

Hábitos tabágicos dos pais de alunos do 1.º Ciclo do Ensino Básico: Implicações para a intervenção

HUGO CAMPOS (*)

JOSÉ PRECIOSO (**)

MARIA GRAÇA PEREIRA (**)

CATARINA SAMORINHA (**)

INTRODUÇÃO

O Fumo Ambiental do Tabaco (FAT), Fumo Passivo ou Fumo em Segunda Mão, é constituído por uma mistura de gases e partículas em estado sólido ou líquido libertadas para o ar quando algum tipo de tabaco está a ser fumado (cigarros, cigarrilhas, charuto, etc.). O FAT é composto por mais de 4000 substâncias (US Department of Health and Human Services [USDHHS], 2006), muitas delas tóxicas e outras cancerígenas. As crianças e os recém-nascidos são particularmente vulneráveis aos efeitos perniciosos do FAT (USDHHS, 2006; Pestana, 2006) o que se deve ao facto de estarem em pleno desenvolvimento e à sua condição de criança, que a deixa sem opções perante um pai/mãe que fuma na sua presença e/ou no domicílio.

Tanto os bebés filhos de mães que fumaram durante a gravidez como os recém-nascidos expostos

ao FAT apresentam um risco de morrer de síndrome da morte súbita duas vezes superior em comparação com os bebés que não estão expostos (USDHHS, 2006; CEPA: Air Resources Board, 2005). Se a mãe grávida for fumadora activa, este comportamento de risco pode causar a hipoxia cerebral do feto, através de mecanismos conhecidos, e comprometer o desenvolvimento normal do sistema nervoso central da criança. O relatório do Surgeon General dos EUA, refere que há evidências suficientes para estabelecer uma relação causa/efeito entre a grávida fumadora e efeitos nefastos persistentes no crescimento dos pulmões e na função pulmonar do filho/a. Também existe uma relação causa/efeito entre exposição do recém-nascido ao FAT e uma diminuição da função pulmonar durante a sua infância (USDHHS, 2006). As evidências científicas suportam a existência de uma relação causa/efeito entre a exposição ao FAT causada pelos pais e as doenças das vias aéreas inferiores nas crianças. Este risco é agravado se a mãe for fumadora (USDHHS, 2006). Num estudo realizado por Cook e Strachan (1997), com crianças menores de dois anos, verificou-se que há relação dose-resposta entre a exposição da criança ao FAT e a hospitalização por doença respiratória (Pestana, 2006).

O tabagismo passivo está directamente relacionado com a otite média crónica e otite média aguda

(*) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE.

(**) Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Toda a correspondência, relativa a este artigo, deverá ser remetida para José Precioso, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4710-057, Braga, Portugal. E-mail: precioso@iep.uminho.pt.

(USDHHS, 2006; Pestana, 2006), sendo que as crianças expostas ao FAT apresentam com maior frequência óites médias recidivantes, uma taxa maior de sintomas crónicos relacionados com doença respiratória (tosse, pieira, dispneia e infecções respiratórias de repetição) (Pestana, 2006), bem como um aumento do risco de infecção das vias aéreas inferiores (bronquite e pneumonia) e indução e exacerbação de asma (USDHHS, 2006).

Para além deste grupo etário, a exposição ao FAT é grave em qualquer faixa etária, conforme se pode constatar pela análise do Quadro 1, onde esses efeitos estão resumidos.

Vários estudos demonstram que os principais responsáveis pela exposição da criança ao fumo ambiental do tabaco no domicílio são os pais ou outros conviventes, como os irmãos (Lieu & Feinstein, 2002; Precioso, Macedo & Rebelo, 2007). A OMS estimava, em 1999, que cerca de metade das crianças existentes no Mundo (700 milhões), respiravam ar contaminado pelo FAT, especialmente nas suas casas (OMS, 1999). Um estudo de grande dimensão populacional (NHANES III – *Third National Health and Nutrition Examination Survey*), realizado nos EUA entre 1988 e 1994, incluindo 11728 crianças com idades compreendidas entre os dois meses e

os onze anos, mostrou que 38% foram expostas ao FAT, pelo facto de os pais fumarem: 23% tinham sido expostas a tabagismo passivo durante a gestação e 19% foram expostas a ambos (tabagismo gestacional e FAT) (Lieu & Feinstein, 2002). Em Inglaterra, um estudo realizado nos anos de 1988 (N=1179) e 1996 (N=576), em crianças com idades compreendidas entre os onze e os quinze anos, mostrou que, em 1988, 52% das crianças estavam expostas ao FAT no domicílio, tendo-se registado uma ligeira redução deste valor em 1996 (45%) (Jarvis *et al.*, 2000). Segundo o último relatório do cirurgião geral Surgeon General, dos EUA, quase 22 milhões (60%) das crianças americanas com idades compreendidas entre os três e os onze anos estão expostas ao FAT e, de acordo com um estudo Norte-Americano realizado pela OMS e pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC), que inquiriu adolescentes entre os treze e os quinze anos, pertencentes a 132 países, estima-se que 43,9% desses adolescentes estejam expostos ao FAT no domicílio e 55,8% nos espaços públicos (The Global Tobacco Surveillance System Collaborative Group, 2006).

Em Portugal, um estudo realizado em 2002/2003 (em adolescentes a frequentar os 7.º, 8.º e 9.º anos) numa amostra constituída por 1141 alunos de 12-15

QUADRO 1
Efeitos da exposição ao FAT em recém-nascidos, crianças e adultos

EFETOS COMPROVADOS	EFETOS PROVÁVEIS
Recém-Nascidos e Crianças	
<ul style="list-style-type: none"> - Baixo peso ao nascer - Síndrome da morte súbita do lactente - Infecções meningocócicas nas crianças - Otite média aguda e crónica - Doença respiratória aguda – bronquite e pneumonia - Asma e exacerbação de asma - Sintomas respiratórios crónicos - Decréscimo da função pulmonar e hiperreactividade brônquica 	<ul style="list-style-type: none"> - Aborto espontâneo - Impacto na aprendizagem e no comportamento das crianças - Cancro e leucemias nas crianças
Adultos	
<ul style="list-style-type: none"> - Cancro do pulmão - Doença cardiovascular - Sintomas respiratórios - Exacerbação de asma 	<ul style="list-style-type: none"> - Exacerbação de fibrose quística - Redução da função pulmonar - Cancro da cavidade nasal, do colo do útero e outros cancros

Fonte: Adaptado de Pestana (2006), p. 235.

anos de idade, mostrou que 38% estavam expostos diária ou ocasionalmente ao fumo ambiental do tabaco, pelo facto de os seus familiares mais próximos (pai, mãe ou irmão) fumarem diária ou ocasionalmente em casa (Precioso, Macedo & Rebelo, 2007).

Apesar da gravidade da exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco, são praticamente inexistentes os estudos realizados em Portugal envolvendo crianças a frequentar o 1.º Ciclo do Ensino Básico. Assim, instituída a importância do conhecimento destes factores para o desenho de intervenções educativas de prevenção do comportamento tabágico, com base na evidência, este estudo teve como objectivos: 1) determinar a prevalência de tabagismo nos pais/mães dos alunos da amostra; 2) identificar alguns factores sócio-demográficos relacionados com o consumo de tabaco pelos pais/mães dos alunos; 3) determinar a prevalência de pais/mães dos alunos da amostra, que fumam no domicílio; 4) identificar alguns factores sócio-demográficos relacionados com o consumo de tabaco pelos pais/mães dos alunos no domicílio; 5) relacionar as opiniões dos pais/mães da amostra, relativamente ao tabagismo activo e passivo, com o seu consumo de tabaco.

MÉTODO

Participantes

A amostra do estudo é constituída pelos pais/mães de 325 alunos de duas escolas do 1.º Ciclo do Ensino Básico, pertencentes a um agrupamento de escolas de um concelho do norte de Portugal, seleccionados de um total de 1799 alunos (que frequentam as catorze escolas pertencentes a quatro agrupamentos de escolas, de Rio Tinto). O agrupamento, bem como as escolas, foram seleccionados através do método de amostragem aleatória. Pediu-se aos 325 alunos dessas duas escolas para levarem os questionários para casa para os pais preencherem e devolverem. Constatou-se que 241 alunos devolveram os dois questionários preenchidos, 31 entregaram o questionário apenas preenchido pela mãe, dois apenas pelo pai e 51 alunos não entregaram qualquer questionário ou entregaram-no em branco, tendo constituído a amostra final os progenitores de 274 alunos (N=515: 272 mães e 243 pais). A caracterização sócio-demográfica da amostra é apresentada na Tabela 1. A maioria das mães (N=162) apresenta idades compreendidas

entre os 31 e os 40 anos (59,6%) enquanto que nos pais a maior percentagem se situa entre os 36 e os 45 anos (N=143; 60,5%). A maioria dos pais (63,8%) e mães (57,0%) apresentam habilitações literárias compreendidas entre o Ensino Preparatório e o Ensino Secundário. Quanto ao estado civil, observamos que 82,5% da amostra é casado/a e em relação à zona de residência, 91,2% habita em meio urbano. Ao analisarmos a posição social verifica-se que os pais (pai/mãe) ocupam na sociedade, a maioria das mães (57,7%) encontra-se na posição social “B” (28,7%) e “C” (29,0%), ou seja, classe média mais instruída e classe média menos instruída, respectivamente. Os pais estão distribuídos mais uniformemente pelas posições sociais “C”, “B” e “D”, 38,7%, 24,7%, e 24,3% respectivamente (“C” – classe média menos instruída; “B” – classe média mais instruída; “D” – estrato operário e rural, trabalhadores manuais).

Instrumentos

Nesta investigação, foi utilizada uma versão adaptada do questionário de auto-preenchimento de Precioso, Calheiros e Macedo (2005), desenvolvido para aferir os hábitos tabágicos de pais e mães, bem como a sua opinião sobre o tabagismo passivo e activo. Mantendo-se a estrutura original do questionário, elaborou-se uma matriz de dimensões/objectivos e seleccionaram-se as questões que permitiam atingir cada um dos objectivos. Acrescentaram-se finalmente algumas questões. Numa primeira parte, são recolhidos os dados sócio-demográficos dos participantes: idade, género, meio social onde vivem, estado civil, habilitações literárias, profissão e posição social. Seguidamente, nas suas dimensões, este questionário permite conhecer os hábitos tabágicos dos pais/mães (categorizando-os em não fumadores, fumadores ocasionais ou regulares), no domicílio e na presença do/a filho/a, bem como descrever a sua opinião sobre o tabagismo passivo e activo – variável “opinião”. Esta variável foi operacionalizada através de um conjunto de seis questões, em relação às quais os respondentes se pronunciavam através de uma escala de Likert (1 equivale a “Concordo Totalmente” e 5 a “Discordo Totalmente”, sendo 3 a posição intermédia, “Nem concordo nem discordo”): Q1 – Fumar prejudica gravemente a saúde dos fumadores; Q2 – Fumar só afecta a saúde se a pessoa fumar durante muitos anos; Q3 – Fumar dentro de casa prejudica a saúde de quem nela habita;

TABELA 1
Caracterização da amostra – Mães e Pais (N=515)

VARIÁVEIS		Mãe		Pai		Total	
		n	%	n	%	n	%
GÉNERO		272	100%	243	100%	515	100%
IDADE	25-30	31	11,4	12	4,9	43	8,3
	31-35	70	25,7	53	21,8	123	23,9
	36-40	92	33,9	84	34,6	176	34,2
	41-45	65	23,9	63	25,9	128	24,9
	46-50	8	2,9	18	7,4	26	5,0
	51-55	2	0,7	5	2,2	7	1,4
	56-60	–	–	3	1,2	3	0,6
	61-65	1	0,4	1	0,4	2	0,3
	66-70	1	0,4	2	0,8	3	0,6
	N/R	2	0,7	2	0,8	4	0,8
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	Até à 4.ª Classe	37	13,6	30	12,3	67	13,0
	Ensino Preparatório	56	20,6	49	20,2	105	20,4
	Ensino Secundário	99	36,4	106	43,6	205	39,8
	Curso Profissional	10	3,7	16	6,6	26	5,0
	Bacharelato	12	4,4	8	3,3	20	3,9
	Licenciatura ou superior	55	20,2	32	13,2	87	16,9
	N/R	3	1,1	2	0,8	5	1,0
POSIÇÃO SOCIAL (*)	Posição Social A	5	1,8	15	6,2	20	3,9
	Posição Social B	78	28,7	60	24,7	138	26,8
	Posição Social C	79	29,0	94	38,7	173	33,6
	Posição Social D	51	18,8	59	24,3	110	21,4
	Posição Social E	3	1,1	–	–	3	0,5
	Posição Social F	41	15,1	–	–	41	8,0
	Posição Social G	2	0,7	3	1,2	5	1,0
	Posição Social H	10	3,7	3	1,2	13	2,5
		N/R	3	1,1	9	3,7	12
ESTADO CIVIL	Solteiro/a	7	2,6	4	1,6	11	2,1
	Casado/a	217	79,8	208	85,6	425	82,5
	Viúvo/a	4	1,5	–	–	4	0,8
	Divorciado/a	21	7,7	14	5,8	35	6,9
	Junto/a	11	4,0	8	3,3	19	3,7
	Separado/a	7	2,6	5	2,1	12	2,3
		N/R	5	1,8	4	1,6	9
ZONA DE RESIDÊNCIA	Aldeia	2	0,7	1	0,4	3	0,6
	Vila	21	7,7	15	6,2	36	7,0
	Cidade	246	90,5	224	92,2	470	91,2
		N/R	3	1,1	3	1,2	6

(*) Medida através de uma escala desenvolvida pelo Departamento de Sociologia da Universidade do Minho e utilizado em vários estudos (Precioso, 2001).

Q4 – Fumar só prejudica a saúde do fumador e não a saúde das pessoas que o rodeiam; Q5 – Não há problema para a saúde do bebé se uma grávida fumar durante a gravidez; Q6 – As pessoas expostas ao fumo passivo (fumo do cigarro existente no ar) podem ter doenças por causa disso. Por fim, com base na soma das pontuações atribuídas a cada questão, a variável “opinião em relação ao consumo de tabaco”, foi recodificada em três categorias: favorável (6-15 pontos), intermédia (16-21 pontos) e desfavorável (22-30 pontos).

Procedimento

Todos os professores responsáveis pelas turmas das escolas seleccionadas foram contactados pessoalmente pelos investigadores, tendo sido informados dos objectivos e âmbito do estudo, bem como de todos os procedimentos e carácter voluntário da participação. Depois deste primeiro contacto, foi pedido aos alunos que levassem consigo dois envelopes, cada um deles contendo um questionário que deveriam entregar a cada um dos pais. No final do seu preenchimento, os pais tinham indicações para voltarem a colocar o questionário no envelope, fechá-lo e enviá-lo para a professora, através do/a filho/a, para mais tarde ser recolhido pelos investigadores. Os questionários foram “catalogados” com o número de matrícula do respectivo aluno para controlo da percentagem de entrega de questionários, mantendo-se o anonimato dos participantes.

Análise estatística

Os dados foram introduzidos e tratados no programa de estatística Epi Info, versão 6.4d. Foram feitas distribuições de frequência para a maioria das variáveis, calculando-se as percentagens e os intervalos de confiança, tendo-se utilizado um grau de confiança de 95%. Para determinar a associação entre variáveis, utilizou-se o teste do χ^2 (Qui-quadrado). Na análise dos factores sócio-demográficos relacionados com o consumo de tabaco pelos pais dos alunos da amostra, devido à dimensão da amostra (e à existência de demasiadas categorias para facilitar o tratamento de dados), a variável “posição social” foi recodificada em “Alta/média alta” e “Média baixa/baixa/outras”, para se poder aplicar o teste do Qui-quadrado (χ^2). Pelos mesmos motivos, procedeu-se à recodificação da variável “Consumo de tabaco”, agregando os

fumadores diários e ocasionais, na categoria de fumadores.

Seleccionámos apenas famílias em que ambos os progenitores responderam ao instrumento de colheita de dados, perfazendo um total de 239 casais.

RESULTADOS

Prevalência de fumadores nos pais/mães da amostra

Podemos constatar, pelos dados da Tabela 2, que 16,6% das mães fumam diariamente e 2,2% fazem-no ocasionalmente. Quanto aos pais, verifica-se que 35,0% fumam diariamente e 2,9% ocasionalmente, sendo as diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros ($p < 0,0001$). Verifica-se que o hábito de fumar é mais frequente nos homens do que nas mulheres da amostra, o que está de acordo com todos os estudos efectuados na população portuguesa (Inquérito Nacional de Saúde [INS], 2006). Tendo em conta que a grande parte dos pais (82,3%) e das mães (83,5%) apresenta idades compreendidas entre os 31 e os 45 anos, procedemos à comparação da prevalência de fumadores/as da amostra deste estudo com a média dos dados obtidos no último INS (2006) sobre a prevalência de fumadores diários nos grupos etários dos 25 aos 44 anos. Constata-se que no último INS a prevalência de fumadores diários no grupo etário dos 25 aos 44 anos era de 41,8% nos homens e de 19,4% nas mulheres. Verificamos que a prevalência de pais fumadores diários nos elementos da amostra é de menos 6,8 p.p. e a de mães fumadoras é menor, 2,8 p.p. do que a registada no INS. Em resumo, a prevalência de fumadores, em ambos os sexos, é menor na amostra do estudo em ambos os sexos do que a que se verifica na média nacional. Esta diferença de resultados poderá estar relacionada com os aspectos referidos na secção das limitações deste estudo (ponto 1.5), ou seja, com o facto de uma percentagem apreciável de pais/mães não ter participado no estudo por decisão própria. Não obstante o que foi dito, podemos considerar que é elevada e preocupante a percentagem de mães e pais que fumam diária ou ocasionalmente.

Pela análise dos dados da Tabela 3, verifica-se que 56,8% das mães fumadoras consomem menos que onze cigarros diariamente e 41,2% apresentam consumos entre onze a vinte cigarros diários. Apenas

TABELA 2
Prevalência de pais/mães fumadores/as e não fumadores/as (N=514)

Familiar	n	Fuma diariamente			Fuma ocasionalmente			Não fuma		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Mãe	(271)	16,6	(12,4-21,6)	45	2,2	(0,8-4,8)	6	81,2	(76,0-85,7)	220
Pai	(243)	35,0	(29,0-41,3)	85	2,9	(1,2-5,8)	7	62,1	(55,7-68,3)	151
Total	(514)	25,3	(21,6-29,3)	130	2,5	(1,4-4,3)	13	72,2	(68,1-76,0)	371

$p < 0,0001$

TABELA 3
Número de cigarros fumados por dia (N=142)

Familiar	n	<11			≥11 e ≤21			≥21		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Mãe	(51)	56,8	(42,2-70,7)	29	41,2	(27,6-55,8)	21	2,0	(0,0-10,4)	1
Pai	(91)	35,2	(25,4-45,9)	32	46,1	(35,6-57,0)	42	18,7	(11,3-28,2)	17
Total	(142)	43,0	(34,7-51,5)	61	44,3	(36,0-53,0)	63	12,7	(7,7-19,3)	18

$p < 0,005$

2,0% das mães apresentam consumos diários superiores a vinte cigarros. No que concerne o número de cigarros fumados diariamente pelos pais, 46,1% consomem diariamente entre onze a vinte cigarros, 35,2% consomem menos que onze cigarros diários e 18,7% apresentam um consumo diário de cigarros superior a vinte, existindo diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros ($p < 0,005$).

Relação entre os hábitos tabágicos dos pais/mães e a sua posição social, habilitações literárias e opiniões em relação ao tabaco

Os dados do estudo revelam que 38,7% dos pais da posição social Alta/Média Alta e 37,3% dos que pertencem à posição social Média/Baixa e Baixas fumam no domicílio. Não existem diferenças significativas nos hábitos tabágicos dos pais dos alunos em função da sua posição social ($p = 0,84$).

Em relação às mães, verifica-se que fumam no domicílio 19,3% da posição social Alta/Média Alta e 18,4% da posição social Média/Baixa e Baixas, constatando-se, à semelhança do que acontece nos

pais, que não existem diferenças significativas nos hábitos seus tabágicos, em função da sua posição social ($p = 0,86$).

Relativamente à prevalência de pais e mães fumadores/as em função das habilitações literárias, constata-se que estas não são estatisticamente significativas, tanto para os homens como para as mulheres, podendo-se realçar, no entanto, que nos homens a maior prevalência de fumadores ocorre nos que têm habilitações literárias inferiores ou iguais ao 9.º ano (25,3%) enquanto que as mulheres com este nível de escolaridade são as que registam uma prevalência mais baixa de fumadores (3,2%).

Podemos constatar pelos dados da Tabela 5, que a prevalência de fumadores é menor nos pais/mães que têm uma opinião desfavorável relativamente ao consumo de tabaco (25,6% e 14,5%, respectivamente) do que naqueles que demonstram uma opinião favorável ao consumo de tabaco (30,8% e 33,4%, respectivamente), sendo estas diferenças estatisticamente significativas em ambos os sexos: $p < 0,0001$ (pais) e $p = 0,05$ (mães).

TABELA 4
Prevalência de pais e mães fumadores/as em função das habilitações literárias

Habilitações Literárias	(N=240)				(N=268)			
	n	Pai Fumador			n	Mãe Fumadora		
		%	IC (95%)	f		%	IC (95%)	f
≤9.º Ano	(79)	25,3	(16,2-36,4)	20	(93)	3,2	(0,7-9,1)	3
Ensino Secundário	(121)	19,0	(12,4-27,1)	23	(108)	12,0	(6,6-19,7)	13
Ensino Superior	(40)	20,0	(9,1-35,6)	8	(67)	10,4	(4,3-20,3)	7
			<i>p=0,56</i>				<i>p=0,07</i>	

TABELA 5
Prevalência de pais e mães fumadores/as em função das opiniões (englobadas) sobre tabagismo activo e passivo

Opinião	(N=243)				(N=271)			
	n	Pai Fumador			n	Mãe Fumadora		
		%	IC (95%)	f		%	IC (95%)	f
Desfavorável	(129)	25,6	(18,3-34,0)	33	(129)	14,5	(9,5-20,7)	24
Intermédia	(101)	54,5	(44,2-64,4)	55	(101)	24,7	(16,4-34,8)	23
Favorável	(13)	30,8	(9,1-61,4)	4	(13)	33,4	(9,9-65,1)	4
			<i>p<0,0001</i>				<i>p=0,05</i>	

Frequência com que os pais e as mães, fumam na presença dos filhos

Podemos observar pelos dados da Tabela 6 que 52,0% das mães e 57,6% dos pais fumadores/as responderam que fumavam diária ou ocasionalmente na presença dos filhos/as, não sendo estatisticamente significativas as diferenças entre estes.

Prevalência de pais/mães que fumam no domicílio

Com base nos dados da Tabela 7, podemos constatar que 8,7% das mães e 21,3% dos pais fumam diária ou ocasionalmente no domicílio. Podemos verificar ainda que em 4,6% dos domicílios fumam o pai e a mãe, ou seja, uma percentagem apreciável das crianças deste estudo está exposta diária ou ocasio-

nalmente ao fumo passivo no domicílio, por ambos os pais. Por último, podemos constatar que 23,4% dos domicílios têm pelo menos um dos progenitores a fumar no domicílio. Face a estes dados, podemos inferir que 23,4% das crianças deste estudo estão expostas diária ou ocasionalmente ao fumo passivo em casa pelo facto de os pais/mães fumarem no seu interior.

Entre as mães fumadoras (N=41), 31,7% fumam diariamente e 19,5% fumam ocasionalmente no domicílio. Nos pais fumadores (N=91), 35,1% fuma diariamente no domicílio e 20,9% fá-lo ocasionalmente (Tabela 8).

Podemos constatar que cerca de 51,2% das mães fumadoras fumam diária ou ocasionalmente em casa, e o mesmo acontece com 56% dos pais. São,

TABELA 6
Frequência com que fuma na presença do filho (N=142)

Familiar	n	Fuma diariamente			Fuma ocasionalmente			Não fuma		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Mãe	(50)	22,0	(11,5-36,0)	11	30,0	(17,9-44,6)	15	48,0	(33,7-62,6)	24
Pai	(92)	19,6	(12,0-29,1)	18	38,0	(28,1-48,8)	35	42,4	(32,1-53,1)	39
Total	(142)	20,4	(14,1-28,0)	29	35,2	(27,4-43,7)	50	44,4	(36,0-53,0)	63

$p=0,63$

TABELA 7
Prevalência de pais/mães que fumam no domicílio (N=478)

Familiar	n	Fuma diariamente no domicílio			Fuma ocasionalmente no domicílio			Não fuma no domicílio/ não fumador/a		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Mãe	(239)	5,4	(2,9-9,1)	13	3,3	(1,5-6,5)	8	91,3	(86,9-94,5)	218
Pai	(239)	13,4	(9,3-18,4)	32	7,9	(4,9-12,1)	19	78,7	(73,0-83,7)	188
Mãe e Pai	(239)	3,3	(1,5-6,5)	8	1,3	(0,3-3,6)	3	95,4	(91,9-97,7)	228
Mãe e/ou Pai	(239)	15,5	(11,1-20,7)	37	7,9	(4,9-12,1)	19	76,6	(70,7-81,8)	183

TABELA 8
Prevalência de pais e mães fumadores que fumam no domicílio (N=132)

Familiar	n	Fuma diariamente no domicílio			Fuma ocasionalmente no domicílio			Não fuma no domicílio		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Mãe	(41)	31,7	(18,1-48,1)	13	19,5	(8,8-34,9)	8	48,8	(32,9-64,9)	20
Pai	(91)	35,1	(25,4-45,9)	32	20,9	(13,1-30,7)	19	44,0	(35,6-54,8)	40
Mãe e Pai	(104)	7,7	(4,0-15,8)	8	2,9	(0,6-8,2)	3	89,4	(81,7-94,6)	93
Mãe e/ou Pai	(104)	35,6	(26,4-45,6)	37	18,3	(11,4-27,1)	19	46,1	(36,3-56,2)	48

TABELA 9
Local no domicílio onde costuma fumar (N=76)

Familiar	n	Apenas numa divisão			Em duas ou mais divisões		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Mãe	(25)	68,0	(46,5-85,1)	17	32,0	(14,9-53,5)	8
Pai	(51)	72,5	(58,3-84,1)	37	27,5	(15,9-41,7)	14
Total	(76)	71,1	(59,5-80,9)	54	28,9	(19,1-40,5)	22

$p=0,68$

por isso, muito elevadas as percentagens de pais fumadores que fumam em casa, pondo em risco, conforme já foi referido, a saúde dos filhos, e constituindo um mau modelo para estes.

Verifica-se pela Tabela 9 que 68% das mães e 72,5% dos pais responderam que quando fumavam, o faziam em apenas uma divisão. As divisões onde as mães afirmam que fumam são: a cozinha (19), a sala de estar (5) e a sala de jantar (4). Quanto aos pais, 23 pais afirmam que fumam na cozinha, 22 na sala de estar, 10 na casa de banho, 7 na sala de jantar, 2 afirmam que fumam em todas as divisões e 1 no quarto.

Relação entre os hábitos tabágicos dos pais e mães no domicílio e a sua posição social, habilitações literárias e opiniões em relação ao tabaco

Os dados do estudo revelam que 55,2% dos pais da posição social Alta/Média Alta e 55,9% da posição social Média/Baixa e Baixas fumam no domicílio, não se verificando diferenças significativas nos hábitos tabágicos dos pais dos alunos em função da sua posição social ($p=0,94$). Em relação às mães, constata-se que fumam no domicílio 44,8% das mães pertencentes à posição social Alta/Média Alta e 44,1% das que pertencem à posição social Média/Baixa e Baixas, constatando-se igualmente que não existem diferenças significativas nos seus hábitos tabágicos em função da posição social ($p=0,92$).

Ao compararmos os resultados obtidos com o estudo realizado por Precioso *et al.* (2005), verificamos que existem semelhanças, ou seja, no estudo realizado por Precioso *et al.* (2005), também se verificou que não há diferenças estatisticamente

significativas nos hábitos tabágicos praticados no domicílio em função da posição social ($p>0,05$).

Foi possível constatar também que não existem diferenças significativas ($p=0,89$) nos hábitos tabágicos dos pais e das mães, em função das suas habilitações literárias. Podemos constatar, pelos dados da Tabela 10, que a prevalência de pais e de mães fumadores/as que fumam no domicílio é menor nos pais e nas mães que têm uma opinião desfavorável relativamente ao consumo de tabaco (do que no grupo dos que têm uma opinião favorável ao consumo de tabaco, sendo estas diferenças estatisticamente significativas nos pais ($p=0,02$).

Motivação para Deixar de Fumar

Através da análise da Tabela 11, constata-se que 36,4% da mães e 31,4% dos pais declaram estar dispostos a deixar de fumar no domicílio se os filhos lhes pedirem.

CONCLUSÕES

a) Hábitos Tabágicos dos Pais

Constata-se que 16,6% das mães fumam diariamente e 2,2% fazem-no ocasionalmente. Quanto aos pais, verifica-se que 35,0% fumam diariamente e 2,9% ocasionalmente, sendo as diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros ($p<0,0001$). O hábito de fumar é mais frequente nos homens do que nas mulheres da amostra, o que está de acordo com todos os estudos efectuados na população portuguesa. Embora a prevalência de pais fumadores diários nos elementos da amostra seja menor que a registada no último Inquérito Nacional de Saúde

TABELA 10

Prevalência de pais e mães fumadores/as no domicílio em função das opiniões (englobadas) sobre tabagismo activo e passivo rever percentagens e acrescentar os valores na descrição

Opinião	n	(N=91)			(N=50)		
		Pai fumador no domicílio			Mãe fumadora no domicílio		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Desfavorável	(33)	39,4	(22,9-57,9)	13	45,8	(25,6-67,2)	11
Intermédia	(54)	63,0	(48,7-75,7)	34	56,5	(34,5-76,8)	13
Favorável	(4)	100,0	(39,8-100,0)	4	66,7	(9,4-99,2)	2
$p=0,02$				$p=0,67$			

TABELA 11

Pais e mães que estão dispostos a parar de fumar em casa, a pedido dos filhos (N=73)

Familiar	n	Sim			Não			Talvez		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Mãe	(22)	36,4	(17,2-59,3)	8	13,6	(2,9-34,9)	3	50,0	(28,2-71,8)	11
Pai	(51)	31,4	(19,1-45,9)	16	9,8	(3,3-21,4)	5	58,8	(44,2-72,4)	30

$p=0,77$

para a mesma faixa etária (INE, 2007), podemos, apesar disso, considerar que é elevada e preocupante a percentagem de mães e pais dos alunos da amostra que fumam diária ou ocasionalmente.

Quanto ao número de cigarros consumidos diariamente, verifica-se que 41,2% das mães fumadoras apresentam consumos entre onze a vinte cigarros e apenas 2,0% das mães fumam mais de vinte cigarros/dia. No que diz respeito ao número de cigarros fumados diariamente pelos pais fumadores, 46,1% consomem entre onze a vinte cigarros, e 18,7% apresentam um consumo diário de cigarros superior a vinte cigarros, existindo diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros ($p<0,005$). Constatata-se que os homens fumam em maior percentagem e maior quantidade do que as mulheres, o que também está de acordo com os dados do INS de 2006.

b) Factores sócio-demográficos relacionados com o consumo de tabaco

Não havendo diferenças estatisticamente significativas no consumo de tabaco em função da posição

social e das habilitações literárias dos pais/mães, verifica-se que o grupo dos pais (apenas pai) com habilitações literárias inferiores ou iguais ao 9.º ano regista uma maior prevalência de fumadores, acontecendo o contrário relativamente às mães.

c) Hábitos tabágicos dos pais no domicílio

Constatamos que em 23,4% dos domicílios existe pelo menos um dos progenitores a fumar diária ou ocasionalmente em casa, ou seja, podemos inferir que 23,4% das crianças deste estudo estão expostas diária ou ocasionalmente ao fumo passivo em casa pelo facto dos pais/mães fumarem no seu interior. (Podemos ainda admitir que haja uma percentagem muito mais elevada de crianças expostas, pois estudos anteriores, revelam que para além dos pais há outros conviventes (irmãos, tios, avós, etc.) que fumam em casa (Precioso *et al.*, 2005)).

Constata-se que cerca de 51,2% das mães fumadoras, fumam diária ou ocasionalmente em casa e que o mesmo acontece com 56% dos pais, constituindo

uma fonte de contágio indirecta, além do modelo negativo de saúde que é transmitido.

d) Factores sócio-demográficos relacionados com o consumo de tabaco no domicílio

Constata-se que não existem diferenças significativas nos hábitos tabágicos no domicílio em função da posição social ou das habilitações literárias, tendo-se verificado o mesmo em relação ao consumo de tabaco, no quotidiano.

e) Representações dos pais/mães sobre o tabagismo passivo e activo

Verifica-se que a prevalência de fumadores é significativamente maior nas pessoas que têm uma opinião favorável relativamente ao consumo de tabaco, do que no grupo das pessoas que têm opinião desfavorável ao consumo de tabaco, registando-se estas diferenças em ambos os sexos. Este dado é muito importante, pois, ainda que esteja claramente demonstrado que possuir informação acerca dos riscos do consumo de tabaco não é um factor suficiente para evitar o consumo de tabaco, podemos concluir que possui um efeito atenuante muito significativo. Assim, a promoção do desenvolvimento de opiniões e atitudes desfavoráveis relativamente ao consumo de tabaco deve ser parte integrante em todos os esforços preventivos.

Constata-se ainda que 36,4% das mães e 31,4% dos pais declaram estar dispostos a deixar de fumar se os filhos lhes pedirem, o que significa que se os professores convencerem os alunos/filhos a persuadir os pais a parar de fumar, estes provavelmente acatarão as recomendações dos filhos.

IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

O papel da escola na protecção das crianças em relação ao fumo ambiental do tabaco

A Lei 37/2007 de 14 de Agosto, que entrou em vigor a 1 de Janeiro de 2008, veio proteger os não fumadores da exposição ao fumo ambiental do tabaco nos locais de trabalho e nos locais públicos. No entanto, é preciso ir mais longe e desenvolver um conjunto de medidas legislativas, educativas, terapêuticas, entre outras, para proteger as crianças dos efeitos perniciosos do FAT. Todos os órgãos ou instituições que acolhem crianças, todos os profis-

sionais de saúde, os professores, educadores, pais, entre outros, devem fazer esforços para reduzir a exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco em qualquer lugar e em particular no domicílio. É urgente sensibilizar os pais fumadores para que pelo menos não fumem dentro de casa e não permitam que os outros o façam. A ideia/o objectivo é tornar os domicílios locais 100% livres de fumo. Uma forma de sensibilizar os pais é através dos próprios filhos. Através da organização de reuniões, acções promovidas na escola, através dos jornais escolares, entre outros, deve ser passada a mensagem de que os pais “*não devem fumar pelo menos na presença dos filhos, jamais o devem fazer em casa pelos prejuízos que causam aos conviventes e às crianças em particular e que devem ter uma atitude negativa em relação ao possível consumo pelos filhos*” (Precioso *et al.*, 2007, p. 265). Os professores devem incentivar as Associações de Pais a terem também elas próprias um papel preponderante na promoção da saúde dos alunos/filhos.

Um projecto promissor, é o **Programa Domicílios Livres de Fumo**, que tem como principal objectivo proteger as crianças do fumo ambiental do tabaco, promovendo a criação de domicílios livres de fumo. No fundo, trata-se de capacitar os alunos a protegerem-se desta agressão fazendo com que sejam capazes de persuadir os pais a não fumarem e/ou permitirem que se fume em casa. As estratégias que os professores deverão desenvolver com as crianças na sala de aula são as seguintes:

1. Pequena abordagem ao problema do fumo activo e passivo (forneceremos aos professores uma apresentação sobre o tema);
2. Elaboração de pequenos trabalhos (cartas, desdobráveis, ou fundamentalmente um dístico de não fumador...) para a escola enviar aos pais fumadores;
3. Exercícios de *role-playing*, nos quais um aluno representa o papel de criança e outro (ou o professor/a) de pai. A criança tenta convencer o pai a não fumar em casa;
4. Envio de um desdobrável sobre fumo activo e passivo aos pais;
5. Assinatura de uma declaração entre pai e filho, em que o primeiro se compromete com a criação de um domicílio sem fumo.

O papel dos profissionais de saúde na protecção das crianças em relação ao fumo ambiental do tabaco

Segundo Precioso e colaboradores (2007, p. 265), os profissionais de saúde “*devem convencer os pais a deixar de fumar pelos seguintes motivos: a) para não prejudicarem a sua e a saúde dos filhos no caso de fumarem em casa; b) para deixarem de constituir um mau exemplo para os filhos; c) para terem maior autoridade para recomendar a adopção de comportamentos saudáveis, em geral, e de não fumar em particular; d) para criarem um ambiente de apoio, passivo e activo, às acções de prevenção anti-tabágicas desenvolvidas na escola; e) para melhorarem o rendimento económico do agregado familiar*”.

Os profissionais de saúde, em particular os médicos de família, os médicos de medicina no trabalho, os pediatras, os pneumologistas, os ginecologistas e os enfermeiros devem actuar na prevenção do tabagismo e na promoção da saúde, pois têm contacto com pais e adolescentes com alguma frequência e podem exercer o seu papel de educadores.

Os profissionais de saúde têm tido um papel fundamental no controlo de alguns factores de risco como a hipertensão, a obesidade e as dislipidémias,

entre outras. Devem começar/continuar a agir na prevenção e tratamento do tabagismo. Conforme está explícito no Quadro 1, os profissionais de saúde terão que delinear estratégias/intervenções nos três níveis de prevenção: prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária terá como principal objectivo a *promoção da saúde* objectivando medidas de protecção específicas destinadas a crianças e adolescentes, mas abrangendo a população em geral. A prevenção secundária é dirigida aos fumadores e tem como principal objectivo o *diagnóstico precoce* e o tratamento imediato. A prevenção terciária é igualmente dirigida aos fumadores e tem como principal objectivo o *tratamento e a reabilitação*, analisando as limitações e incapacidades do fumador (Pestana *et al.*, 2006).

Na cessação tabágica distinguem-se três tipos de intervenção, conforme está descrito no Quadro 1: a **Intervenção Breve** e a **Intervenção Mínima**, que deverão ser realizadas por todos os profissionais de saúde que lidam directamente com utentes fumadores, e a **Intervenção Intensiva**, que terá que ser realizada por profissionais de saúde especializados na área da cessação tabágica e direccionada estritamente a fumadores que recorrem a este tipo de ajuda voluntariamente (“*alguém treinado para fornecer suporte científico [...] não necessita de ser médico, mas não*

QUADRO 1
Modos de intervenção nos níveis de prevenção

MODOS DE INTERVENÇÃO		
Prevenção Primária	Prevenção Secundária	Prevenção Terciária
Promoção da Saúde Medidas de protecção específica	Diagnóstico Precoce Tratamento imediato	Tratamento e Reabilitação Limitação da incapacidade
<i>Destinada a crianças e adolescentes</i> - evitar o início dos hábitos tabágicos - evitar o aparecimento do problema - promover estilos de vida saudáveis - reduzir/eliminar as condições ou factores do meio que se associem ao aparecimento do problema - promover acções e comportamentos tendo em vista evitar o aparecimento do problema	<i>Destina-se aos fumadores</i> - diminuir a prevalência do hábito tabágico e das doenças relacionadas com esse hábito (factor de risco). Inclui-se aqui o aconselhamento médico, a intervenção breve/mínima e o tratamento farmacológico - reduzir a duração da perturbação - detectar precocemente o comportamento de risco relacionado com o problema, tendo como objectivo a sua mudança.	<i>Destina-se aos fumadores</i> - incitar os fumadores a procurarem os os meios para se libertarem desta adicção - promover programas de desabilitação tabágica - reduzir as consequências dos efeitos do problema - promover uma prevenção de recaída

Fonte: Pestana *et al.* (2006), p. 253.

QUADRO 2
Tipos de Intervenção: Mínima/Breve e Intensiva

TIPO DE INTERVENÇÃO	MÍNIMA/BREVE	INTENSIVA
Alvo	Todos os fumadores	Apenas fumadores motivados
Tempo/Alvo	Rápida 3 a 10 minutos / Todos os os fumadores que recorrem ao SNS	Demorada (>20 minutos) e múltiplas intervenções /Alguns fumadores (menos abrangente)
Consulta	Enquadrada em todas as visitas (mínimo 1x ano)	Especializada
Condições	Sem	Fumadores motivados ou em evicção recente
Quem executa?	Todos os profissionais de saúde	Equipas especializadas: médico / enfermeiro / psicólogo
Conteúdo	2As ou 5 As, 5 Rs ou apoio na manutenção	Apoio comportamental intensivo e eventual farmacoterapia
Eficácia	2 – 3%	20 – 40%

Fonte: Pestana *et al.* (2006), p. 102.

deve fornecer este apoio de forma gratuita e integrado no seu trabalho normal, já que a evidência sugere que isso não é eficaz”) (Pestana *et al.*, 2006, p. 102).

Este tipo de intervenções consegue: reduzir o *craving*, melhorar os sintomas de privação, consolidar a auto-confiança, substituir alguns aspectos do hábito e manter a motivação para continuar a cessação. Ainda não consegue: fazer com que os fumadores queiram parar de fumar e remover todas as dificuldades e desconfortos associados à cessação tabágica. Apesar destas limitações, este tipo de intervenções ainda são consideradas as mais importantes na medicina preventiva (Pestana *et al.*, 2006).

Segundo Anderson e colaboradores (2002), citados em Pestana e cols. (2006) o algoritmo sugerido para a aplicação de uma Intervenção Breve pelos profissionais de saúde no decorrer do seu trabalho normal, é o apresentado na Figura 1.

A abordagem terapêutica segundo a estratégia dos “5As” (Aboardar, Aconselhar, Avaliar, Ajudar e Acompanhar), descrita no Quadro 6, refere-se a um tipo de mnemónica que deverá ser tida em conta pelo profissional quando realiza uma intervenção breve.

Se após a aplicação do algoritmo o fumador não manifestar vontade em parar, deve-se considerar a promoção da motivação, descrita no Quadro 4, através da mnemónica dos “5 Rs”, ou seja: **R**elevância

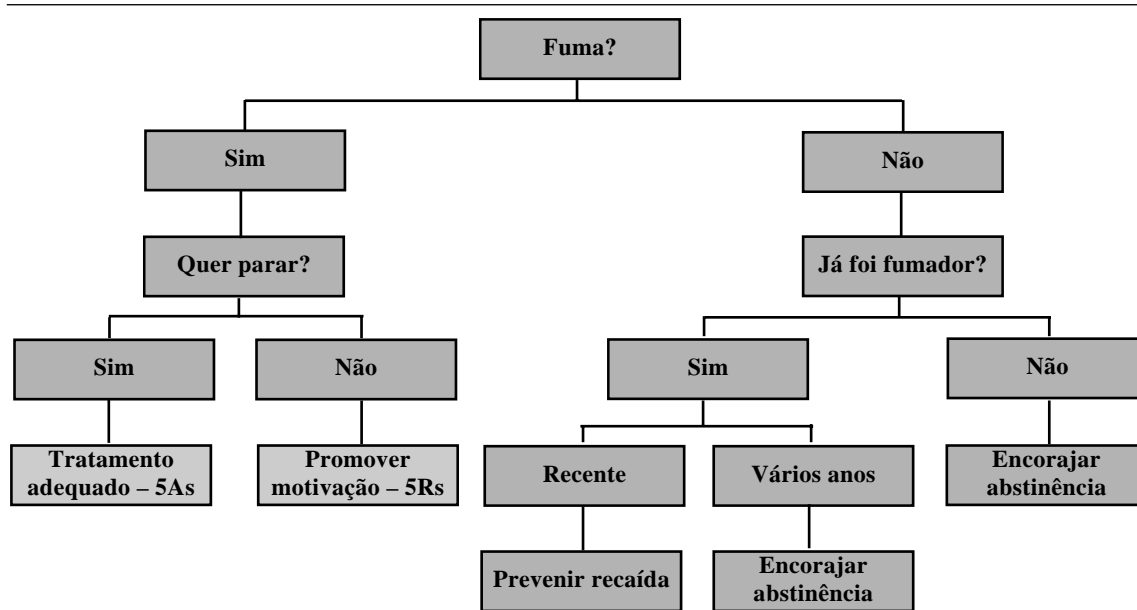
benefícios, **R**iscos em continuar, **R**ecompensas em parar, **R**esistências em parar e **R**epetição tentativas.

Por vezes, os profissionais de saúde invocam a falta de tempo para a não implementação de medidas de prevenção do tabagismo. Nesse caso, podem optar pela Intervenção Mínima. Neste tipo de intervenção recomenda-se que sejam sempre utilizados os dois primeiros “As” da Intervenção Breve.

A Intervenção Intensiva destina-se aos fumadores que apresentem os seguintes indicadores: “*dependência elevada da nicotina; uma ou mais tentativas anteriores de cessação; sintomas de privação presentes nas tentativas anteriores; início de hábitos em idade jovem (>17anos); outros fumadores conviventes; baixa confiança nas capacidades de cessação; história de depressão, disforia, alcoolismo ou outras dependências*” (Pamplona, 2006, p. 108). Este tipo de intervenção é muito vasta e requer conhecimentos especializados. Para uma abordagem mais pormenorizada recomenda-se a leitura do capítulo 6 do livro de Pestana e cols. (2006).

Se em relação ao tratamento, os profissionais de saúde já começam a desenvolver algumas iniciativas, no que se refere à prevenção o panorama parece menos animador. Embora não existam estudos aprofundados sobre a situação portuguesa, investigações efectuadas noutros países revelam que os médicos, em particular os pediatras, não

FIGURA 1
Algoritmo de abordagem – Intervenção Breve



Fonte: Anderson e cols. (2002), citados in Pestana *et al.* (2006), p. 103.

QUADRO 3
Mnemónica dos “Cinco As” (5AA)

Mnemónica dos “Cinco As” (5AA)	
Abordar hábitos	Identificar sistematicamente todos os fumadores em todas as consultas Acrescentar os hábitos tabágicos à colheita de sinais vitais
Aconselhar a parar	Incentivar fortemente todos os fumadores a parar de fumar, de modo claro (“É importante parar de fumar imediatamente, e eu posso ajudá-lo”); firme (“Deixar de fumar é a coisa mais importante que pode fazer pela sua saúde”); personalizado (informar riscos em continuar e benefícios pessoais em parar)
Avaliar motivação	Se está motivado a parar de fumar de imediato: ajudar e acompanhar Se quer participar de Intervenção Intensiva: promover ou enviar Se não quer parar, nos próximos 30 dias: fazer intervenção motivacional Se é caso especial (adolescente, grávida): considerar informação adicional
Ajudar na tentativa	Fixe data de cessação (“A partir dessa data nem uma passa”) Comunique à família e amigos pedindo compreensão e apoio Antecipe dificuldades, entre as quais sintomas de privação Remova produtos de tabaco antes de parar, evite fumar (trabalho, casa e carro)
Acompanhar evolução	Programar seguimento durante a primeira semana após parar, e outra visita no primeiro mês, programar outras em função das necessidades Felicitar o sucesso, se houve consumo rever dificuldades e incentivar renovação do compromisso, avaliar uso de terapêutica, problemas Se necessário considerar Intervenção Intensiva

Fonte: Adaptado de Anderson e cols. (2002), citados in Pestana *et al.* (2006), p. 104.

QUADRO 4
Mnemónica dos “Cinco Rs” (5RR)

Mnemónica dos “Cinco Rs” (5RR)	
Relevância benefícios	Encorajar o fumador a descrever em que medida o abandono do tabaco é relevante Informar sobre a importância para o próprio, família e sociedade, personalizando idade, sexo, doenças e outras características
Riscos em continuar	Pedir ao fumador para identificar consequências negativas potenciais do uso de tabaco Informar sobre riscos de cigarros pobres em nicotina, cigarrilhas, charuto e cachimbo Informar sobre riscos agudos, crónicos
Recompensas em parar	Pedir ao fumador para identificar os benefícios potenciais de suspender o uso de tabaco, sugerindo e esclarecendo os benefícios mais relevantes de forma personalizada
Resistências em parar	Pedir ao fumador para identificar barreiras à cessação e informar sobre as formas de tratamento (farmacoterapia, resolução de problemas: privação, aumento de peso, diminuição de prazer, medo de falhar, depressão, falta de apoio)
Repetição tentativas	A intervenção motivacional deve ser repetida em todas as consultas Informar sobre a necessidade frequente de várias tentativas até se conseguir êxito

Fonte: Adaptado de Anderson *et al.* (2002), citados in Pestana *et al.* (2006), p. 106.

têm por hábito fazer prevenção junto das crianças e dos seus pais. Por outro lado, são profissionais nos quais as pessoas depositam extrema confiança. Os profissionais de saúde servem também como modelos para a população. Torna-se decisivo que também eles adquiram hábitos de vida saudáveis para que, além dos conselhos transmitidos, também sirvam de exemplo para a comunidade. Para que seja possível a um profissional de saúde incentivar/ajudar um fumador a deixar de fumar ou motivar um jovem a manter-se não fumador, é necessário que ele próprio dê o exemplo. A sua atitude (principalmente o médico) e o seu comportamento face ao tabagismo irão influenciar consideravelmente o êxito da prevenção (Pestana *et al.*, 2006). Para além do exemplo os profissionais de saúde, devem dominar as boas práticas da prevenção e cessação tabágica (Pestana *et al.*, 2006).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CEPA: Air Resources Board (2005). Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant, acessado em 05-10-2007, <http://repositories.cdlib.org/tc/surveys/CALEPA2005>.
- INE (2006). 4.º Inquérito Nacional de Saúde - 2005/2006, acessado em 06-08-2007, http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=6487190&att_display=n&att_download=y.
- Jarvis, M. J., Goddard, E., Higgins, V., Feyerabend, C., Bryant, A., & Cook, D. G. (2000). Children's exposure to passive smoking in England since the 1980s: cotinine evidence from population surveys. *BMJ*, 321, 343-345.
- Lei n.º 37/2007 – promulgada a 14 de Agosto, no Diário da República, 1.ª série, N.º 156.
- Lieu, J., & Feinstein, A. (2002). Effect of gestational and passive smoke exposure on ear infections in children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, 147-154.
- OMS (1999). International consultation on environmental tobacco smoke and child health. Retirado da internet em 02-11-2007, http://www.who.int/tobacco/research/en/ets_report.pdf.
- Pamplona, P. (2006). Intervenção na prática clínica. In E. Pestana (Coord.), *Tabagismo do diagnóstico ao tratamento* (pp. 101-136). Lisboa: LIDEL, Edições Técnicas, Lda.
- Pestana, E. (2006). Tabagismo Passivo. In E. Pestana (Coord.), *Tabagismo do diagnóstico ao tratamento* (pp. 229-246). Lisboa: LIDEL, Edições Técnicas, Lda.
- Precioso, J., Calheiros, J., & Macedo, M. (2005). Exposición de niños a la contaminación ambiental por humo del tabaco en el domicilio. Un estudio transversal en Portugal. *Prevención del Tabaquismo*, 7 (3), 85-90.
- Precioso, J., Macedo, M., & Rebelo, L. (2007). Relação Entre o Tabagismo dos Pais e o Consumo de Tabaco dos Filhos: Implicações para a Prevenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 259-266.
- Raposo, M. S. (2006). Prevenção do Tabagismo. In E. P. Pestana (Coord.), *Tabagismo do diagnóstico ao tratamento* (pp. 247-266). Lisboa: LIDEL, Edições Técnicas, Lda.

The GTSS Collaborative Group (2006). A cross country comparison of exposure to secondhand smoke among young. *Tobacco Control*, 14 (2), ii4-ii19.

US Department of Health and Human Services (2006). The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services - Office on Smoking and Health. Retirado da Internet em 12-07-2007, <http://www.cdc.gov/tobacco/datastatistics/sgr/sgr2006/index.htm>.

RESUMO

A evidência de que a exposição ao Fumo Ambiental do Tabaco (FAT) é prejudicial para a saúde, em todas as fases da vida do ser humano, particularmente na infância, é consistente, robusta e consensual. Os principais responsáveis pela exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco no domicílio são os pais. Os objectivos deste artigo são: 1) Caracterizar os hábitos tabágicos dos pais/mães dos alunos; 2) Determinar a prevalência de pais/mães, que fumam no domicílio; 3) Identificar alguns factores sócio-demográficos relacionados com o consumo de tabaco no domicílio; 4) Relacionar as opiniões dos pais/mães da amostra, relativamente ao tabagismo activo e passivo, com os hábitos tabágicos. O estudo realizou-se no final do ano lectivo de 2006/2007, consistindo na aplicação de um questionário anónimo de auto preenchimento a uma amostra constituída por um total de 515 pais (272 mães e 243 pais), de alunos com idades entre sete e dez anos. São elevadas as percentagens de pais fumadores que fumam em casa, pondo em risco a sua saúde e dos conviventes, especialmente a dos seus filhos. Este estudo mostra a

necessidade de todos os que lidam com pais fumadores ajam, no sentido de proteger as crianças desta agressão.

Palavras-chave: Fumo passivo, protecção das crianças, prevenção do tabagismo, promoção e educação para a saúde.

ABSTRACT

The evidence that exposure to Environmental Tobacco Smoke (ETS) is health damaging, in all stages of human life, particularly during childhood, is consistent, strong and has consensus. The main responsible for child exposure to environmental tobacco smoke at home are the parents. The goals of this paper are: 1) To determine the prevalence of the sample students' fathers/mothers who smoke at home; 2) To identify some social-demographical factors related to tobacco consumption by the students' fathers/mothers, at home; 3) To relate fathers/mothers' opinion regarding active and passive smoking with their tobacco consumption. The study took place in the end of the 2006/2007 school year, consisting on the application of a self-filling anonymous questionnaire to a sample of 515 parents (272 mothers and 243 fathers), parents of students aged between seven and ten years old. The main conclusion that can be drawn from this study is that there is a high percentage of smoking parents who smoke at home, putting their health and the health of the ones who live with them at risk, especially their children. This study shows the need for everyone who deals with smoking parents (paediatricians, family doctors, teachers, etc.) to act accordingly to protect children from this aggression. Implications for action are discussed.

Key words: Passive smoking, children protection, tobacco smoking prevention, health promotion and education.