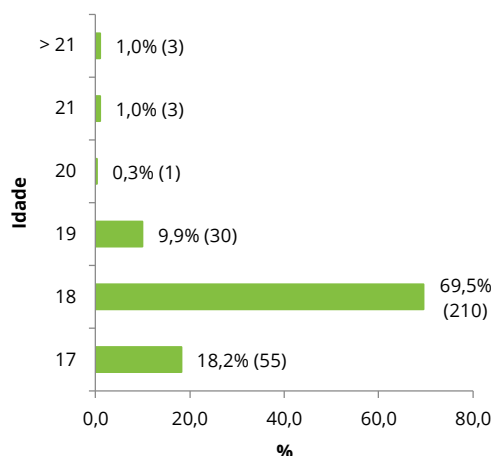
Gráfico 3: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Idade” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=302)



Variável “Idade com que iniciou os estudos universitários”

A maior parte dos/as alunos/as (69,5%) iniciou os seus estudos universitários (Gráfico 4) com 18 anos de idade, seguindo-se a idade de 17 anos. Para esta variável encontrou-se a média de 18,0 e a mediana de 18,0, com desvio padrão de 1,3. O valor da moda é de 18 anos de idade.

Gráfico 4: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Idade com que iniciou os estudos universitários” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=302)



Dimensão II – Prevalência do consumo de produtos do tabaco

Pouco mais da metade dos/as inquiridos/as (53,0%) declara que já fumou ou consumiu produtos de tabaco, como cigarros, cigarrilhas ou outros produtos (Gráfico 5). Esta experimentação tem maior expressão no sexo masculino (69,4%) (Tabela 16).

Gráfico 5: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Alguma vez fumou ou consumiu produtos do tabaco” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=247)



■ Sim ■ Não

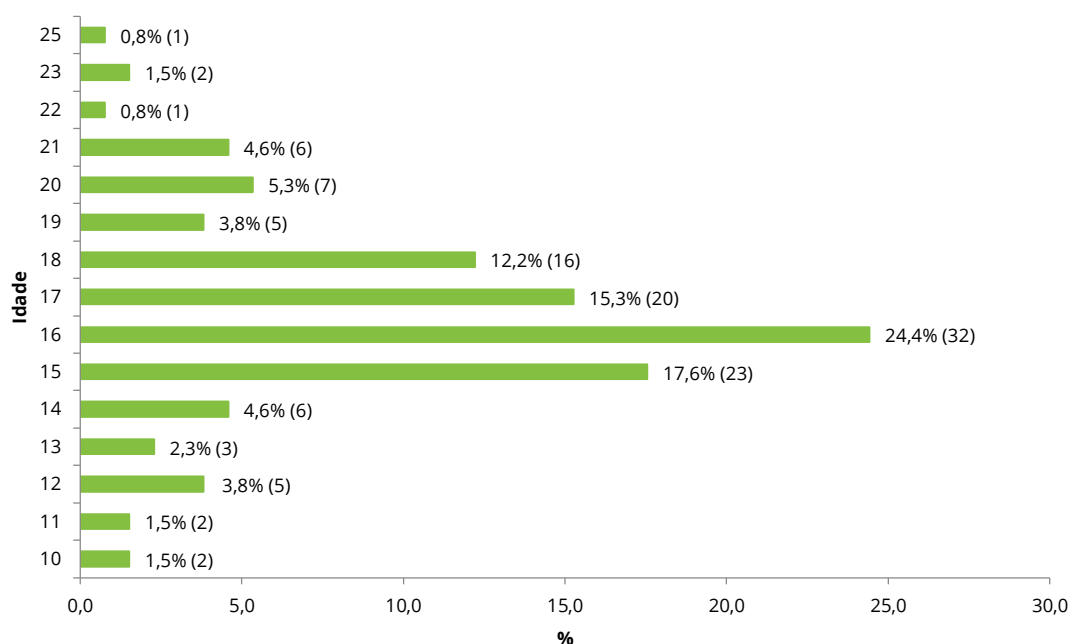
Tabela 16: Experimentação de produtos de tabaco em relação ao sexo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Sexo	Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco?)		Pearson Chi-Square <i>p-value</i>
	Sim f (%)	Não f (%)	
Feminino	88 (47,6)	97 (52,4)	0,002**
Masculino	43 (69,4)	19 (30,6)	

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

A idade de experimentação de produtos do tabaco, de acordo com a informação recolhida, ocorreu entre os 10 anos e os 25 anos (Gráfico 6). A maior parte dos/as alunos/as declarou ter experimentado fumar ou consumir produtos do tabaco com 16 anos de idade (24,4%), seguido dos 15 anos de idade (17,6%). A média calculada de idades é de 16,5 anos e a mediana de 16,0, com um desvio padrão de 2,5. A idade mais comum de experimentação é aos 16 anos.

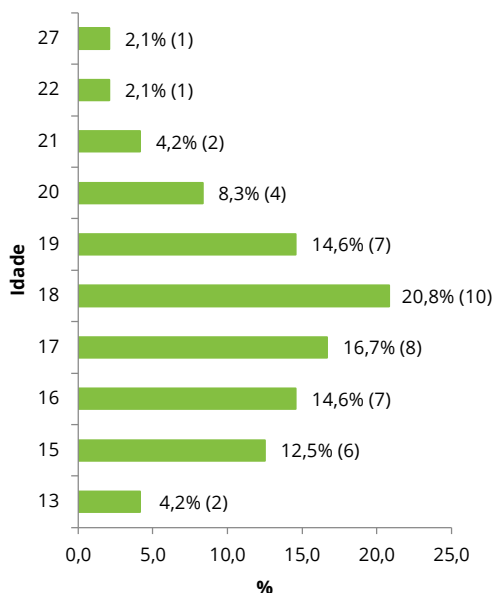
Gráfico 6: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Que idade tinha quando fumou ou consumiu tabaco pela primeira vez” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=131)



Cerca de 63% dos/as inquiridos/as (N=131) declararam apenas terem experimentado produtos do tabaco, não sendo atualmente consumidores. Entre os/as consumidores/as (36,6%), a maior parte (20,8%) começou a fumar regularmente com 18 anos de idade, seguido dos 17 anos (16,7%). A média calculada de idades é de 17,7 anos e a mediana de 18,0, com um desvio padrão de

2,4. A idade modal para o início do consumo regular de tabaco é 18 anos (Gráfico 7).

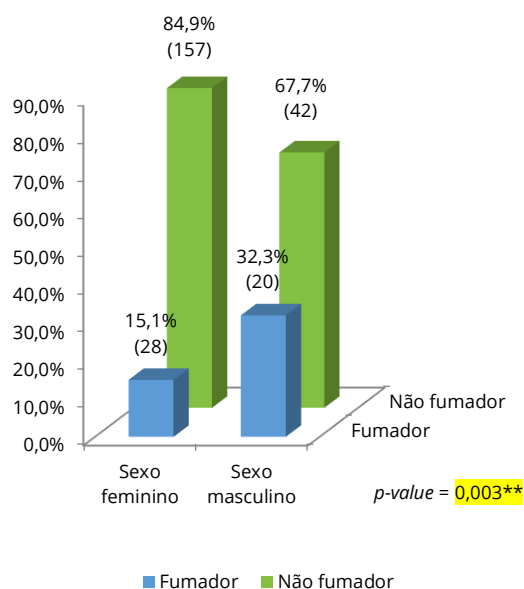
Gráfico 7: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=48)



No Gráfico 8 relacionam-se os dados relativos à percentagem de fumadores e de não fumadores com a variável “Sexo”. Percebe-se uma prevalência do consumo maior no sexo masculino, de 32,3%, com diferença muito significativa relativamente ao sexo feminino.

Entre os consumidores regulares de tabaco (N=48), 62,5% declara que já tentou deixar de fumar, sendo que a maior parte apenas uma vez (37,9%), seguido pelo grupo que tentou duas vezes (31,0%). Nesta pergunta foram declaradas tentativas de deixar de fumar entre uma vez e nove vezes, com o valor de mediana de duas tentativas, embora a classe modal seja a de uma tentativa e o desvio padrão de 1,9.

Gráfico 8: Fumadores/não fumadores, em função da variável “Sexo”, para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=247)



Os motivos que conduziram estes/as alunos/as ao início do consumo de tabaco apresentam-se na Tabela 17 e apontam claramente a influência dos amigos e/ou colegas (62,5%) e o gosto e aroma do tabaco (56,3%). A estética das embalagens (95,8%) e a influência dos familiares (85,4%) foram os motivos mais afastados para o seu comportamento.

Entre os/as alunos/as que apontaram outras razões, destacam-se as seguintes categorias: ansiedade (f=1); stresse (f=3); conforto (f=2); facilidade de iniciar conversas sociais/hábito social (f=3); curiosidade (f=1).

Entre os/as estudantes que começaram a consumir regularmente tabaco (N=48), 56,2% fuma diariamente, pelo menos uma vez por dia e 43,8% fá-lo menos de uma vez por dia (Gráfico 9).

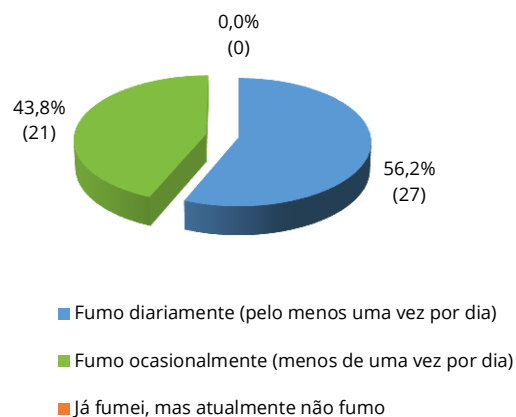
Tabela 17: Motivos para se ter começado a fumar para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=48)

Motivos ⁵	Sim	Não
	f (%)	f (%)
Porque os meus familiares fumavam.	7 (14,6)	41 (85,4)
Porque os meus amigos e/ou colegas fumavam.	30 (62,5)	18 (37,5)
Porque gostei do sabor e/ou do cheiro do tabaco.	27 (56,3)	21 (43,8)
Porque era fácil arranjar tabaco.	10 (20,8)	38 (79,2)
Porque as embalagens me atraíam.	2 (4,2)	46 (95,8)
Não me recordo.	9 (18,8)	39 (81,3)
Por outras razões.	10 (20,8)	38 (79,2)

Na Tabela 18 apresentam-se os resultados relativamente ao tipo de consumo, relacionados com a variável “Sexo”.

Na Tabela 19 revela-se o padrão de consumo declarado, nos últimos 30 dias, relativamente a alguns dos produtos de tabaco.

Gráfico 9: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Fumador diário/fumador ocasional/ex-fumador” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=48)



⁵ Nesta questão poderia assinalar-se mais que uma opção de resposta.

Tabela 18: Tipo de consumo de tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

	Atualmente (últimos 30 dias) como classifica o seu consumo de tabaco?			Pearson Chi-Square
	Já fumei, mas atualmente não fumo	Fumo ocasionalmente	Fumo diariamente	<i>p-value</i>
Sexo	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	
Feminino	0 (0,0)	15 (53,6)	13 (46,4)	0,105
Masculino	0 (0,0)	6 (30,0)	14 (70,0)	

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

Tabela 19: Comportamento tabágico, nos últimos 30 dias, relativo a alguns produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=43)

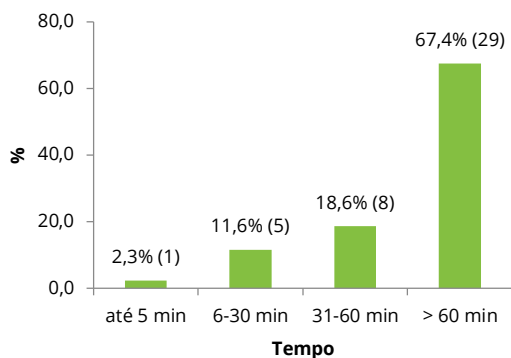
Produtos do tabaco	Consumo diário <i>f</i> (%)	Consumo ocasional <i>f</i> (%)	Apenas experimentei <i>f</i> (%)	Não consumo <i>f</i> (%)	Interquartil range
Cigarros	17 (39,5)	8 (18,6)	15 (34,9)	3 (7,0)	2
Cigarrilhas	2 (4,7)	1 (2,3)	1 (2,3)	39 (90,7)	0
Charutos	1 (2,3)	1 (2,3)	1 (2,3)	40 (93,0)	0
Tabaco de enrolar	4 (9,3)	6 (14,0)	2 (4,7)	31 (72,1)	1
Cachimbo	1 (2,3)	0 (0,0)	1 (2,3)	41 (95,3)	0
Cachimbo de água (<i>shisha</i>)	1 (2,3)	3 (7,0)	1 (2,3)	38 (88,4)	0
Tabaco de mascar	1 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	42 (97,7)	0
Rapé	1 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	42 (97,7)	0
Cigarro eletrónico	1 (2,3)	2 (4,7)	1 (2,3)	39 (90,7)	0
Cigarro sem queima (<i>Heat not-burn</i>)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	43 (100,0)	0

A informação da Tabela 19 revela que o consumo diário de produtos de tabaco diz respeito, essencialmente, a cigarros (39,5%). Cerca de 35,0% dos/as inquiridos/as declara que o seu consumo de cigarros, nos últimos 30 dias, foi apenas experimental; os outros produtos de tabaco não apresentam expressão de experimentação. Cerca de 14,0% disse consumir ocasionalmente tabaco de enrolar; o cachimbo de água surge com 7,0% de preferências para consumo, mas não

diário, seguido do cigarro eletrónico (4,7%). Não foi indicado outro tipo de produtos do tabaco que fossem consumidos.

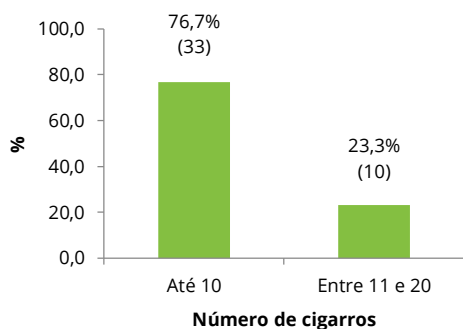
O Gráfico 10 revela o tempo em que, depois de acordar, se fuma o primeiro cigarro. A maioria declara que o faz uma hora após acordar (67,4%) e 18,6% entre a meia hora e os primeiros 60 minutos. Apenas uma pessoa disse fazê-lo nos primeiros 5 minutos após acordar (DP = 0,798).

Gráfico 10: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Quanto tempo, depois de acordar, fuma o seu primeiro cigarro” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=43)



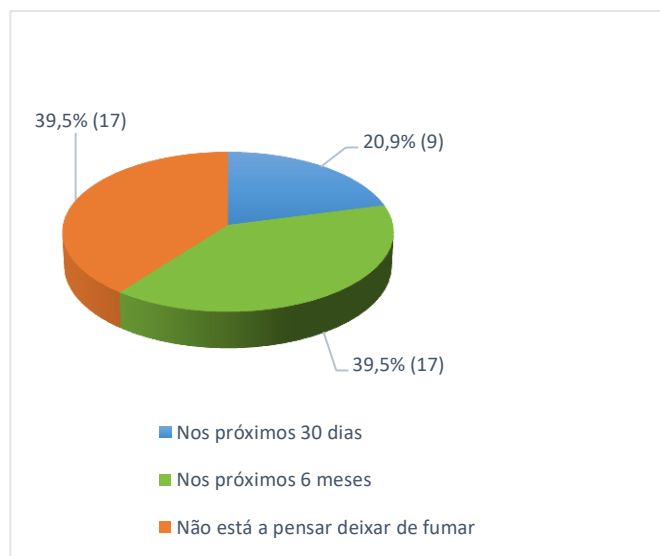
Na análise do Gráfico 11 verifica-se que a maioria dos/as fumadores/as consome até 10 cigarros por dia (76,7%), situando-se em 23,3% o valor dos/as que fumam entre 11 e 20 cigarros (DP = 0,4).

Gráfico 11 Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Quantos cigarros fuma por dia” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=43)



O Gráfico 12 dá conta que 39,5% dos/as consumidores/as de tabaco não está a pensar em deixar de fumar, *ex aequo* com aqueles/as que pensam em deixar este consumo nos próximos 6 meses (DP = 0,7).

Gráfico 12: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Está a pensar em deixar de fumar” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=43)



Neste estudo pretendeu-se, também, perceber que tipo de produtos do tabaco eram consumidos antes de os/as estudantes os terem consumido pela última vez. Verificase, pela informação do Gráfico 13, que a maior parte (25,3%) consumia cigarros, seguido do cachimbo de água (3,5%) e do tabaco de enrolar (2,5%). O cigarro eletrónico, as cigarrilhas e os charutos apresentam frequências muito reduzidas e os demais produtos ficaram sem qualquer escolha.

Este item prevê a possibilidade de se indicar o consumo de outros produtos do tabaco que se consumiam antes de os ter consumido pela última vez. Nesta opção, registam-se duas asserções, com a designação de “erva”.

Os/as ex-fumadores/as revelam, também, os motivos que os/as levaram a deixar de fumar (Gráfico 14), percebendo-se que o fizeram particularmente por preocupações sobre os riscos para a sua saúde (20,4%) e para dar exemplo, enquanto futuros/as profissionais de saúde (6,7%).

A análise de conteúdo a este item identificou outros motivos para a decisão da cessação tabágica, sendo os de maior destaque: não gostar (18,5%); desinteresse (13,5%); mal-estar (6,5%). A gravidez foi referida duas vezes e a prática desportiva e a doença apenas uma.

Por fim, nesta dimensão, inquiriram-se os/as alunos/as acerca do(s) método(s) usado(s) para deixar de fumar na última tentativa.

Cerca de 24,6% considera que não usou método algum, socorrendo-se apenas da sua “força de vontade”. Nenhum outro método referido recebeu uma escolha que fosse expressiva (apenas uma pessoa referiu o apoio médico). Algumas inserções, sem significado, foram registadas: “não tive adição” ($f=4$); “não precisei de nenhum método” ($f=1$), “rebuçados de mentol” ($f=1$); “apenas experimentei” ($f=13$).

Gráfico 13: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Tipo de produtos do tabaco consumidos antes de os ter consumido pela última vez” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=285)

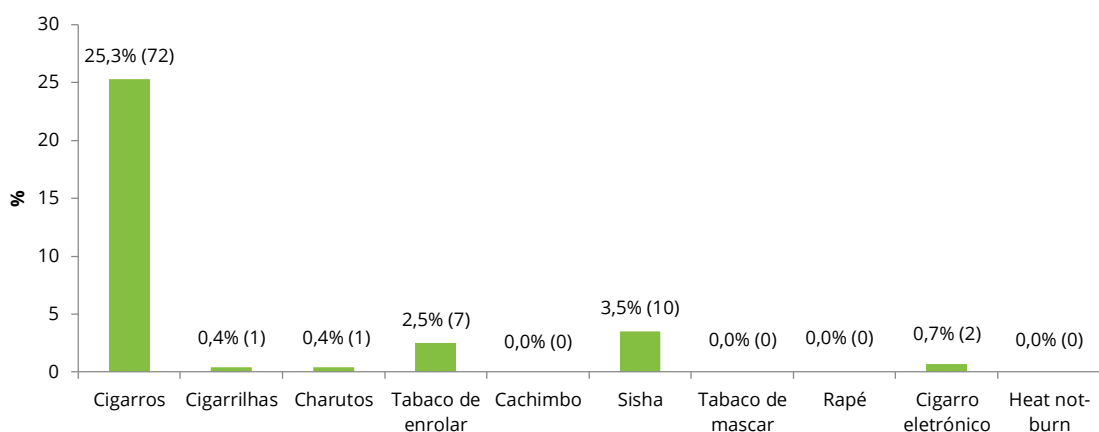
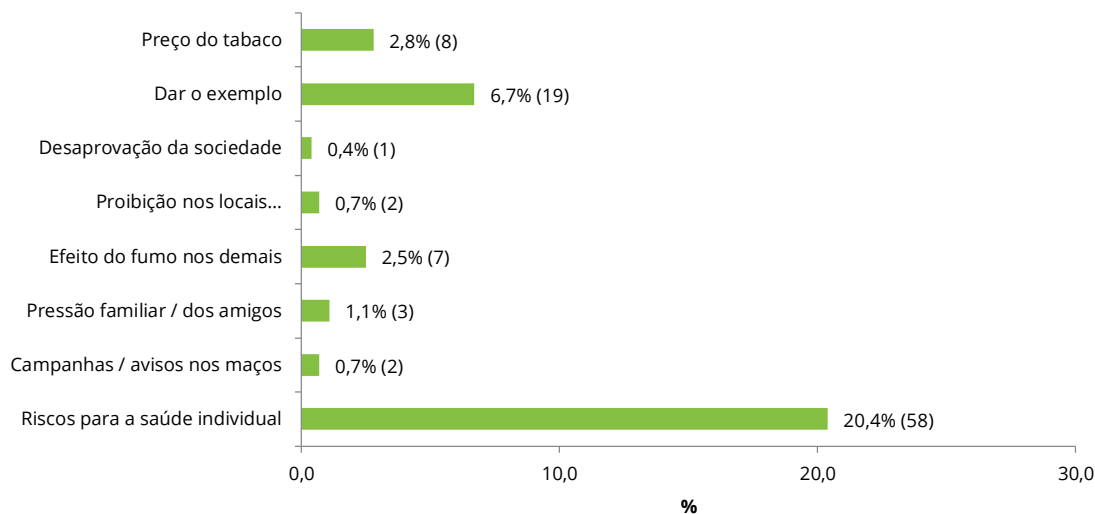


Gráfico 14: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Quais foram os motivos que o levaram a deixar de fumar” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=285)



Dimensão III - Exposição ao fumo ambiental do tabaco

Entre os/as inquiridos/as, 56,9% declarou não estar exposto/a ao FAT no local onde reside, durante a última semana antes de ser questionado/a; 20,3% disse que está exposto/a diariamente e 13,8% teve pessoas a fumar na sua residência 1 a 2 dias (Gráfico 15). As mulheres estão menos expostas ao FAT (19,5%) que os homens (35,6%) ($p\text{-value} = 0,16$).

A exposição ao FAT em outros locais, sem ser onde se reside, é intensa. Trinta e um por cento considera que esteve exposto/a todos os dias da semana transata ao inquirido. Segue-se o grupo que teve na sua presença pessoas a fumar entre 1 a 2 dias (28,9%) e um grupo, de 15,5%, que teve na sua presença pessoas a fumar entre 3 a 4 dias (Gráfico 16).

Gráfico 15: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco na residência” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=232)

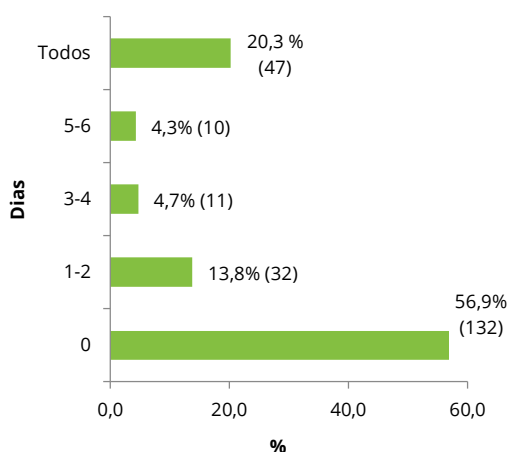
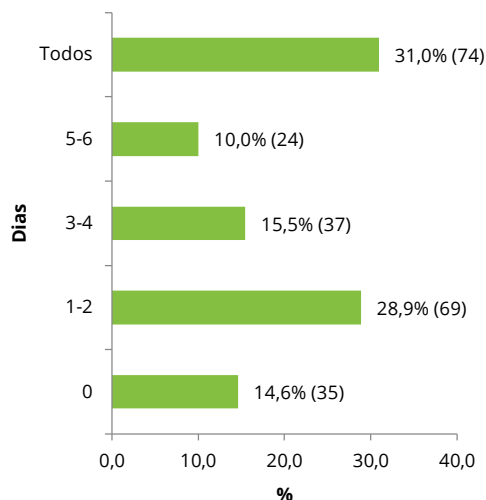


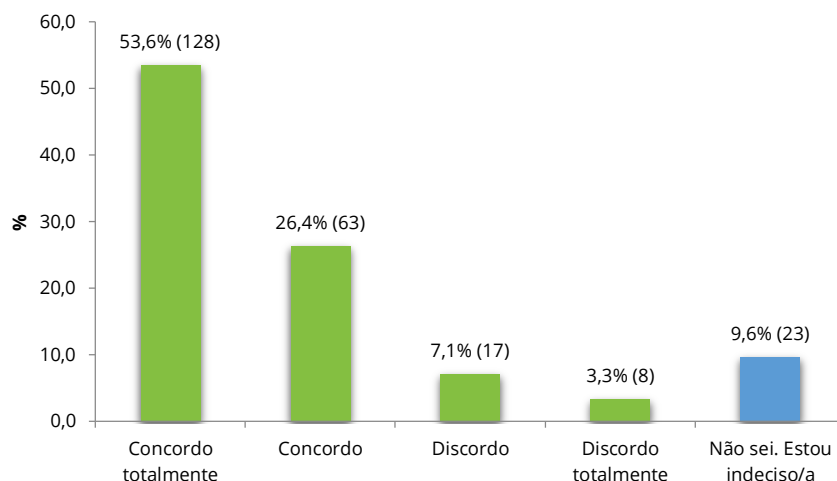
Gráfico 16: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco fora da residência” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=239)



A leitura do Gráfico 17 deixa perceber que 80,0% considera que a proibição regulamentar de fumar nos edifícios escolares é aplicada. Ainda assim, 10,4% dos inquiridos/as discorda desta posição, considerando que não é aplicada a regulamentação e 9,6% não sabe ou está indeciso/a.

A análise de conteúdo às asserções introduzidas neste campo, como critério para a resposta dada, permitiu construir as seguintes categorias: respeito pelos outros ($f=4$); fuma-se à entrada da escola ($f=44$); FAT ($f=36$); existe cumprimento da legislação ($f=49$); dar o exemplo ($f=2$); prejudicial para a saúde ($f=17$); existem locais para se fumar ($f=2$); fuma-se em locais proibidos ($f=1$).

Gráfico 17: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Cumprimento da proibição de fumar nos edifícios escolares” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=239)



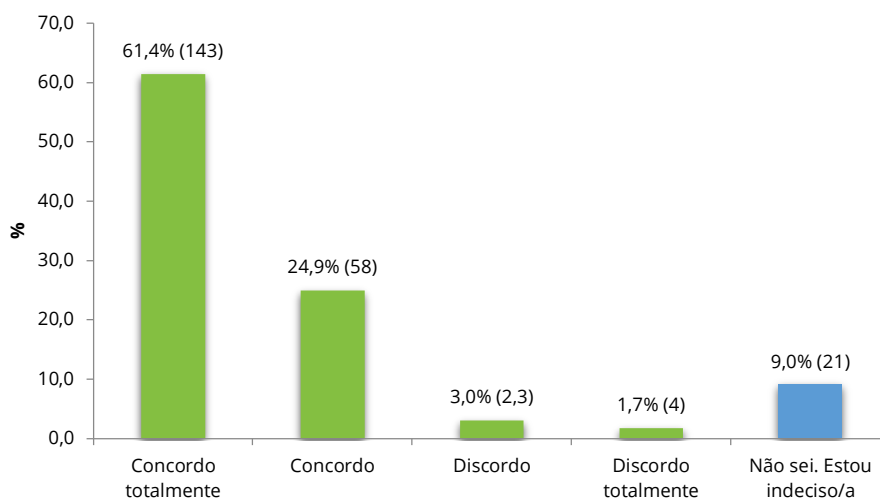
Os resultados obtidos para os locais onde se desenvolvem as práticas clínicas estão desenvolvidos as práticas clínicas estão próximos dos encontrados para os edifícios escolares. Cerca de 86,3% concordou que é cumprido o regulamento destes espaços e apenas 4,7% discordou desta posição (Gráfico 18).

Da análise de conteúdo emergiram as seguintes categorias e respetivas frequências: falta de higiene ($f=2$); fuma-se à entrada ($f=13$); é cumprida a legislação ($f=28$); é perigoso

($f=7$); preocupação pelo estado de saúde dos utentes ($f=26$); FAT ($f=10$); existem locais próprios para se fumar ($f=2$); por vezes, fuma-se no interior dos edifícios ($f=1$); dar o exemplo ($f=8$).

Numa análise mais detalhada, procuraram-se relações entre as variáveis, testando a heterogeneidade de duas amostras ordinais. Os resultados apresentam-se na Tabela 20, Tabela 21 e Tabela 28.

Gráfico 18: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Cumprimento da proibição de fumar nos locais de práticas clínicas” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=233)



A leitura da Tabela 20 permite perceber associações:

1. Significativas entre a variável “Sexo” e a variável:
 - 1.1. Idade em que experimentou pela primeira vez fumar (*Mediana*, feminino=16,0; masculino=17,0);
 - 1.2. Exposição ao FAT no local onde se reside (*Mediana*, feminino=1,0; masculino=2,0).
2. Muito significativas entre o facto de se ter fumado alguma vez e:
 - 2.1. A exposição ao FAT em casa (*Mediana*, não=1,0; sim=2,0);
 - 2.2. A exposição ao FAT fora de casa (*Mediana*, não=1,0; sim=2,0).

3. Muito significativas entre os hábitos tabágicos (detalhados) e:
 - 3.1. A idade em que experimentou fumar pela primeira vez (*Mediana*, experimentou=17,0; fuma ocasionalmente=16,0; fuma diariamente=15,0);
 - 3.2. A exposição ao FAT no local onde se reside (*Mediana*, nunca fumou=1,0; experimentou=2,0; fuma ocasionalmente=3,0; fuma diariamente=3,0);
 - 3.3. A exposição ao FAT em outros locais sem ser onde se reside (*Mediana*, nunca fumou=2,0; experimentou=3,0; fuma ocasionalmente=5,0; fuma diariamente=5,0).

Tabela 20: Associações entre variáveis das dimensões I-III para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Variáveis	Que idade tinha quando fumou pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares	
Sexo	0,014*	0,118	0,819	0,021*	0,201	0,437	Mann-Whitney
Alguma vez fumou?	NA	NA	NA	<0,001***	<0,001***	0,300	
Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente)	0,008***	0,252	0,229	<0,001***	<0,001***	0,087	Kruskal-Wallis

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

Tabela 21: Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Variáveis	Alguma vez fumou?	Hábitos tabágicos (Nunca fumou; experimentou; fuma diariamente)	Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma diariamente)
<i>Pearson Chi-Square</i>			
<i>(p-values)</i>			
Sexo	0,003***	<0,001***	<0,001***
Alguma vez fumou?	NA	<0,001***	<0,001***
Hábitos tabágicos (Nunca fumou; experimentou; fuma diariamente)		NA	<0,001***

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

No domínio da análise apresentada na Tabela 21, foram identificadas correlações significativas e muito significativas entre todas as variáveis em análise. De seguida, apresentam-se os respetivos resíduos ajustados⁶ (Tabela 22, Tabela 23, Tabela 24, Tabela 25, Tabela 26 e Tabela 27).

⁶ O resíduo é dado pela diferença entre a variável resposta observada e a variável resposta estimada. A análise dos valores dos resíduos ajustados permite dizer em que categorias as variáveis apresentam associação estatística (ainda que esta não seja significativa). Quanto maior for o resíduo ajustado maior a associação entre as categorias.

Tabela 22: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Alguma vez fumou ou consumiu produtos com tabaco”

Sexo		Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco)?		Total
		Não	Sim	
Feminino	Count	97	88	185
	Adjusted Residual	3,0	-3,0	
Masculino	Count	19	43	62
	Adjusted Residual	-3,0	3,0	
TOTAL	COUNT	116	131	247

N.º de testes: 4. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,24.

Tabela 23: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Hábitos tabágicos”

Sexo		Consome tabaco de forma regular?			Total
		Nunca fumou	Experimentou	Fuma regularmente	
Feminino	Count	147	60	28	235
	Adjusted Residual	3,9	-1,4	-3,5	
Masculino	Count	24	23	20	67
	Adjusted Residual	-3,9	1,4	3,5	
TOTAL	COUNT	171	83	48	302

N.º de testes: 6. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,39.

Tabela 24: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Hábitos tabágicos detalhados”

Sexo		Hábitos tabágicos (detalhados)				Total
		Nunca fumou	Experimentou	Fuma ocasionalmente	Fuma diariamente	
Feminino	Count	147	60	13	15	235
	Adjusted Residual	3,9	-1,4	-3,9	-0,7	
Masculino	Count	24	23	14	6	67
	Adjusted Residual	-3,9	1,4	3,9	0,7	
TOTAL	COUNT	171	83	27	21	302

N.º de testes: 8. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,50.

Tabela 25: Resíduos para a associação entre as variáveis “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos”

Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco)?		Consome tabaco de forma regular?			Total
		Nunca fumou	Experimentou	Fuma regularmente	
Não	Count	116	0	0	116
	Adjusted Residual	15,7	-10,5	-7,3	
Sim	Count	0	83	48	131
	Adjusted Residual	-15,7	10,5	7,3	
TOTAL	COUNT	116	83	48	247

N.º de testes: 6. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,39.

Tabela 26: Resíduos para a associação entre as variáveis “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos detalhados”

Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco)?		Hábitos tabágicos (detalhados)				Total
		Nunca fumou	Experimentou	Fuma ocasionalmente	Fuma diariamente	
Não	Count	116	0	0	0	116
	Adjusted Residual	15,7	-10,5	-5,2	-4,5	
Sim	Count	0	83	27	21	131
	Adjusted Residual	-15,7	10,5	5,2	4,5	
TOTAL	COUNT	116	83	27	21	247

N.º de testes: 8. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,50.

Tabela 27: Resíduos para a associação entre as variáveis “Hábitos tabágicos” e “Hábitos tabágicos detalhados”

Consome tabaco de forma regular?		Hábitos tabágicos (detalhados)				Total
		Nunca fumou	Experimentou	Fuma ocasionalmente	Fuma diariamente	
Nunca fumou	Count	171	0	0	0	171
	Adjusted Residual	17,4	-12,2	-6,2	-5,4	
Experimentou	Count	0	83	0	0	83
	Adjusted Residual	-12,2	17,4	-3,4	-2,9	
Fuma regularmente	Count	0	0	27	21	48
	Adjusted Residual	-8,6	-4,7	12,5	10,9	
TOTAL	COUNT	171	83	27	21	302

N.º de testes: 12. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,64.

No que diz respeito a outras associações, os dados apresentados na Tabela 28 dão conta de diferenças significativas entre a idade com que se consumiu tabaco pela primeira vez, a idade com que se iniciou o seu consumo

regular e o número de vezes que se deixou de fumar ou de consumir tabaco. Além destas, é muito significativa a associação entre a exposição ao FAT em ambiente onde se reside e fora dele.

Tabela 28: Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Variáveis	Que idade tinha quando fumou ou consumiu pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares
<i>p-values</i>						
Que idade tinha quando fumou ou consumiu pela primeira vez?	NA	<0,001***	0,44*	0,926	0,305	0,592
Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?		NA	0,248	0,136	0,900	0,512
Quantas vezes tentou deixar de fumar ou consumir tabaco?			NA	0,594	0,154	0,163
Exposição ao FAT em casa				NA	<0,001***	0,085
Exposição ao FAT fora de casa					NA	0,832

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

Dimensão IV – Atitudes e Conhecimentos

Os resultados que se seguem (Tabela 29) dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 28 afirmações relacionadas

com conhecimentos quanto ao consumo de tabaco. A fiabilidade dos itens é moderada a alta, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,819 (127).

Tabela 29: Atitudes e conhecimentos relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Perguntas	DT*	D*	C*	CT*	NS*	N	\bar{X} *	\hat{X} *	IQR*
	(1)	(2)	(3)	(4)	IND				
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)				
19. O consumo de tabaco deveria ser proibido a pessoas com menos de 18 anos de idade.	1 (0,5)	12 (5,6)	51 (23,6)	146 (67,6)	6 (2,8)	216	4	4	1

* DT – Discordo totalmente. D – Discordo. C – Concordo. CT – Concordo totalmente. NS – Não sei. Estou indeciso/a. \bar{X} – Mediana. \hat{X} – Moda. IQR – *Interquartile range*.

Tabela 29: (Continuação) Atitudes e conhecimentos relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Perguntas	DT*	D*	C*	CT*	NS*	N	\bar{X} *	\bar{X} *	IQR*
	(1)	(2)	(3)	(4)	IND				
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)				
20. Os profissionais de saúde deveriam ter formação específica em técnicas de aconselhamento e tratamento da cessação tabágica.	1 (0,5)	2 (0,9)	55 (25,5)	153 (70,8)	5 (2,3)	216	4	4	1
21. Os profissionais de saúde deveriam ser "modelos" para os seus pacientes e para o público relativamente ao uso do tabaco.	8 (3,7)	29 (13,4)	82 (38,0)	87 (40,3)	10 (4,6)	216	3	4	1
22. Os profissionais de saúde deveriam, por norma, perguntar aos seus pacientes os seus hábitos tabágicos.	2 (0,9)	29 (13,4)	94 (43,5)	85 (39,4)	6 (2,8)	216	3	3	1
23. Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, os seus pacientes a deixar de fumar.	2 (0,9)	11 (5,1)	79 (36,7)	122 (56,7)	1 (0,5)	215	4	4	1
24. Os profissionais de saúde deveriam trabalhar com grupos da comunidade sobre a prevenção do tabagismo.	2 (0,9)	9 (4,2)	93 (43,1)	104 (48,1)	8 (3,7)	216	3	4	1
25. Os profissionais de saúde têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica.	1 (0,5)	2 (0,9)	48 (22,2)	163 (75,5)	2 (0,9)	216	4	4	0
26. A probabilidade dos pacientes deixarem de fumar com sucesso aumentam se os profissionais de saúde os aconselharem a deixar de fumar.	5 (2,3)	33 (15,3)	103 (47,7)	57 (26,4)	18 (8,3)	216	3	3	2
27. É menos provável que os profissionais de saúde que fumam aconselhem os pacientes a deixarem de fumar.	19 (8,8)	73 (33,8)	75 (34,7)	33 (15,3)	16 (7,4)	216	2,5	3	1
28. Todos os estabelecimentos de ensino superior deveriam ter consultas de cessação tabágica acessíveis aos alunos para aconselhamento, tratamento e acompanhamento.	7 (3,2)	36 (16,7)	86 (39,8)	73 (33,8)	14 (6,5)	216	3	3	2
29. A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem sempre riscos para a saúde individual.	2 (0,9)	4 (1,9)	47 (21,8)	161 (74,5)	2 (0,9)	216	4	4	1
30. A morte neonatal está associada à exposição ao fumo ambiental do tabaco.	4 (1,9)	27 (12,5)	87 (40,3)	43 (19,9)	55 (25,5)	216	3	3	3
31. O tabagismo materno durante a gravidez aumenta o risco de Síndrome de Morte Súbita do lactente.	0 (0,0)	6 (2,8)	98 (45,4)	77 (35,6)	35 (16,2)	216	3	3	1
32. A exposição ao fumo ambiental do tabaco aumenta o risco de doença pulmonar em adultos não fumadores.	1 (0,5)	3 (1,4)	86 (39,8)	122 (56,5)	4 (1,9)	216	4	4	1

* DT – Discordo totalmente. D – Discordo. C – Concordo. CT – Concordo totalmente. NS – Não sei. Estou indeciso/a. \bar{X} – Mediana. \bar{X} – Moda. IQR – Interquartile range.

Tabela 29: (Continuação) Atitudes e conhecimentos relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Perguntas	DT*	D*	C*	CT*	NS*	N	\bar{X} *	\hat{X} *	IQR*
	(1)	(2)	(3)	(4)	IND				
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)				
33. A exposição ao fumo ambiental do tabaco não aumenta o risco de doença cardiovascular em adultos não fumadores.	74 (34,3)	81 (37,5)	28 (13,0)	23 (10,6)	10 (4,6)	216	2	2	1
34. O tabagismo dos progenitores aumenta o risco de doenças do trato respiratório inferior, em crianças expostas, como a pneumonia.	6 (2,8)	6 (2,8)	94 (43,5)	89 (41,2)	21 (9,7)	216	3	3	1
35. Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, as pessoas que fumam a evitar fazê-lo próximo das crianças.	1 (0,5)	1 (0,5)	40 (18,5)	171 (79,2)	3 (1,4)	216	4	4	0
36. Não existe um nível sem risco de exposição ao fumo ambiental do tabaco.	12 (5,6)	27 (12,6)	86 (40,0)	47 (21,9)	43 (20,0)	215	3	3	2
37. Os fumadores que não param de fumar encurtam em mais de 10 anos a sua expectativa de vida.	1 (0,5)	7 (3,2)	99 (45,8)	80 (37,0)	29 (13,4)	216	3	3	1
38. Em Portugal, uma em cada cinco mortes ocorridas em pessoas com idades entre os 45 e os 64 anos é atribuída ao consumo de tabaco.	1 (0,5)	9 (4,2)	89 (41,2)	34 (15,7)	83 (38,4)	216	3	3	3
39. O tabaco contribui para a pobreza e as desigualdades em saúde.	12 (5,6)	56 (25,9)	66 (30,6)	29 (13,4)	53 (24,5)	216	2	3	2
40. O constituinte do tabaco responsável pela dependência é o alcatrão.	127 (58,8)	49 (22,7)	17 (7,9)	8 (3,7)	15 (6,9)	216	1	1	1
41. O tabaco aumenta o risco de diabetes e agrava a evolução desta doença.	11 (5,1)	35 (16,2)	70 (32,4)	41 (19,0)	59 (27,3)	216	3	3	3
42. O tabaco aumenta o risco de tuberculose e agrava a evolução desta doença.	15 (7,0)	21 (9,8)	79 (36,9)	48 (22,4)	51 (23,8)	214	3	3	2
43. Fumar um maço de tabaco de cigarros por dia não está associado a um risco muito elevado para a saúde.	147 (68,1)	44 (20,4)	12 (5,6)	7 (3,2)	6 (2,8)	216	1	1	1
44. Parar de fumar tem sempre benefícios.	3 (1,4)	10 (4,6)	58 (26,9)	138 (63,9)	7 (3,2)	216	4	4	1
45. Os benefícios de parar de fumar são maiores quanto mais cedo se parar de fumar.	1 (0,5)	3 (1,4)	64 (29,6)	144 (66,7)	4 (1,9)	216	4	4	1
46. A formação superior recebida provocou-lhe alguma mudança de atitude, acerca do tabagismo, comparativamente ao momento da entrada no curso.	28 (13,0)	41 (19,0)	91 (42,1)	39 (18,1)	17 (7,9)	216	3	3	1

* DT – Discordo totalmente. D – Discordo. C – Concordo. CT – Concordo totalmente. NS – Não sei. Estou indeciso/a. \bar{X} – Mediana. \hat{X} – Moda. IQR – Interquartile range.

Uma primeira análise à informação da Tabela 29 permite colocar em evidência que a maioria dos/as inquiridos/as concorda com o quadro teórico apresentado nesta dimensão (78,2%), tendo 9,6% manifestado o seu desconhecimento ou indecisão. No Gráfico 19 apresentam-se as percentagens de

concordância, de discordância e de indecisão para esta dimensão.

No Gráfico 20 representam-se os valores modais dos itens desta dimensão. O valor modal da dimensão é 3 (“Concordo”).

Gráfico 19: Concordância, discordância e desconhecimento/indecisão relativamente à dimensão IV (atitudes e conhecimentos) para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

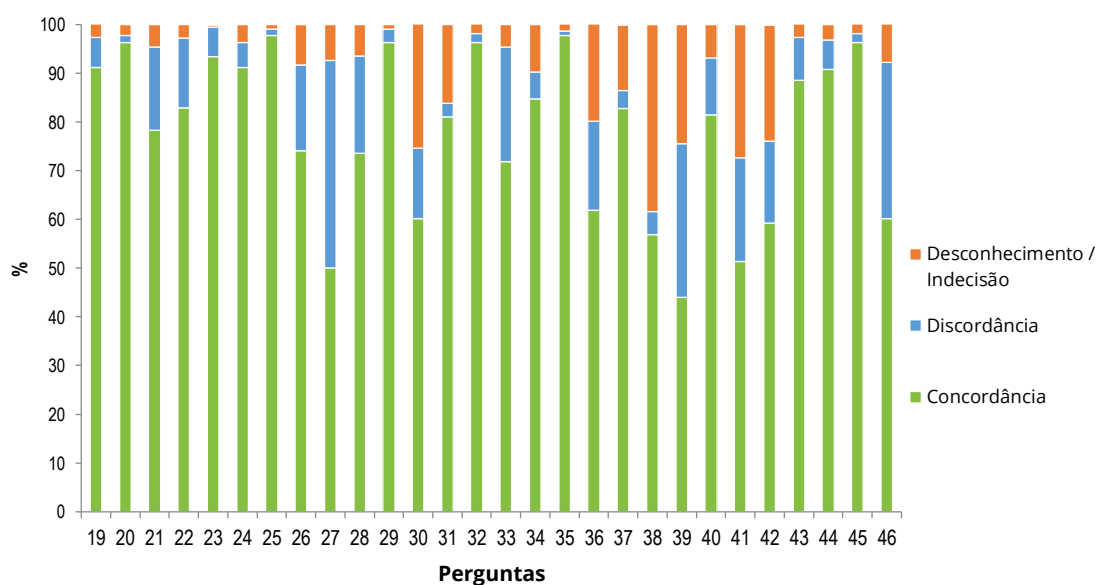
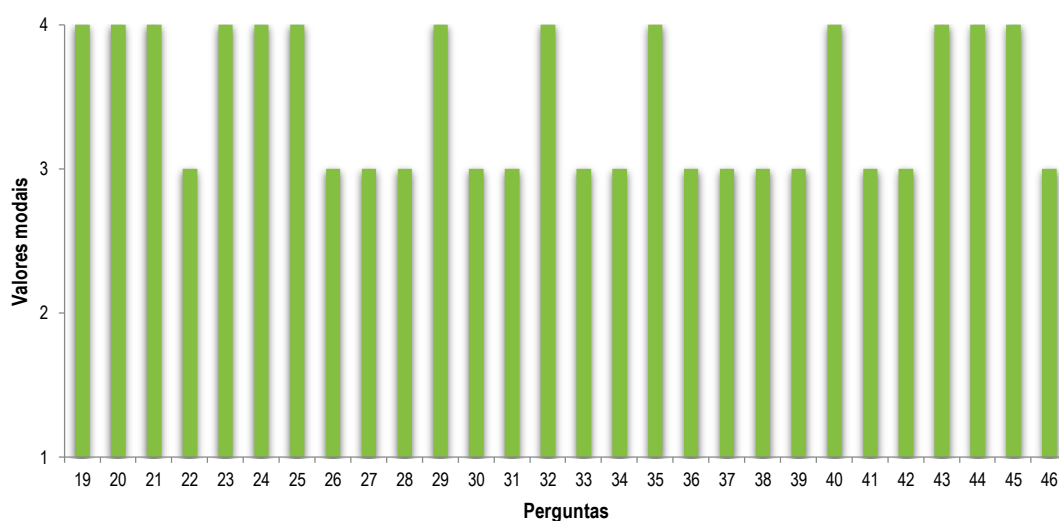


Gráfico 20: Distribuição dos valores modais da dimensão IV (atitudes e conhecimentos) para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas



As afirmações que reuniram maior consenso ao nível da concordância, *ex aequo* com cerca de 98,0%, foram: “Os profissionais de saúde têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica” e “Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, as pessoas que fumam a evitar fazê-lo próximo das crianças”. A proposição “O tabaco contribui para a pobreza e as desigualdades em saúde” congregou a menor percentagem de concordância. Para além das referidas asserções mais aprovadas receberam uma percentagem muito reduzida de discordância (cerca de 1,0%) as proposições “Os profissionais de saúde deveriam ter formação específica em técnicas de aconselhamento e tratamento da cessação tabágica”, “Os profissionais de saúde têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica” e “Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, as pessoas que fumam a evitar fazê-lo próximo das crianças”.

A afirmação “É menos provável que os profissionais de saúde que fumam aconselhem os pacientes a deixarem de fumar” recebeu a maior percentagem de desacordos. Embora a média percentual de desconhecimento/indecisão seja inferior a 10,0%, seis das afirmações apresentam valores maiores ou iguais a 20,0%, com uma expressão máxima, de 38,4%, no item “Em Portugal, uma em cada cinco mortes ocorridas em pessoas com idades entre os 45 e os 64 anos é atribuída ao consumo de tabaco”.

Dimensão V – Perceções sobre a formação teórica recebida

Os resultados que se seguem (Tabela 30) dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 34 afirmações relacionadas com as perceções sobre a formação teórica recebida. A fiabilidade dos itens é elevada, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,974 (127).

Tabela 30: Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\tilde{X}^*	IQR*
47. Constituintes do tabaco e do fumo do tabaco.	25 (14,0)	17 (9,5)	50 (27,9)	59 (33,0)	20 (11,2)	8 (4,5)	179	2	3	2
48. Repercussões do consumo de tabaco na saúde.	7 (3,9)	2 (1,1)	19 (10,6)	88 (49,2)	52 (29,1)	11 (6,1)	179	3	3	1
49. Efeito da exposição ao fumo ambiental do tabaco.	10 (5,6)	5 (2,8)	37 (20,7)	81 (45,3)	38 (21,2)	8 (4,5)	179	3	3	1
50. Mecanismos neurobiológicos da dependência.	13 (7,3)	20 (11,2)	44 (24,6)	68 (38,8)	28 (15,6)	6 (3,4)	179	3	3	1

* \bar{X} – Mediana. \tilde{X} – Moda. IQR – Interquartile range.

Tabela 30: (Continuação) Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\tilde{X}^*	IQR*
51. Mecanismos psicológicos da dependência.	14 (7,8)	19 (10,6)	52 (29,1)	61 (34,1)	28 (15,6)	5 (2,8)	179	2	3	1
52. Razões pelas quais as pessoas fumam.	20 (11,2)	11 (6,1)	38 (21,2)	67 (37,4)	28 (15,6)	15 (8,4)	179	3	3	2
53. Síndrome de abstinência da nicotina.	15 (8,4)	16 (8,9)	37 (20,7)	76 (42,5)	30 (16,8)	5 (2,8)	179	3	3	1
54. Epidemiologia do consumo de tabaco.	21 (11,7)	18 (10,1)	57 (31,8)	54 (30,2)	18 (10,1)	11 (6,1)	179	2	2	2
55. Modelos e técnicas de prevenção em tabagismo.	25 (14,0)	16 (8,9)	69 (38,5)	35 (19,6)	24 (13,4)	10 (5,6)	179	2	2	2
56. Benefícios para a saúde em deixar de fumar.	6 (3,4)	5 (2,8)	24 (13,4)	71 (39,7)	56 (31,3)	17 (9,5)	179	3	3	2
57. Modelos de mudança comportamental relacionados com o tabagismo (exemplo: Prochaska e DiClemente).	77 (43,0)	29 (16,2)	35 (19,6)	18 (10,1)	10 (5,6)	10 (5,6)	179	1	-1	3
58. Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A).	79 (44,1)	30 (16,8)	30 (16,8)	24 (13,4)	10 (5,6)	6 (3,4)	179	1	-1	3
59. Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A).	79 (44,1)	31 (17,3)	31 (17,3)	24 (13,4)	8 (4,5)	6 (3,4)	179	1	-1	3
60. Como avaliar a motivação e prontidão para fazer uma tentativa para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A).	80 (44,7)	33 (18,4)	26 (14,5)	24 (13,4)	8 (4,5)	8 (4,5)	179	1	-1	3

* \bar{X} – Mediana. \tilde{X} – Moda. IQR – Interquartile range.

Tabela 30: (Continuação) Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\tilde{X}^*	\hat{X}^*	IQR*
61. Como ajudar a pessoa que fuma a marcar o “Dia D” e preparar a tentativa para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A).	75 (41,9)	33 (18,4)	32 (17,9)	21 (11,7)	13 (7,3)	5 (2,8)	179	1	-1	3
62. Como acompanhar o progresso da pessoa que parou de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A).	78 (43,6)	35 (19,6)	28 (15,6)	20 (11,2)	14 (7,8)	4 (2,2)	179	1	-1	3
63. Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Muito Breve (algoritmos 3A, ABC ou 2A+R).	82 (45,8)	35 (19,6)	30 (16,8)	15 (8,4)	11 (6,1)	6 (3,4)	179	1	-1	3
64. Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar na Intervenção Muito Breve (algoritmo 3A ou 2As+R).	80 (44,7)	36 (20,1)	29 (16,2)	18 (10,1)	9 (5,0)	7 (3,9)	179	1	-1	3
65. Como realizar o terceiro passo (avaliar ou referenciar) na Intervenção Muito Breve (algoritmos 3A ou 2A+R).	79 (44,1)	37 (20,7)	28 (15,6)	18 (10,1)	9 (5,0)	8 (4,5)	179	1	-1	3
66. Como abordar pessoas que estejam ambivalentes ou não desejem parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5R).	77 (43,0)	31 (17,3)	31 (17,3)	24 (13,4)	8 (4,5)	8 (4,5)	179	1	-1	3

* \tilde{X} – Mediana. \hat{X} – Moda. IQR – Interquartile range.

Tabela 30: (Continuação) Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\tilde{X}^*	\bar{X}^*	IQR*
67. Abordagem do fumador em contexto clínico.	44 (24,6)	29 (16,2)	46 (25,7)	41 (22,9)	14 (7,8)	5 (2,8)	179	2	2	3
68. Intervenção de Apoio Intensivo de acordo com o Programa-tipo da Direção-Geral da Saúde (DGS, 28/12/2007).	72 (40,2)	36 (20,1)	34 (19,0)	23 (12,8)	6 (3,4)	8 (4,5)	179	1	-1	3
69. Cessação tabágica em grupos específicos (exemplos: pessoas idosas, mulheres grávidas, adolescentes, pessoas com doença mental).	52 (29,1)	26 (14,5)	39 (21,8)	38 (21,2)	15 (8,4)	9 (5,0)	179	2	-1	4
70. Aconselhamento baseado na entrevista motivacional com o objetivo de motivar e ajudar a resolver a ambivalência.	53 (29,6)	32 (17,9)	46 (25,7)	29 (16,2)	14 (7,8)	5 (2,8)	179	1	-1	3
71. Como expressar empatia durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	49 (27,4)	29 (16,2)	34 (19,0)	47 (26,3)	11 (6,1)	9 (5,0)	179	2	-1	4
72. Como lidar com a ambivalência do paciente durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	57 (31,8)	30 (16,8)	43 (24,0)	35 (19,6)	7 (3,9)	7 (3,9)	179	1	-1	3
73. Como lidar com a resistência à mudança durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	56 (31,3)	29 (16,2)	48 (26,8)	35 (19,6)	5 (2,8)	6 (3,4)	179	1	-1	3

* \tilde{X} - Mediana. \bar{X} - Moda. IQR - Interquartile range.

Tabela 30: (Continuação) Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\bar{X}^*	IQR*
74. Como estimular a autodeterminação e autoeficácia durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	56 (31,3)	29 (16,2)	43 (24,0)	39 (21,8)	7 (3,9)	5 (2,8)	179	1	-1	4
75. Formação sobre técnicas de aconselhamento cognitivo-comportamental.	68 (38,0)	31 (17,3)	42 (23,5)	25 (14,0)	6 (3,4)	7 (3,9)	179	1	-1	3
76. A prevenção das recaídas.	59 (33,0)	29 (16,2)	47 (26,3)	31 (17,3)	9 (5,0)	4 (2,2)	179	1	-1	3
78. O conhecimento e a utilização de materiais educativos para apoiar a cessação tabágica dos pacientes que querem deixar de fumar.	51 (28,5)	20 (11,2)	43 (24,0)	46 (25,7)	14 (7,8)	5 (2,8)	179	2	-1	4
79. A prescrição, indicações e contra-indicações das terapêuticas de substituição da nicotina em programas de cessação tabágica (tais como os adesivos ou pastilhas).	32 (17,9)	22 (12,3)	42 (23,5)	56 (31,3)	20 (11,2)	7 (3,9)	179	2	3	2
80. A prescrição, indicações e contra-indicações de fármacos de primeira linha para a cessação tabágica tais como a Bupropiona e a Vereniclina.	31 (17,3)	21 (11,7)	50 (27,9)	49 (27,4)	18 (10,1)	10 (5,6)	179	2	2	2

* \bar{X} – Mediana. \bar{X} – Moda. IQR – Interquartile range.

Numa leitura global dos resultados da Tabela 30 ressalta o facto de 27,5% dos/as inquiridos/as terem considerado que as componentes de formação teórica apresentadas não foram abordadas durante a sua formação académica de cinco anos letivos. Relacionado com este facto, 35,6% dos/as inquiridos/as referem que não se sentem preparados/as ou estão mal preparados/as (13,8% e 21,8%, respetivamente) para atuar ao nível da prevenção e do tratamento do tabagismo. Uma franja de 32,7% considera-se preparada, sendo inferior a 10,0% os/as muito bem preparados/as.

“Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Muito Breve (algoritmos 3A, ABC ou 2A+R)” corresponde ao tema que não foi abordado com os/as alunos/as que recebeu maior escolha (45,8%), seguindo-se outros dez temas que receberam mais de 40,0% de referências. Relacionado com este aspeto, o item *“Como realizar o terceiro passo (avaliar ou referenciar) na Intervenção Muito Breve (algoritmos 3A ou 2A+R)”* recebeu 20,7% de escolhas, anunciando a não preparação para a realização desta estratégia.

O conteúdo que recebeu maior frequência, relativamente à muito boa preparação dos/as alunos/os é o conhecimento de “Benefícios para a saúde de deixar de fumar”, com 31,3% de escolhas, ainda assim abaixo da média para a *“pouca preparação”* (38,5%). A boa preparação encontra o seu valor máximo (49,2%) na formação recebida sobre as “Repercussões do consumo de tabaco na saúde”. Os valores da mediana, nesta dimensão, descrevem um percurso entre *“Não me sinto preparado/a”* e *“Sinto-me bem preparado/a”*, com média de 1,5. A classe modal da dimensão é de -1 (*“O tema não foi abordado”*).

Se se tomar a decisão de agrupar os valores do ponto da escala *“O tema não foi abordado”* com o *“Não me sinto preparado/a”*, e de igual modo os do ponto *“Sinto-me bem preparado/a”* com os do *“Sinto-me muito bem preparado”*, podem-se representar as perceções da formação teórica recebida conforme se mostra no Gráfico 21.

No Gráfico 22 distribuem-se os valores modais ao longo das várias perguntas. A classe modal desta dimensão é de -1 (*“O tema não foi abordado”*).

Gráfico 21: Preparação relativamente aos conteúdos teóricos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

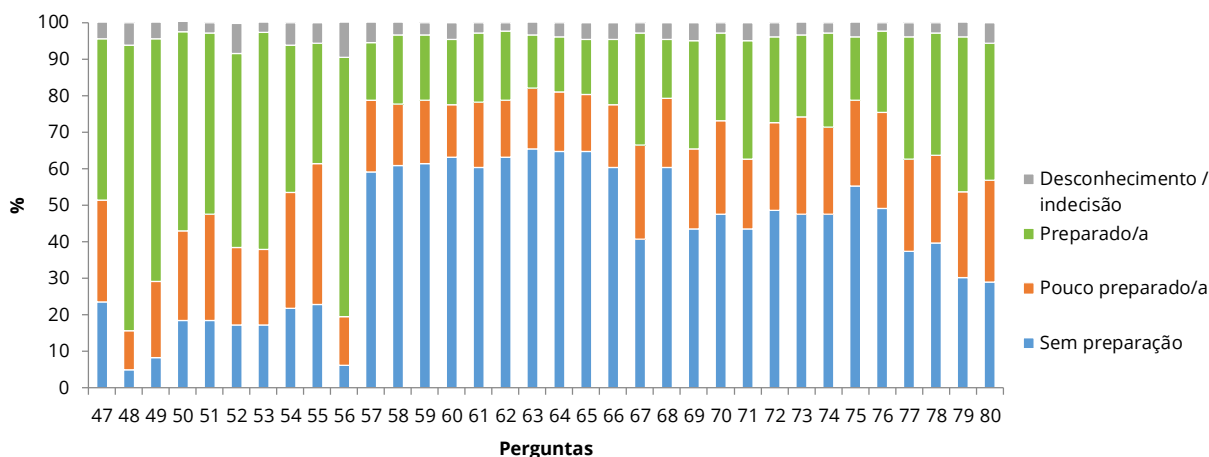
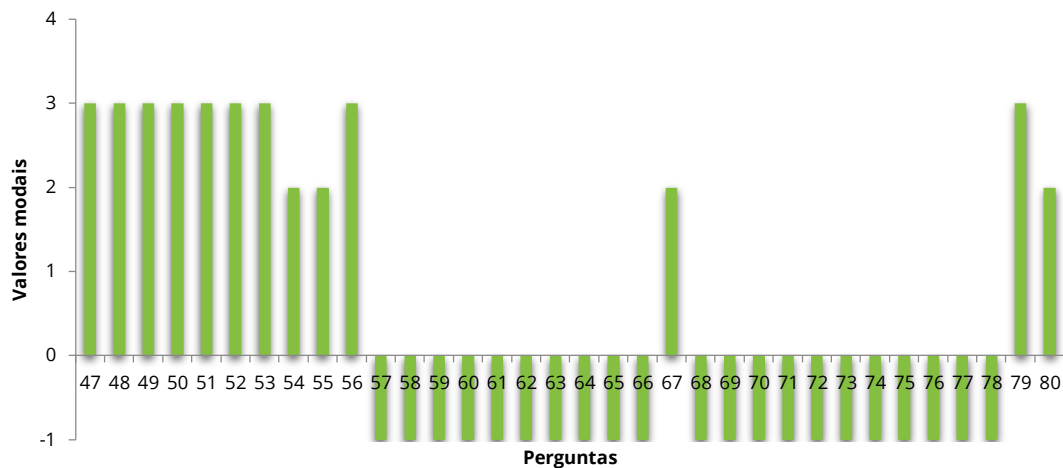


Gráfico 22: Distribuição dos valores modais da dimensão V (percepções sobre a formação teórica recebida) para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas



Dimensão VI - Percepções sobre a formação prática recebida

Os resultados que se apresentam na Tabela 31 dizem respeito ao grau de concordância

relativamente a sete afirmações relacionadas com percepções sobre a formação prática recebida. A fiabilidade dos itens é alta, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,970 (127).

Tabela 31: Percepções sobre a formação prática recebida para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\tilde{X}^*	IQR*
81. Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes fumadores e o registo na ficha clínica.	70 (39,5)	27 (15,3)	40 (22,6)	32 (18,1)	5 (2,8)	3 (1,7)	177	1	-1	3
82. Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes em diferentes fases de preparação para a cessação tabágica.	73 (41,2)	30 (16,9)	36 (20,3)	30 (16,9)	5 (2,8)	3 (1,7)	177	1	-1	3

* \bar{X} - Mediana. \tilde{X} - Moda. * \bar{X} - Mediana. \tilde{X} - Moda. IQR - Interquartile range.

Tabela 31: (Continuação) Perceções sobre a formação prática recebida para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\tilde{X}^*	IQR*
83. Formação prática sobre a entrevista motivacional como uma intervenção adaptada a qualquer processo de mudança comportamental.	75 (42,4)	27 (15,3)	38 (21,5)	29 (16,4)	4 (2,3)	4 (2,3)	177	1	-1	3
84. Participação em projetos de prevenção do tabagismo dirigidos a grupos de pacientes fumadores.	72 (40,7)	26 (14,7)	37 (20,9)	33 (18,6)	5 (2,8)	4 (2,3)	177	1	-1	3
85. Participação numa consulta de cessação tabágica (estágio).	82 (46,3)	34 (19,2)	32 (18,1)	20 (11,3)	4 (2,3)	5 (2,8)	177	1	-1	3
86. Participação em projetos de tratamento do tabagismo.	75 (42,4)	35 (19,8)	31 (17,5)	26 (14,7)	5 (2,8)	5 (2,8)	177	1	-1	3
87. Participação em projetos de prevenção do tabagismo na comunidade.	74 (41,8)	29 (16,4)	37 (20,9)	27 (15,3)	4 (2,3)	6 (3,4)	177	1	-1	3

* \bar{X} - Mediana. \tilde{X} - Moda. * \bar{X} - Mediana. \tilde{X} - Moda. IQR - Interquartile range.

Os resultados expressos na Tabela 31 relativos às perceções sobre a formação prática recebida durante a formação académica, são congruentes com os encontrados para a dimensão V. A maior parte dos/as alunos/as declara que os temas não foram abordados e, por isso, não se sente preparada para intervir (médias de 42,0% e 16,8%, respetivamente). Aqueles/as que se consideram bem/muito bem preparados igualam 18,5%, afirmando um grupo maior (20,3%) que está pouco preparado. Nesta dimensão, 2,4% dos/as inquiridos/as

indicaram desconhecimento/in-decisão sobre a temática. O valor médio da mediana é de 1. O valor modal desta dimensão é -1 ("O tema não foi abordado").

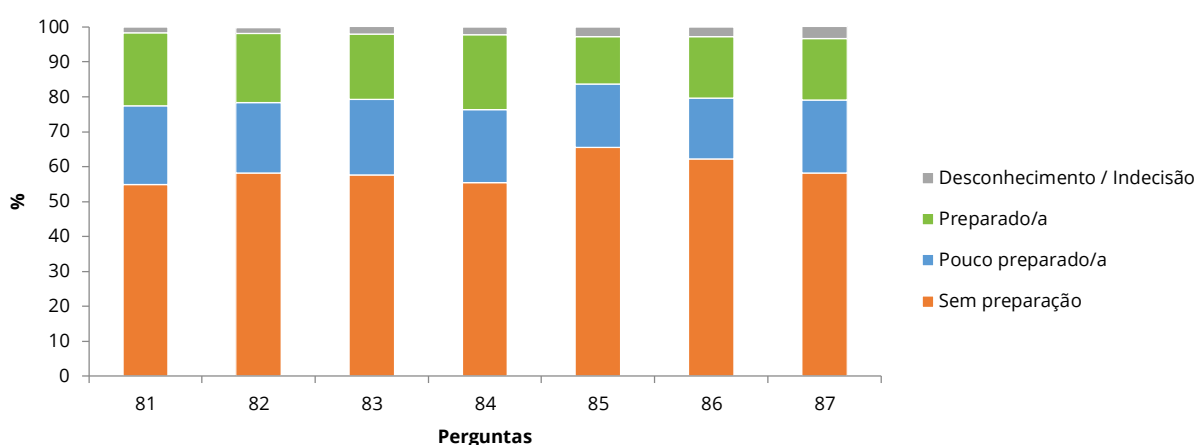
A "Participação em projetos de prevenção do tabagismo dirigidos a grupos de pacientes fumadores" foi o item que recolheu maior favoritismo relativamente à preparação (21,4%). Todos os temas apresentam um valor percentual igual ou superior a cerca de 39,5% referido a não terem sido abordados na formação, com maior percentagem na

“Participação numa consulta de cessação tabágica (estágio)” (46,3%).

Se se tomar a decisão de agrupar os valores do ponto da escala *“O tema não foi abordado”* com o *“Não me sinto preparado/a”*, e de igual modo os do ponto *“Sinto-me bem preparado/a”*

com os do *“Sinto-me muito bem preparado/a”*, pode-se ter a representação das perceções da formação prática recebida conforme se reproduz no Gráfico 23.

Gráfico 23: Preparação relativamente aos conteúdos práticos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.



Com o intuito de se determinar as variáveis em estudo que se revelam preditores das competências para intervir, no domínio da prevenção e do tratamento do tabagismo, por parte dos estudantes de Ciências Farmacêuticas, recorreu-se à utilização do modelo de regressão logística. De salientar que das quatro variáveis de resumo que pareceram potenciais preditores – *“Atitudes e Conhecimentos (global)”*, *“Perceções sobre a formação teórica recebida (global)”*, *“Perceções sobre a formação prática recebida”*, *“Perceções*

sobre a aquisição de competências” – apenas foi considerada na análise de regressão as *“Perceções sobre a formação prática recebida”*, tentando minimizar-se o efeito da multicolinearidade (entendido como um problema no ajuste do modelo que pode causar impactos na estimativa dos resultados estatísticos).

Na Tabela 32 estão expressos os resultados inerentes à variável *“Competência para Intervir”* (CPI), que foi dicotomizada (>5 e ≤5).

Tabela 32: Modelo de regressão logística para a variável “Competência para Intervir” (CPI) para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Parâmetros	Unstandardized Coefficients		95% Wald Intervalo de confiança		Wald Qui-quadrado	df	Teste de hipóteses Intervalo de confiança			
	B	Erro padrão	Inf.	Sup.			Sig.	OR	Inf.	Sup.
Intercetar	-1,694	0,6615	0,397	2,990	6,557	1	0,010**	5,441	1,488	19,894
[Sexo = 1] (S)	0,054	0,4329	-0,903	0,794	0,016	1	0,901	0,947	0,406	2,213
[Sexo = 2] (S)	0 ^a							1		
[Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?] (FCPT)	-0,621	0,3731	-0,110	1,352	2,768	1	0,096	1,860	0,895	3,865
[Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?] (FCPT)	0 ^a							1		
Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo? (NHF)	0,474	0,2184	-0,902	-0,046	4,709	1	0,030*	0,623	0,406	0,955
Perceções sobre a formação prática recebida (PPR)	0,078	0,0204	-0,118	-0,038	14,787	1	<0,001***	0,925	0,889	0,962
(Escala)	1 ^b									

Variável dependente: competência para intervir.

Modelo: (Intercetar), Sexo, Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco? Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo?, Perceções sobre a formação prática recebida

^a. Definido para zero porque este parâmetro é redundante. ^b. Fixo no valor exibido.

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

Tabela 33: Área sob a curva: variável(is) do resultado do teste para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Área	Erro padrão ^a	Asymptotic Sig. ^b	Intervalo de confiança	
			Limite inferior	Limite superior
0,794	0,033	<0,001***	0,728	0,859

Variável(is) do resultado do Teste: o valor previsto da média da resposta tem pelo menos uma ligação entre o estado atual positivo do Grupo e o atual estado negativo do Grupo. As estatísticas podem ser tendenciosas.

^a. Sob a suposição não paramétrica. ^b. Hipótese nula: área real = 0,5

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

A equação do modelo estimada é dada por:

$$CPI = -1,694 + 0,054 S - 0,621 FCPT + 0,474 NHF + 0,078 PPR$$

Analisando os coeficientes padronizados β ⁷ verificamos que a Competência para Intervir varia na razão direta do número de horas declarado que, durante a formação académica dos estudantes de Ciências Farmacêuticas, foi utilizado para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo (NHF: $\beta = 0,474$; $p\text{-value} = 0,030$) e, de igual modo, na razão direta das percepções evidenciadas pelos estudantes sobre a formação prática recebida (PPR: $\beta = 0,078$; $p\text{-value} < 0,001$). Já os efeitos das variáveis “Sexo” e o facto de alguma vez os estudantes terem fumado ou consumido produtos de tabaco (FCPT) não se revelam significativos. Esta constatação permite-nos concluir que quanto maior for o número de horas destinadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo e mais favoráveis forem as percepções dos estudantes de Ciências Farmacêuticas sobre a formação prática recebida durante o curso, maior será a sua confiança nas competências pessoais para intervir neste domínio.

É de salientar que, globalmente, o modelo de regressão tem significado estatístico (valor $p\text{-value} < 0,001$), tendo a qualidade do mesmo sido avaliada pela *Area Under the Curve (AUC)*. Conclui-se que a capacidade de discriminação do modelo é significativa ($AUC \neq 0,5$) e com efeito forte ($AUC > 75\%$).

Dimensão VII – Percepções sobre a aquisição de competências

Os resultados que se seguem dizem respeito ao grau de concordância relativamente a oito afirmações relacionadas com as percepções sobre a aquisição de competências (Tabela 34). A fiabilidade dos itens é alta, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,955 (127).

Na continuidade dos resultados encontrados para as dimensões V e VI, na dimensão VII, 36,6% dos inquiridos considera que não adquiriu as competências necessárias para intervir (19,6% defende que os temas não foram abordados e 17,0% não se sente preparado/a). Porém, um grupo de dimensão próxima (31,3%) considera que está preparado (5,3% até defende que está muito bem preparado) e outro (30,5%) considera-se pouco preparado. Nesta dimensão, o desconhecimento e a indecisão preencheram 2,3% das escolhas. O valor da mediana é de 2 e a classe modal de 2 (“*Sinto-me pouco preparado/a*”).

No enquadramento dos resultados, a “*Capacidade para intervir na prevenção do tabagismo junto da comunidade*” foi o domínio que recebeu mais escolhas (37,4%) ao nível da preparação (31,6% bem preparado e 5,8% muito bem preparado). A “*Realização de uma Intervenção Muito Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmos 3A, ABC ou 2A+R)*” é a atividade que reuniu maior percentagem pela ausência de abordagem na formação/não preparação (57,9%).

⁷ Pestana e Gageiro (135) argumentam que é difícil determinar a importância relativa de cada variável independente com base nos coeficientes de regressão parciais, tornando-se preferível examinar os coeficientes padronizados β , já que estes permitem comparar a contribuição relativa de cada variável independente na previsão da variável dependente.

Tabela 34: Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\bar{X}^*	IQR*
88. Competências suficientes para intervir em matéria de prevenção do tabagismo.	24 (14,0)	26 (15,2)	63 (36,8)	45 (26,3)	9 (5,3)	4 (2,3)	171	2	2	2
89. Competências suficientes para intervir em matéria de tratamento do tabagismo.	25 (14,6)	28 (16,4)	57 (33,3)	49 (28,7)	8 (4,7)	4 (2,3)	171	2	2	2
90. Capacidade para intervir na prevenção do tabagismo junto da comunidade.	26 (15,2)	19 (11,1)	59 (34,5)	54 (31,6)	10 (5,8)	3 (1,8)	171	2	2	2
91. Desenvolvimento da técnica de negociação e partilha de tomada de decisões no aconselhamento em tabagismo.	43 (25,1)	32 (18,7)	55 (32,2)	28 (16,4)	9 (5,3)	4 (2,3)	171	2	2	3
92. Capacidade para aumentar a literacia dos pacientes e das respetivas famílias em matéria de tabagismo e saúde.	29 (17,0)	29 (17,0)	49 (28,7)	47 (27,5)	13 (7,6)	4 (2,3)	171	2	2	2
93. Integração numa equipa multidisciplinar no âmbito do apoio à cessação tabágica.	38 (22,2)	29 (17,0)	48 (28,1)	40 (23,4)	13 (7,6)	3 (1,8)	171	2	2	2
94. Realização de uma Intervenção Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmo 5A).	59 (34,5)	38 (22,2)	39 (22,8)	24 (14,0)	4 (2,3)	7 (4,1)	171	1	-1	3
95. Realização de uma Intervenção Muito Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmos 3A, ABC ou 2As+R).	61 (35,7)	38 (22,2)	40 (23,4)	19 (11,1)	4 (2,3)	9 (5,3)	171	1	-1	3

* \bar{X} – Mediana. \bar{X} – Moda. IQR – Interquartile range.

Se se tomar a decisão de agrupar os valores do ponto da escala “O tema não foi abordado” com o “Não me sinto preparado/a” e, de igual modo, os do ponto “Sinto-me bem preparado/a” com os do “Sinto-me muito bem preparado”, pode-se ter a visualização das perceções sobre a aquisição de competências conforme se representa no Gráfico 24.

No Gráfico 25 apresentam-se os resultados relativos às perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas em função da variável “Sexo”.

Gráfico 24: Perceções sobre a aquisição de competências em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

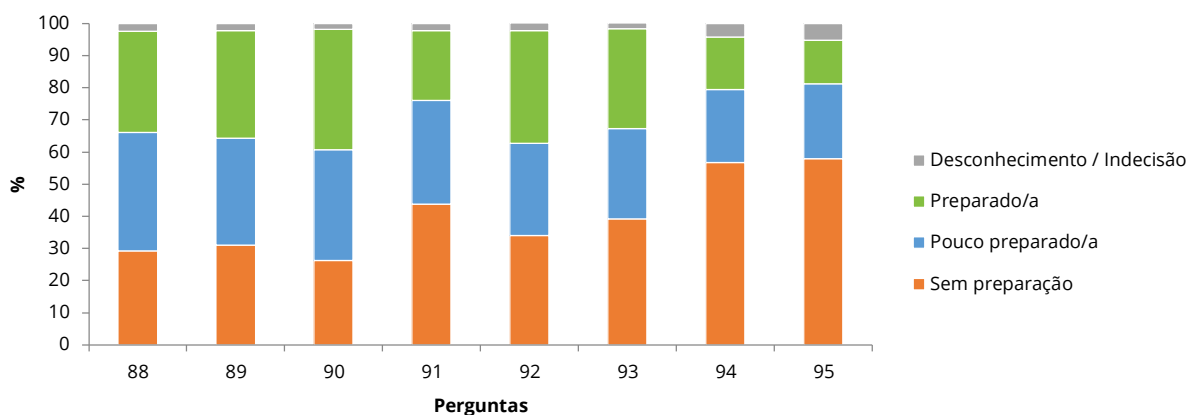
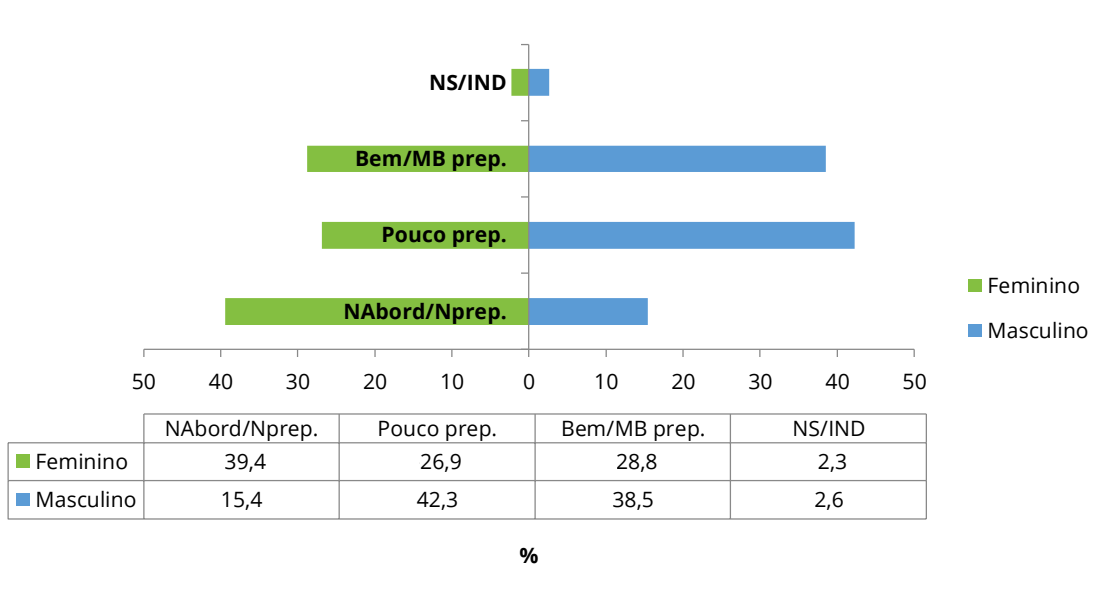


Gráfico 25: Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas em função da variável “Sexo”



Como síntese desta secção, pediu-se aos/às alunos/as que avaliassem as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação profissional futura, posicionando-se numa escala intervalar de 10 pontos (em que o valor 1 corresponde a “pouco confiante” e o

valor 10 traduz “totalmente confiante”). Os resultados apresentam-se no Gráfico 26 e no Gráfico 27 (relativamente à variável “Sexo”). O valor modal determinado é de 6 e a mediana de 5, com uma média de 4,85 e um desvio padrão de 2,1.

Gráfico 26: Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=170)

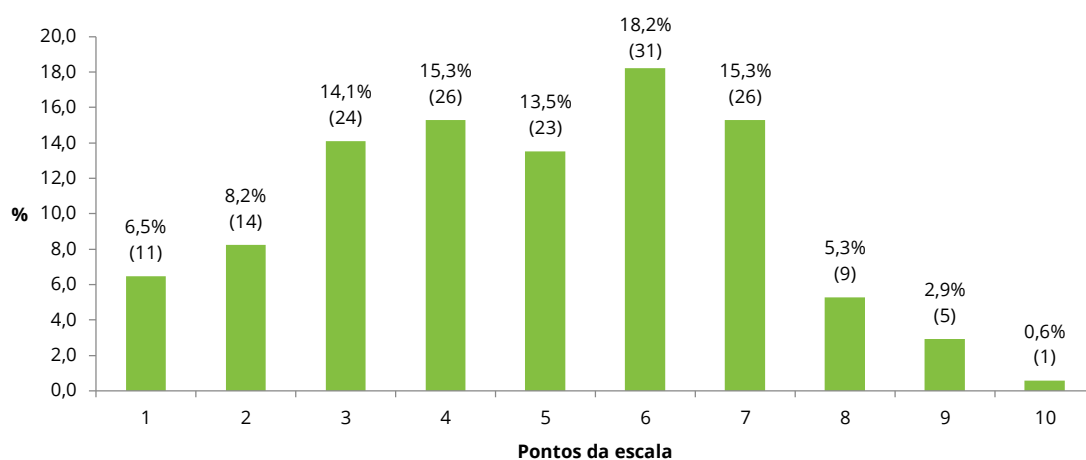
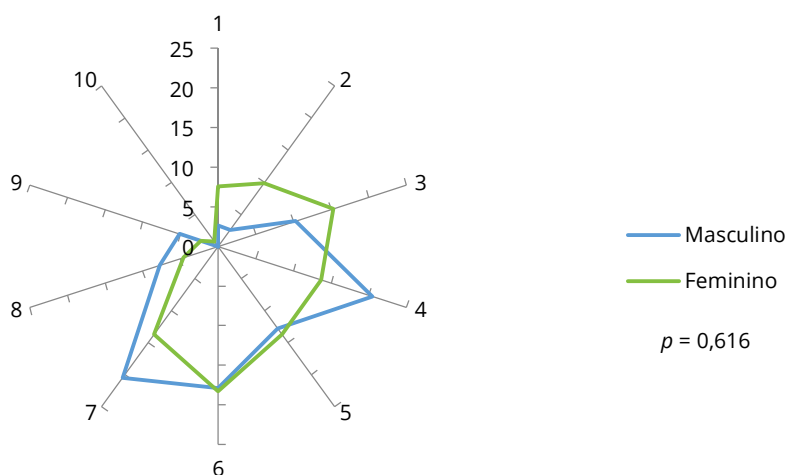


Gráfico 27: Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas em função da variável “Sexo” (N=170)



Foram pesquisadas associações entre as competências para intervir e outras variáveis,

cujos resultados se apresentam na Tabela 35 e Tabela 36.

Tabela 35: Associações entre variáveis das Dimensões IV, V, VI e VII para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Variáveis	Que idade tinha quando fumou pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Atitudes e conhecimentos (global)	Perceções sobre a formação teórica recebida (global)	Perceções sobre a formação prática recebida (global)	Perceções sobre a aquisição de competências	Avaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação futura	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares
<i>p-values</i>											
Competência para intervir nominal (>5; ≤5) ^a	0,86	0,339	0,371	0,021*	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	0,691	0,054	0,957
Atitudes e conhecimentos (global) ^b	0,067	0,066	0,382	NA	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	0,585	0,032*	0,714
Perceções sobre a formação teórica recebida (global) ^b	0,802	0,575	0,783		NA	<0,001***	<0,001***	<0,001***	0,269	0,737	0,872
Perceções sobre a formação prática recebida (global) ^b	0,588	0,099	0,980			NA	<0,001***	<0,001***	0,155	0,394	0,201
Perceções sobre a aquisição de competências ^b	0,920	0,273	0,896				NA	<0,001***	0,051	0,285	0,608
Avalie as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação futura ^b	0,989	0,324	0,110					NA	0,310	0,757	0,897

*. Correlação significativa; **. Correlação muito significativa; ***. Correlação altamente significativa; ^a. Mann-Whitney; ^b. Teste à correlação de Spearman.

Tabela 36: Associação entre a competência para intervir e outras variáveis para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Variáveis	Sexo	Alguma vez fumou?	Hábitos tabágicos (nunca fumou; experimentou; fuma regularmente)	Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente)
<i>Pearson Chi-Square (p-values)</i>				
Competência para intervir nominal (>5; ≤5)	0,199	0,006**	0,014*	0,034*

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

Da leitura das duas Tabelas anteriores, podem-se identificar associações significativas entre:

- A competência para intervir, as atitudes e os conhecimentos sobre aspetos do tabagismo (global) (*Mediana*, ≤5=74,00; >5=80,00);
- As perceções sobre a formação teórica recebida (*Mediana*, ≤5=31,00; >5=74,50);
- As perceções sobre a formação prática recebida (*Mediana*, ≤5=-1,50; >5=14,00);
- As perceções sobre a aquisição de competências (*Mediana*, ≤5=8,50; >5=17,50);
- O modo como autoavaliam as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica (*Mediana*, ≤5=3,50; >5=7,00).

A competência para intervir, nominal, está igualmente associada, de modo significativo, ao facto de já se ter fumado e aos hábitos tabágicos (Tabela 37 e Tabela 38).

Tabela 37: Resíduos para a associação entre as variáveis competência nominal para intervir e o facto de alguma ver ter fumado

	Alguma vez fumou?	Competência nominal para intervir		Total
		≤ 5	> 5	
Não	Count	55	25	80
	Adjusted Residual	2,8	-2,8	
Sim	Count	43	47	90
	Adjusted Residual	-2,8	2,8	
Fuma regularmente	Count	98	72	170
	Adjusted Residual	-2,2	2,2	
TOTAL	Count	98	72	170

N.º de testes: 6. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (*Bonferroni correction*): 2,39.

Tabela 38: Resíduos para a associação entre as variáveis competência nominal para intervir e os hábitos tabágicos

Hábitos tabágicos		Competência nominal para intervir		Total
		≤ 5	> 5	
Nunca fumou	<i>Count</i>	55	25	80
	<i>Adjusted Residual</i>	2,8	-2,8	
Experimentou	<i>Count</i>	28	26	54
	<i>Adjusted Residual</i>	-1,0	1,0	
Fuma regularmente	<i>Count</i>	15	21	36
	<i>Adjusted Residual</i>	-2,2	2,2	
TOTAL	Count	98	72	170

N.º de testes: 6. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (*Bonferroni correction*): 2,39.

Na Tabela 39 apresentam-se os resultados da associação entre as variáveis “Sexo”, “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos” com as

variáveis “Atitudes e Conhecimentos (global)” e as perceções sobre a formação teórica, prática e a aquisição de competências.

Tabela 39: Associação entre as variáveis “Sexo”, “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos” e as variáveis “atitudes e perceções”, perceções sobre a formação teórica e prática recebida a as competências adquiridas para intervir no apoio à cessação tabágica

Variáveis	Atitudes e conhecimentos (global)	Perceções sobre a formação teórica recebida (global)	Perceções sobre a formação prática recebida (global)	Perceções sobre a aquisição de competências	Avaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação profissional futura	
<i>p-values</i>						
Sexo	0,261	0,031*	0,068	0,036*	0,049*	<i>Mann-Whitney</i>
Alguma vez fumou?	0,010*	0,076	0,007**	0,014*	0,001***	
Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente).	0,032*	0,365	0,058	0,069	0,01*	<i>Kruskal-Wallis</i>

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

A leitura da Tabela anterior permite perceber associações significativas entre as variáveis:

fumou=4,0; experimentou=5,0; fuma ocasionalmente=6,0; fuma diariamente=6,0).

1. "Sexo" e:

- 1.1. As percepções sobre a formação teórica recebida (global) (mediana, feminino=48,0; masculino=68,0);
- 1.2. As percepções sobre a aquisição de competências (mediana, feminino=13,0; masculino=16,0);
- 1.3. A avaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação profissional futura (mediana, feminino=5,0; masculino=6,0).

2. "Alguma vez ter fumado" e:

- 2.1. As atitudes e os conhecimentos (global) (mediana, não=74,0; sim=79,0);
- 2.2. As percepções sobre a formação prática recebida (global) (mediana, não=0,0; sim=9,0);
- 2.3. As percepções sobre a aquisição de competências (mediana, não=11,0; sim=16,0);
- 2.4. A avaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação profissional futura (mediana, não=4,0; sim=6,0).

3. "Hábitos tabágicos detalhados" (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente) e:

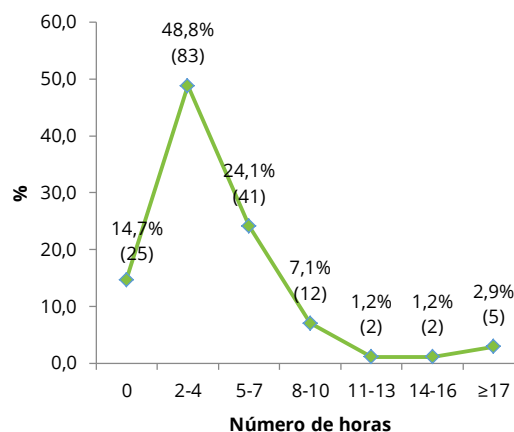
- 3.1. As atitudes e os conhecimentos (global) (mediana, nunca fumou=74,0; experimentou=81,0; fuma ocasionalmente=77,0; fuma diariamente=73,0);
- 3.2. A avaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação profissional futura (mediana, nunca

Dimensão VIII - Percepções sobre os métodos pedagógicos

Os resultados que se seguem dizem respeito às percepções relativamente aos métodos pedagógicos utilizados na formação, reunindo sugestões e comentários.

No Gráfico 28 representa-se o número de horas declaradas que terão sido utilizadas, durante a formação académica, para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo. O valor da média e da mediana determinado é de 2,0, com um desvio padrão de 1,2.

Gráfico 28: Número de horas, estimado, utilizado na formação académica para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=170)



De seguida, procurou-se encontrar associações entre o número de horas declarado como utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo e as percepções sobre a formação teórica e prática recebida e sobre a aquisição de competências (Tabela 40).

Tabela 40: Associação entre o número de horas dedicadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo, as atitudes e percepções sobre aspetos do tabagismo, a formação recebida e a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Variáveis	Avaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação profissional futura	Atitudes e conhecimentos (global)	Percepções sobre a formação teórica recebida (global)	Percepções sobre a formação prática recebida	Percepções sobre a aquisição de competências
Teste Spearman's rho (p-values)					
Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo?	<0,001***	0,180	<0,001***	<0,001***	<0,001***

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

Pela análise dos resultados, verifica-se que existe uma associação altamente significativa entre o número de horas de formação, a percepção sobre a formação teórico-prática recebida e a autoavaliação que se faz das competências pessoais para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação profissional futura.

A temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada ao longo de todo o percurso da formação académica, com particular destaque para o terceiro ano do curso (Gráfico 29).

Os/as alunos/as consideram que alguns temas sobre o tabagismo deveriam ser trabalhados com mais tempo ou de outro modo na sua formação académica, conforme se verifica no Gráfico 30.

Gráfico 29: Anos do curso em que a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=302)

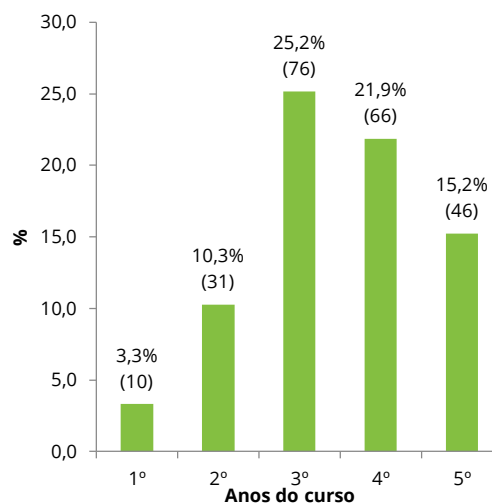
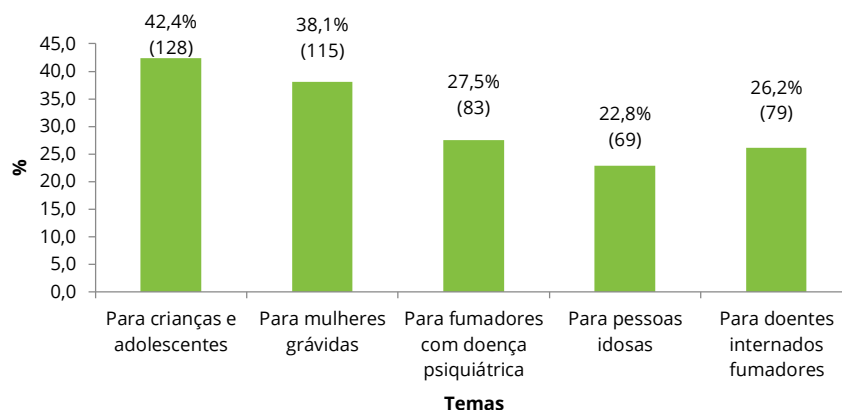


Gráfico 30: Temas que deveriam ser trabalhados durante a formação académica com mais tempo ou de outro modo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=302)

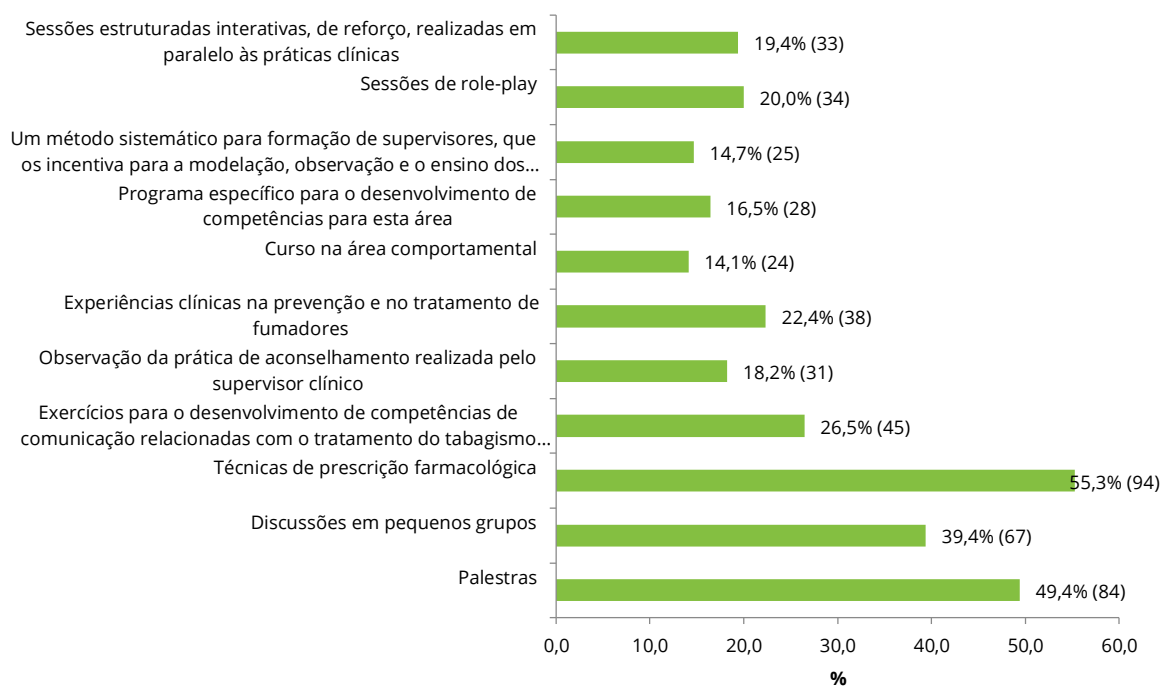


Os/as alunos/as consideraram que poderiam ser incluídos na sua formação académica outros temas relacionados com o tabagismo, em particular: farmacologia ($f=18$); sessões teóricas ($f=19$); *role play* ($f=10$); “mais tempo” ($f=12$); tratamento e cessação tabágica ($f=51$);

formas de intervenção ($f=28$); casos práticos ($f=19$).

As técnicas que terão sido utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo indicam-se no Gráfico 31.

Gráfico 31: Técnicas utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (N=170)



Entre os 15,3% de respondentes que consideraram outras técnicas, destacam-se, em concreto: conteúdos audiovisuais ($f=4$), formações ($f=4$), aulas teóricas ($f=6$), aulas práticas ($f=6$), intervenção na comunidade ($f=2$), investigação ($f=2$) e estágio ($f=2$).

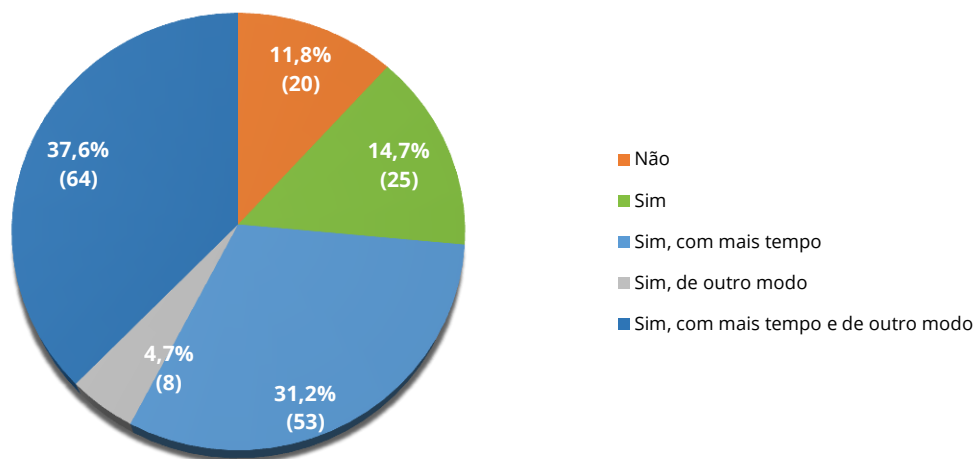
Relativamente a alterações a introduzir na abordagem aos temas sobre o tabagismo, em particular o aumento do tempo e a mudança de metodologias de ensino, apuraram-se os seguintes resultados (Gráfico 32):

- Cerca de 87,1% dos/as inquiridos/as declararam que não tinham participado em projetos no domínio da prevenção e do tratamento do tabagismo ($N=163$). Ainda assim, foram indicados alguns projetos em que os/as alunos/as

participaram durante a sua formação: Dia Mundial Sem Tabaco ($f=4$), Dia Nacional do Não-Fumador ($f=1$), *Workshops* ($f=1$), Outros ($f=4$), Rastreios ($f=2$), Intervenções ($f=3$).

Por fim, os/as alunos/as foram convidados/as a indicar áreas/temáticas/atividades que considerassem pertinentes serem incluídas na matriz curricular do curso para apoiar os esforços na redução do tabagismo entre os pacientes na comunidade. A análise de conteúdo levou à construção das seguintes categorias de atividades associadas à cessação tabágica ($f=38$), motivação ($f=13$), prevenção ($f=21$) e intervenção ($f=35$).

Gráfico 32: Aumento da carga horária e do modo de ensino dos temas relacionados com o tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas ($N=170$)



10.2. Licenciatura em Enfermagem

A Licenciatura em Enfermagem tem a duração de quatro anos letivos. No processo de inquérito, em 36 estabelecimentos de ensino superior, com 2589 alunos, foram obtidas 1100 respostas validadas, traduzindo uma taxa de resposta de 42,5%. Para o nível de confiança considerado de 95% o erro amostral calculado é de 2,24%.

A informação recolhida e analisada permitiu tomar decisões acerca da consistência interna de cada item e das dimensões do questionário. A consistência interna foi calculada através do parâmetro *Alfa de Cronbach* (α). Os resultados da fiabilidade interna resumem-se na Tabela 41. Os dados revelam que todos os grupos de perguntas com itens de resposta em escala ordinal apresentam fiabilidade entre moderada a elevada e elevada (127).

Tabela 41: *Alfa de Cronbach* dos itens com escala ordinal para o curso de Licenciatura em Enfermagem

Grupo de perguntas	N.º de itens	α
IV	28	0,835
V	33	0,980
VI	7	0,953
VII	8	0,953

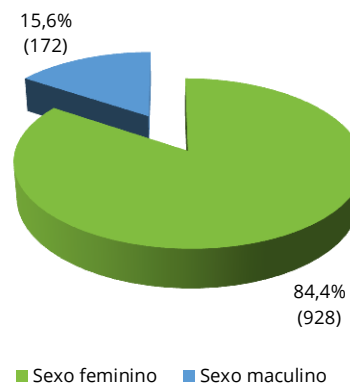
De seguida, apresentam-se os resultados da análise estatística univariada para as várias dimensões.

Dimensão I – Informação sociodemográfica

Variável “Sexo”

Os dados relativos à variável “Sexo” apresentam-se no Gráfico 33. Cerca de 84,4% dos respondentes são do sexo feminino.

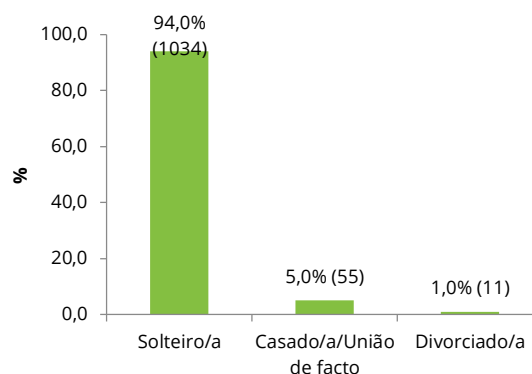
Gráfico 33: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Sexo” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1100)



Variável “Estado civil”

Relativamente ao estado civil, 94,0% dos/as inquiridos/as declarou-se solteiro/a (Gráfico 34).

Gráfico 34: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Estado civil” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1100)

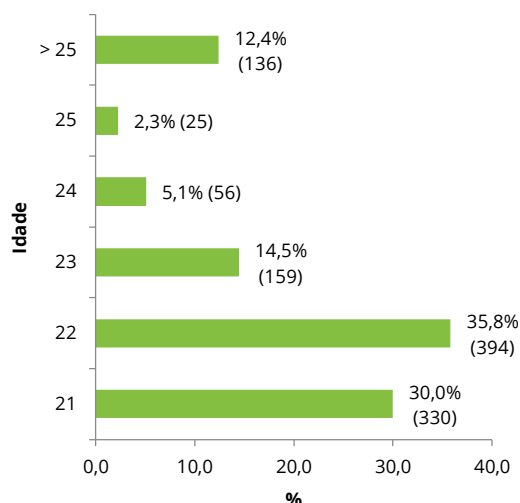


Variável “Idade”

No que diz respeito à idade dos/as alunos/as (Gráfico 35), foi calculada a média de 23,2 anos, a mediana de 22,0, com um desvio

padrão de 3,9. O valor modal é de 22 anos de idade.

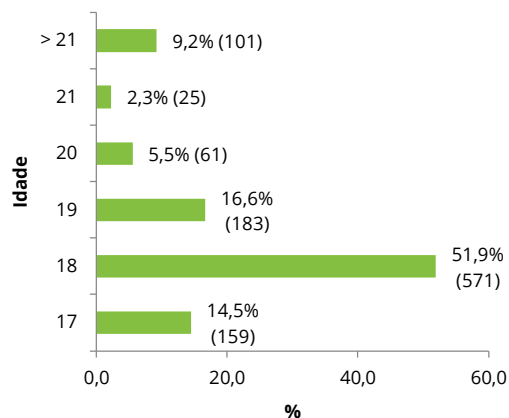
Gráfico 35: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável "Idade" para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1100)



Variável "Idade com que iniciou os estudos universitários"

A maioria dos/as alunos/as iniciou os seus estudos universitários (Gráfico 36) com 18 anos de idade (cerca de 52%), seguida da idade de 19 anos (16,6%). Para esta variável encontrou-se a média de 19,0 anos e a mediana de 18,0, com desvio padrão de 3,098. O valor da moda é 18 anos de idade.

Gráfico 36: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável "Idade com que iniciou os estudos universitários" para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1100)



Dimensão II - Prevalência do consumo de produtos do tabaco

A maioria dos/as inquiridos/as (55,9%) declara que já fumou ou consumiu produtos de tabaco, como cigarros, cigarrilhas ou outros produtos (Gráfico 37). Esta experimentação tem maior expressão no sexo masculino (64,3%) (Tabela 42).

Gráfico 37: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável "Alguma vez fumou ou consumiu produtos do tabaco" para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1045)



Tabela 42: Experimentação de produtos de tabaco em relação ao sexo para o curso de Licenciatura em Enfermagem

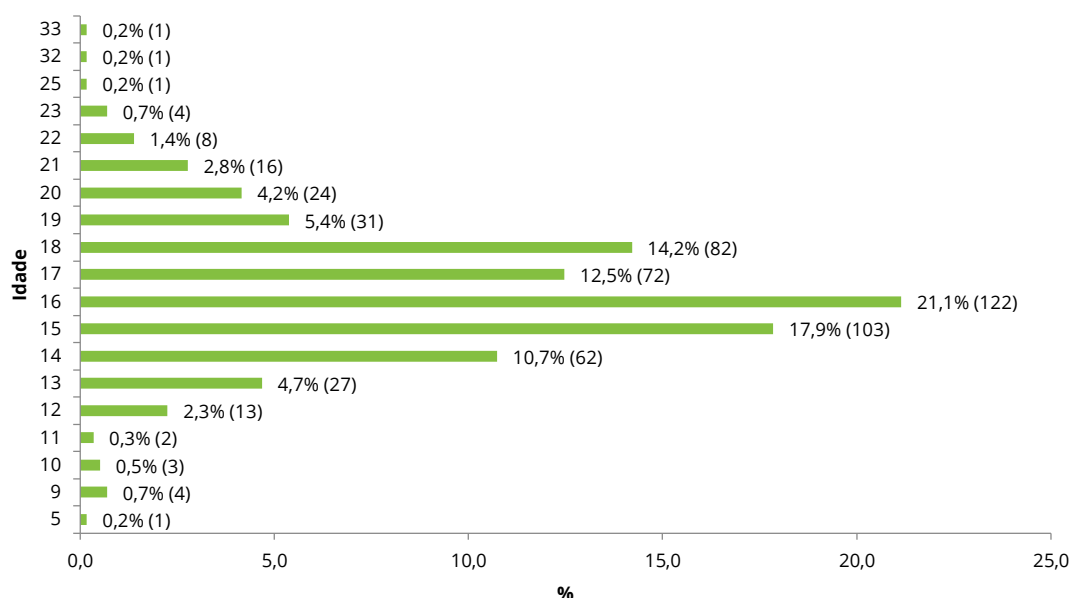
Sexo	Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco?)		Pearson Chi-Square
	Sim f (%)	Não f (%)	p-value
Feminino	474 (54,2)	400 (45,8)	0,009**
Masculino	110 (64,3)	61 (35,7)	

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

A idade de experimentação de produtos do tabaco, de acordo com a informação recolhida, ocorre entre os 5 anos [sic] e os 33 anos (Gráfico 38). A maior parte dos/as alunos/as declarou ter experimentado fumar ou consumir produtos do tabaco com 16 anos

de idade (21,1%), seguida da idade de 15 anos (17,9%). A média calculada de idades é de 16,3 anos e a mediana de 16,0, com um desvio padrão de 2,5. A idade modal de experimentação é 16 anos.

Gráfico 38: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Que idade tinha quando fumou ou consumiu tabaco pela primeira vez” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=577)

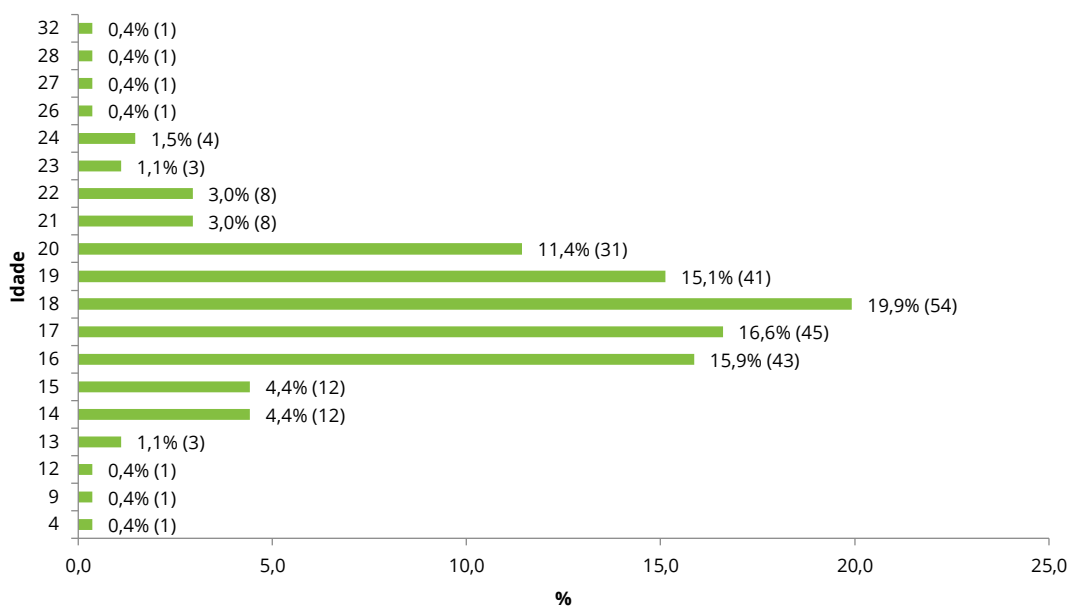


Cerca de 53,0% dos/as inquiridos/as (N=519) declara apenas ter experimentado produtos do tabaco, não sendo consumidores/as. Entre os/as consumidores/as (46,8%), a maior parte

(19,9%) começou a fumar regularmente com 18 anos de idade, seguido da idade de 17 anos (16,6%). A média calculada de idades é de 17,9 anos e a mediana de 18,0, com um

desvio padrão de 2,6. A idade modal para o início do consumo regular de tabaco é aos 18 anos (Gráfico 39).

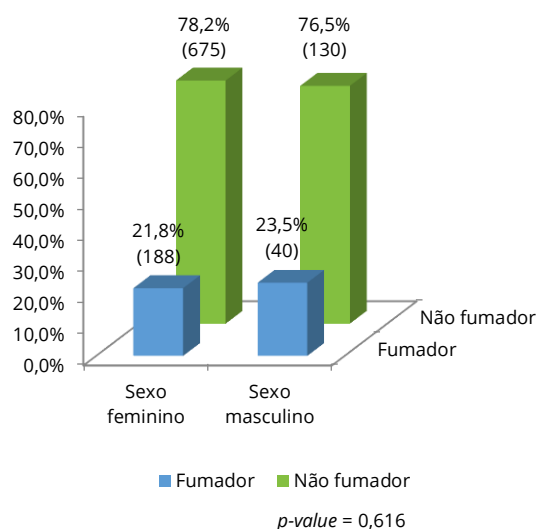
Gráfico 39: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=271)



No Gráfico 40, relacionam-se os dados relativos à percentagem de fumadores e de não fumadores com a variável “Sexo”. Percebe-se um aumento de 1,7 pontos percentuais na prevalência do consumo de tabaco nos homens comparativamente à das mulheres.

Entre os consumidores regulares de tabaco (N=272), 60,3% declara que já tentou deixar de fumar, sendo que a maior parte apenas uma vez (45,9%), seguido pelo grupo que tentou duas vezes (27,7%). Nesta pergunta foram declaradas tentativas de deixar de fumar entre uma vez e 20 vezes, com o valor de média e de mediana de duas tentativas, embora a classe modal seja a de uma tentativa e o desvio padrão de 1,9.

Gráfico 40: Fumadores/não fumadores, em função da variável “Sexo”, para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1033)



Os motivos que conduziram estes/as alunos/as ao início do consumo de tabaco apresentam-se na Tabela 43 e indicam claramente a influência dos amigos e/ou colegas (56,9%) e o gosto e aroma do tabaco (50,0%). A estética das embalagens (98,5%) e a influência dos familiares (90,7%) foram os motivos mais afastados para o seu comportamento.

Tabela 43: Motivos para se ter começado a fumar para o curso de Licenciatura em Enfermagem

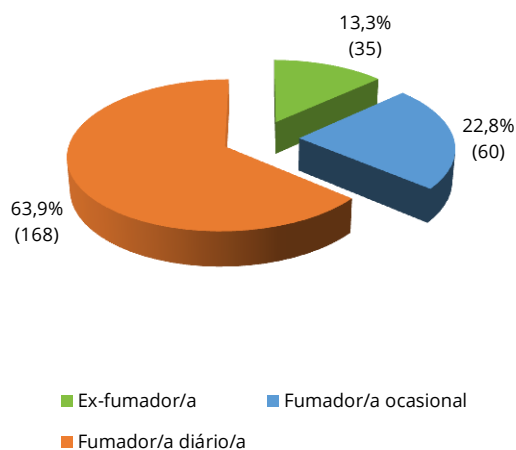
Motivos	Sim	Não
	f (%)	f (%)
Porque os meus familiares fumavam (N=269)	25 (9,3)	244 (90,7)
Porque os meus amigos e/ou colegas fumavam (N=269)	153 (56,9)	116 (43,1)
Porque gostei do sabor e/ou do cheiro do tabaco (N=268)	134 (50,0)	134 (50,0)
Porque era fácil arranjar tabaco (N=268)	48 (17,9)	220 (82,1)
Porque as embalagens me atraíam (N=268)	4 (1,5)	264 (98,5)
Não me recordo (N=268)	39 (14,6)	229 (85,4)
Por outras razões (N=268)	41 (15,3)	227 (84,7)

Cerca de 20,8% dos inquiridos considera outros motivos para ter iniciado o consumo de tabaco. A análise de conteúdo permitiu construir um conjunto de categorias principais: stresse ($f=19$), curiosidade ($f=11$), hábito social ($f=5$) e ocupação das mãos ($f=2$).

Outras razões foram apontadas, embora sem expressão estatística ($f=1$): ansiedade, conforto, companhia, insegurança, gosto, brincadeira.

Entre os/as estudantes que consomem tabaco de forma regular (N=263), cerca de 63,9% fuma diariamente, pelo menos uma vez por dia. Cerca de 22,8% fá-lo menos de uma vez por dia e 13,3% acabou por abandonar essa prática (Gráfico 41).

Gráfico 41: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Fumador diário/fumador ocasional/ex-fumador” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=263)



Na Tabela 44 apresentam-se os resultados relativamente ao tipo de consumo relacionado com a variável “Sexo”.

Na Tabela 45 revela-se o padrão de consumo declarado, nos últimos 30 dias, relativamente a alguns produtos de tabaco.

Tabela 44: Tipo de consumo de tabaco para o curso de Licenciatura em Enfermagem

Atualmente (últimos 30 dias) como classifica o seu consumo de tabaco?				Pearson Chi-Square
	Já fumei, mas atualmente não fumo	Fumo ocasionalmente	Fumo diariamente	<i>p-value</i>
Sexo	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	
Feminino	26 (12,1)	54 (25,2)	134 (62,6)	0,111
Masculino	9 (18,4)	6 (12,2)	34 (69,4)	

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

A informação da Tabela 45 revela que o consumo diário e ocasional de produtos de tabaco diz respeito, essencialmente, a cigarros (71,6% e 24,1%, respetivamente) e a tabaco de enrolar (4,7% e 15,5%, respetivamente). O tabaco de mascar e o rapé nunca terão sido experimentados e o cigarro eletrónico já terá criado curiosidade de experimentação a 9,9%

dos/as fumadores/as, pese embora o consumo seja mais ocasional (2,6%). Esta pergunta tem prevista a possibilidade de se indicar o consumo de outros produtos do tabaco. As opções “consumi diariamente”, “consumi, mas não diariamente” e “apenas experimentei” registaram a frequência de um, embora sem indicação do tipo de produto.

Tabela 45: Comportamento tabágico, nos últimos 30 dias, relativo a alguns produtos do tabaco para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=232)

Produtos do tabaco	Consumo diário	Consumo ocasional	Apenas experimentei	Não consumo	Interquartile range
	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>
Cigarros	166 (71,6)	56 (24,1)	5 (2,2)	5 (2,2)	1
Cigarrilhas	0 (0,0)	2 (0,9)	18 (7,8)	212 (91,4)	0
Charutos	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (8,2)	213 (91,8)	0
Tabaco de enrolar	11 (4,7)	36 (15,5)	20 (8,6)	165 (71,1)	1
Cachimbo	0 (0,0)	1 (0,4)	2 (0,9)	229 (98,7)	0
Cachimbo de água (<i>shisha</i>)	0 (0,0)	11 (4,7)	18 (7,8)	203 (87,5)	0
Tabaco de mascar	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	232 (100,0)	0
Rapé	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	232 (100,0)	0
Cigarro eletrónico	2 (0,9)	6 (2,6)	23 (9,9)	201 (86,6)	0
Cigarro sem queima (<i>Heat not-burn</i>)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,9)	230 (99,1)	0

O Gráfico 42 revela o tempo em que, depois de acordar, se fuma o primeiro cigarro. A maioria declara que o faz uma hora após acordar e 21,5% entre a meia hora e os primeiros 60 minutos. Apenas 2,6% o faz nos primeiros 5 minutos após acordar (DP = 0,8). Existe uma associação significativa entre a variável "Sexo" e o tempo em que, depois de acordar, se fuma o primeiro cigarro (*Teste de Mann-Whitney* = 0,011).

No Gráfico 43 pode verificar-se que a maioria dos/as fumadores/as (75,8%) consome até 10 cigarros por dia, situando-se em 2,2% o valor dos/as que fumam entre um maço e 30 cigarros (DP = 0,5).

O Gráfico 44 revela que 38,3% dos consumidores de tabaco não está a pensar em deixar de fumar (DP = 0,9).

Entre os/as ex-fumadores/as procurou-se apurar há quanto tempo tinham deixado de fumar. Os dados revelam que 69,5% fê-lo há mais de um ano e 30,5% há menos de um ano (N=308; DP = 0,4).

Gráfico 42: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável "Quanto tempo, depois de acordar, fuma o seu primeiro cigarro" para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=228)

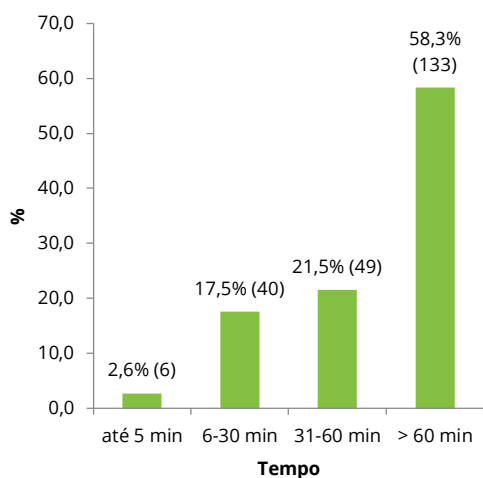


Gráfico 43: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável "Quantos cigarros fuma por dia" para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=227)

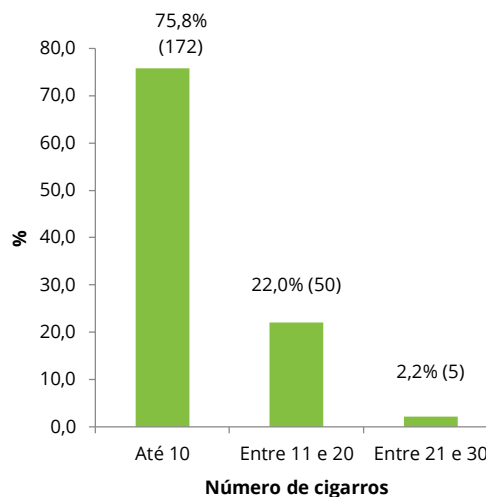
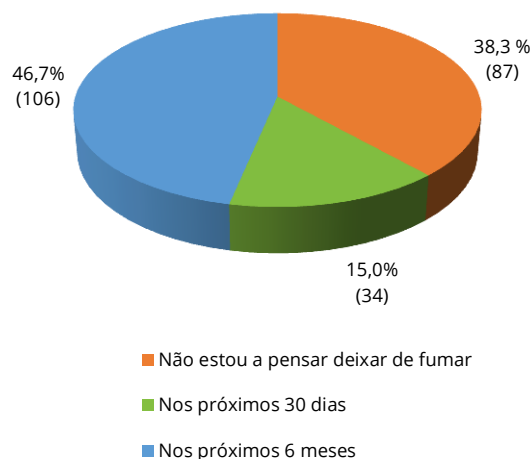


Gráfico 44: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável "Está a pensar em deixar de fumar" para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=227)



Neste estudo pretendeu-se, também, perceber que tipo de produtos do tabaco eram consumidos antes de os/as alunos/as o terem feito pela última vez. Verifica-se, pela informação do Gráfico 45 que a maior parte (28,3%) declara que consumia cigarros, coexistindo o cachimbo, o rapé e os cigarros sem queima sem qualquer escolha.

Os/as ex-fumadores/as revelam, também, os motivos que os/as levaram a deixar de fumar (Gráfico 46), percebendo-se que o fizeram particularmente por preocupações sobre os riscos para a sua saúde (22,1%) e para dar exemplo, enquanto futuros/as profissionais de saúde (6,9%). Foram

inscritas algumas asserções para o abandono da prática: gosto ($f=28$); somente experimentação ($f=28$); desinteresse ($f=8$); gravidez ($f=2$); mal-estar ($f=4$); prática desportiva ($f=1$) e doença ($f=1$).

Por fim, nesta dimensão, inquiram-se os/as alunos/as acerca do(s) método(s) usado(s) para deixar de fumar na última tentativa. Cerca de 27,0% considera que não usou método algum, socorrendo-se apenas da sua “força de vontade”. A influência de pessoas próximas recebeu 0,5% de preferências e nenhum outro método recebeu uma escolha que fosse expressiva. Foi apontada a “força de vontade”, com $f=13$, em virtude de não se ter adição.

Gráfico 45: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Tipo de produtos do tabaco consumidos antes de os ter consumido pela última vez” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=308)

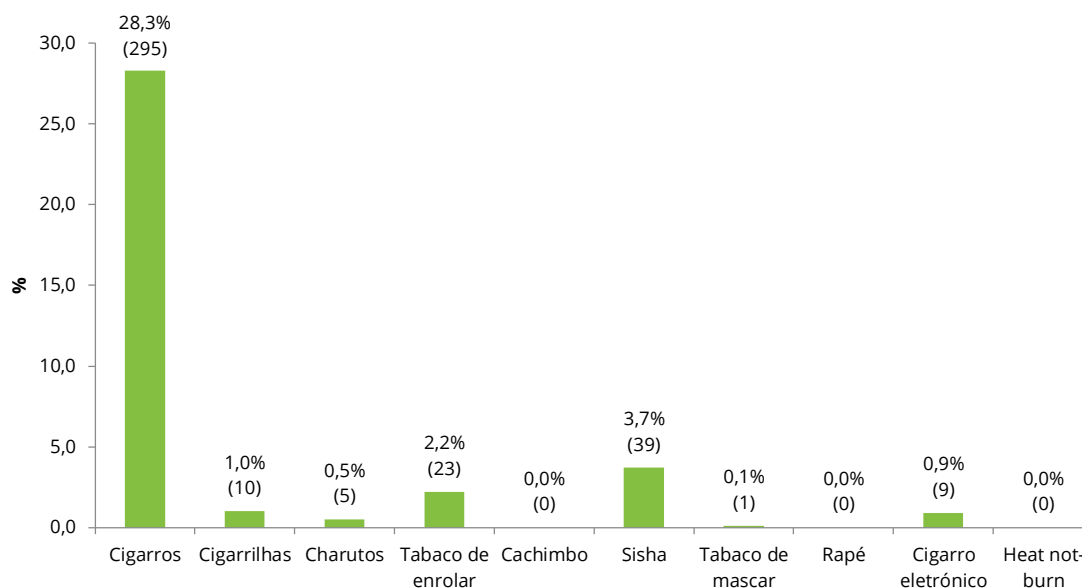
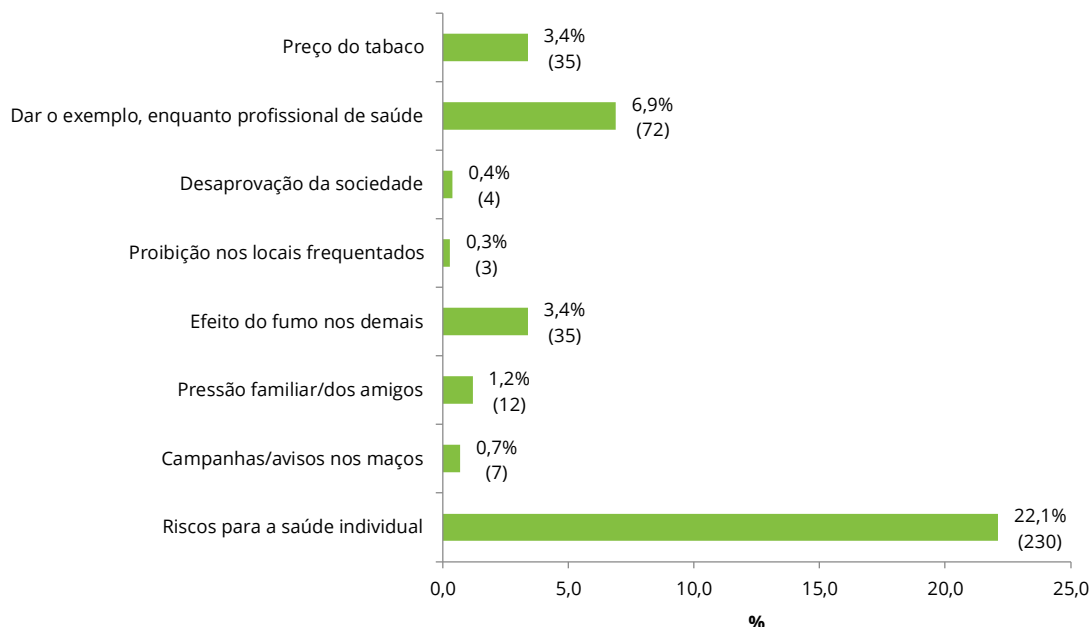


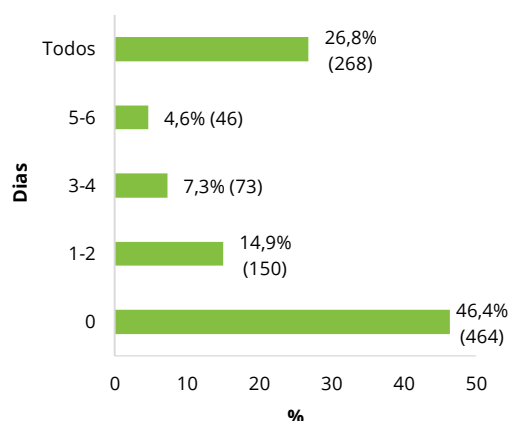
Gráfico 46: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Quais foram os motivos que o levaram a deixar de fumar” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=308)



Dimensão III - Exposição ao fumo ambiental do tabaco

Entre os/as inquiridos/as, 46,4% declarou não estar exposto/a ao FAT no local onde reside, durante a última semana antes de ser questionado/a. Cerca de 26,8% disse que está exposto/a diariamente e 14,9% teve pessoas a fumar na sua residência 1 a 2 dias (Gráfico 47).

Gráfico 47: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco na residência” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1001)



A exposição ao FAT em outros locais, sem ser onde se reside, é intensa. Cerca de 33% considera que esteve exposto/a todos os dias da semana transata. Segue-se o grupo que teve na sua presença pessoas a fumar em 1 a 2 dias (27,3%) e 3 a 4 dias (18,7%) (Gráfico 48).

A leitura do Gráfico 49 deixa perceber que 80,0% considera que a proibição regulamentar de fumar nos edifícios escolares é aplicada. Ainda assim, 13,7% dos inquiridos/as discorda desta posição, considerando que não é aplicada a regulamentação e 6,2% não sabe ou está indeciso/a.

Gráfico 48: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco fora da residência” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1026)

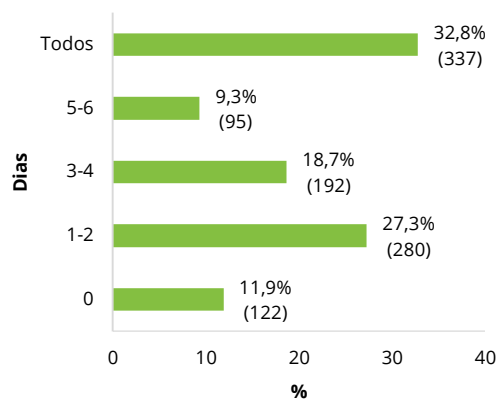
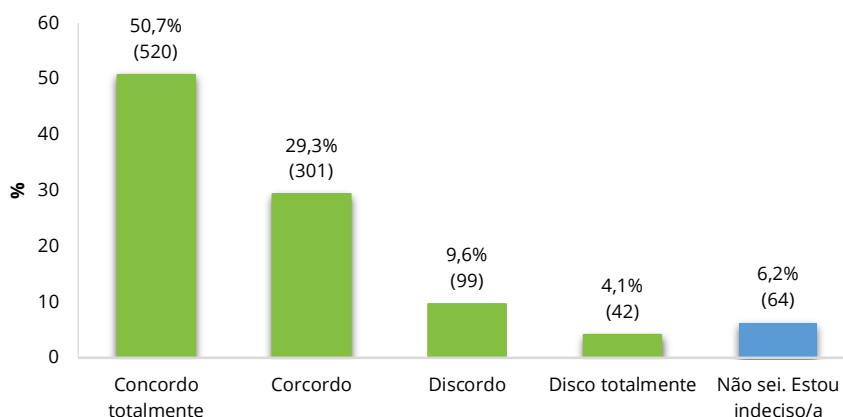


Gráfico 49: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Cumprimento da proibição de fumar nos edifícios escolares” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1026)

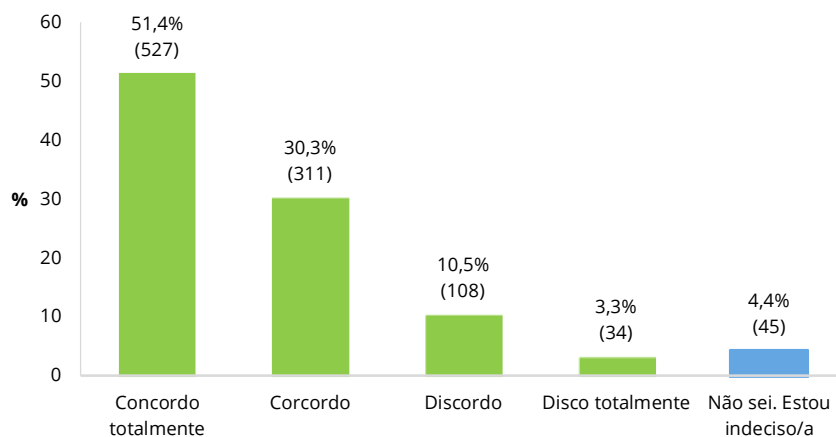


A análise de conteúdo às respostas inseridas neste item revela os seguintes critérios de decisão, categorizados: não se fuma dentro do edifício, cumprindo a legislação ($f=103$), fuma-se à entrada da escola ($f=120$); há preocupação pelo FAT ($f=108$); é prejudicial à saúde ($f=30$); fuma-se nos locais próprios para o efeito ($f=28$), por respeito aos demais ($f=19$), dando o exemplo ($f=3$); fuma-se em locais

proibidos ($f=5$), como nos gabinetes ($f=5$) e nos WC ($f=3$).

Os resultados obtidos para os locais onde se desenvolvem as práticas clínicas estão próximos dos encontrados para os edifícios escolares. Cerca de 81,7% concorda que é cumprido o regulamento destes espaços, com 13,8% a discordar desta posição (Gráfico 50).

Gráfico 50: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Cumprimento da proibição de fumar nos locais de práticas clínicas” para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1025)



Foram inscritas algumas asserções como critério de decisão nesta pergunta. A análise de conteúdo realizada categorizou-as do seguinte modo: fuma-se à entrada ($f=52$), cumprindo-se a legislação ($f=72$); preocupação pelo estado de saúde dos doentes ($f=38$), por questões de higiene ($f=7$) e para dar o exemplo ($f=30$); preocupação pelo FAT ($f=32$); existem locais próprios para fumar ($f=22$); por vezes fuma-se no interior do edifício ($f=20$); é perigoso ($f=5$); fuma-se nas escadas ($f=4$), junto a uma janela ou na varanda ($f=6$), nos gabinetes ($f=2$) e no WC ($f=3$).

Numa análise mais fina, procuraram-se relações entre as variáveis, testando a heterogeneidade de duas amostras ordinais. Os resultados apresentam-se na Tabela 46 e Tabela 47.

A leitura da Tabela 46 permite perceber associações significativas entre:

1. O facto de alguma vez se ter fumado e a:
 - 1.1. Exposição ao FAT no local onde se reside (*Mediana*, $sim=2,0$; $não=1,0$);

- 1.2. Exposição ao FAT fora do local onde se reside (*Mediana*, $sim=4,0$; $não=2,0$).
2. Os “Hábitos tabágicos detalhados” (nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente) e a:
 - 2.1. Idade que se tinha quando se fumou pela primeira vez (*Mediana*, $experimentou=16,0$; $ex-fumador = 16,0$; $fumador ocasional = 17,0$; $fumador diário = 16,0$);
 - 2.2. Idade com que se iniciou o consumo regular de tabaco (*Mediana*, $ex-fumador = 17,0$; $fumador ocasional = 19,0$; $fumador diário = 18,0$);
 - 2.3. Exposição ao FAT em casa (*Mediana*, $nunca fumou=1,0$; $experimentou=2,0$; $ex-fumador = 1,0$; $fumador ocasional = 3,0$; $fumador diário = 5,0$);
 - 2.4. Exposição ao FAT fora de casa (*Mediana*, $nunca fumou=2,0$; $experimentou=3,0$; $ex-fumador = 3,0$; $fumador ocasional = 5,0$; $fumador diário = 5,0$).

Tabela 46: Associações entre variáveis das Dimensões I-III para o curso de Licenciatura em Enfermagem

Variáveis	Que idade tinha quando fumou pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares	
<i>p-values</i>							
Sexo	0,934	0,895	0,855	0,644	0,101	0,788	<i>Mann-Whitney</i>
Alguma vez fumou?	NA	NA	NA	<0,001***	<0,001***	0,745	
Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente).	0,003***	0,001***	0,054	<0,001***	<0,001***	0,939	<i>Kruskal-Wallis</i>

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

Tabela 47: Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Licenciatura em Enfermagem

Variáveis	Alguma vez fumou?	Hábitos tabágicos (Nunca fumou; experimentou; fuma diariamente)	Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma diariamente)
<i>Pearson Chi-Square (p-values)</i>			
Sexo	0,015*	0,006***	0,004***
Alguma vez fumou?	NA	<0,001***	<0,001***
Hábitos tabágicos (nunca fumou; experimentou; fuma diariamente).		NA	<0,001***

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

No domínio da análise apresentada na Tabela 47, foram identificadas correlações significativas e muito significativas entre todas as variáveis em análise. De seguida, apresentam-se os respetivos resíduos ajustados⁸ (Tabela 48, Tabela 49, Tabela 50, Tabela 51, Tabela 52 e Tabela 53).

⁸ O resíduo é dado pela diferença entre a variável resposta observada e a variável resposta estimada. A análise dos valores dos resíduos ajustados permite dizer em que categorias as variáveis apresentam associação estatística (ainda que esta

não seja significativa). Quanto maior for o resíduo ajustado maior a associação entre as categorias.

Tabela 48: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Alguma vez fumou ou consumiu produtos com tabaco”

Sexo		Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco)?		Total
		Não	Sim	
Feminino	Count	474	400	874
	Adjusted Residual	-2,4	2,4	
Masculino	Count	110	61	171
	Adjusted Residual	2,4	-2,4	
Total	Count	584	461	1045

N.º de testes: 4. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,24.

Tabela 49: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Hábitos tabágicos”

Sexo		Consome tabaco de forma regular?			Total
		Nunca fumou	Experimentou	Fuma regularmente	
Feminino	Count	457	249	222	928
	Adjusted Residual	3,2	-2,2	-1,4	
Masculino	Count	62	60	50	172
	Adjusted Residual	-3,2	2,2	1,4	
Total	Count	519	309	272	1100

N.º de testes: 6. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,39.

Tabela 50: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Hábitos tabágicos detalhados”

Sexo		Hábitos tabágicos (detalhados)					Total
		Nunca fumou	Experimentou	Ex-fumador	Fuma ocasionalmente	Fuma diariamente	
Feminino	Count	457	249	26	54	134	920
	Adjusted Residual	3,2	-2,1	-1,7	1,2	-1,8	
Masculino	Count	62	60	9	6	34	171
	Adjusted Residual	-3,2	2,1	1,7	-1,2	1,8	
Total	Count	519	309	35	60	168	1091

N.º de testes: 10. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,58.

Tabela 51: Resíduos para a associação entre as variáveis “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos”

Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco)?		Consome tabaco de forma regular?			Total
		Nunca fumou	Experimentou	Fuma regularmente	
Não	Count	3	309	272	584
	Adjusted Residual	-32,1	18,6	17,0	
Sim	Count	461	0	0	461
	Adjusted Residual	32,1	-18,6	-17,0	
Total	Count	464	309	272	1045

N.º de testes: 6. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,39

Tabela 52: Resíduos para a associação entre as variáveis “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos detalhados”

Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco)?		Hábitos tabágicos (detalhados)					Total
		Nunca fumou	Experimentou	Ex-fumador	Fuma ocasionalmente	Fuma diariamente	
Não	Count	3	309	35	60	168	575
	Adjusted Residual	-32,0	18,8	5,4	7,1	12,7	
Sim	Count	461	0	0	0	0	461
	Adjusted Residual	32,0	-18,8	-5,4	-7,1	-12,7	
Total	Count	464	309	35	60	168	1036

N.º de testes: 8. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,50.

Tabela 53: Resíduos para a associação entre as variáveis “Hábitos tabágicos” e “Hábitos tabágicos detalhados”

Consome tabaco de forma regular?		Hábitos tabágicos (detalhados)					Total
		Nunca fumou	Experimentou	Ex-fumador	Fuma ocasionalmente	Fuma diariamente	
Nunca fumou	Count	519	0	0	0	0	519
	Adjusted Residual	33,0	-19,8	-5,7	-7,6	-13,4	
Experimentou	Count	0	309	00	0	0	309
	Adjusted Residual	-19,8	33,0	-3,8	-5,0	-8,9	
Fuma regularmente	Count	0	0	35	60	168	263
	Adjusted Residual	-17,7	-11,7	10,7	14,1	25,0	
TOTAL	Count	519	309	35	60	168	1091

N.º de testes: 15. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,71.

No que diz respeito a outras associações, os dados da Tabela 54 dão conta de diferenças significativas entre a idade com que se consumiu pela primeira vez tabaco e a exposição ao FAT em ambiente onde se reside e fora dele. O consumo regular de tabaco também é associado à exposição ao FAT em casa, assim como o número de tentativas

para deixar de fumar com a exposição ao FAT em ambientes exteriores à residência. Por último, foram identificadas associações altamente significativas entre a exposição ao FAT dentro e fora da residência e o cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares.

Tabela 54: Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Licenciatura em Enfermagem

Variáveis	Que idade tinha quando fumou ou consumiu pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares
Teste à correlação de Spearman						
(p-values)						
Que idade tinha quando fumou ou consumiu pela primeira vez?	NA	<0,001***	0,432	0,017*	0,010*	0,281
Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?		NA	0,578	0,021*	0,319	0,880
Quantas vezes tentou deixar de fumar ou consumir tabaco?			NA	0,585	0,032*	0,714
Exposição ao FAT em casa				NA	<0,001***	<0,001***
Exposição ao FAT fora de casa					NA	0,100

*. Correlação significativa; **. Correlação muito significativa; ***. Correlação altamente significativa.

Dimensão IV – Atitudes e conhecimentos

Os resultados que se seguem (Tabela 55) dizem respeito ao grau de concordância de 28 afirmações relacionadas com conhecimentos

relativamente ao consumo de tabaco. A fiabilidade dos itens é moderada a alta, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,836 (127).

Tabela 55: Atitudes e conhecimentos relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Licenciatura em Enfermagem

Perguntas	DT*	D*	C*	CT*	NS*	N	\bar{X} *	\hat{X} *	IQR*
	(1)	(2)	(3)	(4)	IND				
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)				
19. O consumo de tabaco deveria ser proibido a pessoas com menos de 18 anos de idade.	16 (1,6)	60 (6,0)	248 (24,7)	658 (65,6)	21 (2,1)	1003	4	4	1
20. Os profissionais de saúde deveriam ter formação específica em técnicas de aconselhamento e tratamento da cessação tabágica	5 (0,5)	30 (3,0)	388 (38,7)	555 (55,3)	25 (2,5)	1003	4	4	1
21. Os profissionais de saúde deveriam ser "modelos" para os seus pacientes e para o público relativamente ao uso do tabaco.	74 (7,4)	235 (23,5)	351 (35,0)	292 (29,1)	50 (5,0)	1002	3	3	2
22. Os profissionais de saúde deveriam, por norma, perguntar aos seus pacientes os seus hábitos tabágicos.	4 (0,4)	31 (3,1)	365 (36,4)	582 (58,1)	20 (2,0)	1002	4	4	1
23. Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, os seus pacientes a deixar de fumar.	5 (0,5)	44 (4,4)	437 (43,6)	495 (49,4)	22 (2,2)	1003	3	4	1
24. Os profissionais de saúde deveriam trabalhar com grupos da comunidade sobre a prevenção do tabagismo.	4 (0,4)	25 (2,5)	434 (43,2)	515 (51,3)	26 (2,6)	1004	4	4	1
25. Os profissionais de saúde têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica.	4 (0,4)	8 (0,8)	358 (35,7)	625 (62,3)	9 (0,9)	1004	4	4	1
26. As probabilidades dos pacientes deixarem de fumar com sucesso aumentam se os profissionais de saúde os aconselharem a deixar de fumar.	33 (3,3)	233 (23,2)	442 (44,1)	196 (19,5)	99 (9,9)	1003	3	3	1
27. É menos provável que os profissionais de saúde que fumam aconselhem os pacientes a deixarem de fumar.	131 (13,1)	336 (33,5)	319 (31,8)	140 (14,0)	77 (7,7)	1003	2	2	1
28. Todos os estabelecimentos de ensino superior deveriam ter consultas de cessação tabágica acessíveis aos alunos para aconselhamento, tratamento e acompanhamento.	13 (1,3)	109 (10,9)	504 (50,3)	299 (29,8)	77 (7,7)	1002	3	3	1
29. A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem sempre riscos para a saúde individual.	5 (0,5)	7 (0,7)	266 (26,5)	716 (71,5)	8 (0,8)	1002	4	4	1
30. A morte neonatal está associada à exposição ao fumo ambiental do tabaco.	10 (1,0)	92 (9,2)	471 (47,0)	263 (26,2)	166 (16,6)	1002	3	3	2
31. O tabagismo materno durante a gravidez aumenta o risco de Síndrome de Morte Súbita do lactente.	5 (0,5)	28 (2,8)	449 (44,8)	425 (42,4)	95 (9,5)	1002	3	3	1

* DT – Discordo totalmente. D – Discordo. C – Concordo. CT – Concordo totalmente. NS – Não sei. Estou indeciso/a. \bar{X} – Mediana. \hat{X} – Moda. IQR – Interquartile range.

Tabela 55: (Continuação) Atitudes e conhecimentos relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Licenciatura em Enfermagem

Perguntas	DT*	D*	C*	CT*	NS*	N	\bar{X} *	\hat{X} *	IQR*
	(1)	(2)	(3)	(4)	IND				
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)				
32. A exposição ao fumo ambiental do tabaco aumenta o risco de doença pulmonar em adultos não fumadores.	5 (0,5)	9 (0,9)	428 (42,7)	546 (54,5)	14 (1,4)	1002	4	4	1
33. A exposição ao fumo ambiental do tabaco não aumenta o risco de doença cardiovascular em adultos não fumadores.	345 (34,5)	386 (38,6)	133 (13,3)	95 (9,5)	42 (4,2)	1001	2	2	1
34. O tabagismo dos progenitores aumenta o risco de doenças do trato respiratório inferior, em crianças expostas, como a pneumonia.	6 (0,6)	38 (3,8)	503 (50,3)	393 (39,3)	60 (6,0)	1000	3	3	1
35. Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, as pessoas que fumam a evitar fazê-lo próximo das crianças.	6 (0,6)	4 (0,4)	238 (23,8)	748 (74,7)	5 (0,5)	1001	4	4	1
36. Não existe um nível sem risco de exposição ao fumo ambiental do tabaco.	63 (6,3)	117 (11,7)	399 (39,9)	269 (26,9)	153 (15,3)	1001	3	3	2
37. Os fumadores que não param de fumar encurtam em mais de 10 anos a sua expectativa de vida.	10 (1,0)	25 (2,5)	487 (48,7)	350 (35,0)	129 (12,9)	1001	3	3	1
38. Em Portugal, uma em cada cinco mortes ocorridas em pessoas com idades entre os 45 e os 64 anos é atribuída ao consumo de tabaco.	8 (0,8)	27 (2,7)	430 (43,0)	232 (23,2)	304 (30,9)	1001	3	3	3
39. O tabaco contribui para a pobreza e as desigualdades em saúde.	42 (4,2)	206 (20,6)	358 (35,8)	181 (18,1)	213 (21,3)	1000	3	3	2
40. O constituinte do tabaco responsável pela dependência é o alcatrão.	409 (40,9)	261 (26,1)	146 (14,6)	91 (9,1)	94 (9,4)	1001	1	1	1
41. O tabaco aumenta o risco de diabetes e agrava a evolução desta doença.	64 (6,4)	168 (16,8)	372 (37,2)	190 (19,0)	207 (20,7)	1001	3	3	2
42. O tabaco aumenta o risco de tuberculose e agrava a evolução desta doença.	46 (4,6)	131 (13,1)	415 (41,5)	201 (20,1)	207 (20,7)	1000	3	3	2
43. Fumar um maço de tabaco de cigarros por dia não está associado a um risco muito elevado para a saúde.	597 (59,6)	286 (28,6)	66 (6,6)	43 (4,3)	9 (0,9)	1001	1	1	1
44. Parar de fumar tem sempre benefícios.	7 (0,7)	40 (4,0)	281 (28,1)	652 (65,1)	21 (2,1)	1001	4	4	1
45. Os benefícios de parar de fumar são maiores quanto mais cedo se parar de fumar.	4 (0,4)	11 (1,1)	319 (31,9)	652 (65,3)	13 (1,3)	999	4	4	1
46. A formação superior recebida provocou-lhe alguma mudança de atitude, acerca do tabagismo, comparativamente ao momento da entrada no curso.	126 (12,6)	268 (26,8)	352 (35,2)	196 (19,6)	57 (5,7)	999	3	3	1

* DT - Discordo totalmente. D - Discordo. C - Concordo. CT - Concordo totalmente. NS - Não sei. Estou indeciso/a. \bar{X} - Mediana. \hat{X} - Moda. IQR - Interquartile range.

Uma primeira análise à informação da Tabela 55, permite colocar em evidência que a maioria dos/as inquiridos/as concorda com o quadro teórico apresentado nesta dimensão (79,4%), tendo 8,0% manifestado o seu desconhecimento ou indecisão. No Gráfico 51 apresentam-se as percentagens de

concordância, de discordância e de indecisão para esta dimensão.

No Gráfico 52 representam-se os valores modais desta dimensão. O valor modal global da dimensão é 3 (“Concordo”).

Gráfico 51: Concordância, discordância e desconhecimento/indecisão relativamente à dimensão IV (atitudes e conhecimentos) para o curso de Licenciatura em Enfermagem

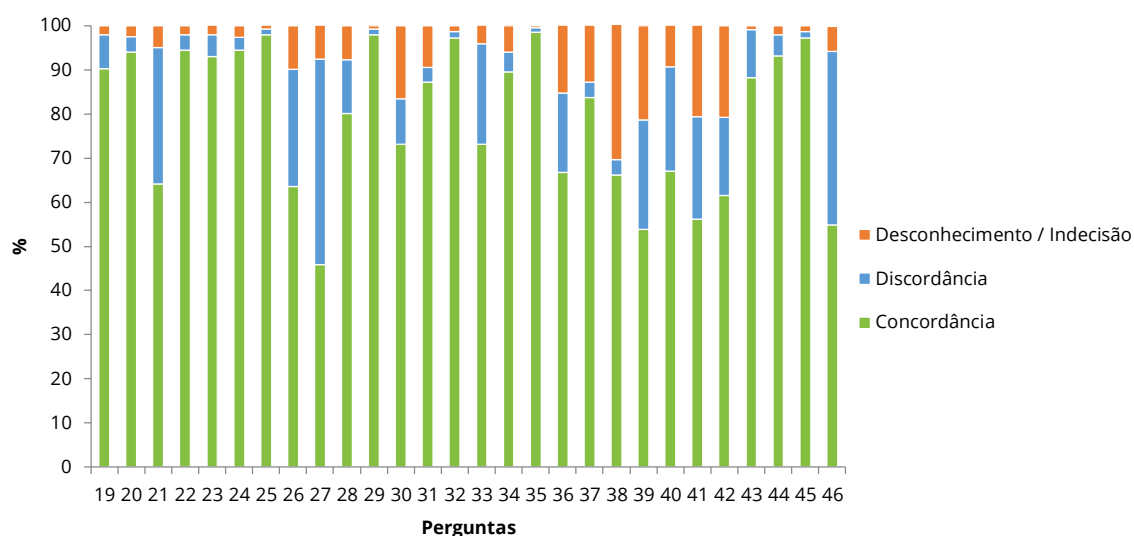
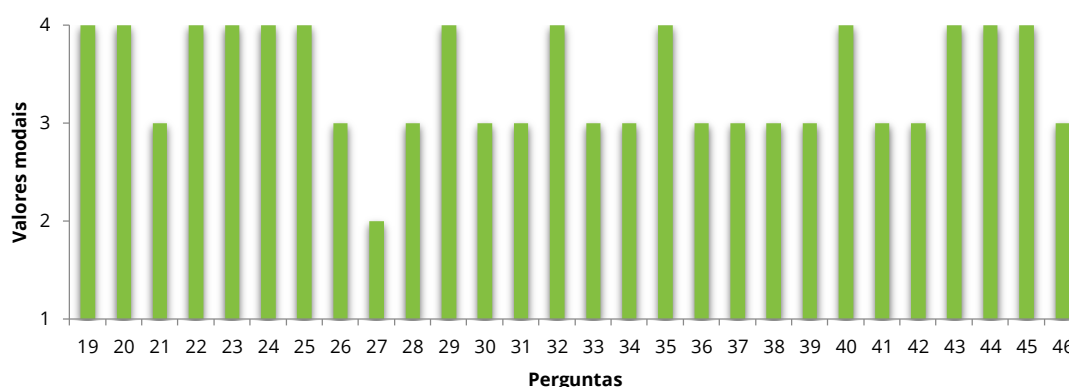


Gráfico 52: Distribuição dos valores modais da dimensão IV (atitudes e conhecimentos) para o curso de Licenciatura em Enfermagem.



As asserções que reuniram maior consenso ao nível da concordância foram: “Os profissionais de saúde deveriam aconselhar,

por norma, as pessoas que fumam a evitar fazê-lo próximo das crianças” (99,0%) e, *ex aequo*, com 98%, “Os profissionais de saúde

têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica” e “A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem sempre riscos para a saúde individual”.

A proposição “É menos provável que os profissionais de saúde que fumam aconselhem os pacientes a deixarem de fumar” dividiu os/as respondentes literalmente a meio, com percentagem de discordância / concordância idênticas. Do lado oposto, para além deste item, a afirmação “É menos provável que os profissionais de saúde que fumam aconselhem os pacientes a deixarem de fumar” foi a que recebeu maior taxa de discordância (46,6%). As proposições “Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, as pessoas que fumam a evitar fazê-lo próximo das crianças”, “Os profissionais de saúde têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica”, “A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem sempre riscos para

a saúde individual” e “A exposição ao fumo ambiental do tabaco aumenta o risco de doença pulmonar em adultos não fumadores” e registaram os menores valores globais de discordância (<1,5%).

Embora a média percentual de desconhecimento/indecisão seja de 8,0%, quatro das afirmações apresentam valores $\geq 20,0\%$, com uma expressão máxima, de 30,9%, no item “Em Portugal, uma em cada cinco mortes ocorridas em pessoas com idades entre os 45 e os 64 anos é atribuída ao consumo de tabaco”.

Dimensão V – Perceções sobre a formação teórica recebida

Os resultados que se seguem (Tabela 56) dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 33 afirmações relacionadas com as perceções sobre a formação teórica recebida. A fiabilidade dos itens é elevada, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,980 (127).

Tabela 56: Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Licenciatura em Enfermagem

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\tilde{X}^*	IQR*
47. Constituintes do tabaco e do fumo do tabaco.	212 (22,4)	47 (5,0)	231 (24,4)	351 (37,0)	87 (9,2)	20 (2,1)	948	2	3	2
48. Repercussões do consumo de tabaco na saúde.	52 (5,5)	19 (2,0)	106 (11,2)	528 (55,8)	234 (24,7)	8 (0,8)	947	3	3	0
49. Efeito da exposição ao fumo ambiental do tabaco.	69 (7,3)	28 (3,0)	147 (15,5)	508 (53,6)	186 (19,6)	9 (1,0)	947	3	3	1
50. Mecanismos neurobiológicos da dependência.	150 (15,8)	126 (13,3)	285 (30,1)	290 (30,6)	82 (8,6)	15 (1,6)	948	2	3	2

* \bar{X} – Mediana. \tilde{X} – Moda. IQR – Interquartile range.

Tabela 56: (Continuação) Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\hat{X}^*	IQR*	
51. Mecanismos psicológicos da dependência.		114 (12,0)	78 (8,2)	231 (24,4)	401 (42,3)	110 (11,6)	14 (1,5)	948	3	3	1
52. Razões pelas quais as pessoas fumam.		116 (12,2)	37 (3,9)	167 (17,6)	455 (48,0)	149 (15,7)	24 (2,5)	948	3	3	1
53. Síndrome de abstinência da nicotina.		122 (12,9)	68 (7,2)	263 (27,7)	377 (39,8)	104 (11,0)	14 (1,5)	948	3	3	1
54. Epidemiologia do consumo de tabaco.		146 (15,4)	91 (9,6)	291 (30,7)	328 (34,6)	74 (7,8)	17 (1,8)	947	2	3	2
55. Modelos e técnicas de prevenção em tabagismo.		137 (14,5)	75 (7,9)	262 (27,6)	373 (39,3)	89 (9,4)	12 (1,3)	948	2	3	1
56. Benefícios para a saúde de deixar de fumar.		53 (5,6)	21 (2,2)	94 (9,9)	505 (53,3)	268 (28,3)	7 (0,7)	948	3	3	1
57. Modelos de mudança comportamental relacionados com o tabagismo (exemplo: Prochaska e DiClemente).		349 (36,8)	154 (16,2)	201 (21,2)	168 (17,7)	44 (4,6)	32 (3,4)	948	1	-1	3
58. Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A).		374 (39,5)	127 (13,4)	213 (22,5)	162 (17,1)	46 (4,9)	26 (2,7)	948	1	-1	3
59. Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A).		376 (39,7)	132 (13,9)	206 (21,7)	168 (17,7)	36 (3,8)	30 (3,2)	948	1	-1	3
60. Como avaliar a motivação e prontidão para fazer uma tentativa para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A).		377 (39,8)	129 (13,6)	203 (21,4)	175 (18,5)	36 (3,8)	28 (3,0)	948	1	-1	3

* \bar{X} – Mediana. \hat{X} – Moda. IQR – Interquartile range.

Tabela 56: (Continuação) Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\tilde{X}^*	IQR*
61. Como ajudar a pessoa que fuma a marcar o "Dia D" e preparar a tentativa para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A).	376 (39,7)	122 (12,9)	209 (22,0)	180 (19,0)	40 (4,2)	21 (2,2)	948	1	-1	3
62. Como acompanhar o progresso da pessoa que parou de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A).	383 (40,4)	125 (13,2)	206 (21,8)	177 (18,7)	32 (3,4)	24 (2,5)	947	1	-1	3
63. Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Muito Breve (algoritmos 3A, ABC ou 2A+R).	389 (41,1)	130 (13,7)	221 (23,4)	144 (15,2)	31 (3,3)	31 (3,3)	946	1	-1	3
64. Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar na Intervenção Muito Breve (algoritmo 3A ou 2As+R).	391 (41,3)	139 (14,7)	205 (21,6)	148 (15,6)	31 (3,3)	33 (3,5)	947	1	-1	3
65. Como realizar o terceiro passo (avaliar ou referenciar) na Intervenção Muito Breve (algoritmos 3A ou 2A+R).	395 (41,7)	134 (14,1)	218 (23,0)	136 (14,4)	33 (3,5)	31 (3,3)	947	1	-1	3
66. Como abordar pessoas que estejam ambivalentes ou não desejem parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5R).	394 (41,7)	129 (13,7)	208 (22,0)	153 (16,2)	29 (3,1)	32 (3,4)	945	1	-1	3
67. Abordagem do fumador em contexto clínico.	162 (17,1)	82 (8,7)	271 (28,6)	342 (36,2)	66 (7,0)	23 (2,4)	946	2	3	2

* \bar{X} - Mediana. \tilde{X} - Moda. IQR - Interquartile range.

Tabela 56: (Continuação) Percepções sobre a formação teórica recebida para o curso de Licenciatura em Enfermagem

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\tilde{X}^*	IQR ⁺
68. Intervenção de Apoio Intensivo de acordo com o Programa-tipo da Direção-Geral da Saúde (DGS, 28/12/2007).	323 (34,1)	138 (14,6)	258 (27,3)	160 (16,9)	37 (3,9)	30 (3,2)	946	1	-1	3
69. Cessação tabágica em grupos específicos (exemplos: pessoas idosas, mulheres grávidas, adolescentes, pessoas com doença mental).	174 (18,4)	101 (10,7)	286 (30,2)	313 (33,1)	57 (6,0)	15 (1,6)	946	2	3	2
70. Aconselhamento baseado na entrevista motivacional com o objetivo de motivar e ajudar a resolver a ambivalência.	201 (21,2)	109 (11,5)	83 (29,9)	281 (29,7)	51 (5,4)	21 (2,2)	946	2	2	2
71. Como expressar empatia durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	113 (11,9)	69 (7,3)	224 (23,7)	420 (44,4)	104 (11,0)	16 (1,7)	946	3	3	1
72. Como lidar com a ambivalência do paciente durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	140 (14,8)	102 (10,8)	288 (30,4)	334 (35,3)	68 (7,2)	14 (1,5)	946	2	3	2
73. Como lidar com a resistência à mudança durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	149 (15,8)	110 (11,6)	313 (33,1)	296 (31,3)	63 (6,7)	15 (1,6)	946	2	2	2
74. Como estimular a autodeterminação e autoeficácia durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	149 (15,8)	93 (9,8)	289 (30,5)	337 (35,6)	56 (5,9)	22 (2,3)	946	2	3	2
75. Formação sobre técnicas de aconselhamento cognitivo-comportamental.	196 (20,7)	131 (13,8)	312 (33,0)	234 (24,7)	48 (5,1)	25 (2,6)	946	2	2	2

* \bar{X} - Mediana. \tilde{X} - Moda. IQR - Interquartile range.

Tabela 56: (Continuação) Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\bar{X}^*	IQR [*]
76. A prevenção das recaídas.	192 (20,3)	139 (14,7)	308 (32,6)	246 (26,0)	46 (4,9)	15 (1,6)	946	2	2	2
77. As estratégias globais de prevenção e controlo do tabagismo.	178 (18,8)	93 (9,8)	287 (30,3)	317 (33,5)	57 (6,0)	14 (1,5)	946	2	3	2
78. O conhecimento e a utilização de materiais educativos para apoiar a cessação tabágica dos pacientes que querem deixar de fumar.	187 (19,8)	102 (10,8)	279 (29,5)	306 (32,3)	51 (5,4)	21 (2,2)	946	2	3	2
79. A prescrição, indicações e contra-indicações das terapêuticas de substituição da nicotina em programas de cessação tabágica (tais como os adesivos ou pastilhas).	230 (24,3)	124 (13,1)	274 (29,0)	248 (26,2)	51 (5,4)	19 (2,0)	946	2	2	3

* \bar{X} – Mediana. \bar{X} – Moda. IQR – Interquartile range.

Numa leitura global dos resultados da Tabela 56, destaca-se o facto de 23,6% dos/as inquiridos/as terem considerado que as componentes de formação teórica apresentadas não foram abordadas durante a sua formação académica de quatro anos letivos. Em relação com este facto estão 32,3% que não se sentem preparados/as ou estão poucos preparados/as (10,6% e 21,7%, respetivamente) para atuar ao nível da prevenção e do tratamento do tabagismo. Uma franja de 38,6% considera-se bem/muito bem preparada, sendo de 8,0% os/as muito bem preparados/as.

“Como realizar o terceiro passo (avaliar ou referenciar) na Intervenção Muito Breve (algoritmos 3A ou 2A+R)” e “Como abordar pessoas que estejam ambivalentes ou não desejem parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5R)” correspondem aos temas que não terão sido abordados com a maior parte dos/as alunos/as (41,7%, *ex aequo*), seguindo-se “Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar na Intervenção Muito Breve (algoritmo 3A ou 2A+R)”, “Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Muito Breve (algoritmos 3A, ABC ou 2A+R)” e “Como acompanhar o

progresso da pessoa que parou de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A)”, ambos com escolhas acima dos 40,0%.

Relacionado com este aspeto, a falta de preparação nos “Modelos de mudança comportamental relacionados com o tabagismo (exemplo: Prochaska e DiClemente)” é considerada por 16,2% dos/as alunos/as. “Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar na Intervenção Muito Breve (algoritmo 3A ou 2A+R)” e “A prevenção das recaídas” são indicadas como áreas de débil preparação, *ex aequo*, por 14,7% dos/as respondentes.

O conteúdo que recebeu maior frequência, relativamente à muito boa preparação dos/as alunos/as é o conhecimento dos “Benefícios para a saúde de deixar de fumar”, com 28,3% de escolhas, ainda assim abaixo da média para a “pouca preparação” nesta dimensão em

cerca de 6,6 pontos percentuais. A boa preparação encontra o seu valor máximo (55,8%) na formação recebida sobre as “Repercussões do consumo de tabaco na saúde”. Os valores da mediana, nesta dimensão, descrevem um percurso entre “Não me sinto preparado/a” e “Sinto-me bem preparado/a”, com uma mediana global de 2,0.

Se se tomar a decisão de agrupar os valores do ponto da escala “O tema não foi abordado” com o “Não me sinto preparado/a” e, de igual modo, os do ponto “Sinto-me bem preparado/a” com os do “Sinto-me muito bem preparado”, podem visualizar-se as perceções da formação teórica recebida conforme se representa no Gráfico 53.

No Gráfico 54 distribuem-se os valores modais ao longo das várias perguntas. A classe modal desta dimensão é 3 (“Sinto-me bem preparado/a”).

Gráfico 53: Preparação relativamente aos conteúdos teóricos recebidos durante a formação académica para o curso de Licenciatura em Enfermagem

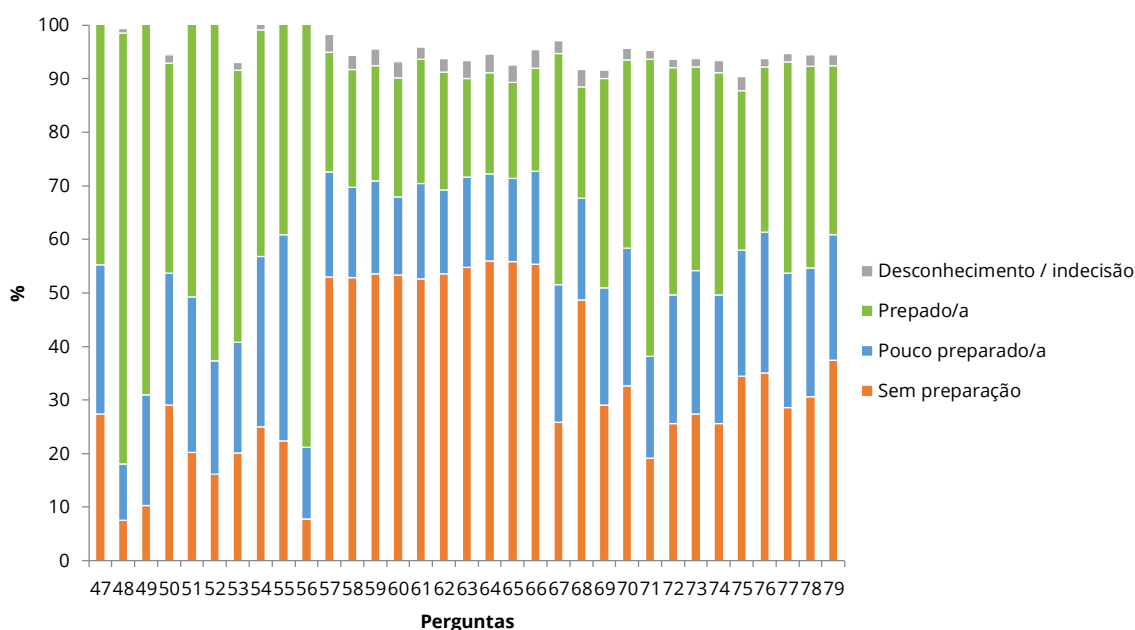
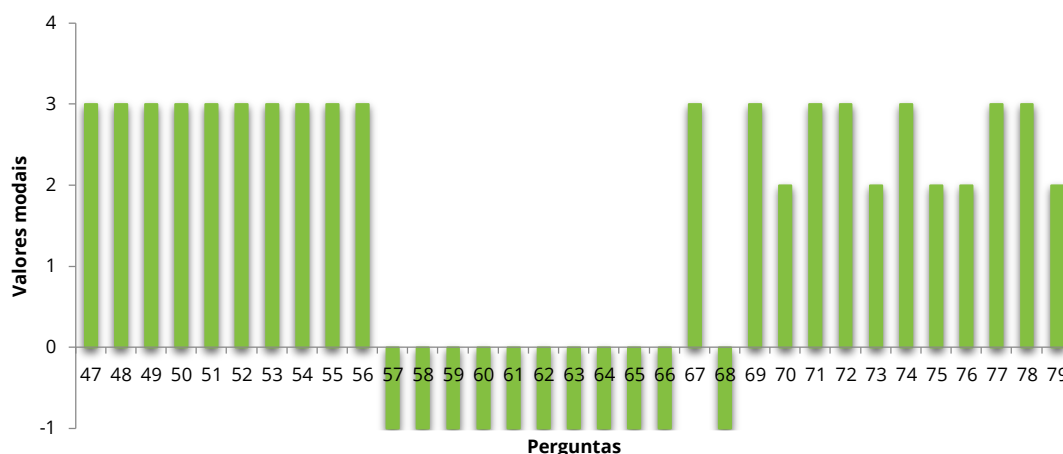


Gráfico 54: Distribuição dos valores modais da dimensão V (percepções sobre a formação teórica recebida) para o curso de Licenciatura em Enfermagem



Dimensão VI – Percepções sobre a formação prática recebida

Os resultados que se seguem, na Tabela 57, dizem respeito ao grau de concordância

relativamente a sete afirmações relacionadas com percepções sobre a formação prática recebida. A fiabilidade dos itens é elevada, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,953 (127).

Tabela 57: Percepções sobre a formação prática recebida para o curso de Licenciatura em Enfermagem

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\hat{X}^*	IQR*
81. Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes fumadores e o registo na ficha clínica.	295 (31,6)	108 (11,6)	263 (28,2)	214 (22,9)	38 (4,1)	15 (1,6)	933	2	-1	4
82. Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes em diferentes fases de preparação para a cessação tabágica.	311 (33,3)	116 (12,4)	263 (28,2)	188 (20,2)	38 (4,1)	17 (1,8)	933	2	-1	3

* \bar{X} – Mediana. \hat{X} – Moda. IQR – Interquartile range.

Tabela 57: (Continuação) Percepções sobre a formação prática recebida para o curso de Licenciatura em Enfermagem

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\tilde{X}^*	IQR*
83. Formação prática sobre a entrevista motivacional como uma intervenção adaptada a qualquer processo de mudança comportamental.	271 (29,0)	109 (11,7)	264 (28,3)	233 (25,0)	40 (4,3)	16 (1,7)	933	2	-1	4
84. Participação em projetos de prevenção do tabagismo dirigidos a grupos de pacientes fumadores.	276 (29,6)	104 (11,1)	246 (26,4)	243 (26,0)	47 (5,0)	17 (1,8)	933	2	-1	4
85. Participação numa consulta de cessação tabágica (estágio).	396 (42,4)	81 (8,7)	191 (20,5)	190 (20,4)	53 (5,7)	22 (2,4)	933	1	-1	4
86. Participação em projetos de tratamento do tabagismo.	374 (40,1)	80 (8,6)	202 (21,7)	212 (22,7)	46 (4,9)	19 (2,0)	933	1	-1	4
87. Participação em projetos de prevenção do tabagismo na comunidade.	342 (36,7)	77 (8,3)	192 (20,6)	232 (24,9)	69 (7,4)	21 (2,3)	933	2	-1	4

* \bar{X} - Mediana. \tilde{X} - Moda. IQR - Interquartile range.

Pode afirmar-se que os resultados expressos na Tabela 57 relativos às perceções sobre a formação prática recebida durante a formação académica, são congruentes com os encontrados para a dimensão V. A maioria dos/as alunos/as declara que os temas não foram abordados e, por isso, não se sentem preparados/as para intervir (34,7% e 10,3%, respetivamente). Aqueles/as que se consideram bem/muito bem preparados/as igualam 28,2%, opinando um grupo ligeiramente menor (24,8%) que estão pouco preparados/as. Nesta dimensão, cerca de 2,3% dos/as inquiridos/as indicaram desconhecimento/indecisão sobre a temática.

O valor médio da mediana é de 2. O valor modal deste grupo é -1 ("O tema não foi abordado").

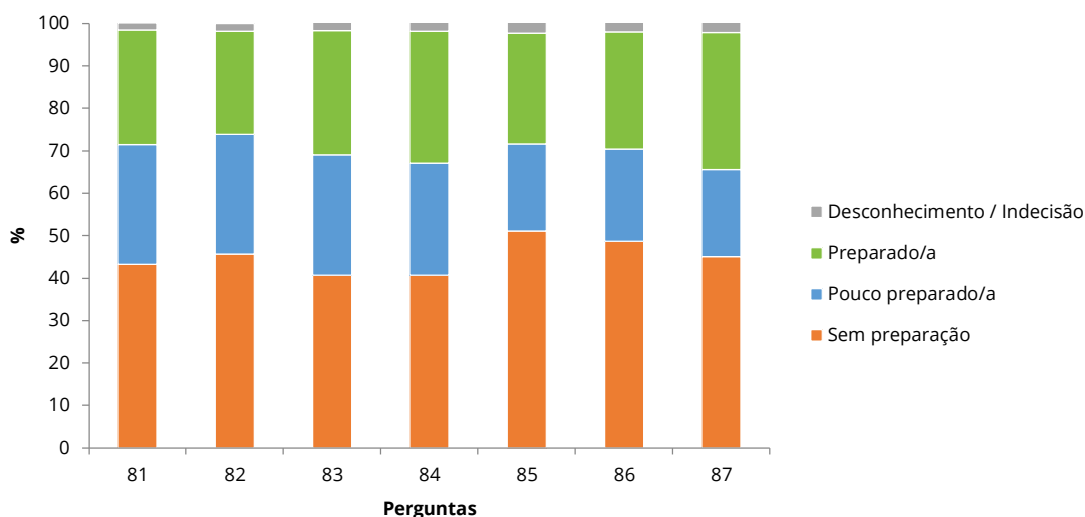
A "Participação em projetos de prevenção do tabagismo na comunidade" foi o item que recolheu maior favoritismo relativamente à preparação (32,3%). Todos os temas apresentam um valor maior ou igual a 29,0% relativamente a não terem sido abordados durante a formação académica.

Se se tomar a decisão de agrupar os valores do ponto da escala "O tema não foi abordado" com o "Não me sinto preparado/a", e de igual modo os do ponto "Sinto-me bem preparado/a"

com os do “*Sinto-me muito bem preparado*”, pode ter-se uma representação das perceções

da formação prática recebida conforme apresenta o Gráfico 55.

Gráfico 55: Preparação relativamente aos conteúdos práticos recebidos durante a formação académica para o curso de Licenciatura em Enfermagem



Com o intuito de se determinar as variáveis em estudo que se revelam preditores das competências para intervir, no domínio da prevenção e do tratamento do tabagismo, por parte dos estudantes de Enfermagem, recorreu-se à utilização do modelo de regressão logística. É de salientar que das quatro variáveis de resumo que pareceram potenciais preditores - “*Atitudes e Conhecimentos (global)*”, “*Perceções sobre a formação teórica recebida (global)*”, “*Perceções sobre a formação prática recebida*”, “*Perceções*

sobre a aquisição de competências” - apenas foi considerada na análise de regressão as “*Perceções sobre a formação prática recebida*”, tentando minimizar-se o efeito da multicolinearidade (entendido, como um problema no ajuste do modelo que pode causar impactos na estimativa dos resultados estatísticos).

Na Tabela 58 e na Tabela 59 estão expressos os resultados inerentes à variável “*Competência para Intervir*” (CPI), que foi dicotomizada (>5 e ≤5)

Tabela 58: Modelo de regressão logística para a variável “Competência para Intervir” (CPI) para o curso de Licenciatura em Enfermagem

Parâmetros	Unstandardized coefficients		95% Wald Intervalo de confiança		Teste de hipóteses					
	B	Erro padrão	Inf.	Sup.	Wald	Qui-quadrado	df	Sig.	OR	Inf.
Intercetar	-2,046	0,2886	1,480	2,612	50,251	1	<0,001***	7,736	4,394	13,620
[Sexo = 1] (S)	-0,297	0,2124	-0,119	0,714	1,959	1	0,162	1,346	0,888	2,041
[Sexo = 2] (S)	0 ^a							1		
[Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?] (FCPT)	0,059	0,1626	-0,378	0,259	0,134	1	0,715	0,942	0,685	1,296
[Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?] (FCPT)	0 ^a							1		
Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo? (NHF)	0,228	0,0665	-0,359	-0,098	11,793	1	0,001***	0,796	0,698	0,907
Perceções sobre a formação prática recebida (PPR)	0,109	0,0093	-0,128	-0,091	139,846	1	<0,001***	0,896	0,880	0,913
(Escala)	1 ^b									

Variável dependente: competência para intervir.

Modelo: (Intercetar), Sexo, Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?, Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo?, Perceções sobre a formação prática recebida

^a. Definido para zero por que este parâmetro é redundante. ^b. Fixo no valor exibido.

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

Tabela 59: Área sob a curva: variável(is) do resultado do Teste para o curso de Licenciatura em Enfermagem

Área	Erro padrão ^a	Asymptotic Sig. ^b	Intervalo de confiança	
			Limite inferior	Limite superior
0,808	0,015	<0,001***	0,778	0,838

Variável(is) do resultado do Teste: o valor previsto da média da resposta tem pelo menos uma ligação entre o estado atual positivo do Grupo e o atual estado negativo do Grupo. As estatísticas podem ser tendenciosas.

^a. Sob a suposição não paramétrica. ^b. Hipótese nula: área real = 0,5

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

A equação do modelo estimada é dada por:

$$\text{CPI} = -2,046 - 0,297 S + 0,059 \text{ FCTP} + 0,228 \text{ NHF} + 0,109 \text{ PPR}$$

Analisando os coeficientes padronizados β_9 verificamos que a Competência para Intervir (CPI) varia na razão direta do número de horas que, durante a formação académica dos estudantes de Enfermagem, foi utilizado para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo (NHF: $\beta = 0,228$; $p\text{-value} = 0,001$) e, de igual modo, na razão direta das perceções evidenciadas pelos estudantes sobre a formação prática recebida (PPR: $\beta = 0,109$; $p\text{-value} = <0,001$). Já os efeitos das variáveis “Sexo” e o facto de alguma vez os estudantes terem fumado ou consumido produtos de tabaco (FCPT) não se revelaram significativos. Esta constatação, permite-nos concluir que quanto maior for o número de horas destinadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo e mais favoráveis forem as perceções dos estudantes de Enfermagem sobre a formação prática recebida durante o curso, maior será a sua confiança nas competências pessoais para intervir neste domínio.

É de salientar que, globalmente, o modelo de regressão tem significado estatístico (valor $p\text{-value} < 0,001$), tendo a qualidade do mesmo sido avaliada pela *Area Under the Curve* (AUC). Conclui-se que a capacidade de discriminação do modelo é significativa ($\text{AUC} \neq 0,5$) e com efeito forte ($\text{AUC} > 75\%$).

Grupo VII – Perceções sobre a aquisição de competências

⁹ Pestana e Gageiro (135) argumentam que é difícil determinar a importância relativa de cada variável independente com base nos coeficientes de regressão parciais, tornando-se preferível examinar os coeficientes padronizados *Beta*, já que estes permitem comparar a contribuição relativa de cada variável independente na previsão da variável dependente.

Os resultados que se seguem dizem respeito ao grau de concordância relativamente a oito afirmações relacionadas com perceções sobre a aquisição de competências (Tabela 60). A fiabilidade dos itens é elevada, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,953 (127).

Tabela 60: Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Licenciatura em Enfermagem

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) <i>f</i> (%)	Não me sinto preparado (1) <i>f</i> (%)	Sinto-me pouco preparado (2) <i>f</i> (%)	Sinto-me bem preparado (3) <i>f</i> (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) <i>f</i> (%)	Não sei/estou indeciso <i>f</i> (%)	N	\bar{X}^*	\tilde{X}^*	<i>IQR</i> ^*
88. Competências suficientes para intervir em matéria de prevenção do tabagismo.	116 (12,6)	147 (15,9)	310 (33,5)	290 (31,4)	46 (5,0)	15 (1,6)	924	2	2	2
89. Competências suficientes para intervir em matéria de tratamento do tabagismo.	133 (14,4)	176 (19,0)	337 (36,5)	230 (24,9)	34 (3,7)	14 (1,5)	924	2	2	2
90. Capacidade para intervir na prevenção do tabagismo junto da comunidade.	110 (11,9)	144 (15,6)	301 (32,6)	303 (32,8)	52 (5,6)	14 (1,5)	924	2	3	2
91. Desenvolvimento da técnica de negociação e partilha de tomada de decisões no aconselhamento em tabagismo.	141 (15,3)	160 (17,3)	307 (33,2)	63 (28,5)	39 (4,2)	14 (1,5)	924	2	2	2
92. Capacidade para aumentar a literacia dos pacientes e das respetivas famílias em matéria de tabagismo e saúde.	123 (13,3)	122 (13,2)	273 (29,5)	345 (37,3)	51 (5,5)	10 (1,1)	924	2	3	2
93. Integração numa equipa multidisciplinar no âmbito do apoio à cessação tabágica.	156 (16,9)	132 (14,3)	292 (31,6)	278 (30,1)	45 (4,9)	21 (2,3)	924	2	2	2
94. Realização de uma Intervenção Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmo 5A).	322 (34,8)	156 (16,9)	229 (24,8)	161 (17,4)	33 (3,6)	23 (2,5)	924	1	-1	3
95. Realização de uma Intervenção Muito Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmos 3A, ABC ou 2A+R).	333 (36,0)	155 (16,8)	229 (24,8)	156 (16,9)	29 (3,1)	22 (2,4)	924	1	-1	3

* \bar{X} – Mediana. \tilde{X} – Moda. *IQR* – *Interquartile range*.

Na continuidade dos resultados encontrados para as dimensões V e VI, na dimensão acerca da aquisição de competências 31,9% considera que não adquiriu as competências necessárias para intervir (14,9% defende que os temas não foram abordados; 16,4% não se sente preparado/a). Porém, um grupo de dimensão próxima (33,9%) considera que está preparado (4,6% até defende que está muito bem preparado) e outro (32,1%) percebe-se como pouco preparado. Nesta dimensão, o desconhecimento e a indecisão preencheram 1,6% das respostas. O valor médio da mediana é de 2 e a classe modal de 2 (“Sinto-me pouco preparado/a”).

No enquadramento dos resultados, a “Capacidade para aumentar a literacia dos pacientes e das respetivas famílias em matéria

de tabagismo e saúde” foi o domínio que recebeu maiores escolhas (42,8%) ao nível da preparação (37,3% bem preparado e 5,5% muito bem preparado) e da ausência de abordagem na formação / não preparação.

Se se tomar a decisão de agrupar os valores do ponto da escala “O tema não foi abordado” com o “Não me sinto preparado/a” e, procedendo de igual modo, juntando os do ponto “Sinto-me bem preparado/a” com os do “Sinto-me muito bem preparado”, pode-se ter a visualização das perceções sobre a aquisição de competências conforme se representa no Gráfico 56.

No Gráfico 57 apresentam-se os resultados relativos às perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Licenciatura em Enfermagem em função da variável “Sexo”.

Gráfico 56: Perceções sobre a aquisição de competências em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo para o curso de Licenciatura em Enfermagem

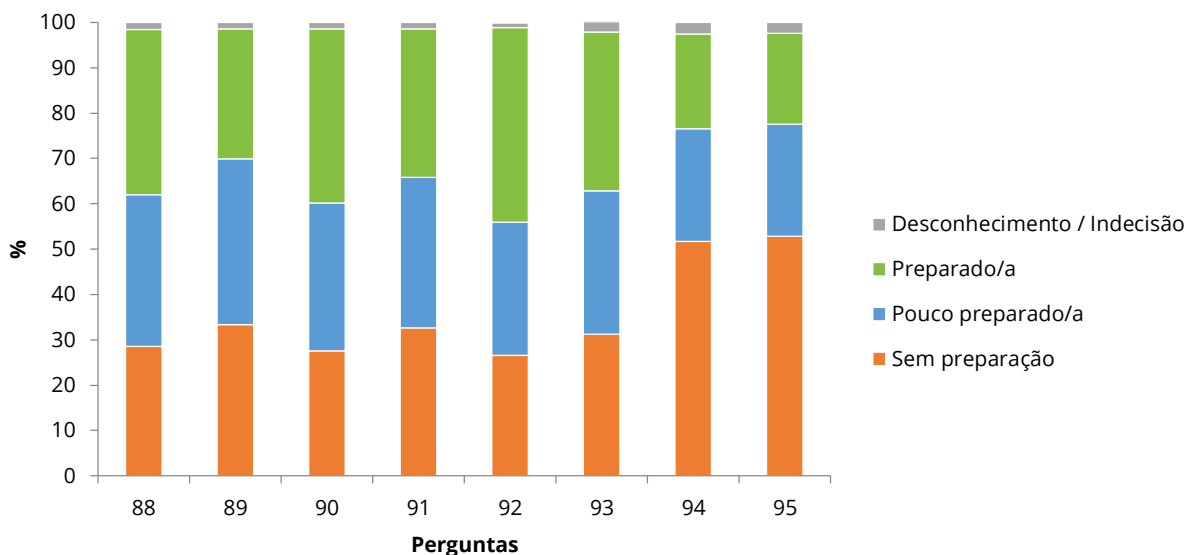
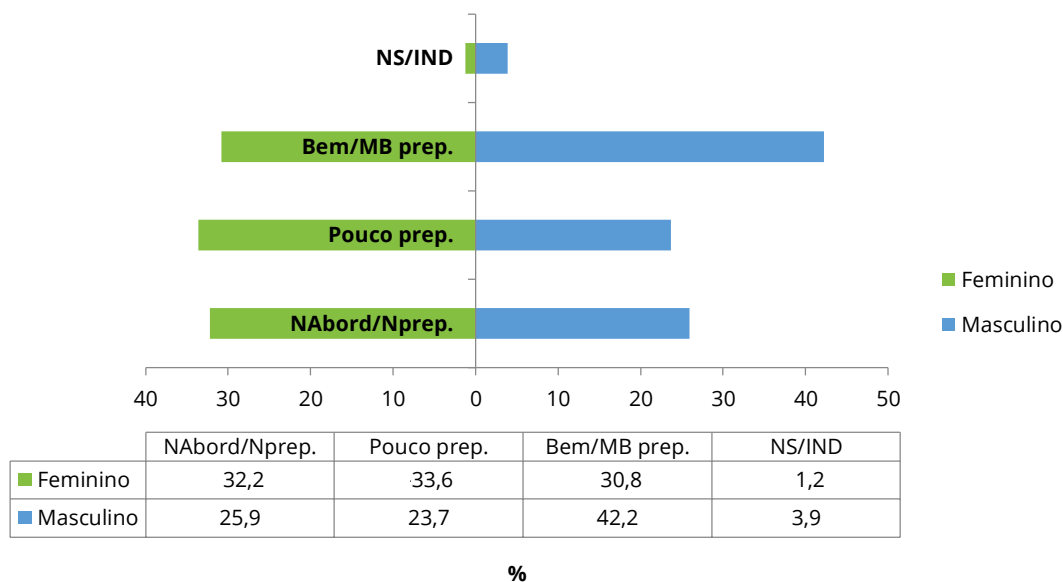


Gráfico 57: Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Licenciatura em Enfermagem em função do sexo



Como síntese desta secção, pediu-se aos/às alunos/as que avaliassem as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação profissional futura, posicionando-se numa escala intervalar de 10 pontos (em que

o valor 1 corresponde a “pouco confiante” e o valor 10 traduz “totalmente confiante”). Os resultados apresentam-se no Gráfico 58 e 59 em função da variável “Sexo”. A moda e a mediana encontradas têm o valor 5, com a média de 4,8 e um desvio padrão de 2,0.

Gráfico 58: Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=920)

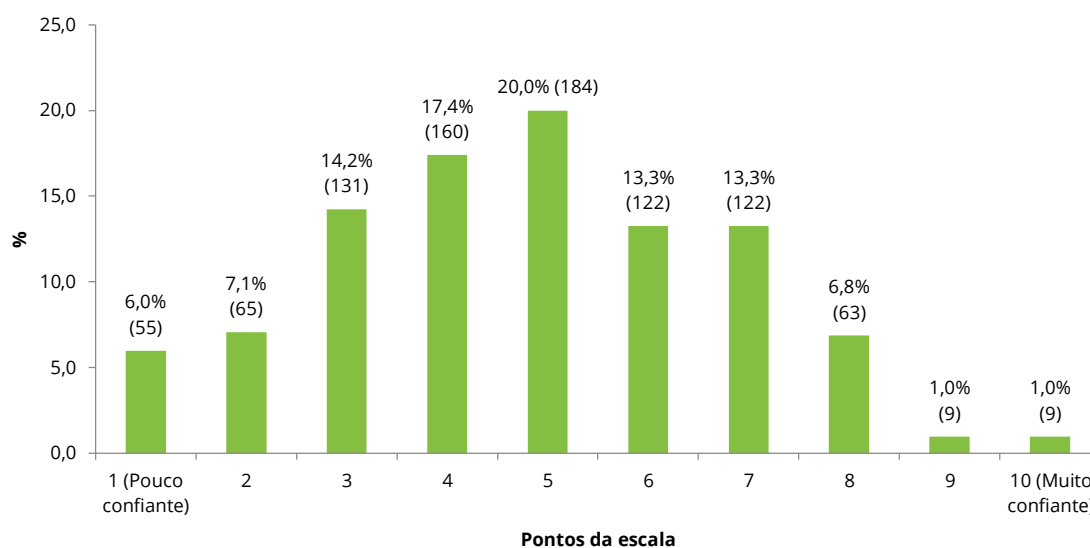
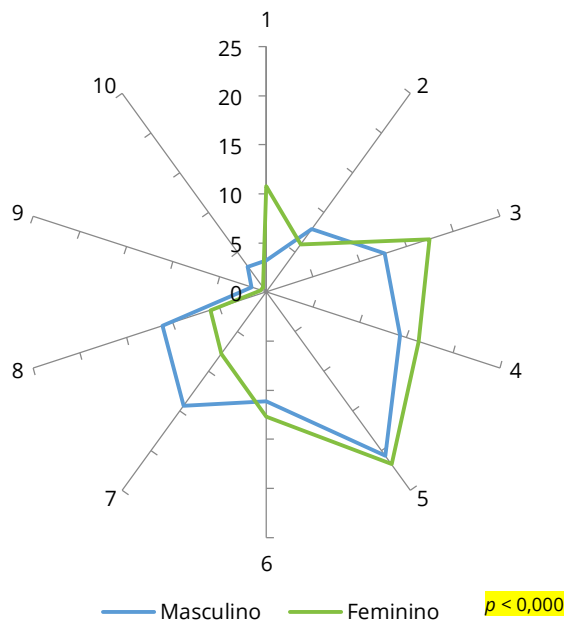


Gráfico 59: Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Licenciatura em Enfermagem em função da variável "Sexo" (N=920)



Foram pesquisadas associações entre as competências para intervir e outras variáveis, cujos

resultados se apresentam na Tabela 61 e na Tabela 62.

Tabela 61: Associações entre variáveis das Dimensões IV, V, VI e VII para o curso de Licenciatura em Enfermagem

Variáveis	Que idade tinha quando fumou pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Atitudes e conhecimentos (global)	Perceções sobre a formação teórica recebida (global)	Perceções sobre a formação prática recebida (global)	Perceções sobre a aquisição de competências	Avaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação futura	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares
<i>p-values</i>											
Competência para intervir nominal (>5; ≤5) ^a	0,267	0,075	0,563	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	NA	0,004***	0,068	0,604
Atitudes e conhecimentos (global) ^b	0,553	0,154	0,126	NA	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***			
Perceções sobre a formação teórica recebida (global) ^b	0,023*	0,137	0,593		NA	<0,001***	<0,001***	<0,001***	0,269	0,737	0,872
Perceções sobre a formação prática recebida (global) ^b	0,116	0,038*	0,864			NA	<0,001***	<0,001***	0,155	0,394	0,201
Perceções sobre a aquisição de competências ^b	0,072	0,019*	0,437				NA	<0,001***	0,051	0,285	0,608
Avalie as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação futura ^b	0,170	0,127	0,775					NA	0,310	0,757	0,897

*. Correlação significativa; **. Correlação muito significativa; ***. Correlação altamente significativa; ^a. Mann-Whitney; ^b. Teste à correlação de Spearman.

Tabela 62: Associação entre a competência para intervir e outras variáveis para o curso de Licenciatura em Enfermagem

Variáveis	Sexo	Alguma vez fumou?	Hábitos tabágicos (nunca fumou; experimentou; fuma regularmente)	Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente)
<i>Pearson Chi-Square (p-values)</i>				
Competência para intervir nominal (>5; ≤5)	0,095	0,115	0,735	0,699

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

Da leitura das duas tabelas anteriores, percebem-se associações significativas entre a competência para intervir, as atitudes e conhecimentos sobre aspetos do tabagismo (global) (mediana, ≤5=83,00; >5=86,00), as perceções sobre a formação teórica (mediana, ≤5=41,00; >5=83,50) e prática (mediana, ≤5=3,00; >5=18,00) recebida durante a formação superior e as perceções sobre a aquisição de competências (mediana, ≤5=10,00; >5=21,00), para além de outras relações.

A competência para intervir, nominal, não está associada, de modo significativo, às variáveis consideradas na Tabela 62.

Na Tabela 63 apresentam-se os resultados da associação entre as variáveis “Sexo”, “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos” com as variáveis “Atitudes e Conhecimentos (global)” e as perceções sobre a formação teórica, prática e a aquisição de competências.

Tabela 63: Associação entre as variáveis “Sexo”, “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos” e as variáveis “Atitudes e conhecimentos”, perceções sobre a formação teórica e prática recebida a as competências adquiridas para intervir no apoio à cessação tabágica

Variáveis	Atitudes e conhecimentos (global)	Perceções sobre a formação teórica recebida (global)	Perceções sobre a formação prática recebida (global)	Perceções sobre a aquisição de competências	Avaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação profissional futura	
<i>p-values</i>						
Sexo	0,928	0,005**	0,001***	0,008**	0,004**	Mann-Whitney
Alguma vez fumou?	0,247	0,996	0,106	0,409	0,858	
Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente).	0,054	0,779	0,585	0,846	0,955	Kruskal-Wallis

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

A leitura da tabela anterior permite identificar associações significativas entre a variável “Sexo” e:

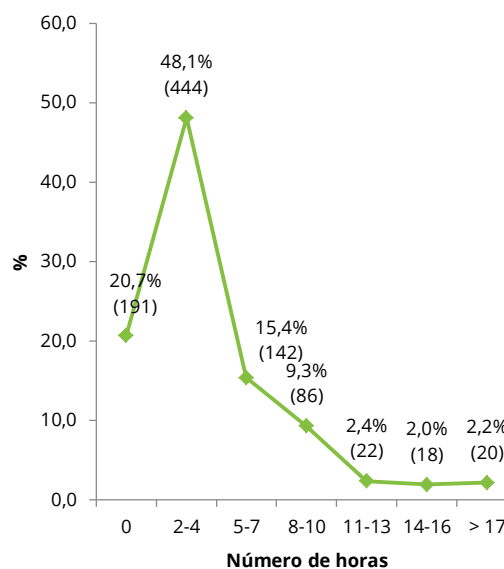
1. As perceções sobre a formação teórica recebida (global) (*Mediana*, feminino=58,0; masculino=60,0);
2. As perceções sobre a formação prática recebida (global) (*Mediana*, feminino=8,0; masculino=14,0);
3. As perceções sobre a aquisição de competências (*Mediana*, feminino=15,0; masculino=16,0);
4. A avaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação profissional futura (*Mediana*, feminino=5,0; masculino=5,0).

Dimensão VIII - Perceções sobre os métodos pedagógicos

Os resultados que se seguem dizem respeito às perceções relativamente aos métodos pedagógicos utilizados na formação, reunindo sugestões e comentários.

O Gráfico 60 representa o número de horas declarado que terão sido utilizadas, durante a formação académica, para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo. O valor da média determinado é de 2,4 h, e o valor modal e da mediana é de 2,0 h, com um desvio padrão de 1,3 h.

Gráfico 60: Número de horas, estimado, utilizado na formação académica para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=923)



De seguida, procurou-se encontrar associações entre o número de horas utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo, as perceções sobre a formação teórica e prática recebida e a aquisição de competências (Tabela64).

Pela análise dos resultados, verifica-se que existe uma associação altamente significativa entre o número de horas de formação declarado, a perceção sobre a formação teórico-prática recebida e a autoavaliação que se faz das competências pessoais para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação profissional futura e muito significativa com as atitudes e perceções, de modo global.

Tabela 64: Associação entre o número de horas dedicadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo, as atitudes e conhecimentos sobre aspetos do tabagismo, a formação recebida e a aquisição de competências para o curso de Licenciatura em Enfermagem

Variáveis	Avaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação profissional futura	Atitudes e conhecimentos (global)	Perceções sobre a formação teórica recebida (global)	Perceções sobre a formação prática recebida	Perceções sobre a aquisição de competências
Teste Spearman's rho (p-values)					
Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo?	<0,001***	0,013**	<0,001***	<0,001***	<0,001***

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

A temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada ao longo de todo o percurso da formação académica (Gráfico 61), com particular destaque no segundo ano do curso (38,3%).

Os/as alunos/as consideram que alguns temas sobre o tabagismo deveriam ser trabalhados com mais tempo ou de outro modo na sua formação académica, conforme revela o Gráfico 62.

Gráfico 61: Anos do curso em que a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1090)

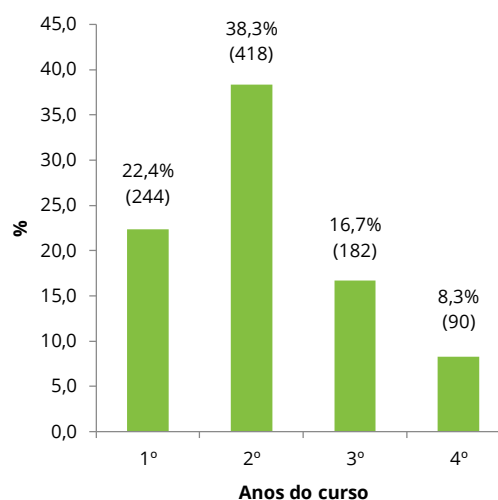
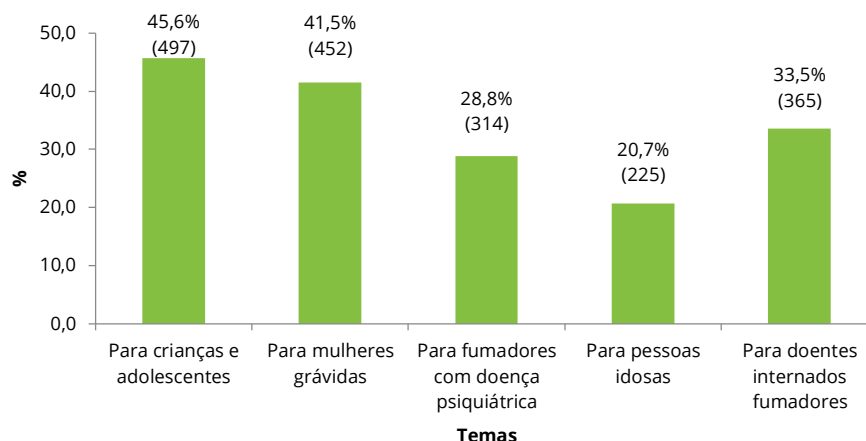


Gráfico 62: Temas que deveriam ser trabalhados durante a formação académica com mais tempo ou de outro modo para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=1089)

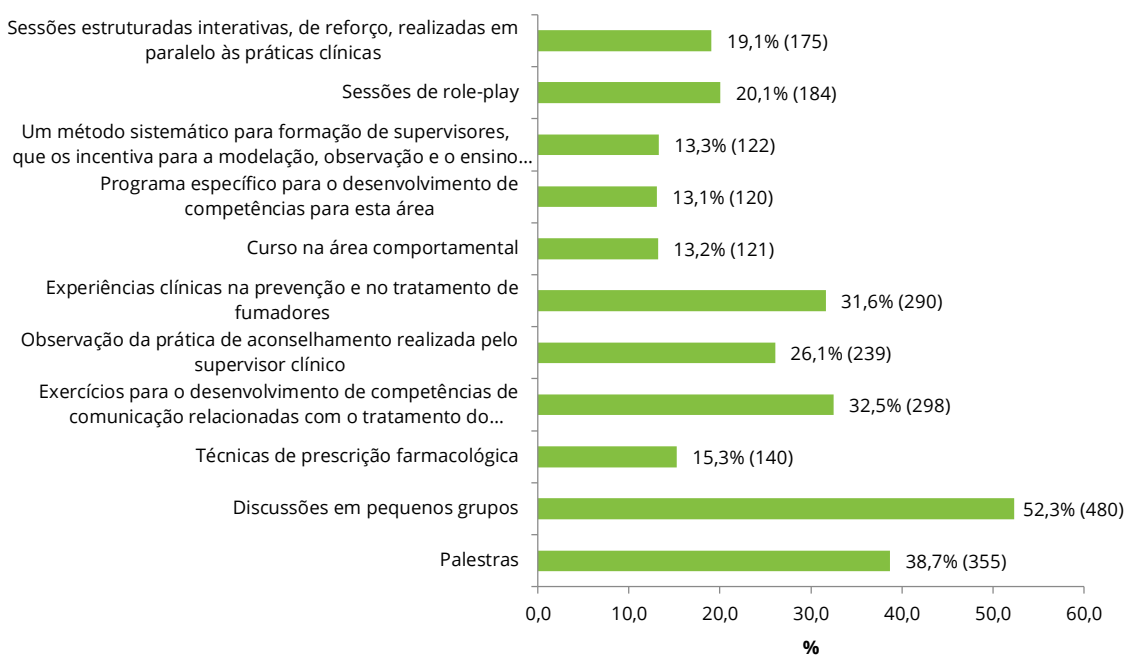


Foram, ainda, indicados outros grupos de fumadores sobre os quais se considera necessário trabalhar mais tempo ou de outro modo na formação académica, que vêm a ser: doentes pulmonares ($f=3$); adultos fumadores ($f=2$); estudantes de saúde ($f=2$);

toxicodependentes ($f=1$); adultos com crianças ($f=1$) e presidiários ($f=1$).

As técnicas que terão sido utilizadas durante a formação académica superior, na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo, estão indicadas no Gráfico 63.

Gráfico 63: Técnicas utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo para o curso de Licenciatura em Enfermagem (N=917)



Foram indicadas outras técnicas utilizadas durante a formação: debate ($f=3$); educação para a saúde ($f=8$); aulas teóricas ($f=20$); aulas práticas ($f=4$); trabalhos de grupo ($f=11$); conteúdos audiovisuais ($f=10$) e intervenção na comunidade ($f=9$).

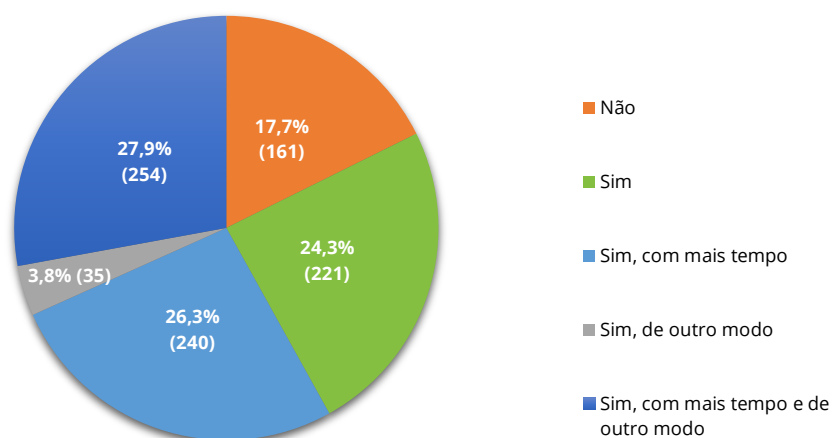
Quando questionados/as acerca de alterações a introduzir na abordagem aos temas sobre o tabagismo, em particular o aumento do tempo e a mudança de metodologias de ensino, apuraram-se os seguintes resultados (Gráfico 64):

- Os/as alunos/as indicam, ainda, os seguintes temas/metodologias/tempo que consideram mais adequados para a abordagem do tabagismo durante a formação académica: formas de intervenção ($f=114$); tratamento e cessação dos hábitos tabágicos ($f=123$); método expositivo e interativo ($f=8$); abordagem a grupos específicos ($f=39$) e mais tempo ($f=39$).

- Cerca de 79,4 % dos/as inquiridos/as declaram que não tinham participado em projetos no domínio da prevenção e do tratamento do tabagismo ($N=909$). Foram referidos alguns projetos em que participaram: educação para a saúde ($f=32$); Dia Nacional do Não-Fumador ($f=4$); intervenções ($f=42$); consultas de cessação tabágica ($f=21$) e outros projetos ($f=5$).

Por fim, os/as alunos/as foram convidados a indicar áreas/temáticas/atividades que considerassem pertinentes serem incluídas na matriz curricular do curso para apoiar os esforços na redução do tabagismo entre os pacientes na comunidade. A análise de conteúdo levou à construção das seguintes categorias: cessação tabágica ($f=77$); motivação ($f=34$); prevenção ($f=21$); intervenção ($f=45$).

Gráfico 64: Aumento da carga horária e do modo de ensino dos temas relacionados com o tabagismo para o curso de Licenciatura em Enfermagem ($N=911$)



10.3. Mestrado Integrado em Medicina

O Mestrado Integrado em Medicina tem a duração de seis anos letivos. No processo de inquérito, em oito estabelecimentos de ensino superior, com 1865 alunos, obtiveram-se 452 respostas validadas, traduzindo uma taxa de resposta de 24,2%. Para o nível de confiança considerado de 95% o erro amostral é de 4,01%.

A informação recolhida e analisada permitiu tomar decisões acerca da consistência interna de cada item e das dimensões do questionário. A consistência interna foi calculada através do parâmetro *Alfa de Cronbach* (α). Os resultados da fiabilidade interna resumem-se na Tabela 65. Os dados revelam que todos os grupos de perguntas com itens de resposta em escala ordinal apresentam confiabilidade entre baixa a elevada (127).

Tabela 65: *Alfa de Cronbach* dos itens com escala ordinal para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

Grupo de perguntas	N.º de itens	α
IV	28	0,740
V	34	0,973
VI	7	0,938
VII	9	0,944

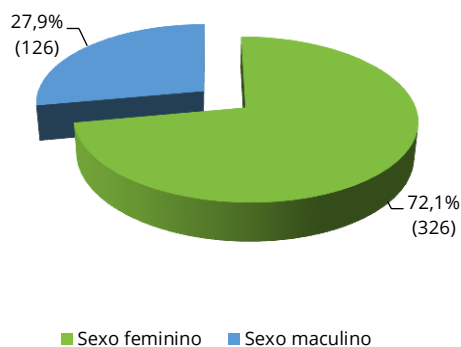
De seguida, apresentam-se os resultados da análise estatística descritiva dos vários grupos de perguntas

Dimensão I – Informação sociodemográfica

Variável “Sexo”

Os dados relativos à variável “Sexo” apresentam-se no Gráfico 65. Cerca de 72,1% dos respondentes são do sexo feminino.

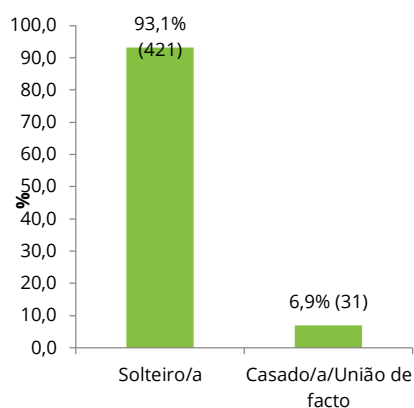
Gráfico 65: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Sexo” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=452)



Variável “Estado civil”

Relativamente ao estado civil, 93,1% dos/as inquiridos/as declarou-se solteiro/a (Gráfico 66).

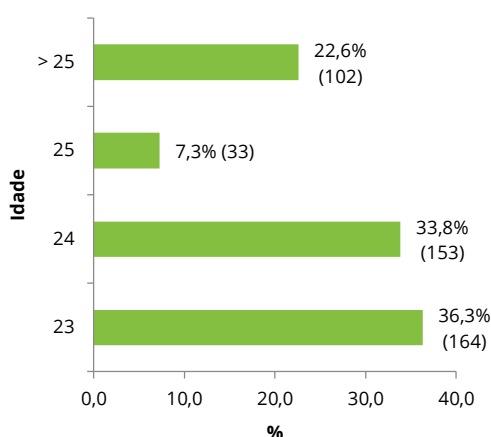
Gráfico 66: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Estado civil” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=452)



Variável "Idade"

No que diz respeito à idade dos/as alunos/as (Gráfico 67), foi calculada a média de 25,3 anos, a mediana de 24,0, com um desvio padrão de 3,9 anos. O valor modal é de 23 anos de idade.

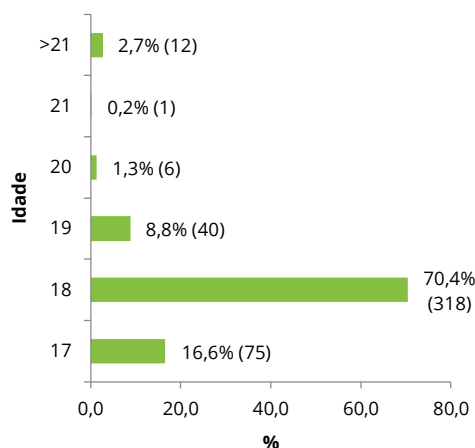
Gráfico 67: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável "Idade" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=452)



Variável "Idade com que iniciou os estudos universitários"

A maior parte dos/as alunos/as iniciou os seus estudos universitários (Gráfico 68) com 18 anos de idade (70,4%), seguida da idade de 17 anos. Para esta variável encontrou-se a média de 18,2 anos e a mediana de 18,0, com desvio padrão de 1,6 anos. O valor mais frequente é 18 anos de idade.

Gráfico 68: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável "Idade com que iniciou os estudos universitários" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=452)



Dimensão II - Prevalência do consumo de produtos do tabaco

A maioria dos/as inquiridos/as (52,7%) declara que já fumou ou consumiu produtos de tabaco, como cigarros, cigarrilhas ou outros produtos (Gráfico 69). Esta experimentação tem maior expressão no sexo masculino (61,9%) (Tabela 66).

Gráfico 69: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável "Alguma vez fumou ou consumiu produtos do tabaco" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=423)



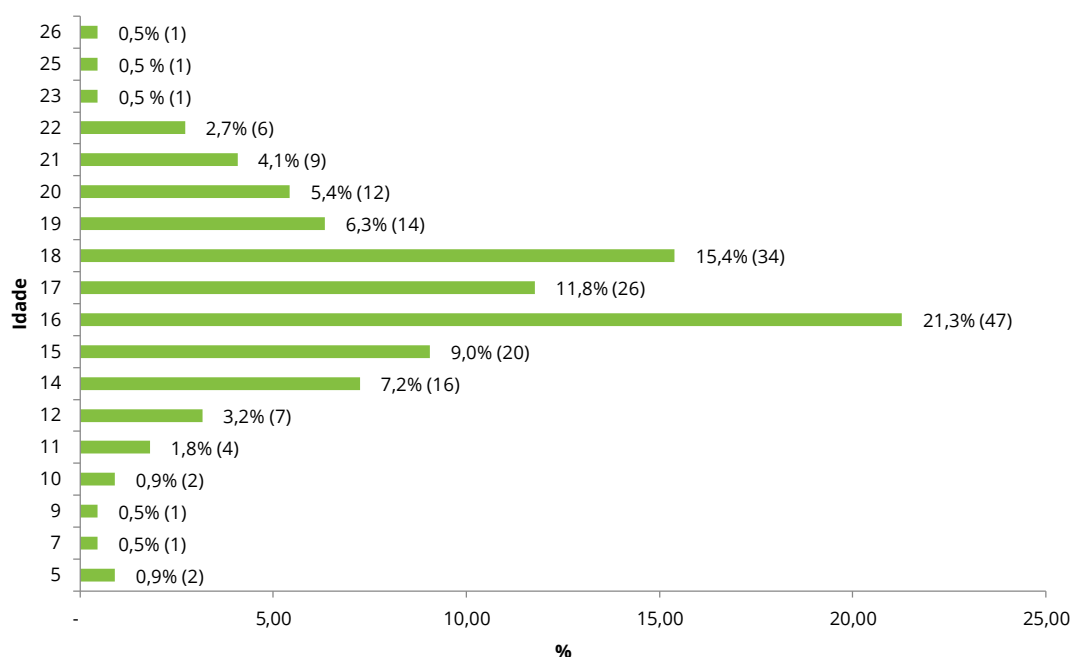
Tabela 66: Experimentação de produtos de tabaco em relação ao sexo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

	Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco?)		Pearson Chi-Square p-value
	Sim f (%)	Não f (%)	
Feminino	145 (48,8)	152 (51,2)	0,009*
Masculino	78 (61,9)	48 (38,1)	

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

A idade de experimentação de produtos do tabaco, de acordo com a informação recolhida, ocorre entre os 5 [sic] e os 26 anos (Gráfico 70). A maior parte dos/as alunos/as declarou ter experimentado fumar ou consumir produtos do tabaco com 16 anos de idade (21,3%), seguido da classe dos 18 anos de idade (15,4%). A média calculada de idades é de 16,4 anos e a mediana de 16,0, com um desvio padrão de 3,0 anos. A idade modal de experimentação é aos 16 anos.

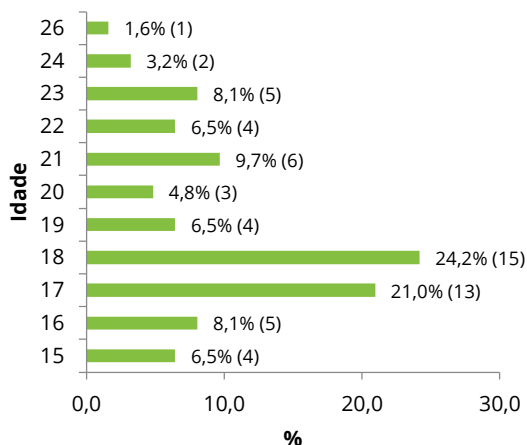
Gráfico 70: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Que idade tinha quando fumou ou consumiu tabaco pela primeira vez” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=221).



Cerca de 71,8% dos/as inquiridos/as declaram apenas terem experimentado produtos do tabaco, não sendo consumidores/as. Cerca de 28,0% é consumidor/a regular. Entre os/as consumidores/as, a maior parte (24,2%) começou a fumar regularmente com 18 anos de idade, seguido da idade dos 17 anos (21,0%). A média calculada de idades é de 18,9

anos e a mediana de 18,0, com um desvio padrão de 2,6 anos. A idade mais comum de início do consumo regular de tabaco é aos 18 anos (Gráfico 71).

Gráfico 71: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=62)

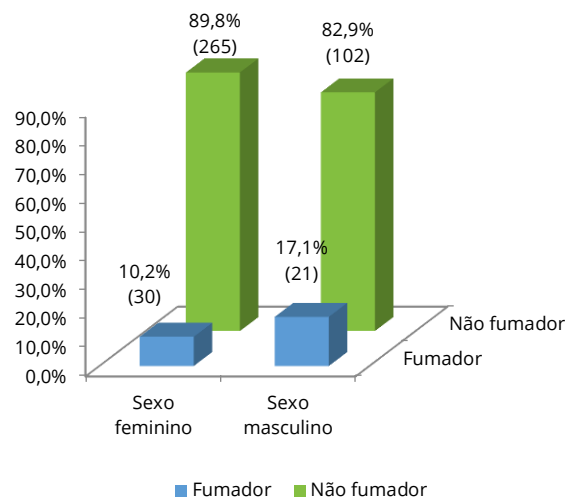


No Gráfico 72, relacionam-se os dados relativos à percentagem de fumadores e de não fumadores com a variável “Sexo”. Percebe-se uma prevalência maior do consumo no sexo masculino, de 17,1%, com diferença significativa relativamente ao sexo feminino.

Entre os/as consumidores/as regulares de tabaco, 69,4% declara que já tentou deixar de fumar, sendo que a maior parte o fez, *ex aequo*, uma e duas vezes (35,7%), seguido pelo grupo que tentou três vezes (14,3%). Nesta pergunta foram declaradas tentativas de deixar de fumar entre uma vez e dez vezes, com o valor de mediana de duas tentativas e o desvio padrão de 1,7.

Os motivos que conduziram estes/as alunos/as ao início do consumo de tabaco apresentam-se na Tabela 67 e apontam claramente a influência dos amigos e/ou colegas (72,1%) e o gosto e aroma do tabaco (52,5%). A estética das embalagens (100,0%), a influência dos familiares (90,2%) e a facilidade em arranjar tabaco (85,2%) foram os motivos mais afastados justificativos para o seu comportamento.

Gráfico 72: Fumadores/não fumadores, em função da variável “Sexo”, para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N= 418)



p-value = 0,049*

Tabela 67: Motivos para se ter começado a fumar para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=61)

Motivos	Sim	Não
	f (%)	f (%)
Porque os meus familiares fumavam.	6 (9,8)	55 (90,2)
Porque os meus amigos e/ou colegas fumavam.	44 (72,1)	17 (27,9)
Porque gostei do sabor e/ou do cheiro do tabaco.	32 (52,5)	29 (47,5)
Porque era fácil arranjar tabaco.	9 (14,8)	52 (85,2)
Porque as embalagens me atraíam.	0 (0,0)	61 (100,0)
Não me recordo.	5 (8,2)	56 (91,8)
Por outras razões.	17 (27,9)	44 (72,1)

Entre as outras razões apontadas, indicam-se as seguintes categorias: ansiedade (f=3); ferramenta para gerir o stress (f=4); contexto social (f=1); oportunidade de introspeção e de

reflexão ($f=1$); prazer ($f=2$); curiosidade ($f=1$); vontade ($f=2$) e substituto da comida ($f=2$).

Entre os/as estudantes que começaram a consumir regularmente tabaco ($N=61$), 41,0% fuma diariamente, pelo menos uma vez por dia; 44,3% fá-lo menos de uma vez por dia e 14,8% acabou por abandonar essa prática (Gráfico 73).

Na Tabela 68 apresentam-se os resultados relativamente ao tipo de consumo relacionado com a variável "Sexo".

Tabela 69 revela-se o padrão de consumo declarado, nos últimos 30 dias, relativamente a alguns dos produtos de tabaco.

Gráfico 73: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável "Fumador diário/fumador ocasional/ex-fumador" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina ($N=61$)

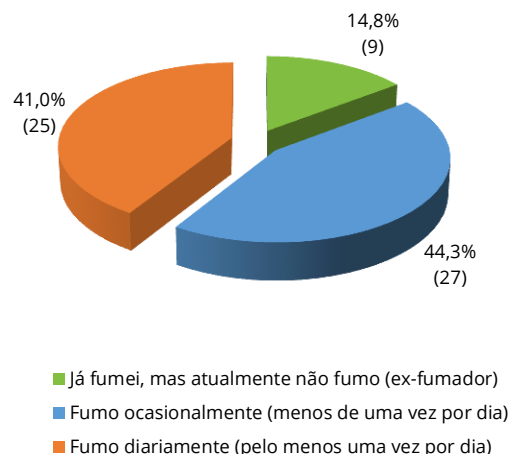


Tabela 68: Tipo de consumo de tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

	Atualmente (últimos 30 dias) como classifica o seu consumo de tabaco?			Pearson Chi-Square
	Já fumei, mas atualmente não fumo	Fumo ocasionalmente	Fumo diariamente	p-value
Sexo	f (%)	f (%)	f (%)	
Feminino	4 (11,4)	15 (42,9)	16 (45,7)	0,577
Masculino	5 (19,2)	12 (46,2)	9 (34,6)	

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

Tabela 69: Comportamento tabágico, nos últimos 30 dias, relativo a alguns produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=52)

Produtos do tabaco	Consumo diário <i>f (%)</i>	Consumo ocasional <i>f (%)</i>	Apenas experimentei <i>f (%)</i>	Não consumo <i>f (%)</i>	Interquartil range
Cigarros	8 (15,4)	20 (38,5)	24 (46,2)	0 (0,0)	1
Cigarrilhas	2 (3,8)	0 (0,0)	2 (3,8)	48 (92,3)	0
Charutos	2 (3,8)	0 (0,0)	2 (3,8)	48 (92,3)	0
Tabaco de enrolar	5 (9,6)	10 (19,2)	0 (0,0)	37 (71,2)	2
Cachimbo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	51 (98,1)	0
Cachimbo de água (<i>shisha</i>)	2 (3,8)	0 (0,0)	2 (3,8)	48 (92,3)	0
Tabaco de mascar	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	52 (100,0)	0
Rapé	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	52 (100,0)	0
Cigarro eletrónico	2 (3,8)	1 (1,9)	2 (3,8)	47 (90,4)	0
Cigarro sem queima (<i>Heat not-burn</i>)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	52 (100,0)	0

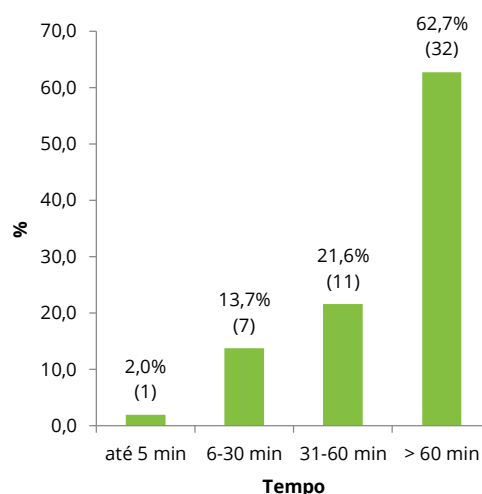
Foram ainda indicados “*snooze*” (aleadamente seria o *s nus*, um tipo de tabaco húmido em pó) e o tabaco de tubo como produtos consumidos.

A informação da Tabela 69 revela que 15,4% dos/as inquiridos/as declara ter consumido diariamente cigarros nos últimos 30 dias, enquanto 38,5% só o fez de modo ocasional e 46,2% terá experimentado. O tabaco de enrolar terá sido consumido ocasionalmente por 19,2% dos/as respondentes. Os outros produtos de tabaco não apresentam expressão estatística relativamente ao consumo (diário ou ocasional). Foi declarado que não existiu experimentação, nem outro tipo de consumo, de cigarros sem queima, tabaco de mascar e rapé.

O Gráfico 74 revela o tempo em que, depois de acordar, se fuma o primeiro cigarro. A maioria (62,7%) declara que o faz uma hora após acordar e 21,6% entre a meia hora e os

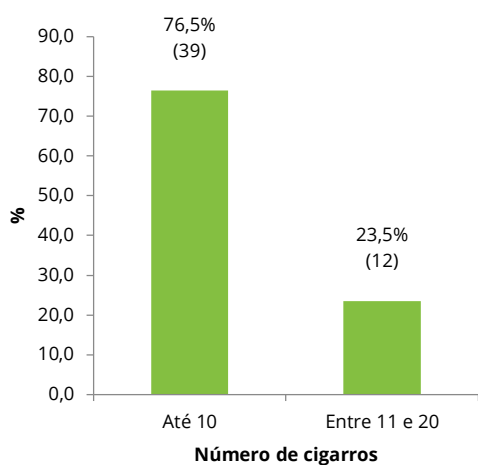
primeiros 60 minutos. Apenas 2,0% o faz nos primeiros 5 minutos após acordar (DP = 0,8).

Gráfico 74: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Quanto tempo, depois de acordar, fuma o seu primeiro cigarro” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=51)



No Gráfico 75 verifica-se que a maioria (76,5%) dos/as fumadores/as consome até 10 cigarros por dia, situando-se em 23,5% o valor dos/as que fumam entre 11 e 20 cigarros (DP = 0,4).

Gráfico 75: Distribuição das frequências relativas absolutas para a variável “Quantos cigarros fuma por dia” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=51)



O Gráfico 76 revela que 37,3% dos/as consumidores/as de tabaco não está a pensar em deixar de fumar e que 25,5% pretende fazê-lo nos próximos 30 dias.

Entre os/as ex-fumadores/as procurou-se apurar há quanto tempo tinham deixado de fumar. Os dados revelam que 78,7% o fez há mais de um ano e 21,3% há menos de um ano. O valor da média é 6,1 anos, com a mediana em 5 anos (N=111, DP = 4,8).

Neste estudo pretendeu-se, também, perceber que tipo de produtos do tabaco

eram consumidos antes dos/as estudantes os terem consumido pela última vez. Verifica-se, pela informação do Gráfico 77, que a maior parte (35,0%) consumia cigarros. O tabaco de mascar e o rapé não receberam qualquer escolha.

Gráfico 76: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Está a pensar em deixar de fumar” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=51)



Os/as ex-fumadores/as revelam, também, os motivos que os/as levaram a deixar de fumar (Gráfico 78), percebendo-se que o fizeram particularmente por preocupações sobre os riscos para a sua saúde (26,7%) e para dar exemplo, enquanto futuros/as profissionais de saúde (6,3%). O preço do tabaco e o efeito do FAT nos demais também foram apontados como fatores motivadores para a cessação tabágica.

Gráfico 77: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Tipo de produtos do tabaco consumidos antes de os ter consumido pela última vez” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=386-387)

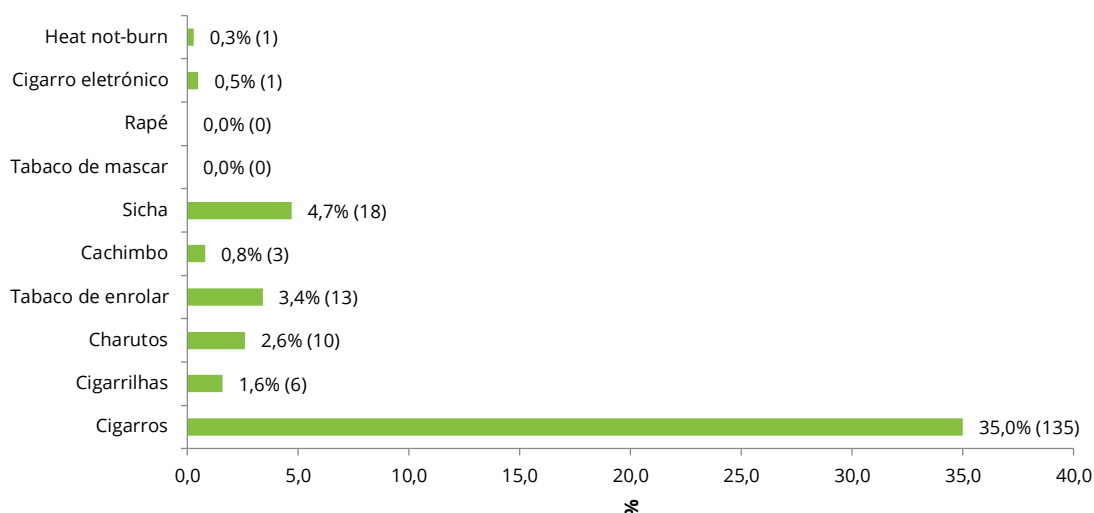
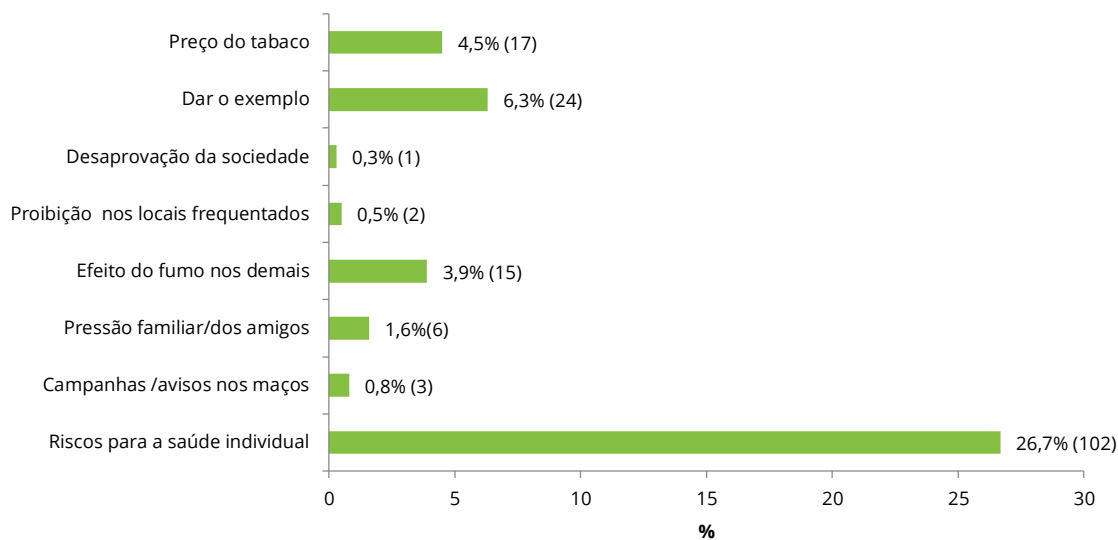


Gráfico 78: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Quais foram os motivos que o levaram a deixar de fumar” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=382)



A análise de conteúdo permitiu, ainda, construir três categorias para a cessação: experimentação, não gostar do cheiro e deixar de ser dependente.

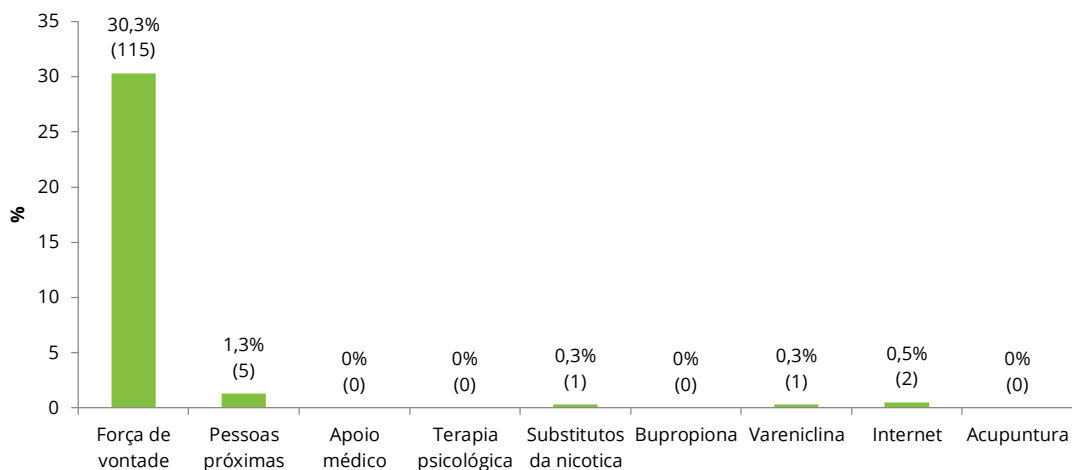
Por fim, neste grupo, inquiriram-se os/as alunos/as acerca do(s) método(s) usado(s) para deixar de fumar na última tentativa. Os

resultados apresentam-se no Gráfico 79. Cerca de 30,3% considera que não usou método algum, socorrendo-se apenas da sua “força de vontade”. Nenhum outro método referido recebeu uma escolha que fosse expressiva.

Foram, ainda, apontados outros métodos, que a análise de conteúdo realizada categorizou:

“desporto” e “pastilhas elásticas nos *craving* mais fortes”.

Gráfico 79: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Método usado para deixar de fumar” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=379)



Dimensão III - Exposição ao fumo ambiental do tabaco

Entre os/as inquiridos/as, 73,3% declara não estar exposto/a ao FAT no local onde residiu na última semana antes de ser questionado/a e 10,0%, *ex aequo*, está exposto/a diariamente e teve pessoas a fumar na sua residência 1 a 2 dias (Gráfico 80).

A exposição ao FAT em outros locais, sem ser onde se reside, é intensa; 16,0% considera que esteve exposto/a todos os dias da semana transata ao inquérito e 38,2% esteve exposto/a 1 a 2 dias da semana. Segue-se o grupo que teve na sua presença pessoas a fumar em 3 a 4 dias (17,0%) e 5 a 6 dias (6,9%) (Gráfico 81).

Gráfico 80: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco na residência” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=389)

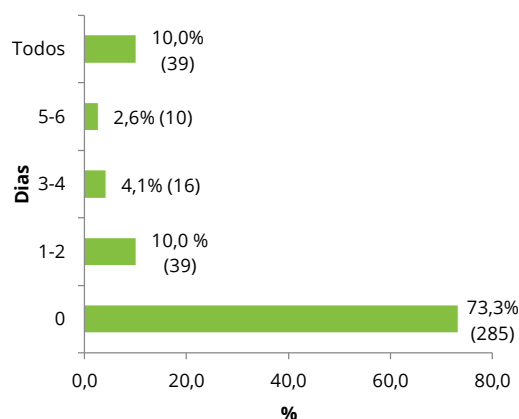
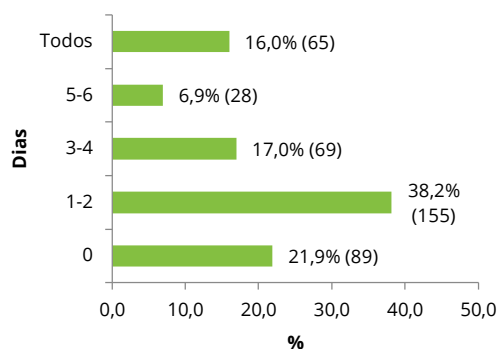
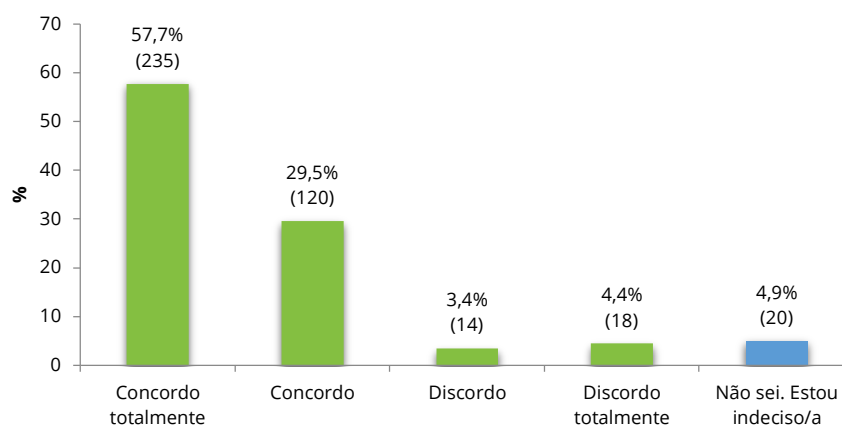


Gráfico 81: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco fora da residência” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=406)



A leitura do Gráfico 82 deixa perceber que 87,2% considera que a proibição regulamentar de fumar nos edifícios escolares é aplicada. Ainda assim, cerca de 7,8% dos inquiridos/as discorda desta posição, considerando que não é aplicada a regulamentação e 4,9% não sabe ou está indeciso/a.

Gráfico 82: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Cumprimento da proibição de fumar nos edifícios escolares” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=407)

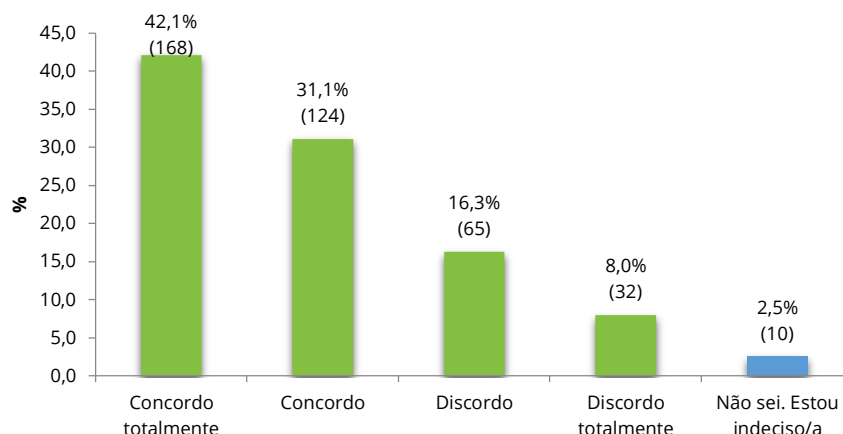


Categorizaram-se alguns dos critérios apontados para a expressão da posição relativamente ao cumprimento da proibição de fumar no interior dos edifícios escolares: presença de sinalética ($f=4$); os que querem fumar deslocam-se à rua, à janela ou à varanda ($f=3$); o FAT é prejudicial à saúde ($f=14$); existem locais próprios para fumar ($f=4$) e, por isso, não se fuma no interior dos edifícios ($f=36$). Outros/as, porém, discordam,

afirmando que se fuma em WC ($f=4$) e em algumas salas de reuniões ($f=3$). Alega-se, ainda, que existe proibição, mas não há controlo.

Os resultados obtidos para os locais onde se desenvolvem as práticas clínicas diferem um pouco dos encontrados para os edifícios escolares. Cerca de 73,2% concorda que é cumprido o regulamento destes espaços, com 24,3% a discordar desta posição (Gráfico 83).

Gráfico 83: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Cumprimento da proibição de fumar nos locais de práticas clínicas” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=399)



Foram apontados alguns critérios para a tomada de decisão nesta questão. Ao nível da concordância, a presença de sinalética, a existência de locais próprios para se fumar e o facto de que quando se fuma no interior há funcionários que interferem no ato. Refere-se que se fuma à entrada ($f=23$) e que é cumprida a regulamentação ($f=26$). Considera-se que não se fuma para dar o exemplo ($f=3$) e que fazê-lo é prejudicial à saúde ($f=9$). Existem locais próprios para se fumar ($f=2$), mas por vezes fuma-se no interior dos espaços clínicos ($f=18$), em particular nas escadas ($f=15$), nos gabinetes ($f=7$), nos WC ($f=9$), copas, bares e nas alas psiquiátricas ($f=12$).

Numa análise mais pormenorizada, procuram-se relações entre as variáveis, testando a heterogeneidade de duas amostras ordinais. Os resultados apresentam-se na Tabela 70 e na Tabela 71.

A leitura da Tabela 70 permite perceber associações:

1. Muito significativas entre o facto de se ter fumado alguma vez e a exposição ao FAT:
 - 1.1. Em casa (*Mediana*, não=1,0; sim=1,0);
 - 1.2. Fora de casa (*Mediana*, não=2,0; sim=3,0).
2. Significativas entre os “Hábitos tabágicos detalhados” (nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente) e a:
 - 2.1. Idade com que se experimentou pela primeira vez fumar (*Mediana*, experimentou=17,0; fuma ocasionalmente=15,0; fuma diariamente=16,0);
 - 2.2. Exposição ao FAT fora de casa (*Mediana*, nunca fumou=1,0; experimentou=1,0; fuma ocasionalmente=1,0; fuma diariamente=2,0).

Tabela 70: Associações entre variáveis das Dimensões I-III para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

Variáveis	Que idade tinha quando fumou pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares	
<i>p-values</i>							
Sexo	0,449	0,780	0,418	0,082	0,055	0,628	<i>Mann-Whitney</i>
Alguma vez fumou?	NA	NA	NA	<0,001***	<0,001***	0,869	
Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente).	0,004**	0,454	0,197	0,116	0,012*	0,248	<i>Kruskal-Wallis</i>

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

Tabela 71: Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

Variáveis	Alguma vez fumou?	Hábitos tabágicos (Nunca fumou; experimentou; fuma diariamente)	Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma diariamente)
<i>Pearson Chi-Square (p-values)</i>			
Sexo	0,001***	0,002**	0,019*
Alguma vez fumou?	NA	<0,001***	<0,001***
Hábitos tabágicos (Nunca fumou; experimentou; fuma diariamente).		NA	<0,001***

*. Correlação significativa; **. Correlação muito significativa; ***. Correlação altamente significativa.

No domínio da análise apresentada na Tabela 71, foram identificadas correlações significativas e muito significativas entre todas as variáveis em análise. De seguida, apresentam-se os respetivos resíduos ajustados¹⁰ (Tabela 72, Tabela 73, Tabela 74, Tabela 75, Tabela 76 e Tabela 77).

¹⁰ O resíduo é dado pela diferença entre a variável resposta observada e a variável resposta estimada. A análise dos valores dos resíduos ajustados

permite dizer em que categorias as variáveis apresentam associação estatística (ainda que esta não seja significativa). Quanto maior for o resíduo ajustado maior a associação entre as categorias.

Tabela 72: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Alguma vez fumou ou consumiu produtos com tabaco”

Sexo		Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco)?		Total
		Não	Sim	
Feminino	Count	181	145	326
	Adjusted Residual	3,3	-3,3	
Masculino	Count	48	78	126
	Adjusted Residual	-3,3	3,3	
TOTAL	Count	229	223	452

N.º de testes: 4. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,24.

Tabela 73: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Hábitos tabágicos”

Sexo		Consome tabaco de forma regular?			Total
		Nunca fumou	Experimentou	Fuma regularmente	
Feminino	Count	182	109	35	326
	Adjusted Residual	3,1	-1,1	-3,0	
Masculino	Count	50	49	27	126
	Adjusted Residual	-3,1	1,1	3,0	
TOTAL	Count	232	158	62	452

N.º de testes: 6. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,39.

Tabela 74: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Hábitos tabágicos detalhados”

Sexo		Hábitos tabágicos (detalhados)				Total
		Nunca fumou	Experimentou	Fuma ocasionalmente	Fuma diariamente	
Feminino	Count	182	109	16	15	322
	Adjusted Residual	2,8	-1,4	-1,0	-2,1	
Masculino	Count	50	49	9	12	120
	Adjusted Residual	-2,8	1,4	1,0	2,1	
TOTAL	Count	232	158	25	27	442

N.º de testes: 8. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,50.

Tabela 75: Resíduos para a associação entre as variáveis “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos”

Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco)?		Consome tabaco de forma regular?			Total
		Nunca fumou	Experimentou	Fuma regularmente	
Não	Count	229	0	0	229
	Adjusted Residual	21,0	-15,8	-8,6	
Sim	Count	3	158	62	223
	Adjusted Residual	-21,0	15,8	8,6	
TOTAL	Count	232	158	62	452

N.º de testes: 6. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,39.

Tabela 76: Resíduos para a associação entre as variáveis “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos detalhados”

Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco)?		Hábitos tabágicos (detalhados)				Total
		Nunca fumou	Experimentou	Fuma ocasionalmente	Fuma diariamente	
Não	Count	229	0	0	0	229
	Adjusted Residual	20,7	-16,3	-5,3	-5,6	
Sim	Count	3	158	25	27	213
	Adjusted Residual	-20,7	16,3	5,3	5,6	
TOTAL	Count	232	158	25	27	442

N.º de testes: 8. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,50.

Tabela 77: Resíduos para a associação entre as variáveis “Hábitos tabágicos” e “Hábitos tabágicos detalhados”

Consome tabaco de forma regular?		Hábitos tabágicos (detalhados)				Total
		Nunca fumou	Experimentou	Fuma ocasionalmente	Fuma diariamente	
Nunca fumou	Count	232	0	0	0	232
	Adjusted Residual	21,0	-16,5	-5,4	-5,6	
Experimentou	Count	0	158	0	0	158
	Adjusted Residual	-16,5	21,0	-3,8	-4,0	
Fuma regularmente	Count	0	0	25	27	52
	Adjusted Residual	-8,1	-5,7	14,1	14,7	
TOTAL	Count	232	158	25	27	442

N.º de testes: 12. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,64.

No que diz respeito a outras associações, os dados da Tabela 78 dão conta de significâncias entre a idade com que se consumiu pela primeira vez tabaco, o consumo regular deste produto, bem como a

exposição ao FAT em ambiente onde se reside e fora dele. Por fim, detetou-se uma associação significativa entre a exposição ao FAT em casa e em ambientes exteriores.

Tabela 78: Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

Variáveis	Que idade tinha quando fumou ou consumiu pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares
Teste à correlação de Spearman (p-values)						
Que idade tinha quando fumou ou consumiu pela primeira vez?	NA	<0,001***	0,714	0,015***	0,036***	0,302
Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?		NA	0,942	0,305	0,865	0,584
Quantas vezes tentou deixar de fumar ou consumir tabaco?			NA	0,615	0,530	0,698
Exposição ao FAT em casa				NA	<0,001***	0,229
Exposição ao FAT fora de casa					NA	0,157

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa..

Dimensão IV – Atitudes e conhecimentos

Os resultados que se seguem (Tabela 79) dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 28 afirmações relacionadas

com conhecimentos relativamente ao consumo de tabaco. A fiabilidade dos itens é baixa, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,740 (127).

Tabela 79: Atitudes e conhecimentos relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

Perguntas	DT*	D*	C*	CT*	NS*	N	\bar{X} *	\hat{X} *	Interquartil range
	(1)	(2)	(3)	(4)	IND				
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)				
19. O consumo de tabaco deveria ser proibido a pessoas com menos de 18 anos de idade.	3 (0,8)	29 (7,6)	89 (23,3)	256 (67,0)	5 (1,3)	382	4	4	1
20. Os profissionais de saúde deveriam ter formação específica em técnicas de aconselhamento e tratamento da cessação tabágica.	1 (0,3)	4 (1,0)	116 (30,4)	257 (67,3)	4 (1,0)	382	4	4	1
21. Os profissionais de saúde deveriam ser "modelos" para os seus pacientes e para o público relativamente ao uso do tabaco.	17 (4,5)	84 (22,0)	144 (37,7)	126 (33,0)	11 (2,9)	382	3	3	2
22. Os profissionais de saúde deveriam, por norma, perguntar aos seus pacientes os seus hábitos tabágicos.	2 (0,5)	4 (1,0)	74 (19,4)	301 (78,8)	1 (0,3)	382	4	4	0
23. Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, os seus pacientes a deixar de fumar.	0 (0,0)	5 (1,3)	74 (19,4)	301 (78,8)	2 (0,5)	382	4	4	0
24. Os profissionais de saúde deveriam trabalhar com grupos da comunidade sobre a prevenção do tabagismo.	1 (0,3)	16 (4,2)	170 (44,5)	174 (45,5)	21 (5,5)	382	3	4	1
25. Os profissionais de saúde têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica.	1 (0,3)	2 (0,5)	86 (22,5)	293 (76,7)	0 (0,0)	382	4	4	0
26. As probabilidades dos pacientes deixarem de fumar com sucesso aumentam se os profissionais de saúde os aconselharem a deixar de fumar.	2 (0,5)	45 (11,8)	182 (47,6)	120 (31,4)	33 (8,6)	382	3	3	1
27. É menos provável que os profissionais de saúde que fumam aconselhem os pacientes a deixarem de fumar.	43 (11,3)	131 (34,4)	122 (32,0)	45 (11,8)	40 (10,5)	381	2	2	1
28. Todos os estabelecimentos de ensino superior deveriam ter consultas de cessação tabágica acessíveis aos alunos para aconselhamento, tratamento e acompanhamento.	9 (2,4)	42 (11,0)	160 (42,0)	149 (39,1)	21 (5,5)	381	3	3	1
29. A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem sempre riscos para a saúde individual.	1 (0,3)	2 (0,5)	68 (17,8)	311 (81,4)	0 (0,0)	382	4	4	0
30. A morte neonatal está associada à exposição ao fumo ambiental do tabaco.	3 (0,8)	22 (5,8)	152 (39,8)	154 (40,3)	51 (13,4)	382	3	4	1
31. O tabagismo materno durante a gravidez aumenta o risco de Síndrome de Morte Súbita do lactente.	1 (0,3)	9 (2,4)	129 (33,8)	195 (51,0)	48 (12,6)	382	4	4	1

* DT - Discordo totalmente. D - Discordo. C - Concordo. CT - Concordo totalmente. NS - Não sei. Estou indeciso/a. \bar{X} - Mediana. \hat{X} - Moda.

Tabela 79: (Continuação) Atitudes e conhecimentos relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

Perguntas	DT*	D*	C*	CT*	NS*	N	\bar{X} *	\hat{X} *	Interquartil range
	(1)	(2)	(3)	(4)	IND				
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)				
32. A exposição ao fumo ambiental do tabaco aumenta o risco de doença pulmonar em adultos não fumadores.	0 (0,0)	3 (0,8)	96 (25,2)	280 (73,5)	2 (0,5)	381	4	4	1
33. A exposição ao fumo ambiental do tabaco não aumenta o risco de doença cardiovascular em adultos não fumadores.	195 (51,2)	108 (28,3)	32 (8,4)	30 (7,9)	16 (4,2)	381	1	1	1
34. O tabagismo dos progenitores aumenta o risco de doenças do trato respiratório inferior, em crianças expostas, como a pneumonia.	1 (0,3)	10 (2,6)	145 (38,0)	207 (54,2)	19 (5,0)	382	4	4	1
35. Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, as pessoas que fumam a evitar fazê-lo próximo das crianças.	1 (0,3)	1 (0,3)	38 (9,9)	341 (89,3)	1 (0,3)	382	4	4	0
36. Não existe um nível sem risco de exposição ao fumo ambiental do tabaco.	16 (4,2)	42 (11,0)	124 (32,5)	125 (32,8)	74 (19,4)	381	3	4	2
37. Os fumadores que não param de fumar encurtam em mais de 10 anos a sua expectativa de vida.	2 (0,5)	12 (3,1)	144 (37,7)	173 (45,3)	51 (13,4)	382	3	4	1
38. Em Portugal, uma em cada cinco mortes ocorridas em pessoas com idades entre os 45 e os 64 anos é atribuída ao consumo de tabaco.	2 (0,5)	19 (5,0)	131 (34,4)	97 (25,5)	132 (34,6)	381	3	-	2
39. O tabaco contribui para a pobreza e as desigualdades em saúde.	10 (2,6)	73 (19,2)	123 (32,3)	82 (21,5)	93 (24,4)	381	3	3	1
40. O constituinte do tabaco responsável pela dependência é o alcatrão.	268 (70,3)	73 (19,2)	8 (2,1)	11 (2,9)	21 (5,5)	381	1	1	1
41. O tabaco aumenta o risco de diabetes e agrava a evolução desta doença.	30 (7,9)	64 (16,8)	149 (39,2)	77 (20,3)	60 (15,8)	380	3	3	1
42. O tabaco aumenta o risco de tuberculose e agrava a evolução desta doença.	22 (5,8)	54 (14,1)	147 (38,5)	91 (23,8)	68 (17,8)	382	3	3	1
43. Fumar um maço de tabaco de cigarros por dia não está associado a um risco muito elevado para a saúde.	299 (78,3)	68 (17,8)	7 (1,8)	8 (2,1)	0 (0,0)	382	1	1	0
44. Parar de fumar tem sempre benefícios.	4 (1,0)	16 (4,2)	60 (15,7)	295 (77,2)	7 (1,8)	382	4	4	0
45. Os benefícios de parar de fumar são maiores quanto mais cedo se parar de fumar.	1 (0,3)	3 (0,8)	78 (20,5)	298 (78,2)	1 (0,3)	381	4	4	0

* DT – Discordo totalmente. D – Discordo. C – Concordo. CT – Concordo totalmente. NS – Não sei. Estou indeciso/a. \bar{X} – Mediana. \hat{X} – Moda.

Tabela 79: (Continuação) Atitudes e conhecimentos relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

Perguntas	DT*	D*	C*	CT*	NS*	N	\bar{X} *	\hat{X} *	Interquartil range
	(1)	(2)	(3)	(4)	IND				
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)				
46. A formação superior recebida provocou-lhe alguma mudança de atitude, acerca do tabagismo, comparativamente ao momento da entrada no curso.	54 (14,2)	78 (20,5)	132 (34,5)	108 (28,3)	9 (2,4)	381	3	3	2

* DT – Discordo totalmente. D – Discordo. C – Concordo. CT – Concordo totalmente. NS – Não sei. Estou indeciso/a. \bar{X} – Mediana. \hat{X} – Moda.

Uma primeira análise à informação da Tabela 79 permite colocar em evidência que a maioria dos/as inquiridos/as concorda com o quadro teórico apresentado nesta dimensão (82,3%), tendo 7,4% manifestado o seu desconhecimento ou indecisão.

No Gráfico 84 apresentam-se as percentagens de concordância, de discordância e de indecisão para esta dimensão.

No Gráfico 85 representam-se os valores modais de cada item desta dimensão. O valor modal da dimensão é 4 (“Concordo totalmente”).

Gráfico 84. Concordância, discordância e desconhecimento/indecisão relativamente à dimensão IV (atitudes e conhecimentos) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

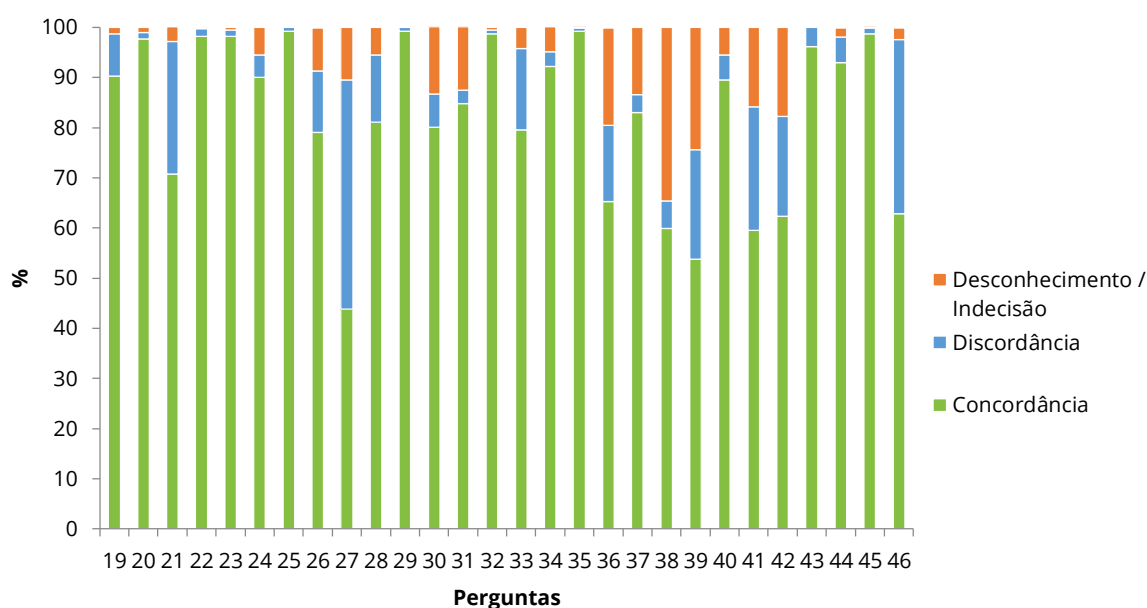
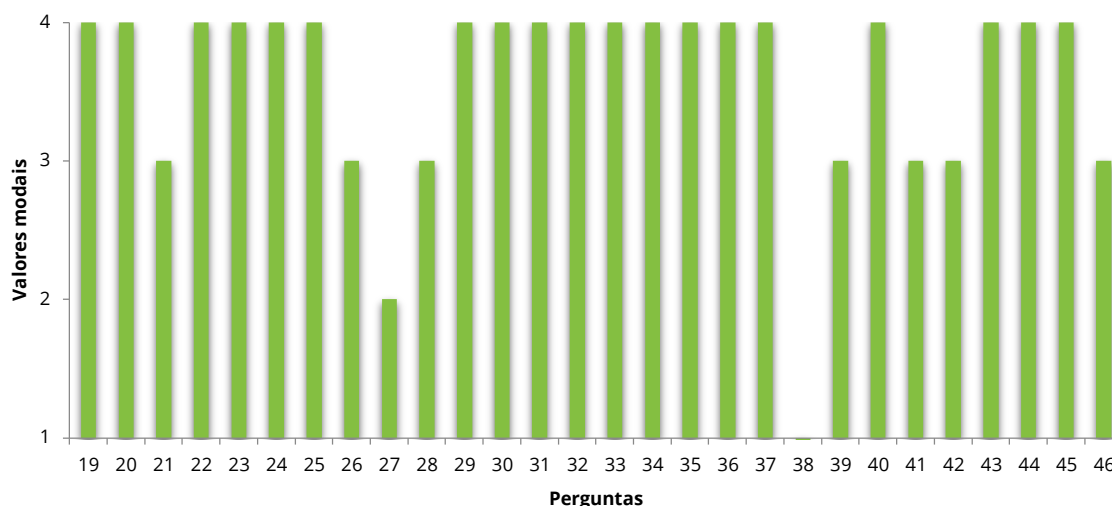


Gráfico 85: Distribuição dos valores modais da dimensão IV (atitudes e conhecimentos) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina



Os itens que reuniram maior consenso ao nível da concordância, *ex aequo* com 99,0%, são: “Os profissionais de saúde têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica”, “A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem sempre riscos para a saúde individual”, “A exposição ao fumo ambiental do tabaco aumenta o risco de doença pulmonar em adultos não fumadores”; “Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, as pessoas que fumam a evitar fazê-lo próximo das crianças” e “Os benefícios de parar de fumar são maiores quanto mais cedo se parar de fumar”, seguidos de outros três com 98 pontos percentuais.

Do lado oposto, para além das referidas proposições mais aprovadas, receberam uma percentagem muito reduzida de discordância (1,0%) as seguintes: “Os profissionais de saúde deveriam ter formação específica em técnicas de aconselhamento e tratamento da cessação tabágica”; “Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, os seus pacientes a deixar de fumar” e “A exposição

ao fumo ambiental do tabaco tem sempre riscos para a saúde individual”.

A afirmação que “É menos provável que os profissionais de saúde que fumam aconselhem os pacientes a deixarem de fumar” recebeu o maior número de desacordos (45,7%). Embora a média percentual de desconhecimento/indecisão seja inferior a 8,0%, três das afirmações apresentam valores $\geq 19,0\%$, com uma expressão máxima, de 34,6%, no item “Em Portugal, uma em cada cinco mortes ocorridas em pessoas com idades entre os 45 e os 64 anos é atribuída ao consumo de tabaco”.

Dimensão V - Perceções sobre a formação teórica recebida

Os resultados que se seguem (Tabela 80) dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 34 afirmações relacionadas com as perceções sobre a formação teórica recebida. A fiabilidade dos itens é elevada, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,973 (127).

Tabela 80: Percepções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\hat{X}^*	IQR*
47. Constituintes do tabaco e do fumo do tabaco.	38 (10,8)	38 (10,8)	95 (27,1)	146 (41,6)	32 (9,1)	2 (0,6)	351	3	3	1
48. Repercussões do consumo de tabaco na saúde.	4 (1,1)	3 (0,9)	13 (3,7)	132 (37,6)	197 (56,1)	2 (0,6)	351	4	4	1
49. Efeito da exposição ao fumo ambiental do tabaco.	4 (1,1)	7 (2,0)	46 (13,1)	152 (43,3)	141 (40,2)	1 (0,3)	351	3	3	1
50. Mecanismos neurobiológicos da dependência.	14 (4,0)	25 (7,1)	100 (28,5)	136 (38,7)	74 (21,1)	2 (0,6)	351	3	3	1
51. Mecanismos psicológicos da dependência.	14 (4,0)	26 (7,4)	82 (23,4)	142 (40,5)	85 (24,2)	2 (0,6)	351	3	3	1
52. Razões pelas quais as pessoas fumam.	21 (6,0)	20 (5,7)	66 (18,8)	151 (43,0)	91 (25,9)	2 (0,6)	351	3	3	2
53. Síndrome de abstinência da nicotina.	21 (6,0)	22 (6,3)	86 (24,5)	140 (39,9)	80 (22,8)	2 (0,6)	351	3	3	1
54. Epidemiologia do consumo de tabaco.	17 (4,8)	21 (6,0)	94 (26,8)	136 (38,7)	79 (22,5)	4 (1,1)	351	3	3	1
55. Modelos e técnicas de prevenção em tabagismo.	26 (7,4)	34 (9,7)	105 (29,9)	120 (34,2)	65 (18,5)	1 (0,3)	351	3	3	1
56. Benefícios para a saúde de deixar de fumar.	3 (0,9)	2 (0,6)	19 (5,4)	124 (35,4)	201 (57,4)	1 (0,3)	350	4	4	1
57. Modelos de mudança comportamental relacionados com o tabagismo (exemplo: Prochaska e DiClemente).	111 (31,6)	82 (23,4)	74 (21,1)	53 (15,1)	24 (6,8)	7 (2,0)	351	1	-1	3
58. Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A).	72 (20,5)	58 (16,5)	74 (21,1)	96 (27,4)	46 (13,1)	5 (1,4)	351	2	3	2

* \bar{X} - Mediana. \hat{X} - Moda. IQR - Interquartil range.

Tabela 80: (Continuação) Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\tilde{X}^*	IQR ⁺
59. Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A).	75 (21,4)	61 (17,4)	78 (22,3)	89 (25,4)	40 (11,4)	7 (2,0)	350	2	3	2
60. Como avaliar a motivação e prontidão para fazer uma tentativa para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A).	74 (21,1)	61 (17,4)	76 (21,7)	96 (27,4)	37 (10,6)	6 (1,7)	350	2	3	2
61. Como ajudar a pessoa que fuma a marcar o “Dia D” e preparar a tentativa para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A).	76 (21,8)	56 (16,0)	84 (24,1)	88 (25,2)	39 (11,2)	6 (1,7)	349	2	3	2
62. Como acompanhar o progresso da pessoa que parou de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A).	77 (22,0)	62 (17,7)	84 (24,0)	83 (23,7)	38 (10,9)	6 (1,7)	350	2	2	2
63. Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Muito Breve (algoritmos 3A, ABC ou 2As+R).	98 (28,0)	84 (24,0)	68 (19,4)	68 (19,4)	25 (7,1)	7 (2,0)	350	1	-1	4
64. Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar na Intervenção Muito Breve (algoritmo 3A ou 2A+R).	97 (27,7)	85 (24,3)	73 (20,9)	66 (18,9)	22 (6,3)	7 (2,0)	350	1	-1	4
65. Como realizar o terceiro passo (avaliar ou referenciar) na Intervenção Muito Breve (algoritmos 3A ou 2A+R).	97 (27,8)	87 (24,9)	73 (20,9)	62 (17,8)	23 (6,6)	7 (2,0)	349	1	-1	3

* \bar{X} – Mediana. \tilde{X} – Moda. IQR – Interquartil range.

Tabela 80: (Continuação) Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\tilde{X}^*	IQR*
66. Como abordar pessoas que estejam ambivalentes ou não desejem parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5R).	84 (23,9)	72 (20,5)	92 (26,2)	70 (19,9)	29 (8,3)	4 (1,1)	351	2	2	3
67. Abordagem do fumador em contexto clínico.	17 (4,8)	22 (6,3)	92 (26,2)	135 (38,5)	84 (23,9)	1 (0,3)	351	3	3	1
68. Intervenção de Apoio Intensivo de acordo com o Programa-tipo da Direção-Geral da Saúde (DGS, 28/12/2007).	97 (27,6)	70 (19,9)	91 (25,9)	64 (18,2)	17 (4,8)	12 (3,4)	351	1	-1	3
69. Cessação tabágica em grupos específicos (exemplos: pessoas idosas, mulheres grávidas, adolescentes, pessoas com doença mental).	51 (14,5)	53 (15,1)	102 (29,1)	82 (23,4)	59 (16,8)	4 (1,1)	351	2	2	2
70. Aconselhamento baseado na entrevista motivacional com o objetivo de motivar e ajudar a resolver a ambivalência.	42 (12,0)	44 (12,5)	100 (28,5)	108 (30,8)	52 (14,8)	5 (1,4)	351	2	3	2
71. Como expressar empatia durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	15 (4,3)	22 (6,3)	82 (23,4)	132 (37,6)	98 (27,9)	2 (0,6)	351	3	3	2
72. Como lidar com a ambivalência do paciente durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	28 (8,0)	35 (10,0)	118 (33,6)	112 (31,9)	56 (16,0)	2 (0,6)	351	2	2	1
73. Como lidar com a resistência à mudança durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	28 (8,0)	39 (11,1)	119 (33,9)	112 (31,9)	51 (14,5)	2 (0,6)	351	2	2	1

* \bar{X} - Mediana. \tilde{X} - Moda. IQR - Interquartil range.

Tabela 80: (Continuação) Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\tilde{X}^*	IQR ⁺
74. Como estimular a autodeterminação e autoeficácia durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	26 (7,4)	44 (12,5)	110 (31,3)	119 (33,9)	50 (14,2)	2 (0,6)	351	2	3	1
75. Formação sobre técnicas de aconselhamento cognitivo-comportamental.	58 (16,5)	64 (18,2)	102 (29,1)	93 (26,5)	32 (9,1)	2 (0,6)	351	2	2	2
76. A prevenção das recaídas.	51 (14,5)	64 (18,2)	114 (32,5)	91 (25,9)	28 (8,0)	3 (0,9)	351	2	2	2
77. As estratégias globais de prevenção e controlo do tabagismo.	31 (8,8)	32 (9,1)	93 (26,5)	134 (38,2)	59 (16,8)	2 (0,6)	351	3	3	1
78. O conhecimento e a utilização de materiais educativos para apoiar a cessação tabágica dos pacientes que querem deixar de fumar.	40 (11,4)	44 (12,5)	107 (30,5)	107 (30,5)	48 (13,7)	5 (1,4)	351	2	-	2
79. A prescrição, indicações e contra-indicações das terapêuticas de substituição da nicotina em programas de cessação tabágica (tais como os adesivos ou pastilhas).	44 (12,5)	62 (17,7)	112 (31,9)	86 (24,5)	42 (12,0)	5 (1,4)	351	2	2	2
80. A prescrição, indicações e contra-indicações de fármacos de primeira linha para a cessação tabágica tais como a Bupropiona e a Vareniclina.	48 (13,8)	64 (18,3)	111 (31,8)	80 (22,9)	38 (10,9)	8 (2,3)	349	2	2	2

* \bar{X} - Mediana. \tilde{X} - Moda. IQR - Interquartil range.

Numa leitura global dos resultados da Tabela 80, destaca-se o facto de 13,4% dos/as

inquiridos/as terem considerado que os componentes de formação teórica

apresentadas não foram abordadas durante a sua formação académica de seis anos letivos. Em relação com este facto estão 37,7% que não se sentem preparados ou estão mal preparados (13,1% e 24,6%, respetivamente) para atuar ao nível da prevenção e do tratamento do tabagismo. Uma franja de 30,2% considera-se bem preparada, sendo inferior a 18,0% os/as muito bem preparados/as.

Os “Modelos de mudança comportamental relacionados com o tabagismo (exemplo: Prochaska e DiClemente)” constituem o tema que não foi abordado com a maior parte dos/as alunos/as (31,6%), seguindo-se outros dez temas que receberam mais de 20,0% de escolhas. Relacionado com este aspeto, o item “Como realizar o terceiro passo (avaliar ou referenciar) na Intervenção Muito Breve (algoritmos 3A ou 2A+R)”, que recebeu 24,9% de escolhas, anuncia não preparação para a realização desta estratégia.

O conteúdo que recebeu maior frequência, relativamente à muito boa preparação dos/as

alunos/os, é o conhecimento dos “Benefícios para a saúde de deixar de fumar”, com 57,4% de escolhas. A boa preparação encontra o seu valor máximo (43,3%) na formação recebida sobre os “Efeitos da exposição ao fumo ambiental do tabaco”. Os valores da mediana, nesta dimensão, descrevem um percurso entre “Não me sinto preparado/a” e “Sinto-me muito bem preparado/a”, com um valor global de 2,0.

Se se tomar a decisão de agrupar os valores do ponto da escala “O tema não foi abordado” com o “Não me sinto preparado/a”, e de igual modo os do ponto “Sinto-me bem preparado/a” com os do “Sinto-me muito bem preparado”, podem visualizar-se as perceções da formação teórica recebida conforme se representa no Gráfico 86.

No Gráfico 87 distribuem-se os valores modais ao longo das várias perguntas. A classe modal da dimensão é 3 (“Sinto-me bem preparado/a”).

Gráfico 86: Preparação relativamente aos conteúdos teóricos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

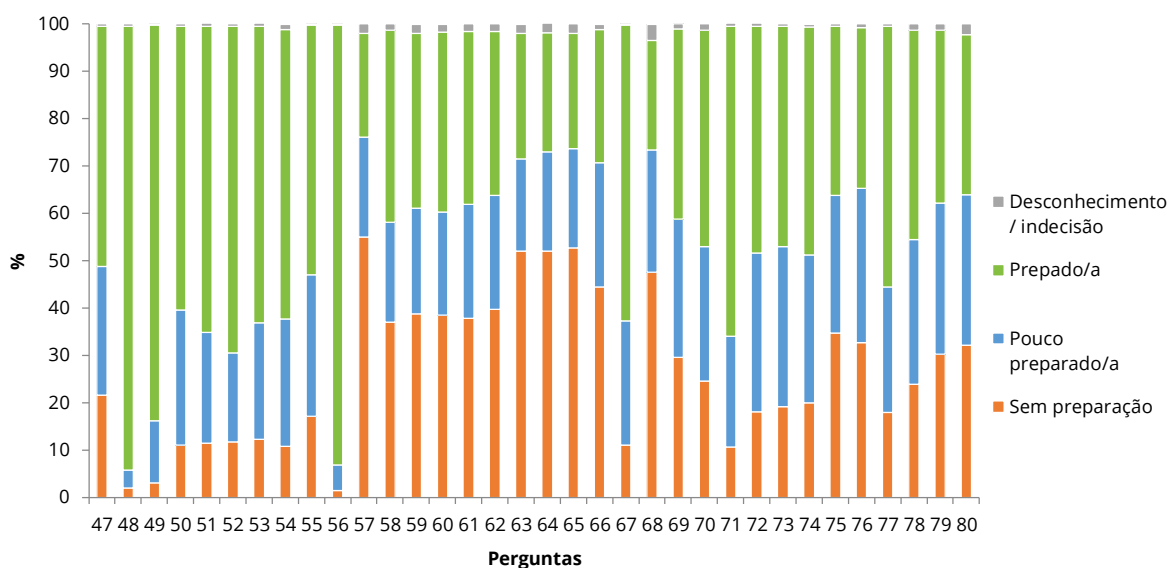
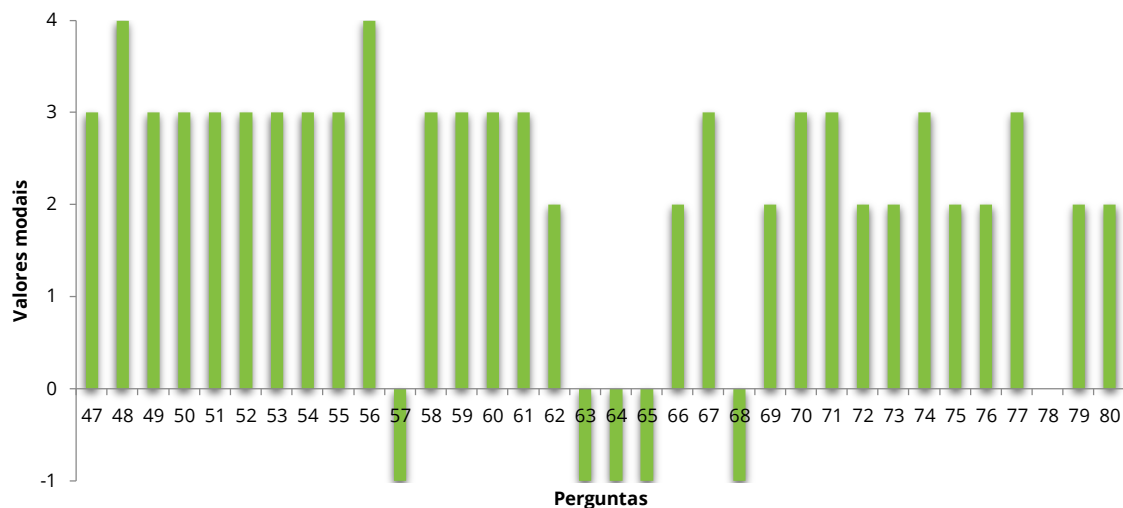


Gráfico 87: Distribuição dos valores modais da dimensão V (percepções sobre a formação teórica recebida) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina



Dimensão VI – Percepções sobre a formação prática recebida

Os resultados que se seguem (Tabela 81) dizem respeito ao grau de concordância

relativamente a 7 afirmações relacionadas com percepções sobre a formação prática recebida. A fiabilidade dos itens é elevada, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,938 (127).

Tabela 81: Percepções sobre a formação prática recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\bar{X}^*	IQR*
81. Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes fumadores e o registo na ficha clínica.	56 (16,5)	36 (10,6)	83 (24,4)	113 (33,2)	49 (14,4)	3 (0,9)	340	2	3	2
82. Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes em diferentes fases de preparação para a cessação tabágica.	64 (18,8)	48 (14,1)	101 (29,7)	95 (27,9)	29 (8,5)	3 (0,9)	340	2	2	2

* \bar{X} – Mediana. \bar{X} – Moda. IQR – Interquartil range

Tabela 81: (Continuação) Perceções sobre a formação prática recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\bar{X}^*	IQR*
83. Formação prática sobre a entrevista motivacional como uma intervenção adaptada a qualquer processo de mudança comportamental.	55 (16,2)	48 (14,1)	94 (27,6)	105 (30,9)	33 (9,7)	5 (1,5)	340	2	3	2
84. Participação em projetos de prevenção do tabagismo dirigidos a grupos de pacientes fumadores.	83 (24,4)	53 (15,6)	83 (24,4)	88 (25,9)	29 (8,5)	4 (1,2)	340	2	3	3
85. Participação numa consulta de cessação tabágica (estágio).	107 (31,5)	46 (13,5)	67 (19,7)	78 (22,9)	39 (11,5)	3 (0,9)	340	2	-1	4
86. Participação em projetos de tratamento do tabagismo.	114 (33,5)	51 (15,0)	80 (23,5)	70 (20,6)	20 (5,9)	5 (1,5)	340	1,50	-1	4
87. Participação em projetos de prevenção do tabagismo na comunidade.	101 (29,7)	48 (14,1)	77 (22,6)	76 (22,4)	32 (9,4)	6 (1,8)	340	2	-1	4

* \bar{X} - Mediana. \bar{X} - Moda. IQR - Interquartil range.

Os resultados expressos na Tabela 81, relativos às perceções sobre a formação prática recebida durante a formação académica, encontram-se na continuidade dos obtidos para a dimensão V. A maior parte dos/as alunos/as declara que os temas não foram abordados e, por isso, não se sente preparado/a para intervir (24,4% e 13,9%, respetivamente). Aqueles/as que se consideram preparados/as igualam 36,0% (apenas 9,7% consideram estar muito bem preparados/as), afirmando um grupo menor (24,6%) que está pouco preparado. Nesta dimensão, cerca de 1,2% dos/as inquiridos/as indicam desconhecimento/indecisão sobre a temática. O valor global da mediana é de 2. O

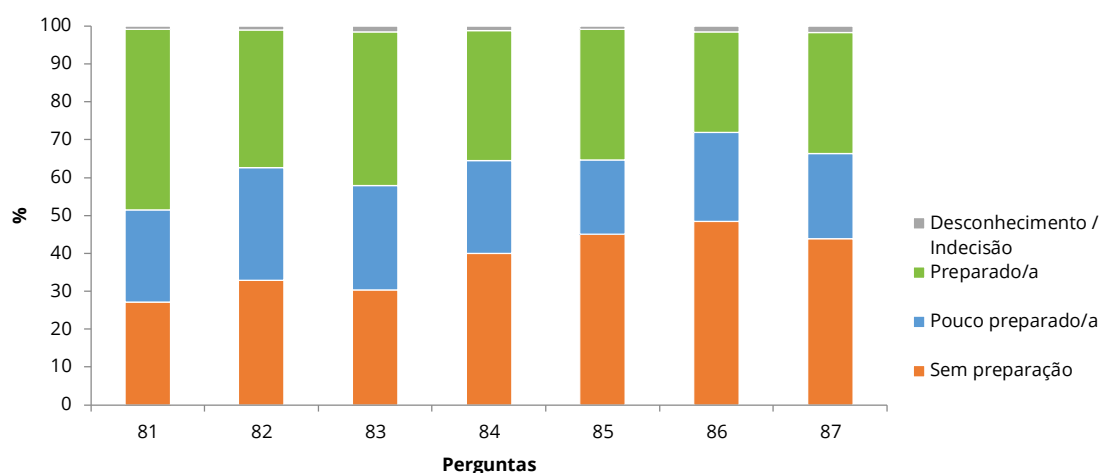
valor modal deste grupo é 3 (“Sinto-me bem preparado/a”).

A “Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes fumadores e o registo na ficha clínica” foi o item que recolheu maior favoritismo relativamente à preparação (47,6%), seguida da “Formação prática sobre a entrevista motivacional como uma intervenção adaptada a qualquer processo de mudança comportamental” (40,6%). Todos os temas apresentam uma percentagem ≥ 16 pontos referindo-se que não foram abordados na formação.

Se se tomar a decisão de agrupar os valores do ponto da escala “O tema não foi abordado” com o “Não me sinto preparado/a” e, de igual modo, os do ponto “Sinto-me bem

preparado/a” com os do ponto “Sinto-me muito bem preparado”, pode ter-se a visualização das perceções da formação teórica recebida conforme se representa no Gráfico 88.

Gráfico 88: Preparação relativamente aos conteúdos práticos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina



Com o intuito de se determinar as variáveis em estudo que se revelam preditores das competências para intervir, no domínio da prevenção e do tratamento do tabagismo, por parte dos estudantes de Medicina, recorreu-se à utilização do modelo de regressão logística. É de salientar que das quatro variáveis de resumo que pareceram potenciais preditores - “Atitudes e Conhecimentos (global)”, “Perceções sobre a formação teórica recebida (global)”, “Perceções sobre a formação prática recebida”, “Perceções

sobre a aquisição de competências” - apenas foram consideradas na análise de regressão as “Perceções sobre a formação prática recebida”, tentando minimizar-se o efeito da multicolinearidade (entendido, como um problema no ajuste do modelo que pode causar impactos na estimativa dos resultados estatísticos). Na Tabela 82 e Tabela 83 estão expressos os resultados inerentes à variável “Competência para Intervir” (CPI), que foi dicotomizada (>5 e ≤5).

Tabela 82: Modelo de regressão logística para a variável “Competência para Intervir” (CPI) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

Parâmetros	95% Wald				Teste de hipóteses						
	Unstandardized coefficients		Intervalo de confiança		Intervalo de confiança						
	B	Erro padrão	Inf.	Sup.	Wald	Qui-quadrado	df	Sig.	OR	Inf.	Sup.
Intercetar	-4,747	1,0430	2,703	6,791	20,714	1	<0,001***	12,424	5,327	28,980	
[Sexo = 1] (S)	-0,601	0,2986	0,016	1,186	4,048	1	0,044*	1,654	0,939	2,913	
[Sexo = 2] (S)	0 ^a							1			
[Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?] (FCPT)	0,750	0,2742	-1,288	-0,213	7,490	1	0,006**	0,477	0,283	0,804	
[Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?] (FCPT)	0 ^a							1			
Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo? (NHF)	0,326	0,1001	-0,522	-0,130	10,599	1	<0,001***	0,722	0,597	0,873	
Perceções sobre a formação prática recebida (PPR)	0,113	0,0165	-0,146	-0,081	47,477	1	<0,001***	0,891	0,863	0,919	
(Escala)	1 ^b										

Variável dependente: competência para intervir.

Modelo: (Intercetar), Sexo, Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco? Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo?, Perceções sobre a formação prática recebida

^a. Definido para zero por que este parâmetro é redundante. ^b. Fixo no valor exibido.

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

Tabela 83: Área sob a curva: Variável(is) do resultado do Teste para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

Área	Std. Error ^a	Asymptotic Sig. ^b	Intervalo de confiança	
			Limite inferior	Limite superior
0,812	0,024	<0,001***	0,765	0,858

Variável(is) do resultado do Teste: o valor previsto da média da resposta tem pelo menos uma ligação entre o estado atual positivo do Grupo e o atual estado negativo do Grupo. As estatísticas podem ser tendenciosas.

^a. Sob a suposição não paramétrica. ^b. Hipótese nula: área real = 0,5

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

A equação do modelo estimada é dada por:

$$CPI = -4,747 - 0,601 S + 0,750 FCPT + 0,326 NHF + 0,113 PPR$$

Analisando os coeficientes padronizados β ¹¹ verificamos que a Competência para Intervir varia na razão direta:

- do facto de alguma vez os estudantes terem fumado ou consumido produtos de tabaco (FCPT: β = 0,750; p -value = 0,006);
- do número de horas declarado que, durante a formação académica dos estudantes de Medicina, foi utilizado para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo (NHF: β = 0,326; p -value <0,001);
- das perceções evidenciadas pelos estudantes sobre a formação prática recebida (PPR: β = 0,113; p -value <0,001).

Relativamente à variável “Sexo” (S: β = -0,601; p -value <0,044), a confiança na Competência para Intervir é maior entre os homens (considerando CPI >5).

Esta constatação permite-nos concluir que quanto maior for o número de horas destinadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo e mais favoráveis forem as perceções dos estudantes de Medicina sobre a formação prática recebida durante o curso, associado ao facto de nunca se ter consumido produtos de tabaco, maior será a sua confiança nas competências pessoais para intervir neste domínio.

É de salientar que, globalmente, o modelo de regressão tem significado estatístico (valor p -value <0,001), tendo a qualidade do mesmo sido avaliada pela *Area Under the Curve* (AUC). Conclui-se que a capacidade de discriminação do modelo é significativa (AUC ≠ 0,5) e com efeito forte (AUC >75%).

Dimensão VII – Perceções sobre a aquisição de competências

Os resultados que se seguem (Tabela 84) dizem respeito ao grau de concordância relativamente a nove afirmações relacionadas com perceções sobre a aquisição de competências. A fiabilidade dos itens é elevada, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,944 (127).

¹¹ Pestana e Gageiro (135) argumentam que é difícil determinar a importância relativa de cada variável independente com base nos coeficientes de regressão parciais, tornando-se preferível examinar os coeficientes padronizados β , já que estes permitem comparar a contribuição relativa de cada variável independente na previsão da variável dependente.

Tabela 84: Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\bar{X}^*	IQR*
88. Competências suficientes para intervir em matéria de prevenção do tabagismo.	26 (7,8)	30 (9,0)	101 (30,4)	118 (35,5)	55 (16,6)	2 (0,6)	332	3	3	1
89. Competências suficientes para intervir em matéria de tratamento do tabagismo.	28 (8,4)	47 (14,2)	123 (37,0)	92 (27,7)	40 (12,0)	2 (0,6)	332	2	2	1
90. Capacidade para intervir na prevenção do tabagismo junto da comunidade.	24 (7,2)	40 (12,0)	98 (29,5)	112 (33,7)	54 (16,3)	4 (1,2)	332	2,5	3	1
91. Desenvolvimento da técnica de negociação e partilha de tomada de decisões no aconselhamento em tabagismo.	29 (8,7)	42 (12,7)	118 (35,5)	89 (26,8)	49 (14,8)	5 (1,5)	332	2	2	1
92. Capacidade para aumentar a literacia dos pacientes e das respetivas famílias em matéria de tabagismo e saúde.	26 (7,8)	21 (6,3)	77 (23,2)	117 (35,2)	88 (26,5)	3 (0,9)	332	3	3	2
93. Integração numa equipa multidisciplinar no âmbito do apoio à cessação tabágica.	47 (14,2)	49 (14,8)	86 (25,9)	101 (30,4)	44 (13,3)	5 (1,5)	332	2	3	3
94. Realização de uma Intervenção Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmo 5A).	77 (23,2)	55 (16,6)	81 (24,4)	85 (25,6)	29 (8,7)	5 (1,5)	332	2	3	3
95. Realização de uma Intervenção Muito Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmos 3A, ABC ou 2A+R).	90 (27,1)	68 (20,5)	85 (25,6)	61 (18,4)	20 (6,0)	8 (2,4)	332	1,5	-1	3
96. Prescrição terapêutica farmacológica de apoio à cessação tabágica.	52 (15,7)	58 (17,5)	96 (28,9)	84 (25,3)	32 (9,6)	10 (3,0)	332	2	2	2

* \bar{X} – Mediana. \bar{X} – Moda. IQR – Interquartil range.

Na continuidade dos resultados encontrados para as dimensões V e VI, na dimensão VII, 22,6% considera que não adquiriu as competências necessárias para intervir (8,7% defende que os temas não foram abordados; 14,2% não se sente preparado). Porém, um outro grupo, sensivelmente de dupla grandeza (41,6%), considera que está preparado (13,3% até defende que está muito bem preparado). Outro grupo (28,9%) considera-se como pouco preparado. Nesta dimensão, o desconhecimento e a indecisão preencheram 1,5% das respostas. O valor global da mediana é de 2 e a classe modal de 3 (“Sinto-me bem preparado/a”).

No enquadramento dos resultados, a “Capacidade para aumentar a literacia dos pacientes e das respetivas famílias em matéria de tabagismo e saúde” foi o domínio que

recebeu mais escolhas (61,7%) ao nível da preparação (35,2% bem preparado e 26,5% muito bem preparado), considerando 52,1% que tem “Competências suficientes para intervir em matéria de prevenção do tabagismo”.

Se se tomar a decisão de agrupar os valores do ponto da escala “O tema não foi abordado” com o “Não me sinto preparado/a”, e de igual modo os do ponto “Sinto-me bem preparado/a” com os do “Sinto-me muito bem preparado”, pode-se ter a visualização das perceções da aquisição de competências conforme se representa no Gráfico 89.

No Gráfico 90 apresentam-se os resultados relativos às perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina em função da variável “Sexo”.

Gráfico 89: Perceções sobre a aquisição de competências em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

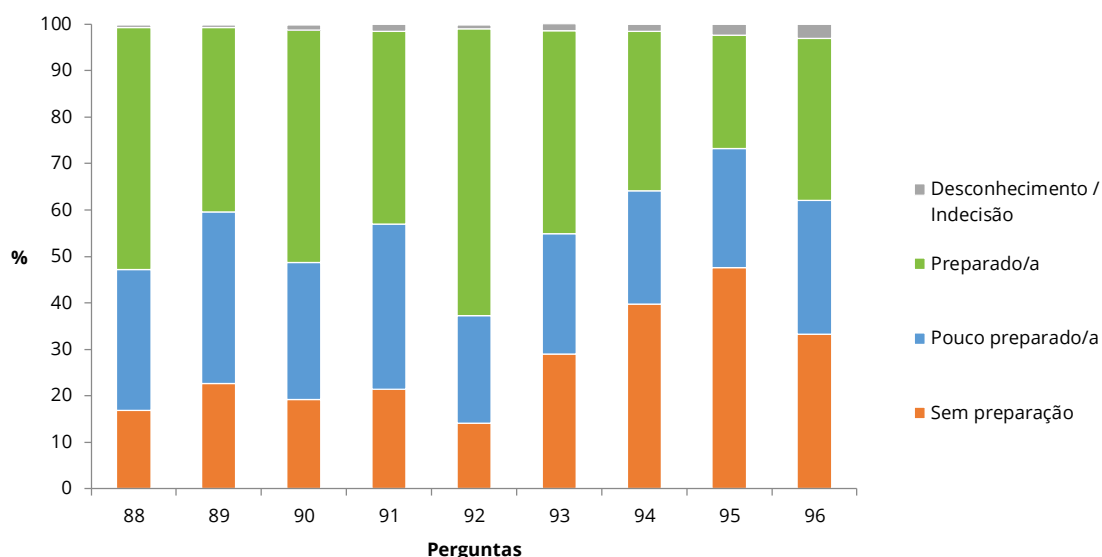
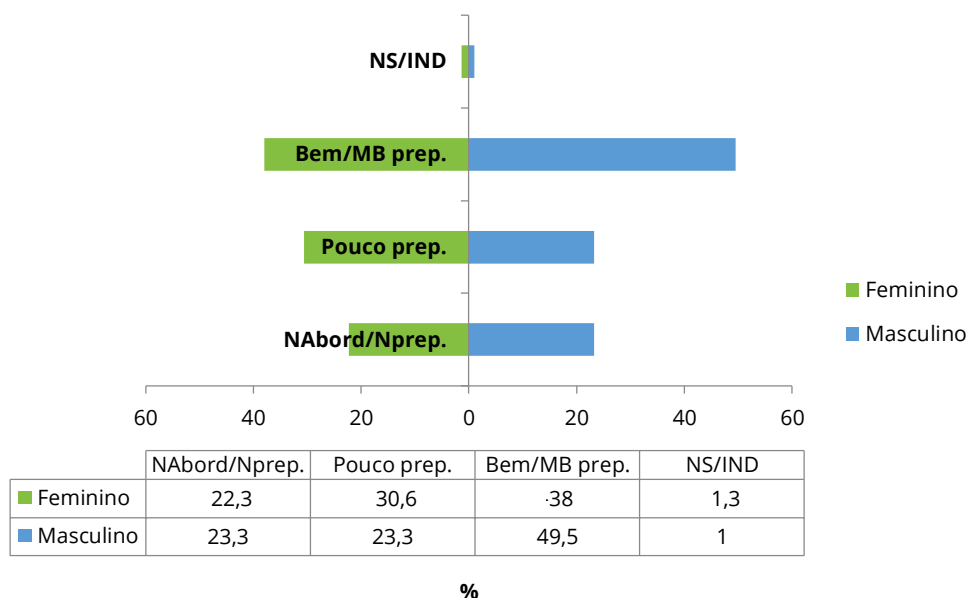


Gráfico 90: Percepções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina em função da variável “Sexo”



Como síntese desta secção, pediu-se aos/às alunos/as que avaliassem as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação profissional futura, posicionando-se numa escala intervalar de 10 pontos (em que o valor 1 corresponde a “pouco confiante” e o

valor 10 traduz “totalmente confiante”). Os resultados apresentam-se no Gráfico 91 e, associado à variável “Sexo”, no Gráfico 92. A moda e a mediana encontradas têm os valores, respetivamente, de 7 e de 5, com uma média de 5,1 e um desvio padrão de 1,8.

Gráfico 91: Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=332)

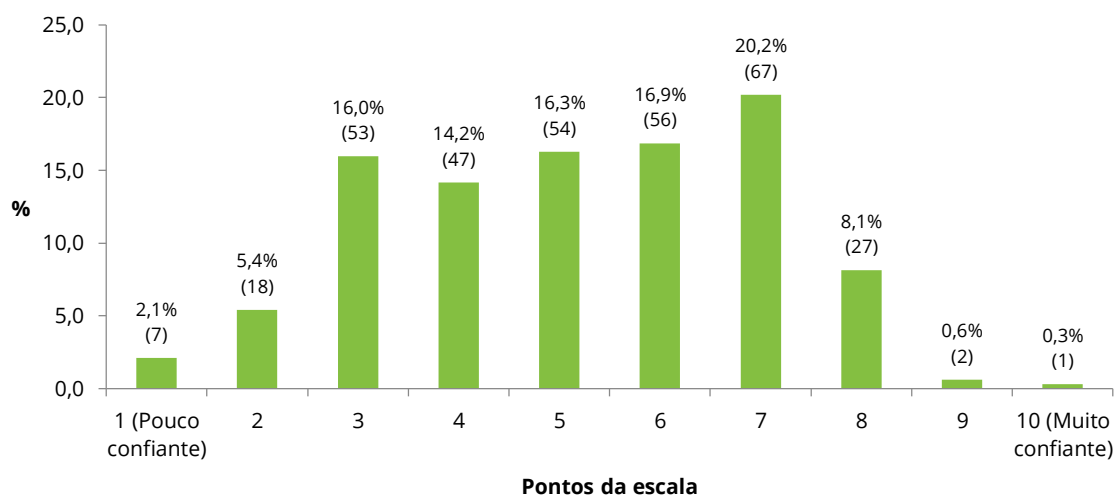
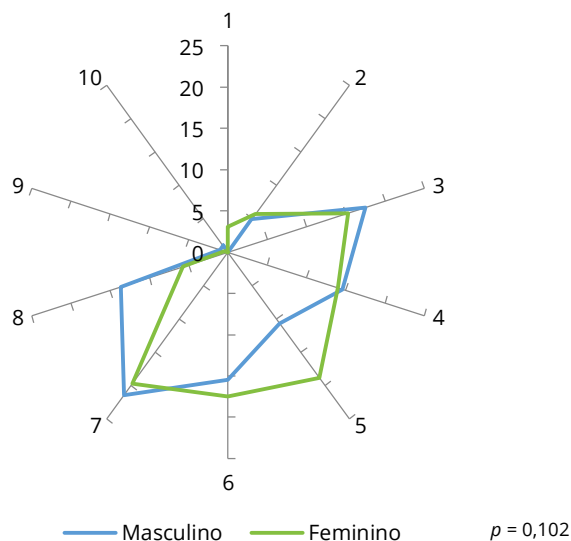


Gráfico 92: Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina em função do sexo (N=332)



Foram pesquisadas associações entre as competências para intervir e outras variáveis,

cujos resultados se apresentam na Tabela 85 e na Tabela 86.

Tabela 85: Associações entre variáveis da Dimensão IV, V, VI e VII para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

Variáveis	Que idade tinha quando fumou pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Atitudes e conhecimentos (global)	Perceções sobre a formação teórica recebida (global)	Perceções sobre a formação prática recebida (global)	Perceções sobre a aquisição de competências	Avaliação das suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação futura	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares
<i>p-values</i>											
Competência para intervir nominal (>5; ≤5) ^a	0,033*	0,454	0,197	0,002**	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	0,116	0,012*	0,248
Atitudes e conhecimentos (global) ^b	0,077	0,765	0,196	NA	0,009**	0,021*	0,074*	0,006**	0,316	0,581	0,463
Perceções sobre a formação teórica recebida (global) ^b	0,032*	0,988	0,079		NA	<0,001***	<0,001***	<0,001***	0,056	<0,001***	0,068
Perceções sobre a formação prática recebida (global) ^b	0,074	0,622	0,253			NA	<0,001***	<0,001***	0,225	0,001***	0,044*
Perceções sobre a aquisição de competências ^b	0,087	0,676	0,012*				NA	<0,001***	0,012*	<0,001****	0,131
Avalie as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação futura ^b	0,036*	0,888	0,273					NA	0,074	0,019*	0,195

*. Correlação significativa; **. Correlação muito significativa; ***. Correlação altamente significativa; ^a. *Mann-Whitney*; ^b. Teste à correlação de Spearman.

Tabela 86: Associação entre a competência para intervir e outras variáveis para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

Variáveis	Sexo	Alguma vez fumou?	Hábitos tabágicos (nunca fumou; experimentou; fuma regularmente)	Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente)
<i>Pearson Chi-Square (p-values)</i>				
Competência para intervir nominal (>5; ≤5)	0,120	0,036*	0,068	0,140

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

Da leitura das duas Tabelas anteriores, identificam-se algumas associações significativas entre a competência para intervir e:

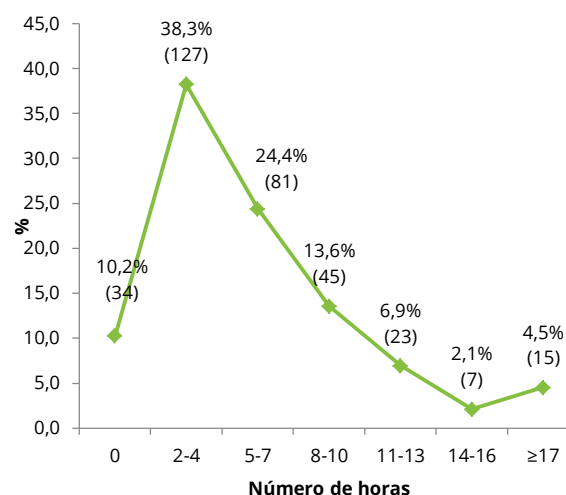
1. A idade que se tinha quando se fumou pela primeira vez (*Mediana*, ≤5=16,00; >5=17,00);
2. Atitudes e conhecimentos sobre aspetos do tabagismo (global) (*Mediana*, ≤5=78,00; >5=82,00);
3. As perceções sobre a formação teórica recebida durante a formação superior (*Mediana*, ≤5=61,50; >5=94,00);
4. As perceções sobre a formação prática recebida durante a formação superior (*Mediana*, ≤ 5 = 7,00; > 5 = 18,00);
5. As perceções sobre a aquisição de competências (*Mediana*, ≤5=15,00; >5=25,00);
6. O modo como autoavaliam as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica (*Mediana*, ≤5=4,00; >5=7,00);
7. A exposição ao FAT fora de casa (*Mediana*, ≤5=2,00; >5=2,00).

A competência para intervir, nominal, está igualmente associada, de modo significativo, ao facto de já se ter alguma vez fumado.

Dimensão VIII - Perceções sobre os métodos pedagógicos

Os resultados que se seguem dizem respeito às perceções relativamente aos métodos pedagógicos utilizados na formação, reunindo sugestões e comentários.

Gráfico 93: Número de horas, estimado, utilizado na formação académica para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=332)



O Gráfico 93 representa o número de horas que declaradas que teram sido utilizadas, durante a formação académica, para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo. O valor da média determinado é de 2,9 h, o valor modal de 2 h e o da mediana de 3 h, com um desvio padrão de 1,4 h.

De seguida, procurou-se encontrar associações entre o número declarado de horas utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo e as perceções

sobre a formação teórica e prática recebida e sobre a aquisição de competências (Tabela 87).

Tabela 87: Associação entre o número de horas dedicadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo, as atitudes e perceções sobre aspetos do tabagismo, a formação recebida e a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina

Variáveis	Avaliação das suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação profissional futura	Atitudes e conhecimentos (global)	Perceções sobre a formação teórica recebida (global)	Perceções sobre a formação prática recebida	Perceções sobre a aquisição de competências
Teste Spearman's rho (p-values)					
Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo?	<0,001***	0,156	<0,001***	<0,001***	<0,001***

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

Pela análise dos resultados, verifica-se que existe associação altamente significativa entre o número de horas de formação, a perceção sobre a formação teórico-prática recebida e a autoavaliação que se faz das competências pessoais para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação profissional futura.

A temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada ao longo de todo o percurso da formação académica, particularmente no quarto e quinto ano do curso (Gráfico 94).

Os/as alunos/as consideram que alguns temas sobre o tabagismo deveriam ser trabalhados com mais tempo ou de outro modo na sua formação académica, conforme se revela no Gráfico 95.

Gráfico 94. Anos do curso em que a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=452)

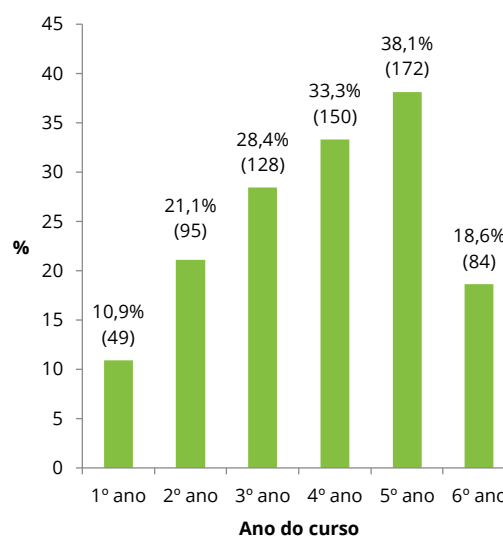
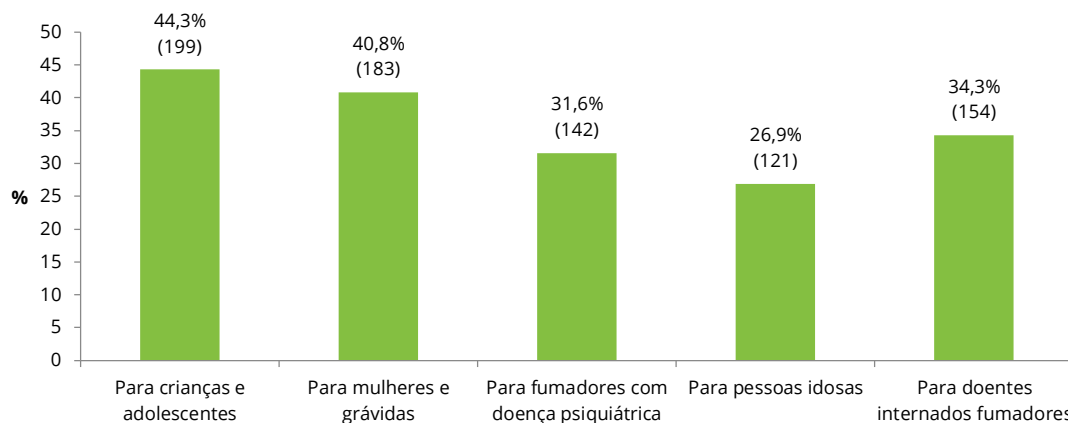


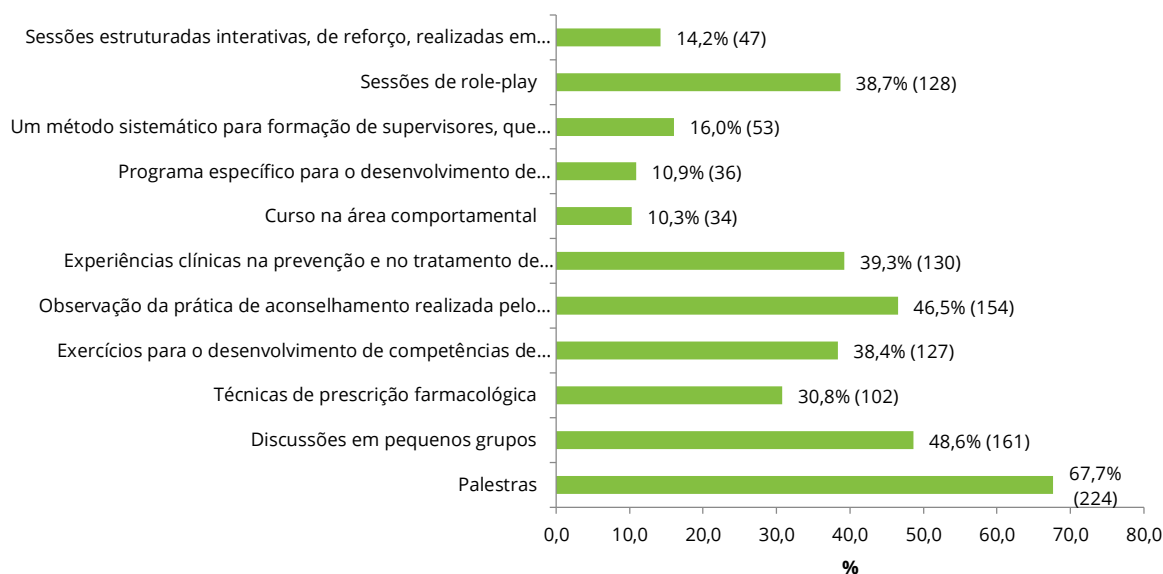
Gráfico 95: Temas que deveriam ser trabalhados durante a formação académica com mais tempo ou de outro modo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=449)



A análise de conteúdo às asserções inscritas relativas a outros grupos, que deveriam ser alvo da formação académica, conduziu a um conjunto de categorias a saber: “doentes com patologia associada ou complicada”; “doentes crónicos”, “fumadores de longa duração e fumadores sociais”; “grupos étnicos e minoritários”; “grupos de recaídas” e “doentes dos cuidados de saúde primários”.

As técnicas que terão sido utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo indicam-se no Gráfico 96. As palestras, seguidas das discussões em pequenos grupos e da observação da prática de aconselhamento realizada pelo supervisor clínico foram as três que receberam maior número de escolhas.

Gráfico 96 Técnicas utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina (N=331)



Os/as inquiridos/as indicam outras técnicas utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo: aula teórica (e.g.: de farmacologia, de psiquiatria, de saúde pública e epidemiologia, de medicina preventiva), em turmas pequenas (uma vez que não existe uma unidade curricular dedicada ao tabagismo) ($f=6$); realização de um póster; casos clínicos; cursos teórico-práticos de curta duração ($f=2$), de carácter optativo; consultas em contexto de cuidados de saúde primários; intervenção nas escolas (e.g.: palestras) ($f=5$) e visualização de vídeos ($f=3$).

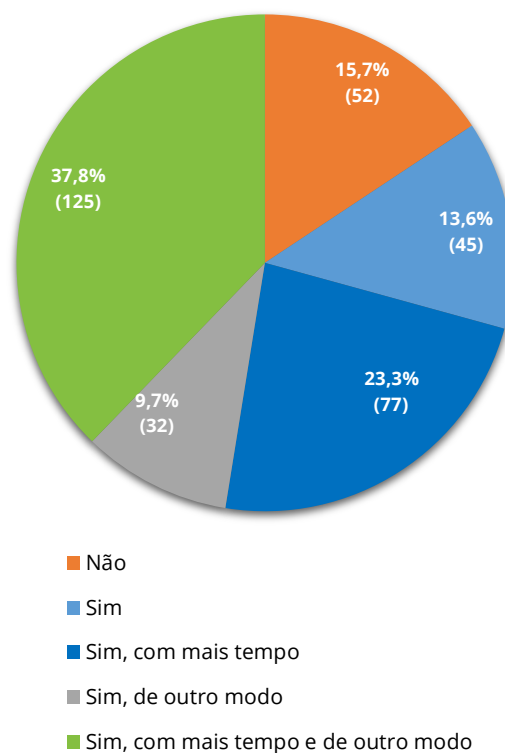
Quando questionados/as acerca de alterações a introduzir na abordagem aos temas sobre o tabagismo, em particular o aumento do tempo e a mudança de metodologias de ensino, apuraram-se os resultados que se apresentam no Gráfico 97.

Foram indicadas algumas sugestões consideradas mais adequadas para a abordagem no tabagismo na formação académica: formas de intervenção ($f=33$); cessação tabágica ($f=35$); prevenção tabágica ($f=14$); aumento da carga horária ($f=10$); terapêutica ($f=26$) e patologias ($f=3$).

Cerca de 87,4% dos/as inquiridos/as declaram que não tinham participado em projetos no domínio da prevenção e do tratamento do tabagismo ($N=324$). Nos projetos indicados constam: rastreios ($f=2$); consulta de cessação tabágica ($f=4$) e intervenções na comunidade ($f=6$).

Alguns/mas alunos/as indicam áreas / temas / atividades consideradas pertinentes a serem incluídas na matriz curricular do curso para apoiar os esforços na redução do tabagismo entre os pacientes na comunidade: cessação tabágica ($f=16$); motivação ($f=8$); prevenção ($f=7$); intervenção ($f=17$); estágio ($f=4$); terapêutica ($f=9$) e patologias ($f=7$).

Gráfico 97: Aumento da carga horária e do modo de ensino dos temas relacionados com o tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina ($N=331$)



10.4. Mestrado integrado em Medicina Dentária

O Mestrado Integrado em Medicina Dentária tem a duração de cinco anos letivos. No processo de inquérito, em sete estabelecimentos de ensino superior, com 616 alunos, obteve-se 241 respostas validadas, traduzindo uma taxa de resposta de 39,1%. Para o nível de confiança considerado de 95% o erro amostral é de 4,93%.

A informação recolhida e analisada permitiu tomar decisões acerca da consistência interna de cada item e das dimensões do questionário. A consistência interna foi calculada através do parâmetro *Alfa de Cronbach* (α). Os resultados da fiabilidade interna resumem-se na Tabela 88. Os dados revelam que todos os grupos de perguntas com itens de resposta em escala ordinal apresentam fiabilidade entre moderada a elevada a elevada (127).

Tabela 88: *Alfa de Cronbach* dos itens com escala ordinal para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Grupo de perguntas	N.º de itens	α
IV	28	0,831
V	34	0,975
VI	7	0,953
VII	9	0,964

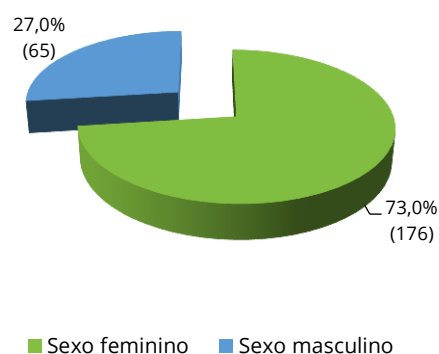
De seguida, apresentam-se os resultados da análise estatística descritiva dos vários grupos de perguntas.

Dimensão I – Informação sociodemográfica

Variável “Sexo”

Os dados relativos à variável “Sexo” apresentam-se no Gráfico 98. Entre os/as respondentes, 73,0 % são do sexo feminino.

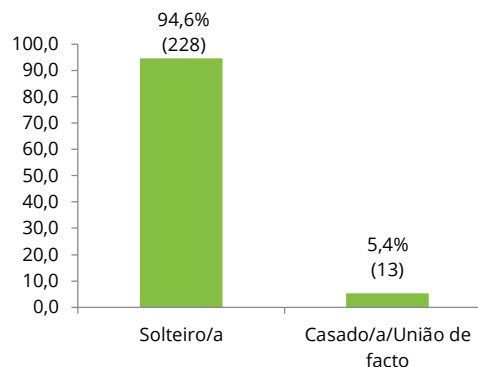
Gráfico 98: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Sexo” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=241)



Variável “Estado civil”

Relativamente ao estado civil, cerca de 95% dos/as inquiridos/as declarou-se solteiro/a (Gráfico99).

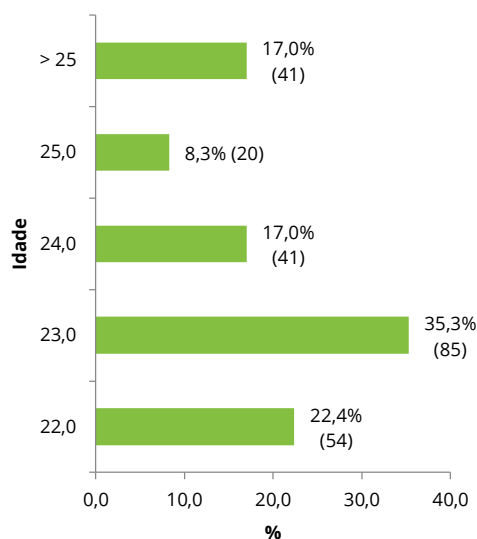
Gráfico 99: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Estado civil” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=241)



Variável "Idade"

No que diz respeito à idade dos/as alunos/as (Gráfico 100) foi calculada a média de 23,6 anos, a mediana de 23,0, com um desvio padrão de 4,3 anos. O valor modal é de 23 anos de idade.

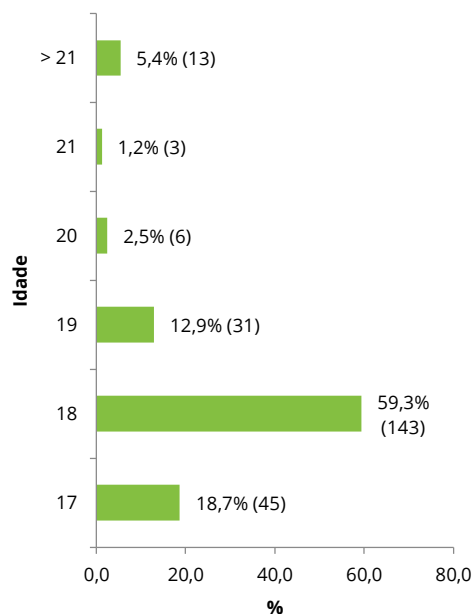
Gráfico 100: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável "Idade" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=241)



Variável "Idade com que iniciou os estudos universitários"

A maioria dos/as alunos/as (59,3%) iniciou os seus estudos universitários com 18 anos de idade (Gráfico 101), seguida da idade de 17 anos. Para esta variável encontrou-se a média de 18,7 e a mediana de 18,0 anos, com desvio padrão de 3,2. A idade mais frequente é de 18 anos.

Gráfico 101: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável "Idade com que iniciou os estudos universitários" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=241)



Dimensão II - Prevalência do consumo de produtos do tabaco

A maioria dos/as inquiridos/as (56,5%) declara que já fumou ou consumiu produtos de tabaco, como cigarros, cigarrilhas ou outros produtos (Gráfico 102). Esta experimentação tem maior expressão significativa no sexo masculino (70,8%) (Tabela 89).

Gráfico 102: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Alguna vez fumou ou consumiu produtos do tabaco” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=237)



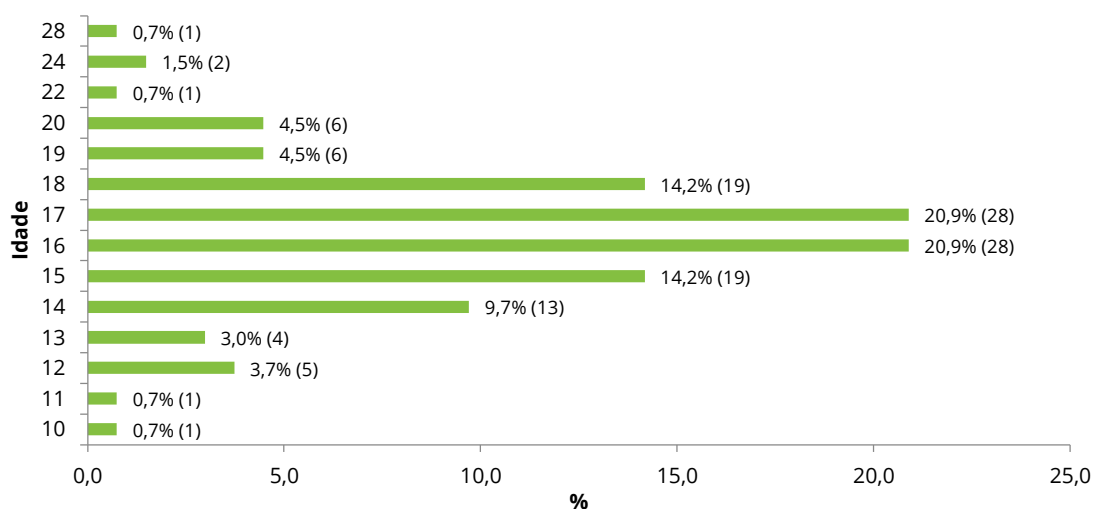
Tabela 89: Experimentação de produtos de tabaco em relação ao sexo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Sexo	Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco?)		Pearson Chi-Square <i>p-value</i>
	Sim f (%)	Não f (%)	
Feminino	88 (51,2)	84 (48,8)	0,005**
Masculino	46 (70,8)	19 (29,2)	

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

A idade de experimentação de produtos do tabaco, de acordo com a informação recolhida, ocorreu entre os 10 anos os 28 anos de idade (Gráfico 103). A maior parte dos/as alunos/as declara ter experimentado fumar ou consumir produtos do tabaco, *ex aequo*, com 16 e 17 anos de idade (20,9%), seguido das classes, *ex aequo*, dos 14 e 18 anos de idade (14,2%). A média calculada de idades é de 16,4 anos e a mediana de 16,0, com um desvio padrão de 2,4 anos.

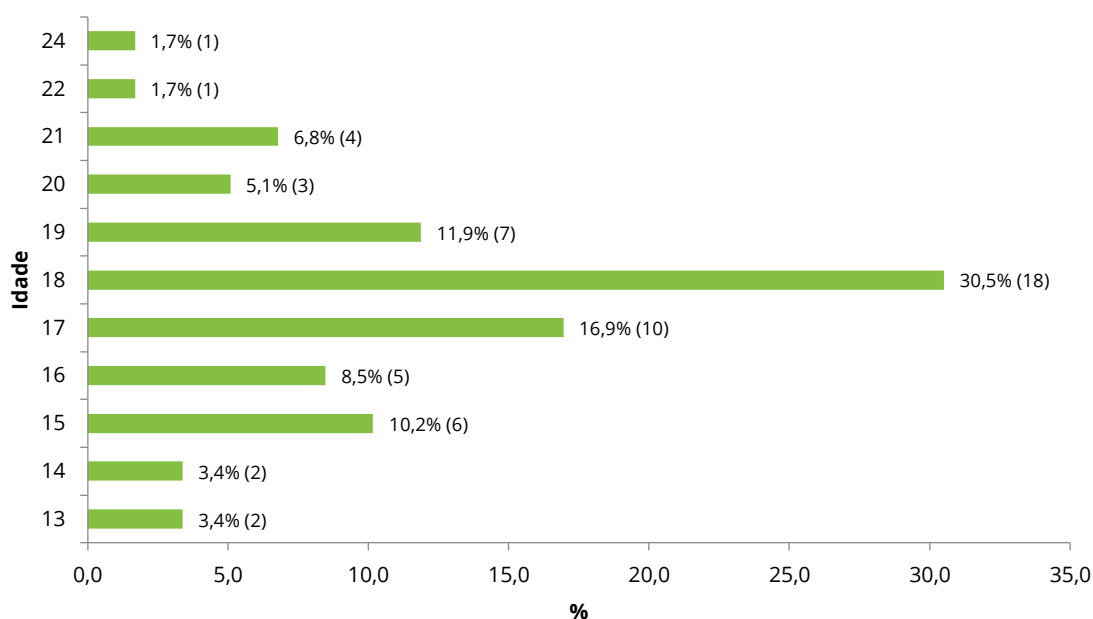
Gráfico 103 Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Que idade tinha quando fumou ou consumiu tabaco pela primeira vez” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=134)



Dos/as inquiridos/as, 56,0% declaram apenas terem experimentado produtos do tabaco, não sendo atualmente consumidores/as. Entre os/as consumidores/as (44,0%), a maior parte (30,5%) começou a fumar regularmente com 18 anos de idade, seguida da idade de 17

anos (16,9%) (Gráfico 104). A média calculada de idades é de 17,6 anos e a mediana de 18,0, com um desvio padrão de 2,1 anos. A idade modal do início do consumo regular de tabaco é 18 anos.

Gráfico 104: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=59)



No Gráfico 105, relacionam-se os dados relativos à percentagem de fumadores e de não fumadores com a variável “Sexo”. Verifica-se uma maior prevalência do consumo no sexo masculino, de 29,7%, com diferença muito significativa relativamente ao sexo feminino.

Entre os consumidores regulares de tabaco (N=59), 57,6% declara que já tentou deixar de fumar, sendo que cerca de 62,0% apenas o fez uma vez, seguido do grupo, *ex aequo*, que tentou duas vezes (14,7%). Nesta pergunta são declaradas tentativas de deixar de fumar entre uma e seis vezes, com o valor de mediana e da moda de uma tentativa, com o desvio padrão de 1,3.

Os motivos que conduziram estes/as alunos/as ao início do consumo de tabaco apresentam-se na Tabela 90 e indicam claramente a influência dos amigos e/ou colegas (66,1%) e o gosto e aroma do tabaco (35,6%). A estética das embalagens (98,3%) e a influência dos familiares (93,1%) foram os motivos mais afastados para o seu comportamento.

Gráfico 105: Fumadores/não fumadores, em função da variável “Sexo”, para o curso para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=234)

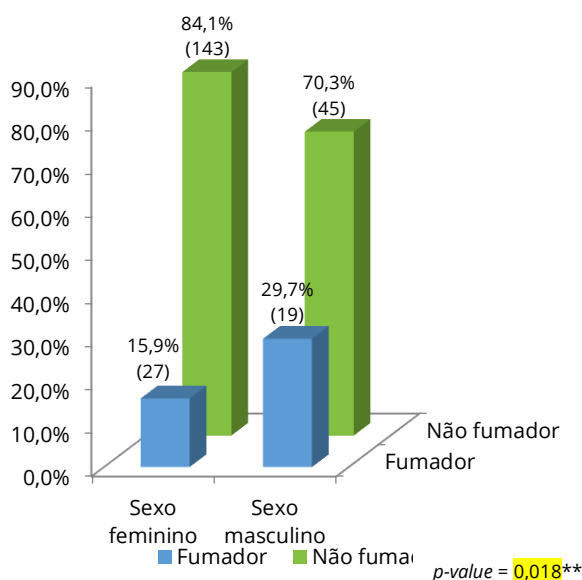


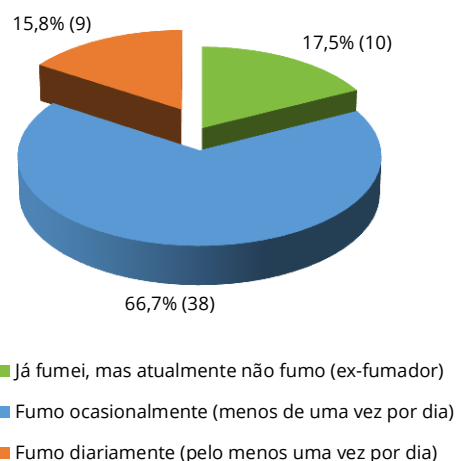
Tabela 90: Motivos para se ter começado a fumar para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=59)

Motivos	Sim	Não
	f (%)	f (%)
Porque os meus familiares fumavam.	4 (6,9)	54 (93,1)
Porque os meus amigos e/ou colegas fumavam.	39 (66,1)	20 (33,9)
Porque gostei do sabor e/ou do cheiro do tabaco.	21 (35,6)	38 (64,4)
Porque era fácil arranjar tabaco.	8 (13,6)	51 (86,4)
Porque as embalagens me atraíam.	1 (1,7)	58 (98,3)
Não me recordo.	7 (11,9)	52 (88,1)
Por outras razões.	8 (13,6)	51 (86,4)

Na análise de conteúdo às respostas abertas a esta pergunta, foram construídas apenas duas categorias principais, apontadas como outra razão para se ter iniciado o consumo de tabaco: alívio do stresse ($f=4$) com efeito calmante e relaxante ($f=2$).

Entre os/as estudantes que começaram a consumir regularmente tabaco, 15,8% fuma diariamente, pelo menos uma vez por dia; 66,7% fá-lo menos de uma vez por dia e 17,5% acabou por abandonar essa prática (Gráfico 106).

Gráfico 106: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Fumador diário/fumador ocasional/ex-fumador” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=57)



Na Tabela 91 apresentam-se os resultados relativamente ao tipo de consumo relacionado com a variável “Sexo”.

Na Tabela 92 revela-se o padrão de consumo declarado, nos últimos 30 dias, relativamente a alguns dos produtos de tabaco.

Tabela 91: Tipo de consumo de tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Atualmente (últimos 30 dias) como classifica o seu consumo de tabaco?				Pearson
				Chi-Square
	Já fumei, mas atualmente não fumo	Fumo ocasionalmente	Fumo diariamente	<i>p-value</i>
Sexo	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	
Feminino	7 (20,6)	21 (61,8)	6 (17,6)	0,627
Masculino	3 (13,0)	17 (73,9)	3 (13,0)	

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

Tabela 92: Comportamento tabágico, nos últimos 30 dias, relativo a alguns produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=49)

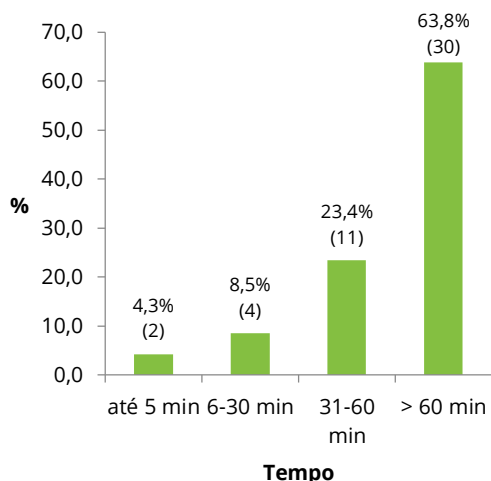
Produtos do tabaco	Consumo diário	Consumo ocasional	Apenas experimentei	Não consumo	Interquartil range
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	
Cigarros	37 (75,5)	8 (16,3)	1 (2,0)	3 (6,1)	0,5
Cigarrilhas	1 (2,0)	1 (2,0)	3 (6,1)	44 (89,8)	0
Charutos	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,0)	48 (98,0)	0
Tabaco de enrolar	3 (6,1)	4 (8,2)	1 (2,0)	41 (83,7)	0
Cachimbo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	49 (100,0)	0
Cachimbo de água (<i>shisha</i>)	0 (0,0)	3 (6,1)	1 (2,0)	45 (91,8)	0
Tabaco de mascar	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	49 (100,0)	0
Rapé	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	49 (100,0)	0
Cigarro eletrónico	1 (2,0)	1 (2,0)	4 (8,2)	43 (87,8)	0
Cigarro sem queima (<i>Heat not-burn</i>)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,1)	47 (95,9)	0

A informação da Tabela 92 revela que o consumo diário de produtos de tabaco diz respeito, essencialmente, a cigarros (75,5%). Cerca de 16,3% dos/as inquiridos/as declara que o seu consumo de cigarros, nos últimos 30 dias, foi apenas experimental. O tabaco de enrolar é usado para consumo por 14,3% dos/as alunos/as (6,1% diariamente e 8,2% ocasionalmente). O cachimbo de água é

consumido ocasionalmente por 6,1% dos/as inquiridos/as. Os outros produtos de tabaco não apresentam expressão estatística de experimentação. O cachimbo, tabaco de mascar e rapé não receberam qualquer escolha. Não foi apontado outro tipo de produto de tabaco consumido ou experimentado.

O Gráfico 107 revela o tempo em que, depois de acordar, se fuma o primeiro cigarro. A maioria declara que o faz uma hora após de acordar (63,8%) e 23,4% entre a meia hora e os primeiros 60 minutos. Apenas 4,3% o faz nos primeiros cinco minutos após acordar. Detetou-se uma associação significativa entre a variável "Sexo" e o tempo em que, depois de acordar, se fuma o primeiro cigarro (*Teste Mann-Whitney* = 0,012).

Gráfico 107: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável "Quanto tempo, depois de acordar, fuma o seu primeiro cigarro" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=47)



No Gráfico 108 verifica-se que a maioria (70,2%) dos/as fumadores/as consome até 10 cigarros por dia, situando-se em 27,7% o valor dos/as que fumam entre 11 e 20 cigarros (DP = 0,43).

O Gráfico 109 dá conta que 40,4% dos/as consumidores/as de tabaco não está a pensar em deixar de fumar, enquanto os/as que declaram que estão a pensar fazê-lo nos próximos seis meses traduzem 38,3 pontos percentuais.

Gráfico 108: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável "Quantos cigarros fuma por dia" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=47)

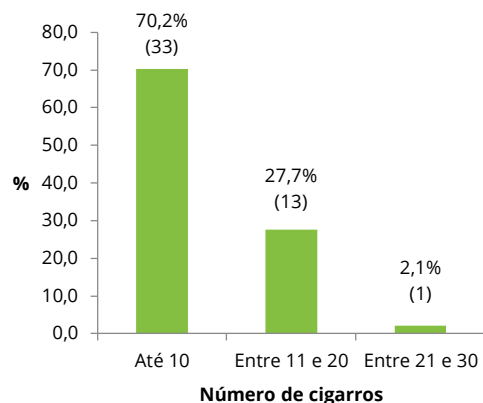


Gráfico 109: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável "Está a pensar em deixar de fumar" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=47)



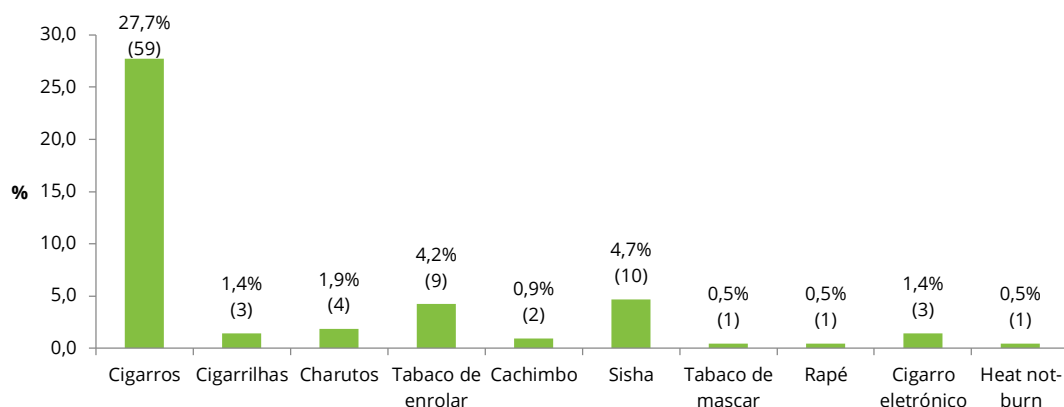
Entre os/as ex-fumadores/as procurou-se apurar há quanto tempo tinham deixado de fumar. Os dados revelam que 78,7% fê-lo há mais de um ano e 21,3% há menos de um ano (N=61; DP = 0,4).

Neste estudo pretende-se, também, perceber que tipo de produtos do tabaco eram consumidos antes dos/as estudantes os terem consumido pela última vez. Verifica-se,

pela informação do Gráfico110, que a maior parte (27,7%) consumia cigarros, coexistindo

todos os outros tipos de produtos de tabaco.

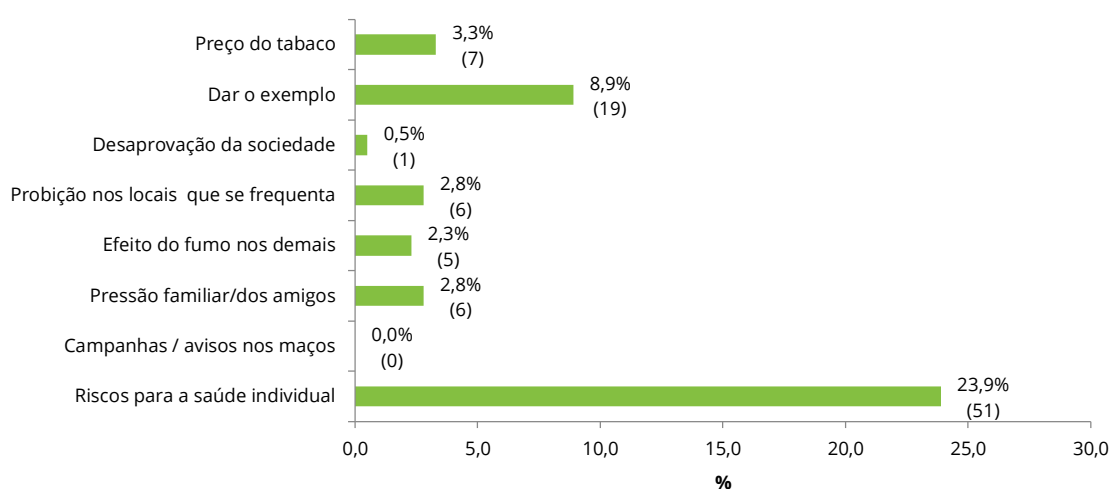
Gráfico 110: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Tipo de produtos do tabaco consumidos antes de os ter consumido pela última vez” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=61)



Os/as ex-fumadores/as revelam, também, os motivos que os/as levaram a deixar de fumar (Gráfico 111), percebendo-se que o fizeram particularmente por preocupações com os

riscos para a sua saúde (23,9%) e para dar exemplo, enquanto futuros/as profissionais de saúde (8,9%).

Gráfico 111: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Quais foram os motivos que o levaram a deixar de fumar” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=61)



Por fim, neste grupo, inquiriram-se os/as alunos/as acerca do(s) método(s) usado(s)

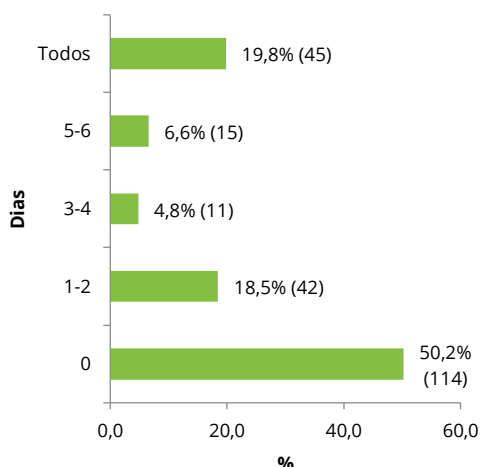
para deixar de fumar na última tentativa. Cerca de 29,1% considera que não usou

método algum, socorrendo-se apenas da sua “força de vontade”. Nenhum outro método referido recebeu uma escolha que fosse expressiva do ponto de vista estatístico (apenas dois sujeitos referiram o apoio de pessoas próximas). Algumas asserções, sem significado estatístico, foram registadas: “ausência de prazer”; “desinteresse”; “desporto” e “ter concluído que fumar é comportamento ‘ridículo”.

Dimensão III - Exposição ao fumo ambiental do tabaco

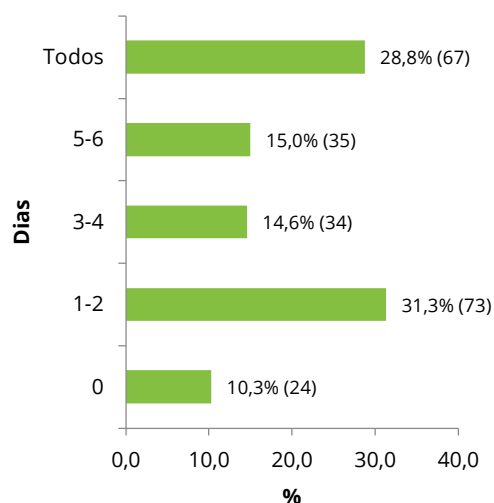
Entre os/as inquiridos/as, 50,2% declarou não estar exposto/a ao FAT no local onde residiu durante a última semana antes de ser questionado/a. Cerca de 19,8% disse que está exposto/a diariamente (Gráfico 112) e 18,5% teve pessoas a fumar na sua residência 1 a 2 dias.

Gráfico 112: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco na residência” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=227)



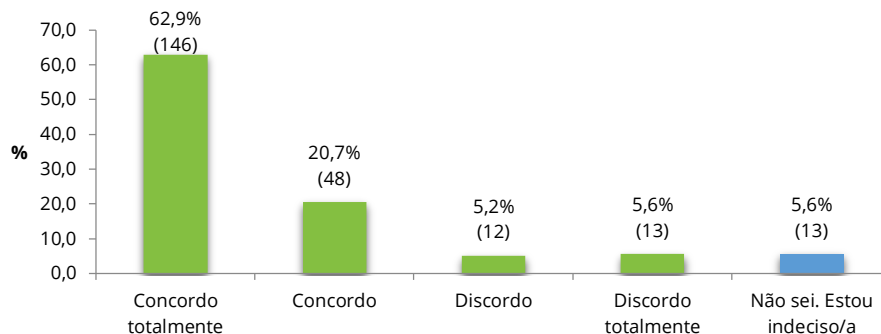
A exposição ao FAT em outros locais, sem ser onde se reside, é intensa. Cerca de 28,8% considera que esteve exposto/a todos os dias da semana transata. O grupo que teve na sua presença pessoas a fumar entre 1 a 2 dias corresponde a 31,3% e 15,0% ficou exposto entre 5 a 6 dias (Gráfico 113).

Gráfico 113: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco fora da residência” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=233)



A leitura do Gráfico 114 revela que 83,6% considera que a proibição regulamentar de fumar nos edifícios escolares é aplicada. Ainda assim, 10,8% dos inquiridos/as discorda desta posição, considerando que não é aplicada a regulamentação e 5,6% não sabe ou está indeciso/a.

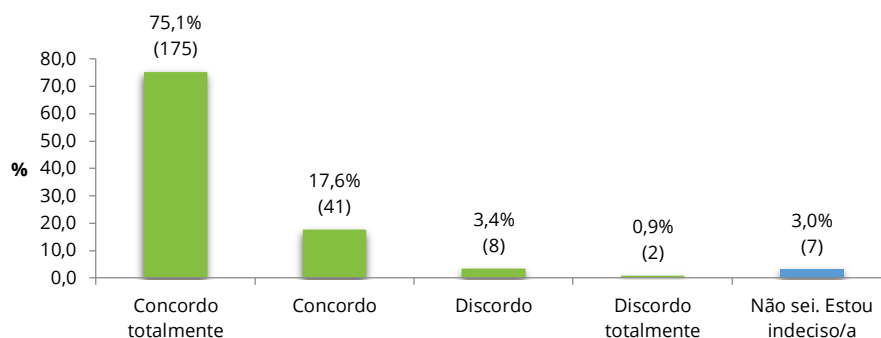
Gráfico 114: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Cumprimento da proibição de fumar nos edifícios escolares” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=232)



Foram apontados alguns critérios para a decisão desta resposta: não é cumprida a legislação ($f=1$), fumando-se em locais proibidos ($f=1$); é cumprida a legislação ($f=7$), fumando-se à entrada do edifício ($f=5$) ou em locais próprios para o efeito ($f=1$); é prejudicial para a saúde ($f=5$) e FAT ($f=7$).

Os resultados obtidos para os locais onde se desenvolvem as práticas clínicas revelam maior concordância, que os anteriores, relativamente ao cumprimento da legislação (92,7%). Somente 4,5% discorda desta posição (Gráfico 115).

Gráfico 115: Distribuição das frequências relativas e absolutas para a variável “Cumprimento da proibição de fumar nos locais de práticas clínicas” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=233)



Os critérios identificados na decisão para esta resposta, através da análise de conteúdo, incluem: fuma-se nos gabinetes ($f=1$) e em outros locais proibidos ($f=1$); é cumprida a legislação ($f=6$), fumando-se à entrada ($f=4$) e em locais próprios para o efeito ($f=1$); é prejudicial à saúde ($f=8$); FAT ($f=4$) e dar o exemplo ($f=3$).

Numa análise mais detalhada, procuraram-se relações entre as variáveis, testando a heterogeneidade de duas amostras ordinais. Os resultados apresentam-se na Tabela 93 e na Tabela 94.

Tabela 93: Associações entre variáveis das Dimensões I-III para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Variáveis	Que idade tinha quando fumou pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares	
<i>p-values</i>							
Sexo	0,977	0,675	0,021*	0,085	0,064	0,455	Mann-Whitney
Alguna vez fumou?	NA	NA	NA	0,002**	<0,001***	0,181	
Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente).	<0,001***	0,934	0,062	<0,001***	<0,001***	0,428	Kruskal-Wallis

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

A leitura da tabela anterior permite perceber associações significativas entre a variável:

1. “Sexo” e quantas vezes se tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco (*Mediana*, feminino=1,0; masculino=2,0)
2. O facto de alguma vez se ter fumado e:
 - 2.1. A exposição ao FAT fora de casa (*Mediana*, não=2,0; sim=4,0).
3. Hábitos tabágicos detalhados” (nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente) e a:
 - 3.1. Idade que tinha quando se fumou pela primeira vez (*Mediana*, experimentou=17,0; fuma ocasionalmente=16,0; fuma diariamente=16,0);
 - 3.2. Exposição ao FAT em casa (*Mediana*, nunca fumou=2,0; experimentou=3,0; fuma ocasionalmente=4,0; fuma diariamente=5,0);
 - 3.3. Exposição ao FAT fora de casa (*Mediana*, nunca fumou=1,0; experimentou=1,0; fuma ocasionalmente=4,0; fuma diariamente=4,0).

No domínio da análise apresentada na Tabela 94, foram identificadas correlações significativas e muito significativas entre todas as variáveis. De seguida, apresentam-se os respetivos resíduos ajustados¹² (Tabela 95, Tabela 96, Tabela 97, Tabela 98, Tabela 99 e Tabela 100).

¹² O resíduo é dado pela diferença entre a variável resposta observada e a variável resposta estimada. A análise dos valores dos resíduos ajustados permite dizer em que categorias as variáveis apresentam associação estatística (ainda que esta não seja significativa). Quanto maior for o resíduo ajustado maior a associação entre as categorias.

Tabela 94: Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Variáveis <i>Pearson Chi-Square p-values</i>	Alguma vez fumou?	Hábitos tabágicos (Nunca fumou; experimentou; fuma diariamente)	Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma diariamente)
Sexo	0,007**	0,009**	0,01**
Alguma vez fumou?	NA	<0,001***	<0,001***
Hábitos tabágicos (Nunca fumou; experimentou; fuma diariamente).		NA	<0,001***

*. Correlação significativa; **. Correlação muito significativa; ***. Correlação altamente significativa.

Tabela 95: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Alguma vez fumou ou consumiu produtos com tabaco”

Sexo		Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco)?		Total
		Não	Sim	
Feminino	<i>Count</i>	84	88	172
	<i>Adjusted Residual</i>	2,7	-2,7	
Masculino	<i>Count</i>	19	46	65
	<i>Adjusted Residual</i>	-2,7	2,7	
TOTAL	<i>Count</i>	103	134	237

N.º de testes: 4. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (*Bonferroni correction*): 2,24.

Tabela 96: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Hábitos tabágicos”

Sexo		Consome tabaco de forma regular?			Total
		Nunca fumou	Experimentou	Fuma regularmente	
Feminino	<i>Count</i>	88	52	36	176
	<i>Adjusted Residual</i>	2,9	-0,9	-2,4	
Masculino	<i>Count</i>	19	23	23	65
	<i>Adjusted Residual</i>	-2,9	0,9	2,4	
TOTAL	<i>Count</i>	107	75	59	241

N.º de testes: 6. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (*Bonferroni correction*): 2,39.

Tabela 97: Resíduos para a associação entre as variáveis “Sexo” e “Hábitos tabágicos detalhados”

Sexo		Hábitos tabágicos (detalhados)				Total
		Nunca fumou	Experimentou	Fuma ocasionalmente	Fuma diariamente	
Feminino	<i>Count</i>	88	52	6	21	167
	<i>Adjusted Residual</i>	3,0	-0,9	-0,4	-2,7	
Masculino	<i>Count</i>	19	23	3	17	62
	<i>Adjusted Residual</i>	-3,0	0,9	0,4	2,7	
TOTAL	<i>Count</i>	107	75	9	38	229

N.º de testes: 8. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,50.

Tabela 98: Resíduos para a associação entre as variáveis “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos”

Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco)?		Consome tabaco de forma regular?			Total
		Nunca fumou	Experimentou	Fuma regularmente	
Não	<i>Count</i>	103	0	0	103
	<i>Adjusted Residual</i>	15,4	-9,2	-7,8	
Sim	<i>Count</i>	0	75	59	134
	<i>Adjusted Residual</i>	-15,4	9,2	7,8	
TOTAL	<i>Count</i>	103	75	59	237

N.º de testes: 6. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,39.

Tabela 99: Resíduos para a associação entre as variáveis “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos detalhados”

Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco)?		Hábitos tabágicos (detalhados)				Total
		Nunca fumou	Experimentou	Fuma ocasionalmente	Fuma diariamente	
Não	<i>Count</i>	103	0	0	0	103
	<i>Adjusted Residual</i>	15,0	-9,7	-2,8	-6,2	
Sim	<i>Count</i>	0	75	9	38	122
	<i>Adjusted Residual</i>	-15,0	9,7	2,8	6,2	
TOTAL	<i>Count</i>	103	75	9	38	225

N.º de testes: 8. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,50.

Tabela 100: Resíduos para a associação entre as variáveis “Hábitos tabágicos” e “Hábitos tabágicos detalhados”

Consome tabaco de forma regular?		Hábitos tabágicos (detalhados)				Total
		Nunca fumou	Experimentou	Fuma ocasionalmente	Fuma diariamente	
Nunca fumou	<i>Count</i>	107	0	0	0	107
	<i>Adjusted Residual</i>	15,1	-9,9	-2,9	-6,3	
Experimentou	<i>Count</i>	0	75	0	0	75
	<i>Adjusted Residual</i>	-9,9	15,1	-2,1	-4,7	
Fuma regularmente	<i>Count</i>	0	0	9	38	47
	<i>Adjusted Residual</i>	-7,2	-5,4	6,0	13,3	
TOTAL	Count	107	75	9	38	229

N.º de testes: 12. $\alpha = 0,05$. Valor crítico corrigido (*Bonferroni correction*): 2,64.

No que diz respeito a outras associações, os dados da Tabela 101 dão conta de diferenças significativas entre a idade com que se consumiu pela primeira vez tabaco, o consumo regular deste produto e a exposição

ao FAT fora de casa. A exposição ao FAT no ambiente onde se reside encontra-se associada à exposição ao FAT fora de casa e ao cumprimento da proibição regulamentar de fumar no interior dos edifícios escolares.

Tabela 101: Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Variáveis	Que idade tinha quando fumou ou consumiu pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares
Teste à correlação de Spearman (<i>p-values</i>)						
Que idade tinha quando fumou ou consumiu pela primeira vez?	NA	<0,001***	0,479	0,557	0,008**	0,962
Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?		NA	0,476	0,146	0,915	0,460
Quantas vezes tentou deixar de fumar ou consumir tabaco?			NA	0,818	0,229	0,925
Exposição ao FAT em casa				NA	<0,001***	0,004**
Exposição ao FAT fora de casa					NA	0,661

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

Dimensão IV – Atitudes e conhecimentos

Os resultados que se seguem (Tabela 102) dizem respeito ao grau de concordância de 28 afirmações relacionadas com conhecimentos

relativamente ao consumo de tabaco. A fiabilidade dos itens é moderada a elevada com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,831 (127).

Tabela 102: Atitudes e conhecimentos relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Perguntas	DT*	D*	C*	CT*	NS*	N	\bar{X} *	\tilde{X} *	Interquartil range
	(1)	(2)	(3)	(4)	IND				
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)				
19. O consumo de tabaco deveria ser proibido a pessoas com menos de 18 anos de idade.	2 (0,9)	12 (5,2)	67 (28,9)	150 (64,6)	1 (0,4)	232	4	4	1
20. Os profissionais de saúde deveriam ter formação específica em técnicas de aconselhamento e tratamento da cessação tabágica.	1 (0,4)	5 (2,2)	79 (34,1)	145 (62,4)	2 (0,9)	232	4	4	1
21. Os profissionais de saúde deveriam ser "modelos para os seus pacientes e para o público relativamente ao uso do tabaco.	7 (3,0)	34 (14,7)	75 (32,3)	106 (45,7)	10 (4,3)	232	3	4	1
22. Os profissionais de saúde deveriam, por norma, perguntar aos seus pacientes os seus hábitos tabágicos.	2 (0,4)	0 (0,0)	60 (25,9)	171 (73,7)	0 (0,0)	232	4	4	1
23. Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, os seus pacientes a deixar de fumar.	1 (0,4)	1 (0,4)	62 (26,5)	169 (72,2)	1 (0,4)	234	4	4	1
24. Os profissionais de saúde deveriam trabalhar com grupos da comunidade sobre a prevenção do tabagismo.	0 (0,0)	18 (7,7)	108 (46,2)	97 (41,5)	11 (4,7)	234	3	3	1
25. Os profissionais de saúde têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica.	0 (0,0)	1 (0,4)	81 (34,6)	151 (64,5)	1 (0,4)	234	4	4	1
26. As probabilidades dos pacientes deixarem de fumar com sucesso aumentam se os profissionais de saúde os aconselharem a deixar de fumar.	2 (0,9)	29 (12,4)	114 (48,7)	71 (30,3)	18 (7,7)	234	3	3	1
27. É menos provável que os profissionais de saúde que fumam aconselhem os pacientes a deixarem de fumar.	28 (12,0)	64 (27,4)	81 (34,6)	45 (19,2)	16 (6,8)	234	3	3	1
28. Todos os estabelecimentos de ensino superior deveriam ter consultas de cessação tabágica acessíveis aos alunos para aconselhamento, tratamento e acompanhamento.	1 (0,4)	13 (5,6)	123 (52,8)	84 (36,1)	12 (5,2)	233	3	3	1

* DT – Discordo totalmente. D – Discordo. C – Concordo. CT – Concordo totalmente. NS – Não sei. Estou indeciso/a. \bar{X} – Mediana. \tilde{X} – Moda.

Tabela 102: (Continuação) Atitudes e conhecimentos relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Perguntas	DT*	D*	C*	CT*	NS*	N	\bar{X} *	\hat{X} *	Interquartil range
	(1)	(2)	(3)	(4)	IND				
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)				
29. A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem sempre riscos para a saúde individual.	0 (0,0)	2 (0,9)	61 (26,3)	166 (71,6)	3 (1,3)	232	4	4	1
30. A morte neonatal está associada à exposição ao fumo ambiental do tabaco.	0 (0,0)	39 (16,8)	96 (41,4)	51 (22,0)	46 (19,8)	232	3	3	1
31. O tabagismo materno durante a gravidez aumenta o risco de Síndrome de Morte Súbita do lactente.	0 (0,0)	3 (1,3)	108 (46,6)	69 (29,7)	52 (22,4)	232	3	3	1
32. A exposição ao fumo ambiental do tabaco aumenta o risco de doença pulmonar em adultos não fumadores.	1 (0,4)	3 (1,3)	109 (47,2)	114 (49,4)	4 (1,7)	231	3	4	1
33. A exposição ao fumo ambiental do tabaco não aumenta o risco de doença cardiovascular em adultos não fumadores.	69 (29,7)	92 (39,7)	34 (14,7)	17 (7,3)	20 (8,6)	232	2	2	1
34. O tabagismo dos progenitores aumenta o risco de doenças do trato respiratório inferior, em crianças expostas, como a pneumonia.	3 (1,3)	4 (1,7)	108 (46,6)	90 (38,8)	27 (11,6)	232	3	3	1
35. Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, as pessoas que fumam a evitar fazê-lo próximo das crianças.	1 (0,4)	2 (0,9)	44 (19,0)	182 (78,4)	3 (1,3)	232	4	4	0
36. Não existe um nível sem risco de exposição ao fumo ambiental do tabaco.	16 (6,9)	21 (9,1)	90 (38,8)	70 (30,2)	35 (15,1)	232	3	3	2
37. Os fumadores que não param de fumar encurtam em mais de 10 anos a sua expectativa de vida.	1 (0,4)	8 (3,4)	100 (43,1)	82 (35,3)	41 (17,7)	232	3	3	1
38. Em Portugal, uma em cada cinco mortes ocorridas em pessoas com idades entre os 45 e os 64 anos é atribuída ao consumo de tabaco.	1 (0,4)	1 (0,4)	90 (38,8)	50 (21,6)	90 (38,8)	232	3	-	3
39. O tabaco contribui para a pobreza e as desigualdades em saúde.	17 (7,4)	59 (25,5)	71 (30,7)	39 (16,9)	45 (19,5)	231	2	3	2
40. O constituinte do tabaco responsável pela dependência é o alcatrão.	97 (42,0)	48 (20,8)	31 (13,4)	27 (11,7)	28 (12,1)	231	1	1	2
41. O tabaco aumenta o risco de diabetes e agrava a evolução desta doença.	16 (6,9)	42 (18,1)	66 (28,4)	50 (21,6)	58 (25,0)	232	2,5	3	3
42. O tabaco aumenta o risco de tuberculose e agrava a evolução desta doença.	8 (3,4)	31 (13,4)	79 (34,1)	56 (24,1)	58 (25,0)	232	3	3	3

* DT – Discordo totalmente. D – Discordo. C – Concordo. CT – Concordo totalmente. NS – Não sei. Estou indeciso/a. \bar{X} – Mediana. \hat{X} – Moda.

Tabela 102: (Continuação) Atitudes e conhecimentos relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Perguntas	DT*	D*	C*	CT*	NS*	N	\bar{X} *	\tilde{X} *	Interquartil range
	(1)	(2)	(3)	(4)	IND				
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)				
43. Fumar um maço de tabaco de cigarros por dia não está associado a um risco muito elevado para a saúde.	133 (57,3)	69 (29,7)	15 (6,5)	12 (5,2)	3 (1,3)	232	1	1	1
44. Parar de fumar tem sempre benefícios.	0 (0,0)	1 (0,4)	56 (24,1)	167 (72,0)	8 (3,4)	232	4	4	1
45. Os benefícios de parar de fumar são maiores quanto mais cedo se parar de fumar.	0 (0,0)	3 (1,3)	61 (26,3)	162 (69,8)	6 (2,6)	232	4	4	1
46. A formação superior recebida provocou-lhe alguma mudança de atitude, acerca do tabagismo, comparativamente ao momento da entrada no curso.	35 (15,1)	49 (21,1)	64 (27,6)	67 (28,9)	17 (7,3)	232	3	4	2

* DT - Discordo totalmente. D - Discordo. C - Concordo. CT - Concordo totalmente. NS - Não sei. Estou indeciso/a. \bar{X} - Mediana. \tilde{X} - Moda.

Uma primeira análise à informação da Tabela 102 permite colocar em evidência que a maioria dos/as inquiridos/as concorda com o quadro teórico apresentado nesta dimensão (79,2%), tendo 9,5% manifestado o seu desconhecimento ou indecisão. No Gráfico 116 apresentam-se as percentagens de

concordância, de discordância e de indecisão para esta dimensão.

No Gráfico 117 apresentam-se os valores modais para cada item desta dimensão. O valor modal da dimensão é 4 ("Concordo totalmente").

Gráfico 116: Concordância, discordância e desconhecimento/indecisão relativamente à dimensão IV (atitudes e conhecimentos) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=232)

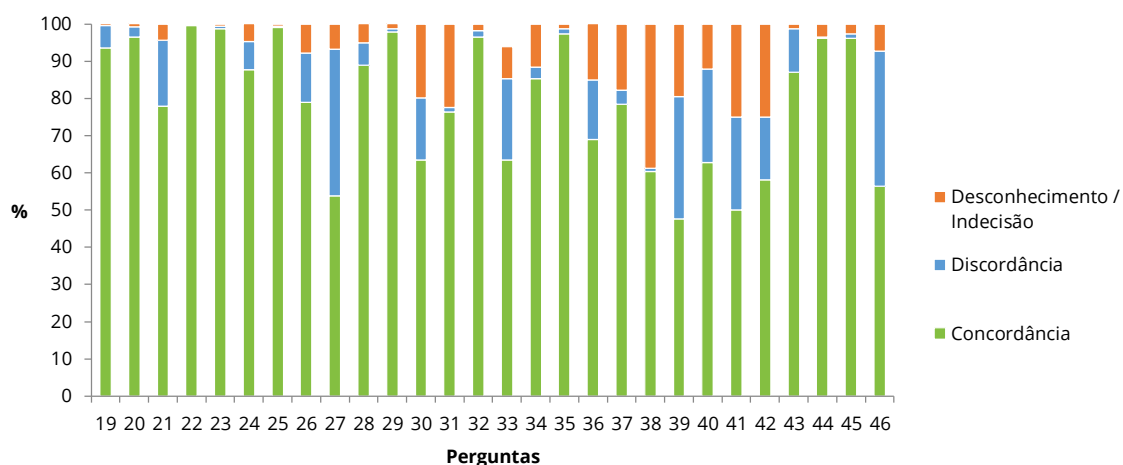
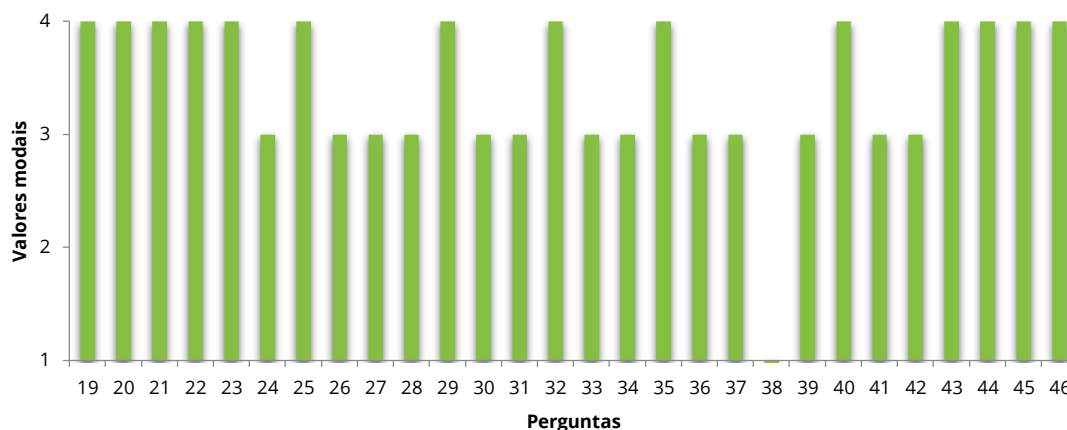


Gráfico 117: Distribuição dos valores modais da dimensão IV (atitudes e conhecimentos) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=232)



A asserção que reuniu quase a unanimidade ao nível da concordância (99,6%) foi “Os profissionais de saúde deveriam, por norma, perguntar aos seus pacientes os seus hábitos tabágicos”, seguida das afirmações “Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, os seus pacientes a deixar de fumar” e “Os profissionais de saúde têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica”, *ex aequo*, com 99,0% de escolhas. A proposição “O tabaco contribui para a pobreza e as desigualdades em saúde” congregou a menor percentagem de concordância (47,6%).

Do lado oposto, para além das referidas asserções mais aprovadas, receberam uma percentagem muito reduzida de discordância (<1,0%) as seguintes: “A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem sempre riscos para a saúde individual”, “Em Portugal, uma em cada cinco mortes ocorridas em pessoas com idades entre os 45 e os 64 anos é atribuída ao consumo de tabaco” e “Parar de fumar tem sempre benefícios”.

A afirmação “É menos provável que os profissionais de saúde que fumam aconselhem os pacientes a deixarem de fumar” recebeu a maior concentração de desacordos (39,4%). Embora a média percentual de desconhecimento/indecisão seja de 9,5%, quatro das afirmações apresentam valores iguais ou superiores a 20,0%, com uma expressão máxima, de 38,8%, no item “Em Portugal, uma em cada cinco mortes ocorridas em pessoas com idades entre os 45 e os 64 anos é atribuída ao consumo de tabaco”.

Dimensão V - Perceções sobre a formação teórica recebida

Os resultados que se seguem (Tabela 103) dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 34 afirmações relacionadas com as perceções sobre a formação teórica recebida. A fiabilidade dos itens é elevada, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,975 (127).

Tabela 103: Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\tilde{X}^*	IQR*
47. Constituintes do tabaco e do fumo do tabaco.	40 (17,4)	22 (9,6)	62 (27,0)	82 (35,7)	19 (8,3)	5 (2,2)	230	2	3	2
48. Repercussões do consumo de tabaco na saúde.	4 (1,7)	6 (2,6)	19 (8,3)	123 (53,5)	76 (33,0)	2 (0,9)	230	3	3	1
49. Efeito da exposição ao fumo ambiental do tabaco.	17 (7,4)	9 (3,9)	44 (19,1)	103 (44,8)	55 (23,9)	2 (0,9)	230	3	3	1
50. Mecanismos neurobiológicos da dependência.	29 (12,6)	35 (15,2)	63 (27,4)	76 (33,0)	23 (10,0)	4 (1,7)	230	2	3	2
51. Mecanismos psicológicos da dependência.	28 (12,2)	27 (11,7)	66 (28,7)	76 (33,0)	30 (13,0)	3 (1,3)	230	2	3	1
52. Razões pelas quais as pessoas fumam.	28 (12,2)	15 (6,5)	59 (25,7)	92 (40,0)	28 (12,2)	8 (3,5)	230	3	3	1
53. Síndrome de abstinência da nicotina.	27 (11,7)	20 (8,7)	73 (31,7)	77 (33,5)	27 (11,7)	6 (2,6)	230	2	3	1
54. Epidemiologia do consumo de tabaco.	21 (9,1)	32 (13,9)	71 (30,9)	79 (34,3)	22 (9,6)	5 (2,2)	230	2	3	2
55. Modelos e técnicas de prevenção em tabagismo.	20 (8,7)	18 (7,8)	83 (36,1)	78 (33,9)	28 (12,2)	3 (1,3)	230	2	2	1
56. Benefícios para a saúde de deixar de fumar.	7 (3,0)	3 (1,3)	17 (7,4)	120 (52,2)	81 (35,2)	2 (0,9)	230	3	3	1
57. Modelos de mudança comportamental relacionados com o tabagismo (exemplo: Prochaska e DiClemente).	91 (39,6)	36 (15,7)	48 (20,9)	33 (14,3)	10 (4,3)	12 (5,2)	230	1	-1	3
58. Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A).	78 (33,9)	24 (10,4)	48 (20,9)	54 (23,5)	17 (7,4)	9 (3,9)	230	2	-1	4

* \bar{X} – Mediana. \tilde{X} – Moda. IQR – Interquartil range.

Tabela 103: (Continuação) Percepções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\tilde{X}^*	IQR*
59. Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A).	78 (33,9)	28 (12,2)	50 (21,7)	46 (20,0)	18 (7,8)	10 (4,3)	230	1	-1	4
60. Como avaliar a motivação e prontidão para fazer uma tentativa para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A).	77 (33,5)	26 (11,3)	46 (20,0)	52 (22,6)	14 (6,1)	15 (6,5)	230	1	-1	4
61. Como ajudar a pessoa que fuma a marcar o "Dia D" e preparar a tentativa para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A).	79 (34,3)	23 (10,0)	57 (24,8)	41 (17,8)	16 (7,0)	14 (6,1)	230	1	-1	3
62. Como acompanhar o progresso da pessoa que parou de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A).	82 (35,7)	22 (9,6)	60 (26,1)	39 (17,0)	14 (6,1)	13 (5,7)	230	1	-1	3
63. Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Muito Breve (algoritmos 3A, ABC ou 2As+R).	93 (40,4)	24 (10,4)	52 (22,6)	36 (15,7)	11 (4,8)	14 (6,1)	230	1	-1	3
64. Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar na Intervenção Muito Breve (algoritmo 3A ou 2A+R).	91 (39,6)	29 (12,6)	55 (23,9)	32 (13,9)	9 (3,9)	14 (6,1)	230	1	-1	3
65. Como realizar o terceiro passo (avaliar ou referenciar) na Intervenção Muito Breve (algoritmos 3A ou 2A+R).	92 (40,0)	30 (13,0)	53 (23,0)	31 (13,5)	7 (3,0)	17 (7,4)	230	1	-1	3

* \bar{X} - Mediana. \tilde{X} - Moda. IQR - Interquartil range.

Tabela 103: (Continuação) Percepções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\bar{X}^*	IQR*
66. Como abordar pessoas que estejam ambivalentes ou não desejem parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5R).	82 (35,8)	33 (14,4)	54 (23,6)	38 (16,6)	9 (3,9)	13 (5,7)	229	1	-	3 1
67. Abordagem do fumador em contexto clínico.	22 (9,6)	17 (7,5)	63 (27,6)	99 (43,4)	20 (8,8)	7 (3,1)	228	3	3	1
68. Intervenção de Apoio Intensivo de acordo com o Programa-tipo da Direção-Geral da Saúde (DGS, 28/12/2007).	92 (40,4)	33 (14,5)	55 (24,1)	22 (9,6)	8 (3,5)	18 (7,9)	228	1	-1	3
69. Cessaçãotabágica em grupos específicos (exemplos: pessoas idosas, mulheres grávidas, adolescentes, pessoas com doença mental).	49 (21,5)	31 (13,6)	67 (29,4)	59 (25,9)	11 (4,8)	11 (4,8)	228	2	2	3
70. Aconselhamento baseado na entrevista motivacional com o objetivo de motivar e ajudar a resolver a ambivalência.	57 (25,0)	29 (12,7)	70 (30,7)	49 (21,5)	12 (5,3)	11 (4,8)	228	2	2	4
71. Como expressar empatia durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	37 (16,2)	20 (8,8)	60 (26,3)	80 (35,1)	21 (9,2)	10 (4,4)	228	2	3	2
72. Como lidar com a ambivalência do paciente durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	39 (17,1)	28 (12,3)	77 (33,8)	61 (26,8)	13 (5,7)	10 (4,4)	228	2	2	2
73. Como lidar com a resistência à mudança durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	40 (17,5)	27 (11,8)	78 (34,2)	64 (28,1)	10 (4,4)	9 (3,9)	228	2	2	2

* \bar{X} - Mediana. \bar{X} - Moda. IQR - Interquartil range.

Tabela 103: (Continuação) Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\tilde{X}^*	IQR*
74. Como estimular a autodeterminação e autoeficácia durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	42 (18,4)	24 (10,5)	78 (34,2)	67 (29,4)	8 (3,5)	9 (3,9)	228	2	2	2
75. Formação sobre técnicas de aconselhamento cognitivo-comportamental.	63 (27,6)	32 (14,0)	70 (30,7)	47 (20,6)	8 (3,5)	8 (3,5)	228	2	2	3
76. A prevenção das recaídas.	62 (27,2)	37 (16,2)	74 (32,5)	38 (16,7)	9 (3,9)	8 (3,5)	228	2	2	3
77. As estratégias globais de prevenção e controlo do tabagismo.	47 (20,6)	30 (13,2)	60 (26,3)	74 (32,5)	11 (4,8)	6 (2,6)	228	2	3	2
78. O conhecimento e a utilização de materiais educativos para apoiar a cessação tabágica dos pacientes que querem deixar de fumar.	59 (25,9)	30 (13,2)	60 (26,3)	63 (27,6)	10 (4,4)	6 (2,6)	228	2	3	4
79. A prescrição, indicações e contraindicações das terapêuticas de substituição da nicotina em programas de cessação tabágica (tais como os adesivos ou pastilhas).	65 (28,5)	32 (14,0)	76 (33,3)	37 (16,2)	11 (4,8)	7 (3,1)	228	2	2	3
80. A prescrição, indicações e contraindicações de fármacos de primeira linha para a cessação tabágica tais como a Bupropiona e a Vareniclina.	75 (33,2)	53 (23,5)	54 (23,9)	24 (10,6)	11 (4,9)	9 (4,0)	226	1	-1	3

* \bar{X} – Mediana. \tilde{X} – Moda. IQR – Interquartil range.

Numa leitura global dos resultados da Tabela 103 ressalta o facto de 23,3% dos/as inquiridos/as terem considerado que as componentes de formação teórica apresentadas não foram abordadas durante a sua formação académica de cinco anos letivos. Em relação com este facto, estão 37,4% que não se sentem preparados/as ou estão mal preparados/as (11,4% e 26,0%, respetivamente) para atuar ao nível da prevenção e tratamento do tabagismo. Uma franja de 35,5% considera-se preparada, sendo 8,7% os/as muito bem preparados/as.

A “Intervenção de Apoio Intensivo de acordo com o Programa-tipo da Direção-Geral da Saúde (19), *“Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Muito Breve (algoritmos 3A, ABC ou 2A+R)”* e *“Como realizar o terceiro passo (avaliar ou referenciar) na Intervenção Muito Breve (algoritmos 3A ou 2A+R)”* são os temas que não foram abordados com a maior parte dos/as alunos/as (cerca de 40%), seguindo-se outros nove temas que receberam mais de 30,0% de escolhas.

Relacionado com este aspeto o item “A prescrição, indicações e contra-indicações de fármacos de primeira linha para a cessação tabágica tais como a Bupropiona e a Vareniclina”, que recebeu 23,5% de escolhas, anuncia a não preparação para a realização desta estratégia.

O conteúdo que recebeu maior frequência, relativamente à boa preparação dos/as alunos/as é o conhecimento das “Repercussões do consumo de tabaco na saúde”, com 53,5% de escolhas, seguido dos “Benefícios para a saúde de deixar de fumar” (52,2%). A muito boa preparação encontra o seu valor máximo (35,2%) na formação recebida sobre os “Benefícios para a saúde de deixar de fumar”. A média encontrada para a “pouca preparação” é de 26,0%, com a expressão máxima nos “Modelos e técnicas de prevenção em tabagismo” (36,1%). Os valores da mediana, nesta dimensão, descrevem um percurso entre “*Não me sinto preparado/a*” e “*Sinto-me bem preparado/a*”, com um valor de 2.

Se se tomar a decisão de agrupar os valores do ponto da escala “*O tema não foi abordado*” com o “*Não me sinto preparado/a*” e, de igual modo, os do ponto “*Sinto-me bem preparado/a*” com os do “*Sinto-me muito bem preparado*”, pode-se ter a visualização das perceções da formação teórica recebida conforme se representa no Gráfico 118.

No Gráfico 119 distribuem-se os valores modais ao longo das várias perguntas. A classe modal desta dimensão é 3 (“*Sinto-me bem preparado/a*”).

Gráfico 118: Preparação relativamente aos conteúdos teóricos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

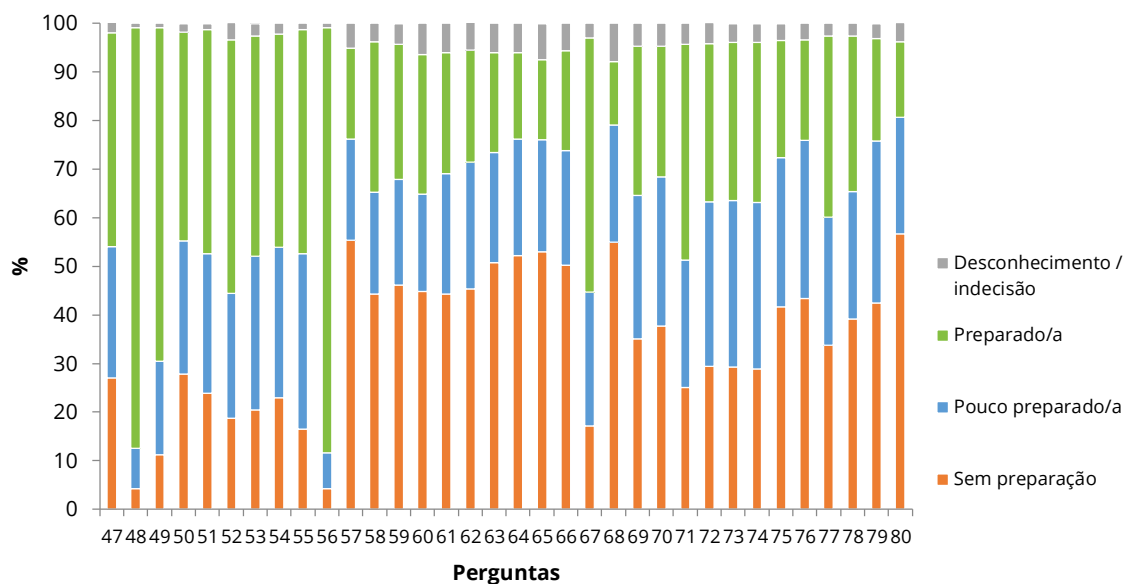
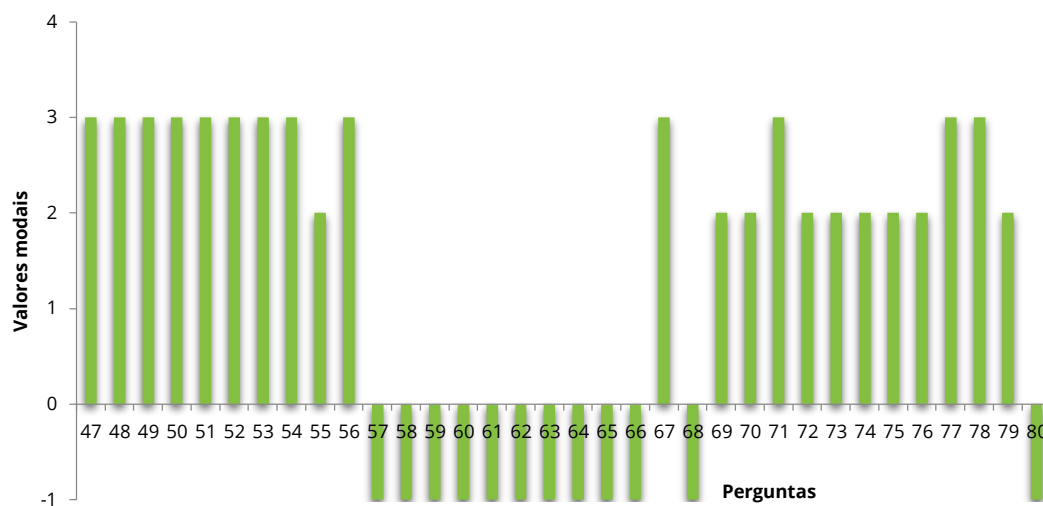


Gráfico 119: Distribuição dos valores modais da dimensão V (perceções sobre a formação teórica recebida) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=230)



Dimensão VI – Perceções sobre a formação prática recebida

Os resultados que se seguem (Tabela 104) dizem respeito ao grau de concordância

relativamente a 7 afirmações relacionadas com perceções sobre a formação prática recebida. A fiabilidade dos itens é elevada, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,953 (127).

Tabela 104: Perceções sobre a formação prática recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\bar{X}^*	IQR*
81. Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes fumadores e o registo na ficha clínica.	36 (15,8)	28 (12,3)	57 (25,0)	79 (34,6)	24 (10,5)	4 (1,8)	228	2	3	2
82. Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes em diferentes fases de preparação para a cessação tabágica.	60 (26,3)	35 (15,4)	65 (28,5)	53 (23,2)	11 (4,8)	4 (1,8)	228	2	2	4
82. Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes em diferentes fases de preparação para a cessação tabágica.	60 (26,3)	35 (15,4)	65 (28,5)	53 (23,2)	11 (4,8)	4 (1,8)	228	2	2	4
83. Formação prática sobre a entrevista motivacional como uma intervenção adaptada a qualquer processo de mudança comportamental.	56 (24,6)	39 (17,1)	67 (29,4)	48 (21,1)	14 (6,1)	4 (1,8)	228	2	2	3
84. Participação em projetos de prevenção do tabagismo dirigidos a grupos de pacientes fumadores.	63 (27,6)	35 (15,4)	67 (29,4)	48 (21,1)	10 (4,4)	5 (2,2)	228	2	2	4
85. Participação numa consulta de cessação tabágica (estágio).	98 (43,0)	33 (14,5)	54 (23,7)	30 (13,2)	7 (3,1)	6 (2,6)	228	1	-1	3
86. Participação em projetos de tratamento do tabagismo.	97 (42,5)	24 (10,5)	59 (25,9)	34 (14,9)	8 (3,5)	6 (2,6)	228	1	-1	3
87. Participação em projetos de prevenção do tabagismo na comunidade.	96 (42,1)	23 (10,1)	60 (26,3)	35 (15,4)	7 (3,1)	7 (3,1)	228	1	-1	3

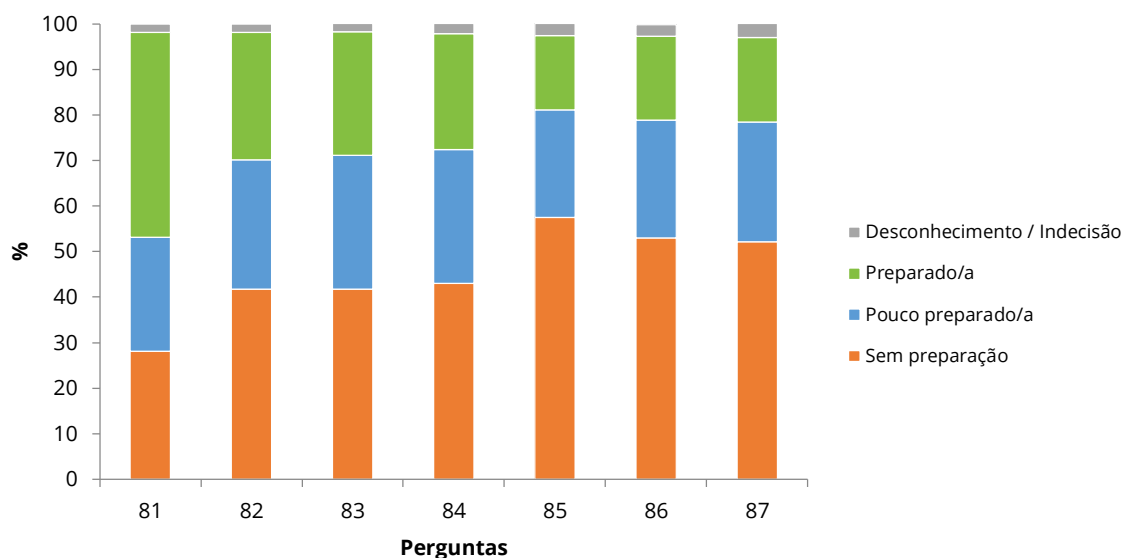
* \bar{X} - Mediana. \bar{X} - Moda. IQR - Interquartil range.

Os resultados expressos na Tabela 104, relativos às perceções sobre a formação prática recebida durante a formação académica, são congruentes com os encontrados para a dimensão V. A maior parte dos/as alunos/as declara que os temas não foram abordados e, por isso, não se sentem preparados/as para intervir (31,7% e 13,6%, respetivamente). Aqueles/as que se consideram muito bem preparados/as igualam 25,6%, afirmando um grupo sensivelmente idêntico (26,9%) que está pouco preparado. Nesta dimensão, 2,3% dos/as inquiridos/as indicam desconhecimento/indecisão sobre a temática. O valor da mediana e o modal é de 2 (“Sinto-me pouco preparado”).

A “Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes fumadores e o registo na ficha clínica” é o item que recolhe maior favoritismo relativamente à preparação (45,1%). Todos os temas, com exceção do anterior, apresentam uma percentagem superior a 24,0% referindo que não foram abordados na formação.

Se se tomar a decisão de agrupar os valores do ponto da escala “O tema não foi abordado” com o “Não me sinto preparado/a”, e de igual modo os do ponto “Sinto-me bem preparado/a” com os do “Sinto-me muito bem preparado”, pode ter-se a visualização das perceções da formação prática recebida conforme se representa no Gráfico 120.

Gráfico 120: Preparação relativamente aos conteúdos práticos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=228)



Com o intuito de se determinar as variáveis em estudo que se revelam preditores das competências para intervir, no domínio da prevenção e do tratamento do tabagismo, por parte dos estudantes de Medicina Dentária, recorreu-se à utilização do modelo de

regressão logística. De salientar que das quatro variáveis de resumo que pareceram potenciais preditores – “Atitudes e Conhecimentos (global)”, “Perceções sobre a formação teórica recebida (global)”, “Perceções sobre a formação prática recebida”, “Perceções

sobre a aquisição de competências” – apenas foram consideradas na análise de regressão as “Perceções sobre a formação prática recebida”, tentando minimizar-se o efeito da multicolinearidade (entendido como um problema no ajuste do modelo que pode

causar impactos na estimativa dos resultados estatísticos).

Na Tabela 105 e Tabela 106 estão expressos os resultados inerentes à variável “Competência para Intervir” (CPI), que foi dicotomizada (>5 e ≤5).

Tabela 105: Modelo de regressão logística para a variável “Competência para Intervir” (CPI) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Parâmetros	Unstandardized coefficients		95% Wald Intervalo de confiança		Teste de hipóteses					
	B	Erro padrão	Inf.	Sup.	Wald Qui-quadrado	df	Sig.	OR	Inf.	Sup.
Intercetar	-2,466	0,5012	1,484	3,448	24,213	1	<0,001***	11,776	4,410	31,446
[Sexo = 1] (S)	-0,517	0,3699	-0,208	1,242	1,953	1	0,162	1,677	0,812	3,462
[Sexo = 2] (S)	0 ^a							1		
[Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?] (FCPT)	-0,136	0,3495	-0,549	0,821	0,151	1	0,697	1,146	0,578	2,273
[Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?] (FCPT)	0 ^a							1		
Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo? (NHF)	0,335	1,435	-0,617	-0,054	5,465	1	0,019*	0,715	0,540	0,947
Perceções sobre a formação prática recebida (PPR)	0,121	0,0225	-0,166	-0,077	29,022	1	<0,001***	0,886	0,847	0,926

Variável dependente: competência para intervir.

Modelo: (Intercetar), Sexo, Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?, Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo?, Perceções sobre a formação prática recebida

^a. Definido para zero por que este parâmetro é redundante. ^b. Fixo no valor exibido.

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

Tabela 106: Área sob a curva: Variável(is) do resultado do Teste para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Área	Erro padrão ^a	Asymptotic Sig. ^b	Intervalo de confiança	
			Limite inferior	Limite superior
0,815	0,032	<0,001***	0,753	0,877

Variável(is) do resultado do Teste: o valor previsto da média da resposta tem pelo menos uma ligação entre o estado atual positivo do Grupo e o atual estado negativo do Grupo. As estatísticas podem ser tendenciosas.

^a. Sob a suposição não paramétrica. ^b. Hipótese nula: área real = 0,5.

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

A equação do modelo estimado é dada por:

$$CPI = -2,066 - 0,517 S - 0,136 FCTP + 0,335 NHF + 0,121 PPR$$

Analisando os coeficientes padronizados β ¹³ verificamos que a competência para intervir varia na razão direta do número declarado de horas que, durante a formação académica dos estudantes de Medicina Dentária, foi utilizado para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo (NHF: β = 0,335; p -value = 0,019) e, de igual modo, na razão direta das perceções evidenciadas pelos estudantes sobre a formação prática recebida (PPR: β = 0,121; p -value = <0,001). Já os efeitos das variáveis “Sexo” e o facto de alguma vez os estudantes terem fumado ou consumido produtos de tabaco (FCPT) não se revelaram significativos. Esta constatação permite-nos concluir que quanto maior for o número de horas destinadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo e mais favoráveis forem as perceções dos estudantes de Medicina Dentária sobre a formação prática recebida durante o curso maior será a sua

confiança nas competências pessoais para intervir neste domínio.

É de salientar que, globalmente, o modelo de regressão tem significado estatístico (valor p -value <0,001), tendo a qualidade do mesmo sido avaliada pela *Area Under the Curve* (AUC). Conclui-se que a capacidade de discriminação do modelo é significativa (AUC \neq 0,5) e com efeito forte (AUC >75%).

Dimensão VII - Perceções sobre a aquisição de competências

Os resultados que se seguem (Tabela 107) dizem respeito ao grau de concordância relativamente a nove afirmações relacionadas com perceções sobre a aquisição de competências. A fiabilidade dos itens é elevada, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,964 (127).

¹³ Pestana e Gageiro (135) argumentam que é difícil determinar a importância relativa de cada variável independente com base nos coeficientes de regressão parciais, tornando-se preferível examinar os coeficientes padronizados β , já que estes permitem comparar a contribuição relativa de cada variável independente na previsão da variável dependente.

Tabela 107: Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) f (%)	Não me sinto preparado (1) f (%)	Sinto-me pouco preparado (2) f (%)	Sinto-me bem preparado (3) f (%)	Sinto-me muito bem preparado (4) f (%)	Não sei/estou indeciso f (%)	N	\bar{X}^*	\hat{X}^*	IQR*
88. Competências suficientes para intervir em matéria de prevenção do tabagismo.	33 (14,4)	41 (17,9)	71 (31,0)	66 (28,8)	13 (5,7)	5 (2,2)	229	2	2	2
89. Competências suficientes para intervir em matéria de tratamento do tabagismo.	38 (16,6)	50 (21,8)	74 (32,3)	52 (22,7)	10 (4,4)	5 (2,2)	229	2	2	2
90. Capacidade para intervir na prevenção do tabagismo junto da comunidade.	37 (16,2)	42 (18,3)	69 (30,1)	66 (28,8)	11 (4,8)	4 (1,7)	229	2	2	2
91. Desenvolvimento da técnica de negociação e partilha de tomada de decisões no aconselhamento em tabagismo.	48 (21,0)	40 (17,5)	74 (32,3)	50 (21,8)	13 (5,7)	4 (1,7)	229	2	2	2
92. Capacidade para aumentar a literacia dos pacientes e das respetivas famílias em matéria de tabagismo e saúde.	46 (20,1)	29 (12,7)	66 (28,8)	72 (31,4)	12 (5,2)	4 (1,7)	229	2	3	2
93. Integração numa equipa multidisciplinar no âmbito do apoio à cessação tabágica.	51 (22,3)	42 (18,3)	67 (29,3)	52 (22,7)	11 (4,8)	6 (2,6)	229	2	2	3
94. Realização de uma Intervenção Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmo 5A).	79 (34,5)	40 (17,5)	55 (24,0)	40 (17,5)	9 (3,9)	6 (2,6)	229	1	-1	3
95. Realização de uma Intervenção Muito Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmos 3A, ABC ou 2A+R).	86 (37,6)	40 (17,5)	55 (24,0)	36 (15,7)	6 (2,6)	6 (2,6)	229	1	-1	3
96. Prescrição terapêutica de apoio à cessação tabágica.	70 (31,1)	59 (26,2)	52 (23,1)	30 (13,3)	8 (3,6)	6 (2,7)	225	1	-1	3

* \bar{X} - Mediana. \hat{X} - Moda. IQR - Interquartil range.

Na continuidade dos resultados encontrados para as dimensões V e VI, nesta dimensão 38,9% considera que não adquiriu as competências necessárias para intervir (21,0% defende que os temas não foram abordados; 17,9% não se sente preparado). Um grupo de dimensão menor (27,5%) considera que está preparado (4,8% até defende que está muito bem preparado) e outro (29,3%) considera-se como pouco preparado. Nesta dimensão, o desconhecimento e a indecisão preencheram 2,2%. O valor da mediana e da classe modal é de 2 (“Sinto-me pouco preparado/a”).

No enquadramento dos resultados, a “Capacidade para aumentar a literacia dos pacientes e das respetivas famílias em matéria de tabagismo e saúde” foi o domínio que recebeu maiores escolhas (36,6%) ao nível da preparação (31,4% bem preparado e 5,2% muito bem preparado). Seguem-se as “Competências suficientes para intervir em matéria de prevenção do tabagismo” (34,5%). A “Realização de uma Intervenção Muito Breve de

aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmos 3A, ABC ou 2A+R)” e a “Realização de uma Intervenção Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmo 5A)” terão sido os temas menos abordados (37,6% e 34,5%, respetivamente). Em qualquer dos temas apresentados, uma percentagem não inferior a 23,0% sente-se pouco preparada e uma superior a 12,0% considera não ter preparação.

Se se tomar a decisão de agrupar os valores do ponto da escala “O tema não foi abordado” com o “Não me sinto preparado/a” e, de igual modo, os do ponto “Sinto-me bem preparado/a” com os do “Sinto-me muito bem preparado”, podem representar-se esses valores das perceções sobre a aquisição de competências conforme se faz no Gráfico 121.

No Gráfico 122 apresentam-se os resultados relativos às perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária em função da variável “Sexo”.

Gráfico 121: Perceções sobre a aquisição de competências em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=229)

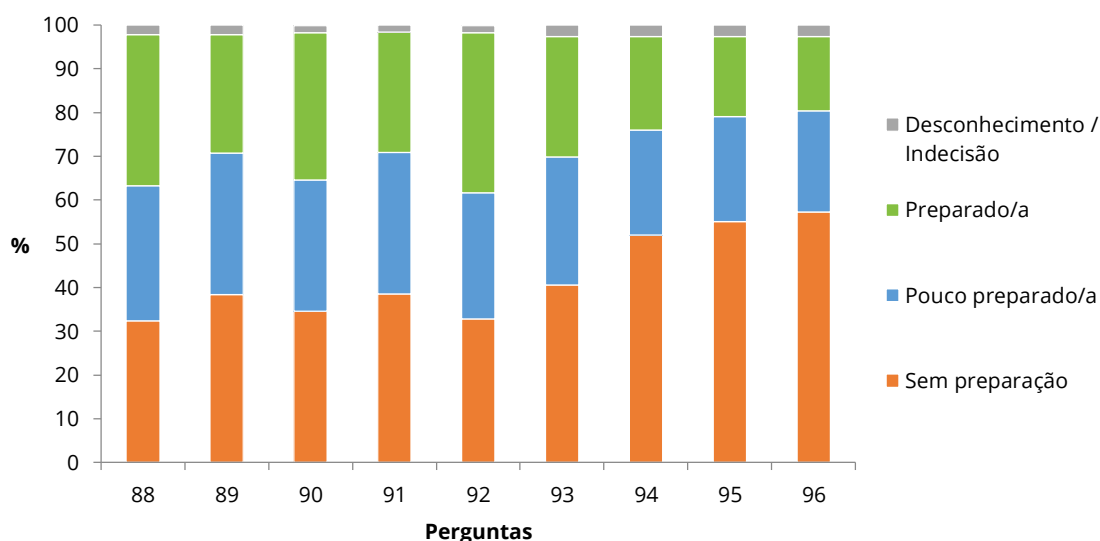
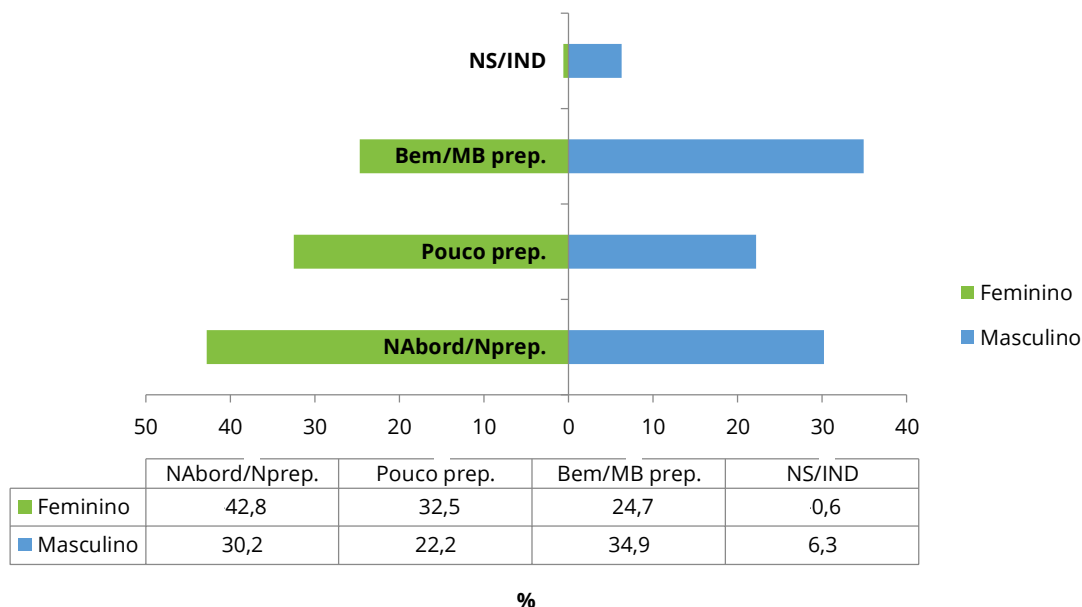


Gráfico 122: Percepções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária



Como síntese desta secção, pediu-se aos/às alunos/as que avaliassem as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação profissional futura, posicionando-se numa escala intervalar de 10 pontos (em que o valor 1 corresponde a “pouco confiante” e o

valor 10 traduz “totalmente confiante”). Os resultados apresentam-se no Gráfico 123 e, relativamente à associação com a variável “Sexo”, no Gráfico 124. A moda e a mediana encontradas têm o valor 5, com a média de 4,6 e um desvio padrão de 2,1.

Gráfico 123: Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=229)

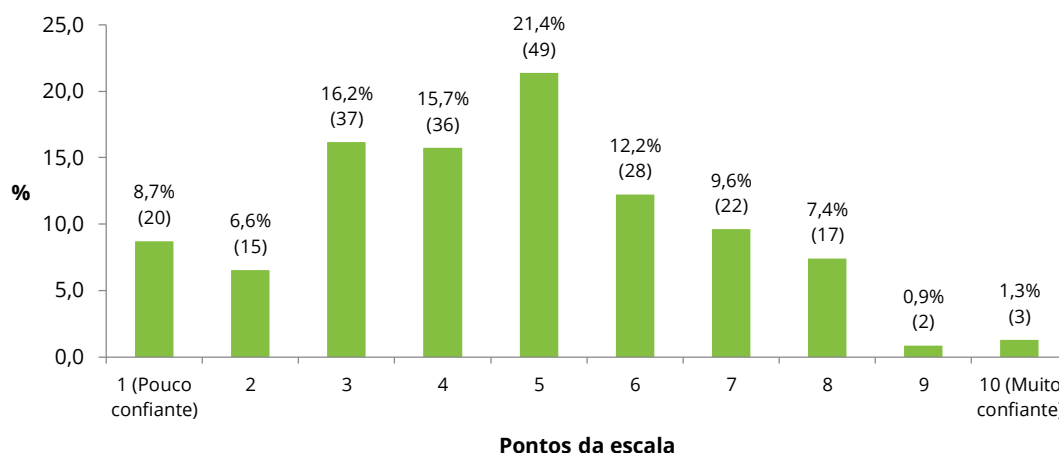
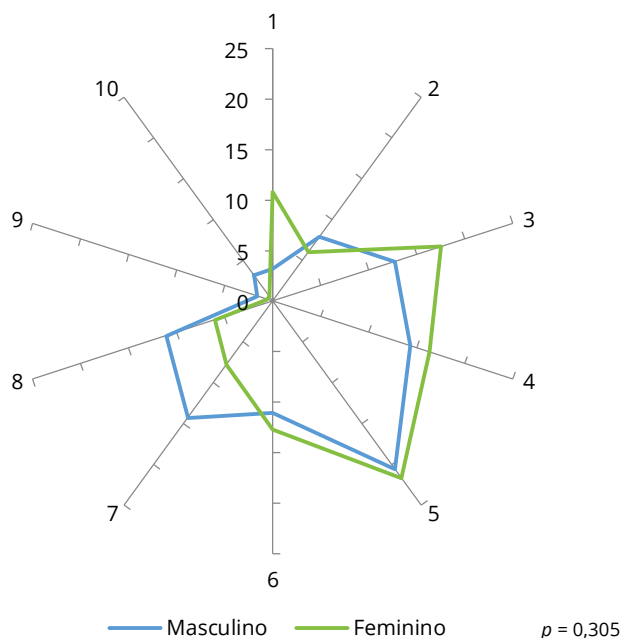


Gráfico 124: Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária em função do sexo (N=229)



Da leitura da Tabela 108 e da Tabela 109 podem identificar-se associações significativas entre a competência para intervir, as atitudes

e perceções sobre aspetos do tabagismo e as perceções sobre a formação teórica e prática recebida durante a formação superior.

Tabela 108: Associações entre variáveis da Dimensão IV, V, VI e VII para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Variáveis	Que idade tinha quando fumou pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Atitudes e conhecimentos (global)	Perceções sobre a formação teórica recebida (global)	Perceções sobre a formação prática recebida (global)	Perceções sobre a aquisição de competências	Avaliação das suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação futura	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares
<i>p-values</i>											
Competência para intervir nominal (>5; ≤5) ^a	0,427	0,282	0,882	0,093	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	0,529	0,237	0,371
Atitudes e conhecimentos (global) ^b	0,421	0,853	0,744	NA	0,037*	0,149	0,015*	0,029*	0,244	0,139	0,126
Perceções sobre a formação teórica recebida (global) ^b	0,637	0,394	0,987		NA	<0,001***	<0,001***	<0,001***	0,244	0,547	0,937
Perceções sobre a formação prática recebida (global) ^b	0,795	0,925	0,251			NA	<0,001***	<0,001***	0,420	0,622	0,667
Perceções sobre a aquisição de competências ^b	0,314	0,553	0,404				NA	<0,001***	0,646	0,947	0,348
Avalie as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação futura ^b	0,156	0,121	0,574					NA	0,175	0,328	0,059

*. Correlação significativa; **. Correlação muito significativa; ***. Correlação altamente significativa; ^a. Mann-Whitney; ^b. Teste à correlação de Spearman.

Tabela 109: Associação entre a competência para intervir e outras variáveis para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Variáveis	Sexo	Alguma vez fumou?	Hábitos tabágicos (nunca fumou; experimentou; fuma regularmente)	Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente)
<i>Pearson Chi-Square p-values</i>				
Competência para intervir nominal (>5; ≤5)	0,048*	0,484	0,525	0,817

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

Da leitura das duas tabelas anteriores, podem perceber-se associações significativas entre a competência para intervir e as variáveis:

1. Perceções sobre a formação teórica recebida durante a formação superior (Mediana, ≤5=36,50; >5=88,00);
2. Perceções sobre a formação prática recebida durante a formação superior (Mediana, ≤5=-1,50; >5=17,00);

3. Perceções sobre a aquisição de competências (Mediana, ≤5=9,0; >5=24,50);
4. O modo como autoavaliam as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica (Mediana, 0,0; >5=7,00).

A competência para intervir, nominal, está igualmente associada à variável “Sexo”, de modo significativo (Tabela 109 e Tabela 110).

Tabela 110: Resíduos para a associação entre as variáveis competência nominal para intervir e a variável sexo

Sexo		Competência nominal para intervir		Total
		≤5	>5	
Feminino	Count	120	46	166
	Adjusted Residual	2,0	-2,0	
Masculino	Count	37	26	63
	Adjusted Residual	-2,0	2,0	
TOTAL	Count	157	72	229

N.º de testes: 4. Alpha = 0,05. Valor crítico corrigido (Bonferroni correction): 2,24.

Na Tabela 111 apresentam-se os resultados da associação entre as variáveis “Sexo”, “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos” com

as variáveis “Atitudes e Conhecimentos (global)” e as perceções sobre a formação teórica, prática e a aquisição de competências.

Tabela 111: Associação entre as variáveis “Sexo”, “Alguma vez fumou” e “Hábitos tabágicos” e as variáveis “Atitudes e conhecimentos”, percepções sobre a formação teórica e prática recebida a as competências adquiridas para intervir no apoio à cessação tabágica

Variáveis	Atitudes e conhecimentos (global)	Percepções sobre a formação teórica recebida (global)	Percepções sobre a formação prática recebida (global)	Percepções sobre a aquisição de competências	Avaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação profissional futura	
<i>p-values</i>						
Sexo	0,441	0,172	0,127	0,102	0,017*	Mann-Whitney
Alguma vez fumou?	0,187	0,281	0,619	0,686	0,981	Mann-Whitney
Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente).	0,034*	0,220	0,751	0,808	0,396	Kruskal-Wallis

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

A leitura da tabela anterior permite perceber associações significativas entre a variável:

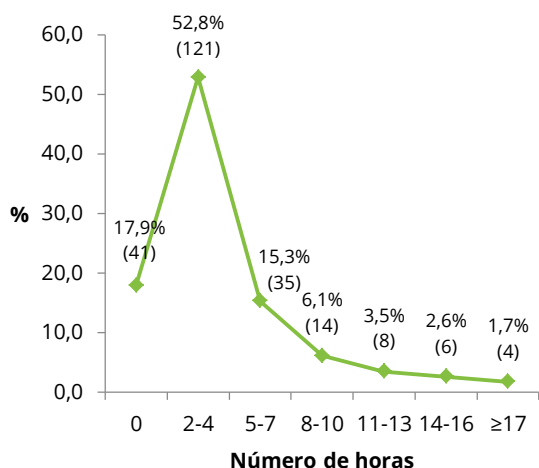
1. “Sexo” e a variável avaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação profissional futura (*Mediana*, feminino=4,0; masculino=5,0);
2. Hábitos tabágicos detalhados e a variável atitudes e conhecimentos (global) (*Mediana*, nunca fumou=77,0; experimentou=78,0; fuma ocasionalmente=73,0; fuma diariamente=73,0).

Dimensão VIII - Percepções sobre os métodos pedagógicos

Os resultados que se seguem dizem respeito às percepções relativamente aos métodos pedagógicos utilizados na formação, reunindo sugestões e comentários.

O Gráfico 125 representa o número de horas declarado que foram utilizadas, durante a formação académica, para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo. O valor da média determinado é 2,4 h, e o valor modal e da mediana é de 2 h, com um desvio padrão de 1,3 h.

Gráfico 125: Número de horas, estimado, utilizado na formação académica para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=229)



De seguida, procurou-se encontrar associações entre o número declarado de horas utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo e as perceções sobre a formação teórica e prática recebida e sobre a aquisição de competências (Tabela 112).

Tabela 112: Associação entre o número de horas dedicadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo, as atitudes e perceções sobre aspetos do tabagismo, a formação recebida e a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Variáveis	Avaliação das suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação profissional futura	Atitudes e conhecimentos (global)	Perceções sobre a formação teórica recebida (global)	Perceções sobre a formação prática recebida	Perceções sobre a aquisição de competências
Teste Spearman's rho (p-values)					
Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo?	<0,001***	0,468	<0,001***	<0,001***	<0,001***

*. Correlação significativa. **. Correlação muito significativa. ***. Correlação altamente significativa.

Pela análise dos resultados, verifica-se que existe associação altamente significativa entre o número de horas de formação, a perceção sobre a formação teórico-prática recebida e a autoavaliação que se faz das competências pessoais para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação profissional futura.

A temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada ao longo de todo o percurso da formação académica, particularmente no 3.º e 4.º ano do curso (Gráfico 126).

Pouco mais da metade dos/as alunos/as (59,8%) considera que alguns temas sobre o tabagismo deveriam ser trabalhados com mais tempo ou de outro modo na sua

formação académica, conforme se revela no Gráfico 127.

Gráfico 126: Anos do curso em que a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=330)

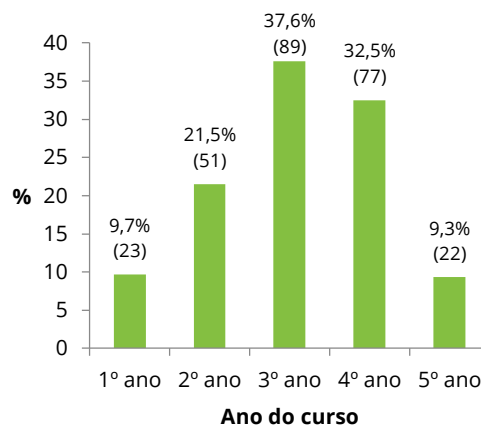
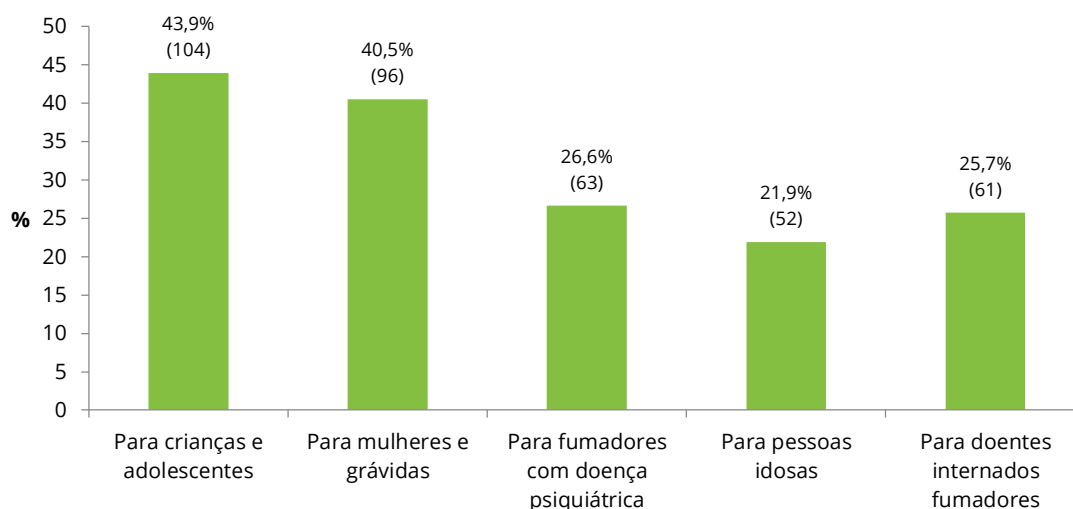


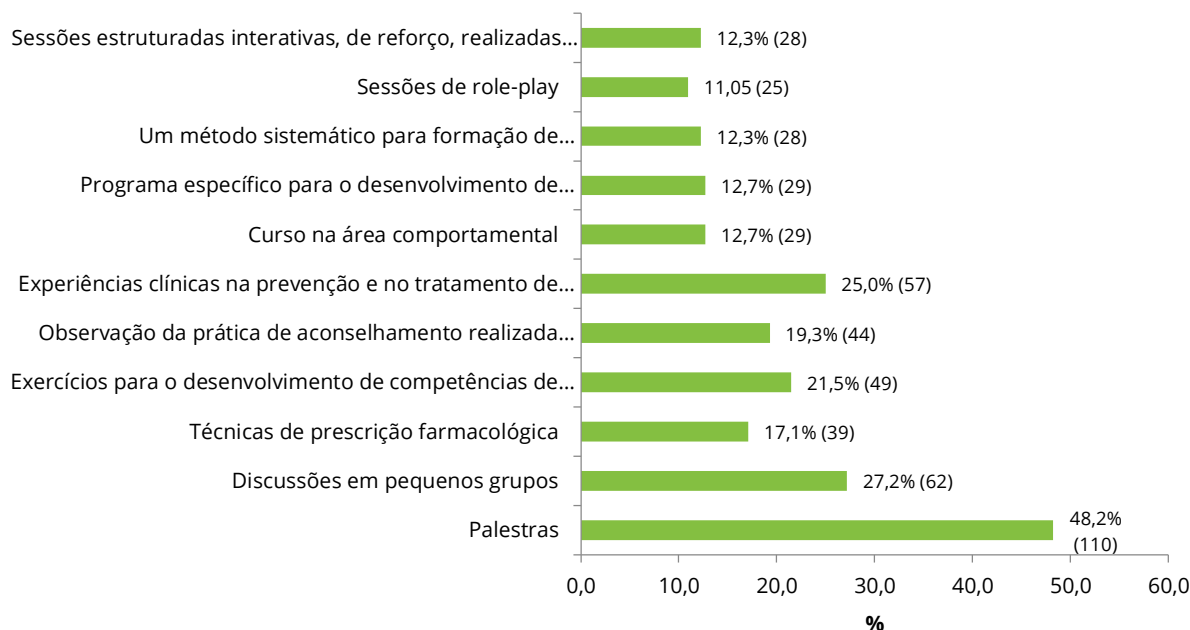
Gráfico 127: Temas que deveriam ser trabalhados durante a formação académica com mais tempo ou de outro modo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=229)



Foram indicados outros grupos de fumadores, com os quais se deveria trabalhar na formação académica: toxicodependentes ($f=1$) e fumadores passivos ($f=1$).

As técnicas que terão sido utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo indicam-se no Gráfico 128.

Gráfico 128: Técnicas utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=228)

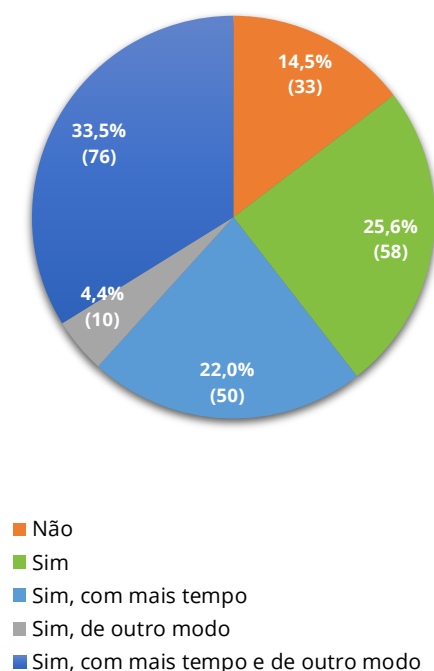


Os/as alunos/as indicaram, ainda, um número limitado de outras técnicas utilizadas durante a formação académica: aulas ($f=2$) e consulta de psicologia ($f=1$).

Relativamente a alterações a introduzir na abordagem aos temas sobre o tabagismo, em particular o aumento do tempo e a mudança de metodologias de ensino, apuraram-se os seguintes resultados (Gráfico 129).

Acerca da indicação de temas / metodologias / tempo considerados mais adequados para a abordagem do tabagismo na formação académica, a análise de conteúdo permitiu construir as seguintes categorias: mais tempo de formação ($f=6$); tabagismo e menores de idade ($f=4$); tabagismo e grávidas ($f=5$); prevenção e cessação tabágica ($f=20$); patologias associadas ao tabagismo ($f=8$); intervenção comunitária ($f=16$) e terapêutica farmacológica ($f=15$).

Gráfico 129: Aumento da carga horária e do modo de ensino dos temas relacionados com o tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (N=227)



Cerca de 94,0% dos/as inquiridos/as declara que não participou em projetos no domínio da prevenção e do tratamento do tabagismo (N=227). Apenas dois alunos indicaram que participaram em projetos de intervenção.

Por fim, os/as alunos/as foram convidados a indicar áreas/temáticas/atividades que considerassem pertinentes incluir na matriz

curricular do curso para apoiar os esforços na redução do tabagismo entre os pacientes na comunidade. A análise de conteúdo levou à construção das seguintes categorias: cessação tabágica ($f=11$); motivação ($f=9$); prevenção ($f=8$); intervenção ($f=11$); farmacologia ($f=12$); palestras ($f=5$) e patologias associadas ao consumo de tabaco ($f=3$).

11. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A finalidade deste estudo foi avaliar a aquisição de competências profissionais no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo no final da formação pré-graduada dos profissionais de saúde, relativamente aos cursos de formação em ciências farmacêuticas, enfermagem, medicina e medicina dentária. Nesta secção, apresenta-se uma síntese dos principais resultados encontrados, tendo em atenção os sete objetivos definidos (cf. Cap. 2.2.), indexados a cada curso (com a codificação: CF – Ciências Farmacêuticas; E – Enfermagem; M – Medicina; MD – Medicina Dentária), discutindo-se alguns aspetos à luz do quadro teórico e concetual.

Informação sociodemográfica

A amostra total foi constituída por 2095 sujeitos, representativa da distribuição à população alvo. A distribuição por sexo e estado civil está, também, em consonância com a população alvo.

A maioria dos inquiridos (79,5%) era do sexo feminino: E – 84,4%; CF – 77,8%; MD – 73,0%, M – 72,1%; indicando como estado civil solteiro/a (94,3%): CF – 97,0%; MD – 94,6%; E – 94,0%; M – 93,1%.

A média das idades era: M – 25,3 anos, MD – 23,6 anos, CF – 23,6 anos e E – 23,2 anos. Os estudos universitários foram iniciados com: E – 19,0 anos, MD – 18,7 anos, M – 18,2 anos e CF – 18,1 anos, e.

Atitudes e comportamentos dos estudantes face ao consumo de tabaco e à exposição ao FAT

Do relato dos resultados relativos a esta dimensão, destaca-se o seguinte:

- A maioria dos inquiridos já fumou produtos de tabaco (MD – 56,5%; E – 55,9%; CF – 53,0%; M – 52,7%);
- A prevalência de fumadores era: E – 22,1%; MD – 19,7%; CF – 19,4%; M – 12,2%;
- A variável “Sexo” estava significativamente associada à experimentação em todos os cursos, com maior percentagem nos homens;
- Considerando a variável “Sexo”, a prevalência de fumadores vs. fumadoras era de: CF – 32,3% vs. 15,1%; MD – 29,7% vs. 15,9%; E – 23,5% vs. 21,8% e M – 17,1% vs. 10,2%;
- O primeiro contacto com o tabaco terá sido, em média, aos 17,9 anos (E), 17,7 anos (CF) e 16,4 anos (M e MD);

Estes resultados estão na continuidade de outros estudos internacionais. O estudo piloto *Global Health Professional Survey – GHPS 2005* (133) revelou que a taxa de consumo de tabaco entre os estudantes dos cursos de saúde do terceiro ano foi superior a 20% em 7 dos 10 países pesquisados (por exemplo, 36,6% entre os estudantes de Medicina na Croácia; 42,4% nos estudantes de medicina dentária da Sérvia). No nosso estudo, a prevalência do consumo de tabaco tem uma expressão máxima no grupo dos estudantes de enfermagem e um valor mínimo nos de medicina, dados que estão na continuidade de alguns estudos internacionais (e.g., (134)). O estudo de Sychareun *et al* (135) detetou, todavia, maior prevalência nos estudantes de medicina dentária e menor nos estudantes de farmácia. A prevalência de consumo de tabaco regista maior valor entre os homens; o estudo de Saraiva, Chaves, Duarte e Amaral (67) encontrou uma prevalência de consumo de tabaco de 25,2% em estudantes de

enfermagem, com maior percentagem também no sexo masculino comparativamente ao sexo feminino (32,1% vs. 24,1%).

- O valor da prevalência global dos quatro cursos analisados foi de 18,4%;

Ainda que seja inferior ao que Guerra *et al* (144) encontrou num estudo com alunos de outros cursos de um estabelecimento de ensino universitário (28,6% de fumadores) e superior aos do estudo de Sychareun *et al* - 5,1% - não deixa de ser particularmente preocupante (135). Por curso, todos os valores da prevalência que este estudo detetou são superiores aos do estudo de Sychareun *et al* (135), que são, respetivamente, 1,5% (CF), 6,1% (E), 6,0% (M) e 7,9% (MD). Para o curso de medicina, a prevalência encontrada é próxima da encontrada no estudo de Al-Turki (136) - 13%.

A idade declarada pelos alunos de enfermagem para o início de fumar corrobora outros estudos: 16 a 20 anos (67) (137).

- O principal motivo para se ter começado a fumar relacionou-se com a influência dos amigos e/ou colegas que fumavam (M - 72,1%; MD - 66,1%; CF - 62,5%; E - 56,9%), logo seguido do gosto do sabor e/ou do cheiro do tabaco;
- A estética das embalagens de tabaco e a influência dos familiares são os motivos mais afastados para o início do comportamento tabágico. Os fatores motivacionais para se ter iniciado a consumir tabaco estão na linha dos encontrados por outros autores, como seja a extroversão e o stresse (67).
- O principal produto de tabaco que foi consumido, nos últimos 30 dias anteriores à resposta ao inquérito, foi o cigarro, embora coexistisse a

experimentação e o consumo ocasional e diário de outros produtos, com menor/reduzida expressão;

- Entre os/as que experimentaram fumar, nos últimos 30 dias prévios à resposta ao questionário, fumam ocasionalmente vs. fumam diariamente vs. são ex-fumadores: MD - 66,7% vs. 15,8% vs. 17,5%; M - 44,3% vs. 41,0% vs. 14,8%; CF - 43,8% vs. 56,2% vs. 0,0%; E - 22,8% vs. 63,9% vs. 13,3%. No período em análise, 62,6% (E), 46,4% (CF), 45,7% (M), 17,6% (MD) eram mulheres que fumavam pelo menos uma vez por dia;
- A maioria dos/as alunos/as consumia até 10 cigarros por dia (CF - 76,7%; M - 76,5%; E - 75,8%; MD - 70,2%), sendo que o primeiro cigarro era consumido 1 h após acordar (CF - 67,4%; MD - 63,8%; M - 62,7%; E - 58,3%);
- A maioria dos/as inquiridos/as que consumia tabaco já tinha tentado deixar de fumar (M - 69,4%; CF - 62,5%; E - 60,3%; MD - 57,6%), a maior parte uma única vez. No entanto, apesar desta escassa evidência, a maioria dos inquiridos mantinha a intenção de deixar de fumar nos próximos 30 dias ou nos próximos 6 meses (M - 62,8%; E - 61,7%; CF - 60,4%; MD - 59,6%);
- Entre os/as ex-fumadores/as, a maioria deixou de consumir há mais de um ano (CF - 81,2%; M e MD - 78,7%; E - 69,5%), manifestando como principais motivos: os riscos para a saúde que essa prática apresentava (M - 26,7%; MD - 23,9%; E - 22,1%; CF - 20,4%); a sua "força de vontade" (M - 30,3%; MD - 29,1%; E - 27,0%; CF - 24,6%); e o exemplo que deve dar enquanto futuros/as profissionais de saúde (MD - 8,9%; E - 6,9%; CF - 6,7%; M - 6,3%);

Considera-se francamente positivo que a maioria dos alunos defenda que os

profissionais de saúde deveriam ser “modelos” para os seus pacientes e para o público, em geral, relativamente ao uso do tabaco (CF – 78,3%; E – 64,1%; M – 70,7%; MD – 78,0%), porém essa mesma atribuição não é apontada, em maior percentagem, como motivo para o abandono da prática do tabagismo.

- A maior parte dos/as alunos/as não esteve exposta ao FAT, no local onde reside, em nenhum dia da semana transata à resposta ao questionário (M – 73,3%; CF – 56,9%; MD – 50,2%; E – 46,4%);
- Quando se analisam os dados relativamente à exposição ao FAT fora do local onde se reside, a situação inverte-se nos cursos de CF e E: a maior parte considerou ter estado exposto/a ao FAT todos os dias (31,0% e 32,8%, respetivamente). Nos cursos de M e de MD, a maior parte esteve exposta entre 1 a 2 dias (38,2% e 31,3%, respetivamente);

A exposição ao FAT constitui um problema de saúde pública. Este estudo encontrou taxas de prevalência na linha que o trabalho de Bonito (66) detetou numa amostra reduzida de alunos de enfermagem, em que 50% esteve exposto ao FAT no local onde reside e apenas 3,8% esteve protegido fora dele. A exposição ao FAT no interior de cada habitação é uma preocupação a ter em conta, uma vez que no domínio privado a ação externa é limitada. Tais resultados apontam para a necessária sensibilização dos fumadores para se inibirem de fumar no interior de espaços fechados, a fim de protegerem os demais convivas e, em simultâneo, à sensibilização dos não fumadores para num ato assertivo procurarem que os colegas e profissionais da classe fumem apenas ao ar livre, deixando o ar interior liberto de substâncias tóxicas.

- A maioria dos inquiridos atestou que a proibição regulamentar de fumar nos edifícios escolares era aplicada (M – 87,2%; MD – 83,6%; CF e E – 80,0%). Essa percentagem aumentava quando se referia aos locais de práticas clínicas e/ou estágios, nos cursos de MD, CF, E (92,7%, 86,3%, 81,7% e respetivamente) e diminuía no curso de M (73,2%).

Pese embora a norma legal de proibição de fumar no interior dos espaços fechados, no estudo de Bonito (66) 27% dos inquiridos considerava que o estabelecimento de ensino não reforçava a proibição de fumar. Parece ser adequado, neste sentido, que os estabelecimentos de ensino e de práticas clínicas, para além da afixação de dísticos de natureza normativo, realizem campanhas de sensibilização para a abstinência do consumo de tabaco nos espaços interiores.

O presente estudo indica algumas associações nas análises realizadas:

- No curso de Ciências Farmacêuticas, foram encontradas associações significativas entre as variáveis:
 - a) Sexo e a idade que se tinha quando se fumou pela primeira vez e a exposição ao FAT em casa;
 - b) O facto de alguma vez se ter fumado e a exposição ao FAT em casa e fora dela;
 - c) Hábitos tabágicos detalhados (nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente), a idade que se tinha quando se fumou pela primeira vez e a exposição ao FAT em casa e fora dela;
 - d) Sexo e o facto de alguma vez se ter fumado e os hábitos tabágicos.

- No curso de Enfermagem, foram encontradas associações significativas entre as variáveis:
 - a) Alguma vez se ter fumado e a exposição ao FAT em casa e fora dela;
 - b) Hábitos tabágicos detalhados, a idade que se tinha quando se fumou pela primeira vez e a idade com que se começou a consumir regularmente tabaco, e a exposição ao FAT em casa e fora dela;
 - c) Sexo e o facto de alguma vez se ter fumado e os hábitos tabágicos.
- No curso de Medicina foram encontradas associações significativas entre as variáveis:
 - a) O facto de alguma vez se ter fumado e a exposição ao FAT em casa e fora dela;
 - b) Hábitos tabágicos detalhados e a exposição ao FAT fora de casa;
 - c) Sexo e o facto de alguma vez se ter fumado e os hábitos tabágicos.
- No curso de Medicina Dentária, foram encontradas associações significativas entre as variáveis:
 - a) Sexo e o número de vezes que se tentou deixar de fumar;
 - b) O facto de alguma vez se ter fumado e a exposição ao FAT em casa e fora dela;
 - c) Os hábitos tabágicos detalhados e a exposição ao FAT dentro e fora de casa;
 - d) Sexo e o facto de alguma vez se ter fumado e os hábitos tabágicos.

Conhecimentos dos alunos sobre os efeitos na saúde associados ao consumo de tabaco e à exposição ao FAT

A maioria dos/das alunos/as manifestou conhecimentos sobre os efeitos na saúde associados ao consumo de tabaco consentâneas com o atual quadro teórico concetual (itens 29-34; 36-45) (M – 81,0%; E – 78,3%; CF – 75,2%; MD – 74,2%), discordando deste referencial uma minoria (MD – 11,2%; CF – 11,0%; E – 10,9%; M – 8,5%). O desconhecimento/indecisão foi considerado por uma franja de 14,1% (MD), 13,8% (CF), 10,9% (E) e 10,5% (M). O valor modal é de 3 (“Concordo”) para os cursos de CF, E e MD e de 4 (“Concordo completamente”) para o curso de M;

No mesmo sentido, a maioria dos alunos (MD – 93,5%; CF – 91,2%; E – 90,3%; M – 90,3%) defendeu que o consumo de tabaco deveria ser proibido a pessoas com menos de 18 anos de idade, ainda que a lei seja omissa relativamente a este detalhe, proibindo unicamente a venda a este grupo etário.

Atitudes dos alunos relativamente ao seu futuro papel profissional, em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo

A maioria dos/das alunos/as manifestou-se favoravelmente ao quadro teórico concetual (itens 19-28; 35; 46) (MD – 85,7%; M – 84,2%; CF – 82,2%; E – 80,9%), discordando deste referencial uma minoria (E – 15,0%; CF – 13,7%; M – 12,6%; MD – 11,0%). O desconhecimento/indecisão foi considerado por um grupo de 4,1% (CF e E), 3,3% (MD) e 3,2% (M). O valor modal foi de 4 (“Concordo completamente”) para todos os cursos;

A maioria dos respondentes defendeu que os profissionais de saúde deveriam ter formação específica em técnicas de aconselhamento e tratamento da cessação tabágica (M – 97,7%; MD – 96,5%; CF – 96,3%; E – 94,0%);

Todavia, ainda que se defenda esta posição, o facto de os profissionais de saúde deverem

ser “modelos” para os seus pacientes afastou-se daquela proposição, em média, 23,3 pontos percentuais abaixo ao nível da concordância.

Perceções dos alunos relativamente às características da formação recebida sobre prevenção e tratamento do tabagismo

O estudo procurou, também, perceber as perceções sobre a componente de formação teórica e componente de formação prática recebida durante a formação académica, destacando-se os seguintes resultados:

- Uma significativa percentagem de estudantes considerou, no global, que a componente teórica não foi abordada no seu curso: CF – 27,5%; E – 23,6%; MD – 23,3%; M – 13,4%;
- Relativamente à componente teórica, não se sentem preparados/as ou estão pouco preparados/as: 37,7% (M), 37,4% (MD), 35,6% (CF) e 32,3% (E). De igual modo, um grupo similar sente-se bem preparado/muito bem preparado teoricamente: 47,7% (M), 38,6% (E), 35,5% (MD) e 32,7% (CF). Neste domínio, 4,2% (CF), 3,9% (MD), 2,2% (E) e 1,1% (M) não sabe ou está indeciso acerca da sua preparação teórica;
- No que diz respeito à componente de formação prática, um grupo superior ao anterior (o da componente teórica) declarou que não foi abordada durante o curso: CF – 42,0%; E – 34,7%, MD – 31,7%, M – 24,4%, ou afirmou, neste contexto, que não se sentia preparado ou estava pouco preparado: 40,5% (MD), 38,4% (M), 37,1% (CF), 35,2% (E);

Apesar da identificação desta lacuna, coexistia um grupo que se considerava bem preparado/muito bem preparado relativamente à componente prática: 36,0%

(M), 28,2% (E), 25,6% (MD) e 18,5% (CF). Neste domínio, 2,4% (CF), 2,3% (E; MD) e 1,2% (M) não sabia ou estava indeciso acerca da sua preparação prática.

Perceções dos alunos relativamente às competências profissionais adquiridas em matérias de prevenção e tratamento do tabagismo

- Relativamente ao grau de preparação para intervir em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo, considerando-se, na perspetiva dos/as inquiridos/as, o facto de um conjunto de competências não terem sido abordadas durante a formação académica, associadas à consequente pouca preparação, verificou-se que corresponde ao maior grupo que se manifestou (não abordagem/não preparados): 45,3% (MD), 45,0% (E), 38,2% (M) e 36,6% (CF).
- Um grupo de dimensões inferiores considerou-se bem preparado/ muito bem preparado: 36,0% (M), 31,3% (CF), 28,2% (E) e 25,6% (MD). Acerca das perceções sobre a aquisição de competências, o desconhecimento/indecisão situou-se entre 2,3% (CF e E), 2,2% (MD) e 1,2% (M).
- Numa escala de 10 pontos (de 1 “*pouco confiante*” a 10 “*totalmente confiante*”), os/as alunos/as posicionaram-se em função da autoperceção das competências pessoais para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação futura enquanto profissionais de saúde. As médias dos resultados encontrados, por curso, foram as seguintes: 5,15 (M), 4,85 (CF), 4,78 (E) e 4,61 (MD).

Estes resultados são, no nosso ponto de vista, um claro indicador da perceção das limitações que os/as estudantes sentem relativamente à sua capacidade de intervenção, posicionando-se sensivelmente a meio de uma escala.

Fatores associados à percepção dos alunos de que possuem as competências profissionais necessárias para a intervenção em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo

Dicotomizando a autopercepção das competências pessoais para intervir, tendo em conta as seguintes variáveis: “Sexo”; “Alguma vez fumou ou consumiu produtos do tabaco”, “Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo” e “Percepções sobre a formação prática recebida”, foi possível construir um modelo ajustado para cada curso:

- No curso de CF, a competência para intervir nominal estava significativamente associada às seguintes variáveis: a) se alguma vez fumou; b) atitudes e conhecimentos (global); c) percepções sobre a formação teórica recebida (global); d) percepções sobre a formação prática recebida (global); e) percepções sobre a aquisição de competências; f) avaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica e g) hábitos tabágicos;
- No caso do curso de E, a competência para intervir nominal estava significativamente associada às seguintes variáveis: a) atitudes e conhecimentos (global); b) percepções sobre a formação teórica recebida (global); c) percepções sobre a formação prática recebida (global); d) percepções sobre a aquisição de competências e e) exposição ao FAT no interior da casa onde se reside;
- No curso de M, a competência para intervir nominal estava significativamente associada às seguintes variáveis: a) se alguma vez fumou; b) idade que se tinha quando se fumou pela primeira vez; c) atitudes e conhecimentos (global); d) percepções sobre a formação teórica recebida (global); e) percepções sobre a

formação prática recebida (global); f) percepções sobre a aquisição de competências; g) avaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica e h) exposição ao FAT fora de casa;

- Relativamente ao curso de MD, a competência para intervir nominal estava significativamente associada às seguintes variáveis: a) sexo; b) percepções sobre a formação teórica recebida (global); c) percepções sobre a formação prática recebida (global); d) percepções sobre a aquisição de competências e e) cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares.

Variáveis em estudo preditores da percepção sobre as competências para intervir

O modelo de regressão logística seguido permitiu determinar as variáveis em estudo que se revelaram preditores das competências para intervir, no domínio da prevenção e do tratamento do tabagismo.

- Constatou-se que quanto maior for o número de horas destinadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo e mais favoráveis forem as percepções dos estudantes sobre a formação prática recebida durante o curso, maior será a sua confiança nas competências pessoais para intervir neste domínio.

Necessidades de formação dos alunos para intervenção em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo

De uma forma geral, os resultados inerentes às necessidades dos alunos na amostra estudada evidenciam que:

- O número de horas médio de formação dedicado à abordagem da temática da

prevenção e do tratamento do tabagismo, ao longo do curso, relatado pelos inquiridos, variou entre 2,9 h (M), 2,4 h (E e MD) e 2,0 h (CF).

O número de horas de formação relatado é manifestamente reduzido, não permitindo uma adequada capacitação dos/as estudantes na abordagem da temática da prevenção e do tratamento do tabagismo. Este fator encontra-se diretamente associado à autoperceção das competências pessoais para intervir, às perceções da formação teórica e prática recebidas (global) e às perceções sobre a aquisição de competências nos cursos de CF, M e MD. Em E, para além destas variáveis, está muito significativamente associado às atitudes e aos conhecimentos (global).

- A temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada ao longo de todos os anos dos quatro cursos, com maior destaque nos 2.º e 3.º anos do curso de CF (25,2% e 21,9% respetivamente), nos 1.º e 2.º anos do curso de E (22,4% e 38,3% respetivamente), nos 4.º e 5.º anos do curso de M (33,3% e 38,1%, respetivamente) e nos 3.º e 4.º anos no curso de MD (37,6% e 32,5%, respetivamente).
- Os/as alunos/as inquiridos/as sugeriram, com maior destaque, o seguinte conjunto de temas, relacionados com o tabagismo, que foram abordados no decurso do curso: a) “crianças e adolescentes” (E – 45,6%, M – 44,3%, MD – 43,9%, CF – 42,4%); b) “mulheres grávidas” (E – 41,5%, M – 40,8%, MD – 40,5%, CF – 38,1%); c) “fumadores com doença psiquiátrica” (M – 31,6%, E – 28,8%, CF – 27,5%, MD – 26,6%); d) “pessoas idosas” (M – 26,9%, CF – 22,8%, MD – 21,9%, E – 20,7%) e “doentes internados” (M – 34,3%, E – 33,5%, CF – 26,2%, MD – 25,7%).

- As três principais técnicas, por curso, utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo foram:

- a) CF – Técnicas de prescrição farmacológica (55,3%), palestras (49,4%) e discussões em pequenos grupos (39,4%);
- b) E – Discussões em pequenos grupos (52,3%), palestras (38,7%) e exercícios para o desenvolvimento de competências de comunicação relacionadas com o tratamento do tabagismo como parte de uma entrevista a um paciente (32,5%);
- c) M – Palestras (67,7%), discussões em pequenos grupos (48,6%) e observação da prática de aconselhamento realizada pelo supervisor clínico (46,5%);
- d) MD – Palestras (48,2%), discussões em pequenos grupos (27,2%) e experiências clínicas na prevenção e no tratamento de fumadores (25,0%).

- Segundo as opiniões recolhidas, relativamente às alterações a introduzir na abordagem aos temas sobre o tabagismo, estas ficaram dicotomizadas entre os/as que consideraram que se deve incrementar o tempo dedicado à temática e ensiná-la de outro modo (M – 37,8%, CF – 37,6%, MD – 33,5%, E – 28,0%) e os/as que desejavam, apenas, um aumento do tempo de ensino e aprendizagem para o estudo do tabagismo (CF – 31,2%; E – 26,0%; M – 22,3%; MD – 22,0%).

Em síntese, estes resultados estão na continuidade dos que foram encontrados em outros países. Os resultados do estudo piloto GHPS 2005 (133) indicam que a maioria dos estudantes de saúde, no terceiro ano, nos países pesquisados, não receberam treino

formal em aconselhamento para a cessação tabágica, mas mais de 90% dos estudantes

desejam que essas técnicas sejam incluídas no seu currículo formal.

12. LIMITAÇÕES

Este estudo apresentou limitações devido à dificuldade de acesso aos sujeitos envolvidos. Os/as alunos/as a inquirir frequentavam o último ano do curso. Este ano coincide, precisamente, com as práticas que realizam fora das instituições de ensino, em espaços clínicos ou de estágio. As possibilidades de se conseguir reunir o último ano de cada curso em cada instituição, num espaço físico para a resposta ao questionário, foram sempre remotas. Algumas coordenações dos cursos, com as quais a equipa manteve recorrentes contactos, apresentaram a proposta da aplicação do questionário ser realizada por via digital. Para tal, além do questionário em papel, foi elaborado um modelo em suporte digital na plataforma *LimeSurvey*.

O acesso aos endereços eletrónicos dos alunos foi, de um modo geral, condicionado, por motivos de natureza ética. Procurando minimizar esta condicionante, foram

respeitados os procedimentos de *collecting survey data* indicados relativamente aos *Internet surveys*. Foram contactadas as coordenações de curso, por diversas vezes, para difusão interna do questionário, que incluía um texto de apresentação e a Declaração de Consentimento Informado (Apêndice 1). Contactaram-se, também, algumas associações académicas, procurando mobilizar os associados para a resposta ao questionário. Para cada curso/instituição foi criado um código e uma palavra-passe. A reduzida taxa de resposta que se registou no final de agosto de 2016 conduziu a uma nova sensibilização dos/as alunos/as em setembro de 2016 para a resposta ao questionário. Em 20 de outubro de 2016 foi decidido encerrar o processo de recolha de informação na plataforma informática.

No global, existe uma diferença de seis pontos percentuais da preferência em modo papel comparativamente ao modo digital.

13. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O presente relatório contextualiza os resultados de um estudo que produziu indicadores relativos à aquisição de competências profissionais, associadas à vertente da prevenção e do tratamento do tabagismo, expressas por futuros profissionais de saúde no final da sua formação pré-graduada.

Foi utilizada, para o efeito, uma metodologia vinculada por um desenho de natureza mista, descritivo/correlacional e com recurso a uma amostragem não probabilística acidental, que representa e permite inferência estatística para a população teórica.

Foram inquiridos sujeitos de todos os estabelecimentos de ensino superior nacionais, públicos e privados, que ofereciam, no ano letivo de 2015-2016, os cursos de Ciências Farmacêuticas, Medicina e de Medicina Dentária, e de 95% das instituições que tinham o curso de Enfermagem.

No total, foram validadas 30,4% de respostas para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas ($e = 4,71\%$), 42,5% de respostas para o curso de Licenciatura em Enfermagem ($e = 2,24\%$), 24,2% de respostas para o curso de Mestrado Integrado em Medicina ($e = 4,01\%$) e 39,1% de respostas para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária ($e = 4,93\%$). No total, a taxa de resposta foi de 34,5%, numa população de 6065 alunos/as, correspondendo a 2095 alunos/as dos quatro cursos em avaliação, taxa de participação semelhante à de outros estudos do mesmo âmbito realizados em países Europeus. Na representatividade da amostra considerou-se um nível de confiança mínimo de 95%, com um erro amostral (e) máximo de 5%.

Foi construído um questionário original com 104 perguntas agrupadas em oito dimensões: I - Informação sociodemográfica; II - Prevalência do consumo de produtos do tabaco; III - Exposição ao fumo ambiental do tabaco; IV - Atitudes e conhecimentos; V - Perceções sobre a formação teórica recebida; VI- Perceções sobre a formação prática recebida; VII - Perceções sobre a aquisição de competências; VIII - Perceções sobre os métodos pedagógicos, sugestões e comentários. O questionário foi validado internamente e externamente por painéis de juízes, recebendo aprovação da DGS. A testagem piloto revelou que existe fiabilidade interna do questionário, variando entre moderada a elevada.

O questionário final foi aplicado em suporte de papel (53%) e em suporte informático (47%) entre abril e outubro de 2016. A informação recolhida foi tratada e analisada segundo procedimentos de estatística univariada, bivariada e multivariada.

O presente estudo destaca vários resultados importantes, que incluem:

- Elevadas prevalências de tabagismo;
- Atitudes positivas relativamente ao controlo do tabaco;
- Um nível razoável de consciencialização sobre as políticas de não fumador nos espaços das práticas letivas e clínicas.

Para além destes, os resultados encontrados neste estudo permitem evidenciar que, apesar de existir um alinhamento com o quadro teórico e concetual sobre as temáticas da prevenção e do tratamento do tabagismo, assim como o papel dos profissionais de saúde neste domínio, um grupo expressivo de alunos/as considera não estar preparado nas

componentes teórica e prática do tema, com limitadas competências de intervenção, posicionando-se, no global dos quatro cursos, 0,15 pontos abaixo do valor da mediana numa escala de 10 pontos. Tal facto está associado a um conjunto de fatores, diretamente relacionados com a formação teórica e prática recebidas, o número de horas de formação dedicado ao assunto e a outros fatores que influenciam as atitudes e perceções sobre o fenómeno do tabagismo.

A evidência dos resultados permite elaborar, por isso, um conjunto de recomendações:

1. A necessidade da existência de uma estratégia articulada, no interior das instituições de ensino superior, que seja promotora da saúde e da cessação tabágica, entre todos os/as alunos/as e, em particular, dos cursos em apreciação.
 - 1.1. Recorde-se que o entendimento de que os profissionais de saúde deveriam ser “modelos” para os seus pacientes e para o público relativamente ao uso do tabaco não reuniu concordância média superior a 72,8%. Considera-se, por isso, de modo implícito, que os resultados apontam, também, para a necessidade de se investir precocemente em estratégias eficazes de promoção e educação para a saúde, empoderando os/as jovens para defenderem e promoverem a sua saúde, no sentido de se absterem de comportamentos de risco, neste caso, o consumo de produtos do tabaco.
 - 1.2. As instituições do ensino superior devem promover nos/as seus/suas alunos/as o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo e incentivar a autodeterminação para a prática de comportamentos mais

saudáveis e a mudança de atitudes relativamente à normalização do consumo de tabaco.

- 1.3. Destaque-se, ainda, o facto de um grupo de alunos/as considerar que a formação superior recebida não provocou alguma mudança de atitude, acerca do tabagismo, comparativamente ao momento da entrada do curso (E – 12,7%, CF – 12,1%, MD – 11,1%, M – 10,3%), devendo ser objeto de reflexão e da conceitualização de medidas que venham a contrariar estes resultados.
 - 1.4. Sugere-se o desenvolvimento de um programa para a cessação tabágica, dedicando particular atenção ao grupo específico de inquiridos/as fumadores/as que manifestaram a intenção de deixar de fumar nos 30 dias-6 meses seguintes à resposta ao inquérito.
 - 1.5. A intervenção deverá estar alicerçada na teoria e prática baseada na evidência (138) e nas novas tecnologias (139), como sejam os novos diapositivos móveis *apps* (140).
2. Cumprir e fazer cumprir, rigorosamente, a norma legal que estabelece a proibição de fumar no interior dos edifícios escolares e nos locais das práticas clínicas.
3. Introduzir um conjunto de temas teóricos e práticos na formação académica, que são percecionados pelos/as alunos/as como omissos da sua formação académica superior, garantindo, deste modo, que venham a apresentar os conhecimentos necessários, baseados em evidência científica, para suportar o seu pensamento e as suas decisões na atuação profissional futura.

- 3.1. Sugere-se o estudo e treino da Intervenção de Apoio Intensivo de acordo com o Programa-tipo da Direção-Geral da Saúde (49) (132), em particular:
 - 3.1.1. Modelos de mudança comportamental relacionados com o tabagismo (e.g., Prochaska e DiClemente);
 - 3.1.2. Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A);
 - 3.1.3. Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A);
 - 3.1.4. Como avaliar a motivação e prontidão para fazer uma tentativa para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A);
 - 3.1.5. Como ajudar a pessoa que fuma a marcar o “Dia D” e preparar a tentativa para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A);
 - 3.1.6. Como acompanhar o progresso da pessoa que parou de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A);
 - 3.1.7. Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Muito Breve (algoritmos 3A, ABC ou 2A+R);
 - 3.1.8. Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar na Intervenção Muito Breve (algoritmo 3A ou 2A+R);
 - 3.1.9. Como realizar o terceiro passo (avaliar ou referenciar) na Intervenção Muito Breve (algoritmos 3A ou 2A+R);
 - 3.1.10. Como abordar pessoas que estejam ambivalentes ou não desejem parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5R);
 - 3.1.11. Prescrição, indicações e contra-indicações das terapêuticas de substituição da nicotina e de fármacos de primeira linha para a cessação tabágica.
4. Definir um conjunto de competências básicas e práticas, a desenvolver nos/as alunos/as destes quatro cursos, relacionadas com a prevenção e o tratamento do tabagismo durante a sua formação académica, e integrá-las de modo sistemático nos *curricula* em tabagismo das instituições de formação.
 - 4.1. Para tal, devem ser implementadas e supervisionadas um conjunto de práticas clínicas, durante a formação académica, percursoras das estratégias de prevenção e tratamento do tabagismo a realizar na atuação profissional futura. Destaca-se:
 - 4.1.1. A intervenção breve em cessação tabágica é uma competência clínica crucial que todos os profissionais de saúde, independentemente da sua especialidade, devem dominar. Como tal, é de relevar a formação prática sobre a: a) a abordagem a utilizar com os pacientes fumadores em diferentes fases de preparação para a cessação tabágica e o registo na ficha clínica; e b) a

entrevista motivacional como uma intervenção adaptada a qualquer processo de mudança comportamental;

4.1.2. A necessidade de incorporar nos planos de formação intervenções comportamentais e tratamento farmacológico, participando em consultas de cessação tabágica (estágio) e participação em projetos de prevenção e tratamento do tabagismo na comunidade;

4.1.3. O modelo de aprendizagem clínica deve respeitar a integração de conhecimentos, atitudes, habilidades e competências.

5. Incrementar, de modo significativo, o número de horas destinadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo na formação académica.
6. Avaliar sistematicamente os conteúdos dos *curricula* de tabagismo nos cursos de formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde.

A educação formal é uma estratégia importante na promoção da cessação tabágica, pelo que será conveniente que as matrizes curriculares e a prática docente dediquem maior ênfase à aquisição de conhecimentos e habilidades de aconselhamento a todos os alunos. Tal estratégia deveria incluir treino em programas de *advocacy* para o controlo do tabagismo e de *skills* para cessação do tabagismo.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care (6-12 September 1978) [Internet]. Alma-Ata: USSR; 1978 [acedido 2017 out 2]. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1.
2. World Health Organization. Relatório Mundial de Saúde 2010: Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [citado em 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>.
3. World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic 2015: raising taxes on tobacco. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606_eng.pdf.
4. Direção-Geral da Saúde. Fumar prejudica gravemente a sua saúde e a dos que o rodeia [Internet]. Lisboa: DGS; 2016 [acedido 2017 out 2]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/controlo-do-tabagismo.aspx>.
5. World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva: WHO; 2008. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43818/1/9789241596282_eng.pdf.
6. World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2003 [updated reprint 2004, 2005]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf?ua=1>.
7. Portugal. Ministério dos Negócios Estrangeiros. Decreto n.º 25-A/2005, de 8 de novembro. Aprova a Convenção-Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco. Diário da República n.º 214/2005, 1º Suplemento, Série I-A de 2005-11-08; p 6456-(2) a 6456-(35).
8. Portugal. Assembleia da República. Lei n.º 109/2015, de 26 de agosto. Primeira alteração à Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, transpondo a Diretiva 2014/40/EU, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 3 de abril de 2014, relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados-Membros no que respeita ao fabrico, apresentação e venda de produtos do tabaco e produtos afins e que revoga a Diretiva 2001/37/CE e a Diretiva 2014/109/EU, da Comissão, de 10 de outubro de 2014, que altera o anexo II da Diretiva 2014/40/EU do Parlamento Europeu e do Conselho, estabelecendo a biblioteca de advertências ilustradas a utilizar em produtos do tabaco. Diário da República n.º 166/2015, Série I de 2015-08-26; p 6336 - 6369.
9. Portugal. Assembleia da República. Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto. Aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo. Diário da República n.º 156/2007, Série I de 2007-08-14; p 5277 - 5285.
10. Ferrinho P, Simões J, Machado MC, George F, coords. Plano Nacional de Saúde 2012-2016 [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2012 jan

- [acedido 2016]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>.
11. Portugal. Ministério da Saúde. Despacho n.º 404/2012, de 13 de janeiro. Determina quais os programas de saúde prioritários a desenvolver pela Direção-Geral da Saúde. Diário da República n.º 10/2012, Série II de 2012-01-13; p 1341 – 1342.
 12. Nunes E. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012 – 2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2013. Disponível em: <https://www.dgs.pt/respire-bem1/ficheiros-externos/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-pdf.aspx>.
 13. Portugal. Assembleia da República. Lei n.º 82-A/2014, de 31 de dezembro. Aprova as Grandes Opções do Plano para 2015. Diário da República n.º 252/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-12-31; p 6546-(2) a 6546-(73).
 14. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020 [Internet]. Lisboa: DGS; 2015 maio [acedido 2017 out 2]. Disponível em: <http://1nj5ms2li5hdggbe3mm7ms5.wpeengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>.
 15. Portugal. Ministério da Saúde. Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio. Determina o desenvolvimento, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, de programas de saúde prioritários nas áreas de Prevenção e Controlo do Tabagismo, Promoção da Alimentação Saudável, Promoção da Atividade Física, Diabetes, Doenças Cérebro-cardiovasculares, Doenças Oncológicas, Doenças Respiratórias, Hepatites Virais, Infecção VIH/Sida e Tuberculose, Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos e Saúde Mental. Diário da República n.º 94/2016, Série II de 2016-05-16; p 15239 – 15239.
 16. Direção-Geral da Saúde. Ajuste direto n.º 332/2015: caderno de encargos [Texto não publicado]. Lisboa: DGS; 2015.
 17. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet*. 2011;377(9760):139-146. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61388-8.
 18. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, *et al* 21st Century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *The New England Journal of Medicine*. 2013 Jan 24;368:341-350. DOI: 10.1056/NEJMsa1211128.
 19. Thun MJ, Carter BD, Feskanich D, Freedman, ND, Prentice R, Lopez AD, *et al* 50-Year trends in smoking-related mortality in the United States. *The New England Journal of Medicine* 2013;368(4):351-364. DOI: 10.1056/NEJMsa121111.
 20. Ravara SB. The role healthcare professionals in tobacco control [Tese de doutoramento não publicada]. Covilhã (Portugal): Universidade da Beira Interior; 2016.
 21. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking-50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014. Disponível em: <https://www.surgeongeneral.gov/library/>

- [reports/50-years-of-progress/full-report.pdf](#).
22. Ng M, Freeman MK, Fleming TD, Robinson M, Dwyer-Lindgren L, Thomson B, *et al* Smoking prevalence and cigarette consumption in 87 countries, 1980-2012. *JAMA*. 2014;311(2):183-192. DOI:10.1001/jama.2013.284692.
 23. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Inquérito Nacional de Saúde 2014. Lisboa: INE; 2016. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2.
 24. Direção-Geral da Saúde. A Saúde dos Portugueses 2016. Lisboa: DGS; 2017. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A%20Sa%C3%BAde%20dos%20Portugueses%202016.pdf>.
 25. Dutra LM, Glantz SA. Electronic cigarettes and conventional cigarette use among U.S. adolescents: a cross-sectional study. *JAMA Pediatrics*. 2014;168(7):610-617. DOI:10.1001/jamapediatrics.2013.5488.
 26. World Health Organization. Tobacco Industry Interference with Tobacco Control. Geneva: WHO; 2009. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/publications/industry/interference/en/>.
 27. Royal College of Physicians. Passive smoking and children: a report by the Tobacco Advisory Group. London: Royal College of Physicians; 2010. Disponível em: <https://cdn.shopify.com/s/files/1/0924/4392/files/passive-smoking-and-children.pdf>.
 28. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the surgeon general. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, US Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004.
 29. US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among youth and young adults: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2012. Disponível em: <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/full-report.pdf>.
 30. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Bennett G, Benowitz NL *et al* A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. *American Journal Preventive Medicine*. 2008 Aug;35(2):158-176. DOI: 10.1016/j.amepre.2008.04.009.
 31. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*. 2014 Jun;328:1519-1533. DOI: 10.1136/bmj.38142.554479.AE.
 32. US Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006. Disponível

- em:
<https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/secondhandsmoke/fullreport.pdf>
33. European Commission. Special Eurobarometer 429: attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Brussels: EU; 2015 may. Disponível em:
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_429_en.pdf.
34. Wledenmayer K, Summers RS, Mackie CA, Gous AG, Everard M, Tromp D. Developing pharmacy practice: a focus on patient care. Geneva: World Health Organization; 2006. Disponível em:
<https://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeEN.pdf>.
35. Portugal. Assembleia da República. Lei n.º 131/2015, de 4 de setembro. Quarta alteração ao Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República n.º 173/2015, Série I de 2015-09-04; p 7010 – 7048.
36. Cavaco M, Condinho M, Miranda F, Sinogas C. Acompanhamento farmacoterapêutico: uma exigência social, uma necessidade do farmacêutico. Revista da Ordem dos Farmacêuticos. 2009;87:18-20.
37. Allemann SS, Van-Mil JW, Botermann L, Berger K, Griese N, Hersberger KE. Pharmaceutical care: the PCNE definition 2013. International DOI:Journal of Clinical Pharmacy. 2014 Jun;36(3):544-55. DOI: 10.1007/s11096-014-9933-x.
38. World Health Organization. WHO Tobacco Free Initiative: the role of health professionals in tobacco control. Geneva: WHO; 2005. Disponível em:
http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2005/bookletfinal_20april.pdf.
39. World Health Organization. FCTC/COP4(8) – Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control: Guidelines on demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation [*Internet*]. Geneva: WHO; 2010b [citado em 2016]. Disponível em:
http://www.who.int/fctc/protocol/guidelines/adopted/article_14/en/index.html.
40. International Pharmaceutical Federation. Establishing tobacco-free communities: a practical guide for pharmacists. JP The Hague: International Pharmaceutical Federation; 2015. Disponível em:
<http://www.fip.nl/files/fip/publications/2015-12-Establishing-tobacco-free-communities.pdf>.
41. Leone FT, Evers-Casey S. Examining the Role of the Health Care Professional in Controlling the Tobacco Epidemic: Individual, Organizational and Institutional Responsibilities. In Loddenkemper R, Kreuter M, editores. The tobacco epidemic. 2nd, revised and extended edition. Basel: Karger. Progress in Respiratory Research, Vol. 42; 2015. p. 219-228. DOI:10.1159/000369501.
42. Nunes E, Narigão M, Nogueira P, Farinha C, Soares A, Oliveira A, *et al* Portugal: prevenção e controlo do tabagismo em números 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2016. Disponível em:
<https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-em-numeros-201511.aspx>.
43. Lopez A, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette

- epidemic in developed countries. *Tobacco Control*. 1994; 3:242-247. Disponível em: <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/3/3/242.full.pdf+html>.
44. American Society of Addiction Medicine. Definition of addiction: Advocacy [Internet]. Rockville: ASAM; 2017 [acedido 2016 out 3]. Disponível em: <http://www.asam.org/advocacy>.
45. Ravara SB, *et al* Portugal sem fumo: uma reflexão nacional [Internet]. *MG Familiar*; 2012 [citado 2016]. Disponível em: <http://www.mgfamiliar.net/BlogRetrieve.aspx?PostID=311007&A=SearchResult&SearchID=1895627&ObjectID=311007&ObjectType=55>.
46. Condinho M, Fenandez-Llimos F, Figueiredo IV, Sinogas C. Smoking cessation in a community pharmacy: preliminary results of a pharmaceutical care programme. *Vitae*. 2015;22(1):42-46. DOI.org/10.17533/udea.vitae.v22n1a05.
47. Costello M, Sproule B, Victor J, Leatherdale S, Zawertailo L, Selby P. Effectiveness of pharmacist counselling combined with nicotine replacement therapy: a pragmatic randomised trial with 6,987 smokers. *Cancer Causes Control*. 2011 Feb;22(2):167-80. DOI: 10.1007/s10552-010-9672-9.
48. Dent L, Harris K, Noonan C. Randomized trial assessing the effectiveness of a pharmacist-delivered programme for smoking cessation. *Annals of Pharmacotherapy*. 2009 Feb;43(2):194-201. DOI: 10.1345/aph.1L556.
49. Saba M, Diep J, Saini B, Dhippayom T. Meta-analysis of the effectiveness of smoking cessation interventions in community pharmacy. *Journal of Clinical Pharmacy*. 2014 Jun;39(3):240-247. DOI: 10.1111/jcpt.12131.
50. Ordem dos Farmacêuticos. Distribuição por área profissional [Internet]. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos; 2016 [acedido 2016]. Disponível em: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.aspx?categoryID=1914&articleID=2330.
51. Nunes E, Candeias A, Mendes B, Pardal C, Fonseca J, Oliveira L, *et al* Cessaçãõ tabágica: programa-tipo de actuaçãõ (Circular Normativa n.º 26/DSPPS, de 28 de dezembro). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. (2007). Disponível em: <http://www.sppneumologia.pt/uploads/files/comissoestrabalho/ct%20tabagismo/tabagismo1.pdf>.
52. Pestana F. Avaliação das competências dos estudantes de Ciências Farmacêuticas no aconselhamento farmacêutico de cessaçãõ tabágica [Tese de Mestrado não publicada]. Porto (Portugal): Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa; 2011.
53. Goniewicz ML, Lingas EO, Czogala J, Koszowski B, Zielinska-Danch W, Sobczak A. The role of pharmacists in smoking cessation in Poland. *Evaluation & the Health Professions*. 2010 Mar;33(1):81-95. DOI: 10.1177/0163278709356190.
54. Hudmon KS, Mark M, Livin AL, Corelli RL, Schroeder AS. Tobacco education in U.S: respiratory care programs. *Nicotine & Tobacco Research*. 2014 Oct;16(10):1394-8. DOI: 10.1093/ntr/ntu113.
55. Williams DM. Preparing pharmacy students and pharmacists to provide tobacco cessation counselling. *Drug and Alcohol Review*. 2009; 28(5):533-40. DOI: 10.1111/j.1465-3362.2009.00109.x.
56. Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República* n.º

- 205/1996, Série I-A de 1996-09-04; p 2959 – 2962.
57. Portugal. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21; p 1739 – 1757.
 58. Ordem dos Enfermeiros. Divulgar: competências dos enfermeiros de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2003. Disponível em: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewiL0YfjuqDXAhUHbxQKHWu9BYEQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ordemenfermeiros.pt%2Fpublicacoes%2FDocuments%2Fdivulgar%2520-%2520regulamento%2520do%2520perfil_VF.pdf&usg=AOvVaw11qoZnMR0t8nugHuZmZJSf.
 59. Portugal. Ministério da Educação. Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de setembro. Fixa as regras gerais a que está subordinado o ensino da enfermagem no âmbito do ensino superior politécnico. Diário da República n.º 206/1999, Série I-A de 1999-09-03; p 6198 – 6201.
 60. Portugal. Ministério da Educação. Portaria n.º 799-D/99, de 18 de setembro. Aprova o Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Diário da República n.º 219/1999, 1º Suplemento, Série I-B de 1999-09-18; p 6510-(2) a 6510-(3).
 61. Portugal. Assembleia da República. Lei n.º 49/2005, de 30 de agosto. Segunda alteração à Lei de Bases do Sistema Educativo e primeira alteração à Lei de Bases do Financiamento do Ensino Superior. Diário da República n.º 166/2005, Série I-A de 2005-08-30; p 5122 – 5138.
 62. Centers for Disease Control. Best practices for comprehensive tobacco control programs 2014. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health; 2014. Disponível em: https://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best_practices/pdfs/2014/comprehensive.pdf.
 63. Nunes E, Narigão M, Nogueira P, Farinha C, Soares A, Oliveira A, *et al* Portugal: prevenção e controlo do tabagismo em números 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-em-numeros-201511.aspx>.
 64. Brito I, Mendes F, coords. PEER IV. Escola de verão em educação pelos pares & investigação acção participativa em saúde. Coimbra: Unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2012.
 65. Martins MJ. Antes que te queimes... pára de fumar: validação de uma intervenção motivacional para a cessação tabágica com estudantes do ensino superior [Tese de mestrado não publicada]. Coimbra (Portugal): Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2012.
 66. Bonito J. Consumo de tabaco entre os estudantes de enfermagem: uma primeira aplicação do Global Health Professional Survey no contexto português. In Pereira H, Branco L, Simões F, Esgalhado G, Afonso RM, editors. Educação para a saúde, cidadania e desenvolvimento sustentado. Covilhã: Universidade da Beira Interior. 2010. p.

- 833-843. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10174/4329>.
67. Saraiva AG, Chaves CM, Duarte JC, Amaral MO. A dependência de tabaco em estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. [Internet]. 2017 Mar [citado 2017 Out 31]; serIV(12):9-18. DOI.org/10.12707/RIV16032.
68. Nunes E. Aconselhamento médico na prevenção da doença e promoção da saúde: análise a propósito do consumo do tabaco [Tese de doutoramento não publicada]. Lisboa (Portugal): Escola Nacional de Saúde Pública; 2011. Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwilwPDyv6DXAhUBLRQKHQHnCucQFggtMAE&url=https%3A%2F%2Frun.unl.pt%2Fbitstream%2F10362%2F10183%2F1%2FRUN%2520-%2520Tese%2520de%2520Doutoramento%2520-%2520Emilia%2520Nunes.pdf&usg=AOvVaw2rcP9T-5JVg9w8MZaly6sh>.
69. Smith DR, Leggat PA. The historical decline of tobacco smoking among Australian physicians: 1964-1997. *Tobacco Induced Diseases*. 2008 Dez; 4:13. DOI:10.1186/1617-9625-4-13.
70. Davis RM When doctors smoke. *Tobacco Control*. 1993;2:187-8. DOI:10.1136/tc.2.3.187.
71. Smith DR, Leggat PA. The historical decline of tobacco smoking among Australian physicians: 1964-1997. *Tobacco Induced Diseases*. 2008 Dez; 4:13. DOI:10.1186/1617-9625-4-13.
72. Fraga S, Sousa S, Santos AC, Mello M, Lunet N, Padrão P, Barros H. Tabagismo em Portugal. *Arquivos de Medicina*. 2005;19(5-6):207-229. Disponível em: <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiluXszaDXAhUCuBQKHcoxDWCQFghCMAc&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.mec.pt%2Fpdf%2Fam%2Fv19n5-6%2Fv19n5-6a05.pdf&usg=AOvVaw0IQVjlupX3C7nGYHVNuZxk>.
73. World Health Organization. Tobacco Free Initiative (TFI): code of practice on tobacco control for health professional organizations [Internet]. Geneva: WHO; 2004b Jan 28-30 [citado em 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/wntd/2005/codeofpractice/en/>.
74. Masironi R. Doctors as non-smoking exemplars. In Richmond RL, editor. *Educating medical students about tobacco: planning and implementation*. Paris: Tobacco Prevention Section. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 1997. p. 299-311.
75. Sá AB, Ferreira C, Branco AG. Hábitos e atitudes dos médicos de família portugueses em relação ao tabaco. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 1994; 11(3):177-187.
76. European Network for Smoking Prevention. ENSP General Practitioners Empowerment (Phase II): ENSP framework project 2001-2002. Brussels: Summary of final reports. Brussels: ENSP; 2003.
77. Ravara SB, Castelo-Branco M, Aguiar P, Calheiros JM. Smoking behaviour trends among Portuguese physicians: are they role models? A conference-based survey. *Public Health*. 2014a;128(1):105-109. DOI: 10.1016/j.puhe.2013.08.015.
78. Saleiro S, Damas C, Gomes I. Hábitos tabágicos e conhecimento dos riscos do tabagismo em função da formação académica em estudantes universitários.

- Revista Portuguesa de Pneumologia. 2008;14(2): 231-238. DOI.org/10.1016/S0873-2159(15)30232-4.
79. Borges A, Marques F, Lima J, Costa L, Gonçalves P, Fernandes R, Gonçalves N. Hábitos tabágicos em alunos do 6.º ano de Medicina e medidas anti-tabágicas. Revista Portuguesa de Pneumologia. 2008; 14(2):219-230. DOI:10.1016/S0873-2159(15)30231-2.
 80. De Carvalho LS. Comportamento tabágico e atitudes de controlo de tabagismo dos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior [Tese de mestrado não publicada]. Covilhã (Portugal): Universidade da Beira Interior; 2012. Disponível em: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKFwj72Y6hxaDXAhWHyRQKHT5jDbkQFggnMAA&url=https%3A%2F%2Fubibliorum.ubi.pt%2Fhandle%2F10400.6%2F1168&usg=AOvVaw2SILJG14knpc2Hp_xT7_TO
 81. Leão ILL. Atitudes dos estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em relação ao tabaco [Tese de mestrado não publicada]. Lisboa (Portugal): Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2015.
 82. Soares RM, Ravara SB. Estamos a prevenir o consumo de tabaco nos estudantes de Medicina? Estudo transversal comparativo. In Livro de Resumos do 2.º Congresso Nacional de Investigação em Educação Médica; 19 de novembro de 2016. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior; 2016 [citado em 2016]. Disponível em: <http://cniem2016.weebly.com/livro-de-resumos.html>.
 83. Ravara SB, Castelo-Branco M, Aguiar, P, Calheiros JM. Are physicians aware of their role in tobacco control? A conference-based survey in Portugal. BMC Public Health. 2014b Sep;14:979. DOI:10.1186/1471-2458-14-979.
 84. Ravara SB, Calheiros JM, Aguiar P, Taborda-Barata L. Smoking behaviour predicts tobacco control attitudes in a high smoking prevalence hospital: A cross-sectional study in a Portuguese teaching hospital prior to the national smoking ban. BMC Public Health. 2011;11:720. DOI:10.1186/1471-2458-11-720.
 85. Lima A. Fumar no recinto hospitalar exterior: um estudo observacional [Tese de mestrado não publicada]. Covilhã (Portugal): Universidade da Beira Interior; 2015. Disponível em: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKFwj72Y6hxaDXAhWHyRQKHT5jDbkQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fcsaude.ubi.pt%2Fthesis2%2Fanexo.php%3Fid%3Df591cf0843eefc33&usg=AOvVaw3aW_1d-m2EkGWUyu-jrCb5.
 86. World Bank. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control: development in practice. Washington DC: World Bank; 1999. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/914041468176678949/Curbing-the-epidemic-governments-and-the-economics-of-tobacco-control>.
 87. Fiore MC, Epps RP, Manley MW. A missed opportunity: teaching medical students to help their patients successfully quit smoking. JAMA. 1994 Feb 23;271(8):624-6.
 88. Richmond R, Debono D, Larcos D, Kehoe L. Worldwide survey of education on tobacco in medical schools. Tobacco Control. 1998 Sep;7(3):247-252.
 89. Richmond R, Zwar N, Taylor R, Hunnisett J, Hyslop F. Teaching about tobacco in

- medical schools: a worldwide study. *Drug and Alcohol Review*. 2009 Sep;28(5):484-497. DOI: 10.1111/j.1465-3362.2009.00105.x.
90. Ferry LH, Grissino LM, Runfola PS. Tobacco dependence *curricula* in US undergraduate medical education. *JAMA*.1999;282(9):825-829. DOI:10.1001/jama.282.9.825.
91. Richmond R, Nerín I. Manual Docente sobre Tabaquismo para Estudiantes de Medicina y Ciencias de la Salud. Zaragoza: Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón; 2006.
92. Nunes E, Narigão M. Caracterização da oferta curricular em prevenção e controlo do tabagismo no ensino pré-graduado dos profissionais de saúde: relatório. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2013.
93. Ghimire A, Sharma B, Niraula SR, Devkota S, Pradhan PM. Smoking habit among male medical and dental students of B. P. Koirala Institute of Health Sciences, Nepal. *Kathmandu University Medical Journal*. 2013 Jan-Mar;11(41):32-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23774410>.
94. GTSS Collaborative Group. Tobacco use and cessation counselling: global health professionals survey pilot study, 10 countries, 2005. *Tobacco Control*. 2006 Jun;15 Suppl 2:ii31-4. DOI: 10.1136/tc.2006.015701.
95. Haresaku S, Hanioka T, Yamamoto M, Ojima M. Impact of a tobacco *curriculum* on smoking behavior and attitudes toward smoking in dental students in Japan: a three-year follow-up study. *International Dental Journal*. 2010 Apr;60(2):99-105.
96. Khami MR, Murtomaa H, Razeghi S, Virtanen JI. Smoking and its determinants among Iranian dental students. *Medical Principles and Practice*, 2010;19(5):390-394. DOI: 10.1159/000316379.
97. Naskar NN, Bhattacharya SK. A study on drug abuse among the undergraduate medical students in Calcutta. *Journal of the Indian Medical Association*. 1999;97:20-21.
98. Mammias IN, Bertias GK, Linardakis M, Tzanakis NE, Labadarios DN, Kafatos AG. Cigarette smoking, alcohol consumption, and serum lipid profile among medical students in Greece. *European Journal of Public Health*. 2003;13:278-282.
99. Posner M. Head and neck cancer. In Goldman L, Ausiello D, editors. *Cecil medicine*. 23rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007.
100. Vakefliu Y, Argjiri D, Poposhi I, Agron S, Melani AS. Tobacco smoking habits, beliefs, and attitudes among medical students in Tirana, Albania. *Preventive Medicine*. 2002; 34:370-373.
101. Warren CW, Sinha DN, Lee J, Lea V, Jones N, Asma S. Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling training of dental students around the world. *Journal of Dental Education*. 2001; 75(3): 385-404.
102. Binnal A, Rajesh G, Denny C, Ahmed J. Insights into the tobacco cessation scenario among dental graduates: an Indian perspective. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012;13(6):2611-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22938429>.
103. Nagarajappa R, Daryani H, Sharda AJ, Asawa K, Batra M, Sanadhya S, Ramesh G. Knowledge and attitude towards smoking Indian students of dentistry.

- International Dental Journal. 2013 Oct;63(5):244-8. DOI: 10.1111/idj.12033.
104. Pacauskiene IM, Smailiene D, Siudikiene J, Savanevskyte J, Nedzelskiene I. Self-reported oral health behavior and attitudes of dental and technology students in Lithuania. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*. 2014;16(2):65-71. Disponível em: <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUK EwjtoezDuKDXAhVJzRQKHbrcD1oQFggxMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.sbdmj.com%2F142%2F142-05.pdf&usq=AOvVaw32omRHHW7I785m7XyXjGtK>
105. Obeidat SR, Khabour OF, Alzoubi KH, Mahasneh AM, Bibars ARM, Khader YS, Alsa'di A. Prevalence, social acceptance, and awareness of waterpipe smoking among dental university students: a cross sectional survey conducted in Jordan. *BMC Research Notes*. 2014;7:1-8. DOI: 10.1186/1756-0500-7-832.
106. Underwood B, Fox K, Manogue M. Tobacco, alcohol and drug use among dental undergraduates at one English university in 1998 and 2008. *British Dental Journal*. 2010 Feb 27;208(4):E8; discussion 164-5. DOI: 10.1038/sj.bdj.2010.183.
107. Jansson L, Lavstedt S. Influence of smoking on marginal bone loss and tooth loss: a prospective study over 20 years. *Journal of Clinical Periodontology*. 2002 Aug;29(8):750-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12390572>.
108. US Department of Health and Human Services. Tobacco effects in the mouth. NIH Publication N.º 00-3330. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute of Dental Research, National Cancer Institute; 2000.
109. National Comprehensive Cancer Network. Clinical practice guidelines in oncology: head and neck cancers. Version 2.2008 [Internet]. Fort Washington: National Comprehensive Cancer Network; 2008 [acedido 2016]. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp.
110. Fortin MF. O processo de investigação. Da concepção à realização. 5.ª ed. Loures: Lusociência; 2009.
111. Postlethwaite T. Educational research: some basic concepts and terminology. Paris: UNESCO; 2005. Disponível em: http://www.unesco.org/iiep/PDF/TR_Mod5/Qu_Mod1.pdf.
112. Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de dezembro. Estabelece o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica. Diário da República n.º 295/1999, Série I-A de 1999-12-21; p 9083 – 9100.
113. Direção-Geral do Ensino Superior. Ciclos autorizados [Internet]. Lisboa: DGES; 2008. Disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/OfertaFormativa/CursosConferentesDeGrau/CFAutorizados.htm>.
114. Israel GD. Determining sample size: fact sheet PEOD-6. Florida: University of Florida; 1992. Disponível em: http://sociology.soc.uoc.gr/socmedia/papageo/metaptyxiakoi/sample_size/sample_size1.pdf
115. Maroco J. Análise estatística. 2.ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2003.
116. Gailmard S. Statistical modeling and inference for social science. New York: Cambridge University Press; 2014.

117. Siegel S, Castellan Jr NJ. Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. 2.^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
118. Buendía L. Técnicas e instrumentos de recogida de datos. In Colás MP, Buendía L, orgs. Investigación educativa. 3.^a ed. Sevilla: Ediciones Alfar; 1988.
119. Brace I. Questionnaire design. 2nd ed. London: Kogan Page; 2008.
120. Moreira JM. Questionários: teoria e prática. Coimbra: Edições Almedina; 2009.
121. Siniscalco MT, Auriat N. Questionnaire design. In: Kenneth NR, editor. Quantitative research methods in educational planning: module 8. Paris: International Institute for Educational Planning/UNESCO; 2005. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002145/214555E.pdf>.
122. Schriesheim CA, Denisi AS. Item presentation as na influence on questionnaire validity: a fiel experiment. Educational and Psychological Measurement. 1980;40(1):175-182. Disponível em: <http://epm.sagepub.com/content/40/1/175.short>.
123. Oppenheim AN. Questionnaire design and attitude measurement. London: Heinemann Educational Books; 1972.
124. Morales P. Medición de actitudes en psicología y educación: construcción de escalas y problemas metodológicos. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2000.
125. Edwards AL. Techniques of attitude scale construction. New York: Appleton Century-Crofts; 1957.
126. Nunnally, J. C. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill; 1978.
127. Murphy KR, Davidshofer CO. Psychological testing: principles and applications. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1988.
128. Hill MM, Hill A. Investigação por questionário. 2.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2005.
129. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4.^a ed. São Paulo: Bookman Editora; 2010.
130. Mujis D. Doing quantitative research in Education with SPSS. London: Sage Publications; 2004).
131. Strauss A, Corvin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoria fundamentada. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
132. Direção-Geral da Saúde. Programa-tipo de actuação em cessação tabágica: Circular Normativa nº 26/DSPPS de 28 de dezembro de 2007. Lisboa: DGS; 2007. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/circulares-despachos-e-comunicados.aspx>.
133. Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco use and cessation counselling: global health professionals survey pilot study, 10 countries. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report. 2005 May 27;54(20):505-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15917734>.
134. Patkar AA, Hill K, Batra V, Vergare NJ, Leone V. A comparison of smoking habits among medical and nursing students. Chest. 2003 Oct;124(4):1415-1420. Disponível em: https://www.medscape.com/viewarticle/464460_4.

135. Sychareun V, Hansana V, Choummanivong M, Nathavong S, Chaleunvong K, Durham J. Cross-sectional survey: smoking among medical, pharmacy, dental and nursing students, University of Health Sciences, Lao PDR. *British Medical Journal*. 2013;3:e003042. DOI:10.1136/bmjopen-2013-003042.
136. Al-Turki YA. Smoking habits among medical students in Central Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*. 2006 May;27(5):700-3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16680263>.
137. Oguisso T, Seki LK. A prevalência do tabagismo entre estudantes de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 2001;35(1):19-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n1/v35n1a03.pdf>.
138. Epton T, Norman P, Sheeran P, Harris PR, Webb TL, Ciravegna F, et al. A theory-based online health behavior intervention for new university students: study protocol. *BMC Public Health*. 2013 Feb;13(1):107. DOI:10.1186/1471-2458-13-107.
139. Dalum P, Brandt CL, Skov-Ettrup L, Tolstrup J, Kok G. The systematic development of an *Internet*-based smoking cessation intervention for adults. *Health Promotion Practice*. 2016; 17(4):490-500. DOI:10.1177/15248399166631536
140. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone-based interventions for smoking cessation: review. *Cochrane Tobacco Addiction Group*. 2012;11(Art. No.: CD006611). DOI: 10.1002/14651858.CD006611.pub3.
141. American Society of Addiction Medicine. Definition of addiction: Advocacy [*Internet*]. Rockville: ASAM; 2017 [accedido 2016 out 3]. Disponível em: <http://www.asam.org/advocacy>.
142. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Bennett G, Benowitz NL et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. *American Journal Preventive Medicine*. 2008 Aug;35(2):158-176. DOI: 10.1016/j.amepre.2008.04.009.
143. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para as Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS. 6.ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2014.
144. Guerra M, Queirós C, Torres S, Vieira F, Branco C, Garrett S. O consumo de tabaco numa instituição universitária: prevalência e características do fumador. *Análise psicológica*. 2008;2(XXVI):209-226 Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n2/v26n2a04.pdf>.

APÊNDICES

Apêndice 1

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a.

Caro/a Senhor/a

A Direção-Geral da Saúde, através da Universidade de Évora, encontra-se a desenvolver um estudo com o tema *Estudo de avaliação da aquisição de competências profissionais no âmbito da prevenção e tratamento do tabagismo no final da formação pré-graduada dos profissionais de saúde, no âmbito dos cursos de formação em ciências farmacêuticas, enfermagem, medicina e medicina dentária*, cujo principal objetivo é avaliar a aquisição de competências profissionais no âmbito da prevenção e tratamento do tabagismo no final da formação pré-graduada dos profissionais de saúde, no âmbito dos cursos de formação em medicina, enfermagem, ciências farmacêuticas e medicina dentária.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário. Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*
- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*
- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu venha a autorizar por escrito.*
- *Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento.*

Assim, depois de devidamente informado/a, **autorizo a participação neste estudo:**

_____ (local), _____ (data).

Nome: _____ Assinatura do/a participante: _____

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**.

Nome do investigador: Jorge Bonito

Assinatura:

Apêndice 2

Questionário de avaliação sobre a aquisição de competências no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo, no ensino pré-graduado dos profissionais de saúde

Caro/a estudante,

- Este estudo, promovido pela Universidade de Évora em colaboração com os estabelecimentos de ensino superior, por adjudicação da Direção-Geral da Saúde, tem por objeto a avaliação da aquisição de competências profissionais no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo no final da formação pré-graduada dos profissionais de saúde.
- A resposta a este questionário contribuirá para um melhor conhecimento da realidade neste domínio e para o desenvolvimento e disseminação de recomendações, baseadas em evidência científica, que apoiem os órgãos decisores dos estabelecimentos de ensino superior, no sentido da otimização da formação na área da prevenção e do tratamento do tabagismo.
- Por favor, leia cada questão com atenção antes de responder. Escolha, assinalando com X, a resposta que descreve o que acredita e sente ser o correto para si. Não existem respostas certas ou erradas.
- Se tiver de modificar a sua resposta, não se preocupe. Preencha, por completo, o quadrado com a resposta que não quer e assinale a nova resposta.
- O questionário é respondido de modo anónimo e a gestão da informação recolhida segue os preceitos éticos da investigação científica em ciências sociais, mantendo-se confidencial.
- Para qualquer esclarecimento relacionado com este assunto poderá, querendo, contactar diretamente o investigador responsável deste estudo: prof. Jorge Bonito (jbonito@uevora.pt) | Universidade de Évora | Telef.: 266-768-050.

I - Informação sociodemográfica

A	Sexo	Masculino <input type="checkbox"/> ₁	Feminino <input type="checkbox"/> ₂
B	Estado civil	<input type="checkbox"/> ₁ Solteiro/a	<input type="checkbox"/> ₂ Casado/a/União de facto
		<input type="checkbox"/> ₃ Divorciado/a	<input type="checkbox"/> ₄ Viúvo/a
C	Idade	_____ anos ₁	
D	Idade com que iniciou os estudos universitários	_____ anos ₁	
E	Designação oficial do curso que frequenta		
F	Duração normal do curso que frequenta	_____ anos ₁	
G	Ano do curso que frequenta	_____ ano ₁	

II - Prevalência do consumo de produtos do tabaco

1	Alguna vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco)?		
	<input type="checkbox"/> ₁ Sim	<input type="checkbox"/> ₂ Não	<i>Passe, por favor, às perguntas do Grupo III (Exposição ao fumo ambiental do tabaco)</i>
2	Que idade tinha quando fumou ou consumiu tabaco pela primeira vez? _____ anos ₁		
3	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	_____ anos ₁	<input type="checkbox"/> ₂ Não consumo tabaco. Só experimentei. <i>Passe, por favor, para a pergunta 11.</i>
4	Já alguma vez tentou deixar de fumar ou consumir tabaco?	Não <input type="checkbox"/> ₁	Sim <input type="checkbox"/> ₂ Quantas vezes? _____
5	Por que motivo(s) começou a fumar? <i>Pode assinalar mais do que uma opção</i>		
	5.1 Porque os meus familiares fumavam:	<input type="checkbox"/> ₁ Sim	<input type="checkbox"/> ₂ Não
	5.2. Porque os meus amigos e/ou colegas fumavam:	<input type="checkbox"/> ₁ Sim	<input type="checkbox"/> ₂ Não
	5.3. Porque gostei do sabor e/ou do cheiro do tabaco:	<input type="checkbox"/> ₁ Sim	<input type="checkbox"/> ₂ Não
	5.4. Porque era fácil arranjar tabaco:	<input type="checkbox"/> ₁ Sim	<input type="checkbox"/> ₂ Não
	5.5. Porque as embalagens me atraíam:	<input type="checkbox"/> ₁ Sim	<input type="checkbox"/> ₂ Não
	5.6. Não me recordo	<input type="checkbox"/> ₁ Sim	<input type="checkbox"/> ₂ Não
	5.7. Por outras razões. <input type="checkbox"/> ₁ Indique quais: _____		

6 Atualmente (últimos 30 dias) como classifica o seu consumo de tabaco:

- ₁ Fumo diariamente (pelo menos uma vez por dia) | *Passe, por favor, para a pergunta 7.*
- ₂ Fumo ocasionalmente (menos de uma vez por dia) | *Passe, por favor, para a pergunta 7.*
- ₃ Já fumei, mas atualmente não fumo (ex-fumador) | *Passe, por favor, para a pergunta 11.*

7 Nos últimos 30 dias (um mês), como classifica o seu consumo relativamente aos seguintes produtos de tabaco?

- | | | | | | |
|------|--|---|--|---|---|
| 7.1 | Cigarros | <input type="checkbox"/> ₁ Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> ₂ Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> ₃ Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> ₄ Não consumi |
| 7.2 | Cigarrilhas | <input type="checkbox"/> ₁ Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> ₂ Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> ₃ Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> ₄ Não consumi |
| 7.3 | Charutos | <input type="checkbox"/> ₁ Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> ₂ Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> ₃ Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> ₄ Não consumi |
| 7.4 | Tabaco de enrolar | <input type="checkbox"/> ₁ Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> ₂ Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> ₃ Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> ₄ Não consumi |
| 7.5 | Cachimbo | <input type="checkbox"/> ₁ Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> ₂ Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> ₃ Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> ₄ Não consumi |
| 7.6 | Cachimbo de água (<i>sissha</i>) | <input type="checkbox"/> ₁ Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> ₂ Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> ₃ Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> ₄ Não consumi |
| 7.7 | Tabaco de mascar | <input type="checkbox"/> ₁ Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> ₂ Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> ₃ Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> ₄ Não consumi |
| 7.8 | Rapé | <input type="checkbox"/> ₁ Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> ₂ Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> ₃ Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> ₄ Não consumi |
| 7.9 | Cigarro eletrónico | <input type="checkbox"/> ₁ Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> ₂ Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> ₃ Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> ₄ Não consumi |
| 7.10 | Cigarros sem queima (<i>Heat not-burn</i>) | <input type="checkbox"/> ₁ Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> ₂ Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> ₃ Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> ₄ Não consumi |
| 7.11 | Outro produto: Qual? | <input type="checkbox"/> ₁ Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> ₂ Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> ₃ Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> ₄ Não consumi |

8 Quanto tempo, depois de acordar, fuma o seu primeiro cigarro?

- ₁ Nos primeiros 5 minutos ₂ Entre 6 e 30 min ₃ Entre 31 e 60 min ₄ Após 60 min

9 Quantos cigarros fuma por dia?

- ₁ Até 10 ₂ Entre 11 e 20 ₃ Entre 21 e 30 ₄ Mais de 30

10 Está a pensar deixar de fumar?

- ₁ Nos próximos 30 dias ₂ Nos próximos 6 meses ₃ Não estou a pensar deixar de fumar

Passe, por favor, para as perguntas do grupo III (Exposição ao fumo ambiental do tabaco)

11 Há quanto tempo deixou de fumar?

- ₁ Há menos de 1 ano ₂ Há _____ anos.

12 Que tipo de produtos do tabaco consumia antes de os ter consumido pela última vez?

Pode assinalar mais do que uma opção

- ₁ Cigarros ₂ Cigarrilhas ₃ Charutos ₄ Tabaco de enrolar
- ₅ Cachimbo ₆ Cachimbo de água (*sissha*) ₇ Tabaco de mascar ₈ Rapé
- ₉ Cigarro eletrónico ₁₀ Cigarros sem queima (*Heat not-burn*)
- ₁₁ Outros produtos do tabaco. Indique quais:

13 | Quais foram os motivos que o levaram a deixar de fumar? | **Pode assinalar mais do que uma opção**

₁ Preocupações sobre os riscos para a minha saúde ₂ Porque as campanhas/os avisos nos maços me alertaram

₃ Por pressão da família/dos amigos ₄ Por preocupação sobre o efeito do fumo nas outras pessoas

₅ Por dificuldade em fumar nos locais que frequento ₆ Porque a sociedade desaprova o consumo de tabaco

₇ Para dar um bom exemplo, enquanto futuro profissional de saúde ₈ Motivos económicos (o preço do tabaco)

₉ Outros. Especifique:.....

14 | Na última tentativa que método(s) usou para deixar de fumar? | **Pode assinalar mais do que uma opção**

₁ Nenhum, apenas "força de vontade" ₂ Apoio de pessoas próximas

₃ Apoio médico ₄ Terapia psicológica

₅ Substitutos da nicotina ₆ Bupropiona

₇ Vareniclina ₈ Através da Internet

₉ Acupuntura ₁₀ Outros métodos. Especifique:.....

III - Exposição ao fumo ambiental do tabaco

15 | Nos últimos 7 dias, em quantos dias houve pessoas que fumaram, na sua presença, no local onde reside?

₁ 0 dias ₂ 1 a 2 dias ₃ 3 a 4 dias ₄ 5 a 6 dias ₅ Todos os 7 dias

16 | Nos últimos 7 dias, em quantos dias houve pessoas que fumaram na sua presença, em outros locais sem ser onde reside?

₁ 0 dias ₂ 1 a 2 dias ₃ 3 a 4 dias ₄ 5 a 6 dias ₅ Todos os 7 dias

17 | Na sua escola, a proibição regulamentar de fumar nos edifícios escolares é aplicada?

₁ Concordo totalmente ₂ Concordo ₃ Discordo ₄ Discordo totalmente ₅ Não sei. Estou indeciso/a

Especifique os seus critérios de decisão:

18 | A proibição regulamentar de fumar nos locais de práticas clínicas é aplicada?

₁ Concordo totalmente ₂ Concordo ₃ Discordo ₄ Discordo totalmente ₅ Não sei. Estou indeciso/a

Especifique os seus critérios de decisão:

IV - Atitudes e percepções

Assinale com X, por favor, o seu grau de concordância relativamente a cada uma das afirmações que se seguem.		Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente	Não sei Estou indeciso/a
19	O consumo de tabaco deveria ser proibido a pessoas com menos de 18 anos de idade.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
20	Os profissionais de saúde deveriam ter formação específica em técnicas de aconselhamento e tratamento da cessação tabágica.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
21	Os profissionais de saúde deveriam ser "modelos" para os seus pacientes e para o público relativamente ao uso do tabaco.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
22	Os profissionais de saúde deveriam, por norma, perguntar aos seus pacientes os seus hábitos tabágicos.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Assinale com X, por favor, o seu grau de concordância relativamente a cada uma das afirmações que se seguem.		Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente	Não sei Estou indeciso/a
23	Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, os seus pacientes a deixar de fumar.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
24	Os profissionais de saúde deveriam trabalhar com grupos da comunidade sobre a prevenção do tabagismo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
25	Os profissionais de saúde têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
26	As probabilidades dos pacientes deixarem de fumar com sucesso aumentam se os profissionais de saúde os aconselharem a deixar de fumar.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
27	É menos provável que os profissionais de saúde que fumam aconselhem os pacientes a deixarem de fumar.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
28	Todos os estabelecimentos de ensino superior deveriam ter consultas de cessação tabágica acessíveis aos alunos para aconselhamento, tratamento e acompanhamento.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
29	A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem sempre riscos para a saúde individual.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
30	A morte neonatal está associada à exposição ao fumo ambiental do tabaco.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
31	O tabagismo materno durante a gravidez aumenta o risco de Síndrome de Morte Súbita do lactente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
32	A exposição ao fumo ambiental do tabaco aumenta o risco de doença pulmonar em adultos não fumadores.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
33	A exposição ao fumo ambiental do tabaco não aumenta o risco de doença cardiovascular em adultos não fumadores.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
34	O tabagismo dos progenitores aumenta o risco de doenças do trato respiratório inferior, em crianças expostas, como a pneumonia.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
35	Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, as pessoas que fumam a evitar fazê-lo próximo das crianças.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
36	Não existe um nível sem risco de exposição ao fumo ambiental do tabaco.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
37	Os fumadores que não param de fumar encurtam em mais de 10 anos a sua expectativa de vida.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
38	Em Portugal, uma em cada cinco mortes ocorridas em pessoas com idades entre os 45 e os 64 anos é atribuída ao consumo de tabaco.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
39	O tabaco contribui para a pobreza e as desigualdades em saúde.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
40	O constituinte do tabaco responsável pela dependência é o alcatrão.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
41	O tabaco aumenta o risco de diabetes e agrava a evolução desta doença.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
42	O tabaco aumenta o risco de tuberculose e agrava a evolução desta doença.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
43	Fumar um maço de tabaco de cigarros por dia não está associado a um risco muito elevado para a saúde.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
44	Parar de fumar tem sempre benefícios.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Assinale com X, por favor, o seu grau de concordância relativamente a cada uma das afirmações que se seguem.		Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente	Não sei Estou indeciso/a
45	Os benefícios de parar de fumar são maiores quanto mais cedo se parar de fumar.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
46	A formação superior recebeu provocoou-lhe alguma mudança de atitude, acerca do tabagismo, comparativamente ao momento da entrada no curso.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

V - Perceções sobre a formação teórica recebida

Assinale com X, por favor, a sua avaliação relativamente à formação académica superior recebida em cada um dos seguintes temas.		O tema não foi abordado	Não me sinto preparado/a	Sinto-me pouco preparado/a	Sinto-me bem preparado/a	Sinto-me muito bem preparado/a	Não sei Estou indeciso/a
47	Constituintes do tabaco e do fumo do tabaco.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
48	Repercussões do consumo de tabaco na saúde.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
49	Efeito da exposição ao fumo ambiental do tabaco.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
50	Mecanismos neurobiológicos da dependência.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
51	Mecanismos psicológicos da dependência.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
52	Razões pelas quais as pessoas fumam.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
53	Síndrome de abstinência da nicotina.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
54	Epidemiologia do consumo de tabaco.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
55	Modelos e técnicas de prevenção em tabagismo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
56	Benefícios para a saúde de deixar de fumar.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
57	Modelos de mudança comportamental relacionados com o tabagismo (exemplo: Prochaska e DiClemente).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
58	Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
59	Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
60	Como avaliar a motivação e prontidão para fazer uma tentativa para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
61	Como ajudar a pessoa que fuma a marcar o "Dia D" e preparar a tentativa para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
62	Como acompanhar o progresso da pessoa que parou de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
63	Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Muito Breve (algoritmos 3As, ABC ou 2As+R).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
64	Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar na Intervenção Muito Breve (algoritmo 3As ou 2As+R).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
65	Como realizar o terceiro passo (avaliar ou referenciar) na Intervenção Muito Breve (algoritmos 3As ou 2As+R).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

Assinale com X, por favor, a sua avaliação relativamente à formação académica superior recebida em cada um dos seguintes temas.		O tema não foi abordado	Não me sinto preparado/a	Sinto-me pouco preparado/a	Sinto-me bem preparado/a	Sinto-me muito bem preparado/a	Não sei Estou indeciso/a
66	Como abordar pessoas que estejam ambivalentes ou não desejem parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5Rs).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
67	Abordagem do fumador em contexto clínico.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
68	Intervenção de Apoio Intensivo de acordo com o Programa tipo da Direção-Geral da Saúde (DGS, 28/12/2007).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
69	Cessação tabágica em grupos específicos (exemplos: pessoas idosas, mulheres grávidas, adolescentes, pessoas com doena mental).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
70	Aconselhamento baseado na entrevista motivacional com o objetivo de motivar e ajudar a resolver a ambival�ncia.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
71	Como expressar empatia durante uma entrevista com o objetivo de mudana de comportamento.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
72	Como lidar com a ambival�ncia do paciente durante uma entrevista com o objetivo de mudana de comportamento.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
73	Como lidar com a resist�ncia � mudana durante uma entrevista com o objetivo de mudana de comportamento.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
74	Como estimular a autodeterminao e autoeficácia durante uma entrevista com o objetivo de mudana de comportamento.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
75	Formao sobre t�cnicas de aconselhamento cognitivo-comportamental.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
76	A preveno das reca�das.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
77	As estratégias globais de preveno e controlo do tabagismo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
78	O conhecimento e a utilizao de materiais educativos para apoiar a cessao tabágica dos pacientes que querem deixar de fumar.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
79	A prescrio, indicao�es e contra-indicao�es das terap�uticas de substituio da nicotina em programas de cessao tabágica (tais como os adesivos ou pastilhas).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
80	A prescrio, indicao�es e contra-indicao�es de fármacos de primeira linha para a cessao tabágica tais como a Bupropiona e a Vareniclina. <i>(S� para alunos de Medicina, Medicina Dentária e Ci�ncias Farmac�uticas)</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

VI - Perceo es sobre a formao prática recebida

Assinale com X, por favor, a sua avaliao relativamente � formao académica superior recebida em cada um dos seguintes temas.		O tema n�o foi abordado	Não me sinto preparado/a	Sinto-me pouco preparado/a	Sinto-me bem preparado/a	Sinto-me muito bem preparado/a	Não sei Estou indeciso/a
81	Formao prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes fumadores e o registo na ficha clínica.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
82	Formao prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes em diferentes fases de preparao para a cessao tabágica.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
83	Formao prática sobre a entrevista motivacional como uma interveno adaptada a qualquer processo de mudana comportamental.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
84	Participao em projetos de preveno do tabagismo dirigidos a grupos de pacientes fumadores.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

Assinale com X, por favor, a sua avaliação relativamente à formação académica superior recebida em cada um dos seguintes temas.		O tema não foi abordado	Não me sinto preparado/a	Sinto-me pouco preparado/a	Sinto-me bem preparado/a	Sinto-me muito bem preparado/a	Não sei Estou indeciso/a
85	Participação numa consulta de cessação tabágica (estágio).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
86	Participação em projetos de tratamento do tabagismo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
87	Participação em projetos de prevenção do tabagismo na comunidade.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

VII - Perceções sobre a aquisição de competências

Assinale com X, por favor, a sua avaliação relativamente à formação académica superior recebida em cada um dos seguintes temas.		O tema não foi abordado	Não me sinto preparado/a	Sinto-me pouco preparado/a	Sinto-me bem preparado/a	Sinto-me muito bem preparado/a	Não sei Estou indeciso/a																					
88	Competências suficientes para intervir em matéria de prevenção do tabagismo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆																					
89	Competências suficientes para intervir em matéria de tratamento do tabagismo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆																					
90	Capacidade para intervir na prevenção do tabagismo junto da comunidade.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆																					
91	Desenvolvimento da técnica de negociação e partilha de tomada de decisões no aconselhamento em tabagismo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆																					
92	Capacidade para aumentar a literacia dos pacientes e das respetivas famílias em matéria de tabagismo e saúde.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆																					
93	Integração numa equipa multidisciplinar no âmbito do apoio à cessação tabágica.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆																					
94	Realização de uma Intervenção Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmo 5As).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆																					
95	Realização de uma Intervenção Muito Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmos 3As, ABC ou 2As+R).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆																					
96	Prescrição terapêutica farmacológica de apoio à cessação tabágica. <i>(Só para alunos de Medicina e Medicina Dentária)</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆																					
97	Numa escala de 1 (<i>pouco confiante</i>) a 10 (<i>totalmente confiante</i>), avalie as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação profissional futura. Por favor coloque um X apenas num dos campos	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td><td><input type="checkbox"/>₄</td><td><input type="checkbox"/>₅</td><td><input type="checkbox"/>₆</td><td><input type="checkbox"/>₇</td><td><input type="checkbox"/>₈</td><td><input type="checkbox"/>₉</td><td><input type="checkbox"/>₁₀</td> </tr> </table>							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																			
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀																			

VIII - Perceções sobre os métodos pedagógicos. Sugestões e comentários.

Assinale com X a(s) resposta(s) que melhor correspondem à sua formação superior recebida.

98	Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo? <input type="checkbox"/> ₁ Nenhuma <input type="checkbox"/> ₂ Entre 2-4 h <input type="checkbox"/> ₃ Entre 5-7 h <input type="checkbox"/> ₄ Entre 8-10 h <input type="checkbox"/> ₅ Entre 11-13 h <input type="checkbox"/> ₆ Entre 14-16 h <input type="checkbox"/> ₇ ≥ 17 h
99	Durante a sua formação académica superior, a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo foi abordada em que anos escolares? Pode assinalar mais do que uma opção <input type="checkbox"/> ₁ Não foi abordada <input type="checkbox"/> ₂ No 1.º ano <input type="checkbox"/> ₃ No 2.º ano <input type="checkbox"/> ₄ No 3.º ano <input type="checkbox"/> ₅ No 4.º ano <input type="checkbox"/> ₆ No 5.º ano <input type="checkbox"/> ₇ No 6.º ano
100	Alguns temas sobre o tabagismo deveriam ser trabalhados com mais tempo ou de outro modo na sua formação académica? Pode assinalar mais do que uma opção <input type="checkbox"/> ₁ Não recebi formação sobre grupos específicos <input type="checkbox"/> ₂ Sim, para crianças e adolescentes <input type="checkbox"/> ₃ Sim, para as mulheres grávidas <input type="checkbox"/> ₄ Sim, para fumadores com doença psiquiátrica <input type="checkbox"/> ₅ Sim, para pessoas idosas <input type="checkbox"/> ₆ Sim, para doentes internados fumadores <input type="checkbox"/> ₇ Sim, para outros grupos de fumadores. Quais?

101	Indique que técnicas foram utilizadas durante a sua formação acadêmica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo. <i>Pode assinalar mais do que uma opção</i>	
	101.1. Palestras	<input type="checkbox"/> ₁ Sim <input type="checkbox"/> ₂ Não
	101.2. Discussões em pequenos grupos	<input type="checkbox"/> ₁ Sim <input type="checkbox"/> ₂ Não
	101.3. Técnicas de prescrição farmacológica	<input type="checkbox"/> ₁ Sim <input type="checkbox"/> ₂ Não
	101.4. Exercícios para o desenvolvimento de competências de comunicação relacionadas com o tratamento do tabagismo como parte de uma entrevista a um paciente	<input type="checkbox"/> ₁ Sim <input type="checkbox"/> ₂ Não
	101.5. Observação da prática de aconselhamento realizada pelo supervisor clínico	<input type="checkbox"/> ₁ Sim <input type="checkbox"/> ₂ Não
	101.6. Experiências clínicas na prevenção e no tratamento de fumadores	<input type="checkbox"/> ₁ Sim <input type="checkbox"/> ₂ Não
	101.7. Curso na área comportamental	<input type="checkbox"/> ₁ Sim <input type="checkbox"/> ₂ Não
	101.8. Programa específico para o desenvolvimento de competências para esta área	<input type="checkbox"/> ₁ Sim <input type="checkbox"/> ₂ Não
	101.9. Um método sistemático para formação de supervisores, que os incentiva para a modelação, observação e o ensino dos 5As durante as práticas clínicas	<input type="checkbox"/> ₁ Sim <input type="checkbox"/> ₂ Não
	101.10. Sessões de <i>role-play</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Sim <input type="checkbox"/> ₂ Não
	101.11. Sessões estruturadas interativas, de reforço, realizadas em paralelo às práticas clínicas	<input type="checkbox"/> ₁ Sim <input type="checkbox"/> ₂ Não
	101.12. Outras. Especifique:	<input type="checkbox"/> ₁ Sim <input type="checkbox"/> ₂ Não

Responda, por favor, de forma clara e objetiva, às perguntas que se seguem.

102	Alguns temas sobre o tabagismo deveriam ser trabalhados com mais tempo ou de outro modo na sua formação académica?
	<input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₂ Sim <input type="checkbox"/> ₃ Sim, com mais tempo <input type="checkbox"/> ₄ Sim, de outro modo <input type="checkbox"/> ₅ Sim, com mais tempo e de outro modo
	Em caso afirmativo, indique os temas, as metodologias e o tempo que considera mais adequado para a sua abordagem.

103	Participou em projetos no domínio da prevenção e do tratamento do tabagismo (por exemplo, intervenções da comunidade, comemorações de efemérides, projetos de investigação,...)?
	<input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₂ Sim
	Em caso afirmativo, indique os projetos.

104	Indique áreas/temas/atividades que considere pertinentes serem incluídas na matriz curricular do seu curso para apoiar os seus esforços na redução do tabagismo entre os pacientes na comunidade.
-----	---

**O questionário termina aqui.
Muito obrigado pela sua colaboração!**



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa – Portugal
Tel.: +351 218 430 500
Fax: +351 218 430 530
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt



Melhor informação,
Mais saúde. |