

ATITUDES FACE AO TABAGISMO: HÁBITOS TABÁGICOS E O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Esmeralda Barreira¹, Francisco Sampaio Gomes², & Luís Miguel Cunha³

¹Instituto Português de Oncologia, E.P.E. – Clínica do Pulmão;

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto

²Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto

³Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto

RESUMO: O presente estudo investiga as atitudes de utentes em ambulatório, estudantes finalistas (enfermagem e medicina) e profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) face aos hábitos tabágicos e ao papel dos profissionais de saúde. Foi administrado um questionário a 360 sujeitos (120 estudantes finalistas, 120 profissionais de saúde e 120 utentes). O questionário foi administrado em instituições de ensino e em unidades hospitalares dos distritos do Porto e de Braga. Dos sujeitos avaliados 19% eram fumadores. Os resultados apontaram para as seguintes conclusões: os profissionais de saúde e os fumadores valorizam a exemplaridade médica mais do que os utentes, estudantes e os não fumadores; os fumadores têm atitudes mais permissivas em relação ao tabagismo que os não fumadores.

Palavras chave: Exemplaridade, Hábitos tabágicos, Permissividade, Profissionais de saúde.

ATTITUDES TOWARDS SMOKING: SMOKING HABITS AND THE ROLE OF HEALTH PROFESSIONALS

ABSTRACT: In the present work, we studied the attitudes of ambulatory patients, last year nursing and medical students and health professionals (physicians and nurses) relative to smoking habits and the role of health professionals. A adapted questionnaire was applied to 360 individuals (120 students, 120 health professionals and 120 patients), in health care units in the Porto and Braga districts. The results revealed a high number of smokers (19%), representing 15% of the women and 27% of men. Health professionals and smokers were found to value best the medical exemplarity than patients, students and non-smokers. Smokers showed more permissive attitudes relative to smoking than non-smokers.

Key words: Exemplarity, Health professionals, Permissivity, Smoking habits.

Recebido em 14 de Março de 2007 / aceite em 14 de Outubro de 2007

Em Portugal, os efeitos de anos de campanhas de prevenção anti-tabágica têm ficado aquém do pretendido, continuando o consumo de tabaco a ser um problema de saúde pública (Joossens, Naett, Howie, & Muldoon, 1994; Matias, 2003). As acções de prevenção são dificultadas pelo facto de os efeitos patogénicos do tabaco só serem visíveis a longo prazo: a doença e a morte começam a dar sinais apenas duas a três décadas após o início do consumo de

* Contactar para E-mail: merbp@clix.pt

tabaco. Adicionalmente as dependências física e psicológicas provocadas pelo tabaco e a aceitabilidade social do seu consumo tornam difícil a prevenção do tabagismo (Altet & Sánchez, 1998; Mendes, 2003).

Face à prevenção do tabagismo, os profissionais de saúde apresentam um papel primordial uma vez que o seu conselho em assuntos de saúde é mais fiável (Simpson, 2000), estes apresentam um papel importante como líderes nas sociedades dos países desenvolvidos, e constituem padrões de referência na prática de condutas de vida saudável (Pardell, 1996, citado por Altet et al., 1998). Note-se que a World Health Organization (2003) marcou uma posição na luta anti-tabágica, enfatizando que os fumadores devem ter apoio e tratamentos acessíveis, integrados no sistema de saúde como rotina da prática clínica.

Atitudes face ao tabagismo

Por atitude entende-se a adaptação activa do indivíduo ao meio ambiente como resultado de processos afectivos, cognitivos e comportamentais (Eagly & Chaiken, 1993). A formação das atitudes está associada ao processo de socialização do indivíduo. Este processo inicia-se na infância sob influência dos pais, continuando a desenvolver-se posteriormente sob influência dos amigos e com os educadores na escola. As atitudes também sofrem forte influência dos meios de comunicação social. De acordo com a World Health Organization (1998) os profissionais de saúde são igualmente intervenientes neste processo pois estão em contacto directo com cerca de 70% da população.

Todo o indivíduo tende a justificar os seus comportamentos (Festinger, Riecken, & Schachter, 1956 citados por López-Sáez, 2001). Quando alguém toma consciência que as suas atitudes, pensamentos ou crenças (cognições) são inconsistentes com os seus comportamentos incorre num incomportável estado de tensão a qual Festinger designa por dissonância cognitiva. O fumador que acredita que fumar é prejudicial à saúde, ao continuar a fumar sente este desconforto.

A redução da dissonância pode incluir várias estratégias, tais como, a racionalização do comportamento (Lopez-Sáez, 2001). Festinger exemplifica as alternativas para a redução da dissonância cognitiva pela mudança das atitudes com duas cognições psicologicamente inconsistentes: o prazer em fumar e o saber que fumar provoca o cancro. Para eliminar esta perturbação bastaria deixar de fumar, no entanto esta não é a única solução, já que entre outras, o fumador pode: (a) invocar a idade avançada de alguns fumadores que se mantêm saudáveis; (b) mudar para cigarros menos nocivos; (c) invocar que se prefere morrer nonagenário e alegre do que centenário e aborrecido; (d) justificar a relação entre fumar e desenvolver cancro como devida a uma variável fisiológica que só atinge os outros.

Como se depreende do anteriormente citado, nem sempre a dissonância resulta em mudança do comportamento ou da atitude. Existem vários processos alternativos (Smith & Mackie, 2000), que tanto podem levar à mudança de atitude como ao bloqueamento da dissonância, ou à sua redução. Estes passos

envolvem: minimização da inconsistência, negação da responsabilidade pessoal, “adormecimento” do problema e atribuição do despertar do problema a outras causas, e a auto-afirmação. De todas estas alternativas, é escolhida a que reduz a dissonância de forma mais fácil e eficaz (Smith & Mackie, 2000).

Profissionais de saúde: Exemplos na prevenção do tabagismo

Os médicos e instituições de saúde são os melhores transmissores da mensagem de que determinada prática pouco saudável pode resultar em consequências negativas para a saúde (Stroebe, 1995). Os profissionais têm assim funções terapêuticas e educativas na luta contra o tabagismo (Lledó, 2002): (a) função de modelo nos hábitos de vida saudáveis; (b) função educadora, informando dos riscos do consumo de tabaco e suas consequências; (c) função terapêutica, apoiando e tratando os fumadores que tentam abandonar o hábito, mediante conselhos médicos anti-tabágicos e a prescrição de terapêutica de desabituação; (d) função de crítica social e de sensibilização da opinião pública, mediante participação em campanhas anti-tabágicas.

As atitudes dos profissionais de saúde influenciam os comportamentos e hábitos das populações, sendo este efeito mais marcado nas populações mais vulneráveis tais como os doentes (Ochoa, Montañes, Pérez, & Pons, 1990).

A cessação ou prevenção tabágica ainda não é considerada por todos os profissionais de saúde como uma prioridade. O número de médicos motivados para intervir na cessação tabágica é pequeno (Mendes, 2000). Possíveis causas incluem desmotivação, desresponsabilização, falta de tempo e desconhecimento da eficácia dos tratamentos. Esta desmotivação para a prevenção e tratamento parece estar associada a défices de formação (Coakley, 2000), os quais se encontram igualmente presentes em estudantes europeus de medicina (Orive, 2002; Tessier, 2003). Só metade destes estudantes refere a importância do exemplo médico na luta anti-tabágica (Orive, 2002).

O estudo apresentado teve como base o desenvolvimento dos seguintes objectivos: (1) Analisar as atitudes de permissividade em relação ao hábito de fumar; (2) Analisar as atitudes de exemplaridade dos profissionais de saúde na prevenção tabágica.

MÉTODO

Participantes

Participaram 270 indivíduos. Os questionários foram aplicados durante os meses de Junho e Setembro a profissionais de saúde e utentes em unidades hospitalares dos distritos do Porto e Braga, bem como a estudantes finalistas de Enfermagem e de Medicina de diferentes Escolas do distrito do Porto. O Quadro 1 mostra as respostas obtidas para cada estatuto.

Quadro 1

Nível de recolha dos inquéritos distribuídos em função do estatuto do inquirido

Estatuto	Número de inquéritos	
	Distribuídos	Recolhidos
Profissionais de saúde	120	106 (88%)
Estudantes	120	67 (56%)
Utentes	120	97 (81%)
Total	360	270 (75%)

Relativamente ao género, verificou-se que a amostra era composta por 33% homens e 67% mulheres. Os grupos constituídos pelos estudantes e pelos profissionais de saúde incluíram uma elevada proporção de mulheres (superior a 70%) enquanto que nos utentes esta proporção se verificou equilibrada. Relativamente ao estado civil dos sujeitos que compõem a amostra, observou-se que 42% eram casados, 54% eram solteiros e os restantes 4% apresentavam um outro estado civil. Verificou-se que um pouco mais de um terço dos sujeitos inquiridos pertencem ao escalão etário até aos 24 anos, observando-se igual situação para o escalão dos 25-34 anos. Dos restantes indivíduos, 20% tinham entre os 35-44 anos de idade, e 12% apresentavam uma idade superior a 45 anos. Da análise dos hábitos tabágicos dos respondentes, verificou-se que 19% são fumadores habituais e 81% não fumam. Verificou-se também que 15% das mulheres e 27% dos homens fumam. A análise dos hábitos tabágicos, em função do grupo etário, revelou um aumento progressivo do número de fumadores com idade até aos 35-44 anos (ver Figura 1). Os estudantes e os profissionais de saúde são os grupos com menor percentagem de fumadores: estudantes 15%, profissionais de saúde 18% e utentes 23% (Figura 2).

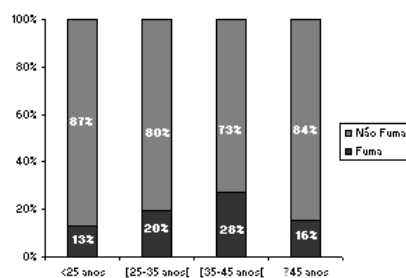


Figura 1. Distribuição dos hábitos tabágicos por grupos etários

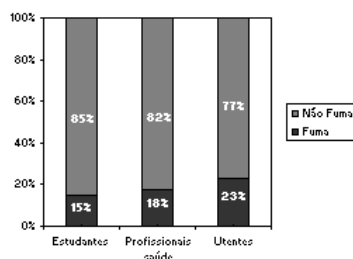


Figura 2. Distribuição dos hábitos tabágicos por estatuto

Material

O instrumento utilizado foi desenvolvido partindo da tradução/adaptação de um questionário previamente aplicado e validado na população de Valença em Espanha (Ochoa et al., 1990), tendo-se para o efeito obtido autorização do autor. O questionário desenvolvido estruturou-se em cinco partes, nomeadamente: caracterização sócio-profissional, atitudes face ao hábito de fumar, atitudes face ao papel dos profissionais de saúde na prevenção do tabagismo, percepção do ambiente hospitalar e do consumo do tabaco em função dos estados de ânimo e comportamentos face ao consumo de tabaco. As atitudes foram medidas recorrendo a uma escala de resposta tipo Likert de 4 pontos.

Procedimento

Após recolha dos questionários, os seus resultados foram transpostos para suporte informático, tendo-se utilizado o programa informático *SPSS for Windows v. 11.0*, para a organização, transformação e interpretação dos respectivos dados. Numa primeira fase, procedeu-se à análise descritiva das diferentes variáveis provenientes das diferentes partes do questionário.

A caracterização atitudinal teve como base a criação de variáveis latentes, partindo da conjugação de diferentes itens do questionário. Cada variável latente pretende expressar uma única dimensão atitudinal, sendo que aquelas se constróem, partindo das questões originais do inquérito, por aplicação da análise factorial de componentes principais (AFCP).

A verificação da adequabilidade da utilização do conjunto de questões, para a construção das diferentes variáveis latentes, através da AFCP, efectua-se por análise do valor do índice de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), bem como pela significância do teste de esfericidade de Bartlett (Pestana & Gageiro, 2000).

Pretendendo-se comparar os diferentes grupos relativamente aos resultados obtidos na caracterização atitudinal, numa segunda fase, procedeu-se à verificação dos pressupostos de normalidade das variáveis e da homogeneidade da variância entre os grupos em comparação, por aplicação, respectivamente, dos testes de Kolmogorov-Smirnov e de Levene (Hill & Hill, 2000; Pestana & Gageiro, 2000).

Não se tendo verificado os pressupostos anteriores, tornou-se necessário o recurso a testes de comparação não paramétricos. Em função da natureza da relação entre as variáveis obtidas para os diferentes grupos em análise, aplicaram-se testes não-paramétricos para amostras independentes, tais como o teste de Kruskal-Wallis e o teste de Mann-Whitney, e testes não paramétricos para amostras dependentes tais como o teste de Friedman e o teste de Wilcoxon. Para todos os testes, excepto quando mencionado em contrário, assumiu-se um grau de confiança de 95%.

RESULTADOS

Com o intuito de se evidenciar quais as questões que contribuem para a avaliação das diferentes atitudes, recorreu-se à Análise Factorial de Componentes Principais (AFCP) com rotação *Varimax*, tendo-se obtido dois factores, os quais explicam 44% da variabilidade total dos dados. Para a solução apresentada, recorreu-se à estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e ao teste de esfericidade de Bartlett, cujo objectivo se centrou na identificação da adequabilidade do método de redução de informação. A estatística KMO apresentou um valor de 0,82, correspondendo a um bom valor, e o teste de esfericidade de Bartlett, apresentou-se significativo ($p < 0,01$).

Partindo da informação anterior, procedeu-se ao cálculo dos valores individuais de cada um dos factores atitudinais, tendo-se optado pela média das pontuações atribuídas a cada uma das questões envolvidas na construção de cada variável latente, isto é, para cada indivíduo, somou-se a totalidade das pontuações atribuídas às questões em análise e dividiu-se este valor pelo número de questões. É de salientar que só foram contabilizados os indivíduos que responderam a todas as questões envolvidas no cálculo de cada um dos factores atitudinais (Hill & Hill, 2000), num total de 265 inquéritos correctamente validados.

Atitudes face à exemplaridade dos profissionais de saúde na prevenção do tabagismo

Neste grupo, seguindo uma metodologia idêntica à apresentada na secção anterior, procedeu-se à formação das variáveis de exemplaridade em relação às atitudes dos profissionais de saúde na prevenção do tabagismo. É de referir que este grupo de questões foi directamente adaptado do trabalho de Ochoa (1990) sobre a identificação das atitudes face à exemplaridade dos profissionais de saúde na prevenção do tabagismo.

A aplicação da AFCP, permitiu a construção de uma única variável de exemplaridade. Desta forma, ao considerar a atitude face à exemplaridade dos profissionais de saúde na prevenção do tabagismo como unidimensional, favorece-se a interpretabilidade dos resultados.

Refere-se que a construção da variável atitudinal seguiu o mesmo procedimento descrito na secção anterior tendo-se obtido um KMO de 0,83 e um teste de Bartlett com um coeficiente significativo ($p < 0,01$).

Relação entre atitudes e características sócio-profissionais e comportamentos

A análise das atitudes de permissividade não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos – estudantes, utentes e profissionais de saúde (Quadro 2).

Quadro 2

Comparação das atitudes em função do grupo etário dos inquiridos, segundo o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

Atitudes	Grupo etário (anos)								p
	<25		[25-34[[35- 45[•45		
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Permissividade factor I	1,79 ^a	0,47	1,86 ^{a,b}	0,45	1,97 ^{b,c}	0,46	2,10 ^c	0,44	0,005
Permissividade factor II	2,50	0,52	2,40	0,50	2,30	0,62	2,34	0,41	0,41
Exemplaridade dos Profissionais	1,76	0,40	1,83	0,38	1,87	0,45	1,87	0,43	0,42

Nota. ^{a,b,c}grupos homogêneos de acordo com o teste não-paramétrico de Mann-Whitney ($p < 0,05$).

No entanto existem diferenças significativas no factor I das atitudes de permissividade relativas ao hábito de fumar em função do grupo etário (ver Quadro 3).

Quadro 3

Comparação das atitudes em função do estatuto, segundo o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

Atitudes	Estatuto						p
	Estudantes		Utentes		Profissionais de saúde		
	M	DP	M	DP	M	DP	
Permissividade factor I	1,86	0,54	1,94	0,48	1,90	0,48	0,48
Permissividade factor II	2,50	0,57	2,29	0,54	2,40	0,51	0,12
Exemplaridade dos Profissionais	1,72 ^a	0,38	1,77 ^a	0,40	1,92 ^b	0,40	0,002*

Nota. * $p < 0,05$; ^{a,b}grupos homogêneos de acordo com o teste não-paramétrico de Mann-Whitney ($p < 0,05$).

De acordo com os resultados do teste de Mann-Whitney, observou-se um aumento progressivo da permissividade com a idade, possivelmente relacionado com uma menor valorização dos malefícios do tabagismo.

No que se refere às atitudes de exemplaridade verificaram-se diferenças significativas entre estes grupos, indicando que os profissionais valorizam mais a exemplaridade dos seus pares. Por exemplaridade, entende-se a auto-percepção dos indivíduos, relativa ao papel dos profissionais de saúde, como exemplo público a seguir: evitando fumar em centros hospitalares ou durante a sua interacção com os utentes, e aconselhando e ajudando os fumadores a abandonar o seu hábito.

O grupo de estudantes é o que valoriza menos a função de exemplaridade dos profissionais. Este dado está de acordo com Orive (2002) que refere que só metade dos estudantes atribui grande importância ao exemplo médico face ao tabagismo.

Comparando as atitudes de fumadores e não fumadores, observamos que os fumadores têm atitudes mais permissivas frente ao tabagismo, que os não fumadores no factor I (aspectos sociais do tabagismo) verificando o oposto no factor II (aspectos individuais do tabagismo): aqui os não fumadores são mais permissivos (ver Quadro 4).

Quadro 4

Comparação das atitudes em função dos hábitos tabágicos, segundo o teste não-paramétrico de Mann-Whitney

Atitudes	Hábitos tabágicos				p
	Não fuma		Fuma		
	M	DP	M	DP	
Permissividade factor I	1,82	0,47	2,27	0,41	0,0001
Permissividade factor II	2,29	0,50	2,80	0,49	0,0001
Exemplaridade dos Profissionais	1,80	0,40	2,00	0,40	0,001

Quando se constituem grupos cruzando as variáveis hábitos tabágicos e estatuto observamos o seguinte: os fumadores, independentemente do seu estatuto (profissional, estudante ou utente) são sempre mais permissivos no factor I que os não fumadores. Os fumadores independentemente do seu estatuto são sempre mais permissivos no factor II que os não fumadores (ver Quadro 5).

No que se refere à valorização da exemplaridade observamos que os utentes e profissionais de saúde não fumadores valorizam mais a exemplaridade que os utentes e profissionais fumadores.

Quadro 5

Comparação das atitudes em função dos hábitos tabágicos e do estatuto, segundo o teste não-paramétrico de Mann-Whitney

Atitudes	Estatuto	Hábitos tabágicos				p
		Não fuma		Fuma		
		M	DP	M	DP	
Permissividade Factor I	Estudantes	1,74	0,47	2,51	0,46	0,0001
	Utentes	1,90	0,50	2,11	0,39	0,03
	Profissionais saúde	1,80	0,45	2,32	0,35	0,0001
Permissividade Factor II	Estudantes	2,39	0,49	3,18	0,48	0,0001
	Utentes	2,19	0,53	2,63	0,39	0,0001
	Profissionais saúde	2,31	0,48	2,79	0,50	0,001
Exemplaridade dos Profissionais	Estudantes	1,70	0,38	1,80	0,43	0,54
	Utentes	1,71	0,40	1,94	0,36	0,02
	Profissionais saúde	1,87	0,39	2,16	0,40	0,01

Os fumadores independentemente do seu estatuto são sempre menos permissivos no factor II que os não fumadores. No que se refere à valorização da exemplaridade observamos que os utentes e profissionais de saúde não fumadores valorizam mais a exemplaridade que os utentes e profissionais fumadores. Assim os fumadores parecem mais permissivos relativamente às ditas consequências sociais do hábito tabágico, mas menos permissivos relativamente aos citados efeitos patológicos a nível individual.

Verifica-se assim uma diferenciação dos sujeitos em termos da valorização das consequências individuais (doença, mal-estar, etc.) do tabagismo *versus* consequências sociais. Conforme esperado, os não fumadores são menos permissivos que os fumadores quando se atende às consequências individuais (problemas para a saúde); pelo contrário quando se consideram as consequências sociais do tabagismo os não fumadores são mais permissivos que os fumadores.

DISCUSSÃO

Não foram encontradas influências significativas do género ou do estado civil, nas atitudes de permissividade do hábito de fumar e na atitude face à exemplaridade dos profissionais de saúde. Tal, pode, em parte, dever-se ao recente percurso, na sociedade portuguesa, para a normalização de direitos e liberdades entre os dois géneros, o qual se manifesta possivelmente mais ao nível das atitudes que dos comportamentos.

A existência de uma relação significativa, entre o factor I da permissividade e a idade, pode reflectir uma menor eficácia das campanhas anti-tabágicas na modificação da aceitação social da própria prática tabágica, nos grupos etários onde esta já existia (indivíduos mais velhos), enquanto que os efeitos individuais do hábito de fumar: “é um hábito odioso”, “uma forma de desperdiçar tempo e dinheiro”, “um desprezo para consigo e para com os outros”, parecem ter sido transmitidos com mais eficácia, independentemente do grupo etário.

O grupo de estudantes é o que valoriza menos a função de modelo dos seus futuros pares. Estes dados podem reflectir pouca informação e consciencialização dos malefícios do tabaco. Assim, defende-se uma continuada actualização dos conhecimentos sobre o tabaco (Llamas, 1980; Tessier, 2003), seja como estudantes, seja como profissionais já formados, já que com o aumento dos conhecimentos sobre tabagismo, a função de modelo dos profissionais de saúde também aumenta (Simpson, 2000).

Os fumadores valorizam mais que os não fumadores, a auto-percepção dos profissionais de saúde como exemplo público a seguir. Também os profissionais de saúde que fumam são os que valorizam mais a exemplaridade dos seus parceiros. Os profissionais de saúde têm consciência que as suas atitudes em relação à prevenção do tabaco, são de primordial importância pois condicionam o seu comportamento interventivo na prevenção. No entanto, embora conscientes do seu papel exemplar na luta anti-tabágica, necessitam de ter comportamentos coerentes com as próprias atitudes, garantindo a credibilidade dessas atitudes.

De igual modo, os utentes fumadores valorizam mais que os não fumadores, a exemplaridade dos profissionais de saúde na prevenção do tabaco. Tal observação, pode implicar que é precisamente a população alvo desta exemplaridade a mais receptiva ao seu objectivo. É, assim, necessário grande empenhamento, por parte dos profissionais de saúde, no seu papel exemplar na prevenção do tabagismo.

Situação bem diferente foi observada nos estudantes, já que tanto os fumadores como os não fumadores, valorizam de forma idêntica a exemplaridade dos profissionais de saúde na prevenção tabágica. Esta fraca auto-percepção pode estar relacionada com a pouca formação académica acerca dos malefícios do tabaco.

Todos os sujeitos fumadores são mais permissivos (factor I) que os não fumadores, em relação ao hábito de fumar. De todos os grupos de fumadores,

os menos permissivos são os estudantes, seguidos do grupo dos profissionais. Os fumadores parecem mais permissivos relativamente às ditas consequências sociais do hábito tabágico, mas menos permissivos relativamente aos citados efeitos patológicos a nível individual. Assim, parece haver evidência que a mensagem relativa às consequências do tabaco, para o indivíduo, tem sido interiorizada. Esta discordância de atitudes pode bem ser o reflexo de uma dissonância resultante das campanhas anti-tabágicas, as quais têm dado maior ênfase às consequências individuais do tabaco, faltando agora alertar as pessoas para as suas consequências sociais, tentando inverter as atitudes de permissividade do hábito de fumar (relativas ao factor I).

REFERÊNCIAS

- Altet, M.N., & Sánchez, M.T. (1998). Tabaquismo en el Adolescente. *Anales Espanholes Pediatría; Supl. 110*, 26-31.
- Coakley, A. & Ruston, A. (2002). A doença pulmonar e o tabaco: Um caso para a promoção da saúde. *Nursing*, 164, 44-48.
- Cordeiro, R. (1986). Hábitos Tabágicos em Profissionais da Saúde. *Estudos & Investigação, estudo n° 1*. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo, Instituto Nacional de Defesa do Consumidor.
- Eagly, A.H., & Chaiken, S. (1993). *The Psychology of Attitudes*. Florida: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Ferreira, J.M. (2000). A Atitude do Pneumologista Português Face ao Tabaco. In J.M. Ferreira & M.C. Canteiro (Eds.), *Tabagismo: Avaliação a Nível Institucional e Abordagem Terapêutica*. XVI Congresso de Pneumologia da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Granate, M.C. (1995). *Porque se Fuma e Porque se Deixa de Fumar*. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo, Instituto Nacional de Defesa do Consumidor.
- Hill, M.M., & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Silabo.
- Instituto Nacional de Estatística (1998-1999). Inquérito Nacional de Estatística.
- Joossens, L., Naett, C., Howie, C., & Muldoon, A. (1994). *Tabaco e Saúde na União Europeia- uma síntese*. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo.
- Lima, L.P. (2002). Atitudes: Estrutura e Mudança. In J. Vala & M.B. Monteiro (Eds.), *Psicologia Social* (5ª ed., pp. 187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Llamas, A.M. (1982). *Manual de Patología Tabaquica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Publica.
- Lledó, P. (2002). Epidemiología del Tabaquismo. In S.S. Reina & C.A.J. Ruiz (Eds.), *Manual de Tabaquismo* (2ª ed., pp. 11-34). Barcelona: Masson.
- López-Sáez, M. (2001). Cambio Actitudinal como Consecuencia de la Acción. In J.F. Morales & C. Huici (Eds.), *Psicología Social* (pp. 172-183). Madrid: McGraw-Hill.
- Matias, D. (2003). *Prevalência do Tabagismo em Portugal*. In Y. Martinet & A. Bohadana (Eds.), *O Tabagismo – Da Prevalência à Abstinência* (pp. 23-30). Lisboa: Climepsi Editores.
- Mendes, B. (2000). Técnicas de Cessação Tabágica – Iniciação de uma consulta de apoio ao fumador. In J.M. Ferreira & M.C. Canteiro (Eds.), *Tabagismo: Avaliação a Nível Institucional e*

Abordagem Terapêutica. XVI Congresso de Pneumologia da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia.

Morales, J.F. (2001). Relaciones entre Actitud y Conducta. In J.F. Morales & C. Huici (Eds.), *Psicología Social* (pp. 148-151). Madrid: McGraw-Hill.

Ochoa, M.G., Montañes, R., Pérez, F., & Pons, J. (1990) Actitudes hacia el propio Rol en Profesionales de la Salud y de la Docencia. *III Congresso Nacional de Psicologia Social*. Santiago de Compostela.

Orive, J., & Hernandez, T. (2002). Funcion del Professional de la Salud Frente al Tabaquismo. In S.S. Reina & C.A.J. Ruiz (Eds.), *Manual de Tabaquismo* (2ª ed., pp. 115-125). Barcelona: Masson.

Pardal, M., & Santos, M.B. (1999). *O Melhor é não fumar – Guia Elementar para Formadores em Prevenção Tabágica*. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo.

Pereira, M.G., Araújo-Soares, V., & McIntyre, T. (2001). Satisfação do Utente e Atitudes face aos Médicos e Medicina: um estudo piloto. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(2), 69-80.

Pestana, M., & Gagueiro, J. (1998). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Síbalo.

Ribeiro, J.L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Simpson, D. (2000). *O Grande Desafio da Medicina – Os Médicos e o Tabaco*. Tobacco Control Resource Centre, Comissão Europeia. Londres: Chanterelle Translations.

Slama, K. (1998) *Tobacco control and prevention. A guide for low income countries*. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.

Smith, E., & Mackie, D. (2000). *Social Psychology* (2ª ed.). Philadelphia: Taylor & Francis.

Tessier, J.F., & Nejjar, C. (2003). *Médicos e Enfermeiros em França e na Europa Face ao Tabagismo, o seu Papel Educativo*. In Y. Martinet & A. Bohadana (Eds.), *O Tabagismo – Da prevalência à abstinência* (pp. 377-386). Lisboa: Climepsi Editores.

World Health Organization. (1998). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva: WHO.

World Health Organization (1999). *Tabac et Sante: Les Faits*. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/inf-fs/fr/am221.html> (consultado em 24/6/2002).

World Health Organization. (2003) [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/features/2003/08/ingl/print.html> (consultado em 22/5/2003).

