



O impacto da Lei nº 37/2007 (Lei do Tabaco)
no consumo de tabaco em ambiente profissional na ilha Terceira
e a sua influência na produtividade e absentismo laboral.

Sónia Marisa Lourenço Santos



projeto de dissertação apresentado na Universidade dos Açores,
para obtenção do Grau de Mestre em Ambiente, Saúde e Segurança

Orientador Científico | Manuel António Caldeira Pais Clemente
(Médico Otorrinolaringologista e
Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto)

| Angra do Heroísmo, 2012

PREFÁCIO

O presente trabalho constitui a dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ambiente, Saúde e Segurança, correspondente ao Mestrado em Ambiente, Saúde e Segurança, promovido pelo Departamento de Biologia da Universidade dos Açores e pela SGS Portugal.

Toda a informação presente neste trabalho é de carácter meramente académico, não podendo por isso ser utilizada para outros fins.

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	vii
Resumo	viii
Abstract	x
Siglas e Abreviaturas	xii
Índice de Figuras	xiii
Índice de Quadros	xvi

INTRODUÇÃO	1
OBJETIVOS	7

PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1. Enquadramento Legislativo	8
1.1. Enquadramento legislativo nacional e internacional	8
1.2. Análise do conteúdo da Lei do Tabaco	9
1.2.1. Proteção da exposição ao fumo	10
1.2.1.1. Âmbito de aplicação e objectivo	10
1.2.1.2. Proibições	10
1.2.1.3. Exceções	13
1.2.1.4. Responsabilidade pelo cumprimento das proibições de fumar	14
1.2.2. Prevenção do fumo de tabaco	15
1.2.2.1. Proibição de venda de produtos de tabaco	15
1.2.2.2. Publicidade, promoção e patrocínio de tabaco e de produtos do tabaco	16
1.2.2.3. Medidas de prevenção e controlo do consumo de tabaco	18
1.2.3. Deveres e responsabilidades das entidades públicas	20
1.2.4. Regime Sancionatório	20
Capítulo 2. Caracterização da Ilha Terceira por sector de actividade	21
2.1. Contexto geral	21
2.2. Estrutura empresarial da Ilha Terceira	23

2.3. Estrutura empresarial da Ilha Terceira por grupos etários	25
Capítulo 3. A problemática do tabagismo	31
3.1. Componentes dos cigarros	31
3.1.1. Nicotina	32
3.1.2. Monóxido de carbono	33
3.1.3. Alcatrão	34
3.1.4. Amoníaco	34
3.1.5. Cianeto de hidrogénio	35
3.1.6. Formaldeído	35
3.1.7. Nitrosamina	35
3.1.8. Benzeno	36
3.2. Doenças associadas ao tabagismo	37
3.2.1. Doenças do aparelho circulatório	38
3.2.1.1. Doenças das artérias coronárias (DAC)	39
3.2.1.2. Acidentes vasculares cerebrais (AVC)	39
3.2.1.3. Doenças arterial periférica (DAP)	40
3.2.1.4. Doença de Buerger (DB)	40
3.2.1.5. Aneurisma aórtico	40
3.2.2. Doenças do aparelho respiratório	40
3.2.2.1. Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	41
3.2.3. Tumores malignos	42
3.2.3.1. Cancro do pulmão (CP)	43
3.2.3.2. Cancro da boca e da garganta	44
3.2.3.3. Cancro da bexiga e rins	45
3.2.3.4. Cancro do esófago	45
3.2.3.5. Cancro do pâncreas e estomago	45
3.2.3.6. Cancro cervical (CC)	46
3.2.4. Saúde reprodutiva e sexual	46
3.2.5. Outras condições de saúde	47



PARTE II. METODOLOGIA

Capítulo 4. Planeamento da metodologia de trabalho	48
--	----

4.1. Descrição do estudo	48
4.2. Elaboração de materiais de suporte à avaliação	49
4.2.1. Construção de questionário para colaboradores	50
4.2.1.1. Caracterização dos sujeitos	51
4.2.1.2. Percepção dos colaboradores sobre a legislação vigente em matéria de exposição involuntária ao fumo do tabaco	52
4.2.1.3. Caracterização da regularidade do consumo de tabaco	52
4.2.1.4. Percepção da relação entre o consumo de tabaco e a produtividade	53
4.2.1.5. Percepção da relação entre consumo de tabaco e o absentismo laboral	53
4.2.1.6. Percepção da influência do consumo de tabaco na saúde pública	54
4.2.2. Construção da entrevista estruturada para empregadores	55
4.2.2.1. Caracterização geral dos sujeitos e da empresa	56
4.2.2.2. Percepção dos empregadores sobre a legislação vigente em matéria de exposição involuntária ao fumo do tabaco	57
4.2.2.3. Percepção do consumo de tabaco nos colaboradores	57
4.2.2.4. Percepção da relação entre o consumo de tabaco e a produtividade	58
4.2.2.5. Percepção da relação entre consumo de tabaco e o absentismo laboral	58
4.2.2.6. Percepção da influência do consumo de tabaco na saúde pública	59
4.2.3. Aparelho “Smokerlyser”	59
4.3. Definição das variáveis do estudo	60
4.3.1. Variáveis independentes	60
4.3.1.1. Variáveis de caracterização sociodemográfica	60
4.3.1.2. Variáveis comportamentais autoreferidas	61
4.3.2. Variáveis dependentes	61
4.4. Definição da população e amostra	61
4.4.1. População	61
4.4.2. Amostra	62
4.5. Procedimentos para recolha de dados	63
4.6. Procedimentos para análise de dados	64



PARTE III. RESULTADOS

Capítulo 5. Exposição de dados referentes a colaboradores	66
5.1. Dados referentes aos questionários aplicados	66
5.1.1. Caracterização da amostra	66
5.1.2. Conhecimento da Lei do Tabaco	70
5.1.3. Caracterização dos hábitos tabágicos	74
5.1.4. Influência do consumo de tabaco na produtividade	79
5.1.5. Influência do consumo de tabaco na saúde	82
5.1.6. Consumo de tabaco e saúde pública	86
5.1. Dados referentes às medições dos níveis de monóxido de carbono	94
Capítulo 6. Análise de dados referentes a empregadores	96
6.1. Caracterização da amostra	97
6.2. Conhecimento da Lei do Tabaco	100
6.3. Caracterização dos hábitos tabágicos	104
6.4. Influência do consumo de tabaco na produtividade	104
6.5. Influência do consumo de tabaco na saúde	106
6.6. Consumo de tabaco e saúde pública	109

PARTE IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES GERAIS

Capítulo 7. Discussão dos resultados e conclusões gerais	112
--	-----

PARTE V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E ANEXOS

Referências bibliográficas	121
Anexos	129

ANEXO 1 – Exemplo de questionário aplicado aos colaboradores pertencentes à nossa amostra

ANEXO 2 - Exemplo de entrevista aplicado aos empregadores

ANEXO 3 - Exemplo de folha de registo dos níveis de monóxido de carbono

AGRADECIMENTOS

Embora este trabalho apenas revele importância, pela sua finalidade académica, é resultado de muitas horas de trabalho, existindo portanto contributos de natureza diversa que não podem nem devem deixar de ser realçados. Por esse motivo, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

Ao meu orientador Professor Doutor Manuel António Caldeira Pais Clemente, pela abertura de espírito desde o primeiro contacto e pela orientação e disponibilidade revelada ao longo destes meses de trabalho.

Ao Dr. Sandro Paim, Presidente da Direcção da Câmara do Comércio de Angra do Heroísmo, pela ajuda e disponibilidade demonstradas.

Ao Dr. Raul Rego do Centro de Oncologia dos Açores, pela disponibilidade demonstrada desde o nosso primeiro contacto.

A todas as empresas que fizeram parte do meu estudo, por terem acolhido com interesse esse projecto.

Ao meu irmão, Décio Santos, pela paciência, dedicação e pelo incentivo...

Aos meus pais, por estarem sempre presentes em todas as jornadas da minha vida e por serem o meu porto de abrigo.

Às minhas amigas Dina Silva e Joana Fonseca, que me ajudaram a seguir em frente, quando tudo parecia tao difícil.

O meu reconhecimento e agradecimento a todos os que, de uma forma directa ou indirecta, dispensaram algum do seu tempo para a realização deste trabalho.

A todos manifesto a minha gratidão!

RESUMO

O tabagismo é um dos mais importantes problemas de saúde pública, registado nas últimas décadas, sendo considerado uma das principais causas preveníveis de morte no mundo.

Os não fumadores ou fumadores passivos, isto é, aqueles que inspiram o fumo emitido pelos cigarros, charutos e/ou cachimbos, correm o risco de sofrer todos os prejuízos provocados pelo consumo de tabaco, como por exemplo o cancro do pulmão e ataques cardíacos. Na realidade, o grupo em questão corre riscos maiores do que os fumadores, dado que inalam o fumo que sai imediatamente da ponta do cigarro sem passar pelo filtro que fica na boca do fumador, recebendo desta forma substâncias ainda mais perigosas do que o próprio fumador.

A Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto, aprova as normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco, aprovando também medidas de redução da procura relacionadas com a dependência do tabaco. Esta lei proíbe o consumo de tabaco em qualquer recinto fechado destinado a utilização colectiva, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente.

Em local de trabalho, situação que pode envolver inúmeros empregados, é importante actuar na promoção da saúde, qualidade de vida e produtividade dos colaboradores. Assim deve eliminar-se os riscos profissionais a que o colaborador possa estar sujeito, tal como a exposição involuntária ao fumo do tabaco.

A prevenção e a intervenção no consumo de substâncias, como o tabaco, em meio laboral devem ser encaradas como um investimento das organizações e não um custo, face às vantagens em termos profissionais, pessoais e familiares dos trabalhadores e empregadores, com potencial reflexo a nível da produtividade e da qualidade de vida no trabalho

O consumo de tabaco é um factor de risco importante para diversas doenças, em especial para as doenças do aparelho respiratório e do aparelho cardiovascular.

Neste trabalho a população activa terceirense é caracterizada quanto à prevalência de fumadores, por género, faixa etária, escolaridade, entre outros factores.

Os resultados revelaram que à data de aplicação do questionário, 45% da nossa amostra de colaboradores são fumadores, sendo a maior proporção registada para o sexo masculino (25,6%). É de referir que a proporção mais elevada de fumadores encontra-se entre os 25 e os 44 anos, tendo a segunda maior prevalência sido observada entre os 35 e os 44 anos.

Verificou-se que o consumo de tabaco em ambiente laboral afecta a produtividade do colaborador, sendo que este efectua em média, cerca de 50 minutos de pausa para fumar. No que concerne às implicações do consumo de tabaco na saúde, verificaram-se alguns casos de absentismo laboral, nomeadamente por doenças como por exemplo a asma.

Apos a entrada em vigor da Lei do Tabaco, a 1 de Janeiro de 2008, verificou-se que alguns empregadores implementaram medidas no sentido de prevenir o tabagismo entre os colaboradores. Estas medidas são essencialmente de carácter informativo.

A área da Segurança e Saúde no Trabalho ainda é uma área pouco explorada, verificando-se que, quer empregadores quer colaboradores, não tem noção dos seus direitos e deveres dentro da entidade. A SST é uma função empresarial que, cada vez mais, torna-se uma exigência conjuntural. As empresas devem procurar minimizar os riscos a que estão expostos seus funcionários, através da prevenção de riscos.

ABSTRACT

Smoking is one of the most important public health problems, registered in the past decades as one of the leading preventable causes of death worldwide.

Non-smokers or passive smokers, those who inspire the smoke emitted by cigarettes, cigars and / or pipes, they run the risk of all damages caused by smoking, such as lung cancer and heart attacks. Indeed, the group in question is at risk larger than smoking, since inhale smoke coming out of the tip of the cigarette immediately without passing through the filter that is in the mouth of the smoker, thus getting substances even more dangerous than the actual smoking.

Law No. 37/2007 of 14 August, approving the rules for the protection of citizens from involuntary exposure to tobacco smoke, also approving measures to reduce demand related to tobacco dependence. This law prohibits smoking in any enclosed space intended for collective use, except in the area designated solely for that purpose, properly insulated and convenient aeration.

In the workplace, a situation that may involve many employees, it is important to act in promoting health, quality of life and productivity of staff. Therefore should eliminate the risks to which the professional employee may be subjected, such as involuntary exposure to tobacco smoke.

The prevention and intervention of substance like tobacco in the workplace should be seen as an investment for organizations and not a cost, given the advantages in professional, personal and family of workers and employers, potentially reflecting the level of productivity and quality of work life.

Tobacco smoking is a major risk factor for many diseases, particularly for diseases of the respiratory and cardiovascular system.

In this work, the labor force of Terceira island is characterized in the prevalence of smoking by gender, age, educational level, among other factors.

The results show that at the time of the questionnaire, 45% of our sample of employees are smokers, most of which were registered for males (25.6%). Please note that the highest proportion of smokers is between 25 and 44, having the second highest prevalence being observed between 35 and 44 years.

It was found that tobacco use in the work environment affects employee productivity, and this carries an average of about 50 minutes smoke break. Regarding the implications of tobacco consumption on health, there have been some cases of absenteeism, especially for diseases such as asthma.

After the entry of the Tabacco's Law, at January 1, 2008, it was found that some employers have implemented measures to prevent smoking among employees. These measures are essentially of informative character.

The area of Health and Safety at Work is still a little explored area, verifying that either employers or employees are unaware of their rights and responsibilities within the entity. HSW is a business function which increasingly become a requirement cyclical. Companies should seek to minimize the risks they are exposed to their employees through risk prevention.

SIGLAS E ABREVIATURAS

art. – artigo

AVC – Acidentes vasculares cerebrais

DAC – Doenças das artérias coronárias

DAP – Doença artificial periférica

DB – Doença de Buerger

DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crónica

CC – Cancro cervical

CCAH - Câmara do Comércio de Angra do Heroísmo

cfr. – conforme

COA – Centro de Oncologia dos Açores

CP – Cancro do pulmão

ibid – no mesmo lugar

OMS – Organização Mundial de Saúde

SST – Segurança e Saúde no Trabalho

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Unidades territoriais da Região Autónoma dos Açores, segundo o Censos de 2001_____	22
FIGURA 2: Mapa da Ilha Terceira, segundo o Instituto Geográfico Português_____	22
FIGURA 3: Percentagem de empresas e de colaboradores nas empresas sedeadas na Ilha Terceira, segundo as actividades apresentadas no QUADRO 1_____	24
FIGURA 4: Percentagem de estabelecimentos e de colaboradores ao serviço nos estabelecimentos nas empresas sedeadas na Ilha Terceira, segundo as actividades apresentadas no QUADRO 1_____	25
FIGURA 5: Percentagem de colaboradores por faixa etária, para as actividades A, B, C e D apresentadas no QUADRO 1_____	26
FIGURA 6: Percentagem de colaboradores por faixa etária, para as actividades E, F, G e H apresentadas no QUADRO 1_____	27
FIGURA 7: Percentagem de colaboradores por faixa etária, para as actividades I, J, K e L apresentadas no QUADRO 1_____	28
FIGURA 8: Percentagem de colaboradores por faixa etária, para as actividades M, N, O e P apresentadas no QUADRO 1_____	29
FIGURA 9: Percentagem de colaboradores por faixa etária, para as actividades Q, R, S e Q apresentadas no QUADRO 1_____	30
FIGURA 10: Planeamento da metodologia de investigação_____	49
FIGURA 11: Exemplo de aparelho Smokerlyser_____	60
FIGURA 12: Inquiridos segundo a actividade desempenhada de acordo com a CAE (%)_____	66
FIGURA 13: Freguesia de residência dos inquiridos (%)_____	67
FIGURA 14: Freguesia onde se situa o local de trabalho dos inquiridos (%)_____	68
FIGURA 15: Tempo de deslocação entre a habitação e o local de trabalho (%)_____	68
FIGURA 16: Grau de escolaridade dos inquiridos (%)_____	69
FIGURA 17: Horas de trabalho efectuadas pelos inquiridos, por dia e por semana (%)_____	70
FIGURA 18: Conhecimento da Lei do Tabaco por escolaridade (%)_____	71
FIGURA 19: Exemplo de aviso nos maços de tabaco_____	73

FIGURA 20: Percepção dos inquiridos relativamente à eficácia da rotulagem exposta nas embalagens de tabaco (%)	73
FIGURA 21: Consumo de tabaco por género (%)	74
FIGURA 22: Fumadores por faixa etária (%)	75
FIGURA 23: Inquiridos fumadores por escolaridade (%)	75
FIGURA 24: Fumadores por freguesia de localização do local de trabalho (%)	76
FIGURA 25: Hábitos tabágicos por género (%)	77
FIGURA 26: Consumo de tabaco por actividade (%)	77
FIGURA 27: Consumo de tabaco por horário de trabalho por dia (%)	78
FIGURA 28: Percepção dos inquiridos fumadores relativamente ao consumo de tabaco ser efectuado dentro ou fora do horário laboral e os motivos associados ao mesmo (%)	79
FIGURA 29: Influência da entrada em vigor da Lei do Tabaco nos consumos de tabaco (%)	80
FIGURA 30: Influência da entrada em vigor da Lei do Tabaco nos consumos de tabaco, por actividade (%)	80
FIGURA 31: Parecer dos inquiridos relativamente à associação exposição ao fumo de tabaco – doença (%)	82
FIGURA 32: Percepção dos inquiridos relativamente a problemas de saúde devido associados à exposição ao fumo de tabaco (%)	83
FIGURA 33: Doenças associadas à exposição ao fumo do tabaco (%)	84
FIGURA 34: Doenças associadas ao consumo de tabaco e absentismo laboral (%)	85
FIGURA 35: Duração do absentismo laboral, por doença (%)	85
FIGURA 36: Dísticos com fundo vermelho, referente à interdição ou condicionamento de fumar, conforme ao modelo A constante do anexo I da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto	87
FIGURA 37: Dísticos com fundo azul, referente à autorização de fumar, conforme ao modelo B constante do anexo I da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto	87
FIGURA 38: Existência de sinalética referente à interdição ou condicionamento de fumar nas empresas (%)	87
FIGURA 39: Existência de sinalética referente à interdição ou condicionamento de fumar por sector de actividade (%)	88
FIGURA 40: Existência de local destinado ao consumo de tabaco nas empresas (%)	89

FIGURA 41: Existência de sinalética referente à autorização de fumar em locais destinados ao consumo de tabaco (%)	90
FIGURA 42: Frequência de inalação do fumo de outros fumadores (%)	91
FIGURA 43: Implementação de medidas de prevenção tabágica (%)	93
FIGURA 44: Frequência do consumo de tabaco por género (%)	95
FIGURA 45: Percentagem de empregadores por sector de actividade (%)	97
FIGURA 46: Distribuição da amostra de empregadores por idade e género (%)	98
FIGURA 47: Empregadores por cargo e por tempo de ocupação do mesmo (%)	99
FIGURA 48: Existência de serviços de SST nas empresas (%)	100
FIGURA 49: Conhecimento da Lei do Tabaco, por parte dos empregadores (%)	100
FIGURA 50: Implementação de medidas para prevenção do tabagismo (%)	101
FIGURA 51: Aplicação de sanções devido ao incumprimento das medidas impostas (%)	102
FIGURA 52: Percepção dos empregadores relativamente a quem realiza um maior número de pausas (%)	105
FIGURA 53: Percepção dos empregadores relativamente a que grupo (fumadores ou não fumadores) realiza um maior número de pausas (%)	106
FIGURA 54: Absentismo laboral registado	107
FIGURA 55: Duração aproximada do absentismo laboral	107
FIGURA 56: Percepção dos empregadores relativamente à relação absentismo laboral e consumo de tabaco (%)	108
FIGURA 57: Existência de sinalização referente à interdição ou condicionamento de fumar na empresa (%)	109
FIGURA 58: Existência de local destinado ao consumo de tabaco na empresa	109
FIGURA 59: Existência de sinalização referente à permissão de fumar em determinada área da empresa (%)	110

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: Identificação das actividades de acordo com a Comissão Portuguesa de Actividades Económicas (CAE)	23
QUADRO 2: Risco de morrer em Portugal, por 100 000 habitantes, no ano de 2006 (DGS, 2009)	38
QUADRO 3: Número de trabalhadores, segundo as actividades, por grupos etários, na Ilha Terceira (dados do Observatório do Emprego e Formação Profissional dos Açores, 2010)	62
QUADRO 4: Número total de inquéritos, por actividades e por grupos etários, para colaboradores	63
QUADRO 5: Inquiridos por género e grupos etários (%)	67
QUADRO 6: Percepção dos colaboradores relativamente à Lei do Tabaco (%)	71
QUADRO 7: Regularidade do consumo de tabaco em ambiente profissional (%)	81
QUADRO 8: Tipo de medidas implementadas pelos empregadores para prevenção do tabagismo	92
QUADRO 9: Frequência do consumo de tabaco por género (%)	95
QUADRO 10: Níveis de exposição dos colaboradores à poluição tabágica	96
QUADRO 11: Distribuição dos empregadores por faixa etária	97
QUADRO 12: Distribuição dos empregadores por escolaridade	98
QUADRO 13: Número de Funcionários por empresa	99
QUADRO 14: Medidas de prevenção tabágica, implementadas pelos empregadores	102
QUADRO 15: Sanções referentes ao incumprimento da proibição de fumar em local de trabalho	103
QUADRO 16: Aceitabilidade dos colaboradores perante as medidas de prevenção do tabagismo impostas	103
QUADRO 17: Fumadores nas empresas, segundo os empregadores	104
QUADRO 18: Número de pausas por horário de trabalho	104
QUADRO 19: Taxa de absentismo da empresa	106
QUADRO 20: Motivos apresentados como justificativo para o absentismo laboral	108
QUADRO 21: Características do local de consumo de tabaco	110

INTRODUÇÃO

A primeira advertência médica sobre os malefícios do fumo publicada data de 1798, feita por Push, médico norte-americano. Em 1859, Bouisson, clínico francês, publicou o primeiro estudo bem documentado, associando o cancro de boca ao uso de cachimbo. Broders, em 1920, publicou um trabalho relacionando o tabaco ao cancro de lábio e, oito anos depois, Lombard e Doering publicaram um estudo no qual demonstravam que o cancro de pulmão era mais frequente entre fumadores.

Actualmente, o tabagismo representa um dos mais graves problemas de saúde pública, sendo identificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a principal causa evitável de doenças e mortes prematuras nos países em desenvolvimento. Acresce referir que o tabagismo não é só um factor de risco para o próprio fumador, mas também para todos aqueles que, não sendo fumadores, (con) vivem ou trabalham habitualmente em espaços poluídos pelo fumo do tabaco, estando desta forma comprometida a saúde da população, a economia do país e o meio ambiente.

Segundo os autores PETO e LOPEZ, actualmente existem cerca de mil milhões de fumadores e estima-se que esta população aumentará até ao ano 2030, com mais mil milhões de novos fumadores. Se os padrões actuais de consumo de tabaco se mantiverem, cerca de 30% dos jovens adultos tornar-se-ão fumadores persistentes, de entre os quais, é expectável que cerca de 50% venha a perecer de afecções relacionadas com esse consumo. Caso não haja alteração destes padrões, entre 2000 e 2030, deverá duplicar o número anual de mortes relacionadas com o consumo de tabaco, de 4,9 milhões para 10 milhões de pessoas em todo o mundo.

Segundo estudos efectuados no ano de 2000, em Portugal, cada pessoa fuma cerca de 1629,99 cigarros por ano e, segundo dados de 2002, o número de mortes relacionadas com cancro da traqueia, dos brônquios e do pulmão (associados também ao consumo de tabaco) está na ordem dos 42,1 (para homens) e 7,76 (para mulheres) por cada 100 000 habitantes.

Os dados do último Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006 aferiram que, da população com mais de dez anos, 28,7% dos homens e 11,2 % das mulheres fumam. Comparativamente com os dados do inquérito anterior, de 1998/1999, verifica-se um decréscimo no consumo no sexo masculino e um aumento no feminino, dado que registavam 32% de homens fumadores e 10,1% de mulheres fumadoras.

Nos Açores da população com mais de dez anos, 36,4% da população masculina e 11,9% da população feminina fumam. Dados recolhidos em 2004, nos Açores, apresentam prevalências superiores aos dados do INS, ou seja 79,8% de consumidores. As mulheres apresentam prevalências inferiores de consumo (31,4%) em relação aos homens (68,6%).

A Organização Mundial de Saúde reconheceu o tabaco como um problema de saúde pública globalizada e adoptou o primeiro Tratado Internacional de Saúde Pública, a Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco (CQCT), documento onde se reconhece que «a evidência científica é inequívoca em estabelecer que a exposição ao fumo do tabaco causa morte, doença e incapacidade», encarregando os Estados-membros de reforçar as suas políticas e medidas de protecção dos efeitos em termos de saúde, sociais, ambientais e económicos do consumo de tabaco e da exposição ao fumo do tabaco, nomeadamente nos locais de trabalho, transportes públicos e espaços públicos fechados.

O objectivo principal da Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco (CQCT) é preservar as gerações, presentes e futuras, das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e económicas do consumo e da exposição à fumaça do tabaco. Ao ratificarem a CQCT, os Estados Membros assumem o compromisso de implementar medidas legislativas, executivas, administrativas e/ou outras medidas adequadas para prevenir e reduzir o consumo de tabaco, a dependência da nicotina e a exposição ao fumo do tabaco.

A Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco), publicada no Diário da República, I Série, n.º 156, dá execução ao disposto na Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco. Este diploma entrou em vigor no dia 1 de Janeiro de 2008 (cfr. art.º 31.º da lei citada), estabelecendo «normas tendentes à

prevenção do tabagismo, em particular no que se refere à protecção da exposição involuntária ao fumo do tabaco, à regulamentação da composição dos produtos do tabaco, à regulamentação das informações a prestar sobre estes produtos, à embalagem e etiquetagem, à sensibilização e educação para a saúde, à proibição da publicidade a favor do tabaco, promoção e patrocínio, às medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e à cessação do consumo, à venda a menores e através de meios automáticos, de modo a contribuir para a diminuição dos riscos ou efeitos negativos que o uso do tabaco acarreta para a saúde dos indivíduos». Entretanto sabe-se que em muitos locais esta lei não tem sido efectivamente cumprida, provavelmente devido à falta de fiscalização ou ainda pela inconsciência dos reais efeitos do fumo passivo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define no preâmbulo da sua Constituição o termo “saúde”, como sendo “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. É óbvio que, é muito difícil quantificar esse “bem-estar” dado o carácter subjectivo dessa definição, contudo, esse conceito clarifica a necessidade de actuar sobre todos os factores que possam interferir nessa condição.

A Lei do Tabaco proíbe o consumo de tabaco em qualquer recinto fechado destinado a utilização colectiva, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente. De acordo com o n.º 1 do artigo 4.º da mesma Lei, é proibido fumar nos locais de trabalho. Segundo o artigo 4.º do decreto-lei nº 102/2009, de 10 de Setembro define-se “local de trabalho” como sendo “o lugar em que o trabalhador se encontra ou de onde ou para onde deva dirigir-se em virtude do seu trabalho, no qual esteja directa ou indirectamente sujeito ao controlo do empregador”.

Com o decorrer dos anos, tem vindo a assistir-se a uma progressiva importância atribuída à monitorização da saúde e segurança do trabalhador no seu local de trabalho, existindo a necessidade de implementação de medidas mais eficazes de prevenção de riscos profissionais que contribuam tanto para minimizar os seus elevados encargos económicos e sociais, como também para promover o bem-estar e qualidade de vida do trabalhador. No local de trabalho, situação que pode envolver inúmeros empregados, é extremamente importante actuar na promoção da saúde, qualidade de vida e

produtividade dos colaboradores. Assim deve eliminar-se os riscos profissionais a que o colaborador possa estar sujeito, tal como a exposição involuntária ao fumo do tabaco.

As políticas de controlo do tabagismo no ambiente de trabalho são de grande importância uma vez que o trabalhador passa, no mínimo, um terço do seu tempo diário no local de trabalho. Desta forma o consumo de tabaco nos locais de trabalho poderá ser considerado um risco profissional. A prevenção de riscos profissionais é a forma mais eficiente de promover e preservar a saúde e a integridade física dos trabalhadores.

A doença profissional é aquela que resulta directamente das condições de trabalho, sendo que esta apenas se distingue de outras doenças pelo simples facto de ter a sua origem em factores de risco existentes no local de trabalho, ou seja, riscos profissionais. Assim, se o risco está presente, uma consequência é a actuação sobre o organismo humano que a ele está exposto, alterando a sua qualidade de vida. Essa alteração pode ocorrer de diversas formas, dependendo dos agentes actuantes, do tempo de exposição, das condições inerentes a cada indivíduo e de factores relacionados com o meio envolvente.

O fumo é um factor causal de cerca de 50 doenças diferentes, destacando-se as doenças cardiovasculares, o cancro e as doenças respiratórias obstrutivas crónicas. O tabaco é responsável por aproximadamente 15% do total de mortes em países em desenvolvimento. Por estes motivos, o consumo passivo e activo do tabaco tem sido alvo de pesquisas em todo o mundo, pois é importante conhecer a prevalência do problema, o perfil dos fumantes e seus hábitos tabágicos, as motivações para fumar ou deixar de fumar, a dependência, entre outros aspectos.

Estudos desenvolvidos por Law et al revelaram que quem nunca fumou tem um risco aumentado de 30% de doença isquémica cardíaca se viver com um fumador, enquanto Hackshaw et al, explica que uma mulher que nunca fumou tem um risco aumentado de 24% de vir a ter cancro do pulmão se viver com um fumador. Em 2004, a International Agency for Research on Cancer (IARC), classificou a exposição involuntária ao fumo do tabaco como carcinogénica (Grupo 1).

O relatório «The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General (2006) reafirma as evidências científicas sobre o risco associado à exposição de não fumadores ao fumo do tabaco, suportando que “a exposição de adultos ao fumo do tabaco tem efeitos imediatos adversos no sistema cardiovascular e causa doença isquémica cardíaca e cancro do pulmão”. O mesmo relatório adverte que “eliminar o fumo do tabaco em espaços fechados protege os não fumadores da exposição ao fumo do tabaco. Separar fumadores de não fumadores, limpar o ar, ventilar edifícios não elimina a exposição dos não fumadores ao fumo de tabaco”.

Conforme o artigo 4.º do decreto-lei nº 102/2009, de 10 de Setembro “o empregador deve assegurar ao trabalhador condições de segurança e de saúde em todos os aspectos do seu trabalho”. Assim depreende-se que as empresas poderiam proibir os seus trabalhadores de fumar, com o intuito de preservar a saúde quer dos fumadores activos, quer dos fumadores passivos, pois as doenças causadas pelo fumo podem gerar absentismo, o que por sua vez pode originar uma diminuição na produtividade da empresa.

Em países desenvolvidos, como por exemplo nos Estados Unidos e Brasil inúmeras empresas adoptaram legislação específica proibindo ou restringindo o uso de cigarros em locais de utilização colectiva.

O acto de fumar, dentro do horário laboral, prejudica a produtividade dos fumadores. Segundo um estudo recente do Conselho Nacional para a Prevenção do Tabagismo (CNPT), os trabalhadores fumadores produzem, em média, menos 10 por cento do que aqueles que não fumam, pois um fumador faz, em média, 80 minutos de pausas diárias para fumar num dia de trabalho. O mesmo estudo concluiu que uma pessoa que fume um maço de tabaco por dia faz, em média, cerca de oito pausas de 10 minutos durante uma jornada diária de trabalho de oito horas, despendendo 80 minutos, o equivalente a mais de 10 por cento das horas de trabalho.

Assim, para além de outros graves inconvenientes, os fumadores devem ter em conta esta dependência e evitarem que o tabaco seja o causador de caírem no desemprego ou terem dificuldades em arranjar trabalho.

Actualmente, o nosso país está a passar um período complicado, a nível económico e social. Nesta fase dá-se particular atenção à relação produtividade-custo, esperando-se que todos os trabalhadores produzam mais e melhor. Nesta lógica, futuramente, as empresas em caso de igualdade de competências entre dois candidatos, vão contratar quem não tem o vício de fumar, pois buscam maior produtividade, menor perda de tempo de trabalho, diminuição do absentéismo e de custo.

OBJECTIVOS

Objetivo geral

- Compreender o impacto da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco) no consumo de tabaco em ambiente profissional na Ilha Terceira e a sua relação com a produtividade e absentismo laboral.

Objetivos específicos

- Conhecer as medidas que os empregadores tomaram face à implementação da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto;
- Analisar os efeitos da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto nos consumos de tabaco no meio laboral;
- Compreender a aceitação por parte dos colaboradores da legislação em vigor relativamente ao consumo de tabaco em ambientes de uso colectivo, nomeadamente o local de trabalho;
- Relacionar o cumprimento da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto com a produtividade no meio laboral;
- Inferir sobre a relação causal fumador activo ou fumador passivo e o absentismo ou mortalidade registados na empresa.
- Contribuir para as políticas públicas conducentes à avaliação da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto e seu aprofundamento futuro, nomeadamente, a sua revisão.

PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1. Enquadramento Legislativo

1.1. Enquadramento legislativo nacional e internacional

O Decreto-lei n.º 42661, de 20 de Novembro de 1959 e a Portaria n.º 23.440, de 19 de Julho de 1968 estabeleceram em Portugal as primeiras normas relativas à proibição de fumar em recintos fechados de espectáculos e em transportes públicos. Alguns anos depois, na década de 70, foram aprovados diversos diplomas (Despacho n.º 137/77, de 19 de Maio, Despacho n.º 52/79, de 27 de Setembro, Decreto-Lei n.º 421/80, de 30 de Setembro, entre outros) que vieram alargar a proibição de fumar aos recintos desportivos fechados, assim como condicionar a publicidade ao tabaco em organizações desportivas ou destinadas à prática desportiva, na televisão e na rádio.

Em 1979, na sequência da IV Conferência Mundial sobre o Tabaco e a Saúde, foi criado um grupo de trabalho que englobou vários ministérios e que determinou a aprovação da Lei n.º 22/82, de 17 de Agosto e o respectivo diploma regulamentar, Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio, que agregou toda a legislação existente sobre esta matéria. Nesta fase, as interdições de fumar recaíam sobre unidades de prestação de cuidados de saúde, locais destinados a menores, estabelecimentos de ensino, recintos desportivos fechados, salas de espectáculos e alguns meios de transporte.

Após a implementação dos referidos diplomas, ainda foram aprovados outros que previam proibições expressas de fumar em locais específicos, tais como locais de atendimento ao público, museus e bibliotecas ou meios de transporte, já sendo considerado pertinente a proibição de fumar, nos restaurantes e locais de trabalho. Neste sentido, também se procede à transposição de directivas reguladoras de aspectos relativos ao fabrico de tabaco, apresentação e venda de produtos do tabaco e à publicidade e patrocínio de produtos do tabaco.

A Organização Mundial de Saúde reconheceu o consumo do tabaco como um problema mundial com sérias consequências de saúde pública, sociais, económicas e ambientais.

Assim adoptou o primeiro Tratado Internacional de Saúde Pública, em 21 de Março de 2003, a Convenção Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controlo do Tabaco (CQCT), ratificada pelo Estado Português, nos termos do Decreto n.º 25-A/2005, de 8 de Novembro.

A Convenção foi transposta para o ordenamento jurídico nacional através da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco), bem como de diversas directivas comunitárias, e procedeu à junção de diversa legislação em matéria de prevenção do tabagismo.

A nível europeu tem-se feito esforços no sentido de diminuir as excepções à proibição de fumar em locais públicos fechados e locais de trabalho, com o objectivo de melhorar a protecção dos trabalhadores e do público em geral, ao fumo do tabaco.

1.2. Análise do conteúdo da Lei do Tabaco

A Assembleia da República aprovou a Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco), com entrada em vigor desde o dia 1 de Janeiro de 2008. O referido diploma determinou, como princípio geral, um conjunto de limitações ao consumo de tabaco em recintos fechados destinados a utilização colectiva, assim como homologou regras relativas à composição e medição das substâncias contidas nos cigarros comercializados, à rotulagem e embalagem de maços de cigarros, à venda de produtos de tabaco e à publicidade, promoção e patrocínio de tabaco e produtos de tabaco.

A vulgarmente denominada Lei do Tabaco, veio também implementar importantes medidas de prevenção e controlo do tabagismo, com especial enfoque para a abordagem no âmbito da educação para a cidadania nas escolas e criação de consultas especializadas para apoio à cessação tabágica que vieram a ser implementadas em diversas unidades do Serviço Nacional de Saúde. Com o intuito de fazer cumprir esta legislação, foi aprovado um regime sancionatório que prevê a aplicação de contra-ordenações na sequência de infracções às normas nela estabelecida.

1.2.1. Protecção da exposição ao fumo

1.2.1.1. Âmbito de aplicação e objectivo

A citada lei tem como finalidades, a protecção daqueles que podem vir a sofrer danos pela exposição ao fumo consumido por outros, assim como controlar e evitar a dependência do tabaco em geral a qual é consequência directa das limitações ao consumo.

Considera-se uso de tabaco o “acto de fumar, inalar, chupar ou mascar um produto à base de tabaco, bem como o acto de fumar, mascar ou inalar os produtos referidos nos números 8 e 9 do artigo 81º do Decreto-Lei nº 566/99, de 22 de Dezembro” (cfr. alínea s), art. 2º da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto).

1.2.1.2. Proibições

De acordo com o nº 1, do artigo 4º, da Lei é proibido fumar:

- Nos locais onde estejam instalados órgãos de soberania, serviços organismos da Administração Pública e pessoas colectivas públicas;
- Nos locais de trabalho;
- Nos locais de atendimento directo ao público;
- Nos estabelecimentos onde sejam prestados cuidados de saúde, nomeadamente, hospitais, clínicas, centros e casas de saúde, consultórios médicos, postos de socorros e outros similares, laboratórios, farmácias e locais onde se dispensem medicamentos não sujeitos a receita médica;
- Nos lares e outras instituições que acolham pessoas idosas ou com deficiência ou incapacidade;

- Nos locais destinados a menores de 18 anos, nomeadamente infantários, creches e outros estabelecimentos de assistência infantil, lares de infância e juventude, centros de ocupação de tempos livres, colónias e campos de férias e demais estabelecimentos similares;
- Nos estabelecimentos de ensino, independentemente da idade dos alunos e do grau de escolaridade, incluindo, nomeadamente, salas de aula, de estudo, de professores e de reuniões, bibliotecas, ginásios, átrios e corredores, bares, restaurantes, cantinas, refeitórios e espaços de recreio;
- Nos centros de formação profissional;
- Nos museus, colecções visitáveis e locais onde se guardem bens culturais classificados, nos centros culturais, nos arquivos e nas bibliotecas, nas salas de conferência, de leitura e de exposição;
- Nas salas e recintos de espectáculos e noutros locais destinados à difusão das artes e do espectáculo, incluindo as antecâmaras, acessos e áreas contíguas;
- Nos recintos de diversão e recintos destinados a espectáculos de natureza não artística;
- Nas zonas fechadas das instalações desportivas;
- Nos recintos das feiras e exposições;
- Nos conjuntos e grandes superfícies comerciais e nos estabelecimentos comerciais de venda ao público;
- Nos estabelecimentos hoteleiros e outros empreendimentos turísticos onde sejam prestados serviços de alojamento;
- Nos estabelecimentos de restauração ou de bebidas, incluindo os que possuam salas ou espaços destinados a dança;

- Nas cantinas, nos refeitórios e nos bares de entidades públicas e privadas destinados exclusivamente ao respectivo pessoal;
- Nas áreas de serviço e postos de abastecimento de combustíveis;
- Nos aeroportos, nas estações ferroviárias, nas estações rodoviárias de passageiros e nas gares marítimas e fluviais;
- Nas instalações do metropolitano afectas ao público, designadamente nas estações terminais ou intermédias, em todos os seus acessos e estabelecimentos ou instalações contíguas;
- Nos parques de estacionamento cobertos;
- Nos elevadores, ascensores e similares;
- Nas cabinas telefónicas fechadas;
- Nos recintos fechados das redes de levantamento automático de dinheiro;
- Em qualquer outro lugar onde, por determinação da gerência ou de outra legislação aplicável, designadamente em matéria de prevenção de riscos ocupacionais, se proíba fumar.

No nº 2 do mesmo artigo acrescenta-se ainda a proibição de fumar “nos veículos afectos aos transportes públicos urbanos, suburbanos e interurbanos de passageiros, bem como nos transportes rodoviários, ferroviários, aéreos, marítimos e fluviais, nos serviços expressos, turísticos e de aluguer, nos táxis, ambulâncias, veículos de transporte de doentes e teleféricos”.

1.2.1.3. Excepções

Apesar de todas as limitações acima descritas, existem várias excepções à proibição do consumo de tabaco (cfr. art. 5º), onde podem ser criadas áreas para fumadores, nomeadamente:

- Em hospitais e serviços psiquiátricos, centros de tratamento e reabilitação e unidades de internamento de toxicodependentes e de alcoólicos, exclusivamente destinadas a pacientes fumadores;
- Nos estabelecimentos prisionais unidades de alojamento, celas ou camaratas;
- Nos estabelecimentos de restauração ou de bebidas, incluindo os que possuam salas ou espaços destinados a dança, existem duas excepções: (1) no caso de estabelecimentos com área destinada ao público inferior a 100 m² se o proprietário optar por estabelecer a permissão de fumar e (2) no caso de estabelecimentos com área destinada ao público igual ou superior a 100 m² onde podem ser criadas áreas para fumadores, até um máximo de 30% do total respectivo, ou espaço fisicamente separado não superior a 40% do total respectivo, desde que não abranjam as áreas destinadas exclusivamente ao pessoal, nem as áreas onde os trabalhadores tenham de trabalhar em permanência;
- Nos estabelecimentos hoteleiros e outros empreendimentos turísticos onde sejam prestados serviços de alojamento; podem ser reservados andares, unidades de alojamento ou quartos para fumadores, até um máximo de 40% do total respectivo, ocupando áreas contíguas ou a totalidade de um ou mais andares;
- Nas áreas descobertas dos barcos afectos a carreiras marítimas ou fluviais.

Em todos os locais onde é proibido fumar existe sempre a permissão de fumar ao ar livre, excepto nos casos dos estabelecimentos de ensino básico e secundário, dos centros de formação profissional com menores de 18 anos e das zonas onde se realize o abastecimento de veículos (cfr. n^{os} 3, 4 e 5).

A opção pela permissão de fumar no caso de estabelecimentos de restauração com área destinada ao público inferior a 100 m² deve, sempre que possível, proporcionar a existência de espaços separados para fumadores e não fumadores (cfr. n° 10).

A definição das áreas para fumadores cabe às entidades responsáveis pelos estabelecimentos em causa, devendo ser consultados os respectivos serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho e comissões, ou, na sua falta, os representantes dos trabalhadores neste domínio (cfr. n° 11).

De acordo com a lei, todas as áreas em recintos fechados em que excepcionalmente se permite fumar e que se mencionaram anteriormente, devem, contudo, obedecer aos 3 requisitos previstos nas alíneas *a)*, *b)* e *c)* do n° 5, do artigo 11°, isto é:

- Devem estar devidamente sinalizadas, com afixação de dísticos em locais visíveis, nos termos do disposto no artigo 6°;
- Têm que ser separados fisicamente das restantes instalações, ou dispor de dispositivo de ventilação, ou qualquer outro, desde que autónomo, que evite que o fumo se espalhe às áreas contíguas;
- Devem garantir a ventilação directa para o exterior através de sistema de extracção de ar que proteja dos efeitos do fumo os trabalhadores e os clientes não fumadores.

1.2.1.4. Responsabilidade pelo cumprimento das proibições de fumar

O cumprimento das disposições da lei sobre proibição de fumar, excepções e respectiva sinalização (art^{os} 4° a 6°) deve ser assegurado pelas entidades públicas ou privadas que tenham a seu cargo os locais a que se refere a presente lei (cfr. n° 1 do art. 7°), as quais devem advertir os fumadores para que se abstenham de fumar e, caso estes não cumpram, chamar as autoridades administrativas ou policiais que deverão lavrar o respectivo auto de notícia (*ibid.* n° 2). Os utentes têm, também, o direito de exigir o cumprimento das disposições relativas à proibição de fumar, às suas excepções e à sinalização, podendo apresentar queixa por escrito,

circunstanciada, usando para o efeito, nomeadamente, o livro de reclamações disponível no estabelecimento em causa (*ibid.* n.º 3).

1.2.2. Prevenção do consumo de tabaco

1.2.2.1. Proibição de venda de produtos do tabaco

No seu artigo 15º a Lei determina a proibição da venda de produtos do tabaco:

- Nos locais onde estejam instalados órgãos de soberania, serviços e organismos da Administração Pública e pessoas colectivas públicas;
- Nos estabelecimentos onde sejam prestados cuidados de saúde, nomeadamente hospitais, clínicas, centros e casas de saúde, consultórios médicos, postos de socorros e outros similares, laboratórios, farmácias e locais onde se dispensem medicamentos não sujeitos a receita médica;
- Nos lares e outras instituições que acolham pessoas idosas ou com deficiência ou incapacidade;
- Nos locais destinados a menores de 18 anos, nomeadamente infantários, creches e outros estabelecimentos de assistência infantil, lares de infância e juventude, centros de ocupação de tempos livres, colónias e campos de férias e demais estabelecimentos similares;
- Nos estabelecimentos de ensino, independentemente da idade dos alunos e do grau de escolaridade, incluindo, nomeadamente, salas de aula, de estudo, de professores e de reuniões, bibliotecas, ginásios, átrios e corredores, bares, restaurantes, cantinas, refeitórios e espaços de recreio;
- Nos centros de formação profissional;
- Nas cantinas, nos refeitórios e nos bares de entidades públicas e privadas destinados exclusivamente ao respectivo pessoal;

- Nas zonas fechadas das instalações desportivas;
- Através de máquinas de venda automática, sempre que estas não reúnam cumulativamente os seguintes requisitos:
 - a) Estejam munidas de um dispositivo electrónico ou outro sistema bloqueador que impeça o seu acesso a menores de 18 anos;
 - b) Estejam localizadas no interior do estabelecimento comercial, de forma a serem visualizadas pelo responsável do estabelecimento, não podendo ser colocadas nas respectivas zonas de acesso, escadas ou zonas similares e nos corredores de centros comerciais e grandes superfícies comerciais;
- A menores com idade inferior a 18 anos, a comprovar, quando necessário, por qualquer documento identificativo com fotografia;
- Através de meios de televenda.

A proibição a menores de 18 anos deve constar de aviso impresso em caracteres facilmente legíveis, sobre fundo contrastante, e afixado de forma visível nos locais de venda dos produtos do tabaco (cfr. nº 2, art. 15º). É também proibida a comercialização de embalagens promocionais ou a preço reduzido (cfr. nº 3, art. 15º).

1.2.2.2. Publicidade, promoção e patrocínio de tabaco e de produtos de tabaco

De acordo com o nº 1, do artigo 16º da Lei, são proibidas todas as formas de publicidade e promoção ao tabaco e aos produtos do tabaco, incluindo a publicidade oculta, dissimulada e subliminar, através de suportes publicitários nacionais ou com sede em Portugal, incluindo os serviços da sociedade de informação, salvo o disposto nos n.ºs 3, 4 e 7. É também proibida:

- A publicidade ao tabaco, ou ao seu uso, em máquinas de venda automática (*ibid.* nº 2);

- A distribuição gratuita ou a venda promocional de produtos do tabaco ou de quaisquer bens de consumo, que visem, ou tenham por efeito directo ou indirecto, a promoção desses produtos do tabaco (*ibid.* n° 5);
- A distribuição de brindes, atribuição de prémios ou a realização de concursos, ainda que exclusivamente destinados a fumadores, por parte de empresas directa ou indirectamente relacionadas com o fabrico, a distribuição ou a venda de produtos do tabaco (*ibid.* n° 6);
- A introdução de cupões ou outros elementos estranhos nas embalagens e sobre embalagens de produtos do tabaco, ou entre estas e aquelas, para além do próprio produto do tabaco e respectiva rotulagem (*ibid.* n° 8);
- A promoção de vendas e a introdução no consumo de embalagens miniatura de marcas já comercializadas ou a comercializar (*ibid.* n° 9).

O artigo 17º prevê, por sua vez, a proibição da publicidade em objectos de consumo, determinando que é proibido colocar nomes, marcas ou emblemas de um produto do tabaco em objectos de consumo que não os próprios produtos do tabaco (cfr. n° 1), exceptuando-se desta os bens e serviços que façam uso de nomes ou marcas idênticos aos de produtos do tabaco, desde que preenchidos os seguintes requisitos (cumulativos):

- a) A sua venda ou patrocínio não estejam relacionados com a venda de produtos do tabaco;
- b) Tais bens ou serviços tenham sido introduzidos no mercado português previamente à data de publicação da presente lei;
- c) O método de uso de tais nomes e marcas seja claramente distinto do dos nomes e marcas de produtos do tabaco.

É ainda proibido o fabrico e a comercialização de jogos, brinquedos, jogos de vídeo, alimentos ou guloseimas com a forma de produtos do tabaco, ou com logótipos de marcas de tabaco (cfr. nº 3).

No artigo 18º, proíbe-se qualquer forma de contributo público ou privado, nomeadamente por parte de empresas cuja actividade seja o fabrico, a distribuição ou a venda de produtos do tabaco, destinado a um evento, uma actividade, um indivíduo, uma obra audiovisual, um programa radiofónico ou televisivo, que vise, ou tenha por efeito directo ou indirecto, a promoção de um produto do tabaco ou do seu consumo (cfr. nº 1).

No nº 2 do mesmo artigo é proibido o patrocínio de eventos ou actividades por empresas do sector do tabaco que envolvam ou se realizem em vários Estados membros ou que tenham quaisquer outros efeitos transfronteiriços. No nº 3 proíbe-se a distribuição gratuita ou a preços promocionais de produtos do tabaco, no contexto do patrocínio referido no nº 2, que vise ou tenha por efeito directo ou indirecto a promoção desses produtos.

1.2.2.3. Medidas de Prevenção e Controlo do Consumo de Tabaco

De acordo com o artigo 19º da Lei são proibidas campanhas ou outras iniciativas promovidas ou patrocinadas pelas empresas produtoras, distribuidoras, subsidiárias ou afins, de produtos do tabaco, que visem, directa ou indirectamente, a informação e a prevenção do tabagismo.

No artigo 20º prevêm-se as seguintes medidas de «Informação e educação para a saúde»:

- O Estado, designadamente os sectores da saúde, da educação, da juventude, do desporto, da defesa do consumidor, do ambiente, do trabalho, da economia e da cultura, bem como as regiões autónomas e as autarquias locais, devem promover a informação dos cidadãos, utilizando, sempre que possível, a língua gestual e a linguagem *Braille*, e contribuir para a criação de condições favoráveis à prevenção e ao controlo do tabagismo;

- Os serviços de saúde, independentemente da sua natureza jurídica, designadamente centros de saúde, hospitais, clínicas, consultórios médicos e farmácias, devem promover e apoiar a informação e a educação para a saúde dos cidadãos relativamente aos malefícios decorrentes do consumo de tabaco e à importância da cessação tabágica, através de campanhas, programas e iniciativas destinadas à população em geral ou a grupos específicos, designadamente crianças e jovens, grávidas, pais, mulheres em idade fértil, pessoas doentes, professores e outros trabalhadores;
- A temática da prevenção e do controlo do tabagismo deve ser abordada no âmbito da educação para a cidadania, a nível dos ensinos básico e secundário e dos currículos da formação profissional, bem como da formação pré e pós-graduada dos professores destes níveis de ensino;
- A temática da prevenção e do tratamento do uso e da dependência do tabaco deve fazer parte dos currículos da formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde, em particular dos médicos, dos médicos dentistas, dos farmacêuticos e dos enfermeiros, enquanto agentes privilegiados de educação e promoção da saúde.

No artigo 21º determina-se que “deverão ser criadas consultas especializadas de apoio aos fumadores que pretendam deixar de fumar, destinadas aos funcionários e aos utentes, em todos os centros de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde e nos serviços hospitalares públicos, em particular nos serviços de cardiologia, pneumologia, psiquiatria, nos institutos e serviços de oncologia, serviços de obstetria, hospitais psiquiátricos e centros de atendimento a alcoólicos e toxicodependentes” (cfr. nº 1), excepto quando a dimensão dos serviços e da população atendida não justifique a criação de uma consulta especializada, caso em que devem ser estabelecidos protocolos com outras consultas especializadas, de modo a garantir o acesso adequado dos fumadores que necessitem deste tipo de apoio para deixarem de fumar (cfr. nº 2). Por sua vez, no artigo 22º, cria-se na dependência directa do Director-Geral da Saúde um “Grupo Técnico Consultivo”, visando prestar assessoria técnica, bem como prestar colaboração na definição e implementação de programas e outras iniciativas no domínio da prevenção e controlo do tabagismo (cfr. nº 1). Este deve ser constituído, paritariamente, por

representantes da administração pública e da sociedade civil, nomeadamente de ordens profissionais da área da saúde, de associações sindicais e patronais, de sociedades científicas, por personalidades de reconhecido mérito no domínio da prevenção do tabagismo e ainda por representantes de outras organizações não-governamentais (cfr. nº 2).

1.2.3. Deveres e responsabilidades das entidades públicas

No âmbito dos artigos 23º e 24º da Lei, prevêm-se algumas responsabilidades específicas de entidades públicas, nomeadamente, a Direcção Geral da Saúde deverá promover “o cumprimento do disposto na presente lei, com a colaboração dos serviços e organismos públicos com responsabilidades nesta área” (cfr. art. 23º) e, em articulação com o Observatório Nacional de Saúde e com o grupo técnico consultivo, assegurar “o acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal, bem como o impacto resultante da aplicação da presente lei, designadamente quanto ao seu cumprimento, à evolução das condições nos locais de trabalho e de atendimento ao público, a fim de permitir propor as alterações adequadas à prevenção e controlo do consumo do tabaco” (cfr. nº 1, art. 24º).

Com o objectivo de avaliar o impacto da presente lei na saúde pública e na saúde dos trabalhadores, o Ministério da Saúde deve habilitar a Assembleia da República com um relatório contendo os elementos acima referidos, de cinco em cinco anos (cfr. nº 2). O primeiro relatório deve ser entregue na Assembleia da República decorridos três anos sobre a entrada em vigor da lei (cfr. nº 3).

1.2.4. Regime sancionatório

A Lei nº 37/2007 pune com coimas a violação do uso de tabaco nos locais proibidos; a desobediência às excepções que permitem o uso do tabaco; o desrespeito pela sinalização relativamente à interdição ou ao condicionamento de fumar, nos locais legalmente designados; a permissão de fumar por parte das entidades, públicas ou privadas, que tenham a seu cargo locais onde é proibido fumar, bem como o desrespeito pelas regras relativas à composição e medição das substâncias contidas nos cigarros comercializados, à rotulagem e embalagem dos maços de

cigarros, às regras de venda de produtos de tabaco e à publicidade, promoção e patrocínio de tabaco e de produtos de tabaco (cfr. n.º 1, art. 25º). As coimas podem ir de 50 a 250 000 Euros, de acordo com o grau de gravidade das infracções, podendo ser reduzidas a metade em caso de negligência (cfr. n.º 2).

A entidade competente para instaurar o processo de contra-ordenação é a ASAE Autoridade de Segurança Alimentar e Económica, com excepção da fiscalização da televenda de produtos de tabaco (alínea *d*) do n.º 1 do artigo 15º), da publicidade e promoção ao tabaco (cfr. n.º 1, art. 16º), bem como das normas sobre patrocínio (n.º 1, do art.º 18º) e campanhas de prevenção do tabagismo promovidas por empresas tabaqueiras (art.º 19º), a qual compete à Direcção-Geral do Consumido (cfr. n.º 1 e 2, art.º 28º).

A aplicação das coimas e sanções acessórias compete à Comissão de Aplicação de Coimas em Matéria Económica e de Publicidade, que delas dá conhecimento à Direcção-Geral da Saúde (cfr. n.º 3 do art.º 28º).

Capítulo 2. Caracterização da Ilha Terceira por Sector de Actividade

2.1. Contexto Geral

A Região Autónoma dos Açores é composta por nove ilhas, organizadas geograficamente em 3 grupos, nomeadamente:

- Grupo oriental, constituído pelas ilhas Santa Maria e São Miguel;
- Grupo central, constituído pelas ilhas Graciosa, Faial, São Jorge, Pico e Terceira;
- Grupo ocidental, constituído pelas ilhas Flores e Corvo.

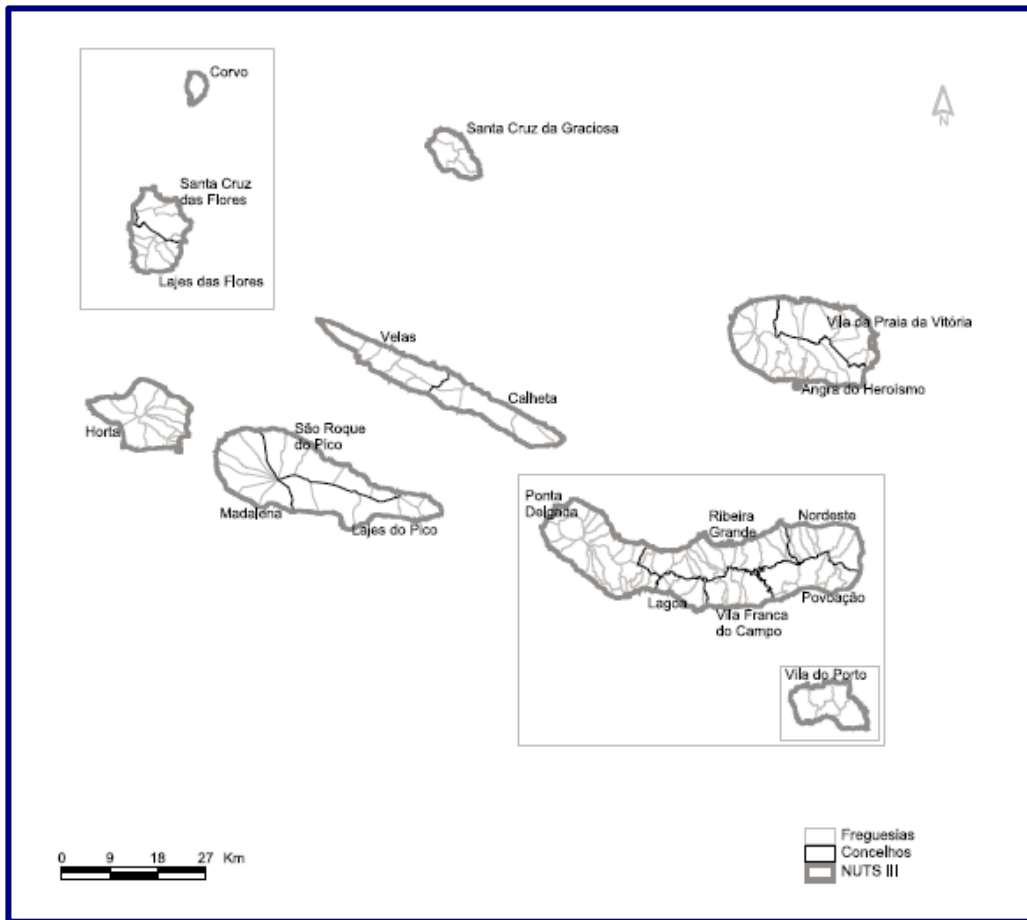


FIGURA 1: Unidades territoriais da Região Autónoma dos Açores, segundo o Censos de 2001.

O estudo em questão irá incidir sobre a Ilha Terceira, ilha constituída por 2 concelhos (Praia da Vitória e Angra do Heroísmo) e por 29 freguesias, de acordo com a FIGURA 2.

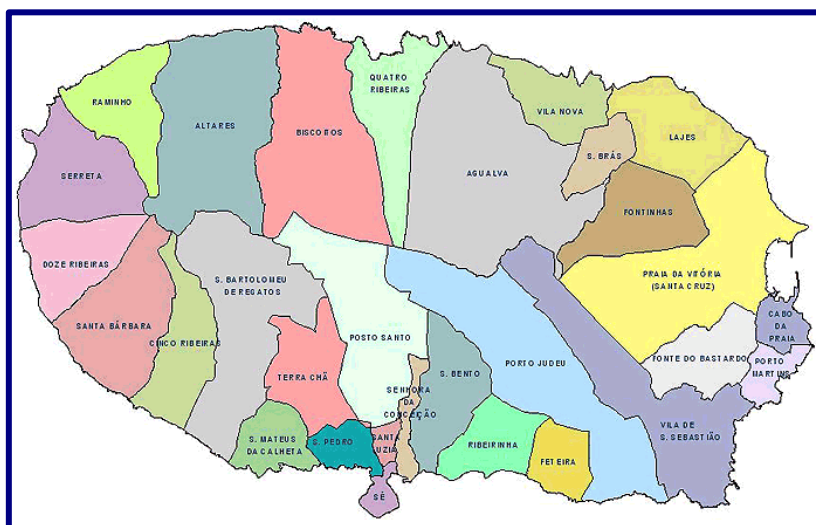


FIGURA 2: Mapa da Ilha Terceira, segundo o Instituto Geográfico Português².

O Concelho da Praia da Vitória engloba as seguintes freguesias: Fonte do Bastardo, Cabo da Praia, Santa Cruz, Fontinhas, Lajes, São Brás, Vila Nova, Agualva, Quatro Ribeiras e Biscoitos, enquanto que o concelho de Angra do Heroísmo abrange: Altares, Raminho, Serreta, Doze Ribeiras, Santa Barbara, Cinco Ribeiras, São Bartolomeu, Terra-Chã, São Mateus, Posto Santo, São Pedro, Sé, Santa Luzia, Conceição, São Bento, Ribeirinha, Porto Judeu, Feteira e São Sebastião.

2.2. Estrutura Empresarial da Ilha Terceira

Os dados que se seguem contêm a informação respeitante à estrutura do emprego da Ilha Terceira, tomando como base as publicações do Observatório do Emprego e Formação Profissional intituladas “Estrutura do Emprego por Ilhas” e “Estrutura Empresarial por Ilhas e Concelhos”, de 2010.

A informação que se segue encontra-se de acordo com o Relatório Único de 2012, que as empresas e as entidades empregadoras devem apresentar. A legislação de enquadramento do Relatório Único na Região Autónoma dos Açores é o Decreto Legislativo Regional nº 24/2010/A, de 22 de Julho. A informação contida no Relatório Único respeita à actividade desenvolvida pelas empresas entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro do ano a que diz respeito.

QUADRO 1: Identificação das actividades de acordo com a Comissão Portuguesa de Actividades Económicas (CAE)

DESIGNAÇÃO DAS ACTIVIDADES SEGUNDO A CAE			
A	Agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca	K	Actividades financeiras e de seguros
B	Indústrias extractivas	L	Actividades imobiliárias
C	Indústrias transformadoras	M	Actividades de consultoria, científicas e técnicas
D	Electricidade, gás, vapor, água quente e fria, ar frio	N	Actividades administrativas e serviços de apoio
E	Distribuição de água, saneamento, resíduos	O	Adm. pública, defesa, segurança social obrigatória
F	Construção	P	Educação
G	Comércio, reparação de veículos automóveis	Q	Actividades de saúde humana e apoio social
H	Transportes e armazenagem	R	Actividades artísticas, desportivas e recreativas
I	Alojamento, restauração e similares	S	Outras actividades de serviços
J	Actividades de informação e de comunicação	U	Organismos internacionais e extraterritoriais

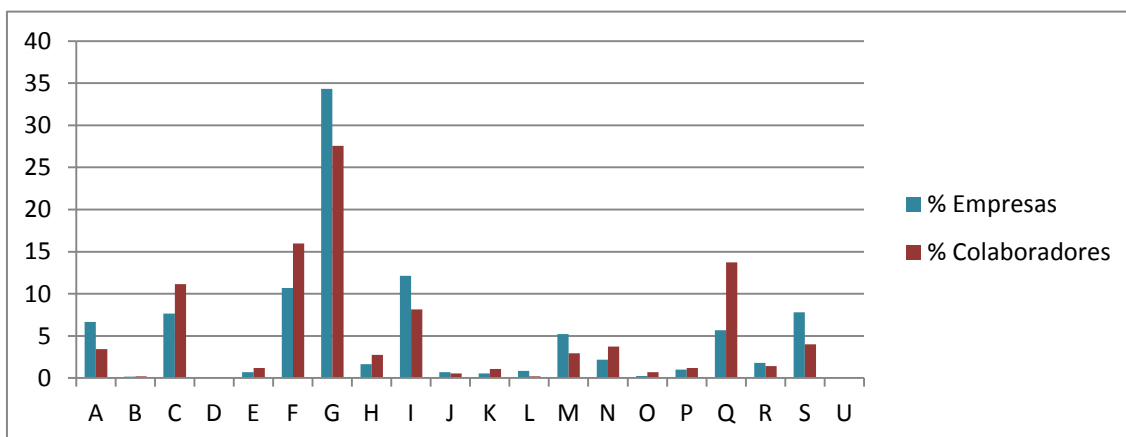


FIGURA 3: Percentagem de empresas e de colaboradores nas empresas sedeadas na Ilha Terceira, segundo as actividades apresentadas no QUADRO 1.

A Ilha Terceira regista um maior número de empresas na área da indústria transformadora (7,65%), outras actividades de serviços (7,80%) construção (10,68%), alojamento, restauração e similares (12,12%), comércio e reparação de veículos automóveis (34,42%). De salientar que dentro da indústria transformadora, encontram-se actividades relacionadas com produção alimentar, fabrico de tabaco, produtos químicos e farmacêuticos, máquina e equipamentos, entre outras. Relativamente ao número de trabalhadores, a actividade relativa ao alojamento, restauração e similares apresenta uma percentagem de cerca 8,13%, a indústria transformadora de 11,13%, as actividades de saúde humana e apoio social de 13,74%, a construção de 15,98% e o comércio e a reparação de veículos automóveis apresenta uma percentagem de 27,55% (FIGURA 3).

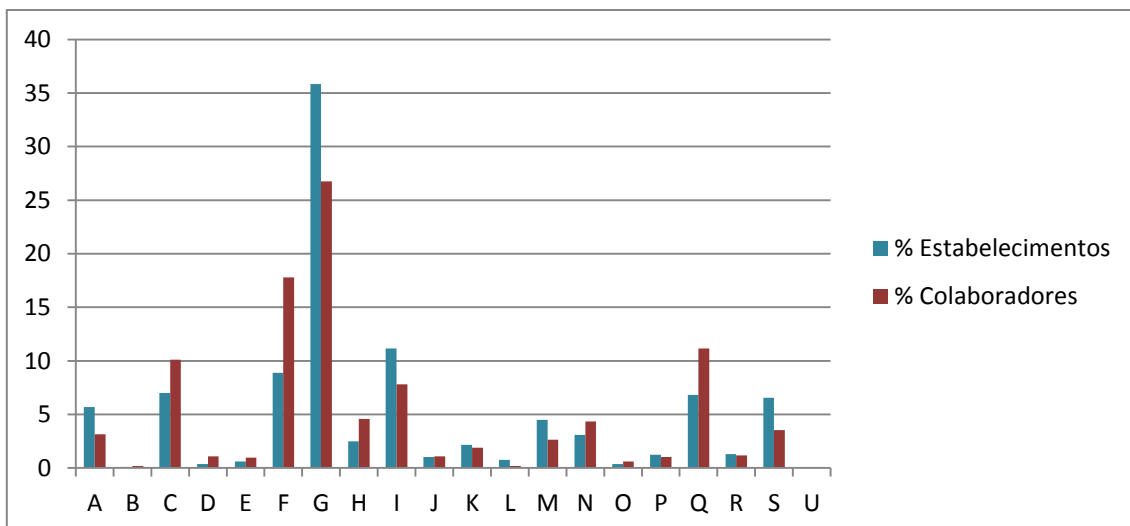


FIGURA 4: Percentagem de estabelecimentos e de colaboradores ao serviço nos estabelecimentos nas empresas sedeadas na Ilha Terceira, segundo as actividades apresentadas no QUADRO 1.

De acordo com a FIGURA 2, as áreas que registam um maior número de estabelecimentos sedeados na Ilha Terceira estão relacionadas com a agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca (5,69%), indústria transformadora (6,99%), construção (8,88%), comércio e reparação de veículos automóveis (35,83%), outras actividades desserviços (6,55%), actividades de saúde humana e apoio social (6,82%) e alojamentos, restauração e similares (11,16%). Relativamente ao número de colaboradores ao serviço nos estabelecimentos, para o alojamento, restauração e similares (7,80%), indústria transformadora (10,11%), actividades de saúde humana e apoio social (11,15%), construção (17,79%) e comércio e reparação de veículos automóveis (26,76%) (FIGURA 4).

2.3. Estrutura Empresarial da Ilha Terceira por grupos etários

Neste subcapítulo serão apresentados diversos gráficos que contêm a informação referente à estrutura empresarial da ilha terceira, por faixa etária.

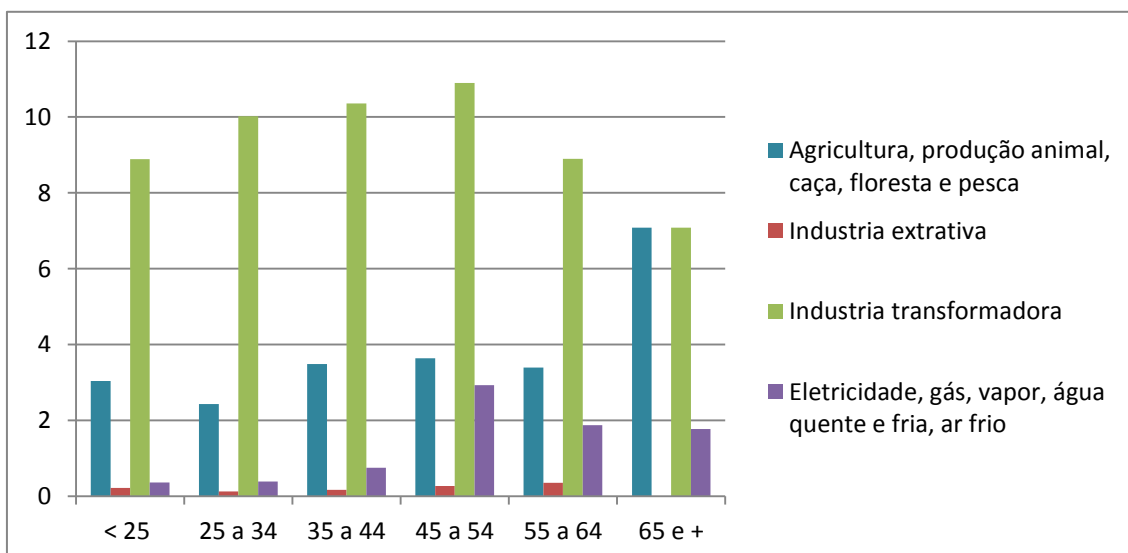


FIGURA 5: Percentagem de colaboradores por faixa etária, para as actividades A, B, C e D apresentadas no QUADRO 1.

A Região Autónoma dos Açores (RAA) agrega um conjunto de características de natureza geográfica, social, económica e ambiental que a distinguem claramente dos restantes territórios. As actividades de agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca são actividades de elevada importância económica, conferindo à região uma riqueza incomparável. Estas empresas são normalmente geridas por uma faixa etária mais avançada, tal como nos é apresentado na FIGURA 5, em que a idade que apresenta maior representatividade é a dos 65 anos e superior.

A indústria extractiva apresenta uma diversidade muito semelhante entre as diversas faixas etárias dos seus colaboradores, sendo a faixa etária dos 55 aos 64 a que mais se destaca (FIGURA 5).

Relativamente à indústria transformadora, os colaboradores apresentam um equilíbrio muito significativo entre as faixas etárias, contudo destaca-se um maior número de colaboradores na faixa etária dos 45 aos 54 anos (FIGURA 5).

No que concerne aos colaboradores que exercem actividades relacionadas com a electricidade, gás, vapor, água quente e fria e ar frio, regista-se um maior número de colaboradores com uma faixa etária compreendida entre os 45 e os 54 anos (FIGURA 5).

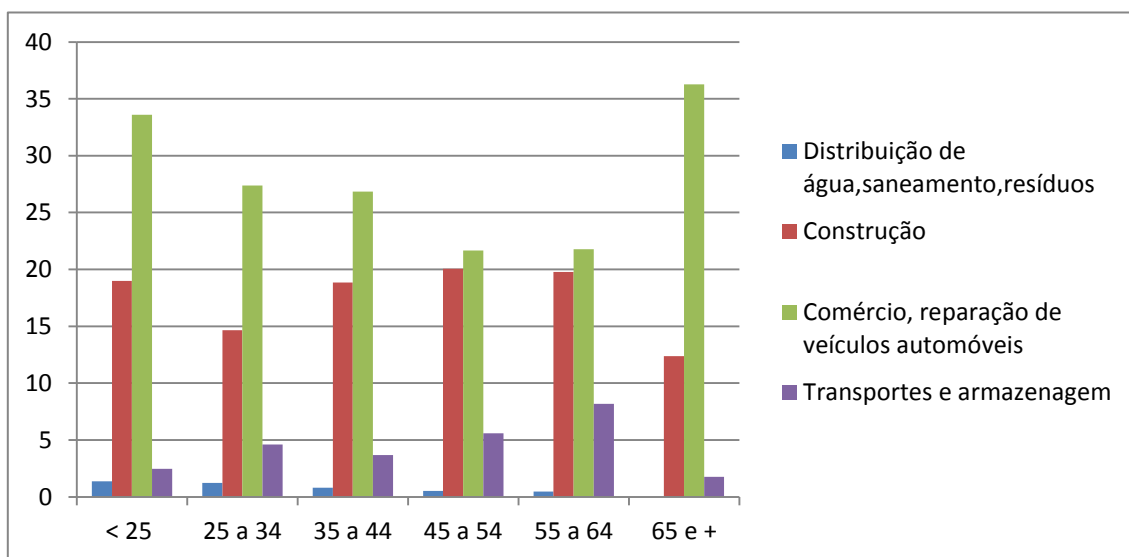


FIGURA 6: Percentagem de colaboradores por faixa etária, para as actividades E, F, G e H apresentadas no QUADRO 1.

Segundo a FIGURA 6, a actividade de distribuição de água, saneamento e resíduos emprega um maior número de colaboradores com idades inferiores aos 25 anos.

Curiosamente e apesar do sector da construção ser um trabalho fisicamente exaustivo, existe uma percentagem bastante elevada de colaboradores em todas as faixas etárias, contudo destaca-se, embora por pouco, a faixa etária com idades compreendidas entre os 45 a 54 anos (FIGURA 6).

As actividades relacionadas com o comércio e com a reparação de veículos automóveis empregam um maior número de colaboradores na faixa etária dos 65 anos e superior, seguindo-se a faixa etária dos 25 anos e inferior, ou seja, denota-se que é uma área em que existe continuidade de trabalho, pois se por um lado existem colaboradores em final de carreira, por outro lado e como este é um sector que necessita de inovação, existem colaboradores numa fase muito inicial da sua carreira, trazendo para este meio novas estratégias de actuação (FIGURA 6).

Relativamente à actividade relacionada com o transporte e armazenagem (FIGURA 6), existe claramente uma maior percentagem de colaboradores com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos.

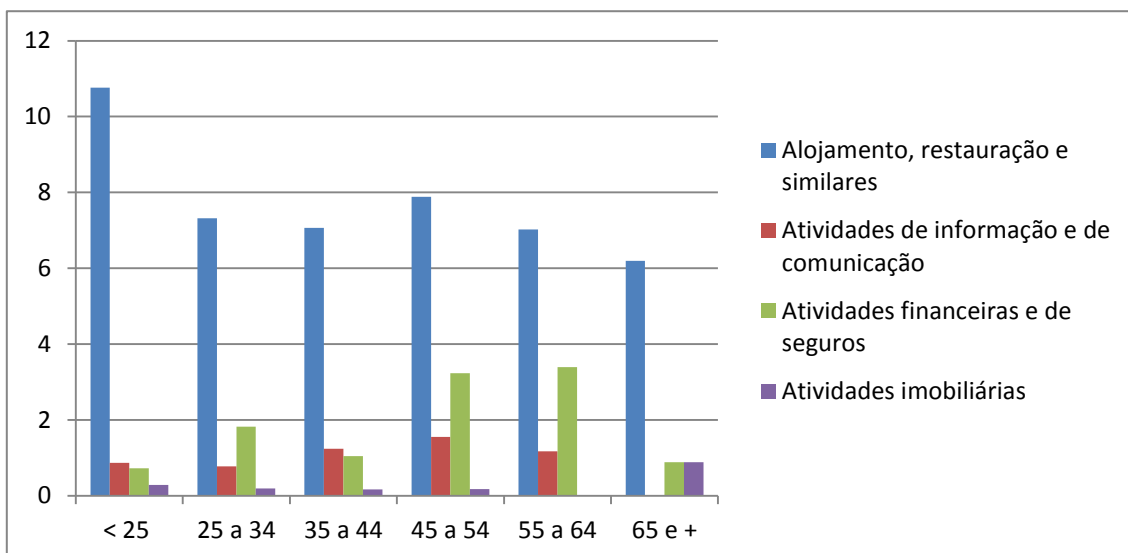


FIGURA 7: Percentagem de colaboradores por faixa etária, para as actividades I, J, K e L apresentadas no QUADRO 1.

A actividade que engloba o alojamento, restauração e similares, apesar de ser considerada bastante versátil, emprega um maior número de colaboradores na faixa etária dos 25 anos e inferior, seguindo-se a faixa etária dos 45 aos 54 anos (FIGURA 7).

No que concerne às actividades de informação e comunicação, verifica-se que a faixa etária mais significativa é a que engloba os colaboradores com idades compreendidas entre os 45 e os 54 anos (FIGURA 7).

As actividades financeiras e de seguros registam um maior número de colaboradores com uma faixa etária compreendida entre os 55 e os 64 anos (FIGURA 7).

Segundo a FIGURA 7, as actividades imobiliárias empregam um maior número de colaboradores com idades inferiores aos 25 anos, este facto poderá estar relacionado com a necessidade de adopção de diferentes estratégias de marketing, criatividade e sentido de oportunidade.

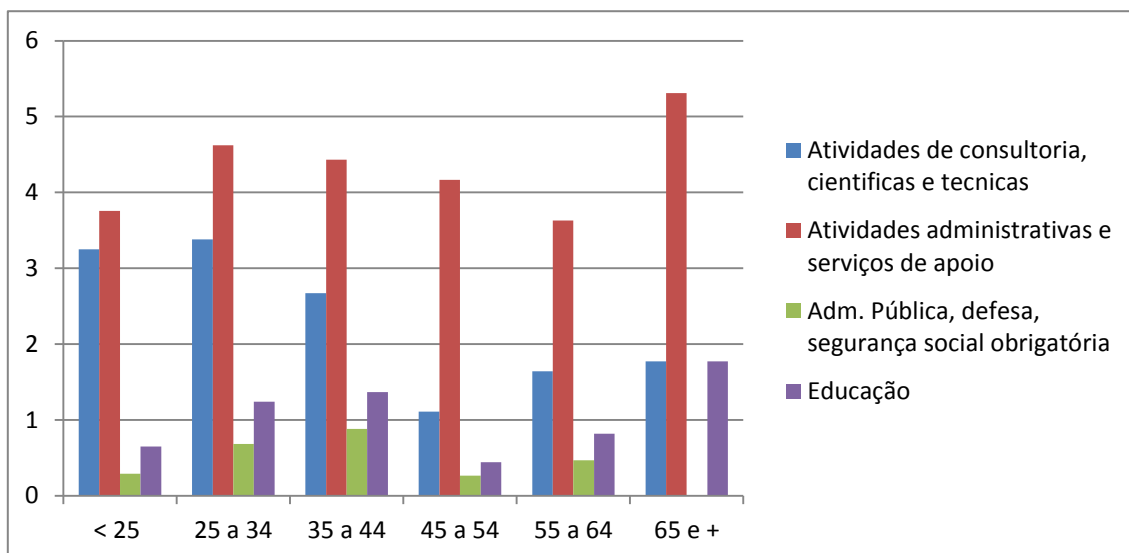


FIGURA 8: Percentagem de colaboradores por faixa etária, para as actividades M, N, O e P apresentadas no QUADRO 1

Nas actividades de consultoria, a faixa etária dos 25 aos 34 é a que mais se destaca, seguindo-se a dos 25 anos e/ou inferior (FIGURA 8).

Relativamente às actividades administrativas, os colaboradores apresentam um equilíbrio entre as faixas etárias, contudo destaca-se um maior número de colaboradores na faixa etária dos 65 anos e/ou superior (FIGURA 8).

No que concerne aos colaboradores que exercem actividades relacionadas com administração pública, defesa e segurança social, regista-se um maior número de colaboradores com uma faixa etária compreendida entre os 35 e os 44 anos (FIGURA 8).

As actividades educativas empregam um maior número de colaboradores com idade igual ou superior aos 65 anos (FIGURA 8).

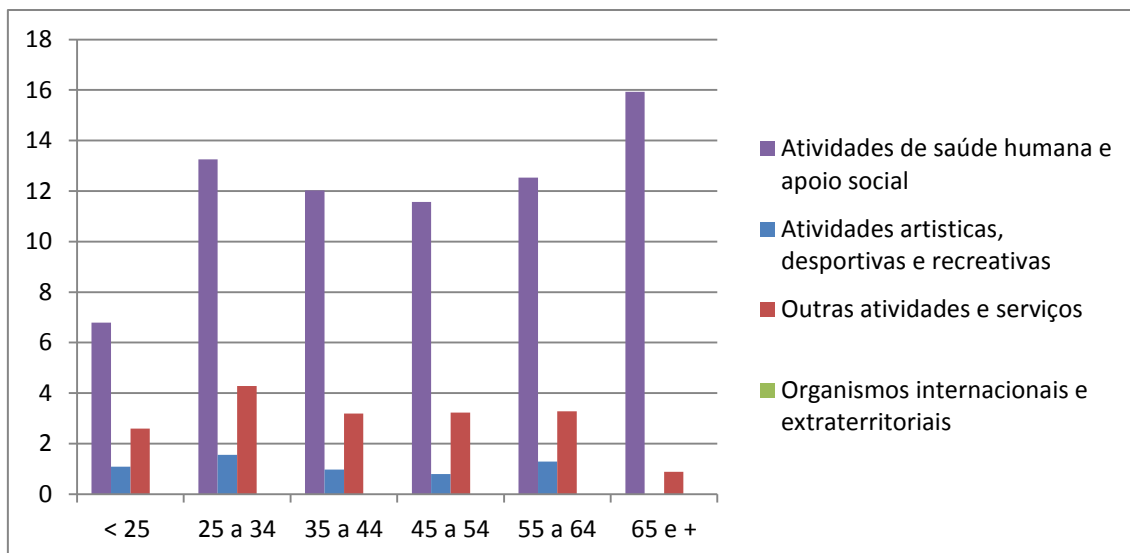


FIGURA 9: Percentagem de colaboradores por faixa etária, para as actividades Q, R, S e Q apresentadas no QUADRO 1

As actividades relacionadas com a saúde humana e apoio social empregam uma grande parte da população terceirense, sendo a faixa etária mais representativa a que compreende as idades dos 25 a 34 anos (FIGURA 9).

Nas actividades artísticas, desportivas e recreativas, a faixa etária dos 25 aos 34 é a que mais se destaca, seguindo-se a dos 55 aos 64 anos (FIGURA 9).

As restantes actividades e serviços englobam colaboradores com faixas etárias bastante diversas, sendo a que mais se destaca a dos 25 aos 34 anos (FIGURA 9).

Relativamente aos organismos internacionais e extraterritoriais não existem registos, tal como apresentado na FIGURA 9.

Capítulo 3. A problemática do tabagismo

A expressão “tabagismo”, refere-se ao abuso do consumo de produtos derivados do tabaco, sobretudo os cigarros. O tabaco propriamente dito, é uma planta herbácea alta, da família das solanáceas, cujas folhas são colhidas, curadas e enroladas para fazer charutos, cortadas para usar em cigarros e cachimbo ou tratadas para serem mastigadas ou inaladas em forma de rape. Os actuais produtores de tabaco desenvolveram vários tipos de plantas, mas a mais comercializada é a *nicotina tabacum*, sendo a *nicotina rustica* também muito utilizada nos mercados orientais.

Nos países industrializados o tabagismo constitui o maior risco evitável para a saúde pública e o seu consumo provoca, não só dependência física, mas também psicológica, emocional, comportamental e social, ao ponto de se considerar uma doença crónica de natureza recorrente ou repetitiva (APA, 2002; Fiore et al., 2000; Soares & Carneiro, 2002).

Uma vez iniciado o consumo de tabaco, rapidamente se transforma numa dependência (física e psíquica). Esta dependência é provocada por uma droga psicoactiva - a nicotina - presente na folha do tabaco.

3.1. Componentes dos cigarros

O fumo do cigarro contém mais de 4000 substâncias tóxicas (USDHHS, 1989). Infelizmente, a comunidade científica ainda não conhece todos os malefícios e reacções químicas que decorrem da interacção entre o tabaco, os aditivos inseridos no processo de fabrico e a sua combustão durante o acto de fumar (Becona & Gonzalez, 1998).

Para além da combinação de tabacos, os cigarros contém ingredientes adicionados, tais como casings/molhos, aromas voláteis e tabaco reconstruído (combinação de partículas de tabaco, nervuras e outros produtos derivados do tabaco que são transformados numa folha, cortados e adicionados aos cigarros, de acordo com PMP, 2003) e outros componentes não tabágicos que são inalados durante o acto de fumar, entre os quais o papel para enrolar os cigarros, as colas de costura do cigarro, tintas do logotipo, papel

do filtro (incluindo invólucros, boquilhas e corantes da boquilha), colas de costura e materiais do filtro (PMI, 2005).

Apesar das dúvidas que podem ser colocadas relativamente a interacção dos vários componentes tóxicos presentes no fumo do tabaco, existem características e elementos químicos que são hoje bem conhecidos e estudados.

O fumo dos cigarros inclui gás, bem como partículas líquidas e sólidas. A fase de partículas forma o condensado que é a expressão usada para designar a mistura de resíduos químicos, espessos e pegajosos, derivadas do fumo do tabaco. Após a sua inalação, 70% do condensado é depositado nos pulmões, provocando irritação das vias respiratórias, produção excessiva de muco e lesão da rede capilar alveolar (NRTC, 2004). Também se pode notar a acção poluente do condensado, pelas manchas amareladas nos dedos, pele e dentes do fumador ou em espaços muito expostos ao fumo do tabaco, como bares e outros locais fechados.

Entre os compostos químicos do fumo do tabaco mais conhecidos, destacam-se a nicotina, o monóxido de carbono, o alcatrão, o amoníaco, o cianeto de hidrogénio, o formaldeído, o benzeno e as nitrosaminas.

3.1.1. Nicotina

A nicotina é um alcalóide básico extraído das folhas da planta do tabaco, de consistência líquida e oleosa, sem cor, apesar de se tornar castanho pela exposição ao ar. Este composto químico é bastante venenoso, apenas duas ou três gotas do alcalóide puro (menos de 50 mg) aplicadas na língua de um adulto, seriam fatais.

Embora um cigarro contenha entre 15 a 20 mg de nicotina, apenas 1-2 mg chega ao cérebro através da corrente sanguínea (AAE, 1991). Durante a sua semivida, a nicotina provoca várias alterações psicofisiológicas, nomeadamente sobre o sistema cardiovascular (aumento da frequência cardíaca, tensão arterial, vasoconstrição cutânea e diminuição da temperatura corporal), o aparelho digestivo (náusea, vômito, diarreia e hipersalivação), o sistema endócrino e metabólico (aumento da libertação do hormônio de crescimento (GH), cortisol, adrenocorticotropina

(ACTH), hormônio antidiurético (ADH), metabolismo dos ácidos gordos e do dispêndio energético) e o sistema nervoso central (libertação de epinefrina, norepinefrina, vasopresina, β -endorfinas e estimulação do cortex cerebral, núcleo e sistema dopaminérgico mesolímbico.) (USDHHS, 1988), suscitando uma dependência semelhante ao da heroína ou da cocaína (TRCPL, 2000).

A nicotina é uma substância psicoativa estimulante, isto significa que o seu consumo aumenta o estado de alerta e a aceleração dos processos psíquicos, a actividade do sistema nervoso central e, como consequência, a taxa metabólica do organismo.

Apesar de geralmente se considerar que a nicotina é responsável pelo estabelecimento da dependência, é importante considerar também a complexa interacção desta substância com o comportamento e com os factores sensoriais do tabagismo (Fagerström & Schneider, 1989).

3.1.2. Monóxido de carbono

O monóxido de carbono (CO) é um gás invisível, sem odor e sem sabor, ao qual estão expostas as pessoas que inalam o fumo do cigarro ou os gases produzidos pelos automóveis e pelo aquecimento dos edifícios.

O CO é um gás perigoso mesmo em concentrações baixas, podendo provocar tonturas e dor de cabeça, tornando-se letal em doses elevadas. Ao entrar na corrente sanguínea, associa-se à hemoglobina e priva o organismo do fluxo de oxigénio necessário. A combinação entre o CO e a hemoglobina é duzentas vezes mais rápida que a combinação entre o oxigénio e a hemoglobina, estimando-se assim que cerca de 15% do sangue de um fumador transporte CO, em vez de oxigénio.

A concentração atmosférica deste gás, em ambientes não poluídos, varia entre 0,025 e 1,0 ppm (partes por milhão, ou seja, partes de CO por milhão de partes de ar). Valores até as 9 ppm surgem no ar expirado por não fumadores. Um fumador que fume cerca de vinte cigarros por dia, apresentará concentrações próximas das

25 ppm, sendo necessárias 24 horas até estes níveis normalizarem (ARAQ, 1996; Ferry, 2005; NRTC, 2004).

3.1.3. Alcatrão

O alcatrão é uma substância composta essencialmente por carbono e hidrogénio. É uma matéria viscosa, escura, relativamente líquida e com cheiro penetrante.

É obtido como um derivado da carbonização de materiais orgânicos, como a madeira ou o petróleo. Entre outras utilizações, o alcatrão é aplicado na impermeabilização de superfícies, no fabrico de plásticos e telas para isolar telhados, no revestimento de estradas, na preparação de lubrificantes ou em produtos para preservar a madeira (AAE, 1991; ACL, 2001).

3.1.4. Amónio

O amónio (NH_3), é um composto de nitrogénio e hidrogénio incolor, de cheiro bastante activo e de combustão difícil. Trata-se de um gás mais leve que o ar, com a característica de ser facilmente liquefeito. Este pode encontrar-se em pequenas quantidades na atmosfera, como resultado da putrefacção de matérias animais e vegetais ou na água de chuva. A sua toxicidade sobre a saúde humana inclui efeitos de irritação dos olhos, das mucosas respiratórias e tracto digestivo, embora a sua acção seja pouco perigosa.

Este composto é empregue na produção de fertilizantes, explosivos, polímeros (plásticos e fibras sintéticas), limpa vidros domésticos e em processos industriais de refrigeração. Na indústria tabaqueira, o amónio é utilizado para potenciar a satisfação e impacto da nicotina sobre o fumador. O amónio aumenta a quantidade de nicotina livre que, por sua vez, torna o fumo do cigarro mais básico e capaz de ser absorvido pelas mucosas (Routh, 1977). Quanto mais rapidamente a nicotina for absorvida, melhor o efeito biopsicológico obtido (Freedman, 1995).

3.1.5. Cianeto de hidrogénio

O cianeto refere-se aos compostos que possuam o grupo $C\equiv N$, tal como o cianeto de sódio (NaCN) e o cianeto de hidrogénio (HCN). Os iões de cianeto mais simples, particularmente o HCN, são extremamente tóxicos, actuando como um veneno de acção rápida quando ingeridos ou inalados. Uma dose de 100-200 mg torna-se letal, apesar do fumo do tabaco conter apenas 30-200 μg (microgramas).

Os seus efeitos ocorrem sobre o sistema respiratório, ao impedirem a oxigenação das células (AAE, 1991), mas também podem influenciar o metabolismo celular aeróbio no miocárdio e nas paredes arteriais (Hoffmann, 1992).

3.1.6. Formaldeído

O formaldeído, à temperatura ambiente, é um gás extremamente reactivo e de odor sufocante.

As exposições de longa duração a baixas concentrações podem causar irritação dos olhos, nariz e garganta, reacção lacrimal, queimadura no nariz, tosse, espasmos bronquiais, irritação pulmonar e dermatite. Esta substância é classificada como carcinogéneo humano e tem sido relacionado com o cancro nasal, dos pulmões, do cérebro e com a leucemia.

É utilizado na produção de tintas, resinas sintéticas, produtos cosméticos e de limpeza, bem como na embalsamação de espécimes biológicas (AAE, 1991).

3.1.7. Nitrosamina

A nitrosamina consiste num nitrogénio carcinogéneo, derivado da combinação entre os nitratos presentes no toucinho ou carnes fumadas e as aminas presentes no processo digestivo (WD, 1992). Nestes alimentos, as nitrosaminas tem uma concentração inferior a 10 partes por milhão.

Os produtos do tabaco são a maior fonte de exposição não ocupacional às nitrosaminas, existindo sete nitrosaminas no tabaco: NNK, NNN, NNAL, NAT, NAB, iso-NNAL e iso-NNAC. As que existem em maior quantidade são a NNN (220 nanogramas (ng)), a NAT (160 ng) e a NNK (100 ng). As mais carcinogêneas são a NNN, NNK e a NNAL.

A exposição diária às nitrosaminas específica do tabaco é estimada em quantidades até 20 µg (microgramas) nos fumadores de cigarros (Remião, 2005).

3.1.8. Benzeno

O benzeno é um hidrocarboneto aromático, sendo considerado um líquido inflamável e incolor, de aroma doce e agradável.

É utilizado como dissolvente na produção de produtos químicos, plásticos, gasolina e borracha sintética (ACL, 2001). As suas concentrações atmosféricas médias são:

- Locais pouco poluídos - 0,51 µg/m³
- Áreas rurais - 1,50 µg/m³
- Zonas urbanas - 5,76 µg/m³.

Estes valores dependem substancialmente da densidade de tráfego automóvel e das condições meteorológicas, nomeadamente a ausência de vento. As concentrações de benzeno podem, também, dever-se ao fumo do tabaco. Em espaços fechados, os seus níveis podem variar entre 26-36 e 1800 µg/m³ para um consumo médio de trinta cigarros por dia.

Estima-se que, por exemplo no Canada, um não fumador esteja sujeito a uma dose diária de benzeno na ordem dos 230 µg, enquanto o fumador terá de adicionar mais 1800 µg/dia.

Os efeitos agudos do benzeno incluem a acção anestésica, podendo conduzir a uma depressão do sistema nervoso central e à perda de consciência. A exposição crónica pode resultar na depressão da medula óssea e, provavelmente, em respostas

carcinogéneas, efeitos imunológicos, fetotóxicas e aberrações cromossomáticas (CRSPLVT, 2002).

3.2. Doenças associadas ao tabagismo

Tal como já se mencionou anteriormente, o tabagismo constitui a principal causa de morbimortalidade evitável nos países industrializados (Edwards, 2004; WHO, 1996). Nestes países, estima-se que aproximadamente 25% das mortes sejam atribuíveis a uma causa directamente relacionada com o tabagismo (WHO, 1996), destacando-se a doença pulmonar obstrutiva crónica (80%), a úlcera péptica (46%), os cancro (30%) e as doenças cardiovasculares (30%) (Fiore et al., 1990).

No que diz respeito a realidade portuguesa, as cinco principais causas de morte no ano de 2006 (por 100 000 habitantes) são as doenças cerebrovasculares (14 495), os sintomas, sinais e achados anormais não classificados em outra parte (12 702), os tumores malignos do aparelho digestivo e peritónio (8 450), as doenças isquémicas do coração (7 727), e as doenças do aparelho respiratório, nomeadamente a pneumonia (5 045). É de notar a elevada mortalidade provocada pelas doenças e neoplasias do aparelho digestivo, provavelmente associadas ao empobrecimento dos hábitos alimentares, mas também ao abundante consumo dos produtos de tabaco. Outras doenças fortemente associadas ao consumo de tabaco, como os tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão (3 215), surgem como décima segunda causa de morte, enquanto a bronquite crónica e enfisema (491), aparece na vigésima quarta posição (QUADRO 2).

QUADRO 2: Risco de morrer em Portugal, por 100 000 habitantes, no ano de 2006 (DGS, 2009)

Diagnóstico	Óbitos			Rank
	HM	H	M	
Tumores malignos	22213	13364	8849	
Aparelho digestivo e peritoneu	8450	5152	3298	3°
Estomago	2273	1391	882	14°
Colon	3307	1937	1380	11°
Aparelho respiratório	3657	2989	668	10°
Traqueia, brônquios e pulmão	3215	2599	616	12°
Ossos, Tecido conjuntivo, pele e mama	1892	260	1632	15°
Mama feminina	-	-	1450	19°
Órgãos genitourinários	3736	2430	1306	8°
Colo do útero	-	-	185	25°
Próstata	-	1642	-	18°
Outras localizações	1847	928	919	16°
Tecido linfático e órgãos hematopoiéticos	1705	915	790	17°
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2537	1525	1012	13°
Diabetes mellitus	3732	1652	2080	9°
Doenças do aparelho circulatório	32993	14856	18137	
Doenças isquémicas do coração	7727	4196	3531	4°
Doenças cérebro vasculares	14495	6270	8225	1°
Doenças do aparelho respiratório	11512	6378	5134	
Pneumonia	5045	2755	2290	5°
Bronquite crónica, bronquite não especificada, enfisema e asma	491	295	196	24°
Doenças do aparelho digestivo	4309	2586	1723	7°
Doença crónica do fígado e cirrose	1362	1029	333	20°
Sintomas, sinais e achados anormais não classificados em outra parte	12702	6428	6274	2°
Causas externas de mortalidade	4606	3302	1304	6°
Acidentes de transporte	1149	896	253	21°
Acidentes de trânsito com veículos a motor	1091	852	239	22°
Lesões auto provocadas intencionalmente	873	678	195	23°
Todas as causas	102362	53742	48620	

3.2.1. Doenças do aparelho circulatório

Em Portugal, à semelhança do que ocorre em outros países industrializados, as doenças do aparelho circulatório, nomeadamente as cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca, constituem as principais causas de morbilidade, invalidez e mortalidade.

3.2.1.1. Doença das artérias coronárias (DAC)

A DAC deriva do decréscimo ou interrupção do fluxo de sangue conduzido pelas artérias coronárias ao músculo cardíaco. As formas mais habituais de obstrução devem-se ao depósito de gordura (aterosclerose) ou à formação de coágulos de sangue (trombose) no interior das artérias. Quando este fluxo de sangue é parcialmente interrompido, pode ocorrer dor no peito (angina) ou, se ocorrer obstrução total, enfarte do miocárdio.

Um minuto após inalar o fumo do tabaco, o ritmo cardíaco acelera (ate 30%), ocorre uma vasoconstrição do sistema circulatório e aumenta a agregação e a adesividade plaquetaria. Simultaneamente, o monóxido de carbono, libertado durante a combustão do tabaco, combina-se com a hemoglobina, formando uma mistura pobre em oxigénio. Estas reacções, obrigam o coração a trabalhar mais para fornecer oxigénio ao organismo (ASH, 2004).

Sabe-se que o risco relativo de um fumador morrer por enfarte do miocárdio, morte súbita ou sofrer novos enfartes é duas a quatro vezes superior ao de uma pessoa que nunca tenha fumado. Cerca de 80% dos enfartes do miocárdio, em homens até aos 45 anos de idade é devido ao tabagismo e, neste grupo etário, os fumadores pesados tem 10-15 vezes maior risco de morrer na sequência de um enfarte. Existe, assim, uma relação dose-resposta, mediada quer pelo número de cigarros fumados por dia, quer pela profundidade da inalação, idade de início do hábito e os anos de tabagismo.

3.2.1.2. Acidentes vasculares cerebrais (AVC)

Os AVC's incluem a trombose e a hemorragia cerebral. A trombose cerebral deve-se ao entupimento de um vaso intra ou extracerebral, provocada por um trombo, embolia ou aterosclerose. A hemorragia cerebral inclui a ruptura de um vaso subaracnoídeo ou do tecido parenquimatoso. Cerca de 11% das mortes provocadas por esta doença ocorrem em fumadores.

Um fumador pesado (≥ 20 cigarros por dia) tem 1,5 vezes maior risco de sofrer AVC que um não fumador. Esse risco aumenta até aos 55 anos e, a partir desta idade, começa a baixar. Para as pessoas que param de fumar, os primeiros cinco e quinze anos, são marcados pelo declínio do risco de AVC, apesar de se manter maior risco para as formas silenciosas de enfarte cerebral.

3.2.1.3. Doença arterial periférica (DAP)

A DAP caracteriza-se por um bloqueio dos vasos das pernas e pés que prejudica a circulação sanguínea, sendo que em casos graves, pode provocar gangrena na perna. Os factores mais importantes para o aparecimento da DAP são o tabagismo e a diabetes mellitus. Os fumadores têm dezasseis vezes maior risco de desenvolver DAP.

3.2.1.4. Doença de Buerger (DB)

A DB é uma forma rara de DAP que afecta as pequenas e médias artérias, as veias e os nervos dos braços e pernas, aparecendo em fumadores ainda jovens (40 a 45 anos de idade). A associação entre o consumo pesado de tabaco e a DB é muito forte, sendo a cessação tabágica o único tratamento capaz de prevenir a progressão da doença e o recurso a amputação.

3.2.1.5. Aneurisma aórtico

O aneurisma consiste numa dilatação anormal, localizada, de uma parte enfraquecida da parede da artéria que pode romper-se ou formar coágulos sanguíneos. Os fumadores têm duas a oito vezes maior risco de morrer devido ao rompimento de um aneurisma da aorta abdominal.

3.2.2. Doenças do aparelho respiratório

O pulmão é um órgão de tecido esponjoso e elástico, cuja principal função é a respiração (externa e interna), mas também a defesa contra os agressores ambientais e a secreção de agentes humorais. Com o objectivo de captar o oxigénio (O_2) do ar

ambiente e de eliminar o anidrido de carbono (CO₂) produzido nos tecidos, o pulmão providencia uma extensa área de contacto entre o ar, contido nos alvéolos, com o sangue venoso proveniente do coração, em direcção aos vasos capilares pulmonares.

Assim, a respiração externa tem como objectivo arterializar o sangue, isto é, saturá-lo de oxigénio (oxi-hemoglobina) e expurga-lo do CO₂ em excesso, decorrente do metabolismo. À medida que decorre a respiração externa, o sangue arterializa-se e ocorrem trocas gasosas entre a célula e os líquidos que a rodeiam, ou seja, a respiração interna (Couto & Ferreira, 2004). As doenças mais importantes do sistema respiratório são aquelas em que o sangue é incapaz de se oxigenar, provocando hipoxia que se pode manifestar através de cianose. A cianose resulta da hipoxia e manifesta-se pela alteração do tom da pele, das mucosas e das unhas, as quais adquirem uma coloração azulada, em consequência da presença aumentada de hemoglobina desoxigenada nos capilares (Jacob, Francone & Lossow, 1990).

Entre os quadros crónico degenerativos do aparelho respiratório mais fortemente promovidos pelo hábito de fumar, encontram-se as neoplasias do pulmão e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) que inclui o enfisema e a bronquite crónica.

O tabagismo aumenta também o risco de infecções respiratórias como a influenza, a bronquite ou a pneumonia (ASH, 2004; Brodish & Ross, 1998; Godtfredsen et al., 2002)

3.2.2.1. Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)

A DPOC (bronquite crónica e enfisema) é uma doença progressiva, caracterizada pela destruição definitiva das paredes alveolares, perda da elasticidade dos pulmões e, conseqüentemente, declínio do volume expiratório máximo por segundo.

Um dos aspectos fisiopatológicos mais importantes no desenvolvimento desta condição é a lesão da rede de fibra elástica da parede alveolar, pela enzima elastase. Normalmente, os pulmões estão protegidos contra tais lesões pela antielastase

circulante. Nos fumadores, contudo, ocorre um desequilíbrio entre a actividade da elastase e da antielastase.

A nível mundial tem-se assistido ao aumento dos sintomas respiratórios (dificuldade em respirar, tosse, produção de saliva, pieira e infecções respiratórias) em fumadores de todas as idades. Estima-se que 80% das mortes por DPOC estejam relacionadas com o hábito de fumar, tendo os fumadores um risco dez vezes superior ao dos não fumadores.

Com a abstinência tabágica, a taxa de declínio da função pulmonar estabiliza, especialmente quando a cessação ocorre numa idade jovem. Em fumadores que param mais tarde, esta melhoria não é possível, embora o ritmo da deterioração do pulmão se aproxime daquele que é apresentado pelos não fumadores.

3.2.3. Tumores malignos

A neoplasia consiste na multiplicação de um tecido novo que ocorre de forma independente, ou seja, sem obedecer aos mecanismos biológicos que normalmente governam o crescimento e o metabolismo celular.

Enquanto alguns tumores crescem a um ritmo normal, apesar de não serem reconhecidos como tecidos normais (tumores benignos), outros envolvem mutações no ácido desoxirribonucleico (ADN) da célula, crescendo mais rapidamente que os tecidos dos quais derivam (tumores malignos). Estas mutações malignas da estrutura dos cromossomas são hereditárias, transmitindo-se às gerações celulares seguintes.

As neoplasias podem classificar-se de acordo com o tecido do qual derivam, dividindo-se em duas classes:

- Sarcomas - desenvolvidos a partir de tecidos de suporte (músculos, osso e gordura);

- Carcinomas - derivados do tecido epitelial (pele, revestimento da boca, estomago, intestino ou bexiga).

O termo “leucemia” é utilizado para as neoplasias cujas células malignas circulam essencialmente na corrente sanguínea (AAE, 1991; Brannon & Feist, 1997).

A associação entre o tabagismo e o cancro está bem estabelecida, não apenas na sequência dos trabalhos produzidos por Doll, Hill e seus colaboradores (Doll & Hill, 1956; Doll & Hill, 1964; Doll & Hill, 1976; Doll & Peto, 1978; Doll et al., 1994; Doll et al., 2004; Peto et al., 2000), mas também como resultado dos vários estudos e relatórios desde então produzidos (ASH, 2004; Benowitz, 1998; Brodish & Ross, 1998; Hays et al., 1998; IARC, 2002; Sherman, 1991, TRCPL, 1962; USDHEW, 1964; USDHHS, 1990).

Em termos epidemiológicos, os tumores malignos estão entre as principais causas de morte em Portugal, registando-se um aumento progressivo na incidência da neoplasia do aparelho respiratório, colon, traqueia, brônquios, pulmão, ossos, tecido conjuntivo, pele e mama (DGS, 2009).

Os tipos mais habituais de cancro provocados pelo hábito de fumar são o do pulmão, laringe, faringe, esófago, bexiga, rim e pâncreas.

Um estudo da International Agency for Research on Cancer (IARC, 2002) incluiu nesta lista, o cancro das cavidades nasais, do estômago, do fígado, da cervical e a leucemia.

De salientar que os doentes já afectados por um cancro provocado pelo tabagismo, estão sujeitos a um maior risco de desenvolver um segundo tumor maligno.

3.2.3.1. Cancro do pulmão (CP)

Fumar produz alterações malignas na estrutura celular, as quais ocorrem durante um período de latência de vinte a trinta anos.

Antes da produção em serie de cigarros, o cancro do pulmão era raro. Entre 1920 e 1930, assistiu-se ao aumento do consumo do tabaco, sendo que cerca de vinte anos mais tarde, verificou-se uma subida dramática das mortes por cancro do pulmão. Assim, o tabagismo passou a constituir o factor de risco mais importante para os principais tipos histológicos desta neoplastia, sendo responsável por 80-90% dos casos.

Nos homens fumadores, o risco de contrair CP é cinco a vinte vezes maior que nos não fumadores e, nas mulheres, embora seja mais baixo que nos homens (menos de metade do risco), é mais elevado que nos não fumadores.

Os estudos longitudinais com médicos britânicos (Doll et al., 2004; Peto et al., 2000), nos quais se examinaram os efeitos da exposição e da cessação prolongada do consumo de tabaco, concluíram que deixar de fumar numa idade entre os 35 e 69 anos pode evitar o risco de CP. Esta diminuição do risco, porém, ocorre progressivamente e, após 15 anos de abstinência, a probabilidade de morrer por CP reduz entre 80 e 90%.

Tem-se verificado algumas alterações no tipo de tumor encontrado nos pulmões de fumadores. Alguns estudos revelam que a habitual incidência de carcinomas das vias respiratórias superiores, tem sido substituída por adenocarcinomas, localizados em áreas mais profundas do pulmão, afectando fumadores mais jovens e de ambos os sexos. Uma das possíveis explicações tem a ver com a alteração do padrão de inalação do cigarro que passou a ser mais profunda e frequente, expondo mais as áreas periféricas do pulmão (Charloux et al., 1997).

3.2.3.2. Cancro da boca e da garganta

Os fumadores de cigarro, cachimbo ou charuto tem um risco idêntico de contrair cancro da laringe, da cavidade bocal (lábio, língua, boca e garganta) ou do esófago. Estes tecidos reagem à exposição ao tabaco, engrossando e sofrendo mutações celulares, potencialmente malignas.

Outras afecções que podem ocorrer é a danificação das gengivas e tecidos da laringe, com perturbação da voz, bem como perda de dentes ou irritação dos olhos. Mais de 90% dos doentes com cancro da boca consomem cigarros ou tabaco de mascar. Existe uma forte relação dose resposta, com os fumadores mais pesados a apresentarem 20-30 vezes maior risco de morrer por cancro da laringe. Comparativamente aos fumadores, nos casos de abuso simultâneo de tabaco (≥ 40 cigarros por dia) e álcool (≥ 4 bebidas por dia), ocorre um aumento em 35 vezes do risco de sofrer cancro da boca e da faringe. Para os ex-fumadores, os efeitos nefastos podem reverter-se, particularmente quando não existe lesão prévia dos tecidos.

3.2.3.3. Cancro da bexiga e rins

O tabagismo constitui um dos principais factores de risco para o cancro da bexiga, uretra e pélvis renal, quer nos homens, quer nas mulheres, estimando-se um aumento do risco do cancro da bexiga, entre duas a cinco vezes. Aproximadamente, 30-40% destes cancros ocorrem em fumadores, com 24% de incidência nos homens e 9% nas mulheres. Apesar de se observar uma relação dose-resposta, também se nota uma diminuição do risco nos primeiros anos após a cessação, com manutenção durante varias décadas de uma maior probabilidade em desenvolver estes tipos de cancros.

3.2.3.4. Cancro do esófago

Fumar provoca a diminuição da pressão sobre os esfíncteres, permitindo o refluxo do ácido proveniente do estomago, em direcção ao esófago. Actualmente, 78% dos cancros do esófago, no homem, e 75%, na mulher, são atribuídos ao tabagismo. Vários anos após a cessação, o risco deste cancro mantem-se elevado.

3.2.3.5. Cancro do pâncreas e estomago

O cancro do pâncreas é uma doença rápida e fatal, com uma taxa de sobrevivência aos cinco anos de apenas 4%. O tabagismo constitui um preditor consistente,

estando associado à duplicação do risco e a cerca de 30% das mortes por cancro do pâncreas. Embora exista um efeito dose resposta, o risco da doença diminui ao longo dos primeiros dez anos de abstinência, até atingir o do não fumador.

Relativamente ao cancro do estômago, existe também um acréscimo do risco nos fumadores e uma diminuição do mesmo, a medida que aumenta o período de abstinência.

3.2.3.6. *Cancro cervical (CC)*

As mulheres fumadoras apresentam até quatro vezes maior risco de sofrer cancro cervical, notando-se uma associação dose resposta especialmente significativa com o número de anos de tabagismo.

3.2.4. *Saúde reprodutiva e sexual*

O tabagismo pode afectar a sexualidade masculina e feminina, a fertilidade, a saúde do feto e, posteriormente, da criança. A infertilidade ocorre com mais frequência em fumadores, as mulheres expostas ao fumo do tabaco, activa ou passivamente, tem 10% a 40% menor probabilidade de engravidar, especialmente quando apresentam um padrão de consumo mais pesado. No homem fumador, a qualidade do sémen é afectada, apresentando contagens de espermatozóides mais baixas e com maior proporção de malformações. A motilidade destes espermatozóides encontra-se também reduzida (ASH, 2004).

Durante a gravidez e parto, existe um risco três vezes superior de aborto, mas também um acréscimo em 25-50% do risco de morte à nascença por privação de oxigénio e danos na placenta (ASH, 2004). Parar de fumar antes da gravidez reduz os riscos para a saúde do feto, do bebé e da mãe, embora tal benefício não se verifique com a redução do número de cigarros fumados por dia. Estima-se que a eliminação da nicotina durante a gravidez poderia prevenir 5% das mortes perinatais, 20% da diminuição de peso à nascença e 8% dos nascimentos prematuros. O tabagismo contribui para a diminuição da qualidade do leite materno, quer porque apresenta menos gordura e prolactina, quer porque, em média, a mãe dispõe de menos 250 ml de leite por dia (ASH, 2004).

Os bebés de mães fumadoras têm quatro vezes maior risco de nascer com peso baixo (menos 200 gr), bem como com dificuldades no funcionamento pulmonar, perturbações do desenvolvimento físico, emocional ou intelectual e risco de morte súbita (USDHHS, 1989).

No que se refere à resposta sexual, vários estudos confirmam a relação entre o tabagismo e a disfunção erétil do pénis (Dorey, 2001; Tengs & Osgood, 2001). Cerca de 40% dos homens com esta disfunção são fumadores, comparativamente a 28% dos homens não fumadores (Tengs & Osgood, 2001). Existe, assim, um aumento do risco de impotência, em aproximadamente 50%, a partir dos trinta ou quarenta anos de idade. Nas mulheres fumadoras, a menopausa tende a ocorrer dois anos mais cedo, especialmente quando consomem mais de dez cigarros por dia. Nestes casos, o risco é duas vezes superior ao das mulheres não fumadoras (ASH, 2004).

3.2.5. Outras condições de saúde

Os fumadores apresentam um maior de risco de sofrer outras condições, nomeadamente a úlcera péptica que é uma lesão localizada no esófago ou duodeno com destruição da mucosa da parede destes órgãos, atingindo os vasos sanguíneos subjacentes. Além da dor caracteriza-se pelas hemorragias contínuas para dentro do tracto gastrointestinal.

Este quadro clínico, nos fumadores, para além de ser mais frequente, o seu tratamento também é mais moroso, havendo uma maior possibilidade de recaídas. Uma das hipóteses é que a nicotina exerça uma acção relaxante no esfíncter pilórico, permitindo o refluxo do ácido gástrico para o duodeno. Outra possibilidade é que a nicotina reduza a secreção do bicarbonato pancreático, resultando numa neutralização menos eficaz do ácido gástrico no duodeno (Lane & Lee, 1988; Sherman, 1991).

Existem outras perturbações cuja associação entre o tabagismo e a doença está menos bem estabelecida, apesar de vários estudos apontarem nessa direcção, como por exemplo a osteoporose, o cancro do peito, o cancro colo rectal e a catarata.

PARTE II. METODOLOGIA

Capítulo 4. Planeamento da Metodologia de Trabalho

Neste capítulo é apresentada de forma pormenorizada a metodologia que sustentou o trabalho de investigação e que compreende a descrição do estudo, os elementos de análise, os instrumentos de investigação e operacionalização dos mesmos assim como os processos e metodologias empregues no tratamento dos dados obtidos.

A exposição ao fumo do tabaco é prejudicial quer para a saúde dos fumadores quer para a saúde dos não fumadores, podendo causar problemas graves tais como doenças cardiovasculares e respiratórias e ter efeitos adversos sobre a reprodução.

A legislação actual promove a criação de espaços sem fumo ou mesmo a proibição do consumo de tabaco em locais públicos fechados. Contudo, continua-se a observar a existência de estabelecimentos onde os colaboradores estão expostos passivamente ao fumo do tabaco.

4.1. Descrição do estudo

O estudo foi realizado na Ilha Terceira - Açores e abrangeu uma amostra composta por empresas com sede nesta ilha, seleccionadas de forma aleatória de acordo com o sector de actividade.

Com o intuito de recolher dados relativamente ao consumo de tabaco em ambiente profissional, foi aplicado:

- Um questionário composto por um conjunto de perguntas simples e fechadas (ANEXO 1) o qual foi preenchido pelos colaboradores das empresas durante o horário de expediente;
- Uma entrevista estruturada (ANEXO 2) a qual abrangeu os empregadores das empresas durante o horário de expediente;

- Uma análise, através de um aparelho de sopro próprio para o efeito, ao ar expelido pelos indivíduos com o intuito de verificar os níveis de monóxido de carbono existente nos pulmões, a qual abrangeu colaboradores durante o horário de expediente;

O monitoramento periódico do tabagismo na população é de interesse para a saúde pública. A amostra foi constituída por 180 colaboradores e 85 empregadores, de diversas empresas. A recolha de dados foi realizada no mês de Setembro e Outubro.

4.2. Elaboração de materiais de suporte à avaliação

A elaboração dos materiais de suporte à avaliação, nomeadamente o questionário e a entrevista, teve em conta o seguinte esquema (FIGURA 10):

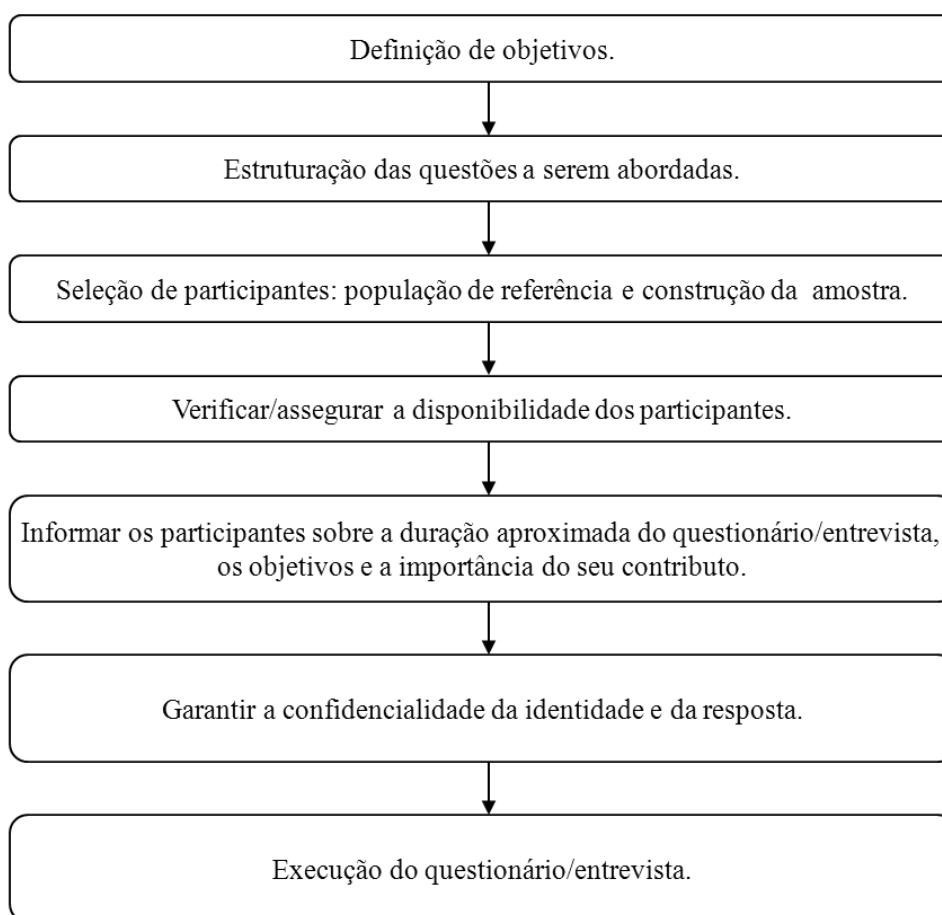


FIGURA 10: Planeamento da metodologia de investigação

De referir que o questionário e entrevista foram estruturados tendo em conta os objectivos do estudo em questão.

Para que um estudo estatístico gere resultados fiáveis, é necessário seguir algumas etapas, nomeadamente a identificação do problema, o planeamento do estudo, a recolha de dados, a apresentação dos dados e a sua análise e interpretação

4.2.1. Construção do questionário para colaboradores

A opção por este instrumento de obtenção de dados deveu-se ao facto de permitir num curto espaço de tempo inquirir um conjunto elevado de sujeitos e a respectiva opinião sobre determinado assunto.

Neste domínio, foram ainda tidos em conta o âmbito e os objectivos da investigação, a população a que se destina (colaboradores), o contexto da sua realização (local de trabalho) e as características e dimensões a avaliar (abordagem ao consumo de tabaco em ambiente laboral e respectiva implicação na produtividade e absentismo laboral).

Estruturalmente, o questionário é constituído por um conjunto de 29 itens, adequadamente organizados em 6 vertentes, nomeadamente:

- Caracterização dos sujeitos;
- Percepção dos colaboradores sobre a legislação vigente em matéria de exposição involuntária ao fumo do tabaco;
- Caracterização da regularidade do consumo de tabaco;
- Percepção da relação entre o consumo de tabaco e a produtividade;
- Percepção da relação entre consumo de tabaco e o absentismo laboral;
- Percepção da influência do consumo de tabaco na saúde pública.

Pretendeu-se ainda que as perguntas do questionário fossem compreensíveis e relevantes em função das suas práticas e experiências profissionais, evitando-se tanto quanto possível a existência de ambiguidades que pudessem ser passíveis de interpretações dúbias ou erradas (Bisquerra, 1995).

4.2.1.1. Caracterização dos sujeitos

De forma a caracterizar a dimensão sociológica através da caracterização da realidade social foi pedido aos sujeitos, na parte inicial, do questionário que indicassem:

- **Questão 1.** Sexo?
- **Questão 2.** Idade?
- **Questão 3.** Freguesia onde reside?
- **Questão 4.** Freguesia onde trabalha?
- **Questão 5.** Quanto tempo demora, em média, a deslocação entre a sua habitação e o seu local de trabalho?
- **Questão 6.** Qual a sua escolaridade?
- **Questão 7.** Quantas horas trabalha por dia, em média?
- **Questão 8.** Quantas horas trabalha por semana, em média?

A análise destas questões em conjunto com as restantes do questionário, permitirá identificar, dentro do contexto desta investigação, o género e as idades em que se registam um maior número de fumadores (*Questão 1* e *Questão 2*, respectivamente); a relação entre o tempo perdido entre deslocações casa-trabalho e trabalho-casa e respectiva influência no desgaste pessoal do indivíduo (*Questão 3* e *Questão 4*, respectivamente); a ligação entre o grau de escolaridade e a percepção de alguns conceitos-chave, relacionados com a temática geral (*Questão 6*); a influência do número de horas de trabalho no bem-estar físico, psíquico e social do indivíduo e respectivas alterações no consumo de tabaco (*Questão 7* e *Questão 8*, respectivamente).

4.2.1.2. Percepção dos colaboradores sobre a legislação vigente

Com o intuito de determinar o conhecimento que os colaboradores têm da legislação em vigor em matéria de prevenção de tabagismo (Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto), formulou-se as seguintes questões:

- **Questão 9.** Tem conhecimento do conteúdo da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco)?
- **Questão 10.** Concorda com as suas disposições, nomeadamente no sentido de proteger os cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco?
- **Questão 11.** Na sua opinião, os avisos nos maços de tabaco esclarecem, principalmente os consumidores, sobre os seus malefícios?

Com as questões presentes neste ponto, pretende-se identificar as noções que os inquiridos têm relativamente à Lei do Tabaco e suas disposições, assim como a compreensão dos mesmos no que concerne às dimensões da problemática do consumo de tabaco, pois os locais de trabalho, assim como outros espaços públicos, são os principais locais onde a exposição ao fumo passivo se verifica. O nível de exposição depende da presença de fumadores nesses espaços, mas também do seu comportamento em relação aos não fumadores.

4.2.1.3. Caracterização da regularidade do consumo de tabaco

Nos últimos vinte anos tem sido dada uma atenção especial a determinados comportamentos, como por exemplo o consumo de tabaco, consumo excessivo de álcool, inactividade física, entre outros, uma vez que estes são considerados causas de morbidade e mortalidade. Tais comportamentos de risco foram relacionados com o aumento da probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares e uma variedade de cancros, estabelecendo-se que a sua combinação aumenta, substancialmente, o risco de desenvolver doenças crónicas. O *stress* psicossocial também foi identificado como sendo importante no desenvolvimento das doenças crónicas, especialmente nas doenças cardiovasculares.

O fenómeno das condutas aditivas envolve uma complexidade de realidades que se estendem desde o domínio da saúde pública até aos aspectos pessoais e socioeconómicos (Ferreira-Borges e Filho, 2004). Este pressuposto esteve na base das seguintes questões:

- **Questão 12.** É fumador (a)?
- **Questão 13.** Quantos cigarros fuma por dia, aproximadamente?
- **Questão 14.** Na sua opinião acha que fuma mais: “durante o horário de trabalho” ou “fora do horário de trabalho”?
- **Questão 15.** Na sua opinião, após a entrada em vigor da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco) a 1 de Janeiro de 2008, que proíbe o consumo de tabaco em locais públicos, locais de trabalho e outros, acha que: aumentou o seu consumo diário de tabaco”, “diminuiu o seu consumo diário de tabaco” ou “o seu consumo diário de tabaco manteve-se igual”?

Com este ponto pretende-se determinar a proporção de fumadores, tendo em conta a nossa amostra, assim como os seus níveis de consumo de tabaco e a influência do *stress* do local de trabalho nos mesmos.

4.2.1.4. Percepção da relação entre o consumo de tabaco e a produtividade

Com o intuito de compreender se existe uma relação causal entre o stress laboral, conflitos laborais, entre outros e o consumo de tabaco, formulou-se as seguintes questões:

- **Questão 16.** O que o(a) leva a acender um cigarro: “*stress*”, “ansiedade”, “nervosismo”, “falta de concentração”, “tomar café”, “fazer companhia ao colega”, “não sei” ou “outro”?
- **Questão 17.** Durante o seu horário de trabalho, quantas pausas faz para ir fumar?
- **Questão 18.** Qual a duração das pausas, em média?

Com as questões acima mencionadas pretende-se determinar o que leva um fumador a acender o cigarro, a frequência das pausas para fumar e inferir relativamente à sua produtividade, pois de uma forma geral os trabalhadores fumadores vêem a sua produtividade afectada ao ter que fazer diversas pausas para satisfazer a sua tabaco-dependência.

4.2.1.5. Percepção da relação entre o consumo de tabaco e absentismo laboral

O absentismo associado ao consumo de substâncias psicoactivas, tal como a nicotina, afecta o desempenho profissional assim como a competitividade e a produtividade.

- **Questão 19.** Acha que fumar faz mal para a saúde?
- **Questão 20.** Acha que o cigarro já lhe causou algum problema de saúde?
- **Questão 21.** Qual o problema de saúde a que se refere: “tensão alta”, “tosse”, “doenças do sistema cardiovascular”, “cancro” ou “outro”?
- **Questão 22.** Teve que se ausentar do seu local de trabalho por este motivo?
- **Questão 23.** Durante quantos dias aproximadamente?

Este conjunto de questões foram formuladas com o objectivo de compreender a sensibilidade dos colaboradores para a relação consumo de tabaco e absentismo laboral.

4.2.1.6. Percepção da influência do consumo de tabaco na saúde pública

Para além das implicações económicas, culturais e sociais, o consumo de tabaco tem graves implicações na saúde de quem fuma, assim como de quem é exposto involuntariamente ao fumo do tabaco.

Os indivíduos passam cerca de um terço da vida adulta no local de trabalho. O facto de permanecer no local de trabalho sob a influência de substâncias psicoactivas

poderá ter efeitos prejudiciais sobre a capacidade de trabalho, assim como na segurança e saúde do próprio e de terceiros.

Assim sendo, é necessário a definição de políticas gerais de promoção de saúde e segurança por parte das organizações, com enfoque nos estilos de vida saudáveis e na responsabilidade individual e colectiva referente à manutenção da saúde. Com o intuito de compreender as medidas impostas pelos empregadores no sentido de proteger os seus colaboradores da exposição involuntária do fumo do tabaco, formulou-se as seguintes questões:

- **Questão 24.** Na empresa onde trabalha, existe sinalização referente à interdição ou condicionamento de fumar, de acordo com o nº 1 do artigo nº 6 da Lei do Tabaco?
- **Questão 25.** Na empresa onde trabalha, existe um local destinado ao consumo de tabaco?
- **Questão 26.** Este local encontra-se sinalizado para o efeito, de acordo com o nº 2 do artigo nº 6 da Lei do Tabaco?
- **Questão 27.** Com que frequência inala o fumo proveniente de outros fumadores (fumador passivo) no seu local de trabalho?
- **Questão 28.** Após a entrada da Lei do Tabaco, foram implementadas medidas no sentido da prevenção do tabagismo, na empresa onde trabalha?
- **Questão 29.** Que tipo de medidas?

4.2.2. Construção da entrevista estruturada para empregadores

A entrevista é uma conversa intencional, geralmente entre duas pessoas, dirigida por uma das pessoas com o intuito de obter informações sobre a outra pessoa ou sobre determinado assunto. Essa metodologia de investigação possibilita diversidade relativamente às respostas, maior eficácia de resposta e interacção directa entre o entrevistado e o entrevistador.

No sentido de compreendermos a posição dos empregadores perante a problemática do consumo de tabaco, optou-se pela utilização da entrevista estruturada, ou seja, uma entrevista composta por questões fechadas planeadas com antecedência, facilitando assim a análise dos dados.

Estruturalmente, a entrevista é constituída por um conjunto de 24 itens, adequadamente organizados em 6 vertentes, nomeadamente:

- Caracterização dos sujeitos e empresa;
- Percepção dos empregadores sobre a legislação vigente em matéria de exposição involuntária ao fumo do tabaco;
- Caracterização do consumo de tabaco nos empregadores;
- Percepção da relação entre o consumo de tabaco e a produtividade;
- Percepção da relação entre consumo de tabaco e o absentismo laboral;
- Percepção da influência do consumo de tabaco na saúde pública.

4.2.2.1. Caracterização geral dos sujeitos e da empresa

Com estas questões pretende-se obter uma caracterização geral do empregador e da empresa onde trabalha, sendo importante compreender a existência de políticas de promoção da segurança e saúde no trabalho.

- **Questão 1.** Sexo?
- **Questão 2.** Idade?
- **Questão 3.** Qual a sua escolaridade?
- **Questão 4.** Há quanto tempo trabalha nesta empresa?
- **Questão 5.** Qual o cargo que ocupa?
- **Questão 6.** Há quanto tempo ocupa este cargo?
- **Questão 7.** Quantos funcionários têm a empresa?
- **Questão 8.** A sua empresa tem aos seus serviços um Gabinete de Higiene e Segurança ou um Técnico responsável por esta área?

4.2.2.2. Percepção dos empregadores sobre a legislação vigente em matéria da exposição involuntária ao fumo do tabaco

De acordo com a Lei nº 102/2009 de 10 de Setembro, os empregadores devem organizar os serviços de segurança e saúde do trabalhador, pois segundo o citado diploma qualquer trabalhador tem direito à prestação de trabalho em condições de segurança, higiene e saúde. Assim é importante determinar a sensibilidade dos empregadores terceirenses para esta matéria, dado que o consumo de tabaco e a exposição involuntária ao fumo do tabaco são uma realidade bastante presente na nossa sociedade.

- **Questão 9.** De que se trata a Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco)?
- **Questão 10.** Enquanto empregador, quando a Lei do Tabaco entrou em vigor, implementou na sua empresa, medidas no sentido da prevenção do tabagismo? Que tipo de medidas?
- **Questão 11.** São aplicadas sanções no caso do incumprimento das medidas? Que tipo de sanções?
- **Questão 12.** Qual é o seu parecer relativamente à adaptação e aceitabilidade dos colaboradores às novas medidas implementadas?

4.2.2.3. Percepção do consumo de tabaco nos colaboradores

É importante compreender a noção que os empregadores têm relativamente ao número de fumadores na empresa, pois é necessário criar uma consciência colectiva, no sentido de que todos os intervenientes afectos ao local de trabalho tenham consciência dos efeitos nocivos do fumo do tabaco no ambiente (FTA).

- **Questão 13.** Tem noção de quantos fumadores existem na sua empresa, aproximadamente?

4.2.2.4. Percepção da relação entre o consumo de tabaco e a produtividade

As leis laborais estão cada vez mais rígidas no que concerne por exemplo ao número de pausas efectuadas pelos colaboradores. As questões colocadas neste ponto, pretendem inferir sobre a percepção que os empregadores têm face ao consumo de tabaco dos colaboradores e à sua relação directa com a produtividade. Os fumadores devem ter em conta esta dependência, pois esta pode ser motivo de desemprego, se o empregador se aperceber dessa tabaco-dependência, aquando do processo de selecção e admissão, embora essa razão não possa ser invocada.

58

- **Questão 14.** Quantas pausas durante o horário laboral, os seus trabalhadores podem fazer? Com que duração?
- **Questão 15.** No seu entender, quem sente a maior necessidade de fazer pausas, os fumadores ou os não fumadores?
- **Questão 16.** Acha que o facto de ser fumador, influencia a produtividade dos colaboradores?

4.2.2.5. Percepção da relação entre o consumo de tabaco e o absentismo laboral

Os números demonstram que os fumadores tendem a estar de baixa médica prolongada e de curta duração mais frequentemente do que os não fumadores e ex-fumadores. Interessa-nos inferir sobre esta realidade na Ilha Terceira, assim foram colocadas as seguintes questões:

- **Questão 17.** Qual é a taxa de absentismo da sua empresa?
- **Questão 18.** De uma forma geral, o maior absentismo laboral é registado por fumadores ou não fumadores?
- **Questão 19.** Normalmente qual é a duração das baixas?
- **Questão 20.** Acha que o absentismo laboral registado pode estar directamente relacionado com o consumo de tabaco?

- **Questão 21.** Normalmente quais os motivos associados ao absentismo laboral?

4.2.2.6. Percepção da influência do consumo de tabaco na saúde pública

A criação de ambientes de trabalho livres de fumo, deve ser uma preocupação constante dos empregadores, pois o tabagismo é dispendioso e acarreta más consequências para empregadores, para colaboradores e para a economia a nível geral. De salientar que gerir instalações em que é permitido fumar comporta diversos riscos, sendo normalmente associado o perigo de incêndio.

- **Questão 22.** Na empresa onde trabalha, existe sinalização referente à interdição ou condicionamento de fumar, de acordo com o nº 1 do artigo nº 6 da Lei do Tabaco?
- **Questão 23.** Na empresa onde trabalha, existe uma área destinada ao consumo de tabaco? Seleccione a opção melhor define esta área.
- **Questão 24.** Este local encontra-se sinalizado para o efeito, de acordo com o nº 2 do artigo nº 6 da Lei do Tabaco?

4.2.3. Aparelho “Smokerlyser”

Com o intuito de efectuar a medição dos níveis de monóxido de carbono nos pulmões dos indivíduos pertencentes à nossa amostra, pediu-se a colaboração do Centro de Oncologia dos Açores, no sentido de ceder o aparelho para a realização das medições.

As medições foram efectuadas com recurso ao “Smokerlyser”, um aparelho de medição com bocais descartáveis que permite medir os níveis de monóxido de carbono nos pulmões, em aproximadamente 45 segundos. Para efectuar a medição basta encher os pulmões de ar e soprar para o bocal do aparelho até os esvaziar.



FIGURA 11: Exemplo de aparelho Smokerlyser

Com estes rastreios pretende-se alertar a nossa amostra para a importância do diagnóstico precoce e da prevenção, assim como para os malefícios do tabaco, evidenciando os efeitos nocivos que o monóxido de carbono produz sobre o organismo, não só dos fumadores mas também dos que com eles contactam (fumadores passivos), incentivando assim as pessoas a não fumar e a adoptar um estilo de vida saudável.

Como intuito de registar os resultados obtidos, foi efectuada a folha de registo (ANEXO 3), onde são indicadas as seguintes características: sexo, idade, fumador ou não fumador.

4.3. Definição das variáveis do estudo

4.3.1. Variáveis independentes

As variáveis independentes utilizadas neste estudo foram:

4.3.1.1. Variáveis de caracterização sociodemográficas

- Género;
- Idade;
- Freguesia onde reside;

- Freguesia onde trabalha;
- Habilitações académicas completas.

4.3.1.2. Variáveis comportamentais auto referidas

- Consumo de tabaco;

4.3.2. Variáveis dependentes

As variáveis dependentes utilizadas neste estudo foram:

- Percepção dos empregadores e colaboradores sobre a legislação vigente em matéria da exposição involuntária ao fumo do tabaco;
- Regularidade do consumo de tabaco;
- Consumo de tabaco e a sua relação com a produtividade e absentismo laboral.

4.4. Definição da população e amostra

Um dos aspectos mais importantes a ter em conta aquando do planeamento de um estudo estatístico, é a definição exacta de quais os indivíduos que interessa estudar. Ao conjunto de indivíduos que apresentam uma ou mais características em comum e sobre os quais recai o estudo dá-se o nome de “população”. Contudo, muitas vezes não é possível efectuar o estudo de toda a população, nestes casos o estudo é feito em apenas uma parcela da população, à qual se chama “amostra”.

4.4.1. População

No âmbito dos objectivos da investigação, a população deste estudo restringe-se à população activa da Ilha Terceira, para o ano de 2012. De acordo com os dados do Observatório do Emprego e Formação Profissional dos Açores sobre a constituição da população activa, para o ano de 2010, existiam 11 789 trabalhadores activos, divididos por diferentes faixas etárias, de acordo com o QUADRO 3.

QUADRO 3: Número de trabalhadores, segundo as actividades, por grupos etários, na Ilha Terceira (dados do Observatório do Emprego e Formação Profissional dos Açores, 2010)

Atividade	< 25	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 e +	TOTAL
A Agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca	42	100	107	82	29	8	368
B Indústrias extraativas	3	5	5	6	3	0	22
C Indústrias transformadoras	123	412	318	246	76	8	1183
D Eletricidade, gás, vapor, água quente e fria, ar frio	5	16	23	66	16	2	128
E Distribuição de água, saneamento, resíduos	19	51	25	12	4	0	111
F Construção	263	603	579	453	169	14	2081
G Comércio, reparação de veículos automóveis	465	1126	824	489	186	41	3131
H Transportes e armazenagem	34	189	113	126	70	2	534
I Alojamento, restauração e similares	149	301	217	178	60	7	912
J Atividades de informação e de comunicação	12	32	38	35	10	0	127
K Atividades financeiras e de seguros	10	75	32	73	29	1	220
L Atividades imobiliárias	4	8	5	4	0	1	22
M Atividades de consultoria, científicas e técnicas	45	139	82	25	14	2	307
N Atividades administrativas e serviços de apoio	52	190	136	94	31	6	509
O Adm. pública, defesa, segurança social obrigatória	4	28	27	6	4	0	69
P Educação	9	51	42	10	7	2	121
Q Atividades de saúde humana e apoio social	94	545	369	261	107	18	1394
R Atividades artísticas, desportivas e recreativas	15	64	30	18	11	0	138
S Outras atividades de serviços	36	176	98	73	28	1	412
U Organismos internacionais e extraterritoriais	0	0	0	0	0	0	-
TOTAL	1384	4111	3070	2257	854	113	11789

4.2.2. Amostra

Contudo, na impossibilidade de se poderem fazer participar todos os sujeitos da população considerada, constitui-se a amostra tendo como base os dados do Observatório do Emprego e Formação Profissional dos Açores sobre a constituição da população activa, para o ano de 2010.

Este subconjunto da população deve ser representativo, para que os resultados obtidos através da observação da amostra, sejam semelhantes aos que se obteriam se tivesse sido estudada toda a população. Quanto maior for a dimensão da amostra, melhores serão os resultados obtidos, mas este não é o único factor que intervém na precisão dos resultados. Assim a amostra foi estratificada por idade e por actividade, para que fosse possível obter uma representatividade, quer ao nível da faixa etária, quer ao nível do sector de actividade.

Para a investigação foram recrutados um conjunto de colaboradores, constituído por 200 sujeitos (QUADRO 4) e um conjunto de empregadores, formado por 100 sujeitos que constituíram a “amostra” do estudo.

O seguinte quadro representa a amostra de colaboradores por actividade e por faixa etária (QUADRO 4).

QUADRO 4: Número total de inquiridos, por actividades e por grupos etários, para colaboradores

Atividade	Faixa Etária						TOTAL
	< 25	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 e +	
A Agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca	1	1	1	1	1	1	6
B Indústrias extrativas	0	0	0	0	0	0	0
C Indústrias transformadoras	3	7	6	3	1	0	20
D Electricidade, gás, vapor, água quente e fria, ar frio	0	0	1	1	0	0	2
E Distribuição de água, saneamento, resíduos	0	1	1	0	0	0	2
F Construção	6	15	6	6	2	0	35
G Comércio, reparação de veículos automóveis	9	18	12	10	4	0	53
H Transportes e armazenagem	1	2	2	2	2	0	9
I Alojamento, restauração e similares	2	3	4	3	2	1	15
J Atividades de informação e de comunicação	0	0	1	1	0	0	2
K Atividades financeiras e de seguros	0	1	2	1	0	0	4
L Atividades imobiliárias	0	0	0	0	0	0	0
M Atividades de consultoria, científicas e técnicas	1	1	1	1	1	0	5
N Atividades administrativas e serviços de apoio	0	4	2	2	1	0	9
O Adm. pública, defesa, segurança social obrigatória	0	0	0	1	0	0	1
P Educação	0	1	1	0	0	0	2
Q Atividades de saúde humana e apoio social	0	10	10	4	0	0	24
R Atividades artísticas, desportivas e recreativas	0	1	1	0	0	0	2
S Outras atividades de serviços	0	5	1	1	0	0	7
U Organismos internacionais e extraterritoriais	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	25	70	52	38	14	2	

Através de um processo aleatório de selecção, foram seleccionadas as entidades que serão parte integrante do nosso estudo, de acordo com o estipulado no QUADRO 4.

Os responsáveis por essas empresas serão também alvo do nosso estudo, através da aplicação da entrevista mencionada anteriormente.

4.5. Procedimentos para recolha de dados

Em busca da objectivação dos critérios de selecção da amostra, a fase de recolha de dados decorreu nos meses de Setembro e Outubro do corrente ano. Foram utilizados três instrumentos de recolha de dados, nomeadamente o questionário aos colaboradores, o inquirido a empregadores e o aparelho medidor de monóxido de carbono nos pulmões.

A escolha das empresas foi feita através de um método de selecção aleatório, tendo em conta as diversas categorias. Para cada uma das empresas, foi enviado um pedido de

colaboração no estudo, onde se fazia uma breve explicação do estudo e dos seus objectivos.

O questionário e a entrevista apresentados em anexo (ANEXO 1 e ANEXO 2, respectivamente) foram elaborados após consulta de diversos questionários. Depois de elaborados, foram aplicados em duas empresas que não fazem parte da amostra, com o intuito de verificar a sua adequação. Não foram observadas dificuldades no seu preenchimento.

Durante a recolha dos dados aos colaboradores e empregadores, o investigador esteve presente nos locais de trabalho, esclarecendo previamente os indivíduos acerca dos objectivos e finalidades do estudo. Posteriormente solicitou a colaboração voluntária dos colaboradores/empregadores através do preenchimento do questionário/inquérito e medição da quantidade de monóxido de carbono nos pulmões, tendo-se registado alguns episódios de recusa de colaboração. Cumpridas estas etapas, o questionário foi explicado sequencialmente pelo investigador aos inquiridos, alertando-os para o facto de caso alguma questão lhes suscitar dúvidas, poderem solicitar esclarecimento. No entanto, foi sempre tido em conta, por parte do investigador, o cuidado de dar alguma informação que conduzisse ao condicionamento das respostas.

4.6. Procedimentos para análise de dados

Todas as informações obtidas foram utilizadas para uma análise quantitativa. Para analisar os dados, recorreu-se ao programa “*Statistical Package for Social Sciences*” (SPSS) – para Windows e folha de cálculo Microsoft Excel.

PARTE III. RESULTADOS

Neste ponto pretende-se expor e analisar os dados obtidos, resultantes da aplicação dos questionários, entrevistas e medições. Foram efectuados(as):

- 200 questionários, dos quais 90% foram correctamente preenchidos pelos colaboradores das empresas pertencentes aos nosso estudo. Alguns colaboradores recusaram-se a preencher o questionário, enquanto que outros se encontravam ausentes no dia da aplicação do mesmo, explicando-se assim a diferença entre a amostra inicialmente prevista e a obtida;
- 100 entrevistas aos empregadores das empresas pertencentes aos nosso estudo, das quais 85% foram correctamente preenchidas. Alguns empregadores recusaram-se a participar neste estudo, explicando-se assim a diferença entre a amostra inicialmente prevista e a obtida;
- 180 medições da quantidade de monóxido de carbono existente nos pulmões dos colaboradores alvo do nosso estudo.

A amostra populacional utilizada foi planeada de modo a ser estatisticamente representativa da população activa de trabalhadores da Ilha Terceira.

Os dados recolhidos foram gravados em suporte informático. A base de dados foi submetida a um processo de verificação, com o intuito de compreender se foi correctamente preenchida, sendo posteriormente validada.

O tratamento e a análise estatística foram desenvolvidos com recurso aos programas de análise estatística SPSS e folha de cálculo Microsoft Excel.

Os dados são apresentados em quadros ou em gráficos com identificação dos valores e/ou percentagens em valores absolutos e relativos, quando assim se justifica.

Capítulo 5. Exposição de dados referentes aos colaboradores

5.1. Dados referentes aos questionários aplicados

De acordo com o que foi estipulado no Ponto 4.4.2. deste estudo, a amostra de colaboradores foi constituída de forma a ser representativa da população geral.

Os dados foram recolhidos tendo em conta a aplicação do questionário apresentado no *Ponto 4.2.1. Construção de Questionário para Colaboradores*, constante do ANEXO 1 do presente estudo e que dele faz parte integrante.

A FIGURA 12, apresenta a distribuição dos colaboradores por sector de actividade, tendo em conta a amostra definida anteriormente.

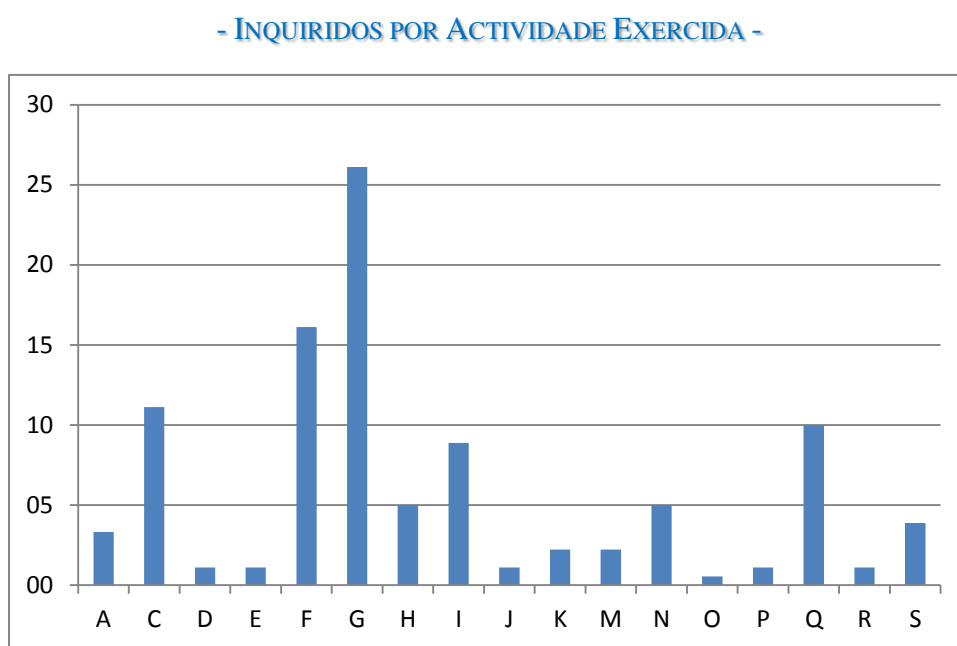


FIGURA 12: Inquiridos segundo a actividade desempenhada de acordo com a CAE (%)

5.1.1. Caracterização da amostra

O seguinte quadro apresenta a distribuição dos inquiridos por género e por faixa etária (QUADRO 5).

QUADRO 5: Inquiridos por género e grupos etários (%)

COLABORADORES POR GÉNERO E FAIXA ETÁRIA							
	< 25 anos	25-34 anos	35-44 anos	45-54 anos	55-64 anos	≥ 65 anos	Total
Masculino	6,7	15,9	16,1	9,4	3,9	0,6	51,7
Feminino	6,7	16,7	11,1	9,4	3,9	0,6	48,3
Total	13,3	31,7	27,2	18,9	7,8	1,1	100

Analisando a distribuição dos colaboradores que participaram no estudo, segundo o género, verificou-se alguma homogeneidade, uma vez que 51,7% dos participantes eram do sexo masculino e 48,3 % eram do sexo feminino.

Relativamente às faixas etárias inquiridas, verificou-se uma representação ligeiramente superior dos indivíduos com idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos (em proporções superiores a 30%), relativamente aos restantes grupos etários 27,2% tem idades compreendidas entre 35 e 44 anos; 18,9% tem entre 45 e 54 anos; 13,3% tem idade inferior a 25 anos; 7,8% tem entre 55 e 64 anos e 1,1% tem idade igual ou superior a 65 anos.

- QUESTÃO 3 -

Freguesia onde reside?

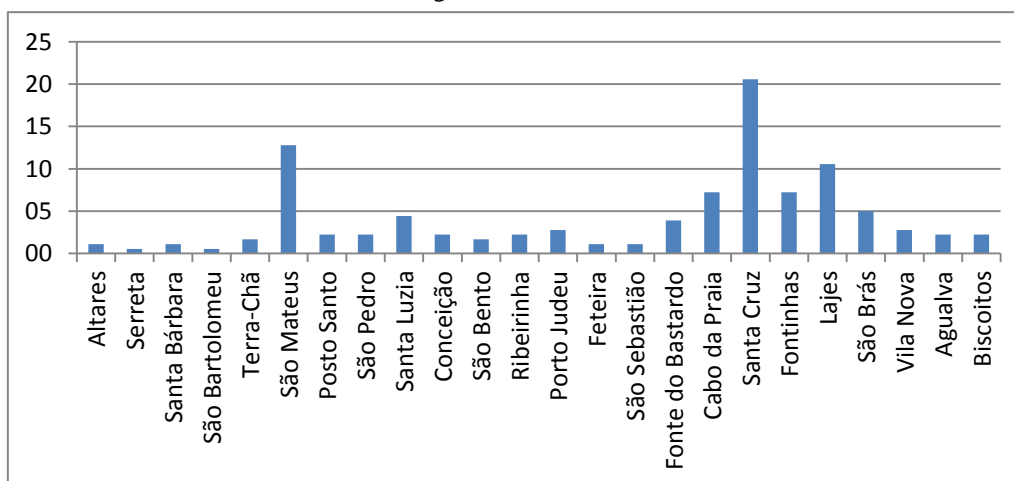


FIGURA 13: Freguesia de residência dos inquiridos (%)

Foram inquiridos 38,3% residentes em freguesias pertencentes ao concelho de Angra do Heroísmo (Altares, Serreta, Santa Bárbara, São Bartolomeu, Terra-chã, São Mateus, Santa Luzia, Conceição, São Bento, Ribeirinha, Porto Judeu, Feteira e São Sebastião) e 61,7% residentes em freguesias pertencentes ao concelho da Praia

da Vitória (Fonte do Bastardo, Cabo da Praia, Santa Cruz, Fontinhas, Lajes, São Brás, Vila Nova, Agualva e Biscoitos), de acordo com a FIGURA 13.

- QUESTÃO 4 -

Freguesia onde trabalha?

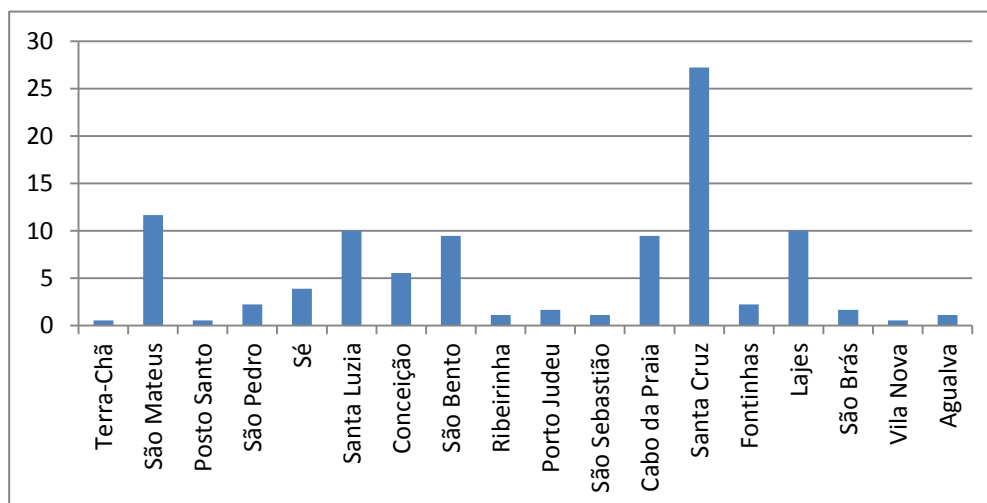


FIGURA 14: Freguesia onde se situa o local de trabalho dos inquiridos (%)

Fazem parte da nossa amostra 47,8% de colaboradores de empresas situadas no concelho de Angra do Heroísmo e 52,2% de colaboradores de empresas situadas no concelho da Praia da Vitória (FIGURA 14).

- QUESTÃO 5 -

Quanto tempo demora, em média, a deslocação entre a sua habitação e o seu local de trabalho?

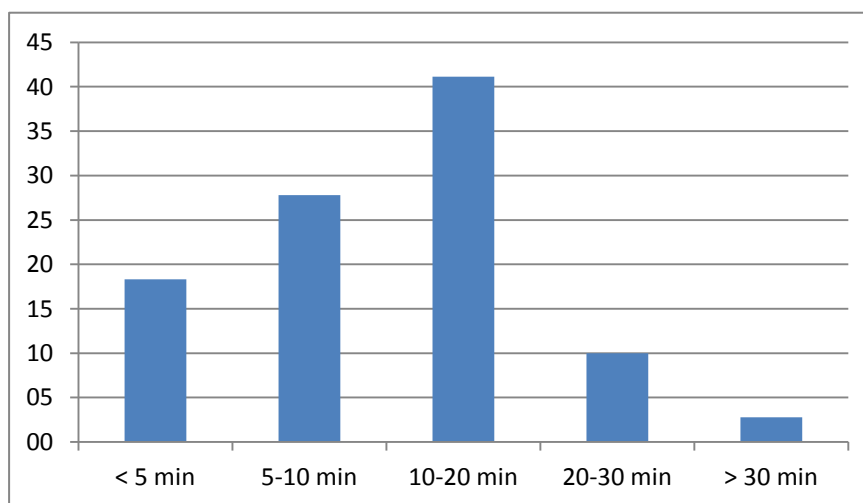


FIGURA 15: Tempo de deslocação entre a habitação e o local de trabalho (%)

De uma forma geral, os inquiridos demoram entre 10 a 20 minutos para efectuar a deslocação habitação - local de trabalho (41,1%), seguindo-se as deslocações efectuadas entre 5 a 10 minutos (27,8%), menos de 5 minutos (18,3%), entre 20 a 30 minutos (10%) e mais de 30 minutos (2,8%).

- QUESTÃO 6 -

Qual a sua escolaridade?

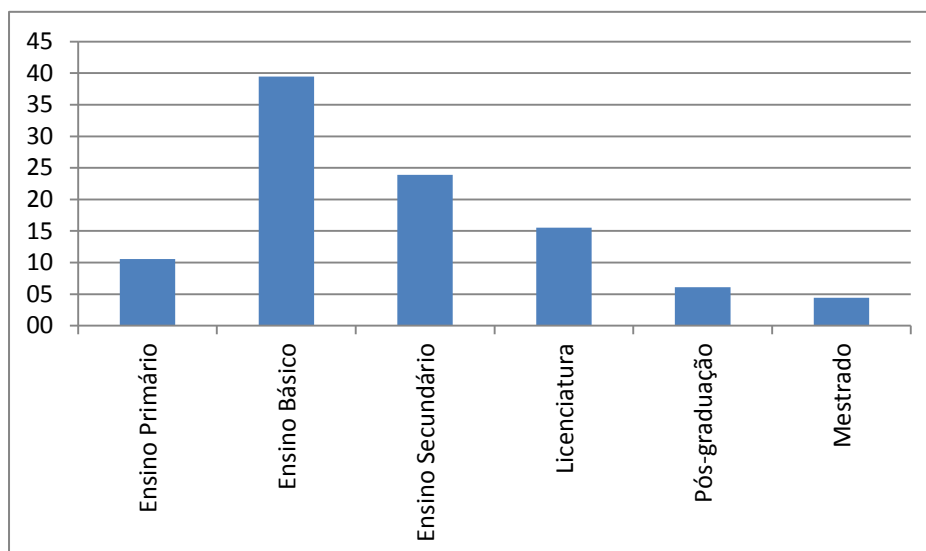


FIGURA 16: Grau de escolaridade dos inquiridos (%)

A maior parte dos inquiridos (39,4%) apresenta habilitações literárias completas na ordem do ensino básico, denotando um baixo nível de escolaridade, seguindo-se o ensino secundário (23,9%), licenciatura (15,6%), ensino primário (10,6%), pós-graduação (6,1%) e mestrado (4,4%).

- QUESTÃO 7 E 8 -

Quantas horas trabalha por dia, em média? | Quantas dias trabalha por semana, em média?

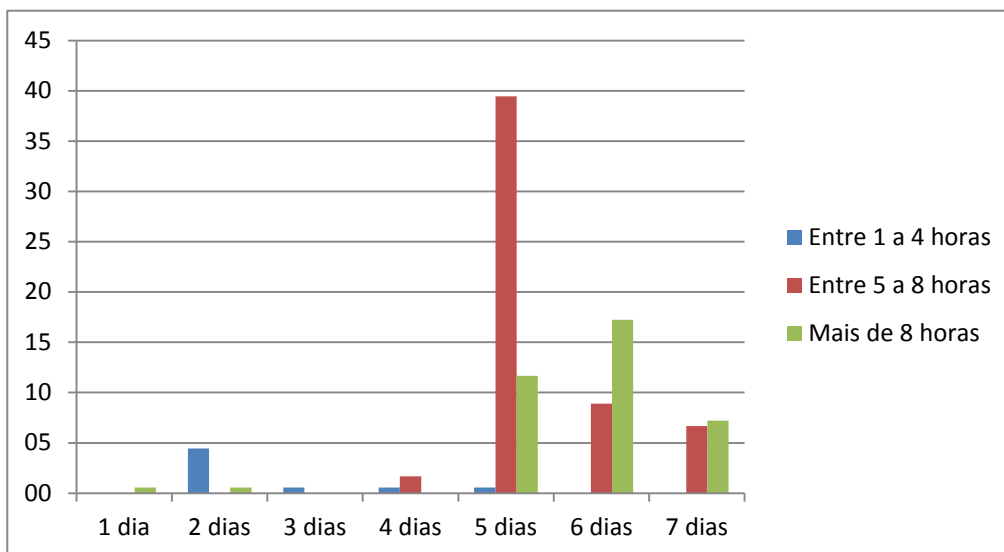


FIGURA 17: Horas de trabalho efectuadas pelos inquiridos, por dia e por semana (%)

De uma forma geral, os colaboradores inquiridos trabalham 5 dias por semana, por um período de 5 a 8 horas (39,4%), seguindo-se os trabalhadores que efectuam mais de 8 horas por dia por 6 dias por semana (17,2%) e os que trabalham 5 dias por semana por um período superior a 8 horas (11,7%).

5.1.2. Conhecimento da Lei do Tabaco

É importante compreender qual é a sensibilidade dos colaboradores para esta matéria, dado que a Lei n° 37/2007, de 14 de Agosto faz parte integrante dos diplomas que privilegiam a saúde e segurança dos trabalhadores.

QUADRO 6: Percepção dos colaboradores relativamente à Lei do Tabaco (%)

PERCEÇÃO SOBRE A LEI DO TABACO				
		Concorda com as suas disposições?		<i>Total</i>
		Sim	Não	
Tem conhecimento da Lei do Tabaco?	Sim	51,1	5,6	<i>56,7</i>
	Não	-	-	<i>43,3</i>
<i>Total</i>				<i>100</i>

Da totalidade da nossa amostra 56,7% dos colaboradores admite saber do que trata a Lei do Tabaco, enquanto que 43,3% não tem qualquer conhecimento das suas disposições. Dos que responderam “sim” à questão “Tem conhecimento da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco)?”, 51,1% concorda com as suas disposições, enquanto 5,6% não concorda com o exposto no diploma (QUADRO 6).

- LEI DO TABACO E ESCOLARIDADE -

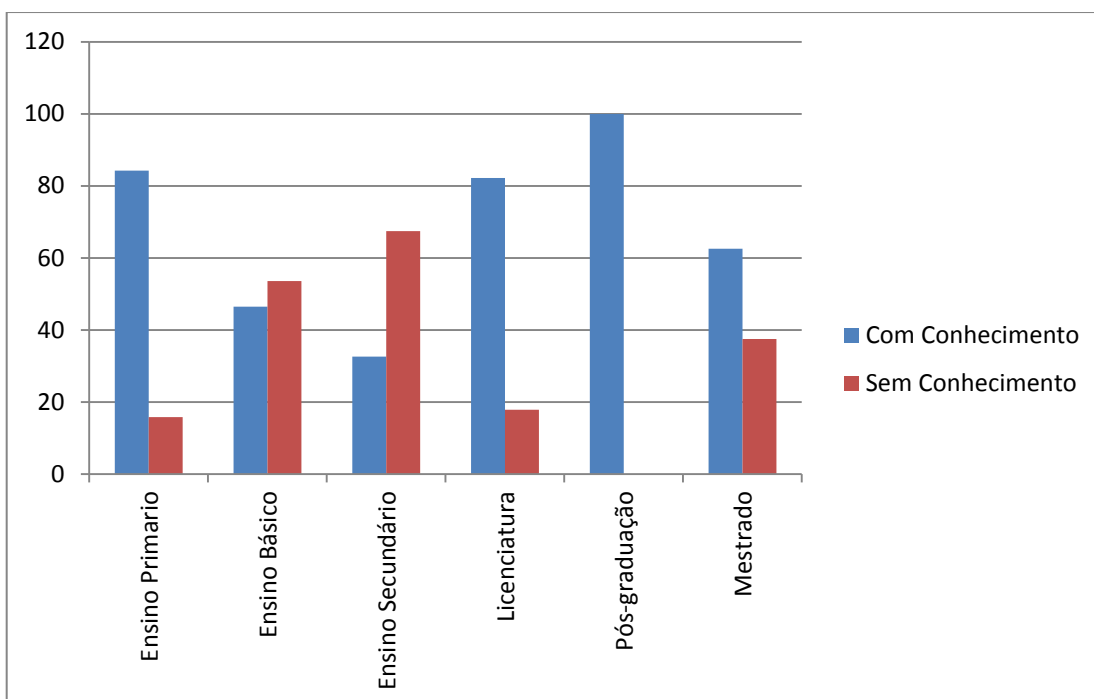


FIGURA 18: Conhecimento da Lei do Tabaco por escolaridade (%)

De acordo com os nossos dados, podemos registar duas realidades distintas. Entre os trabalhadores de qualificação baixa ou media, o conhecimento da Lei tende a

decrecer com o nível habilitacional, facto curioso. Entre os trabalhadores com qualificação superior, como expectável, o conhecimento da Lei tende a aumentar com o nível habilitacional.

De acordo com o nº 2 do artigo 11º (Rotulagem e embalagem dos maços de cigarros) da Lei do Tabaco, todas as unidades de embalagem dos produtos do tabaco devem apresentar as seguintes advertências:

a) Advertências gerais:

«Fumar mata»;

«Fumar prejudica gravemente a sua saúde e a dos que o rodeiam» (FIGURA 19).

b) Advertência complementar (constante do anexo II da Lei):

a) «Os fumadores morrem prematuramente»;

b) «Fumar bloqueia as artérias e provoca ataques cardíacos e enfartes»;

c) «Fumar provoca o cancro pulmonar mortal»;

d) «Se está grávida: fumar prejudica a saúde do seu filho»;

e) «Proteja as crianças: não as obrigue a respirar o seu fumo»;

f) «O seu médico ou o seu farmacêutico podem ajudá-lo a deixar de fumar»;

g) «Fumar causa elevada dependência. Não comece a fumar»;

h) «Deixar de fumar reduz os riscos de doenças cardiovasculares e pulmonares mortais»;

i) «Fumar pode provocar uma morte lenta e dolorosa»;

j) «Para o ajudar a deixar de fumar, consulte o seu médico ou contacte o seu farmacêutico»;

l) «Fumar pode reduzir o fluxo de sangue e provoca impotência»;

m) «Fumar provoca o envelhecimento da pele»;

n) «Fumar pode prejudicar o esperma e reduz a fertilidade»;

o) «O fumo contém benzeno, nitrosaminas, formaldeído e cianeto de hidrogénio».

No seguimento da legislação acima descrita, as empresas responsáveis pela comercialização dos cigarros têm a obrigação legal de rotular as embalagens de acordo com regras definidas. Na FIGURA 19, é apresentado um exemplo dos avisos contidos nos maços de tabaco, em língua portuguesa.

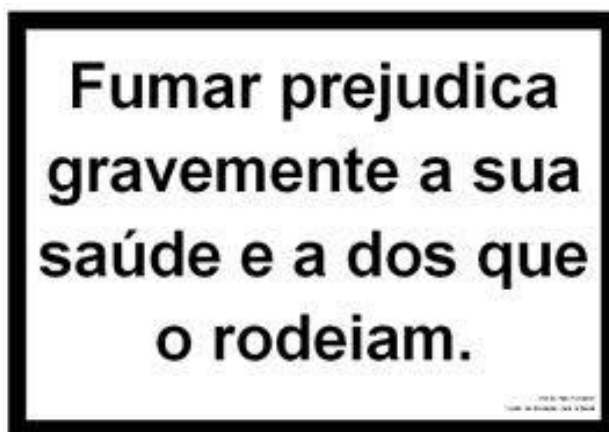


FIGURA 19: Exemplo de aviso nos maços de tabaco

Com o intuito de compreendermos a opinião dos inquiridos relativamente à eficácia da rotulagem exposta nas embalagens de tabaco, efectuou-se a seguinte questão “Na sua opinião, os avisos nos maços de tabaco esclarecem, principalmente os consumidores, sobre os seus malefícios?” (FIGURA 19).

- QUESTÃO 11 -

Na sua opinião, os avisos nos maços de tabaco esclarecem, principalmente os consumidores, sobre os seus malefícios?

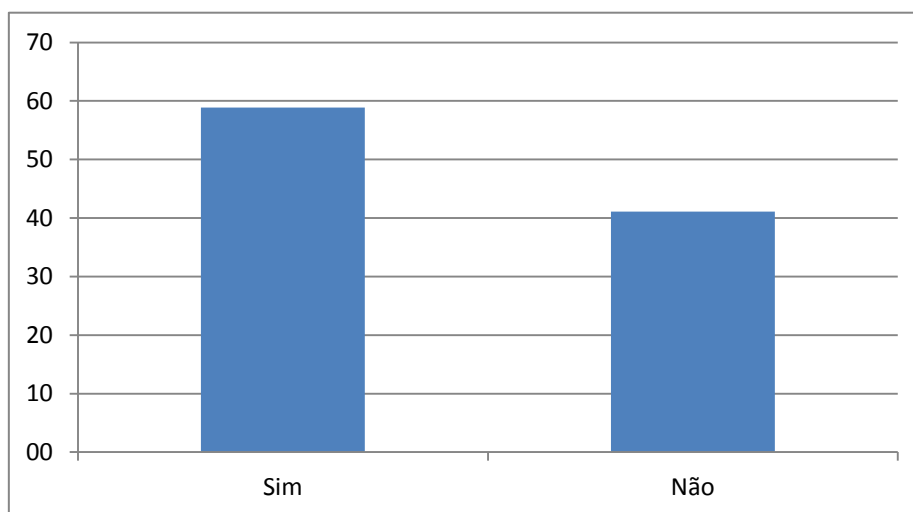


FIGURA 20: Percepção dos inquiridos relativamente à eficácia da rotulagem exposta nas embalagens de tabaco (%)

De acordo com a FIGURA 20, 58,9% dos inquiridos entende que os avisos existentes nos maços de tabaco são suficientemente esclarecedores no que concerne aos malefícios do tabaco. Em contrapartida, 41,1% acha que os avisos não são suficientes para alertar, principalmente os consumidores, para os seus danos.

5.1.3. Caracterização dos hábitos tabágicos

Na caracterização dos hábitos tabágicos da população, considerou-se os indivíduos fumadores e não fumadores como:

- **Fumadores:** Indivíduos que fumavam à data de realização do questionário;
- **Não fumadores:** Indivíduos que declararam não fumar à data de realização do questionário.

- CONSUMO DE TABACO POR GÉNERO -

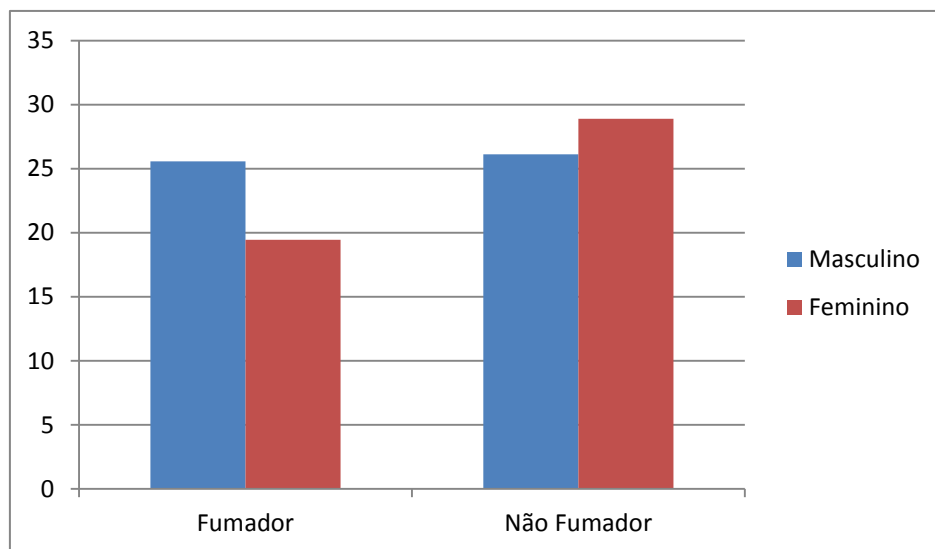


FIGURA 21: Consumo de tabaco por género (%)

Os resultados revelaram que 45% da amostra era fumadora à data de aplicação do questionário (25,6% do sexo masculino e 19,4% do sexo feminino) e que 55% era não fumadora (26,1% do sexo masculino e 28,9% do sexo feminino).

- FUMADORES POR FAIXA ETÁRIA -

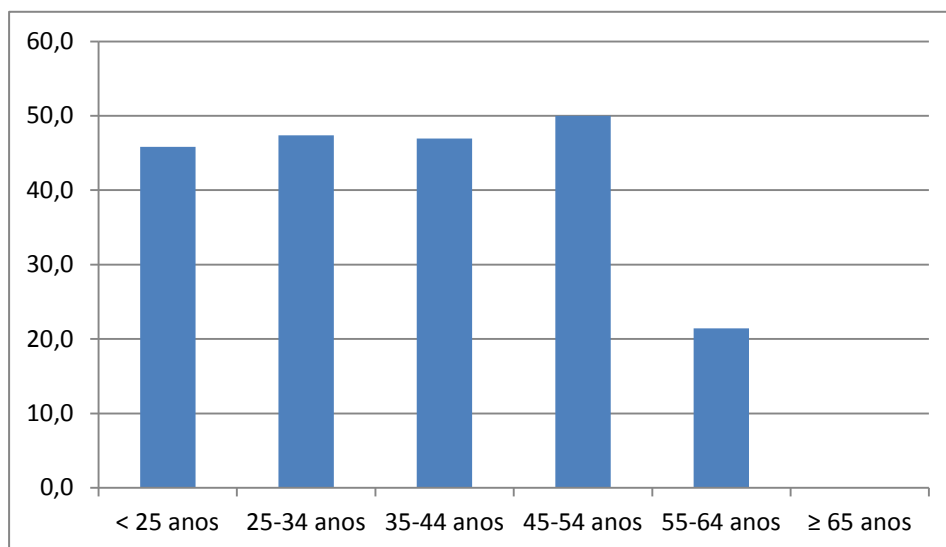


FIGURA 22: Fumadores por faixa etária (%)

Tendo em conta a percentagem de indivíduos fumadores (45%) e analisando as prevalências obtidas, é possível evidenciar que os indivíduos fumadores apresentam a maior prevalência no grupo etário situado entre os 45 e os 54 anos (50%), seguindo-se as faixas etárias dos 25 aos 34 anos (47,4), 35 aos 44 anos (46,9%), idade inferior a 25 anos (45,8%) e 55 aos 64 anos (21,4%).

- FUMADORES POR ESCOLARIDADE -

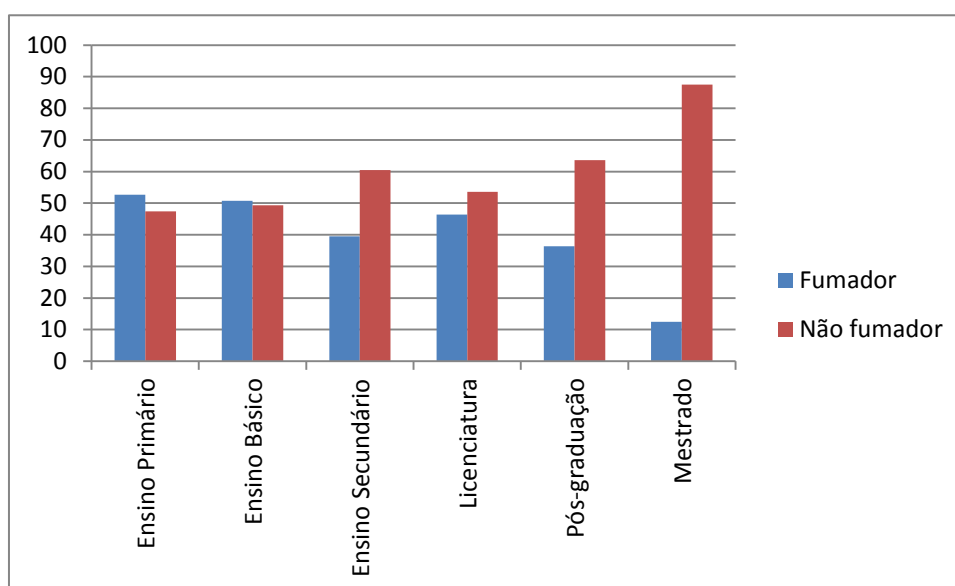


FIGURA 23: Inquiridos fumadores por escolaridade (%)

Da análise da FIGURA 23, verifica-se que as prevalências de fumadores atingem um valor máximo para os graus de escolaridade mais baixos, todavia existe algum equilíbrio quebrado pelas situações em que existem habilitações literárias mais avançadas.

- FUMADORES POR FREGUESIA DE LOCAL DE TRABALHO -

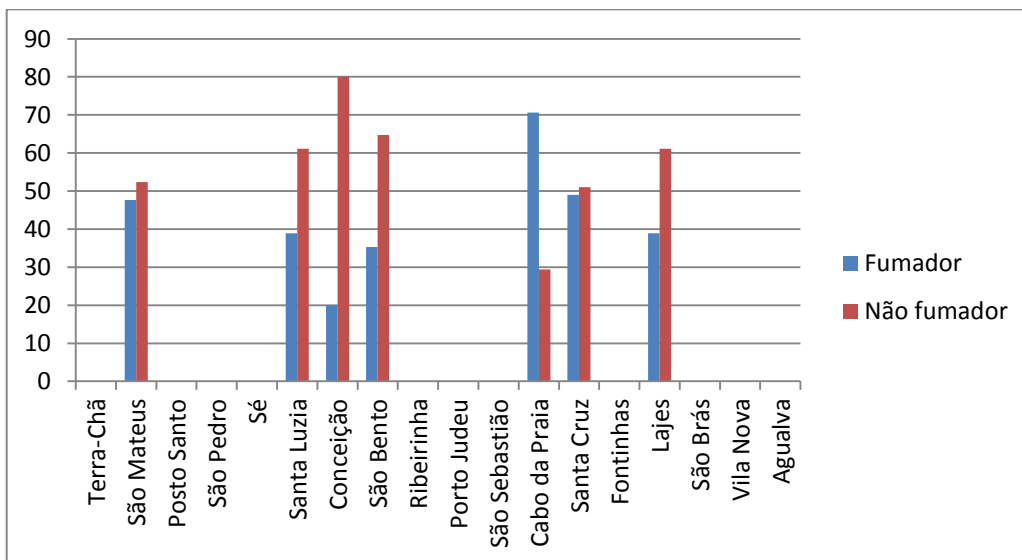


FIGURA 24: Fumadores por freguesia de localização do local de trabalho (%)

Na FIGURA 24, não são tidos em conta os dados obtidos para as freguesias da Terra-Chã, Posto Santo, São Pedro, Sé, Ribeirinha, Porto Judeu, São Sebastião, Fontinhas, São Brás, Vila Nova e Agualva, por serem inconclusivos, dada a dimensão da amostra. Não foi possível ter um maior número de empresas inquiridas nestas freguesias, por serem áreas em que tradicionalmente não são registados muitos locais de trabalho. Contudo, é-nos possível retirar algumas conclusões relativamente aos locais de trabalho situados nas freguesias de São Mateus, Santa Luzia, Conceição, São Bento, Cabo da Praia, Santa Cruz e Lajes, por apresentarem um número significativo de inquiridos. De uma forma geral e tendo em conta o número de inquiridos, a prevalência de não-fumadores é sempre superior à de fumadores, nomeadamente em São Mateus (52,4% não fumadores e 47,6% fumadores), Santa Luzia (61,1% não fumadores e 38,9% fumadores), Conceição (80% não fumadores e 20% fumadores), São Bento (64,7% não fumadores e 35,3% fumadores), Santa Cruz (51% não fumadores e 48,9% fumadores) e Lajes (61% não fumadores e 48,9% fumadores). Apenas na freguesia do Cabo da Praia, a

prevalência de fumadores é superior à de não fumadores (29,4% não fumadores e 70,6% fumadores). De salientar a existência de um parque industrial nesta freguesia, local onde estão agregadas muitas empresas.

A distribuição por sexo dos indivíduos agrupados face aos diferentes hábitos tabágicos é apresentada na FIGURA 25.

- QUANTIDADE DE TABACO POR GÉNERO -

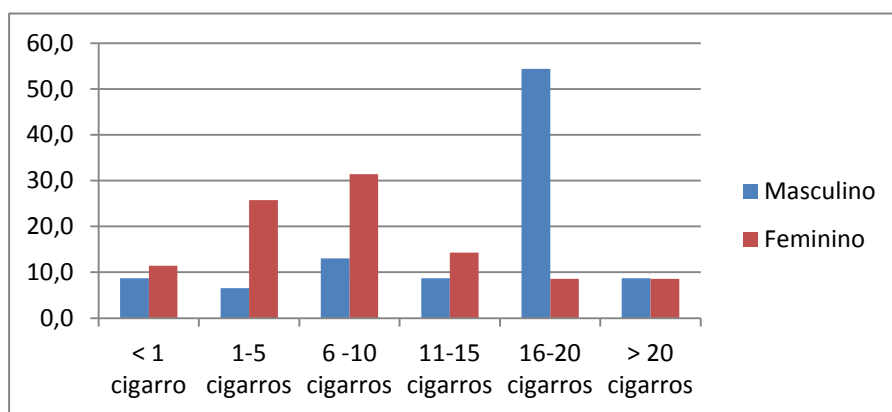


FIGURA 25: Hábitos tabágicos por género (%)

Da análise da FIGURA 25, e tendo em conta a percentagem de fumadores (45%) verifica-se que entre os inquiridos do sexo masculino existe uma maior percentagem de consumos na ordem dos 16 a 20 cigarros (54,3%). Para o sexo feminino, a maior percentagem de consumos situa-se entre os 6 e os 10 cigarros (31,4%).

- CONSUMO DE TABACO POR ACTIVIDADE -

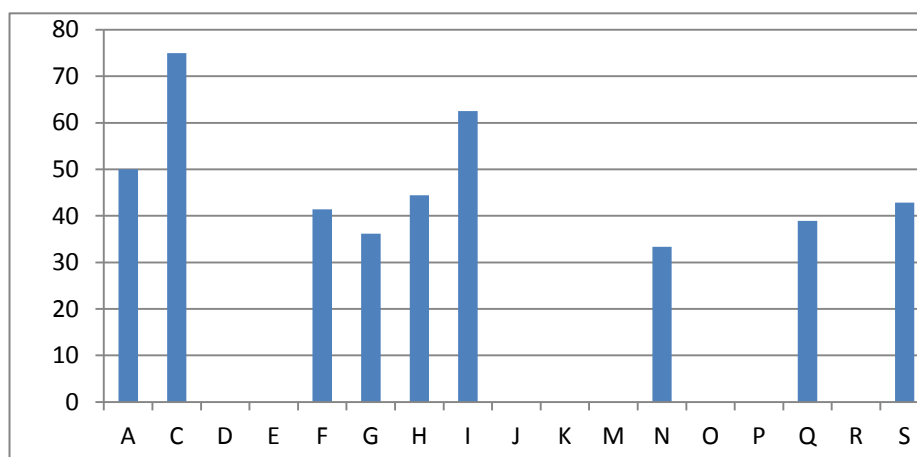


FIGURA 26: Consumo de tabaco por actividade (%)

Na FIGURA 26, não são tidos em conta os dados obtidos para os sectores de actividade D, E, J, K, M, P e R, por serem inconclusivos, dada a dimensão da amostra. Os dados referem que o maior número de fumadores, estão empregados nos sectores de actividade relacionados com as indústrias transformadoras (C=75%), seguindo-se alojamento, restauração e similares (I=62,5%) e agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca (A=50%).

- CONSUMO DE TABACO POR HORÁRIO DE TRABALHO POR DIA -

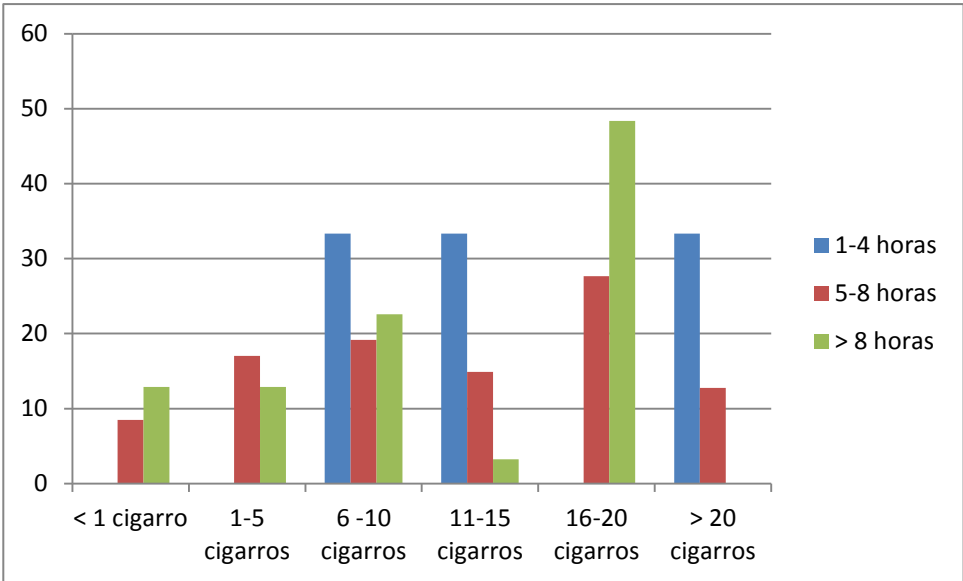


FIGURA 27: Consumo de tabaco por horário de trabalho por dia (%)

A informação exposta na FIGURA 27 possibilita realçar que para os colaboradores fumadores (45%) que laboram em média entre 5 a 8 horas por dia, existe uma maior proporção para o consumo de 16 a 20 cigarros. O mesmo se verifica para os colaboradores cujo horário de trabalho diário é superior a 8 horas.

5.1.4. Influência do consumo de tabaco na produtividade

- QUESTÃO 14 | QUESTÃO 16 -

Na sua opinião, acha que fuma mais: | O que o (a) leva a acender um cigarro?

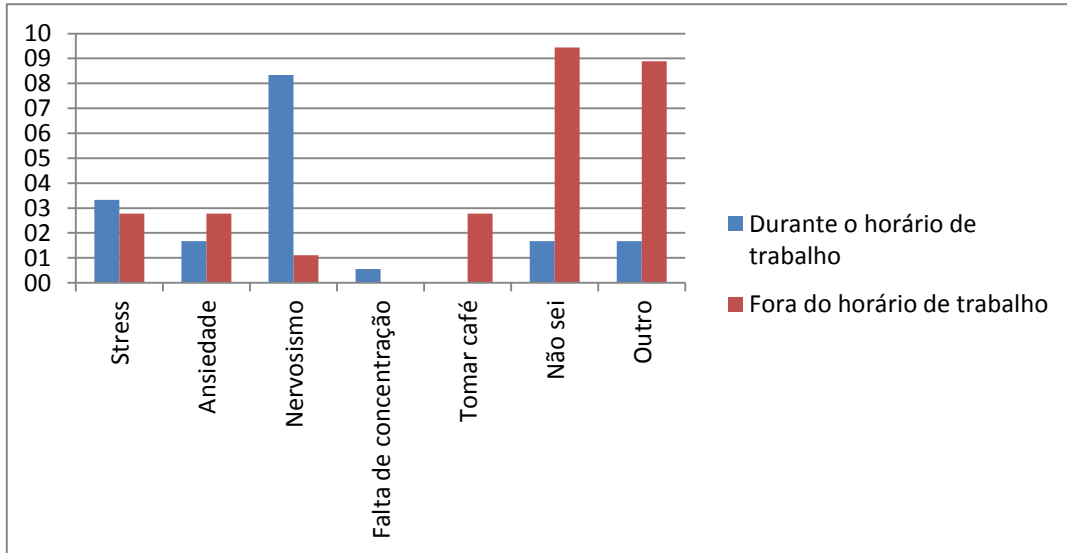


FIGURA 28: Percepção dos inquiridos fumadores relativamente ao consumo de tabaco ser efectuado dentro ou fora do horário laboral e os motivos associados ao mesmo (%)

Dos fumadores inquiridos, 27,8% admitem fumar mais fora do horário laboral e 17,2 diz fumar mais durante o horário laboral. Os motivos enunciados para acender um cigarro durante o horário laboral são: nervosismo (8,3%), “stress” (3,3%), “ansiedade” (1,7%), “falta de concentração” (0,6%), “não sei” (1,75%), “outro” (1,7%). Para os colaboradores que escolheram a opção “outro”, todos justificaram como sendo o vício, o motivo pelo qual eles acendem um cigarro.

- INFLUÊNCIA DA LEI DO TABACO NOS CONSUMOS DE TABACO -

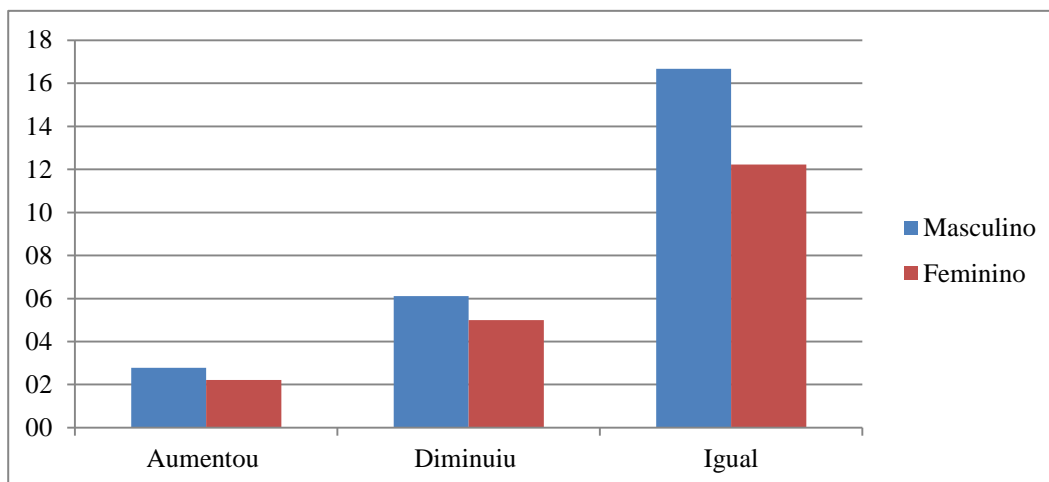


FIGURA 29: Influência da entrada em vigor da Lei do Tabaco nos consumos de tabaco (%)

De acordo com os dados apresentados, 28,9% (16,7% do sexo masculino e 12,2% do sexo feminino) dos inquiridos fumadores admite que a entrada em vigor da Lei do Tabaco, a 1 de Janeiro de 2008, não teve qualquer influência nos consumos de tabaco. Cerca de 11,1% (6,1% do sexo masculino e 5% do sexo feminino) admite que diminuiu os seus consumos e 5% (2,8% do sexo masculino e 2,2% do sexo feminino) aumentou o seu consumo de tabaco.

- INFLUÊNCIA DA LEI DO TABACO NOS CONSUMOS DE TABACO POR ACTIVIDADE -

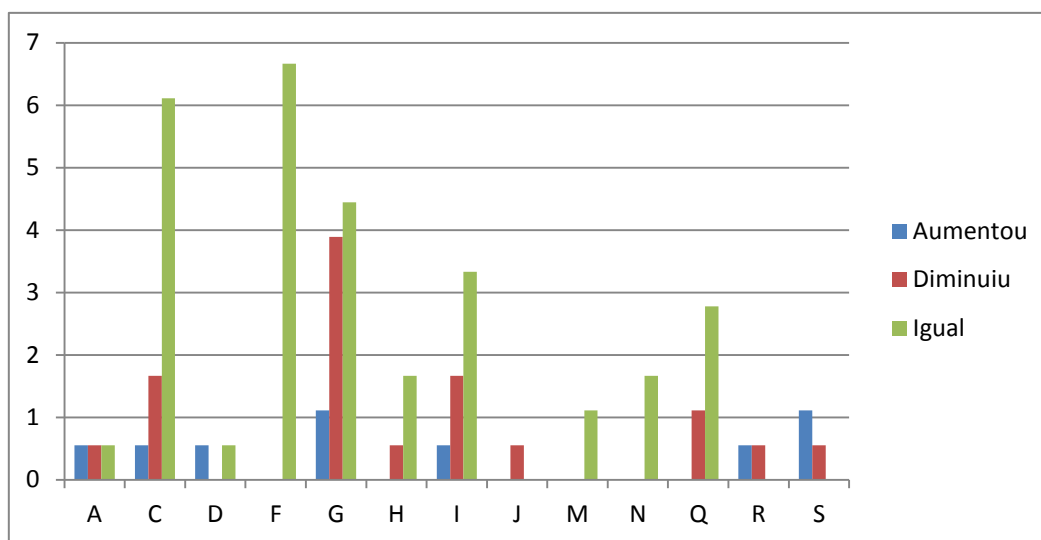


FIGURA 30: Influência da entrada em vigor da Lei do Tabaco nos consumos de tabaco, por actividade (%)

É importante compreendermos em que sectores de actividade foram identificadas diferenças nos consumos de tabaco. Assim e de acordo com a FIGURA 30, conclui-se que na maioria dos sectores de actividade, os consumos mantiveram-se inalterados apos a entrada em vigor da Lei do Tabaco, a 1 de Janeiro de 2008. Os sectores que registam uma diminuição dos consumos mais acentuada, são o “comércio e reparação de veículos” (G:3,88%), “indústrias transformadoras” (C:1,6%) e “alojamento, restauração e similares” (I:1,6%). Esta diminuição poderá estar relacionada com a implementação, por parte dos empregadores, de medidas de prevenção tabágica no sentido promover a saúde e segurança dos trabalhadores. Contrariamente à diminuição de consumos registada no sector de actividade G, também se verificou um ligeiro aumento, na ordem dos 1,1%, verificando-se o mesmo aumento no sector de actividade “outras actividades de serviços (S).

QUADRO 7: Regularidade do consumo de tabaco em ambiente profissional (%)

NÚMERO E DURAÇÃO DE PAUSAS PARA CONSUMO DE TABACO						
	5 min	10 min	15 min	20 min	> 20 min	Total
Nenhuma	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7
1 pausa	0,7	1,7	0,0	0,0	0,7	3,1
2 pausas	0,6	0,6	0,6	0,0	0,3	2,0
3 pausas	0,0	2,8	6,1	0,0	0,0	8,9
4 pausas	0	4,4	4,0	0,0	0,6	9,0
5 pausas	0	7,8	1,0	0,1	0,0	8,9
6 pausas	1,0	2,2	2,8	0,6	0,0	6,6
7 pausas	1,1	0,0	0,3	0,0	0,0	1,4
8 pausas	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0	1,1
> 11 pausas	0,3	1,1	0,0	1,0	0,0	2,4
<i>Total</i>						<i>45,0</i>

A maior percentagem de colaboradores fumadores inquiridos afirma fazer, em média, 5 pausas diárias com a duração de 10 minutos para fumar (7,8%), seguindo-se 3 pausas de 15 minutos (6,1%) e 4 pausas de 10 minutos (4,4%). Estes dados são questionáveis, pois quando se fala em produtividade no local de trabalho existe sempre algum receio por parte dos colaboradores, em admitir o número e a duração real das pausas. Até porque, segundo os dados recolhidos aos empregadores, a

maioria dos colaboradores, tem direito a realizar apenas duas pausas diárias com a duração de 10 minutos, normalmente uma de manhã e uma de tarde.

Alguns dos inquiridos, durante a aplicação do questionário, admitiram que muitas vezes acendem o cigarro no local de trabalho e durante a execução das tarefas, nomeadamente colaboradores relacionados com as actividades de agricultura e pesca (A), construção (F), indústrias transformadoras (C) e transporte e armazenagem (H). Ora esta situação gera questões relacionadas não só com a própria segurança e saúde dos trabalhadores, como também com a segurança e saúde de terceiros.

5.1.5. Influência do consumo de tabaco na saúde

Neste ponto interessa-nos compreender qual é a influência da exposição ao fumo de tabaco, enquanto fumador activo e/ou fumador passivo, na saúde dos colaboradores pertencentes à nossa amostra.

- QUESTÃO 19 -

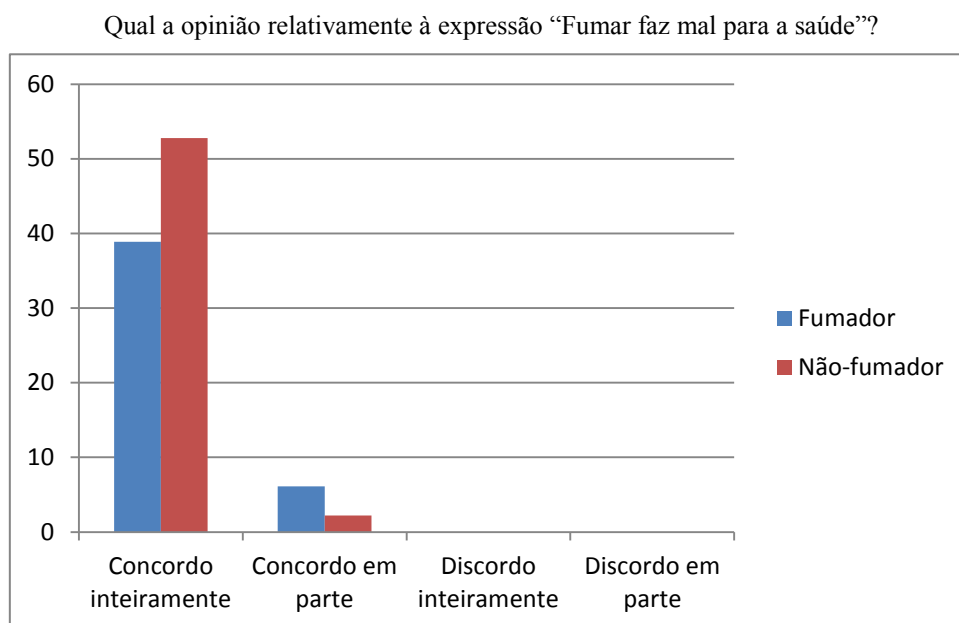


FIGURA 31: Parecer dos inquiridos relativamente à associação exposição ao fumo de tabaco – doença (%)

Cerca de 91,7% (38,8% fumadores e 52,7% não-fumadores) da amostra concorda inteiramente que fumar faz mal para a saúde, enquanto 8,3% (6,1% fumadores e 2,2% não-fumadores) apenas concorda em parte com esta expressão. A percentagem que discorda em parte dessa afirmação, é maioritariamente fumadora, o que acaba por ser previsível, pois aquando da recolha dos dados, muitos justificavam isso com o facto de “eu sei que fumar faz mal para a saúde, mas eu nunca me queixei”. Percebe-se que ainda existe aqui uma falta de consciencialização por parte dos consumidores, no sentido de compreender que o consumo do tabaco irá influenciar a médio e longo prazo a sua saúde e não instantaneamente.

- QUESTÃO 20 -

Acha que o cigarro já lhe causou algum problema de saúde?

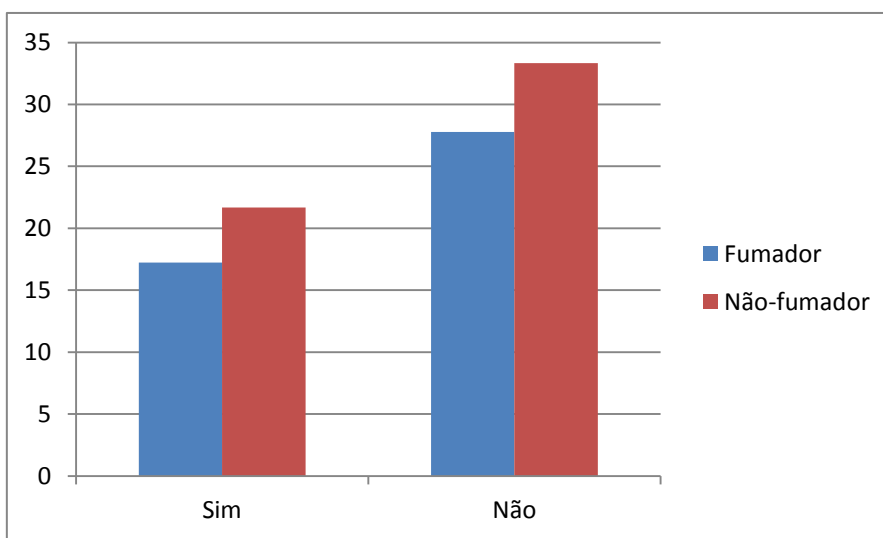


FIGURA 32: Percepção dos inquiridos relativamente a problemas de saúde devido associados à exposição ao fumo de tabaco (%)

À questão “Acha que o cigarro já lhe causou algum problema de saúde?”, aproximadamente 38,8% (17,2% fumadores e 21,6% não-fumadores) dos inquiridos responde “sim” e 61,1% (27,7% fumadores e 33,3% não-fumadores) responde “não”. A questão foi colocada apenas para compreendermos qual o parecer da amostra relativamente à influência da exposição do fumo de tabaco na sua saúde. Na realidade esta é uma questão um pouco subjectiva, pois ainda não existe, por parte da população em geral, uma relação causal entre determinadas doenças e o tabaco, quer seja o seu consumo, quer seja a sua exposição.

- EXPOSIÇÃO AO FUMO DO TABACO E SAÚDE -

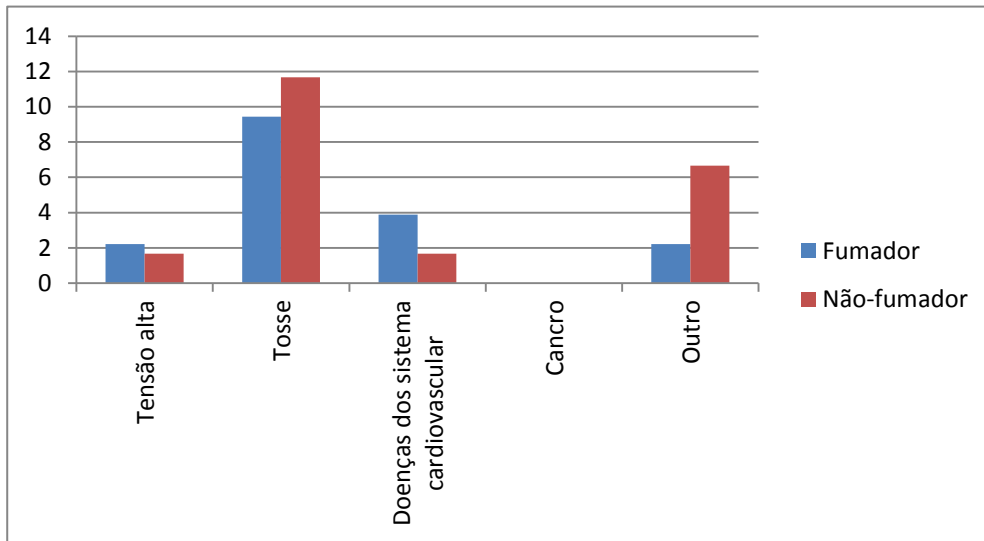


FIGURA 33: Doenças associadas à exposição ao fumo do tabaco (%)

Dos 38,8% (17,2% fumadores e 21,6% não-fumadores) de inquiridos que admitiu que o tabaco já lhes causou algum problema de saúde. Dos fumadores registaram-se as seguintes doenças: tosse (9,4%), doenças do sistema cardiovascular (3,8%), tensão alta (2,2%) e outras doenças (2,2%), nomeadamente alergias e asma. Dos não fumadores registaram-se as seguintes doenças: tosse (11,6%), outras doenças (2,2%), nomeadamente alergia ocular e nasal e asma, doenças do sistema cardiovascular (1,6%) e tensão alta (1,6%).

- ABSENTISMO LABORAL -

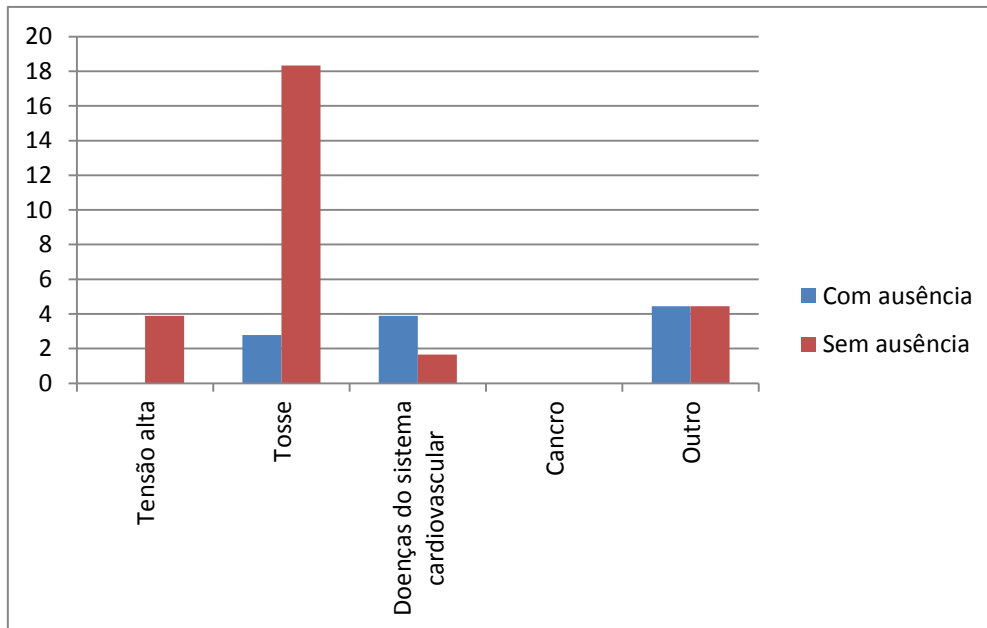


FIGURA 34: Doenças associadas ao consumo de tabaco e absentismo laboral (%)

Os dados referem que dos 38,8% (17,2% fumadores e 21,6% não-fumadores) de inquiridos que admitiu que o tabaco já lhes causou algum problema de saúde, apenas 11,1% necessitou efectivamente de se ausentar do local de trabalho, por motivo de tosse (2,7%), doenças do sistema cardiovascular (3,8%) e outras doenças (4,4%). Os restantes não sentiram essa necessidade.

- DURAÇÃO DO ABSENTISMO LABORAL -

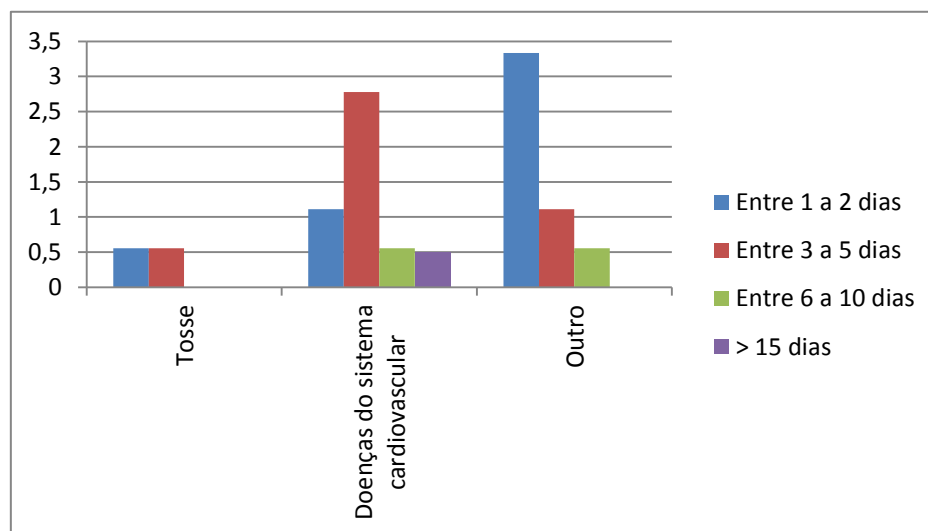


FIGURA 35: Duração do absentismo laboral, por doença (%)

Tendo em conta os 11,1% dos inquiridos que necessitou efectivamente de se ausentar do local de trabalho por motivo de doença, 5% ausentou-se entre 1 a 2 dias; 4,4% ausentou-se entre 3 a 5 dias; 1,1% ausentou-se entre 6 a 10 dias e 0,6% ausentou-se por mais de quinze dias.

5.1.6. Consumo de tabaco e saúde pública

A legislação (Lei n.º37/2007, de 14 de Agosto) proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto derivado ou não do tabaco, em recinto colectivo, privado ou público, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente.

De acordo com o artigo 6º (Sinalização) da Lei do Tabaco, a interdição ou o condicionamento de fumar no interior dos locais de trabalho deve ser assinalada mediante a afixação de dísticos com fundo vermelho, conformes ao modelo A constante do anexo I da referida lei (FIGURA 36).



FIGURA 36: Dísticos com fundo vermelho, referente à interdição ou condicionamento de fumar, conforme ao modelo A constante do anexo I da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto

Em conformidade com o mesmo diploma, as áreas onde é permitido fumar são identificadas mediante afixação de dísticos com fundo azul, conformes ao modelo B constante do anexo I da referida lei (FIGURA 37).



FIGURA 37: Dísticos com fundo azul, referente à autorização de fumar, conforme ao modelo B constante do anexo I da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto

Os inquiridos foram questionados quanto à existência da sinalética anteriormente definida, nos seus locais de trabalho.

- QUESTÃO 24 -

Na empresa onde trabalha, existe sinalização referente à interdição ou condicionamento de fumar, de acordo com o nº 1 do artigo nº6 da Lei do Tabaco?

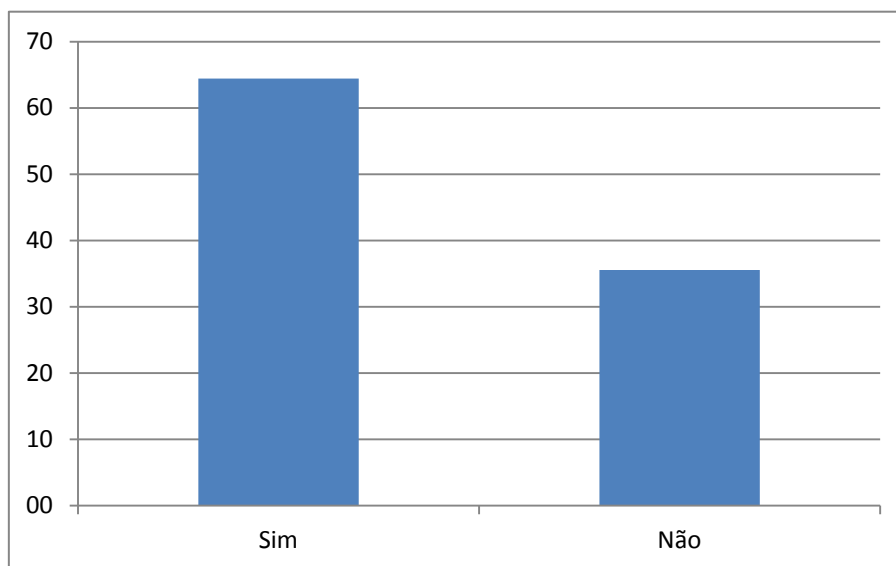


FIGURA 38: Existência de sinalética referente à interdição ou condicionamento de fumar nas empresas (%)

Do total de colaboradores inquiridos, 64,4% admite que a empresa tem afixada a sinalização referente à interdição ou condicionamento de fumar, enquanto 35,6% diz não existir qualquer tipo de sinalética no seu local de trabalho.

- SINALÉTICA POR ACTIVIDADE -

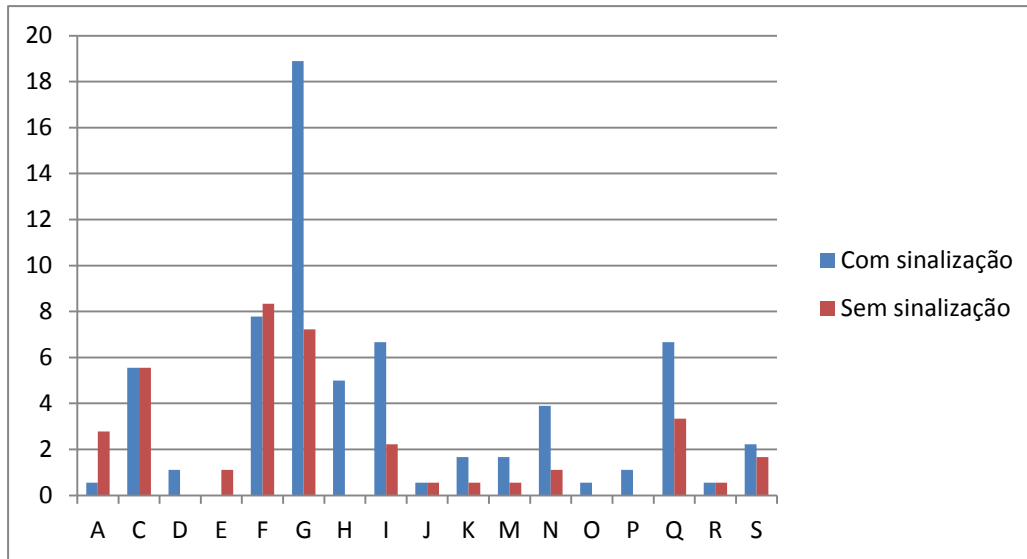


FIGURA 39: Existência de sinalética referente à interdição ou condicionamento de fumar por sector de actividade (%)

Cerca de 64,4% das empresas que tem afixada sinalização referente à interdição ou condicionamento de fumar, destacam-se as maiores percentagens para os seguintes sectores de actividade: 18,8% para o comércio e reparação de veículos automóveis (G); 7,7% para a construção (F); 6,66% para alojamento, restauração e similares (I); 6,66% para actividades de saúde humana e apoio social (Q) e 5,5% para as indústrias transformadoras (C). Com menor percentagem de empresas sinalizadas, encontra-se o sector agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca (A), actividades de informação e de comunicação (J), administração pública, defesa e segurança social obrigatória (O) e actividades artísticas, desportivas e recreativas (R), todos os sectores com percentagem igual (5,5%).

De referir que das 35,6% das empresas que não tem afixada sinalização referente à interdição ou condicionamento de fumar, destacam-se as maiores percentagens para os seguintes sectores de actividade: 8,3% para a construção (F); 7,2% para o comércio e reparação de veículos automóveis (G) e 5,5% para as indústrias transformadoras (C). Isto indica-nos que algumas empresas dos sectores acima descritos, nomeadamente F, G e C já se encontram sensibilizadas para a legislação vigente em matéria da exposição involuntária ao fumo do tabaco, mas ainda existe uma grande parte que não se encontra em cumprimento da lei.

- QUESTÃO 25 -

Na empresa onde trabalha, existe um local destinado ao consumo de tabaco?

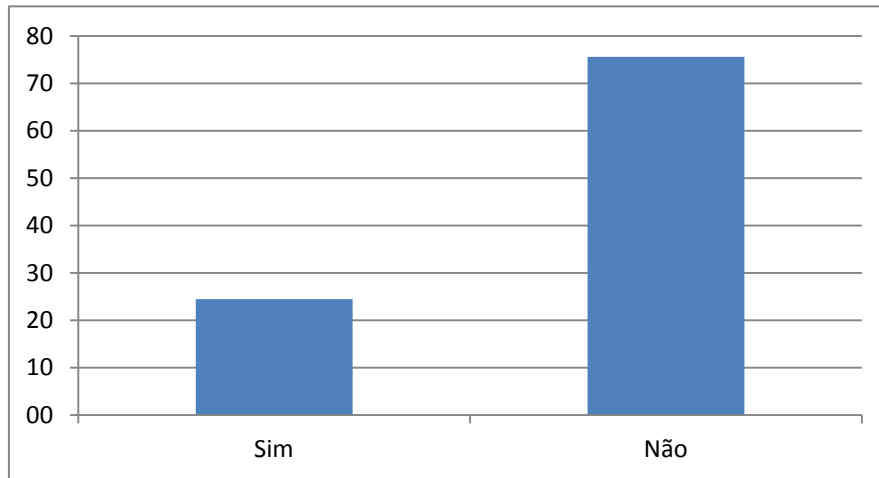


FIGURA 40: Existência de local destinado ao consumo de tabaco nas empresas (%)

Da amostra inquirida, 24,4% dos colaboradores, diz que a sua empresa tem um local destinado ao consumo de tabaco, enquanto 75,6% diz não ter qualquer espaço destinado a esse fim na sua entidade.

O espaço referenciado pelos colaboradores como sendo o espaço destinados ao consumo de tabaco é na sua grande maioria localizado na rua junto a portas de serventia da empresa, não garantindo assim a protecção relativamente à exposição involuntária ao fumo do tabaco.

- QUESTÃO 26 -

O local destinado ao consumo de tabaco, encontra-se sinalizado para o efeito, de acordo com o nº 2 do artigo nº 6 da Lei do Tabaco?

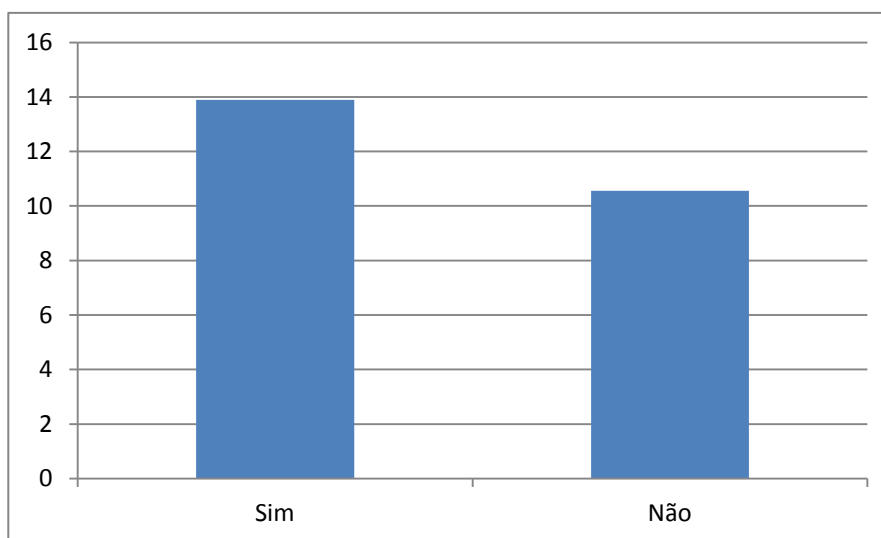


FIGURA 41: Existência de sinalética referente à autorização de fumar em locais destinados ao consumo de tabaco (%)

Dos 24,4% dos colaboradores que admite que a sua empresa tem um local destinado ao consumo de tabaco, 13,8% diz que este local encontra-se sinalizado para o efeito de acordo com o nº 2 do artigo nº6 da Lei do Tabaco. Os restantes afirmam não existir qualquer tipo de sinalização

O facto de um determinado empregador proibir ou limitar a possibilidade do consumo de cigarro em ambiente de trabalho, manifesta uma preocupação relativamente à prevenção da saúde do colaborador.

- QUESTÃO 27 -

Com que frequência inala o fumo proveniente de outros fumadores (fumador passivo) no seu local de trabalho?

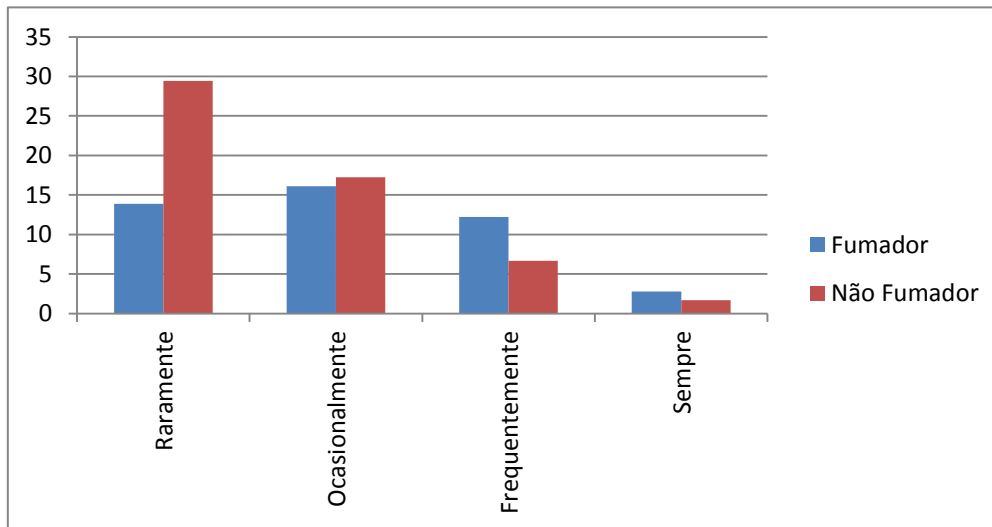


FIGURA 42: Frequência de inalação do fumo de outros fumadores (%)

Dos inquiridos fumadores (45%), 13,8% admite raramente ficar exposto involuntariamente ao fumo do tabaco; 16,1% ocasionalmente; 12,2% frequentemente e 2,7% sempre. Relativamente à percentagem de não fumadores (55%), 29,4% diz raramente inalar o fumo de tabaco de outros fumadores, 17,2% ocasionalmente, 6,6% frequentemente e 1,6% sempre.

De forma a compreendermos a relação entre a exposição ao fumo do tabaco (fumador passivo) e o sector de actividade, efectuou-se uma relação entre estas duas variáveis, sendo os dados apresentados no quadro seguinte (QUADRO 8).

QUADRO 8: Exposição ao fumo do tabaco por sector de actividade (%)

EXPOSIÇÃO AO FUMO DO TABACO POR ACTIVIDADE					
	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre	Total
A	1,1	1,7	0,0	0,6	<i>3,3</i>
C	3,3	4,4	3,3	0,0	<i>11,1</i>
D	0,6	0,6	0,0	0,0	<i>1,1</i>
E	0,0	0,0	1,1	0,0	<i>1,1</i>
F	8,9	3,3	0,6	3,3	<i>16,1</i>
G	10,6	7,8	7,8	0,0	<i>26,1</i>
H	2,8	2,2	0,0	0,0	<i>5,0</i>
I	5,0	2,2	1,7	0,0	<i>8,9</i>
J	0,0	0,6	0,6	0,0	<i>1,1</i>
K	1,1	1,1	0,0	0,0	<i>2,2</i>
M	0,6	1,1	0,6	0,0	<i>2,2</i>
N	1,1	2,8	0,6	0,6	<i>5,0</i>
O	0,6	0,0	0,0	0,0	<i>0,6</i>
P	0,6	0,6	0,0	0,0	<i>1,1</i>
Q	3,3	3,9	2,8	0,0	<i>10,0</i>
R	1,1	0,0	0,0	0,0	<i>1,1</i>
S	2,8	1,1	0,0	0,0	<i>3,9</i>
Total	<i>43,3</i>	<i>33,3</i>	<i>18,9</i>	<i>4,4</i>	100

Assim pode-se concluir que o sector de actividade que apresenta as maiores percentagens relativamente à exposição ao fumo do tabaco é o sector do comércio e da reparação de veículos (G): raramente (10,6%), ocasionalmente (7,8%) e frequentemente (7,8%).

- QUESTÃO 28 -

Após a entrada em vigor da Lei do Tabaco, a 1 de Janeiro de 2008, foram implementadas medidas no sentido da prevenção do tabagismo, na empresa onde trabalha?

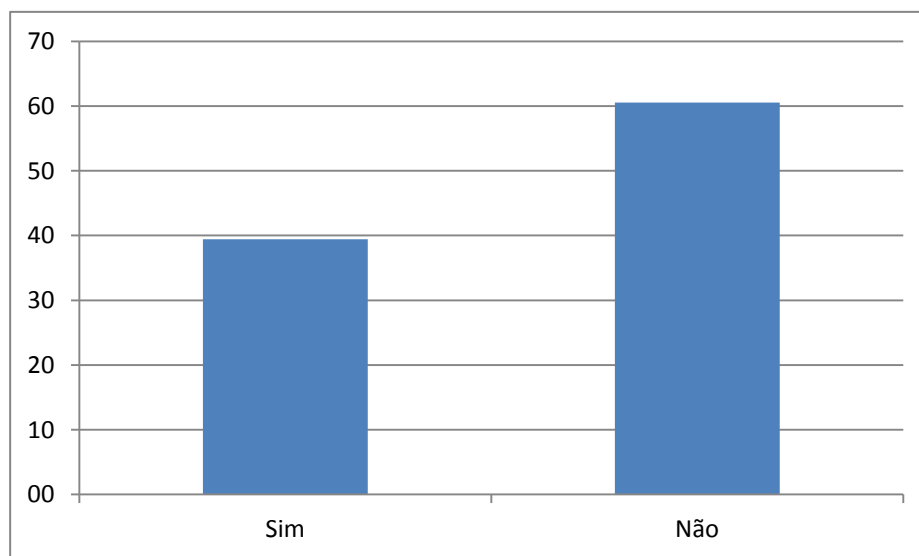


FIGURA 43: Implementação de medidas de prevenção tabágica (%)

Aproximadamente 39,4% da nossa amostra assume que a entidade onde trabalha, implementou medidas de prevenção tabágica para os colaboradores, enquanto 60,6% dizem não terem sido implementadas quaisquer medidas.

QUADRO 8: Tipo de medidas implementadas pelos empregadores para prevenção do tabagismo

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DO TABAGISMO	
	Empresas
Publicação da Lei em local de acesso geral para conhecimento de todos.	56
Campanhas de prevenção sobre os riscos associados ao consumo de tabaco e exposição involuntária ao fumo do tabaco.	10
Implementação de local destinado a fumadores com sinalização.	23
Implementação de local destinado a fumadores sem sinalização	2
Proibição de venda de produtos de tabaco.	1
Implementação de consultas de cessação tabágica.	0
Implementação de sanções para quem desrespeitar as normas	6
Proibição de fumar no local de trabalho	48

De uma forma geral as medidas mais implementadas pelos empregadores para prevenir o tabagismo entre os colaboradores, são a publicação da Lei do Tabaco em local de acesso geral para conhecimento de todos (56 empresas das 70 empresas que implementaram medidas) e proibição de fumar no local de trabalho (48 empresas das 70 empresas que implementaram medidas). Nenhuma das empresas implementou ou encaminhou os colaboradores para consultas de cessação tabágica.

5.2. Dados referentes à medição dos níveis de monóxido de carbono

Foram avaliados os níveis de exposição à poluição tabágica ambiental durante a aplicação dos questionários aos colaboradores pertencentes à nossa amostra. Foram efetuadas 180 medições da quantidade de monóxido de carbono existente nos pulmões, através da utilização de um aparelho denominado “Smokerlyser” que avalia a quantidade da substância no ar expirado.

Neste estudo, considerou-se a seguinte classificação dos colaboradores consoante a sua relação com o tabaco:

- “*Não-fumador*”: não consome tabaco

A partir do momento em que os colaboradores estabelecem uma relação continuada com o tabaco, os mesmos passam a ser definidos como consumidores. Os consumidores são subdivididos consoante a frequência de consumo, em:

- “*Fumador Leve*”: consome menos de 10 cigarros por dia
- “*Fumador Moderado*”: consome entre 11 a 20 cigarros por dia
- “*Fumador Severo*”: consome mais de 20 cigarros por dia

QUADRO 9: Frequência do consumo de tabaco por género (%)

Frequência de Consumo de Tabaco (%)			
	Leve	Moderado	Severo
Masculino	16	36	4,9
Feminino	30	10	3,7
<i>Total</i>	<i>46</i>	<i>46</i>	<i>9</i>

Do total de colaboradores (n=180), 46% apresentam um nível de consumo leve (< 10 cigarros/dia), 46% consumo moderado (entre 11 a 20 cigarros/dia) e 9% consumo pesado (> 20 cigarros/dia) (QUADRO 9).

- FREQUÊNCIA DO CONSUMO DE TABACO POR GÉNERO -

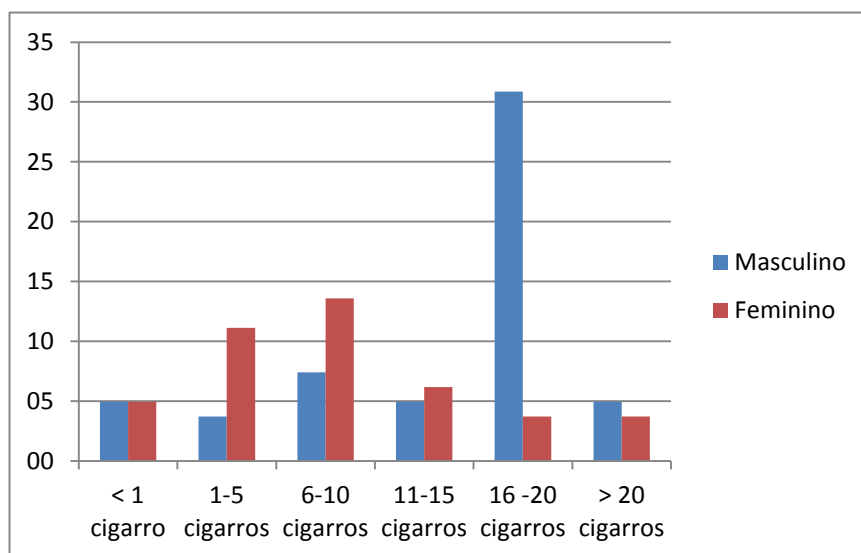


FIGURA 44: Frequência do consumo de tabaco por género (%)

Para uma frequência de consumo de tabaco leve, as mulheres são as que apresentam uma maior percentagem (30%), para o consumo de tabaco moderado são os homens a ostentar um valor mais elevado (36%) assim como para o consumo de tabaco pesado (4,9%) (FIGURA 44 E QUADRO 10).

QUADRO 10: Níveis de exposição dos colaboradores à poluição tabágica

NÍVEIS DE MONÓXIDO DE CARBONO NOS PULMÕES					
Designação	Valores	Fumador		Não Fumador	
		n	%	n	%
Não Fumador	<i>0 - 6 ppm</i>	0	0,0	61	33,9
Fumador Leve	<i>7 - 10 ppm</i>	33	18,3	20	11,1
Fumador Moderado	<i>11- 20 ppm</i>	41	22,8	15	8,3
Fumador Pesado	<i>> 20 ppm</i>	7	3,9	3	1,7
<i>Total</i>		<i>81</i>	<i>45</i>	<i>99</i>	<i>55</i>

Em não fumadores, a concentração aceitável de monóxido de carbono varia entre os 0 e os 6 ppm, considerando a poluição ambiental. Em fumadores leves a concentração varia entre os 7 e os 10 ppm, em fumadores moderados varia entre os 11 e os 20 ppm e em fumadores pesados, a concentração é superior a 20 ppm.

Do total de avaliados não fumadores, 18,3% tiveram resultado compatível com o de fumadores leves, 8,3% com o de fumadores moderados e 1,7% indicaram níveis compatíveis com os de fumantes pesados. Os restantes apresentaram níveis normais.

O levantamento apontou ainda para 20,6% dos fumadores que se denominavam “fumadores leves”, 18,3% apresentava os níveis de monóxido de carbono compatíveis com essa realidade e os restantes 2,3% apresentavam níveis de “fumadores moderados”. Relativamente aos fumadores moderados, 22,8% dos indivíduos registam valores entre os 11 e os 20 ppm e 3,9% registam níveis de monóxido de carbono compatíveis com “fumadores pesados”.

Em conclusão, os fumadores passivos estão expostos aos mesmos riscos dos usuários de derivados de tabaco.

Capítulo 6. Exposição de dados referentes aos empregadores

Em seguida serão apresentados os dados recolhidos sobre o consumo de tabaco em ambiente laboral e respectiva influência na produtividade e absentismo laboral, perante a perspectiva dos empregadores terceirenses.

Os dados foram recolhidos tendo em conta a aplicação da entrevista apresentado no Ponto 4.2.2. *Construção de Entrevista para empregadores*, constante do ANEXO 2 do presente estudo e que dele faz parte integrante.

A imagem seguinte apresenta a percentagem de empregadores inquiridos tendo em conta dos sectores de actividade anteriormente definidos (FIGURA 45).

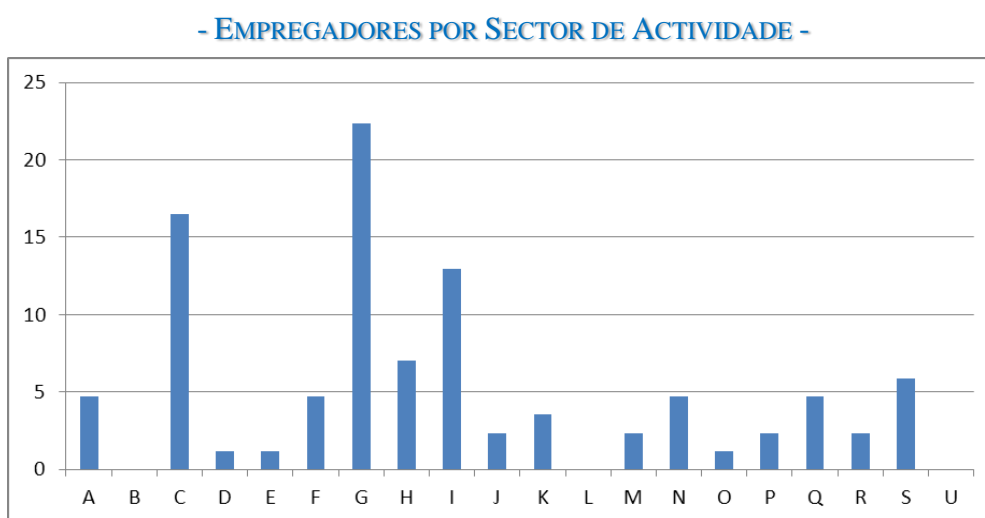


FIGURA 45: Percentagem de empregadores por sector de actividade (%)

6.1. Caracterização da amostra

A amostra de empregadores é constituída por 85 indivíduos, distribuídos por faixa etária e por género de acordo com o exposto no QUADRO 11 e FIGURA 46.

QUADRO 11: Distribuição dos empregadores por faixa etária

EMPREGADORES POR FAIXA ETÁRIA		
	n	%
< 25 anos	1	1,2
25 a 34 anos	9	10,6
35 a 44 anos	36	42,4
45 a 54 anos	28	32,9
45 a 64 anos	11	12,9
> 65 anos	0	0
<i>Total</i>	<i>85</i>	<i>100</i>

A maior proporção de inquiridos situa-se na faixa etária dos 35 aos 44 anos (42,4%), seguindo-se a dos 45 aos 54 anos (32,9%) (QUADRO 11).

- EMPREGADORES SEGUNDO A IDADE E O GÉNERO ---

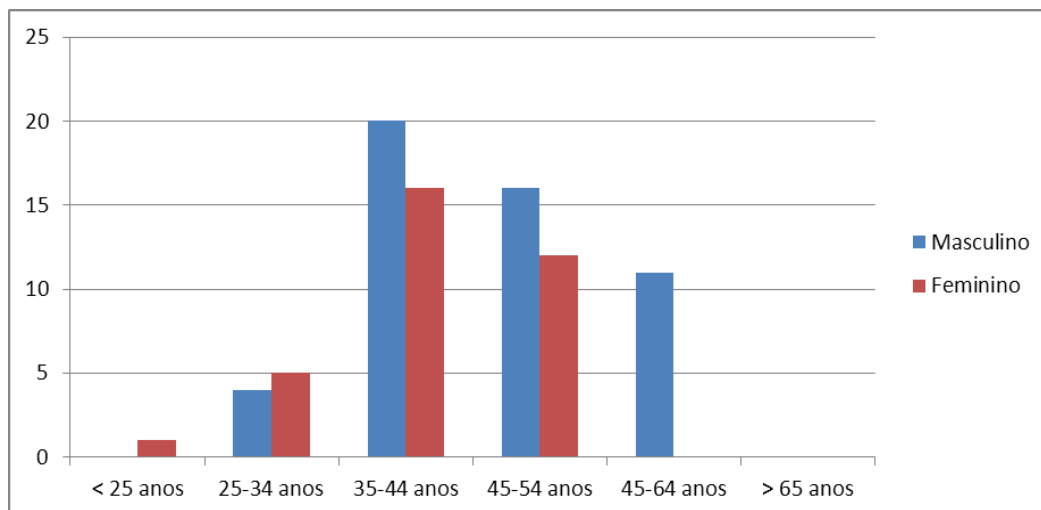


FIGURA 46: Distribuição da amostra de empregadores por idade e género (%)

Segundo o género, participaram no estudo 40% de empregadores do sexo feminino e 60% de empregadores do sexo masculino.

QUADRO 12: Distribuição dos empregadores por escolaridade

EMPREGADORES POR ESCOLARIDADE		
	n	%
Ensino Primário	6	7,1
Ensino Básico	17	20,0
Ensino Secundário	29	34,1
Licenciatura	31	36,5
Pós graduação	2	2,4
Mestrado	0	0
Doutoramento	0	0
Outro	0	0
<i>Total</i>	<i>85</i>	<i>100</i>

A maioria dos empregadores inquiridos são licenciados (36,5 %) ou tem o ensino secundário (34,1%), segundo o QUADRO 12.

- EMPREGADORES POR CARGO E TEMPO DE OCUPAÇÃO DO MESMO -

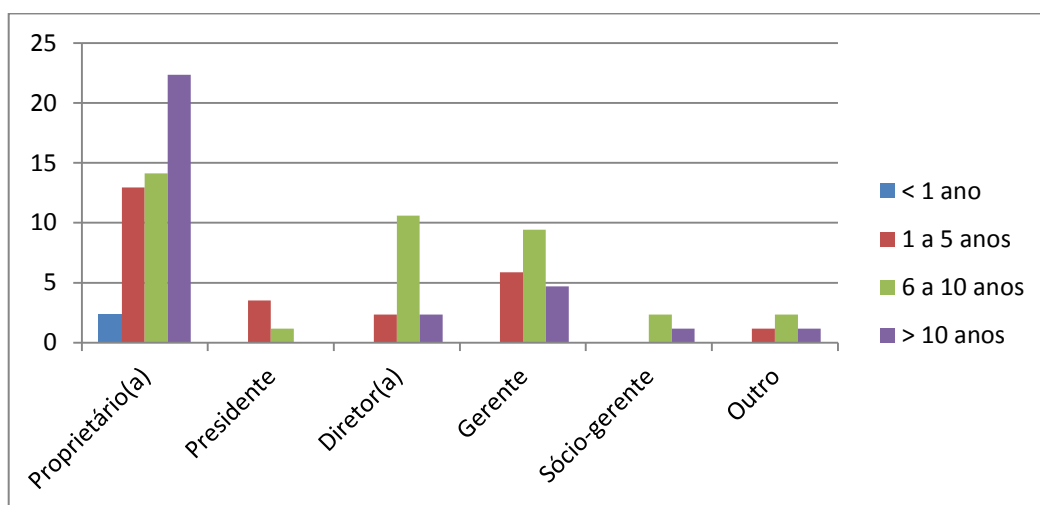


FIGURA 47: Empregadores por cargo e por tempo de ocupação do mesmo (%)

A amostra de empregadores engloba sobretudo proprietários de empresas, que existem no mercado, maioritariamente, há mais de dez anos FIGURA 47.

QUADRO 13: Número de Funcionários por empresa

NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS		
	n	%
< 10 pessoas	42	49,4
10 a 30 pessoas	23	27,1
31 a 50 pessoas	10	11,8
51 a 100 pessoas	8	9,4
> 100 pessoas	2	2,4
<i>Total</i>	<i>85</i>	<i>100</i>

Segundo o QUADRO 13, 49,4% dos empregadores pertencentes ao nosso estudo são responsáveis por empresas com um número inferior a 10 trabalhadores, sendo que apenas 2,4 % das empresas tem um número superior a 100 colaboradores.

- EMPRESAS COM SERVIÇOS DE SST -

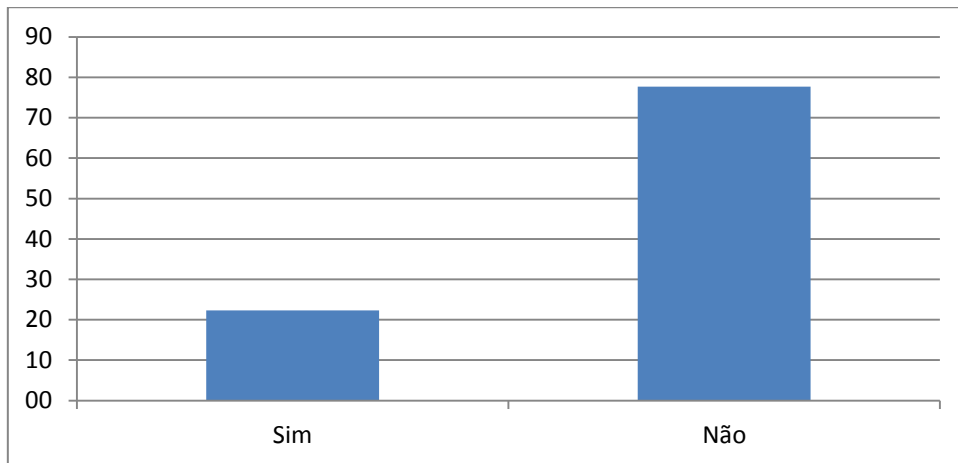


FIGURA 48: Existência de serviços de SST nas empresas (%)

Apenas 22,4 % das empresas inquiridas tem ao seu dispor serviços de Segurança e Saúde no Trabalho (SST) (FIGURA 48).

6.2. Conhecimento da Lei do Tabaco

É importante compreender qual o grau de conhecimento da referida Lei, dado que esta faz parte de um dos diplomas referentes à protecção da segurança e saúde dos trabalhadores.

- QUESTÃO 9 -

Sabe do que se trata a Lei 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco)?

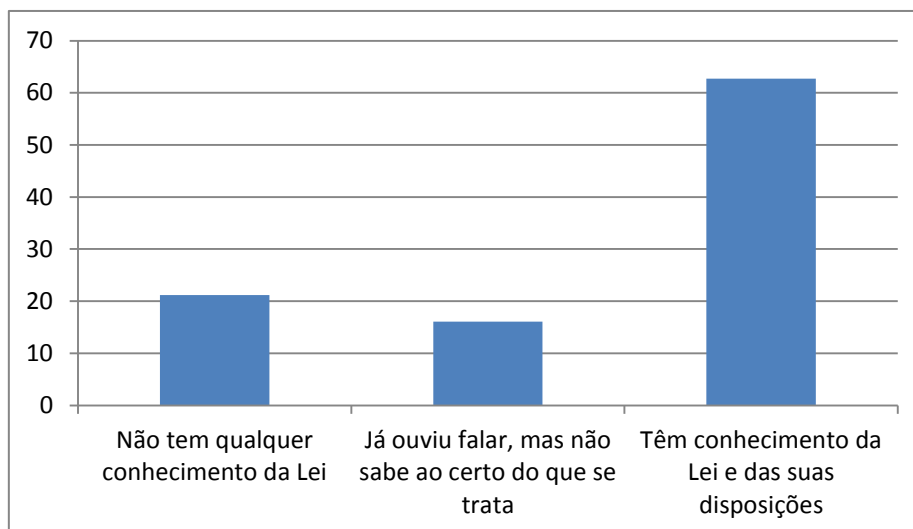


FIGURA 49: Conhecimento da Lei do Tabaco, por parte dos empregadores (%)

Dos inquiridos, apenas 62,70% dos empregadores tem conhecimento do conteúdo da Lei do Tabaco, 21,2% “já ouviu falar” e 16,2% não sabe do que trata este diploma, o que significa que em termos efectivos 37,3% desconhece as suas disposições (FIGURA 49).

Após a aplicação desta pergunta aos empregadores, era-lhes explicado resumidamente em que consistia a Lei do Tabaco e quais as suas disposições mais importantes. Procedeu-se desta forma, para compreender a existência de uma preocupação por parte dos empregadores em salvaguardar a saúde dos colaboradores, através da limitação da exposição involuntária ao fumo do tabaco, mesmo desconhecendo as normas legislativas. Apesar de ser fundamental o conhecimento da legislação em matéria de saúde e segurança no trabalho, a realidade é que a maioria dos empregadores não tem qualquer sensibilidade para esse facto e desconhece por completo a existência de diplomas que protegem deste e de outros malefícios. Importa referir que, o desconhecimento da lei não implica necessariamente que não sejam aplicadas medidas preventivas em diversas áreas.

- QUESTÃO 10 -

Enquanto empregador, quando a Lei do Tabaco entrou em vigor, implementou na sua empresa, medidas no sentido da prevenção do tabagismo?

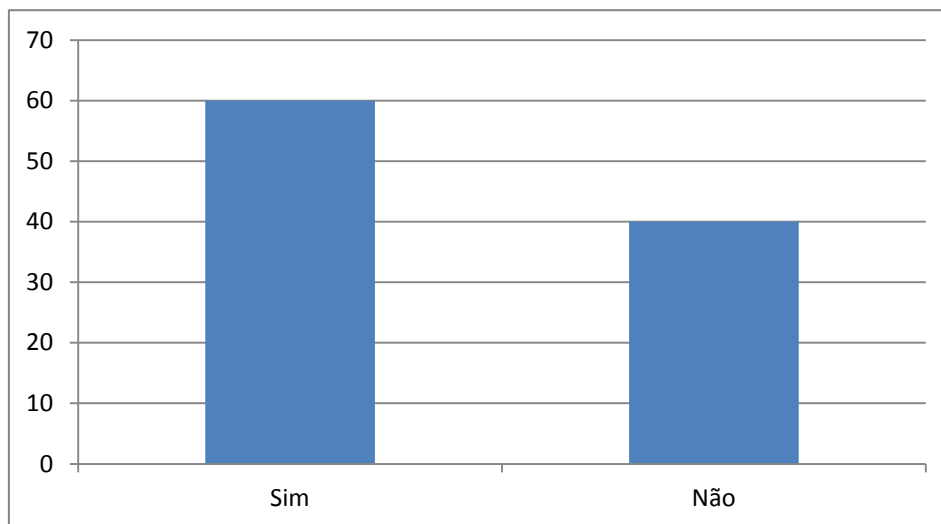


FIGURA 50: Implementação de medidas para prevenção do tabagismo (%)

Da nossa amostra, 60% dos empregadores admite ter implementado na sua empresa medidas de prevenção do tabagismo (FIGURA 50), tais como publicação da legislação em matéria da exposição involuntária ao fumo do tabaco (33%), disponibilização de

informação quanto aos danos provocados pelo tabagismo (60%), implementação da proibição total de fumar nos locais de trabalho (58%) e definição de áreas para consumo de tabaco (60%) (QUADRO 14).

QUADRO 14: Medidas de prevenção tabágica, implementadas pelos empregadores

MEDIDAS PREVENÇÃO TABAGISMO	
	EM 60%
Publicação legislação	33,1
Disponibilização de informação	60
Proibição fumar no local de trabalho	55,6
Implementação de áreas para consumo de tabaco	60

- QUESTÃO 11 -

São aplicadas sanções no caso do incumprimento das medidas?

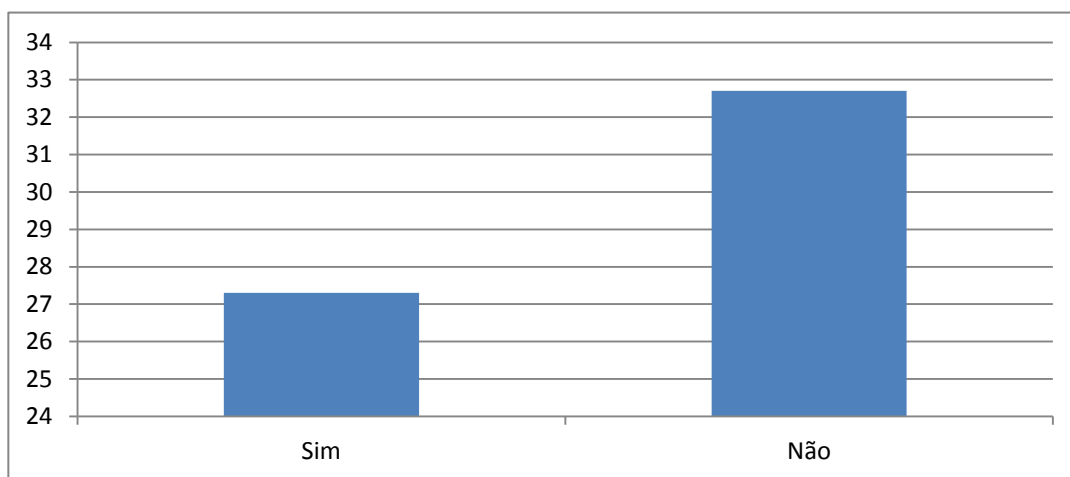


FIGURA 51: Aplicação de sanções devido ao incumprimento das medidas impostas (%)

À questão nº 11 “São aplicadas sanções no caso do incumprimento das medidas? Que tipo de sanções?” 27,3% dos empregadores responde “sim” e 32,7% responde “não” (FIGURA 51). Nas empresas pertencentes ao nosso estudo as sanções aplicadas relacionam-se essencialmente com punições relativas aos dias de trabalho, sendo estas apenas aplicadas em caso dos colaboradores, após 3 chamadas de atenção, continuarem a desrespeitar as medidas impostas no que concerne ao consumo de tabaco em ambiente laboral (QUADRO 15).

QUADRO 15: Sanções referentes ao incumprimento da proibição de fumar em local de trabalho

SANÇÕES INCUMPRIMENTO PROIBIÇÃO DE FUMAR (aplicáveis apenas após 3 chamadas de atenção)	
	Perca de meio dia de trabalho
	Perca de um dia de trabalho
	Perca de mais de um dia de trabalho

Segundo indicação dos empregadores, verificaram-se poucos casos em que fosse necessário a aplicação das sanções acima referidas, não havendo registos de ausência dos colaboradores por mais do que um dia de trabalho.

QUADRO 16: Aceitabilidade dos colaboradores perante as medidas de prevenção do tabagismo impostas

ACEITABILIDADE MEDIDAS PREVENÇÃO TABAGISMO	
	%
Verificou-se alguma resistência em fazer cumprir as novas medidas	19,1
Aceitaram na altura, mas agora não cumprem	9,3
Aceitaram e cumprem as medidas	31,6
<i>Total</i>	<i>60</i>

Quando se trata de mudanças, existe sempre alguma resistência por parte dos colaboradores. Após a implementação das medidas de prevenção do tabagismo (em apenas 60% das empresas inquiridas), algumas empresas verificaram alguma dificuldade em implementar as novas medidas (19,1%), outras inicialmente não encontraram dificuldades, mas entendem que actualmente os colaboradores não respeitam totalmente as medidas impostas (9,3%) e outras referem que houve uma boa aceitação por parte dos colaboradores (31,6%) (QUADRO 16).

6.3. Percepção dos consumos de tabaco na empresa

O QUADRO 17, apresenta o nível de proporção média relativa à quantidade de fumadores existentes.

QUADRO 17: Fumadores nas empresas, segundo os empregadores

FUMADORES NA EMPRESA		
	n	%
< 25 % Fumadores	15	17,6
25-50 % Fumadores	37	43,5
51-75 % Fumadores	20	23,5
75-100 % Fumadores	13	15,3
<i>Total</i>	<i>85</i>	<i>100</i>

De acordo com os dados recolhidos, 17,6% dos empregadores julga que a sua empresa tem menos de 25% de fumadores, 43,5% entende que existem cerca de 25% a 50% de fumadores, 23,5% tem a percepção que existem entre 51 a 75% de fumadores e 15,3 avalia a percentagem de fumadores da sua empresa entre os 75 e os 100%.

6.4. Influência dos consumos de tabaco na produtividade

Neste ponto iremos inferir sobre a percepção que o empregador tem referente ao facto do consumo de tabaco afectar a produtividade.

QUADRO 18: Número de pausas por horário de trabalho

NÚMERO DE PAUSAS POR HORÁRIO LABORAL		
	n	%
Nenhuma	0	0,0
Uma de manhã ou uma de tarde	0	0,0
Uma de manhã e uma de tarde	61	71,8
As que quiserem	9	10,6
Outro	15	17,6
<i>Total</i>	<i>85</i>	<i>100</i>

De acordo com o QUADRO 18, são permitidas maioritariamente 2 pausas ao longo do horário laboral, geralmente uma de manhã e uma de tarde (71,8%), 10,6 dos empregadores dizem ser possível efectuar tantas pausas quanto os colaboradores o

desejarem e 17,6% dizem que é possível efectuar duas pausas no período da manhã e duas pausas no período da tarde. De salientar que alguns dos empregadores inquiridos tem empresas cujo regime de trabalho é efectuado por turnos, a situação acima referida também é valida para estes casos, conforme o horário laboral seja efectuado. A duração das pausas é em média de 10 minutos.

- QUESTÃO 15 -

Na sua opinião, quem sente maior necessidade de fazer pausas durante o horário laboral?

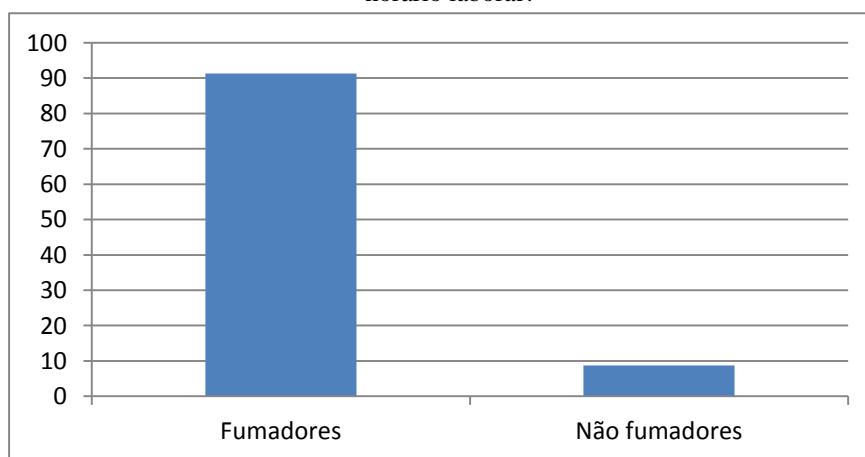


FIGURA 52: Percepção dos empregadores relativamente a quem realiza um maior número de pausas (%)

De acordo com a FIGURA 52, 91,3% dos inquiridos admite que são os fumadores que sentem maior necessidade de fazer pausas durante o horário laboral.

- QUESTÃO 16 -

Na sua opinião, o facto de ser fumador, influencia a produtividade dos colaboradores?

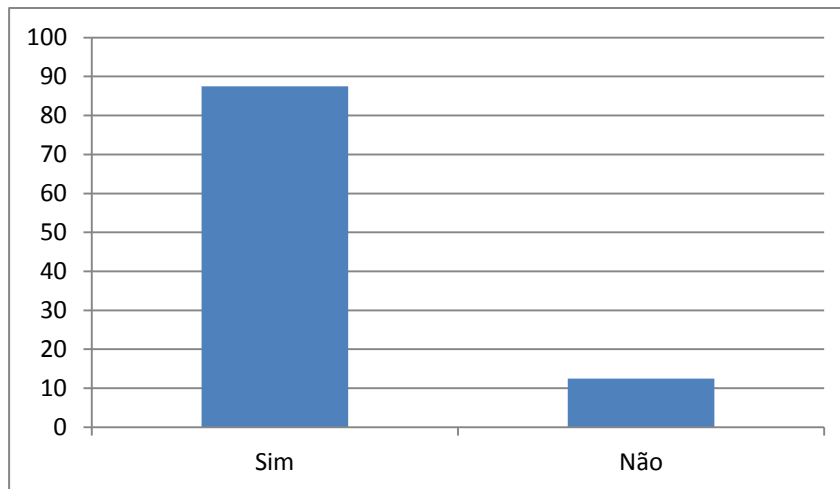


FIGURA 53: Percepção dos empregadores relativamente a que grupo (fumadores ou não fumadores) realiza um maior número de pausas (%)

Como seria expectável, a maioria dos empregadores entende que o facto de ser fumador influencia a produtividade dos colaboradores (87,5%), por isso muitos deles implementaram medidas de prevenção do tabagismo de forma a tentar atenuar esta situação, pois tem noção que dias mais movimentados, situações mais conflituosas entre colegas e entre clientes e outras situações de carácter profissional ou pessoal, têm uma influência muito directa nos consumos de tabaco dos colaboradores.

6.5. Influência dos consumos de tabaco na saúde

QUADRO 19: Taxa de absentismo da empresa

TAXA DE ABSENTISMO DA EMPRESA		
	n	%
0%	9	10,6
1 a 20%	58	68,2
21 a 40%	11	12,9
41 a 60%	7	8,2
61 a 80%	0	0
81 a 100%	0	0
<i>Total</i>	<i>85</i>	<i>100</i>

De acordo com o exposto no QUADRO 19, 10,6% das empresas não registam qualquer tipo de absentismo, enquanto que 89,4% registam absentismo laboral em diferentes percentagens, nomeadamente: 68,2 % registam um absentismo entre 1 a 20%, 12,9% registam um absentismo entre 21 a 40% e 8,2% entre os 41 a 60%.

- QUESTÃO 18 -

De uma forma geral, o maior absentismo laboral é registado por fumadores ou não fumadores?

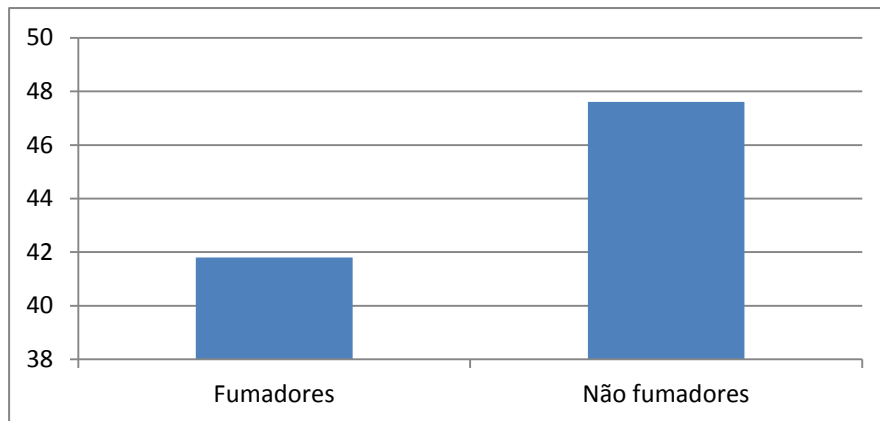


FIGURA 54: Absentismo laboral registado

Relativamente à questão nº 18 da entrevista e tendo em conta os dados do quadro anterior conclui-se que o maior número de absentismo laboral registado é por parte dos fumadores (41,8%), contudo existe pouca divergência relativamente à percentagem de absentismo por parte dos não fumadores (47,6%).

- QUESTÃO 19 -

Normalmente, qual é a duração do absentismo laboral?

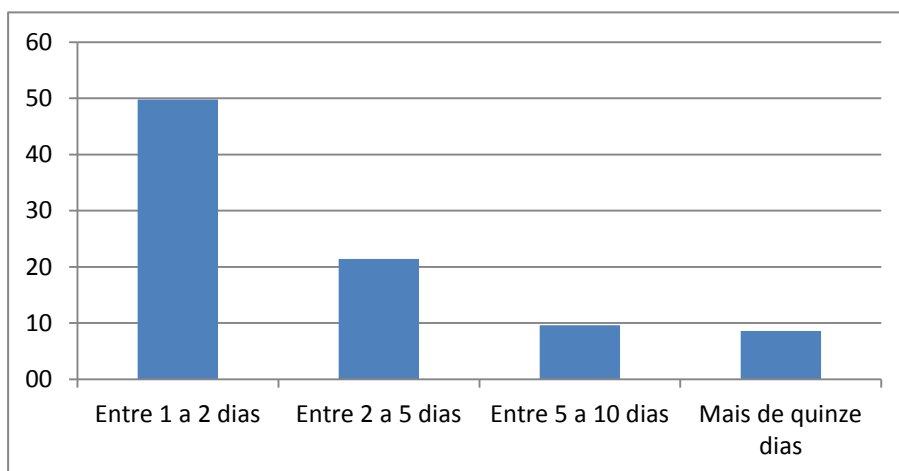


FIGURA 55: Duração aproximada do absentismo laboral

De uma forma geral, nas empresas em que foi registado absentismo laboral (em 89,4% das empresas inquiridas), a duração do absentismo é normalmente de 1 a 2 dias (49,8%). Seguindo-se a duração de 2 a 5 dias (21,4%), 5 a 10 dias (9,6%) e mais de quinze dias (8,6%).

- QUESTÃO 20 -

Acha que o absentismo laboral registado, pode estar directamente relacionado com o consumo de tabaco?

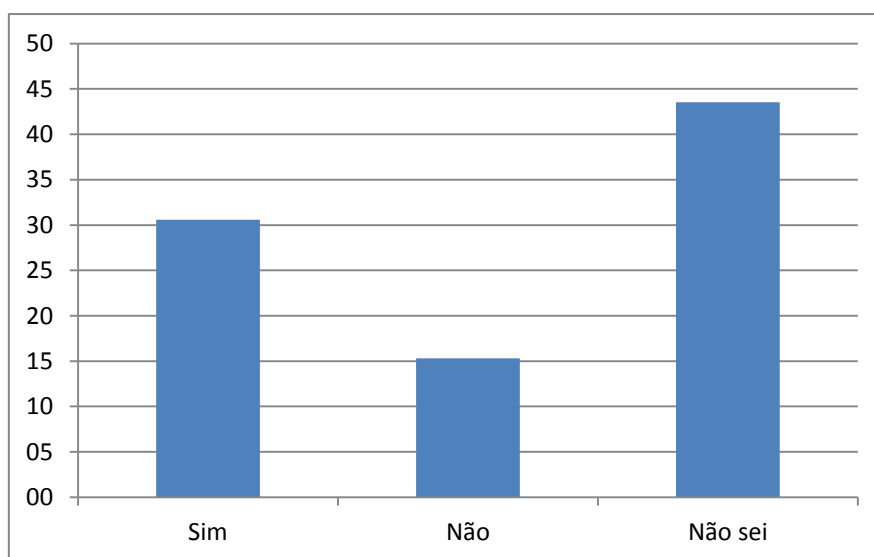


FIGURA 56: Percepção dos empregadores relativamente à relação absentismo laboral e consumo de tabaco (%)

Alguns empregadores reconhecem que o consumo de tabaco e o absentismo laboral estão directamente relacionados (30,6%), outros acham que não existe uma relação causal (15,3%) e 43,5% dos empregadores não sabe se existe relação ou não (FIGURA 56).

QUADRO 20: Motivos apresentados como justificativo para o absentismo laboral

MOTIVOS ASSOCIADOS AO ABSENTISMO LABORAL
Doenças (inclui doenças de carácter físico e psicológico)
Acidentes
Assistência a familiar com doente ou acidentado

6.6. Consumo de tabaco e saúde pública

- QUESTÃO 22 -

Na sua empresa existe sinalização referente à interdição ou condicionamento de fumar, de acordo com o nº1 do artigo nº6 da Lei do Tabaco?

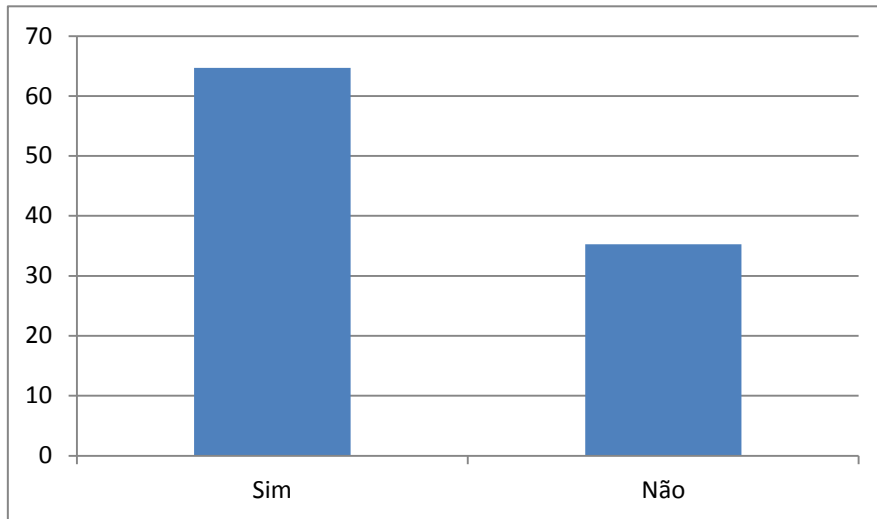


FIGURA 57: Existência de sinalização referente à interdição ou condicionamento de fumar na empresa (%)

Dos empregadores inquiridos, 64,7% admite ter sinalização referente à interdição ou condicionamento de fumar, de acordo com o estipulado na Lei do Tabaco, enquanto os restantes 35,3% diz não ter qualquer tipo de sinalização.

- QUESTÃO 23 -

Na sua empresa existe um local destinado ao consumo de tabaco?

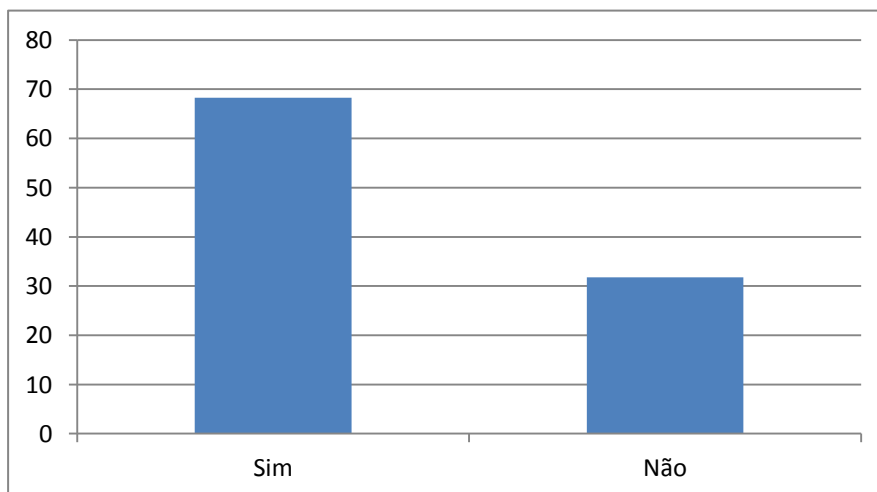


FIGURA 58: Existência de local destinado ao consumo de tabaco na empresa

À pergunta nº 23 “Na sua empresa, existe um local destinado ao consumo de tabaco”, 68,3% dos inquiridos responde “sim” e 31,8% responde “não”. No seguimento desta questão, pede-se aos empregadores que seleccionem a opção que melhor descreve a área, sendo que 58,9% dos empregadores afirma que o local destinado ao consumo de tabaco localiza-se junto a portas, janelas ou saídas de ar, enquanto 9,4% dos inquiridos afirma que o espaço localiza-se no interior e encontra-se sinalizado para o efeito.

QUADRO 21: Características do local de consumo de tabaco

CARACTERÍSTICAS DO ESPAÇO DESTINADO AO CONSUMO DE TABACO		
	n	%
Encontra-se separado fisicamente das restantes instalações e possui um sistema de ventilação	0	0,0
Localiza-se junto a portas, janelas ou saídas de ar	50	58,9
Espaço interno que garante ventilação directa para o exterior	0	0,0
Espaço interno devidamente sinalizado para o efeito	8	9,4
<i>Total</i>	<i>58</i>	<i>68,3</i>

- QUESTÃO 24 -

Este local encontra-se sinalizado para o efeito, de acordo com o nº 2 do artigo nº 6 da Lei do Tabaco?

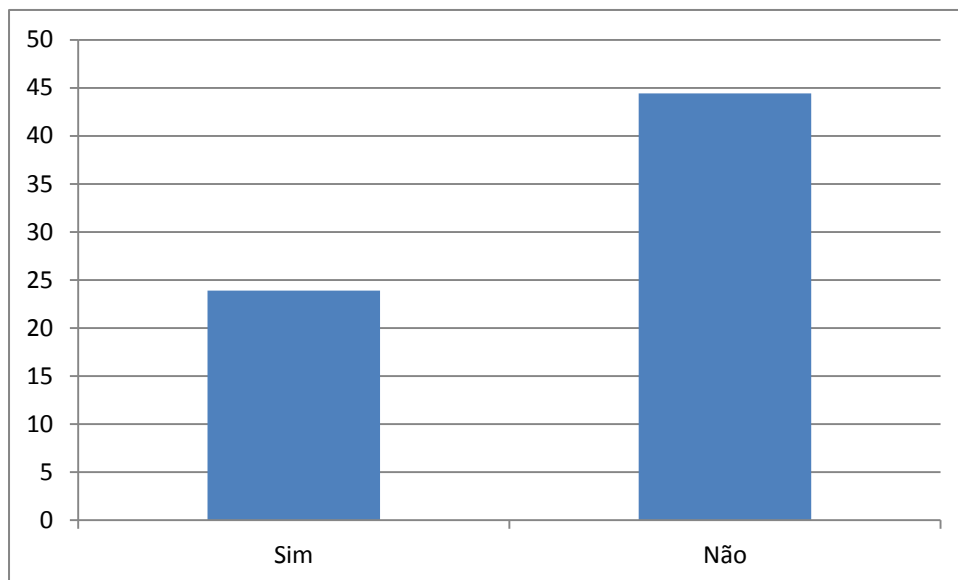


FIGURA 59: Existência de sinalização referente à permissão de fumar em determinada área da empresa (%)

Das 68,3% empresas que têm um espaço destinado ao consumo de tabaco, apenas 23,9% tem esse espaço devidamente sinalizado de acordo com a legislação vigente em matéria da exposição involuntária ao fumo do tabaco.

PARTE IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES GERAIS

Capítulo 7. Discussão dos resultados e conclusões gerais

A promoção da segurança e saúde do trabalho é uma abordagem relativamente recente, que introduz uma perspectiva inovadora e integrada do conceito de saúde. Dá particular enfoque aos estilos de vida saudáveis e responsabilidade individual na manutenção da saúde. Neste quadro conceptual, a responsabilidade das organizações para garantir a segurança e saúde dos seus trabalhadores não se pode limitar aos tradicionais exames de vigilância da saúde, deve dar-se particular interesse aos problemas como o consumo de álcool e drogas, o consumo de tabaco, a alimentação desequilibrada, entre outros que se verifiquem pertinentes.

O empregador deve zelar de forma continuada e permanente, pelo exercício da actividade em condições de segurança e saúde para o trabalhador, tendo em conta o exposto no nº 2 do artigo 15º (Obrigações gerais do empregador) da Lei nº 102/2009, de 10 de Setembro. O mesmo diploma define que é obrigação do colaborador cumprir com as prescrições de segurança e saúde no trabalho estabelecidas nas disposições legais e em instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho, bem como as instruções determinadas com esse fim pelo empregador, segundo o nº 1 do artigo 17º (Obrigações gerais do trabalhador).

A prevenção deve ser gerida nos locais de trabalho, em função de todos os intervenientes, incluindo trabalhadores independentes e empresas subcontratadas, no sentido de privilegiar as medidas para eliminação do risco. Assim os empregadores têm como encargo, a promoção de programas relacionados à segurança e saúde do trabalhador como campanhas educativas que demonstrem os efeitos nocivos do tabagismo.

O colaborador deve ter um papel activo na promoção da segurança e saúde no trabalho, evitando a adopção de comportamentos de risco, nomeadamente no que respeita ao nível dos consumos de tabaco, álcool e outras substâncias. Trabalhar sob a influência de substâncias como o tabaco e conjugar isso com a tipologia do trabalho, ritmos e

cadências, trabalho por turnos, *stress*, entre outros, pode gerar uma diminuição da qualidade de vida e da própria produtividade.

Os resultados obtidos irão possibilitar, de uma forma geral, o conhecimento da prevalência do comportamento de risco relacionado com o consumo de tabaco dos colaboradores, assim como a percepção de saúde e risco por parte de todos os intervenientes da empresa, empregadores e colaboradores, contribuindo desta forma para o aumento/reforço da sensibilização das entidades, para a promoção de acções e actividades que levem os seus trabalhadores a adoptarem estilos de vida que se reflectam positivamente na sua saúde e bem-estar. É importante referir que todas as intervenções e investimentos feitos nesta área, reverterão, num futuro próximo, em ganhos na saúde da população trabalhadora que se repercutirão de forma positiva na produtividade e no bem-estar social.

Este estudo caracterizou a população terceirense quanto ao consumo e exposição ao tabaco utilizando alguns instrumentos de recolha de dados criados para o efeito, nomeadamente questionário para colaboradores, entrevista para empregadores e aparelho “smokerlyser”.

Os inquiridos foram agrupados por sector de actividade e por faixa etária, de forma a se obter uma amostra estratificada da população geral. A proporção mais elevada de inquiridos situa-se nas actividades G (26,1 % comércio e reparação de veículos automóveis), F (16,1% construção) e C (11,1 indústrias transformadoras).

Relativamente aos empregadores entrevistados verificou-se que da totalidade (n=85), 60% é do sexo masculino e 40% do sexo feminino, sendo a faixa etária dos 45 aos 54 anos a mais representativa. No que respeita ao nível de ensino, a maior proporção é verificada para o nível de ensino correspondente à licenciatura. Na grande maioria, trata-se de proprietários de empresas que funcionam há mais de 10 anos. Importa referir que dos entrevistados, apenas uma pequena percentagem tem ao seu dispor serviços de segurança e saúde no trabalho, apesar da legislação (Lei 102/2009, de 10 de Setembro) ser clara na medida em que define como contra - ordenação grave a violação do disposto no nº 2 do artigo 101º (Garantia mínima de funcionamento do serviço de segurança no trabalho), que define:

- Em estabelecimento industrial — até 50 trabalhadores, um técnico, e, acima de 50, dois técnicos, por cada 1500 trabalhadores abrangidos ou fracção, sendo pelo menos um deles, técnico superior (alínea a);
- Nos restantes estabelecimentos — até 50 trabalhadores, um técnico, e, acima de 50 trabalhadores, dois técnicos, por cada 3000 trabalhadores abrangidos ou fracção, sendo pelo menos um deles, técnico superior (alínea b);

O mesmo diploma também define como contra - ordenação grave a violação do disposto no nº 2 do artigo 105º (Garantia mínima de funcionamento do serviço de saúde no trabalho), que define:

- Em estabelecimento industrial ou estabelecimento de outra natureza com risco elevado, pelo menos uma hora por mês por cada grupo de 10 trabalhadores ou fracção (alínea a);
- Nos restantes estabelecimentos, pelo menos uma hora por mês por cada grupo de 20 trabalhadores ou fracção (alínea b);

A maior percentagem de colaboradores (51,1%) e de empregadores (62,7%) afirma saber do que se trata a Lei do Tabaco, sendo que a grande maioria dos colaboradores concorda com as suas disposições.

Na análise dos dados a prevalência de fumadores na amostra de colaboradores definida é de 45%, sendo que o sexo masculino revelou uma prevalência mais elevada (25,6%) do que o sexo feminino (19,4%).

É de referir que a proporção mais elevada de fumadores encontra-se entre os 45 e os 54 anos, tendo a segunda maior prevalência sido observada entre os 25 e os 34 anos. De referir que no que concerne às freguesias onde se situam os locais de trabalho, a maior percentagem de fumadores é registada na freguesia do Cabo da Praia, seguindo-se Santa Cruz e São Mateus.

A maior fracção de fumadores (52,6%) possui, em média, um nível de instrução referente ao ensino primário. Nota-se que à medida que aumenta o nível de instrução, diminui o número de fumadores.

A quantidade média de cigarros consumidos por dia varia entre 6 a 10 para o sexo feminino (31,4%) e 16 a 20 para o sexo masculino (54,3%). Aproximadamente 17,2% dos fumadores fuma mais durante o horário laboral, sendo a principal causa para acender o cigarro o nervosismo (8,3%), seguindo-se o *stress* (3,3%).

Dos empregadores entrevistados, cerca de 43,5% admite que a sua empresa tem uma grande percentagem de fumadores, sendo a maior proporção registada entre os 25 a 50% de fumadores. Estes valores mostram a necessidade de se implementarem medidas de prevenção tabágica, no sentido de proteger a saúde dos fumadores passivos e activos.

Um estudo recente do Conselho Nacional para a Prevenção do Tabagismo (CNPT) concluiu que o tabagismo afecta, de forma directa, a produtividade, pois um fumador faz, em média, 80 minutos de pausas diárias para fumar. Assim, num dia de trabalho, um trabalhador que fume um maço de tabaco por dia faz, em média, cerca de 8 pausas de 10 minutos num dia de trabalho de oito horas, o equivalente a cerca de 16% das horas de trabalho. É inegável que o acto de fumar, dentro do horário laboral, prejudica a produtividade dos colaboradores, porque este necessita de realizar gestos, sendo que a execução do trabalho é claramente afectada.

O nosso estudo relativamente à influência dos consumos de tabaco na produtividade, conclui que um fumador faz, em média, 5 pausas de 10 minutos, perfazendo um total de 50 minutos de pausas diárias para fumar. De salientar que os empregadores estipulam em média 20 minutos de pausas diárias, por dois períodos de 10 minutos. Isto significa que o colaborador que fuma faz, em média, mais 30 minutos de pausa do que o permitido. Os trabalhadores não fumadores têm legitimidade para protestarem contra essa "regalia extra", podendo causar conflitos desnecessários no local de trabalho.

Cerca de 87.5% dos empregadores inquiridos admite que o facto de ter ao seu serviço colaboradores que fumam, prejudica a produtividade, pois estes sentem uma necessidade enorme de efectuar pausas para satisfazer o vício. Mais grave do que o

número de pausas, é efectuar o serviço ao mesmo tempo que fuma pois, consoante a actividade em questão, a saúde e segurança do próprio individuo e de terceiros coloca encontra-se risco.

Relativamente aos efeitos da entrada em vigor da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto nos consumos de tabaco em meio laboral, conclui-se que a maior proporção dos consumos manteve-se inalterada (28,2%). Cerca de 11,1% dos colaboradores admitiu ter diminuído os seus consumos, enquanto 5% manifestou ter aumentado.

Cerca de 38,8% dos colaboradores admite que o cigarro já lhes causou problemas de saúde, sendo que 11,1% teve de ausentar-se do local de trabalho por este motivo, em média por aproximadamente 1 a 2 dias. Relativamente aos níveis de mortalidade registados na empresa, ainda não existem dados suficientemente concretos para inferir sobre a relação causal fumador activo ou fumador passivo e taxa de mortalidade. Este facto deve-se essencialmente à exposição ao fumo do tabaco trazer consequências à saúde dos indivíduos, a médio e longo prazo, não se fazendo ainda a associação entre um factor e o outro. Relativamente ao parecer dos empregadores sobre o consumo de tabaco e o absentismo laboral, 30,6% reconhece existir uma relação causal entre esses dois factores tendo a maioria dos inquiridos registado algumas situações desse género.

Dos empregadores e colaboradores inquiridos, 64,7% admite ter sinalização referente à interdição ou condicionamento de fumar, de acordo com o estipulado na Lei do Tabaco, enquanto os restantes 35,3% diz não ter qualquer tipo de sinalização.

Aproximadamente 64,7% dos empregadores inquiridos afirma que na sua entidade existe um local destinado ao consumo de tabaco. Enquanto isso apenas 24,4% dos colaboradores pertencentes à amostra afirma existir um espaço destinado para esse efeito. Em ambos os casos quando se questiona relativamente às características do espaço, uma grande percentagem assume que o espaço se situa na rua junto a portas de acesso ao estabelecimento. Ora basta estar uma pessoa a fumar do lado de fora, junto a uma porta de serventia, para aumentar o nível de exposição ao fumo de quem está no interior e de quem tem que se deslocar várias vezes através desse espaço.

A população activa da Ilha Terceira, considera que fumar faz mal para a saúde, sendo que a grande maioria dos inquiridos (91,7%) concorda inteiramente com esta afirmação (38,8% fumadores e 52,7% não fumadores). Os restantes concordam apenas em parte (6,1% fumadores e 2,2% não fumadores).

As interpretações que o indivíduo tem sobre o seu próprio estado de saúde são parte integrante do processo de saúde da pessoa (Reis, 1999). O procedimento de interpretar e de dar um significado à saúde, é um processo independente, embora se enquadre no âmbito de uma cultura organizacional, como é o caso do local de trabalho.

Relativamente aos níveis de monóxido de carbono nos pulmões da nossa amostra, do total de avaliados não fumadores, 18,3% tiveram resultado compatível com o de fumadores leves, 8,3% com o de fumadores moderados e 1,7% indicaram níveis compatíveis com os de fumantes pesados. Esta situação é muito preocupante, dado que estes indivíduos estão expostos aos mesmos riscos que os fumadores, embora não tenham esse comportamento de risco.

Os trabalhadores associados ao sector de actividade I: Alojamento, restauração e similares (8,9%) convivem diariamente com a exposição involuntária ao fumo do tabaco, sendo que os níveis de monóxido de carbono expirados após 8 horas de trabalho por dia, serão bastante elevados, pois são muito poucos os estabelecimentos que cumprem com a legislação em vigor e ainda menores os estabelecimentos que estabelecem áreas para clientes fumadores e não fumadores.

Os resultados relativos ao comportamento dos fumadores na presença de outras pessoas revelaram que 43,3% dos colaboradores encontra-se raramente exposto ao fumo do tabaco, 33,3% ocasionalmente, 18,8% frequentemente e 4,44% sempre, sendo o sector G (26,1% comércio e reparação de veículos) o que apresenta uma maior proporção de colaboradores expostos. Existe hoje a evidência científica de que as pessoas expostas, de forma crónica ao fumo passivo, têm uma maior probabilidade de vir a contrair cancro do pulmão, doenças cardiovasculares, bem como diversas patologias respiratórias de natureza aguda e crónica.

São ainda muito poucos os que conseguem ver as consequências do tabagismo como um problema de saúde pública, uma vez que as doenças causadas pelo tabagismo causam afastamento do emprego diminuindo a produção, causam internações em hospitais públicos, causam reformas precoces, mortes prematuras, entre outros. Diz-se que fumar é um direito individual, contudo deixa de individual quando o ato prejudica terceiros.

Em termos legislativos, é proibido o uso de cigarros em ambiente laboral. Assim, o colaborador não fumador encontra-se no direito de exigir do empregador que tais condições sejam garantidas, podendo até, uma vez comprovado doenças cancerígenas desenvolvidas pelo tabagismo no ambiente de trabalho, reivindicar indemnização pelo dano causado.

De acordo com os dados recolhidos tendo em conta os colaboradores, 39,4% das empresas implementaram medidas de prevenção do tabagismo após a entrada da Lei do Tabaco.

Habitualmente em todas as mudanças efectuadas numa empresa, tende a existir alguma resistência por parte dos colaboradores relativamente à aceitação das mesmas. As medidas implementadas após a entrada da Lei nº37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco) não são excepção. Num primeiro momento é natural que o colaborador que seja fumador, critique as normas impostas pela empresa, alegando o direito à liberdade. Contudo a longo prazo, pode comprovar-se o benefício destas normas na saúde dos próprios trabalhadores.

Das medidas implementadas as mais salientadas foram a publicação da Lei do Tabaco em local de acesso geral para conhecimento de todos e proibição de fumar no local de trabalho. É curioso percebermos a dispersão entre a percepção dos colaboradores e a dos empregadores. Segundo os dados obtidos através dos questionários colocados aos colaboradores, apenas 39,4% da nossa amostra assume que a entidade onde trabalha, implementou medidas de prevenção tabágica para os colaboradores, enquanto isto 60% dos empregadores diz ter implementado medidas nesse sentido.

Esta foi uma das dificuldades registadas nesse estudo, devido essencialmente à abordagem aos colaboradores e empregadores, pois quando se trata de avaliar a

produtividade e absentismo laboral, todos tem tendência a adoptar uma atitude defensiva com receio que o estudo tenha alguma implicação em termos reais.

Nota-se que as questões de segurança e saúde no local de trabalho ainda são um assunto pouco explorado (apenas 49,9% das entidades tem ao seu dispor serviços de SST), quer por colaboradores, quer por empregadores. É necessário haver uma consciencialização por parte de todos os intervenientes dos seus direitos e deveres. É importante que se mantenham actualizados sobre as disposições legais, de forma a poderem exercer correctamente o seu trabalho e proporcionar uma melhor qualidade de vida a si próprios e a terceiros.

É importante contribuir para as políticas publicas conducentes à avaliação da Lei nº37/2007, de 14 de Agosto e para o seu aprofundamento futuro, nomeadamente no que concerne à sua revisão. A Lei do Tabaco devia ser mais restritiva porque existem várias excepções à lei, proporcionando assim uma maior facilidade no incumprimento da mesma. Na área da restauração, principalmente, existem muitos estabelecimentos que não cumprem claramente a lei. Mas este facto também se deve às autoridades competentes não efectuarem a devida fiscalização aos espaços, deixando assim margem de manobra para os proprietários.

Relativamente à alteração dos consumos de tabaco, o aumento do imposto sobre o tabaco levará certamente à diminuição do consumo, principalmente com a economia actual, mas a crise e o sentimento de stress e preocupação podem levar a que se verifique um aumento.

Parar de fumar diminui o risco de morte prematura. Os ex-fumadores vivem em média mais anos do que os fumadores e reduzem o risco de virem a sofrer de uma doença cardiovascular, de cancro ou de doenças respiratórias graves e incapacitantes.

A indústria tabaco utiliza claramente estratégias de marketing, cada vez mais agressivas, com o intuito de manter os fumadores e para cativar novos clientes, nomeadamente indivíduos jovens e indivíduos do sexo feminino.

É de salientar que os objectivos inicialmente propostos para esse estudo foram cumpridos. Em termos gerais, foi possível compreender o impacto da Lei nº 37/2007, de

14 de Agosto (Lei do Tabaco) no consumo de tabaco em ambiente profissional na Ilha Terceira e a sua relação com a produtividade e absentismo laboral. De uma forma mais específica foi possível conhecer as medidas que os empregadores adoptaram face à implementação do referido diploma, a influência da entrada em vigor da lei nos consumos de tabaco em ambiente laboral, a aceitação por parte dos colaboradores no que se refere ao cumprimento do estipulado na legislação, a influência do consumo de tabaco na produtividade e a influência do consumo de tabaco/exposição ao fumo do tabaco na saúde dos inquiridos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1). J PNEUMOL. Tabagismo entre os médicos do Brasil. Campos HS. 1992.
- (2). World health organization. Regional office for Europe, Tobacco control database. Disponível em: <http://data.euro.who.int/tobacco>
- (3). Peto R, Lopez AD. The future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop CE, Pearson CE, Schwarz MR, eds. Critical issues in global health. San Francisco.
- (4). World health organization. Regional office for Europe, Tobacco control database Disponível em: <http://data.euro.who.int/tobacco>.
- (5). Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Saúde. Inquérito Nacional de Saúde – Dados gerais – Continente 2005/2006. Lisboa: MS/INS. Disponível em: http://www.onsa.pt/index_17.html.
- (6). Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Saúde. Inquérito Nacional de Saúde – Dados gerais – Continente 1998/1999. Lisboa: MS/INS. Disponível em: http://www.onsa.pt/index_17.html.
- (7). Peixoto A. Dependências e outras violências: perspectiva taxológica. Ponta Delgada: DRJEFP/CRA-PSP. 2005.
- (8). Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Por um mundo livre de Tabaco – ação global para controle do tabaco: 2ª ed. In: 1º Tratado Internacional de Saúde Pública. Brasil. 2003.
- (9). Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto (Estabelece as normas de protecção da exposição involuntária ao fumo do tabaco). Diário da República – 1ª Série, nº 156.

- (10). Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro (Estabelece o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho). Diário da República – 1ª Série, nº 176.
- (11). Rosemberg J. Nicotina. Droga universal. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde/Centro de Vigilância Epidemiológica. 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf>.
- (12). Murray CJL, Lopez AD. Quantifying the burden of disease and injury attributable to ten major risk factors. In: World Health Organization (WHO), The World Bank (WB), editors. *The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Ed. Christopher J.L. Murray and Alan D. Lopez. 1996.
- (13). Hackshaw, A. K., Law, M. R., Wald, N. J. — The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. 1997.
- (14). Fielding JE, Breslow L. Health promotion programs sponsored by California employers. *Am J Public Health*.
- (15). Roemer R. Legislative action to combat the world tobacco epidemic. 2nd ed. Geneva: World Health Organization. 1993.
- (16). Santos, C. Manual de Auto-aprendizagem Estatística descritiva. Edições Silabo. 1ª Ed. Lisboa. 2007.
- (17). Maroco, J. Análise Estatística com utilização do SPSS. Edições Silabo. 3ª Ed. Lisboa. 2007.
- (18) DGS. Relatório de avaliação intercalar do impacto da nova legislação de prevenção do tabagismo (Lei 37/2007, de 14 de Agosto). Dezembro 2009.
- (19) DGS & Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. INFOTABAC RELATÓRIO Avaliação da Lei do Tabaco em Portugal. 2011.

- (20) WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic. 2008.
- (21) Decreto Regulamentar n.º 76/2007, de 17 de Julho (Procede à alteração dos capítulos 3.º e 4.º da lista das doenças profissionais publicada em anexo ao Decreto Regulamentar n.º 6/2001, de 5 de Maio). Diário da República – 1ª Série, nº 136.
- (22) Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro (Aprova o Código do Trabalho). Diário da República – 1ª Série, nº 30.
- (23) Decreto Legislativo Regional n.º 15/2008/A, de 11 de Junho (Estabelece normas tendentes à prevenção do tabagismo, através da sensibilização e educação para a saúde e de medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do consumo dos produtos do tabaco). Diário da República – 1ª Série, nº 111.
- (24) Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO).
- (25) LAW, M. R., MORRIS, J. K., WALD, N. J. — Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. 1997.
- (26) WHO — Framework Convention on Tobacco Control. Geneva. 2005.
- (27) U.S. Department of Health and Human Services — The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general: executive summary. Washington, DC. 2006.
- (28) HACKSHAW, A. K., LAW, M. R., WALD, N. J. — The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. 1997.
- (29) FIGUEIREDP, V. C. — Um panorama do tabagismo em 16 capitais brasileiras e Distrito Federal: tendências e heterogeneidades. Rio de Janeiro. 2007.
- (30) INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. 2002.

- (31) PRECIOSO, J. et al. Poluição do ar interior provocada pelo fumo.
- (32). Ferreira- Borges, C. e Filho, H.C. Usos, Abusos e Dependências: Alcoolismo e Toxicodependências. CLIMEPSI Editores. Lisboa. 2004.
- (33) Bisquerra, R. Metodos de Investigacion Educativa: Guia Pratica. Ediciones CEAC. Barcelona.1995.
- (34) Fiore, M.; Bailey, W.; Cohen, S.; Dorfman, S.; Goldstein, M.; Gritz, E.; Heyman, R.; Jaen, C.; Kottke, T.; Lando, H.; Mecklenburg, R.; Mullen, P.; Nett, L.; Robinson, L.; Stitzer, M.; Tommasello, A.; Villejo, L. & Wewers, M. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville: United States Department of Health and Human Services. 2000.
- (35) Soares, I. & Carneiro, A. Norma de orientação clínica prática para o tratamento do uso e dependência do tabaco. Lisboa: Ministério da Saúde. Instituto da Qualidade em Saúde. 2002.
- (36) USDHHS - United States Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking: 25 Years of progress. A Report of the Surgeon General. Rockville: USDHHS, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.1989.
- (37) PMP - Philip Morris Portuguesa. Informação sobre os ingredientes utilizados nos produtos da Philip Morris em Portugal. Philip Morris International Management, S.A.2003.
- (38) PMI - Philip Morris International. Ingredientes nos cigarros. Philip Morris International. 2005. Disponível em: http://www.philipmorrisinternational.com/pages/por_PT/smoking/Cig_ingredients.asp.
- (39) NRTC - National Respiratory Training Centre. Smoking cessation module. Warwick: NRTC. 2004.

(40) AAE - Academic American Encyclopedi. Academic American Encyclopedia. Danbury: Grolier Incorporated. 1991.

(41) USDHHS - United States Department of Health and Human Services. The Health consequences of smoking - The changing cigarette: A Report of the Surgeon General. Washington: USDHHS, Public Health Service, Office on Smoking and Health.1981.

(42) TRCPL – The Royal College of Physicians of London. Nicotine Addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group oh The Royal College of Physicians. London: TRCPL. 2000.

(43) Fagerstrom, K. & Schneider, N. (1989). Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Journal of Behavioral Medicine. 1989.

(44) ARAQ - Air Report on Air Quality (1996). Carbon monoxide (CO). Disponível em: http://www.state.me.us/dep/air/AnnualReport/1996/96ar_co.htm.

(45) Ferry, L. Carbon monoxide. Escola Nacional de Saude Publica, Universidade de Lisboa. 1º Curso de Pós-graduação em Tabagismo, sua prevenção e cessação. Dependências e salutogénesse. Lisboa. 2005.

(46) NRTC - National Respiratory Training Centre. Smoking cessation module. Warwick: NRTC. 2004.

(47) ACL - Academia das Ciências de Lisboa Dicionário da língua portuguesa contemporânea (Volumes I e II). Lisboa. 2001.

(48) Freedman, A. “Impact booster”: Tobacco firm shows how ammonia spurs delivery of nicotine. The Wall Street Journal. 1995. Disponível em: <http://www.pulitzer.org/year/1996/national-reporting/works/impact.html>.

(49) Routh, W. Ammonia treatment of tobacco. Lorillard Research Center Greensboro. Disponível em: <http://images.tobaccodocuments.org/snapshot.1977lor/w750r0/00044858.png?url=http%>.

(50) Hoffmann, D. Analysis of toxic smoke constituents. New York: American Health Foundation. 1992.

(51) WD - Webster's Dictionary. The New Lexicon Webster's Dictionary of the English Language. Encyclopedic Edition. New York: Lexicon Publications. 1992.

(52) Remiao, F. Nitrosaminas. Fontes de exposição. Porto: Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto. 2005. Disponível em: http://www.ff.up.pt/toxicologia/monografias/ano0304/Nitrosaminas/fontes_de_exposicao.htm.

(53) Edwards R. ABC of smoking cessation. The problem of tobacco smoking. British Medical Journal. 2004.

(54) WHO - World Health Organization. The tobacco epidemic: A global public health emergency. Genebra. 1996.

(55) ASH - Action on Smoking and Health. Fact sheet 4. Smoking and cancer. 2004. Disponível em: <http://www.ash.org.uk>.

(56) Couto, A. & Ferreira, J. Estudo funcional respiratório. Bases fisiológicas e aplicação na prática clínica (Vol. I). Lisboa. Lidel – Edições Técnicas Lda. 2004.

(57) Jacob, S.; Francone, C. & Lossow, W. Anatomia e fisiologia humana (5ª Edição). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, S.A.1990.

(58) Brodish, P. & Ross, G. The irreversible health effects of cigarette smoking. New York: The American Council on Science and Health. 1998.

(59) Godtfredsen, N.; Prescott, E.; Osler, M. & Vestbo, J. Predictors of smoking reduction and cessation in a cohort of Danish moderate and heavy smokers. Preventive Medicine. 2001.

(60) Doll, R. How it really happened. Smoking and lung cancer. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2000.

(61) Doll, R. & Hill, B. Mortality in relation to smoking: 20 years' observations of male British doctors. *British Medical Journal*. 1976.

(62) Doll, R. & Hill, B. Mortality in relation to smoking: Ten years' observations of British doctors. *British Medical Journal*. 1964.

(63) Doll, R. & Hill, B. Lung cancer and other causes of death in relation to smoking. A second report on the mortality of British doctors. *British Medical Journal*. 1986.

(64) Doll, R. & Hill, B. The mortality of doctors in relation to their smoking habits: A preliminary report. *British Medical Journal*. 1954.

(65) Doll, R. & Hill, B. Smoking and carcinoma of the lung: A preliminary report. *British Medical Journal*. 1950.

(66) Doll, R. & Peto, R. Cigarette smoking and bronchial carcinoma: Dose and time relationships among regular smokers and lifelong non-smokers. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1978.

(67) Doll, R.; Peto, R.; Boreham, J. & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observation on male British doctors. 2004. Disponível em: [British Medical Journal Online First, doi:10.1136/bmj.38142.554479](https://doi.org/10.1136/bmj.38142.554479).

(68) Doll, R.; Peto, R.; Wheatley, K.; Gray, R. & Sutherland, I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observation on male British doctors. *British Medical Journal*. 1994.

(69) IARC - International Agency for Research on Cancer (2002). Tobacco smoking and tobacco smoke. Summary of data reported and evaluation (Volume 83). 2002. Disponível em: <http://monographs.iarc.fr/htdocs/monographs/vol83/01-smoking.html>.

(70) Charloux, A.; Quoix, E.; Wolkove, N.; Small, D.; Pauli, G. & Kreisman, H. The increasing incidence of lung adenocarcinoma: Reality or artefact? A review of the epidemiology of lung adenocarcinoma. *International Journal of Epidemiology*. 1997.

(71) ASH - Action on Smoking and Health. Fact sheet 4. Smoking and cancer. 2004.
Disponível em: <http://www.ash.org.uk>.

(72) Lane, M. & Lee, S. Recurrence of duodenal ulcer after medical treatment. Lancet 1988.

ANEXOS

Anexo 1. Exemplo de questionário aplicado aos colaboradores pertencentes à nossa amostra

Anexo 2. Exemplo de entrevista aplicado aos empregadores

Anexo 3. Exemplo de folha de registo dos níveis de monóxido de carbono

ANEXO 1

- Exemplo de questionário aplicado aos colaboradores pertencentes à nossa amostra -

QUESTIONÁRIO PARA COLABORADORES

Nome da empresa: _____ Data: _____

Profissão: _____

Este questionário tem como objectivo avaliar o impacto da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco) no **consumo de tabaco em ambiente profissional** na Ilha Terceira, assim como a sua influência na produtividade e absentismo laboral, para fins de realização de Dissertação da IV Edição do Mestrado em Ambiente, Saúde e Segurança.

Não existem respostas correctas ou erradas. Este questionário é anónimo e confidencial.

Obrigado pela sua colaboração!

Instruções de preenchimento: Assinalar a resposta com um X. Em caso de engano, fazer um novo X com uma circunferência à volta da resposta certa.

INFORMAÇÕES BÁSICAS

1. Sexo?

Masculino Feminino

2. Idade?

< 25 anos 25-34 anos 35-44 anos 45-54 anos 55-64 anos ≥ 65 anos

3. Freguesia onde reside?

Altares Raminho Serreta Doze Ribeiras Santa Bárbara Cinco Ribeiras São Bartolomeu
Terra-chã São Mateus Posto Santo São Pedro Sé Santa Luzia de Angra Conceição São Bento Ribeirinha Porto Judeu Feteira São Sebastião Porto Martins Fonte do Bastardo
Cabo da Praia Santa Cruz Fontinhas Lajes São Brás Vila Nova Agualva Quatro Ribeiras Biscoitos

4. Freguesia onde trabalha?

Altaires Raminho Serreta Doze Ribeiras Santa Bárbara Cinco Ribeiras São Bartolomeu
Terra-chã São Mateus Posto Santo São Pedro Sé Santa Luzia de Angra Conceição São
Bento Ribeirinha Porto Judeu Feteira São Sebastião Porto Martins Fonte do Bastardo
Cabo da Praia Santa Cruz Fontinhas Lajes São Brás Vila Nova Agualva Quatro
Ribeiras Biscoitos

5. Quanto tempo demora, em média, a deslocação entre a sua habitação e o seu local de trabalho (em minutos)?

< 5 min 5-10 min 10-20 min 20-30 min > 30 min

6. Qual a sua escolaridade?

Ensino Primário (1º, 2º, 3º e 4º ano) Ensino Básico (5º, 6º, 7º, 8º e 9º ano) Ensino Secundário
(10º, 11º e 12º ano) Licenciatura Pós graduação Mestrado Doutoramento Outro Qual?

7. Quantas horas trabalha por dia, em média? (excluindo o horário de almoço ou jantar)

Entre 1 a 4 horas Entre 5 a 8 horas > 8 horas

8. Quantos dias trabalha por semana, em média?

1 2 3 4 5 6 7

INFORMAÇÕES SOBRE A LEGISLAÇÃO

9. Tem conhecimento do conteúdo da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco)?

Sim Não (se respondeu não, passe à pergunta nº11)

10. Concorda com as suas disposições, nomeadamente no sentido de proteger os cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco?

Sim Não

11. Na sua opinião, os avisos nos maços de tabaco esclarecem, principalmente os consumidores, sobre os seus malefícios?

Sim Não

INFORMAÇÕES SOBRE O CONSUMO DE TABACO

12. É fumador (a)?

Sim Não (se respondeu não, passe à pergunta nº19)

13. Quantos cigarros fuma por dia, aproximadamente?

Menos do que 1 Entre 1-5 Entre 6-10 Entre 11 e 15 Entre 16 e 20 Mais do que 20

14. Na sua opinião acha que fuma mais:

Durante o horário de trabalho Fora do horário de trabalho

15. Na sua opinião, após a entrada em vigor da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco) a 1 de Janeiro de 2008, que proíbe o consumo de tabaco em locais públicos, locais de trabalho e outros, acha que:

Aumentou o seu consumo diário de tabaco Diminuiu o seu consumo diário de tabaco O seu consumo diário de tabaco manteve-se igual

INFORMAÇÕES SOBRE O CONSUMO DE TABACO E A PRODUTIVIDADE

16. O que o(a) leva a acender um cigarro:

Stress Ansiedade Nervosismo Falta de concentração Tomar café Fazer companhia ao colega Não sei Outro Qual? _____

17. Durante o seu horário de trabalho, quantas pausas faz para ir fumar?

Nenhuma 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mais de 11

18. Qual a duração das pausas, em média?

5 minutos 10 minutos 15 minutos 20 minutos Mais de 20 minutos

INFORMAÇÕES SOBRE O CONSUMO DE TABACO E O ABSENTISMO LABORAL

19. Fumar faz mal para a saúde?

Concordo inteiramente Concordo em parte Discordo inteiramente Discordo em parte

20. Acha que o cigarro já lhe causou algum problema de saúde:

Sim Não (se respondeu não, passe à pergunta nº24)

21. Qual problema de saúde?

Tensão alta Tosse Doenças do sistema cardiovascular Cancro Outro Qual?

22. Teve que se ausentar do seu local de trabalho por este motivo?

Sim Não (se respondeu não, passe à pergunta n°24)

23. Durante quantos dias aproximadamente?

Entre 1 a 2 dias Entre 3 a 5 dias Entre 6 a 10 dias Mais de 11 dias Outro Qual?

INFORMAÇÕES SOBRE O CONSUMO DE TABACO E A SAÚDE PÚBLICA

24. Na sua empresa existe sinalização referente à interdição ou condicionamento de fumar, de acordo com o n° 1 do artigo n° 6 da Lei do Tabaco (Figura 1)?

Sim Não

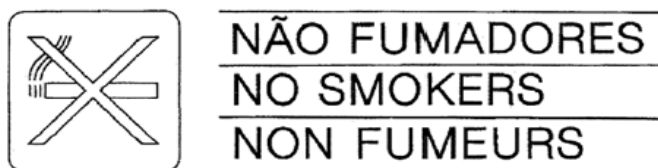


Figura 1: Dísticos com fundo vermelho, conformes ao modelo A constante do anexo I da Lei n° 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco).

25. Na sua empresa existe um local destinado ao consumo de tabaco?

Sim Não (se respondeu não, passe à pergunta n°27)

26. Este local encontra-se sinalizado para o efeito, de acordo com o n° 2 do artigo n° 6 da Lei do Tabaco (Figura 2)?

Sim Não



Figura 2: Dísticos com fundo azul, conformes ao modelo B constante do anexo I da Lei n° 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco).

27. Com que frequência inala o fumo proveniente de outros fumadores (fumador passivo) no seu local de trabalho?

Raramente Ocasionalmente Frequentemente Sempre

28. Após a entrada da Lei do Tabaco, foram implementadas medidas no sentido de prevenir o tabagismo, na empresa onde trabalha?

Sim Não (*se respondeu não, o seu questionário termina aqui*)

29. Que tipo de medidas (escolha uma ou mais opções)?

Publicação da Lei em local de acesso geral para conhecimento de todos Campanhas de prevenção sobre os riscos associados ao consumo de tabaco e exposição involuntária ao fumo do tabaco
Implementação de local destinado a fumadores com sinalização Implementação de local destinado a fumadores sem sinalização Proibição de venda de produtos de tabaco Implementação de consultas de cessação tabágica Implementação de sanções para quem desrespeitar as normas Outras
Quais? _____

ANEXO 2

-Exemplo de entrevista aplicado aos empregadores -

ENTREVISTA PARA EMPREGADORES

Nome da empresa: _____ Data: _____

Esta entrevista tem como objectivo avaliar o impacto da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco) no **consumo de tabaco em ambiente profissional** na Ilha Terceira, assim como a sua influência na produtividade e absentismo laboral, para fins de realização de Dissertação da IV Edição do Mestrado em Ambiente, Saúde e Segurança.

Não existem respostas correctas ou erradas. Esta entrevista é confidencial.

Obrigado pela sua colaboração!

A. Informações básicas

1. Sexo? _____

2. Idade? _____

3. Qual a sua escolaridade? _____

4. Há quanto tempo trabalha nesta empresa? _____

5. Qual o cargo que ocupa? _____

6. Há quanto tempo ocupa este cargo? _____

7. Quantos funcionários têm a empresa? _____

8. A sua empresa tem aos seus serviços um Gabinete de Higiene e Segurança ou um Técnico responsável por esta área? _____

B. Informações sobre legislação

9. Tem conhecimento do que se trata a Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco)? _____

10. Enquanto empregador, quando a Lei do Tabaco entrou em vigor, implementou na sua empresa, medidas no sentido da prevenção do tabagismo? Que tipo de medidas? _____

11. São aplicadas sanções no caso do incumprimento das medidas? Que tipo de sanções? _____

12. Qual é o seu parecer relativamente à adaptação e aceitabilidade dos colaboradores às novas medidas implementadas? _____

C. Informações sobre o consumo de tabaco

13. Tem noção de quantos fumadores existem na sua empresa, aproximadamente? _____

D. Informações sobre o consumo de tabaco e a produtividade

14. Quantas pausas durante o horário laboral, os seus trabalhadores podem fazer? Com que duração? _____

15. No seu entender, quem sente a maior necessidade de fazer pausas, os fumadores ou os não fumadores? _____

16. Acha que o facto de ser fumador, influencia a produtividade dos colaboradores? _____

E. Informações sobre o consumo de tabaco e o absentismo laboral

17. Qual é a taxa de absentismo da sua empresa? _____

18. De uma forma geral, o maior absentismo laboral é registado por fumadores ou não fumadores? _____

19. Normalmente qual é a duração das baixas? _____

20. Acha que o absentismo laboral registado pode estar directamente relacionado com o consumo de tabaco? _____

21. Normalmente quais os motivos associados ao absentismo laboral? _____

F. Informações sobre o consumo de tabaco e a saúde pública

22. Na sua empresa existe sinalização referente à interdição ou condicionamento de fumar, de acordo com o nº 1 do artigo nº 6 da Lei do Tabaco (Figura 1)? _____

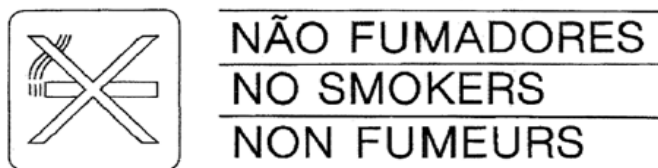


Figura 1: Dísticos com fundo vermelho, conformes ao modelo A constante do anexo I da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco).

23. Na sua empresa existe um local destinado ao consumo de tabaco? _____ Selecione a opção melhor e defina esta área:

- __ Encontra-se separado fisicamente das restantes instalações e possui um sistema de ventilação.
- __ Localiza-se junto a portas, janelas ou saídas de ar;
- __ Garante a ventilação direta para o exterior.

24. Este local encontra-se sinalizado para o efeito, de acordo com o nº 2 do artigo nº 6 da Lei do Tabaco (Figura 2)? _____

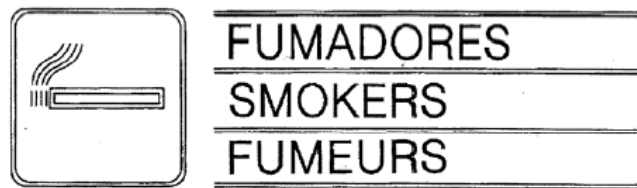


Figura 2: Dísticos com fundo azul, conformes ao modelo B constante do anexo I da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco).

ANEXO 3

- Exemplo de folha de registo dos níveis de monóxido de carbono -

FOLHA DE REGISTO DOS NÍVEIS DE MONÓXIDO DE CARBONO NOS PULMÕES

Sexo: Feminino Masculino

Idade:

Fumador: Sim Não

Resultado| Observação: _____

Estudo Académico: "Impacto da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco) no consumo de tabaco em ambiente profissional na Ilha Terceira, assim como a sua influência na produtividade e absentismo laboral"

FOLHA DE REGISTO DOS NÍVEIS DE MONÓXIDO DE CARBONO NOS PULMÕES

Sexo: Feminino Masculino

Idade:

Fumador: Sim Não

Resultado| Observação: _____

Estudo Académico: "Impacto da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco) no consumo de tabaco em ambiente profissional na Ilha Terceira, assim como a sua influência na produtividade e absentismo laboral"

FOLHA DE REGISTO DOS NÍVEIS DE MONÓXIDO DE CARBONO NOS PULMÕES

Sexo: Feminino Masculino

Idade:

Fumador: Sim Não

Resultado| Observação: _____

Estudo Académico: "Impacto da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco) no consumo de tabaco em ambiente profissional na Ilha Terceira, assim como a sua influência na produtividade e absentismo laboral"

FOLHA DE REGISTO DOS NÍVEIS DE MONÓXIDO DE CARBONO NOS PULMÕES

Sexo: Feminino Masculino

Idade:

Fumador: Sim Não

Resultado| Observação: _____

Estudo Académico: "Impacto da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco) no consumo de tabaco em ambiente profissional na Ilha Terceira, assim como a sua influência na produtividade e absentismo laboral"