

Políticas de Controlo do Tabaco: Atitudes da População Portuguesa

Ana Teresa Henriques Morais

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Mestrado Integrado)

Orientador: Prof. Doutora Sofia Belo Ravara
Co-orientador: Prof. Doutor Hilson Cunha Filho

maio de 2022

Dedicatória

Ao João,

Que nunca te canses de lutar pelos teus sonhos.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos meus pais, por sempre terem acreditado em mim, por me permitirem chegar tão longe quanto os meus sonhos exigiram. Obrigada por me terem ensinado a voar.

Aos meus orientadores, Professora Doutora Sofia Ravara e Professor Doutor Hilson Cunha Filho, por terem aceitado acompanhar-me ao longo desta etapa, pela permanente disponibilidade e dedicação, por me terem dado todas as ferramentas que me permitiram concluir esta dissertação, um sincero obrigada.

Ao Manuel Morais, que nunca teve medo de trabalhar para que os filhos e os netos pudessem ir mais além, que nunca tem medo de demonstrar o seu carinho e apreço por aqueles que ama. Tu também fazes parte do meu percurso, obrigada por tudo.

Ao Carlos Morais, por seres uma inspiração, um exemplo de força e determinação, sempre pronto a resolver todas as minhas dúvidas existenciais ou simplesmente a partilhar uma chávena de chá. Obrigada por estares sempre presente.

Aos meus tios, Fátima e Anselmo, por me mostrarem todos os dias que a família é um dos bens mais preciosos que temos, por acreditarem em mim e estarem presentes em todos os momentos.

À Rita e à Daniela, companheiras desta longa caminhada, irmãs que a vida me deu. Juntas tornamos a sonho realidade.

Resumo

Introdução: A opinião das populações tem uma considerável influência sobre o sucesso das políticas públicas, tanto ao nível do planeamento e implementação, como da sua aprovação por parte da sociedade e, conseqüentemente, alteração das normas sociais e comportamentais. Neste sentido, aquando revisão e/ou introdução de políticas em saúde, torna-se imperativo avaliar a literacia e atitudes da população relativamente à matéria sobre a qual se pretende intervir.

Objetivos: Avaliar as atitudes da população portuguesa face às políticas de controlo de tabaco e os fatores que as influenciam.

Metodologia: Estudo observacional transversal analítico, com base em questionários aplicados através de entrevista telefónica no período compreendido entre junho e julho de 2012, a uma amostra estratificada e aleatória da população portuguesa residente em Portugal continental. A análise estatística dos dados foi realizada com recurso a testes de independência de Qui-quadrado, para pesquisa de associação entre a concordância com as políticas de controlo de tabaco e as características sociodemográficas, comportamento tabágico e exposição ao FAT; e regressão logística binária para avaliação dos fatores que influenciam esta concordância.

Resultados: A amostra compreende 1002 indivíduos (taxa de colaboração de 96%); a maioria do sexo feminino; com idade média de 46,5 ±17,9 anos; 57% não fumadores, 20,9% ex-fumadores e 22,2% fumadores. Verificou-se que a maioria dos entrevistados concorda com a implementação da legislação de controlo do tabaco: 90,8% com a proibição de fumar em carros privados, na presença de crianças; 86,1 com a proibição de fumar em espaços públicos fechados; 66,3% com o aumento do preço do tabaco; 65,9% com a implementação de advertências gráficas de saúde; 62,8% com a proibição da promoção e exposição das montras de tabaco; e 59% com a implementação de *plain packaging*. O apoio à implementação destas medidas é superior entre não fumadores, mulheres, pessoas com menor exposição ao FAT ou na faixa etária >45 anos. Contudo, o único fator que consistentemente demonstrou influenciar a concordância face à imposição desta legislação, foi ser não fumador.

Conclusão: A população portuguesa concorda consistentemente com a implementação da legislação de controlo do tabaco, em especial com as políticas *smoke-free*. Esta evidência suporta a formulação e implementação de políticas abrangentes de controlo do tabaco em Portugal, de forma a melhorar os resultados de saúde a curto e longo prazo.

Palavras-chave

Políticas de controlo do tabaco; Políticas *Smoke-free*; Saúde Pública; Atitudes da população.

Abstract

Introduction: The population's opinions have a considerable influence on the success of the public policies, both when it comes to planning and implementation of, as well as their approval by society and, consequently, changing social norms and behaviors. When health policies are reviewed and/or introduced, it becomes essential to evaluate the literacy and attitudes of the population about the subjects in which we intend to intervene.

Goals: To evaluate the attitudes of the Portuguese population in relation to tobacco control policies and the influencing factors.

Methods: An observational, cross-sectional, analytical study, based on questionnaires applied through telephonic interviews between June and July of 2012, to a stratified and randomized sample of the Portuguese population residing on the mainland. The statistical analysis was achieved through independence Chi-Square tests to investigate the associations between agreeing with the tobacco control policies and the socio-demographic characteristics, smoking behavior, and exposure to environmental tobacco smoke (ETS); and through binary logistic regressions, to evaluate the factors which influenced the referred agreeance.

Results: The sample is composed of 1002 individuals (with a cooperation rate of 96%); the majority are female, with an average age of $46,5 \pm 17,9$ years; 57% are non-smokers; 20,9% are former smokers, and 22,2% are smokers. We concluded that most of the interviewees agree with the implementation of tobacco control legislation: 90,8% with a smoking ban in private cars when children are present; 86,1% with the smoking ban in indoor public places; 66,3% with the increase in tobacco prices; 65,9% with the implementation of graphic health warnings; 62,8% with the ban on advertising and tobacco displays; and 59% with the implementation of plain packaging. The support for these measures is higher amongst non-smokers, women, people less exposed to ETS, or above the age of 45. However, the only factor that consistently showed to influence the agreement with these policies was being a non-smoker.

Conclusions: The Portuguese population agrees consistently with the implementation of tobacco control legislation, especially smoke-free policies. This evidence supports the development and implementation of comprehensive tobacco control policies in Portugal, to improve the outcomes in health in the short and long term.

Keywords

Tobacco control policies; *Smoke-free* policies; Public Health Public attitudes.

Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Palavras-chave	viii
Abstract.....	ix
Keywords	x
Índice	xi
Lista de Tabelas	xiii
Lista de Acrónimos	xv
1. Introdução	1
Objetivos Gerais	5
Objetivos Específicos	5
2. Material e Métodos.....	7
2.1. Tipo de estudo.....	7
2.2. População e Amostra.....	7
2.3. Método de recolha dos dados.....	7
2.4. Análise de dados e Métodos estatísticos	9
2.4.1. Tratamento Estatístico dos Dados.....	9
2.4.2. Descrição e Recodificação das Variáveis	10
2.5. Considerações éticas e legais.....	13
3. Resultados	15
3.1. Caracterização Sociodemográfica	15
3.2. Comportamento Tabágico.....	15
3.3. Exposição ao FAT.....	16
3.4. Atitudes da população portuguesa relativamente às políticas de controlo de tabaco.....	16
3.4.1. Proibição total de fumar em todos os espaços públicos fechados	17
3.4.2. Proibição de fumar em carros privados, na presença de crianças.....	18
3.4.3. Aumentar significativamente o preço do tabaco	19
3.4.4. Implementação de advertências de saúde gráficas nas embalagens de tabaco.....	20
3.4.5. Implementação do <i>plain packaging</i>	21
3.4.6. Proibição da promoção e exposição das montras tabaco	22

3.5. Associação entre o comportamento tabágico e a concordância com as políticas de controlo do tabaco	23
3.6. Fatores que influenciam as atitudes da população portuguesa face às políticas de controlo de tabaco.....	25
3.6.1. Proibição total de fumar em todos os espaços públicos fechados	25
3.6.2. Proibição de fumar em carros privados, na presença de crianças	25
3.6.3. Aumentar significativamente o preço do tabaco.....	26
3.6.4. Implementação de advertências de saúde gráficas nas embalagens de tabaco.....	27
3.6.5. Implementação do <i>plain packaging</i>	27
3.6.6. Proibição da promoção e exposição das montras tabaco.....	28
4. Discussão	29
5. Conclusão.....	33
6. Bibliografia.....	35
7. Anexo	37
Anexo 1: Questionário	37

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Descrição das questões analisadas.....	7
Tabela 2 – Descrição e recodificação das variáveis independentes.....	10
Tabela 3 – Descrição e recodificação das variáveis dependentes.....	11
Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica da amostra.....	13
Tabela 5 – Comportamento Tabágico.....	13
Tabela 6 – Exposição semanal ao FAT.....	14
Tabela 7 – Atitudes relativas à proibição total de fumar em todos os espaços públicos fechados.....	15
Tabela 8 – Atitudes relativas à proibição de fumar em carros privados, na presença de crianças.....	16
Tabela 9 – Atitudes relativas ao aumento do preço do tabaco.....	17
Tabela 10 – Atitudes relativas à implementação de advertências de saúde gráficas nas embalagens de tabaco.....	18
Tabela 11 – Atitudes relativas à implementação de <i>plain packaging</i>	19
Tabela 12 – Atitudes relativas à proibição da promoção e exposição das montras de tabaco.....	20
Tabela 13 – Análise da associação entre o comportamento tabágico e a concordância com as políticas de controlo do tabaco.....	22
Tabela 14 – Modelo de regressão logística binária para a concordância com proibição total de fumar em espaços fechados.....	23
Tabela 15 – Modelo de regressão logística binária para a concordância com proibição de fumar em carros privados, na presença de crianças.....	24
Tabela 16 – Modelo de regressão logística binária para a concordância com o aumento do preço do tabaco.....	24
Tabela 17 – Modelo de regressão logística binária para a concordância com a implementação de advertências de saúde gráficas nas embalagens de tabaco.....	25
Tabela 18 – Modelo de regressão logística binária para a concordância com a implementação de <i>plain packaging</i>	26
Tabela 19 – Modelo de regressão logística binária para a concordância com a proibição da promoção e exposição das montras de cigarros e/ou tabaco.....	26

Lista de Acrónimos

APODEMO	Associação Portuguesa de Empresas de Estudos de Mercado e Opinião
CATI	<i>Computer-assisted telephonic interview</i>
CQCT	Convenção Quadro para o Controlo do Tabagismo
ENSP/NOVA	Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa
ETS	<i>Environmental tobacco smoke</i>
FAT	Fumo ambiental de Tabaco
IC	Intervalo de Confiança
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UBI	Universidade da Beira Interior

1. Introdução

O consumo de tabaco constitui o principal fator de risco de saúde evitável e causa de morte prematura nos países da União Europeia, sendo responsável por 700.000 mortes por ano (1). Segundo o Eurobarómetro de 2021, 21% da população portuguesa é atualmente fumadora, 15% são ex-fumadores e 64% nunca fumou (2).

A Convenção-Quadro de Controlo de Tabaco (CQCT) da Organização Mundial da Saúde (OMS), constitui um tratado internacional, sustentado em evidência científica, que fornece aos países membros um pacote de medidas reguladoras a serem implementadas, com vista à redução da prevalência do consumo e da exposição ao fumo ambiental de tabaco (FAT). Em vigor desde 2005, conta já com 182 países, cobrindo 90% da população mundial (3).

Portugal ratificou a CQCT, enquanto estado membro da União Europeia, a 30 de junho de 2005 e, enquanto país membro da Região Europeia da OMS, a 8 novembro de 2005 (4) e, na sua sequência, aprovou a primeira lei sobre o controlo do tabaco em agosto de 2007 (Lei nº 37/2007) que conta já com duas alterações, tendo a mais recente entrado em vigor a 1 de janeiro de 2018 (Lei nº 63/2017).

Em 2008, a OMS desenvolveu o plano MPOWER (3,5), um pacote de seis medidas-chave no controlo da epidemia tabágica, para auxiliar os países na implementação das medidas preconizadas pela CQCT:

- M - *Monitor*: monitorização dos padrões e tendências de consumo e exposição ao FAT, do impacto das políticas e intervenções implementadas, assim como, das atividades da indústria tabaqueira;
- P - *Protect*: proteção contra a exposição ao FAT através da implementação de políticas *smoke-free*.
- O - *Offer*: oferecer ajuda para a cessação tabágica através de aconselhamento profissional e tratamento farmacológico.
- W - *Warn*: Informar acerca dos perigos do tabaco através de advertências gráficas de saúde nas embalagens destes produtos e campanhas publicitárias nos *mass media*.
- E - *Enforce*: Impor proibições sobre a publicidade, promoção e patrocínio do tabaco.
- R - *Raise*: Aumentar os impostos sobre os produtos de tabaco, assegurando que estes são ajustados periodicamente às taxas de inflação.

Das diversas políticas governamentais passíveis de aplicação, o aumento dos impostos e as políticas *smoke-free* são as que revelaram maior eficácia no controlo do tabagismo (6).

A adoção de legislação *smoke-free* encontra-se consistentemente associada a uma redução do consumo de tabaco, da exposição ao FAT e resultados adversos de saúde (6). É importante sublinhar o efeito das políticas *smoke-free* na desnormalização do tabagismo na população geral, ou seja, na diminuição da aceitação social do uso do tabaco. Sendo descrito como “todos os programas e ações realizados com a intenção de reforçar que o uso de tabaco não é uma atividade dominante ou normal na nossa sociedade” (7), estas políticas vão induzir uma alteração da perceção pública acerca do tabagismo e uma modificação de comportamentos, normas sociais e cultura organizacional (8).

Acresce que, uma vez implementadas, estas políticas têm o potencial de gerar e amplificar o apoio da população, incluindo por parte dos fumadores (9). Após experienciarem os seus benefícios, tanto não fumadores, como ex-fumadores e fumadores, revelam uma preferência por ambientes livres do fumo de tabaco e um reduzido apoio à manutenção de áreas reservadas para fumar nos espaços públicos e privados (8).

De forma idêntica, as restantes medidas MPOWER demonstraram também serem eficazes: o aumento do preço do tabaco, mediante o aumento consistente dos impostos sobre este, conduz a uma diminuição da prevalência do tabagismo. Relativamente ao impacto direto das restrições de publicidade e promoção, as evidências são mais limitadas, contudo o papel destas na iniciação do consumo encontra-se bem estabelecido, pelo que esta medida assume elevada importância (6,10). As campanhas publicitárias nos *mass media* revelaram reduzir a iniciação do consumo pelos jovens e prevalência em adultos. As advertências de saúde nas embalagens de tabaco promovem o conhecimento dos malefícios do tabaco e motivam os fumadores para cessar o consumo (10).

Como seria expectável, os fumadores revelam menor concordância com as políticas *smoke-free*, em comparação com não fumadores. Estes últimos, manifestam um amplo apoio à sua implementação, tanto em espaços interiores como exteriores. Dentro do grupo dos fumadores, a recetividade a estas medidas é também substancial, sendo mais elevada para espaços interiores (75%) e superior a 50% em todos os espaços exteriores (11). Geralmente, a restrição de fumar em espaços fechados gera maior apoio pela população geral, especialmente nos locais de trabalho (não fumadores = 78.5%; fumadores = 66.5%); enquanto nos espaços exteriores, é superior para parques infantis (não fumadores = 73.8%; fumadores = 61.7%) e inferior para bares e restaurantes (não fumadores = 53%; fumadores = 29,2%) (11).

Existe também um forte apoio, tanto na população geral como entre fumadores, à aplicação de avisos gráficos de saúde em todas as embalagens de produtos de tabaco (população geral= 80,8%; fumadores = 65,2%) (12). De realçar que o aumento dos impostos sobre os produtos de tabaco, apesar de ser considerada uma das medidas de maior eficácia (6), obtém um menor apoio face a outras políticas (população geral= 60,7%; fumadores = 20.6%) (12).

Notavelmente, as políticas relacionadas à proteção de menores encontram-se associadas a uma elevada concordância, tanto por não fumadores como fumadores, nomeadamente, a interdição a fumar em parques infantis, espaços exteriores de escolas (11) e veículos com crianças em idade pré-escolar (13); aumento da idade legal mínima para compra dos produtos de tabaco para 21 anos (14) e medidas reguladoras que previnem a venda a menores (15).

Por sua vez, têm sido descritos diversos fatores que influenciam as atitudes e os comportamentos individuais relativamente às políticas de controlo do tabaco. Assim, demonstraram estar correlacionados de forma significativa com um maior apoio a estas: o sexo feminino (16); ser não fumador ou, dentro do grupo dos fumadores, ter uma baixa dependência de nicotina e tentativas prévias de cessação tabágica (13,16); idade, sendo que indivíduos mais velhos demonstram um maior apoio (13,16); reduzida exposição ao FAT (11,17) e maior conhecimento acerca dos riscos associados a este (13,17). Em contrapartida, o nível sociodemográfico não demonstrou estar relacionado com o apoio às políticas de controlo do tabagismo (11).

Por outro lado, ter ideologias políticas mais conservadoras, um membro da família fumador e exposição ao *marketing* da indústria tabaqueira, encontram-se associados a atitudes negativas relativamente às medidas de controlo do tabaco (17).

Sucessivos estudos têm vindo a demonstrar que a opinião da sociedade tem uma considerável influência sobre as políticas públicas, facto este que se verifica também ao nível da legislação de controlo do tabaco (11,18). Esta influência ocorre tanto ao nível do planeamento como implementação e, após esta última, ao nível do cumprimento das leis aprovadas e alteração das normas sociais e comportamentais vigentes (11,18). Sabe-se ainda que, dois fatores-chave na relação entre a opinião pública e o sucesso das políticas, são a relevância e o conhecimento que o público-alvo tem acerca do tema em que se pretende intervir (18).

Logo, aquando revisão ou introdução de novas políticas em saúde, torna-se imprescindível averiguar qual o conhecimento, crenças e atitudes que a população tem acerca deste assunto. Um dos melhores métodos para avaliar estes elementos é a aplicação de questionários a uma amostra representativa da população em estudo. Com estes, é possível não só avaliar a literacia e atitudes face ao tema em análise, mas também trazer para a agenda nacional a questão em estudo e, assim, a longo prazo promover a aceitação das medidas que se pretende implementar (19).

Além disso, a aplicação de questionários permitirá compreender e diferenciar grupos populacionais que assumem posições díspares relativamente às novas políticas o que, por sua vez, permitirá a escolha de uma abordagem mais direcionada (16) e com maior probabilidade de sucesso.

No âmbito das políticas de controlo de tabaco, a comissão europeia realiza a cada 2 anos um Eurobarómetro cujo objetivo principal passa por avaliar as atitudes dos cidadãos dos países-membros da União Europeia relativamente aos produtos de tabaco e legislação que restringe o seu consumo, venda e promoção/publicidade, tendo o mais recente sido publicado em fevereiro de 2021 (2).

De forma semelhante, com esta dissertação pretende-se avaliar a concordância e o apoio às políticas de controlo de tabaco existente na população portuguesa e quais os fatores associados.

Esta dissertação tem os seguintes objetivos:

Objetivos Gerais

- Avaliar as atitudes da população portuguesa relativamente às políticas de controlo de tabaco.
- Avaliar os fatores que influenciam as atitudes da população portuguesa relativamente às políticas de controlo de tabaco.

Objetivos Específicos

- Avaliar a concordância com a proibição total de fumar em espaços públicos fechados e os fatores que a influenciam.
- Avaliar a concordância com a proibição de fumar em carros privados, na presença de crianças, e os fatores que a influenciam.
- Avaliar a concordância com o aumento do preço de tabaco e os fatores que a influenciam.
- Avaliar a concordância com a implementação de advertências de saúde gráficas nas embalagens de tabaco e os fatores que a influenciam.
- Avaliar a concordância com a implementação do *plain packaging* e os fatores que a influenciam.
- Avaliar a concordância com a proibição da promoção e exposição das montras de tabaco e os fatores que a influenciam.

2. Material e Métodos

2.1. Tipo de estudo

Foi efetuado um estudo observacional transversal analítico, segundo uma metodologia quantitativa.

2.2. População e Amostra

A população deste estudo é a população portuguesa residente em Portugal continental no ano de 2012.

Relativamente ao cálculo da dimensão amostral, tendo como referência a população supramencionada, o intervalo de confiança de 95%, uma margem de erro de 2,5% e, assumindo uma prevalência de tabagismo de 20%, temos que a amostra deverá conter cerca de 984 indivíduos para ser representativa da população considerada. Assim, a amostra final deste estudo é composta por 1002 indivíduos, com uma taxa de colaboração de 96%.

A amostragem foi efetuada de forma aleatória, estratificada e proporcional por região de Portugal Continental, tendo como base os dados populacionais disponíveis à data da recolha de informação, isto é, o censo de 2001.

No que diz respeito aos critérios de inclusão, foram considerados elegíveis para este estudo todos os indivíduos residentes em Portugal continental, com idade igual ou superior a 18 anos e telefone fixo no local de habitação.

2.3. Método de recolha dos dados

O recrutamento dos participantes e recolha dos dados foram realizados entre 6 de junho a 6 de julho de 2012, mediante a aplicação de um questionário (Anexo 1) em entrevistas telefónicas assistidas por computador pela empresa GfK Metris, que se encontra acreditada para a realização de estudos de mercado e investigação.

O delineamento do estudo e questionário, bem como a coordenação da recolha e construção da base de dados, foram desenvolvidos por investigadores da Universidade da Beira Interior (UBI) e da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa (ENSP/NOVA), dentro dos quais se inclui a orientadora Prof. Doutora Sofia Belo Ravara (20). O questionário foi alvo de um estudo piloto, com o objetivo de testar a sua aplicabilidade e clareza e, na sequência deste, foram consideradas 42 perguntas de resposta aberta e 51 de escolha múltipla segundo escalas de *Likert*, totalizando 93 perguntas, organizadas em 10 secções.

Para o presente estudo foram selecionadas questões das seguintes secções:

- Prevalência do consumo tabágico (questão P6);
- Exposição passiva da população ao tabaco (questão P14);
- Opinião sobre a exposição ao FAT e a lei de proibição de fumar nos espaços públicos fechados (questão P19);
- Opinião sobre o papel do governo (questões P20, P21, P22, P23, P24, P25);
- Dados de caracterização sociodemográfica (questões DC2, DC3, DC5 e DC12).

As perguntas que foram alvo de análise por este estudo encontram-se descritas na tabela 1.

Tabela 1 – Descrição das questões analisadas

Codificação	Tipo	Questão
P.6	Escolha Múltipla	Gostaria agora de lhe perguntar qual das seguintes afirmações que lhe vou ler se aplica ao seu caso? Por favor, tome nota de que estamos a falar de qualquer tipo de tabaco - cigarros de maço, tabaco de enrolar, cigarrilhas, charutos, cachimbo. Nunca fumei; Já fumei regularmente, mas deixei de fumar; fumo ocasionalmente, mas não fumo todos os dias; Fumo todos os dias.
P.14	Escolha Múltipla	Gostaria agora de lhe perguntar o seguinte: habitualmente quanto tempo por semana está exposto(a) ao fumo de tabaco, isto é, ao fumo de tabaco ambiental ou fumado por outros) em espaços públicos fechados?
P.19	Escolha Múltipla	Até que ponto concorda com a proibição total de fumar nos locais fechados, ou seja em todos os locais públicos fechados sem exceções?
P.20	Resposta Aberta	Gostaria de lhe perguntar o seguinte: na sua opinião o que é que o Governo podia, de uma forma geral, fazer para apoiar os fumadores a deixar de fumar com sucesso?
P.21	Escolha Múltipla	E até que ponto concorda com o facto de o Governo aumentar significativamente o preço do tabaco, como já acontece noutros países como por exemplo França e Inglaterra?
P.22	Escolha Múltipla	E diga-me, por favor, até que ponto concorda que sejam colocadas imagens e fotografias coloridas nos maços de tabaco com as consequências de fumar?
P.23	Escolha Múltipla	E até que ponto concorda que os maços de cigarro passem a ser embalagens brancas ou neutras, ou seja sem as cores, design ou logotipo das marcas de cigarro, e só com os avisos dos malefícios do tabaco ou mensagens/informação de apoio para deixar de fumar?
P.24	Escolha Múltipla	E diga-me, por favor, até que ponto concorda que seja proibido fumar nos carros, na presença de crianças?
P.25	Escolha Múltipla	E até que ponto concorda que seja proibida a promoção/ exposição das montras de cigarros/tabaco?
DC.2	Escolha Múltipla	Registar sexo
DC.3	Resposta Aberta	Diga-me, por favor, qual a sua idade?
DC.5	Resposta Aberta	E qual o grau de instrução mais elevado que o(a) sr(a). concluiu?
DC.12	Escolha Múltipla	Registar região

Relativamente à seleção e estratificação dos candidatos por áreas geográficas, foram consideradas 7 regiões de Portugal continental correspondentes à área metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo, Algarve e Alentejo da nomenclatura NUTS II de 2002. As restantes regiões NUTS II de Portugal continental, norte e centro, foram subdivididas em grande Porto, norte litoral, centro litoral, e o interior.

2.4. Análise de dados e Métodos estatísticos

2.4.1. Tratamento Estatístico dos Dados

A análise estatística foi efetuada com recurso ao *software* SPSS Statistics 27.

Primeiramente, foram aplicados métodos estatísticos descritivos para efetuar a caracterização sociodemográfica, avaliação do comportamento tabágico e exposição semanal ao FAT da amostra, assim como análise à pergunta de resposta aberta “Gostaria de lhe perguntar o seguinte: na sua opinião o que é que o Governo podia, de uma forma geral, fazer para apoiar os fumadores a deixar de fumar com sucesso?”. Os aspetos avaliados na caracterização sociodemográfica foram o sexo, idade, grau de instrução e região de Portugal continental. As variáveis categóricas foram descritas segundo frequências absolutas e relativas, enquanto a variável quantitativa (idade) foi descrita através da sua média e desvio padrão.

De seguida, foi efetuada a análise estatística bivariável com testes de independência de Qui-quadrado, de forma a averiguar a existência de uma associação entre a concordância com as políticas de controlo de tabaco e as características sociodemográficas, comportamento tabágico e exposição ao FAT percecionada. Para esta etapa, o nível de significância estatística considerado foi de 5% (*p value* <0, 05).

Por fim, foi realizada uma análise multivariável com recurso a regressão logística binária de forma a avaliar quais os fatores, designadamente, comportamento tabágico, exposição ao FAT, sexo, faixa etária, grau de instrução e região de Portugal continental, influenciam significativamente a concordância com as políticas em estudo, ajustando o efeito para cada variável independente. O nível de significância estatística considerado foi de 5% (*p value* <0, 05). Os modelos de regressão logística foram construídos através do método *forward LR*, e os resultados expressos em *odds ratio* (OR) e intervalos de confiança (IC) de 95%. Foi também aplicado o *Teste de Hosmer e Lemeshow goodness of fit* de forma a apreciar se os modelos construídos se adequam aos dados (*p value* >0, 05) e, assim, avaliar a qualidade dos mesmos.

2.4.2. Descrição e Recodificação das Variáveis

Relativamente à pergunta de resposta aberta supracitada, de forma a permitir a sua análise estatística, as respostas dos entrevistados foram agrupadas por tema em: “maior divulgação/ campanhas antitabágicas”; “comparticipação da medicação para a cessação tabágica”; “aumento do preço do tabaco”; “melhoria das consultas de cessação tabágica”; “maior fiscalização das leis de controlo do tabaco”; “consultas de cessação tabágica sem custo para o utente”; “proibição do tabaco”; “implementação de advertências de saúde gráficas nas embalagens de tabaco”; “outras respostas” e “não sei/ não responde”. Foram depois analisadas a frequência de resposta a cada categoria temática.

A classificação quanto ao comportamento tabágico foi auto-reportada e categorizada de acordo com as *guidelines* da OMS para o consumo de tabaco (21). Para a análise bivariável com qui-quadrado, foram utilizadas as categorias “não fumador”, “ex-fumador” e “fumador”, esta última resultante da junção das categorias “fumador diário” e “fumador ocasional”. Na análise bi e multivariável, “não fumador” e “ex-fumador” foram agrupados em “não fumador” (1) e as categorias “fumador diário” e “fumador ocasional” em “fumador” (0) (Tabela 2).

Na avaliação da exposição ao FAT relatada pelos entrevistados, para a análise bivariável as respostas “sempre”, “a maior parte do tempo” e “bastante tempo” foram recodificadas como “elevada exposição”; as respostas “algum tempo” e “pouco tempo” foram recodificadas como “baixa exposição”; e, aqueles que negaram ser expostos ao FAT, foram classificados como “sem exposição”. Na análise multivariável, as categorias “reduzida exposição” e “sem exposição” foram agrupadas em “sem/ reduzida exposição” (1) e a categoria “elevada exposição” (0) manteve-se igual à utilizada nos testes de qui-quadrado (Tabela 2).

Relativamente à variável sexo, esta foi avaliada segundo a codificação original em “masculino” (0) e “feminino” (1) (Tabela 2).

Na análise da variável idade, foram estabelecidas duas faixas etárias, ≤ 45 anos (0) e > 45 anos (1), empregues em todas as etapas da análise estatística (Tabela 2). A escolha deste *cut-off* foi efetuado com base na média de idade da amostra ser de $46,45 \pm 17,9$ anos.

No que concerne ao grau de instrução, as categorias originais do questionário foram recodificadas da seguinte forma: “Universitário/ Pós-graduação/ Mestrado/ Doutoramento” para “Curso Universitário” (0); “Curso médio/politécnico” e “12º ano (7º ano liceal/ 11º ano)” para “10º a 12º ano/ Curso Médio/ Politécnico” (1); “9º ano (5º ano liceal)” para “7º a 9º ano” (2); e, finalmente, “6º ano (2º ano liceal)”, “Instrução primária completa” e “Instrução primária incompleta/ Analfabeto” para “≤ 6º ano” (3) (Tabela 2).

Quanto à região de Portugal continental, para a análise bivariável, “Norte Litoral” e “Grande Porto” foram recodificadas em “Norte”; a categoria “Interior” manteve-se inalterada; “Centro Litoral” e “Grande Lisboa” foram recodificadas em “Centro”; e “Alentejo” e “Algarve” em “Sul”. Na análise com regressões logísticas, as categorias “Norte”, “Interior” e “Sul” foram agrupadas numa só categoria (1) que foi avaliada em comparação com a região “Centro” (0) (Tabela 2).

Tabela 2 – Descrição e recodificação das variáveis independentes

Variável em análise	Codificação Original	Codificação Análise Bivariável	Codificação Análise Multivariável
Variáveis Independentes			
Comportamento Tabágico	Não Fumador	Não Fumador	Não Fumador (1)
	Ex-Fumador	Ex-Fumador	
	Fumador ocasional Fumador diário	Fumador	Fumador (0)
Exposição ao FAT	Sem exposição	Sem exposição	Sem/ Reduzida Exposição (1)
	Pouco tempo Algum tempo	Reduzida Exposição	
	Bastante tempo A maior parte do tempo Sempre	Elevada Exposição	Elevada Exposição (0)
	Não responde	<i>Missing</i>	<i>Missing</i>
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino (0)
	Feminino	Feminino	Feminino (1)
Idade	Variável quantitativa contínua	≤45 anos	≤45 anos (0)
		>45 anos	>45 anos (1)
Grau de Instrução	Universitário/ Pós-graduação/ Mestrado/ Doutoramento	Curso Universitário	Curso Universitário (0)
	Curso médio/politécnico 12º ano (7º ano liceal/ 11º ano)	10º a 12º ano/ Curso Médio/ Politécnico	10º a 12º ano/ Curso Médio/ Politécnico (1)
	9º ano (5º ano liceal)	7º a 9º ano	7º a 9º ano (2)
	6º ano (2º ano liceal) Instrução primária completa Instrução primária incompleta/ Analfabeto	≤ 6º ano	≤ 6º ano (3)
Região de Portugal Continental	Norte Litoral Grande Porto	Norte	Região Centro (0) Restantes regiões de Portugal Continental (1)
	Interior	Interior	
	Centro Litoral Grande Lisboa	Centro	
	Alentejo Algarve	Sul	

Por fim, as variáveis referentes à concordância com as políticas de controlo do tabaco, inicialmente recodificadas segundo escalas de *Likert*, foram dicotomizadas: “Concordo totalmente” e “Concordo” em “Concordar” (1); “Não concordo nem discordo”, “Discordo” e “Discordo totalmente” em “Não concordar” (0). “Não responde” foi classificado como “*Missing*” (Tabela 3).

Durante a análise exploratória inicial, foi também analisada como variável independente, o rendimento mensal (correspondente à questão DC.11, ver anexo 1), contudo optou-se por não a integrar no estudo dado o elevado número de entrevistados terem recusado responder à mesma e, desta forma, elevado número de *missings* na análise estatística.

Tabela 3 – Descrição e recodificação das variáveis dependentes

Variável em análise	Codificação Original	Codificação Análise Bivariável	Codificação Análise Multivariável
Variáveis Dependentes			
Proibição de fumar nos espaços públicos fechados	Concordo totalmente	Concordam	Concordam (1)
	Concordo		
	Não concordo nem discordo	Não Concordam	Não Concordam (0)
	Discordo		
	Discordo totalmente		
Não responde	<i>Missing</i>	<i>Missing</i>	
Proibição de fumar em carros privados na presença de crianças	Concordo totalmente	Concordam	Concordam (1)
	Concordo		
	Não concordo nem discordo	Não Concordam	Não Concordam (0)
	Discordo		
	Discordo totalmente		
Não responde	<i>Missing</i>	<i>Missing</i>	
Aumento do preço de tabaco	Concordo totalmente	Concordam	Concordam (1)
	Concordo		
	Não concordo nem discordo	Não Concordam	Não Concordam (0)
	Discordo		
	Discordo totalmente		
Não responde	<i>Missing</i>	<i>Missing</i>	
Implementação de advertências de saúde gráficas nas embalagens de tabaco	Concordo totalmente	Concordam	Concordam (1)
	Concordo		
	Não concordo nem discordo	Não Concordam	Não Concordam (0)
	Discordo		
	Discordo totalmente		
Não responde	<i>Missing</i>	<i>Missing</i>	
Implementação do <i>plain packaging</i>	Concordo totalmente	Concordam	Concordam (1)
	Concordo		
	Não concordo nem discordo	Não Concordam	Não Concordam (0)
	Discordo		
	Discordo totalmente		
Não responde	<i>Missing</i>	<i>Missing</i>	
Proibição da promoção e exposição das montras de tabaco	Concordo totalmente	Concordam	Concordam (1)
	Concordo		
	Não concordo nem discordo	Não Concordam	Não Concordam (0)
	Discordo		
	Discordo totalmente		
Não responde	<i>Missing</i>	<i>Missing</i>	

2.5. Considerações éticas e legais

O presente estudo obteve financiamento (5000€) por parte da farmacêutica *Pfizer* mediante um concurso internacional. É de salientar que esta não teve qualquer papel no desenho do estudo e interpretação dos dados provenientes deste.

Como anteriormente referido, os dados gerados pelos questionários foram recolhidos por profissionais da GfK Metris com experiência em sistemas CATI (*Computer-assisted telephonic interview*). A GfK Metris encontra-se certificada para a realização de estudos de mercado e opinião, sendo membro associado da Associação Portuguesa de Empresas de Estudos de Mercado e de Opinião (APODEMO), cuja atividade é regulada pelo Código de Conduta dos profissionais de estudos de mercado e de opinião relativo ao tratamento de dados pessoais, que se encontra em linha com a lei de proteção de dados. Foram, também, cumpridas as normas éticas e da boa prática clínica que regem a investigação em saúde, segundo a Declaração de Helsínquia (22).

3. Resultados

3.1. Caracterização Sociodemográfica

A amostra é composta por 1002 indivíduos, a maioria do sexo feminino (52,4%) e com uma idade média de 46,5 ±17,9 anos. Relativamente à distribuição geográfica, 31,6% dos inquiridos pertence à região norte; 15,1% ao interior; 43,6% à zona centro e 9,7% à região sul do país (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Caracterização Sociodemográfica			
Variável em análise	Categorias da variável	n	%
Sexo	Feminino	525	52,4
	Masculino	477	47,6
Faixa Etária	≤45 anos	515	51,4
	>45 anos	487	48,6
Grau de Instrução	Curso Universitário	324	32,3
	10 ^o a 12 ^o ano/ Curso Médio/ Politécnico	306	30,5
	7 ^o a 9 ^o ano	134	13,4
	≤ 6 ^o ano	234	23,4
Região de Portugal Continental	Norte Litoral	191	19,1
	Grande Porto	126	12,6
	Interior	151	15,1
	Centro Litoral	160	16,0
	Grande Lisboa	277	27,6
	Alentejo	56	5,6
	Algarve	41	4,1

n: número de observações

3.2. Comportamento Tabágico

No que ao comportamento tabágico concerne, 57% dos inquiridos nunca fumaram, 20,9% são ex-fumadores e 22,2% são fumadores (Tabela 5).

Tabela 5 – Comportamento Tabágico

Comportamento Tabágico			
Categorias da variável		n	%
Não Fumador		571	57,0
Ex-Fumador		209	20,9
Fumador	Ocasional	68	6,8
	Diário	154	15,4

n: número de observações

3.3. Exposição ao FAT

Verifica-se que apenas 32,5% dos participantes não se encontra semanalmente exposto ao FAT. No grupo daqueles que relatam ter uma exposição ao FAT regular, 60,1% caracteriza esta exposição como sendo reduzida e 7,1% como elevada (Tabela 6).

Tabela 6 – Exposição semanal ao FAT

Exposição semanal ao FAT			
Categorias da variável	n	%	
Sem Exposição	326	32,5	
Reduzida Exposição	Pouco tempo	476	47,5
	Algum tempo	126	12,6
	Bastante tempo	20	2,0
Elevada Exposição	A maior parte do tempo	24	2,4
	Sempre	27	2,7

n: número de observações

3.4. Atitudes da população portuguesa relativamente às políticas de controlo de tabaco

Quando questionados acerca das medidas que o governo português deveria adotar, no sentido de apoiar os fumadores a cessarem o seu consumo com sucesso, os entrevistados referiram:

- Maior divulgação/ campanhas antitabágicas (22,4%);
- Comparticipação da medicação para a cessação tabágica (16,3%);
- Aumento do preço do tabaco (9,9%);
- Melhoria das consultas de cessação tabágica (6,7%);
- Maior fiscalização das leis de controlo do tabaco (5,8%);
- Consultas de cessação tabágica sem custo para o utente (5,7%);
- Proibição do tabaco (5,2%);
- Implementação de advertências de saúde gráficas nas embalagens de tabaco (1,0%);

3.4.1. Proibição total de fumar em todos os espaços públicos fechados

O grau de concordância com a proibição de fumar nos espaços públicos fechados foi elevado, independentemente do fator considerado (Tabela 7). Dos participantes, 86,1% (n=862) demonstraram concordar com a sua aplicação, sendo esta concordância maior entre não fumadores (93,2%) e ex-fumadores (88,0%); naqueles que negam ter exposição ao FAT ou em que esta é reduzida (86,9%); no sexo feminino (86,5%); na faixa etária dos >45 anos (89,5%); nos indivíduos com escolaridade até ao 6º ano (93,1%); e na região sul do país (89,7%).

No entanto, os fatores que demonstraram ter uma associação estatisticamente significativa com uma atitude positiva relativamente à política *smoke-free* foram o comportamento tabágico, a exposição ao FAT, a idade e o grau de instrução.

Tabela 7 – Atitudes relativas à proibição total de fumar em todos os espaços públicos fechados

Proibição total de fumar em todos os espaços públicos fechados				
Fatores em análise	Categorias	Concordam n (%)	Não Concordam n (%)	p-value
Comportamento Tabágico	Não Fumador	531 (93,2%)	39 (6,8%)	< 0,001
	Ex-Fumador	184 (88,0%)	25 (12,0%)	
	Fumador	147 (66,2%)	75 (33,8%)	
Exposição ao FAT	Sem/ Reduzida Exposição	806 (86,9%)	121 (13,1%)	0,006
	Elevada Exposição	53 (74,6%)	18 (25,4%)	
Sexo	Masculino	409 (85,7%)	68 (14,3%)	0,784
	Feminino	453 (86,5%)	71 (13,5%)	
Faixa etária	≤45 anos	427 (82,9%)	88 (17,1%)	0,003
	>45 anos	435 (89,5%)	51 (10,5%)	
Grau de Instrução	Curso Universitário	267 (82,4%)	57 (17,6%)	0,003
	10º a 12º ano/ Curso Médio/ Politécnico	262 (85,6%)	44 (14,4%)	
	7º a 9º ano	112 (83,6%)	22 (16,4%)	
	≤ 6º ano	217 (93,1%)	16 (6,9%)	
Região de Portugal Continental	Norte	273 (86,1%)	44 (13,9%)	0,508
	Interior	133 (88,1%)	18 (11,9%)	
	Centro	369 (84,6%)	67 (15,4%)	
	Sul	87 (89,7%)	10 (10,3%)	

n: número de observações

3.4.2. Proibição de fumar em carros privados, na presença de crianças

Tal como sucede com a política anterior, independentemente do fator considerado, verifica-se uma elevada taxa de concordância com esta medida em todas as categorias. Dos entrevistados, 90,8% (n=903) manifestaram concordância com a sua implementação, sendo esta maior entre não fumadores (94,0%) e ex-fumadores (90,7%); entre aqueles que negam ter exposição ao FAT ou referem que esta é reduzida (91,5%); no sexo feminino (91,2%); em indivíduos com idade >45 anos (93,4%); naqueles com grau de instrução até ao 6º ano (94,9%) e do 7º ao 9º ano (94,8%); e, por fim, na região sul (95,9%) e interior (95,4%) do país (Tabela 8).

Os fatores que demonstraram ter uma associação estatisticamente significativa com uma atitude positiva relativamente à proibição de fumar em carros privados, na presença de crianças, foram o comportamento tabágico, a exposição ao FAT, a idade, o grau de instrução e a região do país.

Tabela 8 – Atitudes relativas à proibição de fumar em carros privados, na presença de crianças

Proibição de fumar em carros privados, na presença de crianças				
Fatores em análise	Categorias	Concordam n (%)	Não Concordam n (%)	p-value
Comportamento Tabágico	Não Fumador	536 (94,0%)	34 (6,0%)	< 0, 001
	Ex-Fumador	186 (90,7%)	19 (9,3%)	
	Fumador	181 (82,3%)	39 (17,7%)	
Exposição ao FAT	Sem/ Reduzida Exposição	843 (91,5%)	78 (8,5%)	0, 004
	Elevada Exposição	57 (80,3%)	14 (19,7%)	
Sexo	Masculino	428 (90,3%)	46 (9,7%)	0, 662
	Feminino	475 (91,2%)	46 (8,8%)	
Faixa etária	≤45 anos	451 (88,3%)	60 (11,7%)	0, 006
	>45 anos	452 (93,4%)	32 (6,6%)	
Grau de Instrução	Curso Universitário	275 (86,2%)	44 (13,8%)	0, 002
	10º a 12º ano/ Curso Médio/ Politécnico	275 (90,5%)	29 (9,5%)	
	7º a 9º ano	127 (94,8%)	7 (5,2%)	
	≤ 6º ano	222 (94,9%)	12 (5,1%)	
Região de Portugal Continental	Norte	285 (91,1%)	28 (8,9%)	0,010
	Interior	144 (95,4%)	7 (4,6%)	
	Centro	381 (87,8%)	53 (12,2%)	
	Sul	93 (95,9%)	4 (4,1%)	

n: número de observações

3.4.3. Aumentar significativamente o preço do tabaco

Relativamente ao aumento significativo do preço do tabaco mediante impostos, 66,3% (n=658) dos entrevistados expressaram concordância com a sua implementação, sendo esta maior entre não fumadores (77,1%) e ex-fumadores (64,1%); naqueles que negam ter exposição ao FAT ou esta é reduzida (67,1%); no sexo feminino (67,8%); em indivíduos com idade >45 anos (66,5%); naqueles com curso universitário (70,0%) e escolaridade até ao 6º ano (66,2%); e, por fim, na região sul (71,6%) e interior (69,5%) do país.

Em oposição ao que se verificou nas duas políticas analisadas anteriormente, as opiniões não são homogêneas entre as diferentes categorias de alguns dos fatores em estudo. Relativamente ao comportamento tabágico, a maioria dos fumadores (59,5%) e, na exposição ao FAT, quase metade daqueles com elevada exposição (46,5%), são contra a aplicação desta política. No que aos restantes fatores concerne, nomeadamente, o sexo, faixa etária, grau de instrução e região de Portugal, cerca de 2/3 dos entrevistados concorda com o aumento dos preços do tabaco.

Os fatores que demonstraram ter uma associação estatisticamente significativa com a concordância com esta medida foram: ser não fumador ou ex-fumador e não ter exposição ao FAT ou esta ser reduzida (Tabela 9).

Tabela 9 – Atitudes relativas ao aumento do preço do tabaco

Aumento do preço do tabaco				
Fatores em análise	Categorias	Concordam n (%)	Não Concordam n (%)	p-value
Comportamento Tabágico	Não Fumador	437 (77,1%)	130 (22,9%)	< 0, 001
	Ex-Fumador	132 (64,1%)	74 (35,9%)	
	Fumador	89 (40,5%)	131 (59,5%)	
Exposição ao FAT	Sem/ Reduzida Exposição	617 (67,1%)	302 (32,9%)	0, 026
	Elevada Exposição	38 (53,5%)	33 (46,5%)	
Sexo	Masculino	306 (64,6%)	168 (35,4%)	0, 283
	Feminino	352 (67,8%)	167 (32,2%)	
Faixa etária	≤45 anos	342 (66,5%)	172 (33,5%)	0, 893
	>45 anos	316 (66,0%)	163 (34,0%)	
Grau de Instrução	Curso Universitário	224 (70,0%)	96 (30,0%)	0, 294
	10º a 12º ano/ Curso Médio/ Politécnico	195 (64,1%)	109 (35,9%)	
	7º a 9º ano	83 (61,9%)	51 (38,1%)	
	≤ 6º ano	153 (66,2%)	78 (33,8%)	
Região de Portugal Continental	Norte	197 (62,5%)	118 (37,5%)	0, 272
	Interior	105 (69,5%)	46 (30,5%)	
	Centro	288 (66,7%)	144 (33,3%)	
	Sul	68 (71,6%)	27 (28,4%)	

n: número de observações

3.4.4. Implementação de advertências de saúde gráficas nas embalagens de tabaco

Relativamente à implementação de advertências de saúde gráficas nas embalagens de tabaco, 65,9% (n=653) dos entrevistados demonstraram concordar com a mesma, sendo o apoio maior entre não fumadores (72,0%) e ex-fumadores (68,0%); naqueles que negam ter exposição ao FAT ou esta é reduzida (66,8%); no sexo feminino (67,7%); em indivíduos com idade >45 anos (71,3%); naqueles com grau de instrução do 7º ao 9º ano (71,4%) e até ao 6º ano (70,0%); e, finalmente, na região norte (68,8%) e interior (66,0%).

À semelhança da política anterior, as opiniões dos grupos analisados não são maioritariamente positivas em todas as categorias consideradas quando o fator em estudo é o comportamento tabágico, em que 51,6% dos fumadores são contra esta medida, e a exposição ao FAT, onde 46,5% dos que têm uma elevada exposição ao FAT revelam ser, também, contra a aplicação desta política. Para os restantes fatores, existe uma concordância generalizada com o aumento dos preços do tabaco.

Os fatores que demonstraram ter uma associação estatisticamente significativa com a concordância com esta medida foram: ser não fumador ou ex-fumador; não ter exposição ao FAT ou esta ser reduzida; ter >45 anos (Tabela 10).

Tabela 10 – Atitudes relativas à implementação de advertências de saúde gráficas nas embalagens de tabaco

Implementação de advertências de saúde gráficas nas embalagens de tabaco				
Fatores em análise	Categorias	Concordam n (%)	Não Concordam n (%)	p-value
Comportamento Tabágico	Não Fumador	406 (72,0%)	158 (28,0%)	< 0, 001
	Ex-Fumador	140 (68,0%)	66 (32,0%)	
	Fumador	107 (48,4%)	114 (51,6%)	
Exposição ao FAT	Sem/ Reduzida Exposição	613 (66,8%)	304 (33,2%)	0, 027
	Elevada Exposição	38 (53,5%)	33 (46,5%)	
Sexo	Masculino	301 (63,9%)	170 (36,1%)	0, 227
	Feminino	352 (67,7%)	168 (32,3%)	
Faixa etária	≤45 anos	312 (60,8%)	201 (39,2%)	<0, 001
	>45 anos	341 (71,3%)	137 (28,7%)	
Grau de Instrução	Curso Universitário	196 (61,1%)	125 (38,9%)	0, 075
	10º a 12º ano/ Curso Médio/ Politécnico	201 (65,7%)	105 (34,3%)	
	7º a 9º ano	95 (71,4%)	38 (28,6%)	
	≤ 6º ano	159 (70,0%)	68 (30,0%)	
Região de Portugal Continental	Norte	216 (68,8%)	98 (31,2%)	0, 553
	Interior	99 (66,0%)	51 (34,0%)	
	Centro	279 (64,6%)	153 (35,4%)	
	Sul	59 (62,1%)	36 (37,9%)	

n: número de observações

3.4.5. Implementação do *plain packaging*

Relativamente ao *plain packaging*, 59% (n=578) dos entrevistados expressaram concordância com a sua instituição, sendo esta maior entre os não fumadores (63,8%) e ex-fumadores (59,8%); naqueles que negam ter exposição ao FAT ou esta é reduzida (60,3%); no sexo feminino (59,7%); na faixa etária dos >45 anos (62,5%); naqueles com grau de instrução $\leq 6^{\circ}$ ano (64,9%) e do 7^o ao 9^o ano (59,5%); e na região sul (67,4%) e norte (63,6%) do país.

A maioria dos fumadores (53,6%) e daqueles que relatam ter uma elevada exposição ao FAT (55,7%), discordam da implementação do *plain packaging*. Relativamente aos restantes fatores em análise, em ambos os sexos e faixas etárias, e nos diferentes graus de instrução e regiões de Portugal, a concordância com esta política é transversal a todas as categorias consideradas.

Os fatores que demonstraram ter uma associação estatisticamente significativa com a concordância com esta medida foram: ser não fumador ou ex-fumador; não ter exposição ao FAT ou esta ser reduzida; ter >45 anos; e pertencer à região sul e norte de Portugal (Tabela 11).

Tabela 11 – Atitudes relativas à implementação de *plain packaging*

Implementação de <i>plain packaging</i>				
Fatores em análise	Categorias	Concordam n (%)	Não Concordam n (%)	<i>p-value</i>
Comportamento Tabágico	Não Fumador	354 (63,8%)	201 (36,2%)	< 0, 001
	Ex-Fumador	122 (59,8%)	82 (40,2%)	
	Fumador	102 (46,4%)	118 (53,6%)	
Exposição ao FAT	Sem/ Reduzida Exposição	546 (60,3%)	360 (39,7%)	0, 011
	Elevada Exposição	31 (44,3%)	39 (55,7%)	
Sexo	Masculino	274 (58,3%)	196 (41,7%)	0, 696
	Feminino	304 (59,7%)	205 (40,3%)	
Faixa etária	≤ 45 anos	286 (55,9%)	226 (44,1%)	0, 037
	>45 anos	292 (62,5%)	175 (37,5%)	
Grau de Instrução	Curso Universitário	176 (55,0%)	144 (45,0%)	0, 152
	10 ^o a 12 ^o ano/ Curso Médio/ Politécnico	179 (59,3%)	123 (40,7%)	
	7 ^o a 9 ^o ano	78 (59,5%)	53 (40,5%)	
	$\leq 6^{\circ}$ ano	144 (64,9%)	78 (35,1%)	
Região de Portugal Continental	Norte	196 (63,6%)	112 (36,4%)	0,003
	Interior	93 (63,3%)	54 (36,7%)	
	Centro	225 (52,4%)	204 (47,6%)	
	Sul	64 (67,4%)	31 (32,6%)	

n: número de observações

3.4.6. Proibição da promoção e exposição das montras tabaco

Relativamente à proibição da promoção e exposição das montras de tabaco, 62,8% (n=620) dos entrevistados manifestaram concordância com a mesma, sendo esta maior entre os não fumadores (67,0%) e ex-fumadores (65,2%); naqueles que negam ter exposição ao FAT ou esta é reduzida (63,3%); no sexo feminino (63,9%); na faixa etária dos >45 anos (62,5%); nos indivíduos com escolaridade até ao 6º ano ou 7º - 9º ano, ambos com uma taxa de concordância de 65,4%; e, por fim, na região sul (67,0%) e norte (64,3%).

Mais uma vez, verifica-se que a maioria dos fumadores (50,2%) discorda também desta medida, à semelhança de quase metade daqueles com elevada exposição ao FAT (45,1%). Contudo, a concordância com esta política é uniforme em todos as categorias dos restantes fatores em análise.

O único fator que demonstrou ter uma associação estatisticamente significativa com a concordância com esta medida foi ser não fumador ou ex-fumador (Tabela 12).

Tabela 12 – Atitudes relativas à proibição da promoção e exposição das montras de tabaco

Proibição da promoção e exposição das montras de tabaco				
Fatores em análise	Categorias	Concordam n (%)	Não Concordam n (%)	p-value
Comportamento Tabágico	Não Fumador	375 (67,0%)	185 (33,0%)	< 0, 001
	Ex-Fumador	135 (65,2%)	72 (34,8%)	
	Fumador	110 (49,8%)	111 (50,2%)	
Exposição ao FAT	Sem/ Reduzida Exposição	579 (63,3%)	335 (36,7%)	0, 163
	Elevada Exposição	39 (54,9%)	32 (45,1%)	
Sexo	Masculino	292 (61,5%)	183 (38,5%)	0, 430
	Feminino	328 (63,9%)	185 (36,1%)	
Faixa etária	≤45 anos	309 (60,7%)	200 (39,3%)	0, 188
	>45 anos	311 (64,9%)	168 (35,1%)	
Grau de Instrução	Curso Universitário	196 (61,4%)	123 (38,6%)	0, 623
	10º a 12º ano/ Curso Médio/ Politécnico	185 (60,9%)	119 (39,1%)	
	7º a 9º ano	87 (65,4%)	46 (34,6%)	
	≤ 6º ano	149 (65,4%)	79 (34,6%)	
Região de Portugal Continental	Norte	202 (64,3%)	112 (35,7%)	0, 578
	Interior	92 (63,0%)	54 (37,0%)	
	Centro	261 (60,6%)	170 (39,4%)	
	Sul	65 (67,0%)	32 (33,0%)	

n: número de observações

3.5. Associação entre o comportamento tabágico e a concordância com as políticas de controlo do tabaco

As políticas que geram maior aprovação no geral e, em particular, dentro do grupo dos não fumadores, são as duas políticas *smoke-free* (proibição de fumar em espaços públicos fechados e em carros na presença de crianças), especialmente quando o foco é a proteção de menores. No que diz respeito às restantes medidas, apesar de estas originarem altas taxas de concordância por parte dos não fumadores, verifica-se que a maioria dos fumadores se opõe à sua implementação.

Pela análise das *odds ratio*, constata-se que a possibilidade de um não fumador concordar com dada política de controlo do tabaco é sempre maior face a um fumador, sendo esta diferença superior em: (i) quase 3 vezes para a proibição de fumar em carros na presença de crianças; (ii) quase 6 vezes para a proibição de fumar em espaços fechados; (iii) mais de 4 vezes para o aumento do preço do tabaco; (iv) mais de 2,5 vezes para a implementação de advertências gráficas de saúde; (v) mais de 2 vezes para a proibição da promoção e exposição das montras de tabaco; e (vi) quase 2 vezes para a implementação de *plain packaging* (Tabela 13).

Tabela 13 – Análise da associação entre o comportamento tabágico e a concordância com as políticas de controlo do tabaco

Associação entre o comportamento tabágico e a concordância com as políticas							
Política	Concordância Geral (%)	Concordância (%)		OR	95% IC		<i>p-value</i>
		Não Fumadores	Fumadores		Mínimos	Máximos	
Proibição de fumar em carros privados na presença de crianças	90,8	93,2	82,3	2,94	1,882	4,578	<0,001
Proibição total de fumar em espaços públicos fechados	86,1	91,8	66,2	5,70	3,906	8,317	<0,001
Aumento do preço de tabaco	66,3	73,6	40,5	4,11	3,002	5,615	<0,001
Implementação de advertências de saúde gráficas nas embalagens de tabaco	65,9	70,9	48,4	2,60	1,912	3,527	<0,001
Proibição da promoção e exposição das montras de tabaco	62,8	66,5	49,8	2,00	1,479	2,712	<0,001
Implementação do <i>plain packaging</i>	59	62,7	46,4	1,95	1,437	2,635	<0,001

OR: *Odds Ratio*; IC: Intervalo de Confiança

3.6. Fatores que influenciam as atitudes da população portuguesa face às políticas de controlo de tabaco

3.6.1. Proibição total de fumar em todos os espaços públicos fechados

Na análise logística binária, o único fator que demonstrou influenciar de forma significativa a concordância com a proibição total de fumar em espaços fechados ($p\text{ value} < 0,05$) foi ser não fumador. Segundo esta, a concordância com esta política é quase 6 vezes maior entre não fumadores, comparativamente ao grupo dos fumadores (Tabela 14).

Tabela 14 – Modelo de regressão logística binária para a concordância com proibição total de fumar em espaços fechados

Concordância com a proibição total de fumar em espaços fechados							
Fator em análise	Coeficiente de Regressão	$p\text{-value}$	OR	95% IC das OR		Teste de Hosmer e Lemeshow	Classificação Global Correta (%)
				Mínimos	Máximos		
Não Fumador	1,747	<0,001	5,74	3,931	8,377	*	86,0
Constante	0,659	<0,001	1,93				

OR: *Odds Ratio*; IC: Intervalo de Confiança

* $p\text{-value}$ referente ao Teste de Hosmer e Lemeshow não é aqui calculado dado o modelo da regressão logística final ser constituído por apenas uma variável independente e esta ser dicotómica.

3.6.2. Proibição de fumar em carros privados, na presença de crianças

Na análise logística binária, os fatores que demonstraram influenciar de forma significativa a concordância com a proibição de fumar em carros privados, na presença de crianças, ($p\text{ value} < 0,05$) foram: ser não fumador; não ter exposição ao FAT ou esta ser reduzida; ter um grau de instrução até ao 7-9^o ano; ter um grau de instrução até ao 6^o ano; e não pertencer à região centro.

Conclui-se que a concordância com esta política é superior: (i) quase 2,5 vezes em não fumadores, relativamente aos fumadores; (ii) mais de 2 vezes naqueles sem/ com reduzida exposição ao FAT, comparativamente aos com elevada exposição; (iii) mais de 3 vezes naqueles com instrução até 7 ao 9^o ano e 2 vezes naqueles com instrução até ao 6^o ano, relativamente aos com curso universitário; e, por último, (iv) é 78,0% maior entre aqueles que residem na região norte, interior ou sul do país, em comparação com os da zona centro (Tabela 15).

Tabela 15 – Modelo de regressão logística binária para a concordância com proibição de fumar em carros privados, na presença de crianças

Concordância com proibição de fumar em carros privados, na presença de crianças							
Fator em análise	Coeficiente de Regressão	<i>p-value</i>	OR	95% IC das OR		Teste de Hosmer e Lemeshow	Classificação Global Correta (%)
				Mínimos	Máximos		
Não Fumador	0,913	<0,001	2,49	1,566	3,966	0,516	90,7
Sem/Reduzida Exposição ao FAT	0,850	0,013	2,34	1,194	4,580		
Instrução até ao 7 ^o -9 ^o Ano	1,161	0,007	3,19	1,370	7,441		
Instrução até ao 6 ^o Ano	0,848	0,014	2,33	1,185	4,597		
Não pertencer à região Centro	0,576	0,011	1,78	1,140	2,779		
Constante	0,174	0,642	1,19				

OR: *Odds Ratio*; IC: Intervalo de Confiança

3.6.3. Aumentar significativamente o preço do tabaco

O único fator que, na regressão logística binária, demonstrou influenciar de forma significativa a concordância com o aumento do preço de tabaco (*p value* < 0,05) foi ser não fumador. De acordo com esta, a concordância com esta política entre não fumadores é 4 vezes maior, face à demonstrada pelos fumadores (Tabela 16).

Tabela 16 – Modelo de regressão logística binária para a concordância com o aumento do preço do tabaco

Concordância com o aumento do preço do tabaco							
Fator em análise	Coeficiente de Regressão	<i>p-value</i>	OR	95% IC das OR		Teste de Hosmer e Lemeshow	Classificação Global Correta (%)
				Mínimos	Máximos		
Não Fumador	1,433	<0,001	4,19	3,059	5,742	*	70,6%
Constante	-0,409	0,003	0,66				

OR: *Odds Ratio*; IC: Intervalo de Confiança

**p-value* referente ao Teste de Hosmer e Lemeshow não é aqui calculado dado o modelo da regressão logística final ser constituído por apenas uma variável independente e esta ser dicotómica.

3.6.4. Implementação de advertências de saúde gráficas nas embalagens de tabaco

Na análise logística binária, os fatores que demonstraram influenciar de forma significativa a concordância com a implementação de advertências de saúde gráficas nas embalagens de tabaco ($p\text{ value} < 0,05$) foram ser não fumador e pertencer à faixa etária dos maiores de 45 anos.

Assim, verifica-se que a concordância com esta política é superior: (i) quase 2,5 vezes entre não fumadores, relativamente aos fumadores; (ii) em 40,9% para indivíduos com >45 anos, comparativamente àqueles com ≤ 45 anos (Tabela 17).

Tabela 17 – Modelo de regressão logística binária para a concordância com a implementação de advertências de saúde gráficas nas embalagens de tabaco

Concordância com a implementação de advertências de saúde gráficas nas embalagens de tabaco							
Fator em análise	Coeficiente de Regressão	$p\text{-value}$	OR	95% IC das OR		Teste de Hosmer e Lemeshow	Classificação Global Correta (%)
				Mínimos	Máximos		
Não Fumador	0,895	<0,001	2,45	1,792	3,344	0,335	66,4
>45 anos	0,343	0,014	1,41	1,071	1,854		
Constante	-0,175	0,220	0,84				

OR: *Odds Ratio*; IC: Intervalo de Confiança

3.6.5. Implementação do *plain packaging*

Na análise logística binária, os fatores que demonstraram influenciar de forma significativa a concordância com a implementação de *plain packaging* ($p\text{ value} < 0,05$) foram: ser não fumador; não ter exposição ao FAT ou esta ser reduzida; e não pertencer à região centro.

Constata-se que a concordância com esta política é superior: (i) em 89,9% entre os não fumadores, face aos fumadores; (ii) em 70,8% entre os que negam ter exposição ao FAT ou referem que esta é reduzida, comparativamente aos que têm uma elevada exposição; e, por fim, (iii) em 60,2% entre aqueles que residem na região norte, interior ou sul do país, em comparação com os da zona centro (Tabela 18).

Tabela 18 – Modelo de regressão logística binária para a concordância com a implementação de *plain packaging*

Concordância com a implementação de <i>plain packaging</i>							
Variável Independente	Coeficiente de Regressão	<i>p-value</i>	OR	95% IC das OR		Teste de Hosmer e Lemeshow	Classificação Global Correta (%)
				Mínimos	Máximos		
Não Fumador	0,641	<0,001	1,90	1,392	2,588	0,981	62,0
Sem/Reduzida Exposição ao FAT	0,535	0,038	1,71	1,031	2,828		
Não pertencer à região Centro	0,472	<0,001	1,60	1,233	2,083		
Constante	-0,874	0,001	0,42				

OR: *Odds Ratio*; IC: Intervalo de Confiança

3.6.6. Proibição da promoção e exposição das montras tabaco

Na análise logística binária, o único fator que demonstrou influenciar de forma significativa a concordância com a proibição da promoção e exposição das montras de tabaco (*p value* < 0,05) foi ser não fumador. Segundo esta, o grupo dos não fumadores concorda com esta medida de controlo do tabaco cerca de 2 vezes mais do que os fumadores (Tabela 19).

Tabela 19 – Modelo de regressão logística binária para a concordância com a proibição da promoção e exposição das montras de cigarros e/ou tabaco

Concordância com a proibição da promoção e exposição das montras de cigarros e/ou tabaco							
Variável Independente	Coeficiente de Regressão	<i>p-value</i>	OR	95% IC das OR		Teste de Hosmer e Lemeshow	Classificação Global Correta (%)
				Mínimos	Máximos		
Não Fumador	0,690	<0,001	2,00	1,471	2,705	*	62,8
Constante	-0,009	0,946	0,99				

OR: *Odds Ratio*; IC: Intervalo de Confiança

**p-value* referente ao Teste de Hosmer e Lemeshow não é aqui calculado dado o modelo da regressão logística final ser constituído por apenas uma variável independente e esta ser dicotómica.

4. Discussão

Sabe-se que a opinião das populações tem um forte impacto sobre o sucesso das políticas públicas e que, quanto maior a relevância percebida do assunto em questão e do conhecimento que o público-alvo tem acerca do mesmo, mais robusta é esta associação (11,18). Deste modo, aquando planeamento, formulação e implementação de políticas de saúde, torna-se imperativo avaliar as atitudes da população e os fatores de que estas dependem, relativamente à matéria sobre a qual se pretende intervir.

Neste contexto, a presente dissertação pretendeu avaliar as atitudes da população portuguesa face às políticas de controlo de tabaco e investigar quais os fatores que influenciam a concordância com as mesmas e, assim, desenvolver perspetivas futuras sobre quais os caminhos a explorar e quais os pontos-chave da literacia em saúde em que é necessário investir.

Verificou-se que em Portugal existe uma concordância generalizada com as políticas de controlo do tabaco analisadas e, a par do que é relatado por outros artigos, esta é especialmente elevada para as políticas *smoke-free* (11,13), isto é, para a proibição de fumar em espaços públicos fechados – 86,1% – e em carros privados, na presença de crianças – 90,8%. Esta última apresenta as maiores taxas de concordância tanto entre não fumadores, como ex-fumadores e fumadores, e entre todas as categorias dos fatores sociodemográficos e exposição ao FAT analisados, denotando uma especial preocupação da sociedade pela proteção de menores dos malefícios da exposição ao FAT (11,13,16).

A política que gera menor apoio é a implementação do *plain packaging* (59%), seguida da proibição da promoção e exposição das montras de tabaco (62,8%). Por sua vez, a implementação de advertências gráficas de saúde e o aumento do preço do tabaco, geram concordância em cerca de 1/3 dos entrevistados.

À semelhança dos resultados reportados por estudos internacionais, também na população portuguesa, o apoio à implementação destas políticas é superior entre não fumadores e ex-fumadores (vs. fumadores), mulheres (vs. homens), entre aqueles que negam ter regularmente exposição ao FAT ou em que esta é reduzida (vs. indivíduos com elevada exposição) e na faixa etária >45 anos (vs. ≤45 anos) (11,13,16,17).

Relativamente ao grau de instrução, os resultados obtidos não seguem uma distribuição tão uniforme. No geral, aqueles com menor escolaridade (≤6º ano ou 7º a 9º ano) são os que revelam taxas de concordância superiores para a maioria das políticas. Contudo, este dado deve ser interpretado com precaução uma vez que, atualmente, esta porção da população é

composta por indivíduos de idade mais avançada, uma faixa etária onde foi relatada uma prevalência de tabagismo inferior (2). E, como relatado por este e outros estudos, os fatores supracitados encontram-se associados a uma maior concordância com as políticas de controlo de tabaco (16,17).

Uma exceção a este padrão é a medida de aumento do preço do tabaco, para a qual o grupo com curso universitário apresenta uma maior taxa de concordância, eventualmente associada a uma maior literacia em saúde e compreensão do impacto e alcance em termos de ganhos em saúde potencialmente associados a esta medida.

Todavia, o único fator que demonstrou, de forma reiterada, influenciar a concordância com todas as políticas de controlo de tabaco exploradas foi ser não fumador/ ex-fumador. Os restantes fatores analisados não manifestaram, de forma consistente, influência com a concordância, sendo apenas de salientar que a ausência/ reduzida exposição ao FAT influencia a concordância com a proibição de fumar em carros privados na presença de crianças e a implementação de *plain packaging*, mas não as restantes medidas; e que ter >45 anos demonstrou influenciar a concordância com a implementação de advertências gráficas de saúde.

Desta análise resulta que, o fator com maior peso nas atitudes da população perante as medidas em estudo é o comportamento tabágico ao nível individual. Assim, aquando planeamento da legislação de controlo do tabaco, os fumadores impõem-se como uma potencial barreira à implementação de políticas. As suas opiniões e comportamentos devem ser avaliados e tomados em consideração com vista ao sucesso deste processo e, além disso, deve ser evidenciado que os fumadores são a população que mais beneficia da implementação destas políticas, dado estas promoverem a cessação tabágica que constitui a medida mais importante para melhorar a sua saúde e qualidade de vida.

As políticas que geram maior apoio por parte dos fumadores são as duas políticas *smoke-free*, em especial aquela que visa a proteção de menores (11). Por outro lado, a maioria destes não concorda com a implementação das restantes medidas analisadas, sendo o aumento do preço do tabaco mediante impostos aquela que recebe uma menor taxa de aprovação, de forma semelhante ao reportado por outros estudos (12). Este padrão denota um sentido de responsabilidade social por parte dos fumadores, que concordam maioritariamente com as medidas que visam a proteção do próximo. Contudo, ao oporem-se às medidas que visam a diminuição e cessação do consumo tabágico, demonstram também a ausência de uma preocupação com a sua própria saúde e bem-estar, o que poderá ser explicado pela dissonância cognitiva dos utilizadores de substâncias aditivas.

No que concerne à exposição ao FAT, observa-se que quanto maior esta é, menor a concordância com as políticas de controlo de tabaco. Como possível explicação para estes dados, temos que aqueles com maiores níveis de exposição ao FAT são muito provavelmente fumadores ou indivíduos com familiares e/ou amigos que fumam, o que condiciona uma postura mais resistente face à implementação de legislação de controlo do tabaco (17).

Tanto entre fumadores, como na população geral, a concordância foi maior relativamente à política que, à data de aplicação do questionário, se encontrava amplamente implementada em Portugal, ou seja, a proibição de fumar em espaços públicos fechados. Tal sucede, como anteriormente referido, pois o apoio relativamente à legislação de controlo de tabaco, aumenta após a sua implementação (12) através de um processo de desnormalização do seu consumo e após a população experienciar os benefícios de um ambiente livre do fumo do tabaco (8,12,13).

Logo, o apoio populacional às medidas de controlo de tabaco reflete em parte o estado da legislação em vigor (13). Apesar de muitas das medidas analisadas não estarem implementadas em Portugal à data do questionário e, a maioria da população demonstra uma alta taxa de aprovação destas que, após a sua implementação, terá tendência a aumentar. O governo português tem aqui uma excelente oportunidade de intervenção de forma a melhorar os resultados em saúde, a curto e longo prazo, da população que serve.

É ainda de salientar que, apesar de não vigente em Portugal, a medida que visa a proteção da exposição ao FAT dos menores em carros privados, embora interfira com a esfera privada, é a medida que maior apoio gera por parte de todos os grupos analisados, impondo-se como uma das medidas que pode ser aplicada no imediato e que promete ter sucesso.

A título de exemplo, diversos estudos referem a existência de uma associação inversa entre a prevalência da exposição ao FAT e conhecimento dos fumadores acerca dos perigos deste, e a concordância com as políticas *smoke-free* (11,13,17,19). Daqui se depreende que, quanto maior o conhecimento acerca dos malefícios do tabaco, maior a concordância com a legislação de controlo do mesmo (19). As políticas que angariam menor apoio, constituem lacunas da literacia em saúde da população portuguesa que falha em reconhecer a sua importância e eficácia, sendo este um ponto-chave a intervir com vista a torná-las uma questão relevante para a sociedade, aumentar o apoio às mesmas e, assim, num futuro próximo estas medidas serem também implementadas com êxito.

Limitações deste estudo:

Por tratar-se de um estudo com base em questionários, esta dissertação apresenta algumas limitações, nomeadamente, ao nível da caracterização do comportamento tabágico e exposição ao FAT, ambos auto-reportados, mas também das atitudes face às políticas de controlo de tabaco, que podem constituir um viés caso os entrevistados tenham respondido segundo o que consideram ser o socialmente aceitável ou desejável, e não segundo aquilo que constitui a verdade.

Durante a análise do grau de instrução constatou-se que uma elevada percentagem dos entrevistados, cerca de 1/3, tem um nível de instrução correspondente ao ensino superior, em proporção superior àquela que é relatada pelos censos. Assim, esta é uma possível fonte de viés de amostragem, limitando a generalização dos dados para a população portuguesa.

Outra limitação prende-se com o tipo de estudo aqui aplicado que, sendo transversal, não permite avaliar as eventuais alterações do padrão de concordância que a população portuguesa possa ter tido relativamente à legislação de controlo de tabaco, ou se estas se modificaram com as sucessivas atualizações que as políticas têm vindo a sofrer desde 2012.

Contudo, há a destacar como pontos fortes a amostra usada ser representativa da população adulta de Portugal continental e a existência de uma elevada taxa de colaboração, que contribuem para garantir que os achados desta dissertação são passíveis de generalizar e usar como retrato do panorama português à data da colheita dos dados. Além disso, foram analisadas as atitudes relativas a diversas políticas, algumas ainda não implementadas, permitindo a identificação de quais as prioridades a ter na elaboração desta legislação e quais as medidas passíveis de aplicação com maior taxa de sucesso.

5. Conclusão

Os achados deste estudo revelam uma elevada concordância da população portuguesa face à implementação da legislação de controlo do tabaco, em especial das políticas *smoke-free*.

Constatou-se que o apoio à aplicação destas medidas é superior entre não fumadores, nas mulheres e pessoas com mais de 45 anos, ou com menor exposição ao FAT. Contudo, o único fator que consistentemente demonstrou influenciar a concordância face à imposição desta legislação, foi ser não fumador.

Parte das políticas aqui em análise não se encontra ainda implementada à data de publicação deste estudo, apesar da população portuguesa demonstrar uma extensa aprovação das mesmas. Assim, o elevado nível de aprovação denota uma excelente oportunidade de intervenção em saúde pública para promulgar e implementar legislação que proteja dos malefícios do consumo do tabaco, da exposição ao FAT e da influência da indústria tabaqueira. Só assim, Portugal poderá honrar o compromisso assumido ao ratificar a Convenção-Quadro de Controlo de Tabaco e tornar-se um estado-membro em cujo território se encontram aplicadas todas as medidas MPOWER ao mais alto nível, promovendo e protegendo a saúde de todos os portugueses, e cumprindo plenamente os objetivos do desenvolvimento sustentável.

6. Bibliografia

1. European Commission. Tobacco - Overview [Internet]. [cited 2022 Feb 1]. Available from: https://ec.europa.eu/health/tobacco/overview_en
2. European Commission, Directorate-General for Communication, Directorate-General for Health and Food Safety. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes: Report [Internet]. European Commission; 2021 [cited 2022 Jan 25]. Available from: <https://data.europa.eu/doi/10.2875/490366>
3. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. Geneva: World Health Organization; 2021.
4. United Nations Treaty Collection - WHO Framework Convention on Tobacco Control [Internet]. [cited 2022 Feb 3]. Available from: https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4&chapter=9&clang=_en
5. World Health Organization. MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization; 2008.
6. Hoffman SJ, Tan C. Overview of systematic reviews on the health-related effects of government tobacco control policies. *BMC Public Health*. 2015 Aug 5;15(1):1–11.
7. Lavack AM. De-normalization of tobacco in Canada. *Social Marketing Quarterly*. 1999;5(3):82–5.
8. Sendall MC, Fox L, Wraith D. University staff and students' attitudes towards a completely smoke-free campus: Shifting social norms and organisational culture for health promotion. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 Jul 1;18(13).
9. Mons U, Nagelhout GE, Guignard R, McNeill A, van den Putte B, Willemsen MC, et al. Comprehensive smoke-free policies attract more support from smokers in Europe than partial policies. *European Journal of Public Health*. 2012 Feb;22(SUPPL 1):10–6.
10. Wilson LM, Avila Tang E, Chander G, Hutton HE, Odelola OA, Elf JL, et al. Impact of tobacco control interventions on smoking initiation, cessation, and prevalence: A systematic review. *Journal of Environmental and Public Health*. 2012;2012.
11. Nogueira SO, Fu M, Lugo A, Tigova O, Henderson E, López MJ, et al. Non-smokers' and smokers' support for smoke-free legislation in 14 indoor and outdoor settings across 12 European countries. *Environmental Research*. 2022 Mar 1;204(112224).
12. Lidón-Moyano C, Sampedro-Vida M, Matilla-Santander N, Martín-Sánchez JC, González-Marrón A, Bunch K, et al. Attitudes towards tobacco product regulations

- and their relationship with the tobacco control policies. *Preventive Medicine*. 2018 Jun 1;111:67–72.
13. Fu M, Castellano Y, Tigova O, Mons U, Agar T, Kyriakos CN, et al. Correlates of the support for smoke-free policies among smokers: A cross-sectional study in six European countries of the EUREST-PLUS ITC EUROPE SURVEYS. *Tobacco Induced Diseases*. 2018;16(SUPPL 2).
 14. Smith TT, Nahhas GJ, Borland R, Cho YJ, Chung-Hall J, Fairman RT, et al. Which tobacco control policies do smokers support? Findings from the International Tobacco Control Four Country Smoking and Vaping Survey. *Preventive Medicine*. 2021 Aug 1;149(106600).
 15. Lazuras L, Rodafinos A, Panagiotakos DB, Thyrian JR, John U, Polychronopoulos E. Support for smoke-free policies in a pro-smoking culture: Findings from the European survey on tobacco control attitudes and knowledge. *International Journal of Public Health*. 2009;54(6):403–8.
 16. Topuridze M, Berg CJ, Dekanosidze A, Torosyan A, Grigoryan L, Bazarchyan A, et al. Smokers' and nonsmokers' receptivity to smoke-free policies and pro-and anti-policy messaging in armenia and georgia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Aug 1;17(15).
 17. Dillio D, Fazel S, Ehsan N, Sibbald SL. The attitudes and behaviors of students, staff and faculty towards smoke-free and tobacco-free campus policies in North American universities: A narrative review. *Tobacco Prevention and Cessation*. 2020 Aug 1;6(47):1–7.
 18. Burstein P. The Impact of Public Opinion on Public Policy: A Review and an Agenda. *Political Research Quarterly*. 2003;56(1):29–40.
 19. Zhou L, Niu L, Jiang H, Jiang C, Xiao S. Facilitators and Barriers of Smokers' Compliance with Smoking Bans in Public Places: A Systematic Review of Quantitative and Qualitative Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2016 Dec 11;13(12):1228.
 20. MGFamiliar.net Portugal sem Fumo - 2012 [Internet]. 2012. Available from: <https://mgfamiliar.net.blogspot.com/2012/10/portugal-sem-fumo-2012.html>
 21. World Health Organization. *Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic*. Geneva: World Health Organization; 1997.
 22. World Medical Association. *World Medical Association Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. World Medical Association [Internet]. 2008 Apr; Available from: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/07/DoH-Oct2008.pdf>

PREVALÊNCIA DO COMPORTAMENTO TABÁGICO

P.6 - Gostaria agora de lhe perguntar qual das seguintes afirmações que lhe vou ler se aplica ao seu caso? Por favor, tome nota de que estamos a falar de qualquer tipo de tabaco - cigarros de maço, tabaco de enrolar, cigarrilhas, charutos, cachimbo. **LER HIPÓTESES DE RESPOSTA. REGISTRAR UMA SÓ RESPOSTA**

- NUNCA FUMEI1 → BLOCO C) NÃO FUMADORES: C.1
 JÁ FUMEI REGULARMENTE MAS DEIXEI DE FUMAR2 → BLOCO A) EX-FUMADORES: A.1
 FUMO OCASIONALMENTE, MAS NÃO FUMO TODOS OS DIAS3 → BLOCO D) FUMADORES OCASIONAIS: D.1
 FUMO TODOS OS DIAS.....4 → BLOCO B) FUMADORES: B.1

BLOCO A - EX-FUMADORES

A.1 - E importa-se de me dizer qual o tipo de tabaco que fumava? **LER HIPÓTESES DE RESPOSTA. REGISTRAR TODAS AS RESPOSTAS DADAS**

- CIGARROS DE MAÇO1
 TABACO DE ENROLAR2
 CIGARRILHAS.....3
 CHARUTOS4
 CACHIMBO5
 OUTRAS RESPOSTAS 8

A.2 - E diga-me, por favor, qual das seguintes afirmações que lhe vou ler se aplica ao seu caso? **LER HIPÓTESES DE RESPOSTA. REGISTRAR UMA SÓ RESPOSTA**

- FUMEI, MAS DEIXEI DE FUMAR HÁ MENOS DE 6 MESES.....1
 FUMEI, MAS DEIXEI DE FUMAR HÁ MAIS DE 6 MESES E MENOS DE 1 ANO2
 FUMEI, MAS DEIXEI DE FUMAR HÁ MAIS DE 1 ANO3

A.3 - Importa-se de me dizer com que idade experimentou tabaco pela 1ª vez? |___|___| anos

A.4 - E com que idade passou a fumar regularmente ou quase todos os dias? |___|___| anos

A.5 - E com que idade parou de fumar? |___|___| anos

A.6 - Importa-se de me dizer qual o principal motivo porque deixou de fumar? ... E a seguir? ... E a seguir? **NÃO SUGERIR NADA. REGISTRAR AS RESPOSTAS POR ORDEM DE REFERÊNCIA.**

- 1º: _____
 2º: _____
 3º: _____

A.7 - Teve apoio de algum profissional de saúde para o(a) ajudar a deixar de fumar? **REGISTRAR UMA SÓ RESPOSTA**

- SIM.....1 → CONTINUE
 NÃO.....2 → A.10

A.8 - Importa-se de me dizer qual foi esse profissional de saúde? **NÃO SUGERIR NADA. PODE REGISTRAR MAIS DO QUE UMA RESPOSTA**

- MÉDICO.....1 → CONTINUE
 FARMACÊUTICO2 → A.10
 PSICÓLOGO3 → A.10
 NUTRICIONISTA.....4 → A.10
 ENFERMEIRO.....5 → A.10
 OUTRAS RESPOSTAS 8 → A.10

A.9 - E diga-me, por favor, qual a especialidade desse médico que o(a) ajudou a deixar de fumar? **NÃO SUGERIR NADA. REGISTRAR TODAS AS RESPOSTAS DO INQUIRIDO**

A.10 - Tomou algum produto ou medicamento para o(a) ajudar a deixar de fumar?

- SIM.....1 → CONTINUE
 NÃO.....2 → A.15

A.11 - Quem é que lhe indicou esse produto ou medicamento? NÃO SUGERIR NADA. REGISTRAR TODAS AS RESPOSTAS DADAS

NINGUÉM/O PRÓPRIO1
AMIGO / FAMILIAR2
MÉDICO3
FARMACÊUTICO4
ENFERMEIRO5
OUTRAS RESPOSTAS8

A.12 - Importa-se de me dizer o nome desse produto ou medicamento? NÃO SUGERIR NADA. REGISTRAR TODAS AS RESPOSTAS DO INQUIRIDO

A.13 - E diga-me, por favor, durante quanto tempo tomou esse produto ou medicamento? PERMITIR NS/NR

AINDA TOMA/USA O PRODUTO/MEDICAMENTO1 → A.15

|__|__| dias **OU** |__|__| semanas **OU** |__|__| meses

A.14 - Importa-se de me dizer porque motivo ou motivos deixou de tomar esse produto ou medicamento ao fim desse tempo? NÃO SUGERIR NADA. REGISTRAR TODAS AS RESPOSTAS DO INQUIRIDO

PREÇO/CARO1
SENTIU-SE MAL COM O PRODUTO/MEDICAMENTO2
ACHOU QUE NÃO PRECISAVA DE TOMAR MAIS3
OUTRAS RESPOSTAS8

A.15 - Gostaria agora de lhe perguntar qual foi ou quais foram, para si, os aspectos mais difíceis de ultrapassar quando deixou de fumar? NÃO SUGERIR NADA. REGISTRAR TUDO O QUE O INQUIRIDO DISSER

A.16 - Gostaria agora de lhe perguntar se costuma chamar a atenção ou pede aos fumadores que evitem fumar na sua presença, quando se encontra em locais fechados? LER HIPÓTESES DE RESPOSTA E REGISTRAR UMA SÓ RESPOSTA

SEMPRE1
MUITAS VEZES2
ALGUMAS VEZES3
POUCAS VEZES4
NUNCA5
NR9

PASSE PARA P.7

BLOCO B - FUMADORES

B.1 - E importa-se de me dizer qual o tipo de tabaco que fuma? LER HIPÓTESES DE RESPOSTA. REGISTRAR TODAS AS RESPOSTAS DADAS

CIGARROS DE MAÇO1
TABACO DE ENROLAR2
CIGARRILHAS3
CHARUTOS4
CACHIMBO5
OUTRAS RESPOSTAS8

B.2 - Importa-se de me dizer com que idade experimentou tabaco pela 1ª vez? |__|__| anos

B.3 - E com que idade passou a fumar regularmente ou quase todos os dias? |__|__| anos

B.4 - Em média, quantos cigarros fuma por dia? |__|__| cigarros

B.5 - Gostaria agora de lhe perguntar o seguinte: quanto tempo passa desde o momento em que acorda até fumar o primeiro cigarro? **LER HIPÓTESES DE RESPOSTA. REGISTRAR UMA SÓ RESPOSTA**

- MENOS DE 5 MINUTOS1
- 6 A 30 MINUTOS2
- 31 A 60 MINUTOS3
- MAIS DE 60 MINUTOS.....4

B.6 - Importa-se de me dizer qual a marca de tabaco que fuma habitualmente? **NÃO SUGERIR NADA. REGISTRAR TUDO O QUE O INQUIRIDO DISSER**

B.7 - Importa-se de me dizer quanto custa um maço desta marca de tabaco?

|__| |__| EUROS, |__| |__| CÊNTIMOS

B.8 - Diga-me, por favor, a partir de que preço por cada maço de tabaco desta marca que fuma habitualmente é que deixaria de comprar esta marca de tabaco?

|__| |__| EUROS, |__| |__| CÊNTIMOS

B.9 - E diga-me, por favor, o que passaria a fazer se um maço de tabaco da marca que fuma habitualmente passasse a custar esse valor? **NÃO SUGERIR NADA. REGISTRAR TODAS AS RESPOSTAS DADAS**

- PASSAVA A FUMAR OUTRA MARCA MAIS BARATA1
- PASSAVA A FUMAR MENOS CIGARROS2
- PASSAVA A FUMAR TABACO DE ENROLAR3
- DEIXAVA DE FUMAR.....4
- OUTRA RESPOSTA. QUAL?98

CONTROLO DE TABAGISMO

B.10 - Gostaria agora de lhe perguntar se costuma fumar no carro? **LER HIPÓTESES DE RESPOSTA. REGISTRAR UMA SÓ RESPOSTA**

- NUNCA1
- SIM, SÓ ÀS VEZES2
- SIM, REGULARMENTE3
- SIM, MAS SÓ QUANDO ESTOU SOZINHO NO CARRO4
- NÃO TENHO CARRO / NÃO COSTUMO ANDAR DE CARRO5

B.11 - E costuma fumar dentro de casa? **LER HIPÓTESES DE RESPOSTA. REGISTRAR UMA SÓ RESPOSTA**

- NUNCA1
- SIM, SÓ À JANELA2
- SIM, SÓ NA COZINHA OU NOUTRA DIVISÃO3
- SIM, SÓ ÀS VEZES4
- SIM, REGULARMENTE5

ESTADIO DO FUMADOR

B.12 - Vou agora ler-lhe um conjunto de afirmações e peço-lhe que me diga qual se aplica ao seu caso? **LER HIPÓTESES DE RESPOSTA. REGISTRAR UMA SÓ RESPOSTA**

- FUMO, MAS PENSO DEIXAR DE FUMAR NO PRÓXIMO MÊS.....1 → B.14
- FUMO, MAS PENSO DEIXAR DE FUMAR NOS PRÓXIMOS 6 MESES2 → B.14
- FUMO, MAS PENSO DEIXAR DE FUMAR DAQUI A ALGUM TEMPO, E NÃO NOS PRÓXIMOS 6 MESES3 → B.14
- FUMO, E NÃO ESTOU A PENSAR DEIXAR DE FUMAR4 → CONTINUE

B.13 - Importa-se de me dizer qual o factor mais importante que o levaria a deixar de fumar? ... E a seguir? ... E a seguir? **NÃO SUGERIR NADA. REGISTRAR TODAS AS RESPOSTAS DO INQUIRIDO**

- 1º _____
- 2º _____
- 3º _____

PASSE PARA B.16

B.14 - Importa-se de me dizer qual o principal motivo porque está a pensar deixar de fumar? ... E a seguir? ... E a seguir? **NÃO SUGERIR NADA. REGISTRAR AS RESPOSTAS POR ORDEM DE REFERÊNCIA.**

1º: _____
2º: _____
3º: _____

B.15 - E diga-me, por favor, acha que vai precisar de ajuda profissional para deixar de fumar?

SIM.....1
NÃO.....2
NÃO SEI.....7

TENTATIVAS PRÉVIAS

TODOS

B.16 - E diga-me, por favor, já alguma vez tentou deixar de fumar?

SIM.....1 → CONTINUE
NÃO.....2 → P.7

B.17 - Quantas vezes?

|__|_| vezes

B.18 - Importa-se de me dizer qual foi o período de tempo mais longo que esteve sem fumar? **PERMITIR NS/NR**

|__|_| dias **OU** |__|_| semanas **OU** |__|_| meses

B.19 - Importa-se de me dizer qual o principal motivo porque tentou deixar de fumar? ... E a seguir? ... E a seguir? **NÃO SUGERIR NADA. REGISTRAR AS RESPOSTAS POR ORDEM DE REFERÊNCIA**

1º: _____
2º: _____
3º: _____

B.20 - Teve apoio de algum profissional de saúde para o(a) ajudar a deixar de fumar? **REGISTRAR UMA SÓ RESPOSTA**

SIM.....1 → CONTINUE
NÃO.....2 → B.23

B.21 - Importa-se de me dizer qual foi esse profissional de saúde? **NÃO SUGERIR NADA. PODE REGISTRAR MAIS DO QUE UMA RESPOSTA**

MÉDICO.....1 → CONTINUE
FARMACÊUTICO.....2 → B.23
PSICÓLOGO.....3 → B.23
NUTRICIONISTA.....4 → B.23
ENFERMEIRO.....5 → B.23
OUTRAS RESPOSTAS.....8 → B.23

B.22 - E diga-me, por favor, qual a especialidade desse médico que o(a) ajudou a deixar de fumar? **NÃO SUGERIR NADA. REGISTRAR TODAS AS RESPOSTAS DO INQUIRIDO**

B.23 - Tomou algum produto ou medicamento para o(a) ajudar a deixar de fumar?

SIM.....1 → CONTINUE
NÃO.....2 → B.28

B.24 - Quem é que lhe indicou esse produto ou medicamento? NÃO SUGERIR NADA. REGISTRAR TODAS AS RESPOSTAS DADAS

NINGUÉM/O PRÓPRIO1
 AMIGO / FAMILIAR2
 MÉDICO.....3
 FARMACÊUTICO4
 ENFERMEIRO.....5
 OUTRAS RESPOSTAS 8

B.25 - Importa-se de me dizer o nome desse produto ou medicamento? NÃO SUGERIR NADA. REGISTRAR TODAS AS RESPOSTAS DO INQUIRIDO

B.26 - E diga-me, por favor, durante quanto tempo tomou esse produto ou medicamento? PERMITIR NS/NR

|__|__| dias **OU** |__|__| semanas **OU** |__|__| meses

B.27 - Importa-se de me dizer porque motivo ou motivos deixou de tomar esse produto ou medicamento ao fim desse tempo? NÃO SUGERIR NADA. REGISTRAR TODAS AS RESPOSTAS DO INQUIRIDO

PREÇO/CARO1
 SENTIU-SE MAL COM O PRODUTO/MEDICAMENTO2
 ACHOU QUE NÃO PRECISAVA DE TOMAR MAIS3
 OUTRAS RESPOSTAS 8

B.28 - E diga-me, por favor, qual foi a principal razão que o(a) levou a fumar novamente? ... E a seguir? ... E a seguir? NÃO SUGERIR NADA. REGISTRAR POR ORDEM DE IMPORTÂNCIA. REGISTRAR TUDO O QUE O INQUIRIDO DISSER

1º: _____
 2º: _____
 3º: _____

B.29 - Gostaria agora de lhe perguntar qual foi ou quais foram, para si, os aspectos mais difíceis de ultrapassar durante o tempo que tentou deixar de fumar? NÃO SUGERIR NADA. REGISTRAR TUDO O QUE O INQUIRIDO DISSER

B.30 - E diga-me, por favor, evita fumar na presença de pessoas não fumadoras, quando está em locais fechados?: LER HIPÓTESES DE RESPOSTA E REGISTRAR UMA SÓ RESPOSTA

SEMPRE1
 MUITAS VEZES2
 ALGUMAS VEZES3
 POUCAS VEZES4
 NUNCA5
 NR9

PASSE PARA P.7

BLOCO C - NÃO FUMADORES

C.1 - Costuma chamar a atenção ou pede aos fumadores que evitem fumar na sua presença, quando está em locais fechados?: LER HIPÓTESES DE RESPOSTA E REGISTRAR UMA SÓ RESPOSTA

SEMPRE1
 MUITAS VEZES2
 ALGUMAS VEZES3
 POUCAS VEZES4
 NUNCA5
 NR9

PASSE PARA P.7

BLOCO D - FUMADORES OCASIONAIS

D.1 - Importa-se de me dizer com que idade experimentou o 1º cigarro? |__|__| anos

D.2 - E importa-se de me dizer em média quantos cigarros fuma por semana |__|__| cigarros

D.3 - E há quanto tempo é que fuma este nº de cigarros por semana? **PERMITIR NS/NR**

|__|__| meses **OU** |__|__| anos

D.4 - E diga-me, por favor, evita fumar na presença de pessoas não fumadoras: **LER HIPÓTESES DE RESPOSTA E REGISTAR UMA SÓ RESPOSTA**

SEMPRE.....1
 MUITAS VEZES2
 ALGUMAS VEZES.....3
 POUCAS VEZES.....4
 NUNCA.....5
 NR.....9

PASSE PARA P.7

PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FACE AO TABAGISMO

TODOS

P.7 - Gostaria agora de lhe perguntar o seguinte: Alguma vez um médico lhe perguntou se fuma ou já fumou?

SIM.....1
 NÃO.....2
 NR.....9

P.8 - Alguma vez, numa consulta de rotina, o médico lhe perguntou se no seu dia-a-dia costuma estar **exposto(a) ao fumo do tabaco**?

SIM.....1
 NÃO.....2
 NR.....9

SE O INQUIRIDO É NÃO FUMADOR (= P.6 CÓD.1) SALTA PARA P.14

P.9 - E alguma vez, numa consulta de rotina, o médico o(a) **aconselhou a deixar de fumar**?

SIM.....1
 NÃO.....2
 NR.....9

P.10 - E alguma vez, numa consulta de rotina, o médico o(a) **motivou para deixar de fumar**?

SIM.....1
 NÃO.....2
 NR.....9

P.11 - E alguma vez o médico o(a) ofereceu ajuda para deixar de fumar ou **informou sobre os meios que existem para o(a) ajudar a deixar de fumar, por ex. medicação, internet, linhas de apoio etc.**?

SIM.....1
 NÃO.....2
 NR.....9

P.12 - E alguma vez o médico lhe **prescreveu um tratamento para ajudar a deixar de fumar**?

SIM.....1
 NÃO.....2
 NR.....9

P.13 - E alguma vez numa o médico o(a) questionou sobre a sua possibilidade económica para comprar determinados medicamentos para ajudar a deixar de fumar?

SIM.....1
 NÃO.....2
 NR.....9

EXPOSIÇÃO PASSIVA DA POPULAÇÃO AO TABACO

TODOS

P.14 - Gostaria agora de lhe perguntar o seguinte: habitualmente quanto tempo por semana está exposto(a) ao fumo de tabaco, isto é, ao fumo de tabaco ambiental ou fumado por outros) em espaços públicos fechados? **LER HIPÓTESES DE RESPOSTA E REGISTAR UMA SÓ RESPOSTA**

SEMPRE.....1
 A MAIOR PARTE DO TEMPO2
 BASTANTE TEMPO3
 ALGUM TEMPO.....4
 POUCO TEMPO5
 NUNCA6
 NR9

P.15 – Em sua casa, qual das opções que vou ler de seguida melhor descreve as regras relativamente a fumar dentro de casa? **LER HIPÓTESES DE RESPOSTA E REGISTAR UMA SÓ RESPOSTA**

NÃO SE PODE FUMAR EM LUGAR ALGUM DA CASA (incluindo Janelas, Varandas, etc.) 1→**P.17**
 PODE-SE FUMAR EM ALGUMAS PARTES/ DIVISÕES 2→**P.16**
 PODE-SE FUMAR APENAS EM OCASIÕES ESPECIAIS (EX. FESTAS, VISITAS DE AMIGOS, QUANDO NÃO HÁ CRIANÇAS)..... 3→**P.16**
 PODE-SE FUMAR EM QUALQUER PARTE/ DIVISÃO DA CASA..... 4→**P.17**
 NS/NR 9→**P.17**

P.16 – E em que partes/ divisões da casa se pode fumar? **NÃO SUGERIR NADA. REGISTAR TODAS AS RESPOSTAS DO INQUIRIDO**

COZINHA 1
 SALA 2
 SALA DE JANTAR 3
 CASA DE BANHO 4
 À JANELA 5
 NA VARANDA EXTERIOR 6
 NA MARQUISE 7
 PORTAS PARA O EXTERIOR 8
 EM TODAS AS PARTES/ DIVISÕES DA CASA 9
 OUTRAS RESPOSTAS 98
 NS/NR 99

P.17 – No seu carro familiar, qual das opções que vou ler de seguida melhor descreve as regras relativamente a fumar dentro do carro? **LER HIPÓTESES DE RESPOSTA E REGISTAR UMA SÓ RESPOSTA**

PODE-SE FUMAR 1
 PODE-SE FUMAR MAS SÓ COM A JANELA ABERTA..... 2
 PODE-SE FUMAR QUANDO NÃO ESTIVEREM CRIANÇAS 3
 É SEMPRE PROIBIDO FUMAR NO CARRO 4
 NÃO TENHO CARRO / NÃO COSTUMO ANDAR DE CARRO 5
 NS/NR 9

OPINIÃO SOBRE O FUMO DE TABACO E A LEI ANTI-TABACO

Gostaríamos agora de saber qual a sua opinião sobre as leis de prevenção de tabagismo.

P.18 - Em relação à actual lei de proibição de fumar nos locais públicos fechados, no geral, até que ponto acha que a lei está a ser cumprida, isto é, protege todas as pessoas da exposição ao fumo do tabaco e é fiscalizada e cumprida por todos? Acha que a lei está a ser cumprida, parcialmente cumprida ou não está a ser cumprida? **REGISTAR UMA SÓ RESPOSTA**

SIM 1→ **P.18.1**
 SIM, PARCIALMENTE..... 2→ **P.18.1**
 NÃO..... 3→ **P.18.1**
 NS-NR..... 9→ **P.19**

P.18.1 – E considera que a lei de proibição de fumar nos locais públicos fechados está a ser cumprida nos locais de trabalho, incluindo o seu local de trabalho? ... E nos cafés e restaurantes? **LER LOCAIS UM A UM E REGISTAR UMA RESPOSTA POR LINHA**

LOCAIS	SIM	SIM, PARCIALMENTE	NÃO	NS-NR
1) NOS LOCAIS DE TRABALHO, INCLUINDO O SEU LOCAL DE TRABALHO	1	2	3	7
2) CAFÉS E RESTAURANTES	1	2	3	7
3) TRANSPORTES PÚBLICOS	1	2	3	7
4) ESCOLAS	1	2	3	7
5) UNIVERSIDADES	1	2	3	7

P.19 – Até que ponto concorda com a proibição total de fumar nos locais fechados, ou seja em todos os locais públicos fechados sem excepções? **LER OPÇÕES DE RESPOSTA E REGISTAR UMA SÓ RESPOSTA**

CONCORDO TOTALMENTE5
 CONCORDO.....4
 NÃO CONCORDO NEM DISCORDO.....3
 DISCORDO2
 DISCORDO TOTALMENTE1
 (NÃO LER) NR.....9

OPINIÃO SOBRE A ATITUDE DO GOVERNO

P.20 - Gostaria de lhe perguntar o seguinte: na sua opinião o que é que o Governo podia, de uma forma geral, fazer para apoiar os fumadores a deixar de fumar com sucesso? **NÃO SUGERIR NADA. REGISTAR TUDO O QUE O INQUIRIDO DISSER**

P.21 - E até que ponto concorda com o facto de o Governo aumentar significativamente o preço do tabaco, como já acontece noutros países como por exemplo França e Inglaterra? **LER OPÇÕES DE RESPOSTA E REGISTAR UMA SÓ RESPOSTA**

CONCORDO TOTALMENTE5
 CONCORDO.....4
 NÃO CONCORDO NEM DISCORDO.....3
 DISCORDO2
 DISCORDO TOTALMENTE1
 (NÃO LER) NR.....9

P.22 - E diga-me, por favor, até que ponto concorda que sejam colocadas imagens e fotografias coloridas nos maços de tabaco com as consequências de fumar? **LER OPÇÕES DE RESPOSTA E REGISTAR UMA SÓ RESPOSTA**

CONCORDO TOTALMENTE5
 CONCORDO.....4
 NÃO CONCORDO NEM DISCORDO.....3
 DISCORDO2
 DISCORDO TOTALMENTE1
 (NÃO LER) NR.....9

P.23 - E até que ponto concorda que os maços de cigarro passem a ser embalagens brancas ou neutras, ou seja sem as cores, design ou logotipo das marcas de cigarro, e só com os avisos dos malefícios do tabaco ou mensagens/informação de apoio para deixar de fumar? **LER OPÇÕES DE RESPOSTA E REGISTAR UMA SÓ RESPOSTA**

CONCORDO TOTALMENTE.....5
CONCORDO.....4
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO.....3
DISCORDO.....2
DISCORDO TOTALMENTE.....1
(NÃO LER) NR.....9

P.24 - E diga-me, por favor, até que ponto concorda que seja proibido fumar nos carros, na presença de crianças? **LER OPÇÕES DE RESPOSTA E REGISTAR UMA SÓ RESPOSTA**

CONCORDO TOTALMENTE.....5
CONCORDO.....4
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO.....3
DISCORDO.....2
DISCORDO TOTALMENTE.....1
(NÃO LER) NR.....9

P.25 – E até que ponto concorda que seja proibida a promoção/ exposição das montras de cigarros/tabaco? **LER OPÇÕES DE RESPOSTA E REGISTAR UMA SÓ RESPOSTA**

CONCORDO TOTALMENTE.....5
CONCORDO.....4
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO.....3
DISCORDO.....2
DISCORDO TOTALMENTE.....1
(NÃO LER) NR.....9

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO

DC.1 - Diga-me, por favor, vive com alguém aí em casa que esteja grávida, ou com crianças ou com alguém que tenha doenças respiratórias ou cardíacas?

SIM 1
NÃO 2

DC.2 - REGISTRAR SEXO

MASCULINO 1
FEMININO 2

DC.3 - Diga-me, por favor, qual a sua idade? ' ___ ' ANOS

DC.4 - Importa-se de me dizer qual o seu estado civil?

SOLTEIRO(A)..... 1
CASADO(A) / UNIÃO DE FACTO / VIVE JUNTO..... 2
SEPARADO(A)/DIVORCIADO(A)..... 3
VIÚVO(A)..... 4
RECUSA 7

DC.5 - E qual o grau de instrução mais elevado que o(a) sr(a). concluiu?

UNIVERSITÁRIO / PÓS GRADUAÇÃO / MESTRADO / DOUTORAMENTO 1
CURSO MÉDIO / POLITÉCNICO 2
12º ANO (7º ANO LICEAL / 11º ANO) 3
9º ANO (5º ANO LICEAL)..... 4
6º ANO (2º ANO LICEAL)..... 5
INSTRUÇÃO PRIMÁRIA COMPLETA 6
INSTRUÇÃO PRIMÁRIA INCOMPLETA / ANALFABETO..... 7

DC.6 - Importa-se de me dizer qual é exactamente a sua ocupação ou actividade profissional principal?
(INSISTA PARA QUE A RESPOSTA SEJA O MAIS DETALHADA POSSÍVEL E ASSINALE SE A ACTIVIDADE MENCIONADA É POR CONTA PRÓPRIA OU DE OUTRÉM E SE TEM EMPREGADOS/EXERCE CARGO DE CHEFIA)

Perguntar se:

CONTA PRÓPRIAX	NÃO TEM EMPREGADOS/ NÃO EXERCE CHEFIA..... 1
CONTA DOUTREMX	PATRÃO / CHEFE / RESPONSÁVEL POR 1 A 5 EMPREGADOS 2
	PATRÃO / CHEFE / RESPONSÁVEL POR 6 OU + EMPREGADOS..... 3

DC.7 - Diga-me por favor, a Sra é, no seu agregado familiar, a pessoa que mais contribui para o rendimento global do agregado?

SIM..... 1 → **DC.10**
NÃO 2 → **CONTINUE**

DC.8 - Diga-me por favor, qual é o nível de instrução mais elevado que essa pessoa concluiu?

UNIVERSITÁRIO / PÓS GRADUAÇÃO / MESTRADO / DOUTORAMENTO 1
CURSO MÉDIO / POLITÉCNICO 2
12º ANO (7º ANO LICEAL / 11º ANO) 3
9º ANO (5º ANO LICEAL)..... 4
6º ANO (2º ANO LICEAL)..... 5
INSTRUÇÃO PRIMÁRIA COMPLETA 6
INSTRUÇÃO PRIMÁRIA INCOMPLETA / ANALFABETO..... 7

DC.9 - Importa-se de me dizer qual é exactamente ocupação ou actividade profissional principal dessa pessoa?
 (INSISTA PARA QUE A RESPOSTA SEJA O MAIS DETALHADA POSSÍVEL E ASSINALE SE A ACTIVIDADE MENCIONADA É POR CONTA PRÓPRIA
 OU DE OUTRÉM E SE TEM EMPREGADOS/EXERCE CARGO DE CHEFIA)

Perguntar se:

CONTA PRÓPRIAX	NÃO TEM EMPREGADOS/ NÃO EXERCE CHEFIA..... 1
CONTA DOUTREMX	PATRÃO / CHEFE / RESPONSÁVEL POR 1 A 5 EMPREGADOS 2
	PATRÃO / CHEFE / RESPONSÁVEL POR 6 OU + EMPREGADOS..... 3

DC.10 - Importa-se de me dizer se alguma vez frequentou os cursos das novas oportunidades?

SIM.....1
 NÃO.....2

DC.11 - Para terminar gostaria de lhe perguntar qual o rendimento mensal médio líquido do seu agregado familiar? **LER HIPÓTESES DE RESPOSTA. REGISTRAR UMA SÓ RESPOSTA**

MENOS DE 500€1
 500€ - 749€2
 750€ - 999€3
 1.000€ - 1.249€4
 1.250€ - 1.499€5
 1.500€ - 1.749€6
 1.750€ - 1.999€7
 2.000€ - 2.249€8
 2.250€ - 2.499€9
 2.500€ OU MAIS.....10
 RECUSA97

AGRADEÇA E TERMINE

ENTREVISTADOR: REGISTE

DC.12 - REGIÃO:

NORTE LITORAL.....1
 GRANDE PORTO.....2
 INTERIOR.....3
 CENTRO LITORAL4
 GRANDE LISBOA.....5
 ALENTEJO.....6
 ALGARVE.....7

DC.13 - HABITAT:

- 2.000 HAB.....1
 2.000 A 10.000 HAB.....2
 10.000 A 100.000 HAB.....3
 100.000 + HAB4
 CIDADE DE LISBOA.....5
 CIDADE DO PORTO6

ENTREVISTADO NOME: _____

ENTREVISTADOR NOME: _____ N.º: ' _ ' _ ' _ ' _ ' _ ' _ ' _ '
REVISOR NOME: _____ N.º: ' _ ' _ '
CODIFICADOR NOME: _____ N.º: ' _ ' _ '

DATA: ___ / ___ / 2012