



## **A (in)eficácia do Medo**

O impacto do *fear appeal* nas Advertências de Saúde presentes nas embalagens de tabaco

Inês Pedro Nobre Diniz

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Publicidade e Marketing

Trabalho orientado pela Prof.<sup>a</sup> Doutora Carla Medeiros

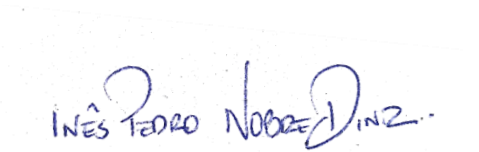
Outubro de 2017

## DECLARAÇÃO

Declaro ser autora do presente trabalho de investigação, parte integrante das condições exigidas para a obtenção do grau de Mestre em Publicidade e Marketing. Declaro ainda ser este um trabalho original, nunca submetido (no seu todo ou em qualquer uma das suas partes) a uma instituição do ensino superior para obtenção de um grau académico ou de outra habilitação.

Afirmo também que todas as citações aqui incluídas estão devidamente identificadas, e acrescento ter plena consciência de que o plágio poderá levar à anulação do estudo agra apresentado

Lisboa, 24 de outubro de 2017

A handwritten signature in blue ink that reads "INÊS PEDRO NOBRE DINIZ". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

Inês Pedro Nobre Diniz

“Eles têm medo de que não tenhamos medo”

Medo do Medo, Capicua

## RESUMO

Perante o fenómeno mundial do consumo de tabaco, os organismos governamentais vêm-se no dever de adotar medidas de dissuasão do consumo, tais como a aplicação de advertências de saúde nas embalagens de tabaco comercializadas. Na tentativa de persuadir os fumadores a modificarem o seu comportamento, estas advertências recorrem a estratégias como a utilização do *fear appeal*. No entanto, são poucos e pouco consensuais os estudos sobre a eficácia destas advertências nos consumidores portugueses.

Neste contexto, esta dissertação tem como objetivos centrais perceber se a utilização do *fear appeal* exerce influência nos consumidores na alteração do seu comportamento, bem como compreender quais as variáveis que influenciam o sentimento de medo e a adoção dos comportamentos recomendados.

Adotou-se uma abordagem quantitativa, de estudo confirmatório, utilizando como instrumento metodológico a aplicação de um inquérito por questionário a 470 indivíduos que consumiram tabaco nos últimos 12 meses. Os participantes foram expostos a um conjunto de 6 advertências de saúde, agrupadas em 2 blocos, segundo a natureza do medo provocado: físico ou social.

Após a análise, concluiu-se que a generalidade dos consumidores apresenta índices muito reduzidos no que respeita ao medo gerado pelas advertências e à perceção da eficácia das mesmas na alteração dos seus comportamentos. Foi possível verificar que as mulheres e os consumidores recorrentes são mais suscetíveis às advertências que os homens e os consumidores correntes. Esta investigação permitiu, ainda, delinear uma proposta de modelo explicativo do funcionamento do *fear appeal*, definindo as variáveis que influenciam o medo gerado pelas advertências, bem como os comportamentos decorrentes do mesmo.

**Palavras-chaves:** Medo, Advertência, Saúde, tabaco.

## ABSTRACT

Facing the global phenomenon of tobacco consumption, government agencies have been obliged to take measures to decrease smoking habits, such as health warnings on tobacco packages.

In an attempt to persuade smokers to change their behaviour, these warnings call upon strategies such as the use of fear appeal. However, studies on the efficiency of health warnings are scarce and not consensual in Portuguesees' with smoking habits.

This study aims to understand if the use of fear appeal has an effect in consumers changing behaviour and which variables can influence the way fear is felt and in adopting the recommended behaviour.

Choosing a quantitative approach, of confirmatory study, we used as methodological instrument a questionnaire survey to 470 individuals, who consumed tobacco in the last 12 months. Participants were exposed to a set of 6 health warnings, arranged in 2 blocks, according to the type of fear they are supposed to cause: physical or social.

Analysis of data revealed that most of the consumers show very low levels of fear when facing the health warnings and consider that their effectiveness in changing behaviours is very poor. It was possible to verify that women and repeat users are more susceptible to health warnings than man and occasional consumers. This investigation led the author to propose an explanatory model of fear appeal action, identifying variables that interfere with fear and behaviour changes, caused by the health warnings.

**Keywords:** Fear, Warning, Health, Tobacco.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEORICO .....	5
1.1. Tabaco .....	6
1.1.1. A substância.....	7
1.1.2. História do tabaco.....	9
1.1.3. Consumo de tabaco e perfil do consumidor de tabaco português.....	11
1.1.4. Medidas de prevenção e controlo do tabagismo.....	14
1.1.5. Legislação portuguesa.....	15
1.1.6. Advertências de saúde .....	17
1.2. Marketing Social .....	20
1.2.1. Conceito .....	20
1.2.2. Marketing <i>mix</i> e plano de marketing .....	21
1.2.3. Plano de marketing.....	25
1.2.4. Ética e marketing social.....	26
1.3. Fear appeal .....	27
1.3.1. Conceito.....	27
1.3.2. Teorias do <i>fear appeal</i> na mudança de comportamento .....	28
1.3.3. Resultados .....	31
1.3.4. <i>O fear appeal</i> e medidas de controlo do tabagismo.....	33
1.3.5. Considerações éticas e alternativas ao <i>fear appeal</i> .....	35
1.4. Hipóteses .....	37
CAPITULO II – MÉTODO .....	38
2.1. Objeto de estudo.....	38
2.2. Tipo de investigação.....	40
2.3. Sujeitos.....	41
2.4. Instrumento.....	42
2.5. Procedimentos de recolha .....	52
2.6. Procedimentos de análise.....	53
CAPITULO III – ANÁLISE DE DADOS.....	56
3.1. Caracterização da amostra.....	56
3.1.1. Características sociodemográficas da amostra.....	57
3.1.2. Comportamento do consumidor.....	61
3.2. Qualidades métricas: fiabilidade .....	69

3.3. Análise extensiva das variáveis .....	70
3.3.1. Motivação para a cessação tabágica .....	70
3.3.2. Autoeficácia .....	71
3.3.3. Eficácia percebida .....	78
3.3.4. Realismo .....	91
3.3.5. Profundidade de processamento .....	95
3.3.6. Evitamento e fuga.....	97
3.3.7. Medo .....	101
3.3.8. Probabilidade de ocorrência .....	108
3.3.9. Severidade .....	113
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	115
CAPÍTULO V – CONCLUSÕES.....	121
5.1. Conclusão .....	121
5.2. Limitações da investigação.....	125
5.3. Sugestões de investigações futuras .....	126
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	127
ANEXOS.....	132
Anexo A – Advertências de saúde em legisladas em Portugal .....	133
Anexo B – Inquérito por questionário .....	136

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Prevalência do consumo de tabaco ao longo da vida, último ano e último mês.	12
Tabela 2 Tipologias de consumidores	43
Tabela 3 Dependência física do tabaco	44
Tabela 4 Motivação para a cessação tabágica	45
Tabela 5 Autoeficácia	46
Tabela 6 Eficácia percebida	47
Tabela 7 Realismo das advertências	48
Tabela 8 Profundidade de processamento	48
Tabela 9 Profundidade de processamento - temporalidade	49
Tabela 10 Evitamento e fuga	49
Tabela 11 Índice de medo	50
Tabela 12 Probabilidade e severidade	51
Tabela 13 Tipologias de consumo	56
Tabela 14 Género	57
Tabela 15 Idade	57
Tabela 16 Habilitações literárias	58
Tabela 17 Ocupação profissional	58
Tabela 18 Rendimentos	59
Tabela 19 Forma de consumo	64
Tabela 20 Frequência de consumo	65
Tabela 21 Frequência de consumo no último mês	66
Tabela 22 Motivações para a cessação tabágica	68
Tabela 23 Alpha de Cronbach	69
Tabela 24 Autoeficácia * Género	72
Tabela 25 Autoeficácia * Tipologias de consumo	74
Tabela 26 Autoeficácia * Teste de Richmond	74
Tabela 27 Autoeficácia * Índice de medo	77
Tabela 28 Eficácia percebida nas advertências de foro social * Género	80
Tabela 29 Eficácia percebida * Formação académica	81
Tabela 30 Eficácia percebida * Tipologias de consumo	82
Tabela 31 Eficácia percebida * Motivação para a cessação tabágica	83

Tabela 32 Eficácia Percebida: Advertência caracter social* Advertências caráter físico	84
Tabela 33 Eficácia percebida * Probabilidade	84
Tabela 34 Eficácia percebida * Severidade	85
Tabela 35 Eficácia percebida * Índice de medo	86
Tabela 36 Eficácia percebida e índice de medo nas advertências de foro físico	87
Tabela 37 Eficácia percebida * Índice de medo nas advertências de foro social	88
Tabela 38 Regressão linear simples - Eficácia percebida nas advertência de foro físico	89
Tabela 39 Regressão linear simples - Eficácia percebida nas advertência de foro social	90
Tabela 40 Realismo * Índice medo	93
Tabela 41 Realismo * Eficácia percebida	94
Tabela 42 Profundidade de processamento * Índice de medo	97
Tabela 43 Fuga (Tapou/escondeu a advertência) * Género	100
Tabela 44 Fuga* Índice de medo	100
Tabela 45 Índice de medo * Género	103
Tabela 46 Índice de medo * Formação académica	104
Tabela 47 Índice de medo * Tipologias de consumo	105
Tabela 48 Índice de medo: Advertências de foro físico * Advertências de foro social	105
Tabela 49 Regressão linear índice de medo - advertências físicas	106
Tabela 50 Regressão linear índice de medo - advertências sociais	107
Tabela 51 Probabilidade * Género	109
Tabela 52 Probabilidade * Medo	112
Tabela 53 Severidade * Índice de Medo	114
Tabela 54 Severidade * Probabilidade	114

## ÍNDICE DE GRÁFICOS E FIGURAS

Figura 1 Teoria da Motivação para a Proteção.	29
Figura 2 Modelo do Processo Paralelo Estendido	30
Figura 3 Advertências de saúde – físico	39
Figura 4 Advertências de saúde - social	40
Figura 5 Processos cognitivos e comportamentos provocados pelo <i>fear appeal</i>	120
Figura 6 Advertências de saúde combinadas - Serie 1	133
Figura 7 Advertências de saúde combinadas - Serie 2	134
Figura 8 Advertências de saúde combinadas - Serie 3	135
Gráfico 1 Consumo de tabaco em Portugal 2014 .....	11
Gráfico 2 Faixa Etária *Género.....	60
Gráfico 3 Tipologias de consumo.....	61
Gráfico 4 Tipologia de consumo * Género .....	62
Gráfico 5 Duração do consumo.....	63
Gráfico 6 Dependência física .....	67
Gráfico 7 Motivação para a cessação tabágica.....	70
Gráfico 8 Autoeficácia.....	71
Gráfico 9 ANOVA Autoeficácia * Faixa Etária.....	73
Gráfico 10 NOVA Autoeficácia * Dependência física .....	75
Gráfico 11 ANOVA Autoeficácia * Duração de consumo .....	76
Gráfico 12 Eficácia percebida - advertências de carácter físico.....	78
Gráfico 13 Eficácia percebida - advertências de carácter social .....	79
Gráfico 14 Realismo atribuído às advertências de carácter físico.....	91
Gráfico 15 Realismo atribuído às advertências de carácter social .....	92
Gráfico 16 Profundidade de processamento.....	95
Gráfico 17 ANOVA Profundidade de processamento * Duração de consumo.....	96
Gráfico 18 - Fuga: Pediu para trocar de embalagem.....	98
Gráfico 19 Fuga - Tapou ou escondeu as advertências .....	99
Gráfico 20 Índice de medo - advertências de carácter físico.....	101
Gráfico 21 Índice de medo - advertências de carácter social .....	102

Gráfico 22 Probabilidade.....	108
Gráfico 23 ANOVA Probabilidade * Faixa etária.....	110
Gráfico 24 ANOVA Probabilidade * Dependência física.....	111
Gráfico 25 Severidade .....	113

## AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação não teria sido possível sem o apoio e suporte de muitas pessoas que tenho o privilégio de se terem cruzado na minha vida, e às quais não poderia deixar de agradecer.

À Professora Carla Medeiros, por me ter acompanhado e guiado neste processo, inspirando-me com as suas experiências de vida e contagiando-me com a sua energia.

A todas as pessoas que participaram nesta investigação, divulgando e/ ou preenchendo o questionário, despendendo o seu tempo, pois sem o seu contributo não seria possível esta dissertação.

Às companheiras de aventura, confidentes e amigas: Susana Rodrigues, Ana Tempera, Jaqueline Dias e Liliana Ferreira, pelos momentos que partilhamos ao longo destes dois anos.

Ao Check!n, a minha equipa de trabalho, a todos os que ainda aqui trabalham, mas também aos que por cá passaram, pelas pessoas inspiradoras e maravilhosas que são e por todos os dias me ensinarem a ver o mundo com outra lente.

Aos meus pais que sempre acreditaram em mim e me ensinaram a lutar pelos meus sonhos. Obrigada por se interessarem pelo que estudo, pelo que faço e acima de tudo pelo que sou.

A todos os meus amigos que nos momentos de desespero me deram alento e nos momentos de inercia me transmitiram energia o meu grande obrigado!

## INTRODUÇÃO

O tabaco tem uma longa história de uso xamânico e um papel ancestral na sociedade. Os padrões de consumo desta substância psicoativa foram sofrendo variações ao longo do tempo, sendo atualmente uma das substâncias mais consumidas em todo o mundo.

Nos dias de hoje, o fenómeno do consumo de tabaco foi considerado como uma “epidemia com expressão pandémica, constituindo o mais importante problema evitável de saúde pública”, tal como afirma Francisco George, Diretor da Direção Geral de Saúde (2013) *in* Nunes, 2013. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o consumo de tabaco é a segunda maior causa de morte a nível mundial, (OMS, 2014). Na Europa o consumo desta substância é responsável por cerca de 700 000 óbitos por ano e considerado a principal causa de morte evitável, (Comissão Europeia, 2015<sup>1</sup>). Em Portugal, 46.2% da população é fumadora, (Balsa, et al., 2014) e anualmente morrem mais de 8 500 pessoas, por doenças relacionadas com o consumo de tabaco, (Nunes, 2013).

Todos os factos sustentam a importância de políticas e medidas relativas aos consumos de tabaco. A nível mundial os governos assumem o compromisso de adotar um conjunto de medidas diversificadas no que respeita à redução da oferta de tabaco, à redução da procura e à proteção do meio ambiente, (OMS, 2003). Também a União Europeia dispõe de uma política generalizada de combate ao tabagismo, na qual se incluem a legislação dos produtos do tabaco, nomeadamente a inserção de advertências de saúde nos produtos de tabaco comercializados.

Em 2007, surgiram as primeiras advertências de saúde nas embalagens de tabaco em Portugal. Anos depois, em 2015, a Lei 109/2015, transpondo a Diretiva 2014/40/EU do Parlamento Europeu introduziu a obrigatoriedade de figurarem advertências de saúde combinadas, nas embalagens de tabaco. Estas advertências de saúde serão o objeto de estudo desta investigação.

---

<sup>1</sup> [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-15-5028\\_pt.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-15-5028_pt.htm), consultado a 20 de Novembro de 2016

Importa referir que, por advertência de saúde combinada, entende-se “uma combinação de uma advertência em texto e da fotografia ou figura correspondente”, (Decreto-Lei 108/2015, p. 6340).

As advertências de saúde, são, pois, uma expressão da campanha de marketing social, levada a cabo pelas entidades governamentais cujo objetivo principal é dissuadir o consumidor do uso de tabaco. Para transmitir as mensagens, estas campanhas recorrem à utilização de uma comunicação persuasiva com recurso ao *fear appeal*.

Para Tannenbaum, et al. (2015) o *fear appeal* assume-se como mensagens que tentam despertar o medo, enfatizando os potenciais riscos e danos que acontecerão aos indivíduos se não adotarem as recomendações das mensagens.

Em Portugal, são poucos os estudos sobre o impacto e eficácia das advertências de saúde. Para além disso a eficácia do *fear appeal*, apesar de amplamente estudada por diversos investigadores internacionais, acarreta divergências no respeito às evidências científicas do resultado da utilização desta estratégia.

Partindo destes pressupostos, consideramos relevante desenvolver uma investigação que vise perceber o impacto e eficácia da utilização do *fear appeal* nos consumidores de tabaco, assumindo como questão de partida:

**Qual o impacto do *fear appeal* presente nas advertências de saúde das embalagens de tabaco, junto consumidores de tabaco portugueses?**

Tendo em conta esta questão de partida foram definidos como objetivos gerais e específicos:

1. Percecionar se a utilização do *fear appeal* exerce influência nos consumidores na diminuição ou cessação do seu consumo de tabaco.
  - 1.1. Analisar a perceção dos consumidores portugueses de tabaco relativamente às advertências de saúde presentes nas embalagens de tabaco e o impacto das mesmas no que concerne às atitudes e comportamentos face ao consumo da substância em causa.

- 1.2. Analisar a percepção dos consumidores portugueses relativamente ao sentimento de medo provocado pelas advertências de saúde presentes nas embalagens de tabaco.
- 1.3. Desenvolver e testar uma metodologia capaz de avaliar o impacto gerado pelas mensagens de *fear appeal* relacionadas com o consumo de tabaco.
2. Compreender quais as variáveis que exercem influência no sentimento de medo e na adoção dos comportamentos recomendados nas advertências de saúde.
  - 2.1. Analisar as relações existentes entre as variáveis sociodemográficas e comportamentais e o sentimento de medo percebido pelos consumidores.
  - 2.2. Analisar as relações existentes entre as variáveis sociodemográficas e comportamentais e a eficácia das advertências na adoção de comportamentos recomendados, percebida pelos consumidores.
  - 2.3. Desenvolver e testar um modelo de análise capaz de explicar as variáveis que conduzem ao medo e à eficácia da resposta.

Para responder à questão de partida e objetivos traçados para esta investigação, partimos de uma lógica dedutiva com uma abordagem quantitativa aplicando um inquérito por questionário a 470 pessoas que consumiram tabaco nos últimos 12 meses. Como objeto de estudo elegemos a combinação de 6 advertências de saúde homologadas pelo Decreto-Lei 108/2015 e em circulação no mercado português, agrupando-as em dois blocos consoante a sua natureza causal: apelo ao medo de físico e apelo ao medo social.

De forma a organizar melhor a informação e permitir uma melhor leitura deste estudo a presente dissertação foi organizada em quatro capítulos.

No capítulo I será feito o enquadramento teórico do estudo deste estudo. Assim, partindo de uma lógica macro para micro, apresentaremos uma revisão bibliográfica sobre as três temáticas centrais desta investigação: O tabaco, o marketing social e o *fear appeal*. No final deste capítulo serão levantadas as hipóteses desta investigação.

O capítulo II diz respeito ao método. Nesta secção iremos descrever o tipo de investigação, o objeto de estudo, do sujeito, os instrumentos e escalas utilizados e por fim dos procedimentos de recolha e análise utilizados.

No capítulo III, apresentamos os resultados obtidos, caracterizando a amostra, o comportamento de consumidor e realizando uma análise extensiva das variáveis.

Posteriormente, no capítulo IV será feita a discussão dos resultados obtidos, comparando as informações recolhidas com teorias já expostas por outros autores.

Na reta final desta investigação, no capítulo IV apresentamos as conclusões desta investigação, fazendo ainda referência às limitações do estudo e oferecendo algumas propostas de investigações futuras.

Este estudo pretende trazer um contributo, ao nível do conhecimento científico, relativamente à utilização do *fear appeal* em campanhas de dissuasão do consumo de tabaco, fornecendo pistas concretas essenciais à compreensão das variáveis que influenciam o medo e adoção de um comportamento, bem como sobre a eficácia desta estratégia na população consumidora. Esta investigação poderá ter interesse não só a profissionais na área do marketing social, saúde e intervenção social, mas também aos organismos, públicos, privados, com ou sem fins lucrativos, que levam a cabo campanhas antitabágicas, promovendo assim o questionamento sobre a escolha na utilização de comunicações persuasivas como o *fear appeal*.

## CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEORICO

A lei portuguesa em vigor em Portugal prevê que as embalagens de tabaco comercializadas tenham presentes advertências de saúde. Estas advertências podem ser consideradas campanhas de marketing social cujo objetivo principal é dissuadir o consumidor do uso de tabaco, recorrendo frequentemente à utilização de uma comunicação persuasiva com recurso ao *fear appeal*, para transmitir as mensagens.

Desta forma, consideramos importante realizar uma revisão bibliográfica acerca dos principais temas associados a esta investigação. De uma perspetiva macro para micro, iniciaremos com um subcapítulo dedicado a tabaco. Para melhor entendermos o seu uso, realizaremos uma revisão bibliográfica sobre as características da substância e a perspetiva histórica do seu consumo. Posteriormente iremos apresentar uma compilação de dados relativos ao consumo de tabaco em Portugal e ao perfil dos consumidores portugueses, bem como as medidas de prevenção e controlo do tabagismo na União Europeia e em Portugal, nomeadamente a inserção das advertências de saúde combinadas nas embalagens de tabaco. Finalizaremos esta secção com a apresentação da legislação portuguesa relativa às advertências de saúde e com uma revisão bibliográfica acerca do impacto das mesmas nos consumidores.

De seguida iremos realizar um estado da arte sobre o marketing social, onde serão apresentados os conceitos associados, o *marketing mix* do marketing social, o plano de marketing e algumas considerações éticas relativamente ao assunto.

Por fim, apresentaremos uma revisão da literatura sobre o *fear appeal*, o ponto focal desta investigação. Nesta secção iremos abordar a definição do conceito e os seus mecanismos de funcionamento. Apresentemos também as duas principais teorias referentes à mudança de comportamento: a Teoria da Motivação para a Proteção e o Modelo do Processo Paralelo Estendido. Finalizaremos com a apresentação dos resultados do *fear appeal*, aprofundando a sua relação com as advertências de saúde, bem como com a apresentação de considerações éticas sobre a sua aplicação.

## 1.1. TABACO

O tabaco, original das Américas, tem uma longa história de uso xamânico e um papel ancestral na sociedade. Os padrões de consumo desta substância psicoativa<sup>2</sup>, bem como a sua apresentação, foram sofrendo variações ao longo do tempo, sendo hoje em dia uma das substâncias mais consumidas em todo o mundo.

Nos dias de hoje, o fenómeno do consumo de tabaco foi considerado como uma “epidemia com expressão pandémica, constituindo o mais importante problema evitável de saúde pública”, tal como afirma Francisco George, (Diretor da Direção Geral de Saúde 2013), *in* Nunes, 2013.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o consumo de tabaco é a segunda maior causa de morte a nível mundial, (OMS, 2014). Na Europa o consumo desta substância é responsável por cerca de 700 000 mortes por ano e considerado a principal causa de morte evitável (Comissão Europeia, 2015).<sup>3</sup>

Em Portugal, 46.2% da população é fumadora, (Balsa, et al., 2014) e anualmente morrem mais de 8 500 pessoas, por doenças relacionadas com o consumo de tabaco, (Nunes, 2013).

Neste subcapítulo iremos fazer um enquadramento teórico sobre a substância, a sua história, aspetos legais, principais medidas e campanhas de prevenção do tabagismo na Europa e em Portugal.

---

<sup>2</sup> Por substância psicoativa entende-se qualquer produto químicos ou origem natural que produza efeitos sobre o Sistema Nervoso Central.

<sup>3</sup> [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-15-5028\\_pt.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-15-5028_pt.htm), consultado a 20 de Novembro de 2016

### 1.1.1. A substância

O tabaco, ou *Herba nicotianiana*, (Escohotado, 2004), é um produto resultante do tratamento de folhas da planta família das solináceas, (Simões, 2005 *in* Moutinho, 2008). Existem mais de cinquenta espécies diferentes, tais como a *Nicotiana Tabacum*, originária do continente americano, (SICAD, s.d.)<sup>4</sup>.

A existência de diferentes variedades da planta de tabaco possibilita a criação de diversos tipos de produto, sendo que tais variedades são selecionadas e melhoradas, a fim de refinar a qualidade final. Após a colheita, as folhas da planta são secas e fermentadas para, de seguida, lhe serem adicionadas determinadas substâncias que lhe acentuam o aroma e lhe conferem a combustibilidade e o paladar desejados, (Aragão e Sacadura, 2002 *in* Moutinho, 2008).

O tabaco é uma droga legal cujos padrões de consumo, vias e formas de apresentação foram sofrendo variações ao longo do tempo, num percurso pautado por múltiplas influências e atravessado por variados focos de interesse, (Moutinho, 2008). Importado de outras paragens, o tabaco conquistou os europeus e invadiu os seus mercados, acabando por ser uma das substâncias psicoativas mais consumidas em todo o mundo, (Nunes e Jóluskin, 2007 *in* Moutinho, 2008).

Os habituais cigarros contêm, além de nicotina (substância ativa do tabaco), alcatrões, monóxido de carbono e muitos outros tóxicos, contendo dezenas de substâncias cancerígenas, (CHECK!N - APDES, 2014).

A nicotina é um alcaloide responsável pela maior parte dos efeitos que o tabaco produz no organismo e responsável direto pela dependência física, sendo absorvida pelas mucosas que estão em contacto com o fumo (boca, nariz e faringe), (SICAD, s.d.).

O fumo do tabaco contém outras substâncias irritantes, como a acroleína, os fenóis, o peróxido de nitrogénio, o ácido cianídrico, o amoníaco, etc., responsáveis pela constrição

---

<sup>4</sup> <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=15> consultado em 05.01.2017

brônquica, pela estimulação das glândulas secretoras da mucosa e pela tosse típica do fumador, em resumo, pela alteração dos mecanismos de defesa do pulmão, (SICAD, s.d.).

Tradicionalmente o tabaco é fumado, sob a forma de cigarros, cachimbo, charuto, etc.; podendo também ser mascado na forma de goma ou inaladas as folhas secas e moídas (rapé), (CHECK!N - APDES, 2014). A vaporização deste produto tornou-se nos últimos anos uma prática cada vez mais comum nos consumidores de tabaco.

As concentrações da substância variam entre os 0,04 e os 3,5 mg por cigarro, sendo que doses de 1 a 2 mg de nicotina já produzem efeitos nocivos sobre o consumidor, (Moutinho, 2008). O grau de toxicidade do tabaco deve-se em grande parte à maneira como é consumido, assim como à intensidade da inalação que se faz desta substância, (SICAD, s.d.).

O tabaco é simultaneamente um estimulante e depressor do sistema nervoso central. Os seus efeitos podem passar por relaxamento, redução da ansiedade; sensação de aumento da concentração, da atenção, (CHECK!N - APDES, 2014), redução da agressividade e diminuição do aumento do peso e do apetite em relação a alimentos com açúcar, bem como o aumento do gasto de energia, tanto na inatividade como no exercício, (SICAD, s.d.). Por outro lado, o consumo desta substância leva ao aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial; contração dos vasos sanguíneos e dos canais respiratórios; diminuição da sensação de fome; relaxamento muscular, (CHECK!N - APDES, 2014).

Nos primeiros consumos, ou em consumidores não dependentes, são frequentes as sensações de náuseas, tonturas, vertigens e ligeiras dores de cabeça, (SICAD, s.d. , CHECK!N - APDES, 2014).

Em consumos regulares pela via fumada pode provocar tosse; náuseas; dores de cabeça; distorção do paladar e do olfato; cansaço e diminuição da capacidade respiratória; bronquites e outros problemas respiratórios (doença pulmonar obstrutiva crónica; enfisema pulmonar, ...) e cardiovasculares (ataque cardíaco; pobre irrigação das extremidades corporais; tumor cerebral etc.), (CHECK!N - APDES, 2014). É indubitável a relação causa-efeito entre o tabaco e o cancro do pulmão. Fatores como a quantidade de tabaco consumido, a idade de início de consumo ou o número de aspirações por cada cigarro assumem um papel preponderante no risco de desenvolver esta patologia. Os fumadores crónicos podem ainda manifestar outras sintomatologias associadas tais como: úlceras digestivas, aparecimento de

faringite e laringite, afonia, pigmentação da língua e dos dentes e cancro de estômago e da cavidade oral, (SICAD, s.d.).

O consumo regular gera tolerância, dependência e síndrome de abstinência, que se pode manifestar através de sintomas como irritabilidade, dores de cabeça, insónia, náuseas ou anedonia, (CHECK!N - APDES, 2014).

Ao inalar o fumo, a nicotina atua no cérebro de forma quase imediata provocando uma ação satisfatória no indivíduo; a sua prática reiterada acaba por consolidar-se no comportamento do fumador. A partir daí pode falar-se em dependência da nicotina, (SICAD, s.d.).

### 1.1.2. História do tabaco

Para retratar sucintamente a história do consumo da planta de tabaco temos de viajar a tempos ancestrais. No continente Americano, desde a bacia do Mississípi até à Patagónia algumas tribos utilizavam esta planta em cerimónias religiosas, ritos de passagem e no seu quotidiano, (Escohotado, 2004).

A 6 de Novembro de 1492, quando Colombo e a sua tripulação chegaram à América, dão-se os primeiros contactos dos espanhóis com a planta, (SICAD, s.d.). Entre a tripulação encontrava-se Rodrigo de Jerez e Luís de la Torre, que segundo os registos terão sido os primeiros europeus a imitar os costumes das tribos americanas e a experienciar o consumo de tabaco. Apesar do forte processo inquisitorial que os dois tripulantes sofreram, o tabaco cativava de imediato as pessoas e a sua utilização difunde-se rapidamente por toda a Europa, Africa e Asia, (Escohotado, 2004).

Em 1617, a Coroa Espanhola optou por submeter o seu comércio a um regime de monopólio estatal. Controlada pelos Espanhóis e posteriormente também pelos Ingleses, o mundo foi invadido por esta substância desconhecida. Os governantes e decisores de todo o globo não ficaram indiferentes a este fenómeno e durante o século XVII surgem várias medidas punitivas e proibitivas sobre o consumo desta substância. Desde as torturas e penas de morte praticadas pelo czar Miguel Fedorovitch, pelo sultão Murad IV e pela dinastia Ming até à posição da Igreja Católica que, por decisão do Papa Urbano VIII, decretou a excomunhão de quem utilizasse a substancia em lugares próximos das dioceses, (Escohotado, 2004) vivia-se uma clima de alarmismo e terror quanto ao uso desta droga.

A partir do século XVIII, os ventos liberais cessam as proibições e o consumo do tabaco cresce de forma gradual em quase todos os Estados, muito graças aos grandes lucros fiscais que advinham da comercialização do produto, (SICAD, s.d.).

No mundo ocidental, as formas de consumo também se modificaram a longo do decurso da história. Até finais do século XVIII, era maioritariamente consumido em forma de pó fino ou dos resíduos (rapé) e aspirado pelo nariz. Também se usava o tabaco mascado, fumado em cachimbo, inclusivamente em cachimbo de água. Pensa-se que o cigarro terá sido "inventado" durante as navegações transatlânticas, em que se apanhavam os restos de tabaco que se transportava para a Europa, em especial para Sevilha, enrolando-os em papel, já que as folhas inteiras pertenciam à coroa e aos consignatários, (*ibidem*).

Na segunda metade do século XIX, os anglo-saxões passam a ter o controlo e o monopólio da fabricação dos cigarros, gerando-se a partir daí um mundo no qual o tabagismo afeta quase metade da população mundial e, com uma clara tendência ascendente, especialmente nos países em vias de desenvolvimento, (SICAD, s.d.).

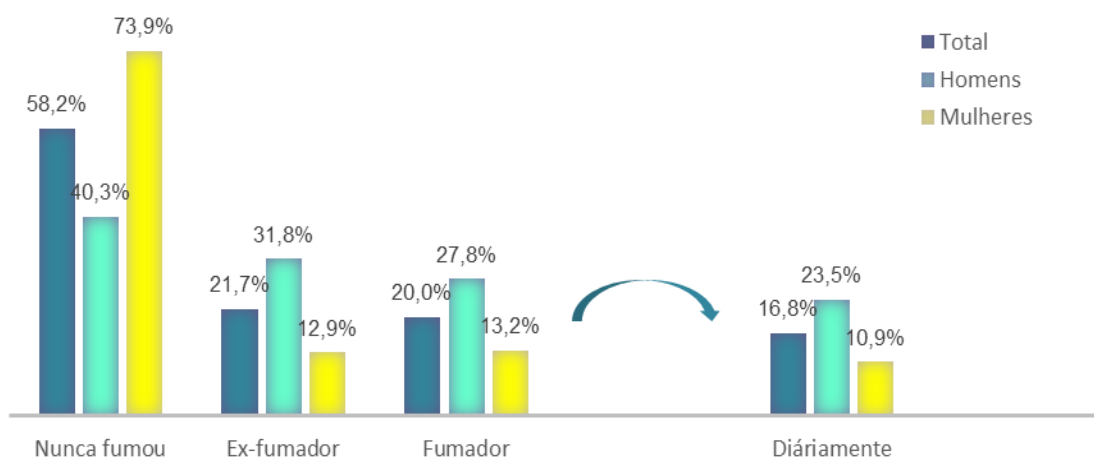
### 1.1.3. Consumo de tabaco e perfil do consumidor de tabaco português

Para caracterizar os padrões e perfil do consumidor português de tabaco apresentamos de seguida um cruzamento dos resultados dos dois maiores estudos realizados em território nacional que abordam o cerne da questão:

- III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012. Este estudo foi realizado pelo CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa para o SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Inquérito Nacional de Saúde 2014. Realizado pelo INE (Instituto Nacional de Estatística), em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Em 2012 apenas 53,8% da população portuguesa nunca tinha tido qualquer consumo de tabaco. Dos restantes 46,2% da população que assume ter consumido alguma vez tabaco, 26,3% são consumidores correntes, 18,0% são ex-fumadores e 1,8% de consumidores são recentes, (Balsa, et al., 2014).

Em 2014, segundo o INE (2016), 20% da população com 15 ou mais anos era fumadora, 21,7% ex-fumadora e 58,2% nunca tinha fumado (Gráf.1).



Fonte: INE, Inquérito Nacional de Saúde 2014

Gráfico 1 Consumo de tabaco em Portugal 2014

No que concerne às questões ligado ao **consumo e género**, não existem diferenças significativas na distribuição por sexo, destacando-se apenas que a presença masculina é superior à feminina nos consumidores correntes, (Balsa, et al., 2014). Este facto é sustentado também pelos dados do Inquérito Nacional de Saúde que revela que o consumo de tabaco é mais elevado nos homens (27,8%, face a 13,2% das mulheres), INE (2016).

Da mesma forma, as mulheres que referiram nunca ter fumado registavam uma proporção bastante superior à dos homens: 73,9% face a 40,3%, respetivamente, (*ibidem*). Nos grupos dos desistentes existe igual proporção de homens e mulheres, (Balsa, et al., 2014).

No que respeita às **prevalências de consumo**, referente ao ano de 2012, 26,3% dos utilizadores de tabaco tinham fumado no último mês, 28,2% no último ano e 46,2% há mais de um ano, (Balsa, et al., 2014).

Tabela 1 Prevalência do consumo de tabaco ao longo da vida, último ano e último mês.

	<b>2001</b>	<b>2007</b>	<b>2012</b>
<b>Longo da Vida</b>	40.2	48.9	46.2
<b>Último ano</b>	28.8	30.9	28.2
<b>Último mês</b>	28.6	29.4	26.3

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs). Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Quanto à **frequência do consumo**, 84% dos fumadores consumiam tabaco diariamente. Mais de metade dos homens afirmaram fumar em média entre 11 a 20 cigarros por dia, enquanto cerca de 60% das mulheres indicaram um máximo de 10 cigarros por dia, (Balsa, et al., 2014).

No que respeita à **duração média do consumo de tabaco** é de 12 anos. Relativamente às pessoas que são atualmente fumadoras prevalecem períodos de consumo mais longos: 28% fuma há mais de 30 anos, 12% entre 26 e 30 anos, 11% entre 21 e 25 anos e 14% entre 16 e 20 anos, enquanto 13% fuma num período que decorre entre 11 e 15 anos, 11% entre 6 e 10 anos e 13% há 5 anos ou menos (dos quais 0,3% há menos de um ano), (Balsa, et al., 2014).

Em relação à caracterização etária dos consumidores a **idade** está intimamente relacionada com o tipo de consumo. Os consumos correntes e os consumos recentes associam-se a idades

mais jovens (sobretudo jovens adultos, entre os 25 e os 34 anos), e os ex-fumadores maioritariamente à idade adulta, sobretudo a partir dos 45 anos, (Balsa, et al., 2014).

Já no que toca à idade de experimentação, o primeiro cigarro foi fumado, em média, com a idade de 16 anos. Na idade de início do consumo regular de tabaco, os valores diferem um pouco, oscilando entre 14 e 20 anos de idade para 81% dos inquiridos. No que diz respeito às motivações para o início do consumo, estas consistem, essencialmente, na influência dos amigos (44,9%) e na curiosidade/vontade de experimentar (43,8%), (*ibidem*).

No que se refere aos ex-fumadores 36% abandonou o consumo de tabaco quando tinha entre 15 e 24 anos, 27% fê-lo entre 25 e 34 anos, 18% quando tinha entre 35 e 44 anos e 11% com idades situadas entre 45 e 54 anos. As situações menos frequentes correspondem ao abandono do tabaco com menos de 15 anos (9% dos que abandonaram o consumo) e com mais de 54 anos (2%), (Balsa, et al., 2014). De acordo com os dados do INE (2016) 92,1% das pessoas que deixaram de fumar fizeram-no sem qualquer apoio, enquanto 3,6% recorreram a apoio médico e/ou a medicamentos para deixar de fumar.

Os motivos do abandono do consumo prendem-se essencialmente com a consciencialização dos riscos e com questões de saúde, (Balsa, et al., 2014).

Balsa et al. (2014) afirma que dos fumadores regulares de tabaco 19% assume não ter interesse em parar de fumar; 34% apresenta um interesse ligeiro; 31% um interesse moderado e 17% um interesse intenso em deixar de fumar. Os mesmos autores, através do teste de Richmond, avaliaram a motivação para a cessação tabágica verificando-se que a grande maioria dos consumidores, 85,5%, apresenta uma motivação baixa, 12,6% apresenta uma motivação moderada e apenas 1,8% apresenta uma motivação elevada para cessar o consumo de tabaco.

#### 1.1.4. Medidas de prevenção e controlo do tabagismo

A 21 de maio de 2003, a adoção da Convenção Quadro para o Controlo do tabaco, na 56ª Assembleia Mundial da Saúde, aprovada posteriormente em Portugal em 2005, constitui um importante marco histórico no contexto das políticas internacionais de promoção da saúde (Nunes, 2013). Com a sua aprovação, os governos assumem o compromisso de adotar um conjunto de medidas diversificadas no que respeita à redução da oferta de tabaco, à redução da procura e à proteção do meio ambiente, (OMS, 2003).

Com o objetivo de promover a implementação deste tratado, a OMS identificou seis estratégias para prevenir e controlar o consumo de tabaco. Estas estratégias de ação, traduzem-se na no acrónimo “MPOWER”, (OMS, 2013).

**M**onitorizar o consumo de tabaco e adotar medidas preventivas;

**P**roteger as pessoas da exposição ao fumo ambiental do tabaco;

**O**ferecer ajuda na cessação tabágica;

*(Warn)* Alertar sobre os riscos associados ao consumo de tabaco;

*(Enforce)* Reforçar as proibições sobre publicidade, promoção e o patrocínio dos produtos do tabaco;

*(Raise)* Aumentar os impostos sobre os produtos do tabaco.

A nível da União Europeia, a prevenção e o controlo do tabagismo constituem, também um objetivo prioritário no âmbito das políticas de saúde pública, (Nunes, 2013), este facto é suportado pela Diretiva 2014/40/EU do Parlamento Europeu respeitante ao fabrico, apresentação e venda de produtos do tabaco.

Portugal dispõe de um Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT), elaborado pela Direção Geral de Saúde, que entrou em vigor em 2012 e teve o seu término no ano de 2016, não existindo até à data a definição de uma nova estratégia governamental.

O PNPCT estrutura-se em função de três eixos estratégicos nucleares: a prevenção da iniciação do consumo, promoção da cessação tabágica e proteção da exposição ao fumo ambiental, (Nunes, 2013).

Como objetivos operacionais de programa destaca-se especialmente o objetivo 2: “(...) Aumentar a % de população que considera que todos os produtos do tabaco são igualmente nocivos a saúde para >90%. (Valor de referência: 81%; Eurobarometer, 2010)”, (Nunes, 2013).

De entre as várias estratégias de intervenção, muitas das quais foram implementadas nos últimos anos, constava: “Elaborar proposta de revisão da Lei 37/2007 no sentido da adoção de advertências de saúde com imagens a cores na rotulagem dos produtos do tabaco, de acordo com a Diretiva 2001/37/CE e as linhas diretrizes da Convenção Quadro da OMS.”, (Nunes, 2013, p. 42) . Esta estratégia foi implementada com sucesso e apresentamos na secção seguinte as medidas legislativas, relativas às advertências de saúde, em vigor em Portugal.

#### 1.1.5. Legislação portuguesa

Com a entrada em vigor da Lei 37/2007 surgiram as primeiras advertências de saúde nas embalagens de tabaco em Portugal. Entende-se por advertência de saúde “uma advertência sobre os efeitos adversos de um produto na saúde humana ou outras consequências indesejadas do seu consumo.”, (Decreto-Lei 108/2015, p. 6340).

Em 2015 a Lei 109/2015, de 26 de agosto, veio modificar a Lei 37/2007, transpondo a Diretiva 2014/40/EU do Parlamento Europeu e do Conselho de 3 de Abril de 2014 respeitante ao fabrico, apresentação e venda de produtos do tabaco e que teve por objetivo a aproximação das disposições regulamentares dos Estados Membros, (Diretiva 2014/40/UE) relativas aos assuntos supracitados.

Assim a Lei 109/2015 estabelece normas referentes à rotulagem e embalagem dos produtos de tabaco, em particular às advertências de saúde combinadas presentes nas embalagens de cigarros (Anexo A) e relevante para o enquadramento legal do objeto de estudo desta dissertação.

Por “advertência de saúde combinada” entende-se “uma advertência de saúde prevista na presente lei e que consiste numa combinação de uma advertência em texto e da fotografia ou figura correspondente”, (Decreto-Lei 108/2015, p. 6340).

Segundo o art.º 11º A, da Lei 109/2015, referente às advertências gerais e mensagens informativas aos produtos do tabaco para fumar:

“1 - Cada embalagem individual e cada embalagem exterior de produtos do tabaco para fumar deve apresentar a seguinte advertência geral:

‘Fumar mata — deixe já.’

2 - Cada embalagem individual e cada embalagem exterior de produtos do tabaco para fumar deve apresentar a seguinte mensagem informativa:

‘O fumo do tabaco contém mais de 70 substâncias causadoras de cancro ‘

(Decreto-Lei 108/2015, p. 6344)

No art.º 11º B, é regulamentado as advertências de saúde combinadas para produtos de tabaco de fumar, onde se destaca as alíneas:

“1 — Cada embalagem (...) deve apresentar advertências de saúde combinadas, que incluem uma das advertências de texto e uma correspondente fotografia a cores.

2 — As advertências de saúde combinadas devem incluir informações para deixar de fumar, tais como números de telefone, endereços de correio eletrónico e/ou sítios web destinados a informar os consumidores sobre os programas de apoio disponíveis para as pessoas que pretendam deixar de fumar, a regulamentar por portaria a aprovar pelos membros do Governo responsáveis pela área da saúde.

(...)

4 — As advertências de saúde combinadas devem apresentar a mesma advertência em texto e a correspondente fotografia a cores em ambos os lados da embalagem individual e de qualquer embalagem exterior, figurando junto do bordo superior de uma embalagem individual e de qualquer embalagem exterior e sendo posicionadas na mesma direção que qualquer outra informação que ignore nessa superfície da embalagem.

5 — As advertências de saúde combinadas devem cobrir 65 % de ambas as faces (...)”

(Decreto-Lei 108/2015, p. 6345)

### 1.1.6. Advertências de saúde

Em Portugal são poucos os estudos sobre o impacto e eficácia das advertências de saúde, quer sejam apenas textuais quer sejam combinadas. Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que na Região Europeia da OMS existem poucas evidências acerca da eficácia das mesmas. No entanto países como a Austrália, Canadá e Tailândia, onde as imagens figuram nos maços de tabaco desde 2005, 2000 e 2006, correspondentemente, demonstram evidências acerca da utilização deste requisito nos produtos de tabaco, (OMS, 2014).

Hammond (2008) afirma que as advertências de saúde aumentam a percepção dos riscos de saúde relacionados com o consumo de tabaco. As advertências nas embalagens de cigarros estão entre as fontes de informação em saúde com maior eficácia: muitos fumadores relatam ter ficado mais conscientes dos riscos de fumar através dessas advertências do que através de outras fontes de informação, exceto na televisão. Para além dos fumadores as evidências apontam para que uma proporção de não fumadores também conheça as advertências de saúde dos pacotes de cigarros, (OMS, 2014). Assim, as advertências de saúde parecem funcionar como uma fonte de informações de saúde para fumantes e não-fumantes e podem aumentar o conhecimento e percepções de risco e bem como promover a cessação tabágica, (Hammond, 2011).

As evidências indicam que o impacto das advertências de saúde está diretamente relacionado com o seu tamanho e a sua conceção. As advertências de saúde só de texto parecem ter pouco impacto, comparativamente com as advertências combinadas, (*ibidem*).

O mesmo autor, afirma ainda que as advertências com imagens são mais propícias para captar a atenção do *target* do que as advertências unicamente em texto, resultando num maior processamento de informação e numa maior retenção das mensagens.

A título de exemplo, um estudo Canadense, realizado aproximadamente 5 anos após a introdução de advertências com imagens, em 2001, concluiu que a imagem era geralmente a primeira coisa que as pessoas olhavam e relacionavam, (Les Études de Marché Créatec, 2006).

Os avisos com imagens também parecem ser mais eficazes entre a camada jovem. Aproximadamente 6 anos após sua introdução, mais de 90% dos jovens canadianos concordaram que advertências lhes tinham fornecido informações importantes sobre os

efeitos do cigarro sobre a saúde e que consideravam os fumadores menos atraentes, (Environics Research Group, 2000).

Avaliar em que medida as advertências de saúde conduzem a alterações de comportamentos no consumo de tabaco é difícil de determinar. No entanto, vários estudos indicam que uma quantidade significativa de fumadores relata que as advertências de saúde reduziram os seus níveis de consumo, aumentaram a sua probabilidade e motivação para parar de fumar, bem como a probabilidade de permanecer abstinente após a cessação tabágica, (Koval, 2005; Willemsen, 2005; Hammond, 2006; Environics Research Group, 2007; *in* Hammond 2011).

Correlacionando as advertências de saúde e o seu impacto no início do consumo de tabaco, a OMS (2014) aponta para que estes alertas diminuam a adesão ao consumo. De igual forma Hammond (2011) sustenta esta ideia, afirmando que advertências de saúde são eficazes nos jovens e podem ajudar a prevenção do início de consumo.

Os alertas de saúde também têm sido associados como eficazes na cessação do consumo. A OMS (2014) afirma que apresentar o número de telefone de uma linha de apoio nas embalagens de tabaco aumenta as tentativas de parar de fumar. Por exemplo, no Reino Unido, após a introdução de texto maior nas advertências o volume de chamadas aumentou em 4000 chamadas por mês, (UK Department of Health, 2006). Em 2008, quase 80% dos jovens fumadores do Reino Unido concordavam que as advertências de saúde em vigor nas embalagens de cigarros tinham desincentivado o seu consumo, (Moodie, et al., 2009).

Na União Europeia, um estudo levado a cabo em 2008 revelou que, 30% de antigos fumadores consideravam que as advertências os ajudaram a impedir que voltassem a fumar, (Hammond, et al., 2004).

Como efeitos adversos, Hastings & MacFadyen (2002) assumem que as advertências que transmitem sentimentos de medo podem suscitar reações defensivas como rejeição das mensagens, evitar as advertências ou mesmo o aumento do consumo como um ato de desafio. A investigação também sugere que as informações sustentadas cientificamente maximizam a mensagem e a aceitação, particularmente quando está redigida de forma clara (Les Études de Marché Créatec, 2006). Estes dados enfatizam a importância da credibilidade em relação à aceitação da mensagem. Advertências que parecem ser "encenadas" ou "falsas" podem levar à rejeição da mensagem, (Decima, 2009) .

As mensagens focadas na dependência aparentam não ser consideradas como eficazes. Muitos fumadores vêem estes tipos de mensagens como "velhas" informações, associadas a sentimentos de fatalismo, (Elliott & Shanahan Research, 2003). Este tipo de mensagem também pode gerar alguma resistência entre os jovens e jovens-adultos, muitos dos quais não se identificam como dependentes, (Les Études de Marché Créatec, 2006).

Finalmente, as evidências sobre as mensagens com conteúdo positivo apresentam resultados díspares. Se por um lado os fumadores relatam consistentemente um desejo para mensagens de alerta de saúde mais positivas por outro as mensagens de cessação com tema positivo são tipicamente avaliadas como tendo menor impacto do que as imagens ou mensagens que apelam ao medo, (Hammond, 2011).

## 1.2. MARKETING SOCIAL

Há 65 anos atrás, em 1952, Wiebe lançava a primeira pedra do que, nos dias de hoje, chamamos marketing social. O autor interrogava os leitores do seu artigo com a questão: “Porque é que não se pode vender fraternidade e pensamento racional tal como se vendem sabonetes?”, (Wiebe, 1952, p. 142).

O marketing social viria depois a ser definido por Kotler e Zaltman, em 1971, e só nos finais dos anos 80 a ideia de marketing não lucrativo atingiria a sua fase de maturidade, através de um maior envolvimento da comunidade científica e da academia, (Balonas, 2011).

Ao longo das últimas décadas, o marketing social evoluiu de uma ideia inovadora para uma disciplina completa, reconhecida como uma abordagem eficaz para mudar o comportamento, (Stefan, 2012).

### 1.2.1. Conceito

Como mencionado anteriormente foi em 1971 que Kotler e Zaltman apresentaram a primeira definição do conceito de marketing social, como o processo de “criação, implementação e controlo de programas utilizados para influenciar a aceitação de ideias sociais, envolvendo considerações relativas ao planeamento do produto, preço, comunicação, distribuição e pesquisa de mercado”, (Kotler & Zaltman, 1971, p. 5). Os autores acreditam que causas sociais específicas, como o abuso de drogas ou poluição, poderiam beneficiar do pensamento e planeamento de marketing de forma a criar soluções e abordagens inovadoras para captar atenção e apoio público, (*ibidem*).

Donovan & Henley apresentam uma definição mais precisa, conceptualizando marketing social como "a aplicação de tecnologias de marketing comercial para a análise, planeamento, execução e avaliação de programas destinados a influenciar o comportamento voluntário ou involuntário de públicos-alvo com vista a melhorar o bem-estar dos indivíduos e da sociedade.", (Donovan & Henley, 2003,6 *in* Stefan, 2012).

Para Balonas (2011), os objetivos do marketing social passam pelo estímulo da consciência social de cada indivíduo e a criação de novos hábitos, promovendo a mudança ao nível das

atitudes e comportamentos. Assim, o objetivo final do marketing social será sempre beneficiar os indivíduos e a sociedade e não o marketer ou a instituição que promova a campanha/produto, (Santos, et al., 2011).

### 1.2.2. Marketing *mixe* plano de marketing

Talvez um dos conceitos mais conhecidos no marketing seja o '4Ps', aparentemente descritos pela primeira vez por McCarthy em 1960. Quando falamos em marketing social os 4 elementos característicos do marketing comercial também se aplicam, tal como é explicado por Kotler & Zaltman (1971). Outros autores acrescentam ainda outros elementos ao marketing *mix* do marketing social. De seguida discutimos cada um destes elementos. No entanto é importante reconhecer que o marketing *mix* se refere à mistura de todos os elementos, uma vez que estes se complementam num esforço de marketing integrado, (Donovan & Henley, 2010).

#### a) Produto

O produto do marketing social é uma ideia, um comportamento ou uma atitude que se quer transmitir aos segmentos-alvo para que estes atuem em conformidade, (Kotler & Zaltman, 1971).

Assim o produto poderá manifestar-se através de:

- a) uma ideia social, que apela às crenças e valores do indivíduo, como por exemplo uma campanha sobre tráfico humano;
- b) uma prática social, que pretende induzir um comportamento, como por exemplo um rastreio de diabetes;
- c) um objeto tangível ou um produto físico, como por exemplo a troca de seringas para pessoas que utilizam drogas injetáveis.

No Marketing comercial, o produto vai de encontro às necessidades e desejos dos consumidores. Também no marketing social, é necessário estudar os públicos-alvo e desenhar produtos. O marketer social deve "empacotar" a ideia de uma maneira que o *target* considere desejável e disposto a "comprar", (Kotler & Zaltman, 1971).

Donovan & Henley (2010), afirmam que a formulação de uma estratégia de produto no marketing social é muito mais difícil que de um produto comercial devido às seguintes características dos produtos sociais:

- a) Inflexibilidade: no marketing tradicional os comerciais têm a opção de redesenhar seu produto para torná-lo mais atraente para os consumidores. O produto social é muito menos flexível, uma vez que implica um a aquisição de um comportamento exato;
- b) Intangibilidade: muitos produtos de marketing social são conceitos ou ideias que são intangíveis, não existindo no espaço ou no tempo, mas sim na nossa consciência;
- c) Complexidade: os produtos sociais são muitas vezes muito mais complexos do que os bens ou serviços, exigindo altos níveis de processamento de informação, comunicação de múltiplos benefícios, mas também de consequências adversas;
- d) Controvérsia: para algumas pessoas, as mensagens de marketing social podem ser vistas como um ataque à liberdade pessoal ou mesmo não ser entendidas com uma necessidade ou problemática;
- e) Benefícios pessoais fracos: no marketing comercial, o consumidor obtém os benefícios do produto, mas para alguns produtos sociais, como por exemplo a reciclagem, os benefícios são obtidos pela sociedade o que poderá ser uma barreira ao sucesso da campanha, uma vez que não existem benefícios pessoais diretos.
- f) Enquadramento negativo: os produtos sociais recomendam frequentemente a cessação de um comportamento, como parar de fumar, impregnado de uma carga negativa na sua comunicação.

#### b) Promoção/ Política de Comunicação

Promoção é a combinação de atividades empreendidas para conscientizar o produto e os seus benefícios persuadindo o consumidor à compra. A promoção inclui publicidade, marketing direto, venda pessoal, patrocínio, promoção de vendas e relações públicas, (Donovan & Henley, 2010).

No marketing social aplicam-se os mesmos princípios, sendo este “P” a face mais visível das campanhas e causas sociais. A política de comunicação passa pela definição dos públicos-alvo, da mensagem a comunicar e definição dos meios de difusão do produto social.

Na criação da mensagem, vários autores apontam para que a mesma deve ser simples e eficaz, o que se revela um desafio no marketing social uma vez que as ideias sociais são muitas vezes complexas e requerem explicações prévias. Para além disso, dado o conteúdo abordado, muitas vezes as mensagens das campanhas recorrem ao choque, medo e alarmismo o que pode ferir suscetibilidades quer do *target* quer dos parceiros.

#### c) Distribuição

O terceiro elemento que a abordagem de marketing em campanhas sociais exige é a distribuição da mensagem em canais compatíveis, (Kotler & Zaltman, 1971). Por outras palavras, a mensagem deve chegar aos seus recetores de forma eficaz e por canais que lhes sejam próximos e familiares. Um bom exemplo da adequação da campanha aos canais de distribuição são as advertências de saúde e os contactos das consultas de cessação tabágica presentes nas próprias embalagens de cigarros.

#### d) Preço

O preço, no marketing social, pode incluir custos monetários, mas também se expressa em custos psicológicos que irão afetar a pessoa com a adoção de um determinado comportamento (ex.: energia despendida, ansiedade causada mudança de hábitos), (Kotler & Zaltman, 1971).

Os autores afirmam que a motivação para agir e adotar as recomendações na campanha social resultam da precisamente da comparação entre os custos e os benefícios, (*ibidem*). Se este custo for inferior ao benefício, as respostas serão muito mais eficazes.

#### e) Pessoas, Públicos e Participação

Um quinto “P” é frequentemente adicionado para a comercialização de serviços. No marketing social, este quinto “P” também se aplica, por exemplo na prestação de serviços de aconselhamento à violência doméstica onde o psicólogo tem de manter um relação

empática e positiva com a vítima para que esta não abandone o serviço, (Donovan & Henley, 2010).

Outra manifestação deste quinto “P” serão os diferentes públicos que se pretende atingir com o marketing social. A segmentação do *target* assume neste tipo de marketing um papel preponderante uma vez que as mensagens são específicas e muitas vezes direcionadas a um público com características particulares (Ex: fumadores, grávidas, etc.),

Santos, et al. (2011) nomeiam o quinto “P” do *marketing mix* como a participação. Para os autores o sucesso de uma campanha de marketing social está intimamente implicado com o envolvimento dos destinatários na conceção e desenvolvimento das campanhas, (*ibidem*).

#### f) Parcerias

Refere-se às alianças com organizações que compartilham um interesse em comum com a área que foca da campanha, (Donovan & Henley, 2010). As parcerias podem funcionar como canais de distribuição da mensagem de marketing social de forma mais eficaz, (*ibidem*), mas também serem concretizadas através de apoio na prestação de serviços, como cedência de transportes ou de espaços publicitários.

#### g) Patrocínio/ Donativos

No marketing social, muitas das vezes levado a cabo por organizações sem fins lucrativos e com baixos recursos, o patrocínio e donativos são particularmente importantes, para a implementação da campanha.

Além do ponto de vista monetário, o patrocínio assume um papel preponderante para conseguir mudanças políticas e empresariais, (Donovan & Henley, 2010).

O patrocínio às vezes é confundido com parcerias. Segundo os autores, enquanto alguns patrocínios se podem sobrepor com parcerias, um patrocinador-afiliado estabelece sempre uma relação comercial e não cooperativa com a campanha, (*ibidem*).

#### h) Política

A campanha de marketing social ter de ter em consideração as condições políticas e sociais para que a campanha se desenrole, este elemento do marketing *mix* refere-se sobretudo à introdução de alterações legislativas e políticas que promovam um melhor ambiente para a

aceitação da ideia social, (Donovan & Henley, 2010). A título de exemplo podemos referir a alteração legislativa ao nível das proibições da publicidade nos artigos de tabaco.

### 1.2.3. Plano de marketing

De acordo com Lee & Kotler (2008) o planeamento de uma campanha de marketing social consiste de 10 etapas:

1. Descrever os fundamentos, finalidade e foco da campanha;
2. Realizar uma análise de situação/ diagnóstico - afim de conhecer e estruturar informação sobre o problema em causa, o ambiente circundante, os recursos existentes;
3. Segmentar os públicos-alvo - é necessário definir o perfil de cada segmento a nível das características sociodemográficas, perfil psicológico, características comportamentais;
4. Definir objetivos e etapas para campanha – mudanças de comportamento, aumento do conhecimento, etc.;
5. Identificar barreiras de audiência, benefícios e a competição;
6. Definir o posicionamento na segmentação de públicos;
7. Desenvolver o *mix* de marketing estratégico;
8. Determinar um plano de avaliação e acompanhamento dos resultados;
9. Estabelecer um orçamento de campanha;
10. Desenhar e definir o plano de implementação.

#### 1.2.4. Ética e marketing social

Uma vez que as campanhas de marketing social são despoletadas pela identificação de problemas, a primeira questão que se levanta relaciona-se com os padrões pelos quais os problemas sociais são identificados, (Stefan, 2012). A relevância do facto ou comportamento e a identificação do mesmo como realmente um problema pessoal está intimamente ligada à cultura e crenças de cada indivíduo e da sociedade onde está inserido. Assim, o consumo de drogas pode ser visto como um flagelo social por uns, mas também como uma questão cultural, religiosa ou de liberdade individual por outros.

A maioria das campanhas de marketing social depende daqueles que reconhecem os problemas, determinados subjetivamente por praticantes de marketing social, (Stefan, 2012).

Henley (2010) reforça também esta ideia e acrescenta, ainda, que o julgamento de um determinado ato como nocivo ou errado pode promover o estereótipo na população alvo.

## 1.3. FEAR APPEAL

### 1.3.1. Conceito

O conceito de *fear appeal* foi amplamente estudado e descrito por vários autores. Roger (1975), define-o como uma comunicação persuasiva que tenta despertar o medo para promover a motivação preventiva e desencadear uma ação de autoproteção dos destinatários. Gore et al. (1998) in Stefan (2012) acrescenta que estas mensagens despertam medo ao descrever uma ameaça relevante e significativa, seguida de uma descrição de recomendações viáveis para minimizar da ameaça. Tannenbaum, et al. (2015) corrobora as afirmações anteriores assumindo o *fear appeal* como mensagens que tentam despertar o medo enfatizando os potenciais riscos e danos que acontecerão aos indivíduos se não adotarem as recomendações das mensagens.

Para Brennan & Binney (2010) o *fear appeal* é utilizado para criar um desequilíbrio que pode ser corrigido por meio da adoção de um determinado comportamento. Espera-se que criando desconforto, as pessoas sejam motivadas a agir com vista a diminuir essa sensação de mau estar.

Numa primeira fase, estes apelos enfatizam uma situação negativa suscetível de afetar a capacidade física ou social do destinatário. Posteriormente, o perigo é descrito como sendo suficientemente grave para garantir atenção e, numa terceira fase é fornecida uma solução e meios de redução do medo, (Michael S. LaTour, 1989). Estas soluções poderão passar pela eliminação padrões nocivos (ex.: fumar cigarros) ou pelo estabelecimento de padrões de resposta, que possam prevenir a ocorrência de eventos nocivos (ex.: vacinação), (Roger, 1975).

Na mesma linha de ideias, Roger (1975) afirma que o *fear appeal* deve obedecer a vários componentes: as consequências pessoalmente relevantes de algo nocivo; a probabilidade de ocorrência do evento e o comportamento recomendado.

O *fear appeal* pode ser subcategorizado em apelos de medo físico e social. Os apelos de medo físico dizem respeito a ameaças de caráter fisiológico e os apelos de medo social dizem respeito a ameaças ligadas à aceitação social, (Schoenbachler e Whittler, 1996, Laroche et al., 2001 in Brennan & Binney, 2010).

De acordo com Henley & Donovan (1999), existem dois tipos de medo: inibitório e antecipatório. O primeiro é provocado pela exposição a imagens vívidas e horríveis, enquanto o último resulta da antecipação do indivíduo do que é provável que aconteça se ignorar a ação recomendada.

### 1.3.2. Teorias do *fear appeal* na mudança de comportamento

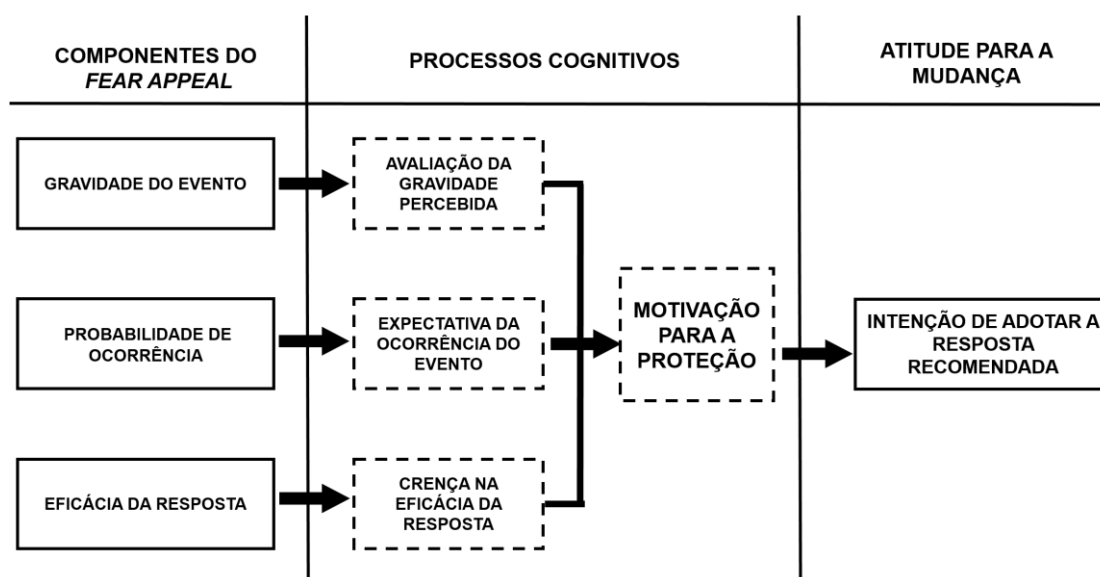
#### 1.3.2.1. PMT: Teoria da Motivação para a Proteção

A teoria da motivação para a proteção (*Protection Motivation Theory*: PMT) foi desenvolvida por Ronald W. Rogers, em 1975, como uma estrutura útil para entender o impacto do *fear appeal*.

Baseado em teorias anteriores Roger (1975), define 3 componentes do *fear appeal*: a gravidade do evento, a probabilidade de ocorrência e a eficácia das recomendações para reduzir ou eliminar os eventos perigosos.

O autor afirma que o impacto do *fear appeal* é mediado por vários processos cognitivos, sendo eles: a) avaliação sobre a gravidade percebida, b) expectativa da ocorrência do evento e c) pela crença na eficácia da resposta. Estes processos influenciam a intenção do indivíduo adotar a recomendação comportamental, (ver figura 1).

Mais tarde, Rogers observou também a importância de variáveis como a aprendizagem observacional, as experiências passadas e a personalidade na iniciação de processos cognitivos. Além disso, estendeu o modelo focando-se nos custos de resposta que intervêm na avaliação da ameaça e na avaliação de enfrentamento, (Stefan, 2012).



Adaptado de Roger (1975)

Figura 1 Teoria da Motivação para a Proteção.

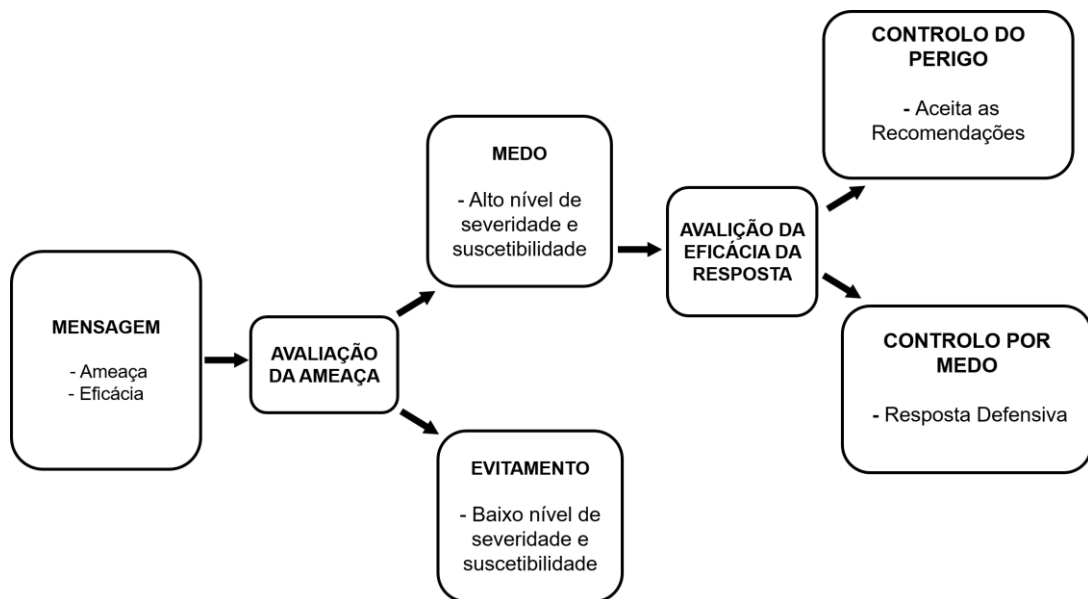
### 1.3.2.2. EPPM: Modelo do processo paralelo estendido

O Modelo do Processo Paralelo Estendido (*Extended Process Parallel Model: EPPM*), representado graficamente na figura 2, desenvolvido por Witte (1994), propõe que a percepção da ameaça desencadeia os processos do controlo de perigo. O EPPM é um processo duplo baseado no Modelo de Processo Paralelo (PPM) desenvolvido originalmente por Leventhal, em 1970.

O PPM afirma que existe uma relação positiva e linear entre a resposta emocional ao medo e a persuasão. Se os apelos ao medo forem muito fortes ou demasiados fracos, os indivíduos podem evitar a mensagem ou simplesmente ignorá-la. Consequentemente, os autores do EPPM reforçam esta teoria e argumentam que o medo deve ser reincorporado como uma variável central, ao mesmo tempo que a relação entre ameaça e eficácia da resposta deve ser tida em consideração, (Stefan, 2012). Não sendo possível evitar o estímulo do medo, poderão entrar em funcionamento outros processos, como por exemplo a negação da ameaça. Assim, mesmo que o perigo não possa ser evitado é sempre possível controlar o medo por rejeição da mensagem.

O EPPM ao contrário do PMT (Teoria da Motivação para a Proteção) incorpora os processos de controlo de perigo, (Ruiter, et al., 2014).

Por outras palavras, assumindo que o indivíduo se sente ameaçado pela mensagem, pode concentrar-se numa solução viável e prática, destinada a reduzir o perigo e, assim, desencadear o controlo de perigo. Mas, pelo contrário, se o medo evocado é muito alto, a pessoa pode recorrer ao controlo do medo (evitação defensiva, pânico), o que leva a resultados contraproducentes, (figura 2).



Adaptado de Witte,1992 in Stefan (2012)

Figura 2 Modelo do Processo Paralelo Estendido

Da mesma forma, se a ação recomendada for considerada eficaz e exequível, é provável que o indivíduo que recebe a mensagem siga as recomendações. No entanto, se o indivíduo considerar que não existe um ação fácil de executar, em resposta à ameaça, poderá desenvolver um sentimento de medo permanente, (Ruiter, et al., 2014).

### 1.3.3. Resultados

A eficácia do *fear appeal* tem sido amplamente estudada por diversos investigadores. No entanto, parece existir divergências no respeito às evidências científicas do resultado da utilização desta estratégia. De seguida tentaremos fazer uma revisão bibliográfica, dando a perspetiva de diferentes autores sobre a temática.

Stefan (2012) afirma que, quando as pessoas são confrontadas com este tipo de mensagens a resposta pode ser dada através da adoção de medidas preventivas para lidar com a ameaça, ou através de medidas de controlo, isto é, negando ou evitando a questão.

Na meta-análise, realizada por Tannenbaum, et al. (2015), a várias campanhas que recorreram ao *fear appeal* como estratégia de persuasão, os autores concluíram que as mesmas foram eficazes e bem-sucedidas no que respeita a influenciar atitudes, intenções e comportamentos.

Também Witte & Mike Allen (2000) concluíram que os apelos de medo parecem ser eficazes quando representam uma ameaça e, quando delineiam respostas eficazes que parecem fáceis de realizar.

Já Hoog & Wit (2007) afirmam que a gravidade e a suscetibilidade das mensagens têm efeitos positivos sobre as intenções, comportamentos e perceção do medo. Por outro lado, Ruiters, et al., (2014) acrescenta que a gravidade das mensagens é muitas vezes a componente mais visível das campanhas de *fear appeal*, mas ao mesmo tempo, a menos persuasiva.

Brennan & Binney (2010), trazem-nos também um importante contributo no que respeita à tipologia de medo que tem mais impacto nos recetores das mensagens de *fear appeal*. Os autores concluíram que, das emoções negativas reveladas em diversos anúncios de *fear appeal*, as pessoas retêm com maior precisão os anúncios que fazem recurso ao medo das consequências pessoais e ao medo da perda. É também interessante referir que, à luz de Brennan & Binney (2010), medo é uma palavra forte que os participantes deste tipo de estudos hesitam em utilizar. Palavras como "preocupação" ou "ansiedade", são mais facilmente empregues para descrever os sentimentos associados aos anúncios de *fear appeal*. Os participantes destes estudos que responderam sentir medo, associavam esse sentimento à morte ou à perda alguém que gostavam, (*ibidem*).

Outra questão a ter em conta, quando falamos sobre a eficácia do *fear appeal*, será duração do seu efeito nos destinatários. Vários teóricos afirmam que quanto maior é a duração temporal e a exposição repetida às campanhas ou advertências menor é o impacto que as mesmas exercem nos consumidores, uma vez que as imagens e alertas entram no quotidiano do destinatário, promovendo um maior afastamento e apatia em relação às mesmas. A este respeito Hasting, et al. (2004) afirmam que no início, um anúncio chocante pode, sem dúvida, captar a atenção do público. Porém a repetição leva à habituação, ao aborrecimento e a uma tendência cada vez maior de os indivíduos se desligarem da mensagem. A exposição repetida a campanhas de medo tem assim um efeito decrescente na eficácia da mensagem, (*ibidem*).

No que respeita aos conteúdos e formulação das mensagens e alertas de *fear appeal* vários autores trazem contributos pertinentes a este respeito.

Já em 1953, Hovland et al. *in* Stefan (2012) afirmaram que os níveis de medo percebidos pelos destinatários são motivadores de mudanças nos seus comportamentos e intenções, apesar de considerarem que níveis de medo altos são menos eficazes que os níveis moderados. Ao mesmo tempo, quando os níveis de medo percebido são baixos tornam a mensagem menos eficazes, (Whitte & Allen, 2000).

O realismo das mensagens parece estar intimamente associado à eficácia das mesmas. Segundo Brennan & Binney (2010), o realismo na representação é crucial para que as mensagens sejam credíveis e tidas em consideração pelos destinatários. Imagens ou mensagens demasiado exageradas ou estigmatizantes conduzem muitas vezes a caminhos opostos aos pretendidos, por provocarem afastamento e não identificação das pessoas com o alerta, (Whitney Marsha, 2017).

De facto, comportamentos de fuga ou evitamento são referenciados, muitas vezes, como um efeito colateral do *fear appeal*. A este respeito Lázaro (1991) *in* Ruitter, et al. (2014), teorizou que as pessoas reagem a ameaças ao avaliar o risco ou o benefício antes do desencadear uma resposta emocional ou uma ação. Assim, o medo gerado, como resultado de uma ameaça, tende a produzir comportamentos de evasão ou fuga e não na adoção das recomendações (*ibidem*). Também Witte & Allen (2000, p. 606) advertem que o recurso ao *fear appeal* “deve ser usado com cautela, pois pode ser contraproducente, se as audiências não acreditarem que, efetivamente, devem evitar uma ameaça”. De Hoog & Wit (2007)

argumentam que em determinadas causas estes apelos causam reações defensivas, como minimizar a ameaça.

Brennan & Binney (2010), na mesma linha de ideias, afirmam que o *fear appeal* pode gerar uma aversão mais intensa quando envolve respostas empáticas (crianças, idosos, etc.). Quando estes apelos são combinados com horror ou choque e altos níveis de repetição, os destinatários são suscetíveis a responder com raiva em vez de medo, culpa ou vergonha. Para os mesmos autores, as pessoas, quando expostas a estas mensagens, atingem um ponto de saturação emocional tal que acabam por "desligar" da mensagem devido à negatividade nela retratada. Brennan & Binney (2010) apontam também outros estudos, com anúncios altamente gráficos e emocionalmente carregados, que resultaram num trauma emocional, levando ao evitamento da mensagem em vez de levar ao envolvimento e à intenção de uma ação. Como consequência, as pessoas para as quais os alertas seriam mais necessários são aquelas que, mais provavelmente, irão assumir comportamentos de fuga, (*ibidem*).

Nesta secção tentámos dar uma visão global sobre a eficácia do *fear appeal*, não diferenciando a finalidade para o qual o mesmo poderá ser associado. De seguida iremos aprofundar, através de uma revisão da literatura, os dados científicos existentes sobre a eficácia do *fear appeal*, especificamente nas medidas de controlo do tabagismo, como campanhas de marketing social e advertências de saúde nas embalagens de cigarros.

#### 1.3.4. O *fear appeal* e medidas de controlo do tabagismo

As medidas de controlo do tabagismo estão, na atualidade, intimamente associadas ao recurso ao *fear appeal* como estratégia de persuasão dos fumadores para a adoção de comportamentos mais saudáveis. No entanto, os resultados sobre a utilização do medo e o seu impacto na mudança de comportamento parecem não encontrar um consenso entre os vários investigadores destas matérias.

Segunda a OMS (2014) o medo, e outras emoções têm uma forte relação com as advertências de saúde. Pesquisas, no campo da comunicação em saúde, indicam que as mensagens com conteúdos emocionalmente apelativos têm maior probabilidade de ser vistas e processadas pelos fumadores, (*ibidem*).

As imagens que figuram nos rótulos podem provocar reações emocionais fortes num número considerável de fumadores, (Hammond, 2011). Essas reações estão associadas a um aumento da motivação dos fumadores para deixar de fumar e induzem a tomada de consciência sobre os riscos envolvidos e levam ao início dos programas de cessação tabágica.

As descrições gráficas da doença parecem ser a maneira mais eficaz de provocar reações emocionais negativas aos alertas de saúde, (Hammond, 2011). Por sua vez, as advertências que destacam os efeitos estéticos negativos do tabagismo (ex: envelhecimento da pele, danos nos dentes e gengiva etc.) parecem ser particularmente eficazes entre os jovens, (Devlin, 2005; Corporate Research Associates, 2005; E&S Research, 2002; UK Department of Health, 2000 *in* Hammond 2011). Por outro lado, as advertências que incluem apenas símbolos são significativamente menos eficazes, (Hammond, 2011).

Também a utilização de narrativas ou testemunhos pessoais, bem como a associação de nomes e idades às pessoas que figuram nas imagens induzem ao aumento do impacto emocional das advertências, (Hammond,2010; Western Opinion/NRG Research Group, 2006 *in* Hammond 2011).

No entanto Ruitter, et al.(2014) apontam para que os dados dos estudos, levados a cabo por agências governamentais como Comissão Europeia e pela OMS, carecem de evidências científicas e podem ter envaziado a informação recolhida, numa estratégia de defender a implementação de medidas como as advertências gráficas nas embalagens de tabaco. Em contraste com as teorias sobre a eficácia do *fear appeal*, os mesmos autores sugerem que a utilização do medo pode resultar em reações defensivas, como negação de risco e atribuição de menor atenção às mensagens de promoção da saúde, inviabilizando a mudança de comportamento pretendida.

Stefan (2012), afirma também que as advertências nas embalagens de tabaco, propostas pela União Europeia, perderam o poder de persuasão e que os fumadores se familiarizaram com o conteúdo das mensagens ao longo do tempo.

Mota, et al. (2013), afirmam que as advertências que pretendem, por meio do apelo emocional do medo, influenciar no hábito de fumar, não impactam nem interferem na decisão do fumador, uma vez que este prefere ignorar as imagens, evitando o contacto ocular com a imagem e, quando as olha, o teor apelativo tem efeito contrário nas decisões. Assim, os apelos visuais não se tornam inibidores e não provocam medo, fato que deve ser

considerado em campanhas antitabágicas, uma vez que os fumadores tendem a rejeitar e ignorar as imagens que fazem apelo ao medo. Os autores sugerem ainda que campanhas com ênfase nos benefícios de não fumar poderiam desincentivar o ato em si. Desta forma uma das recomendações seria o relato de experiências positivas em campanhas antitabágicas, uma vez que a percepção dos fumadores e o impacto sobre sua decisão de fumar poderia ser diferente. As mensagens que apresentam os benefícios da cessação tabágica parecem ter relações positivas com a rejeição ao cigarro. Na percepção dos entrevistados, mensagens endossadas por celebridades que não fumam, serviria de maior inspiração para o estímulo à decisão de parar de fumar, (Mota, et al., 2013).

Também Halkjelsvik (2014), estudou o impacto das campanhas publicitárias de luta contra o tabagismo em que os vídeos induziam medo ou a combinação medo e nojo nos destinatários. A maioria dos espectadores associou as campanhas a políticas de controlo do tabaco e não a uma mudança de comportamento pretendida. Especificamente no caso dos fumadores não existiu qualquer efeito nos mesmos após o visionamento do vídeo.

### 1.3.5. Considerações éticas e alternativas ao *fear appeal*

A comunicação persuasiva, moldada pelo *fear appeal*, pode funcionar como uma ferramenta positiva e social, utilizada para aumentar a consciência pública sobre uma variedade de problemas sociais. No entanto, mesmo que o seu uso seja para os benefícios ao nível da saúde do recetor, os apelos ao medo possuem um grande potencial de crítica, (Stefan, 2012). A utilização do *fear appeal* como estratégia de persuasão é uma questão altamente controversa e vista por vários como sendo não ética e manipuladora.

Gass & Seiter (2011) consideram estes apelos como não éticos, uma vez que sua eficácia depende da criação de um estado de sofrimento psicológico nos recetores da mensagem. Stefan (2012) afirma que a eficácia do *fear appeal* também está diretamente relacionada com a autoestima do destinatário, ou seja, quanto mais suscetível é o indivíduo, maior é a probabilidade de este seguir o comportamento recomendado. Assim, a utilização do *fear appeal* pode afetar as características psicológicas do destinatário o que, novamente, é eticamente questionável, (*ibidem*).

Gass & Seiter (2011) levantam também questões relacionadas com o equilíbrio entre o impacto positivo ou negativo gerado nos recetores da mensagem. Os autores afirmam que, a

longo prazo, os efeitos do *fear appeal* podem ser mais negativos do que positivos, uma vez que geram sentimentos de ansiedade, afetando indivíduos com fragilidades a nível emocional e psicológico.

Para além disso, os teóricos sugerem que despertar o medo pode até ter o efeito oposto, especialmente quando usado para persuadir as pessoas a abandonarem comportamentos que acalmam a sua ansiedade como fumar, comer em excesso ou abuso de drogas e álcool, (Henley & Donovan, 1999).

Henley & Donovan (1999) acrescentam que *fear appeal* cria pensamentos fatalistas (por ex.: "se isto tiver de acontecer... acontecerá") entre os públicos bem como uma predisposição para a aceitar a ameaça e o fracasso em adotar comportamentos desejados.

Uma alternativa ao *fear appeal* será a utilização de recursos positivos como estratégia de comunicação. Os apelos negativos remetem o indivíduo para sentimentos de piedade e culpa, enquanto os positivos são sempre considerados como inspiradores e motivadores, (Stefan, 2012). Os recursos positivos incluem humor, alegria, inspiração, empatia, compaixão, (*ibidem*). De acordo com Lewis et. Al. (2006) in Stefan (2012), a introdução de mais apelos a emoções positivas, como o humor, pode ajudar a renovar o interesse pelas mensagens, outrora desgastadas pelo uso excessivo do *fear appeal*, especialmente para as pessoas que se consideram familiarizadas demais com uma campanha, (Stefan, 2012).

Algumas pesquisas sugerem ainda que, através técnicas de autoconsciência e autoafirmação, é possível encorajar pessoas a assistir aos suportes publicitários que transmitem mensagens de saúde, sem as rejeitar, (Ruiter, et al., 2014). Estudos experimentais revelaram que o recurso a procedimentos, nos quais as pessoas refletem sobre os seus valores e as suas características pessoais, podem ter um potencial elevado para promover uma maior abertura para as recomendações de saúde, (*ibidem*).

## 1.4. HIPÓTESES

Tendo em consideração os objetivos desta investigação e o enquadramento teórico apresentado importa definir as hipóteses em resposta ao objeto de estudo identificado.

Segundo Good e Hatt (1969, p.75 *in* Gil, 1989) o termo hipótese remete-nos a “uma proposição que pode ser colocada à prova para determinar a sua validade.” Neste sentido as hipóteses aqui formuladas apresentam respostas à questão de partida desta investigação:

“ Qual o impacto do *fear appeal* presente nas advertências de saúde das embalagens de tabaco, junto de consumidores de tabaco portugueses?”.

Apresentamos de seguida as hipóteses formuladas no âmbito desta investigação:

- H1. Consumidores correntes são menos suscetíveis ao medo do que os consumidores recorrentes.
- H2. Consumidores correntes são menos suscetíveis à adoção da resposta recomendada do que os consumidores recorrentes.
- H3. As mulheres são mais suscetíveis ao medo provocado pelas advertências de saúde que os homens.
- H4. As mulheres são mais suscetíveis a adotar os comportamentos recomendados perante o visionamento das advertências
- H5. As advertências de saúde têm um impacto reduzido nos fumadores ao nível do medo provocado.
- H6. O medo provocado pelas advertência de saúde promove a adoção das respostas recomendadas.
- H7. O medo provocado pelas advertência de saúde leva a respostas de evitamento ou fuga.
- H8. A probabilidade de ocorrência e a severidade são variáveis que influenciam o medo sentido nas advertências de saúde.
- H9. As advertências de saúde têm impacto reduzido no respeito às das mudanças do seu comportamento nos fumadores.

## CAPITULO II – MÉTODO

Neste capítulo, dedicado ao método, será abordada toda a estratégia metodológica utilizada nesta investigação. Para Gil, (1999, p. 27), “pode definir-se método como o caminho para se chegar a um determinado fim. E método científico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento”.

Iniciaremos com a definição do objeto de estudo, de seguida passaremos à apresentação do tipo de investigação, do sujeito, dos instrumentos e escalas utilizados e por fim dos procedimentos de recolha e análise utilizados que visam clarificar e responder à questão de partida e hipóteses anteriormente apresentadas.

### 2.1. OBJETO DE ESTUDO

O corpo de análise desta dissertação centra-se nas advertências de saúde combinadas, presentes nas embalagens de tabaco.

Por “advertência de saúde” entende-se uma mensagem de texto “sobre os efeitos adversos de um produto na saúde humana ou outras consequências indesejadas do seu consumo.”, (Decreto-Lei 108/2015, p. 6340). Por seu turno, por “Advertências de Saúde combinadas” dizem respeito à “ combinação de uma advertência em texto e da fotografia ou figura correspondente”, (Decreto-Lei 108/2015, p. 6340). Para simplificar a leitura do questionário aplicado aos participantes, as advertências de saúde combinadas foram referidas apenas como advertências de saúde.

Como objeto de estudo elegemos a combinação de 6 advertências de saúde homologadas pelo Decreto-Lei 108/2015 e em circulação no mercado português, agrupando-as em dois blocos consoante a sua natureza causal:

Advertências de Saúde de Natureza Física - nesta categoria foram selecionadas 3 advertências que remetem o consumidor para consequências físicas decorrentes do consumo de tabaco (figura 3). As advertências escolhidas foram:

- 1) “Fumar provoca a obstrução das artérias” (Anexo II, alínea f. do Dec. 108/2015, pertencendo à série 1),
- 2) “Fumar provoca cancro da boca e garganta” (Anexo II, alínea b. do Dec. 108/2015, pertencendo à série 1),
- 3) “Fumar danifica os seus pulmões” (Anexo II, alínea c. do Dec. 108/2015, pertencendo à série 2).



Figura 3 Advertências de saúde – físico

Advertências de Saúde de Natureza Social - neste grupo as advertências remetem o fumador para consequências sociais, familiares e afetivas decorrentes do ato do fumar. Para tal foram escolhidas as seguintes advertências (figura 4):

- 1) “O seu fumo prejudica os seus filhos, família e amigos” (Anexo II, alínea j. do Dec. 108/2015, pertencendo à série 2),
- 2) “Deixe de fumar já – pense em que gosta de si” (Anexo II, alínea l. do Dec. 108/2015, pertencendo à série 2),
- 3) “Os filhos de fumadores têm maior propensão para fumar” (Anexo II, alínea k. do Dec. 108/2015, pertencendo à série 1).

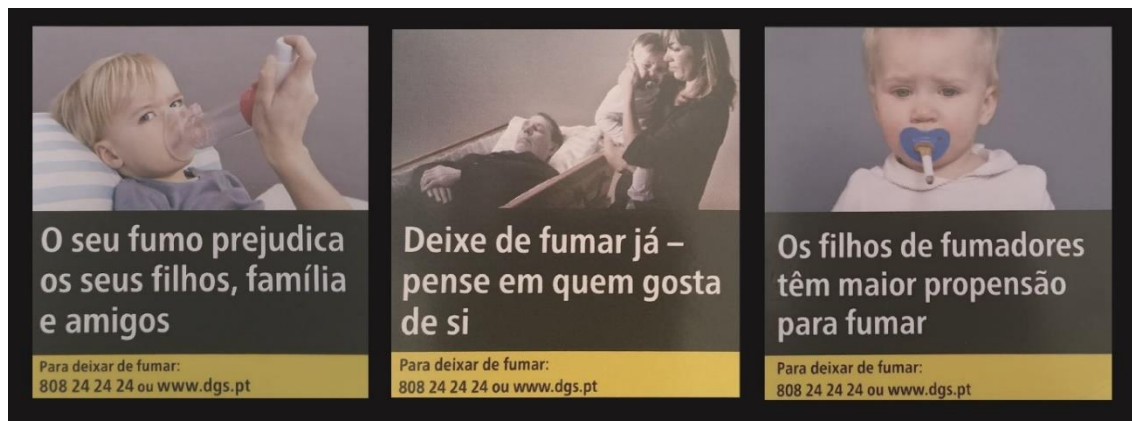


Figura 4 Advertências de saúde - social

## 2.2. TIPO DE INVESTIGAÇÃO

Como afirma Marques (2010 p.76), numa investigação “é importante ratificar a necessidade de um equilíbrio de forças. Um bom trabalho de pesquisa exige conceções teóricas de abordagem, técnicas que possibilitem a construção da realidade e o exercício do potencial criativo do pesquisador”

Sendo o objetivo central deste estudo perceber o impacto do *fear appeal* presente nas advertências de saúde das embalagens de tabaco, junto dos consumidores portugueses, partimos de uma lógica dedutiva para responder à questão central da investigação.

Maroco (2007) afirma que o método dedutivo presume que existam verdades gerais fundamentadas que sirvam de base, para atingir através delas, novas conclusões. Assim, esta dissertação pretende trazer novos contributos para o conhecimento científico em Portugal na temática do *fear appeal*.

Para analisar o impacto das advertências de saúde junto dos consumidores iremos recorrer a uma abordagem quantitativa, de estudo confirmatório, utilizando como instrumento metodológico a aplicação de inquérito por questionário.

### 2.3. SUJEITOS

Através da aplicação da metodologia de investigação delineada pretendeu-se conseguir uma amostragem por conveniência, não probabilística, composta por indivíduos do sexo masculino e feminino, com acesso à internet, residentes em Portugal, consumidores de tabaco nos últimos 12 meses aquando o preenchimento do questionário. No total a amostra é composta de 470 participantes.

Para distinguir os diferentes consumidores iremos adotar a tipologia sugerida por Balsa, et al, (2014, p. 129,130):

“Tipo II: novos experimentadores – consumiram pela primeira vez no último ano mas não no último mês;

Tipo III: consumidores recorrentes – consumiram no último ano sem que fosse a primeira vez mas não consumiram no último mês;

Tipo IV: consumidores correntes – consumiram ao longo da vida, no último ano e último mês.”

## 2.4. INSTRUMENTO

Tal como referido anteriormente, esta investigação recorreu a uma metodologia quantitativa, utilizando o inquérito por questionário como principal instrumento de recolha de dados.

Para Raymond & LucVan (1995 p. 188) os inquéritos por questionário:

“Consistem em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas (...)às suas opiniões, à sua atitude em relação às opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou problema.”

A disposição do questionário teve em consideração a revisão da literatura, sendo composto por 32 questões subdivididas em diferentes áreas, com vista a analisar variáveis dependes e independentes. Assim, o questionário subdivide-se em 3 partes:

- I. Comportamento do consumidor
- II. Advertências de saúde e *fear appeal*
- III. Caracterização sociodemográfica

Importa ainda referir que no grupo II foram apresentadas aos participantes 2 blocos de advertências. O primeiro bloco ilustrava 3 imagens com advertências de saúde do foro físico e o segundo bloco de natureza social, tal como especificado acima.

Para a construção deste instrumento recorreremos à utilização e adaptação de diversas escalas e testes, validados pela comunidade científica, os quais pretendem analisar a relação causal das variáveis dependentes e independentes, que passamos a descrever:

### 2.4.1. Tipologias de consumo de tabaco

Para o tratamento dos resultados decidimos organizar a amostra por tipologias das sequências do consumo sugerida por Balsa, et al. (2014).

Estas tipologias são construídas a partir das declarações do consumo, considerando os indicadores de prevalência e distância temporal do primeiro consumo, (*ibidem*).

Desta forma através do cruzamento das respostas às perguntas, apresentadas na tabela 2 poderemos categorizar 4 tipos de consumidores:

- Tipo I: consumidores não recentes – consumiram alguma vez na vida, mas não no decorrer do último ano;
- Tipo II: novos experimentadores – consumiram pela primeira vez no último ano, mas não no último mês;
- Tipo III: consumidores recorrentes – consumiram no último ano sem que fosse a primeira vez, mas não consumiram no último mês; e
- Tipo IV: consumidores correntes – consumiram ao longo da vida, no último ano e último mês.

No tratamento dos resultados, apenas os consumidores tipo II, III e IV foram considerados na amostra.

Tabela 2 Tipologias de consumidores

<b>N.º</b>	<b>Questão</b>
1	Há quanto tempo experimentou fumar tabaco pela primeira vez?
3	Quando foi a última vez que fumou 1 cigarro?
5	Com que frequência consumiu tabaco no último ano?
6	Com que frequência consumiu tabaco no último mês?

#### 2.4.2. Teste de Fagerström - dependência física do tabaco

Para quantificar o grau de dependência de tabaco, inserimos neste questionário o Teste de Fagerström, um instrumento utilizado comumente pelos profissionais de saúde, para a avaliação da dependência física dos consumidores de tabaco e aplicado nas consultas de cessação tabágica do Sistema Nacional de Saúde (Tabela 3).

Tabela 3 Dependência física do tabaco

<b>N.º</b>	<b>Questão</b>
7	Quanto tempo depois de acordar fuma o 1º cigarro?
8	É difícil para si não fumar em espaços onde é proibido fumar (cinemas, viagens de longo curso)?
9	Qual é o cigarro que teria mais dificuldade em abandonar?
10	Quantos cigarros fuma por dia?
11	Fuma mais frequentemente nas primeiras horas após acordar do que no resto do dia?
12	Fuma mesmo quando está doente?

No Teste de Fagerström a cada resposta é atribuída uma pontuação (de 1 a 3 pontos), sendo a pontuação máxima é de 10. Os fumadores que obtenham uma pontuação igual ou inferior a 3 apresentam um grau de dependência baixo, de 4 a 6 uma dependência média e quando o resultado apresenta um valor superior a 7 pontos considera-se o grau de dependência elevado, (Ferrero, et al., 2009).

### 2.4.3. Eficácia da resposta

Para Roger (1975), uma das 3 componentes do *fear appeal* prende-se com a eficácia das recomendações para reduzir ou eliminar os eventos perigosos. Assim, para medir esta variável utilizámos 3 escalas: teste de Richmond, autoeficácia e eficácia percebida.

#### 2.4.3.1. Teste Richmond - motivação para a cessação tabágica

A par do teste Fagerström outro instrumento é utilizado nas consultas de cessação tabágica, desta feita para avaliar a motivação dos consumidores para parar de fumar: o teste de Richmond, (Richmond, et al., 1993). Considerando importante ponderar este aspeto e a sua relação com a eficácia do *fear appeal* considerámos pertinente inclui-lo no questionário.

Assim, foram colocadas as várias questões aos consumidores correntes de tabaco (fumaram no último mês), apresentadas na tabela 4. Através de um sistema de pontuação atribuído a cada resposta é possível quantificar a motivação do consumidor para a cessação tabágica como: a) motivação baixa se pontuação total for de 0-6 pontos; b) motivação moderada se estiver no intervalo entre 7 e 9 pontos ou c) motivação elevada se o somatório corresponder a 10 pontos.

Tabela 4 Motivação para a cessação tabágica

<b>N.º</b>	<b>Questão</b>
13	Gostaria de deixar de fumar se o pudesse fazer facilmente?
14	Tem realmente vontade de deixar de fumar?
15	Acredita que conseguirá deixar de fumar nas próximas 2 semanas?
16	Pensa que será ex-fumador(a) dentro de 6 meses?

#### 2.4.3.2. Autoeficácia

Adaptando a escala criada por Arthur & Quester (2004) a autoeficácia para a cessação tabágica foi medida através da resposta a 3 questões (tabela 5) que pretendem analisar a facilidade ou dificuldade que os participantes reportam em adotar a resposta pretendida: parar ou reduzir o consumo.

Tabela 5 Autoeficácia

<b>N.º</b>	<b>Questão</b>
17	Escolha o grau que melhor descreve a sua posição perante os aspetos apresentados, utilizando a seguinte escala: 1- Muito Difícil; 2 – Difícil; 3 – Indiferente; 4 - Fácil; 5– Muito Fácil
17.1	Para mim deixar de fumar sem ajuda externa (consulta médica, adesivos etc.) Seria...
17.2	Para mim deixar de fumar com ajuda externa (consulta médica, adesivos etc.) Seria...
17.3	Para mim reduzir o número de cigarros que fumo seria...

#### 2.4.3.3. Eficácia percebida

Uma vez que os instrumentos anteriores visavam avaliar a motivação e a autoeficácia do fumador para parar/reduzir o seu consumo, pareceu-nos de igual forma relevante avaliar a percepção do fumador no que respeita à eficácia da advertência de saúde na alteração do seu comportamento.

Desta forma, adaptando o instrumento criado por Rodrigues (2012) foram aplicadas várias questões perante cada um dos blocos de advertências de saúde (físicas e sociais), procurando avaliar assim, a eficácia percebida pelo consumidor ao nível dos diferentes comportamentos face às advertências apresentadas e o seu comportamento, (tabela 6).

Tabela 6 Eficácia percebida

N.º	Questão
21 23	Tendo como referência as advertências de saúde apresentadas, posicione-se perante cada afirmação, utilizando a seguinte escala : 1- Discordo totalmente, 2 – Discordo parcialmente; 3 – Não concordo, nem discordo; 4 – Concordo parcialmente; 5 – Concordo totalmente.
21.1 23.1	Estas advertências de saúde fazem com que perca o desejo de fumar
21.2 23.2	Estas advertências de saúde fazem com que tenha vontade de reduzir o meu consumo de tabaco
21.3 23.3	Estas advertências de saúde fazem-me pensar que tenho de parar de fumar
21.4 23.4	Estas advertências de saúde aumentam os meus conhecimentos relativamente aos riscos do consumo de tabaco
21.5 23.5	Se fosse tirar um cigarro para fumar e visse uma destas advertência de saúde, voltava a guardar o cigarro e não fumava naquele momento
21.6 23.6	Estas advertências de saúde fazem com que não fume perto de amigos/familiares não fumadores
21.7 <sup>a</sup> 23.7 <sup>a</sup>	Estas advertências de saúde não provocam qualquer efeito em mim

<sup>a</sup> No tratamento de dados referente ao índice de eficácia percebida esta questão não foi considerada.

#### 2.4.4. Realismo

Uma vez que o realismo das mensagens parece estar intimamente associado à eficácia das mesmas, como sustenta Brennan & Binney (2010), considerámos pertinente incluir também esta variável.

Assim, o realismo e a credibilidade atribuída às advertências de foro físico e às advertências de foro social foram medidos através da inclusão de uma questão incluída no bloco 21 e 23 acima mencionado, (tabela 7).

Tabela 7 Realismo das advertências

<b>N.º</b>	<b>Questão</b>
21.8	O texto e as imagens apresentados nestas advertências de saúde são reais e fidedignos
23.8	

#### 2.4.5. Profundidade de processamento

A profundidade de processamento remete-nos às saliências das advertências de saúde e até que ponto estas despertam a atenção do consumidor.

Assim, foi adaptada a escala de Rodrigues (2012) relativa à profundidade de processamento e colocadas aos participantes um conjunto de 3 questões apresentadas na tabela 8.

Tabela 8 Profundidade de processamento

<b>N.º</b>	<b>Questão</b>
19	Escolha o grau que melhor descreve a frequência destes comportamentos, utilizando a seguinte escala: 1-Nunca, 2 – Raramente, 3- Às vezes, 4 - Muitas Vezes, 5 - Sempre
19.1	Repara nas advertências de saúde presentes nas embalagens de tabaco
19.3	Pensou acerca do perigo ou outras questões negativas decorrentes do comportamento de fumar
19.5	Leu ou olhou de perto para as advertência de saúde presente nas embalagens de tabaco

#### 2.4.6. Profundidade de conhecimento e temporalidade

Tal como afirma Stefan (2012), as advertências nas embalagens de tabaco podem perder o poder de persuasão quando os fumadores se familiarizaram com o conteúdo das mensagens. Assim, pretendemos analisar a relação da temporalidade das advertências e o seu impacto nos consumidores. Para tal incluímos no bloco 19, mencionado acima, duas questões referentes a esta variável, (tabela 9).

Tabela 9 Profundidade de processamento - temporalidade

<b>N.º</b>	<b>Questão</b>
19.2	Repara nas advertências de saúde presentes nas embalagens de tabaco, mas só quando são novas e ainda não tinha visto/lido aquela advertência.
19.6	Leu ou olhou de perto para as saúdes presentes nas embalagens de tabaco, mas só quando são novas e ainda não tinha visto/lido aquela advertência.

#### 2.4.7. Evitamento e fuga

Autores como Witte & Allen (2000) ou Hoog & Wit (2007) argumentam que uma das respostas ao *fear appeal* pode refletir-se em comportamentos de fuga ou evitamento. Desta forma, pretendemos analisar esta variável incluindo 2 questões apresentadas na tabela 10.

Tabela 10 Evitamento e fuga

<b>N.º</b>	<b>Questão</b>
19.4	Tapou/escondeu as advertências para que não as pudesse ver
19.7	Quando comprou tabaco, pediu para trocar de embalagem por não gostar da imagem

#### 2.4.8. Índice de medo

A fim de medir a intensidade do medo provocado por cada bloco de advertências de saúde (físicas e sociais) aplicámos o índice de medo, originalmente concebido por Maheswaran e Levy (1990) e, mais tarde adaptado por Arthur e Quester (2004), num estudo sobre a utilização de *fear appeal* na publicidade. Nesse estudo os autores pretendiam medir o medo dos indivíduos após a exposição aos estímulos.

O nível de medo que a pessoa sentiu é determinado pela soma da pontuação obtida para cada item (tabela 11), resultando num índice de medo. Um resultado elevado deste índice revela um forte medo como reação a um determinado estímulo. Pontuámos assim, valores até 15 pontos como um índice de medo muito baixo; de 16 a 24 pontos como baixo; de 25 a 32 pontos como medo elevado e entre 34 e 42 pontos como um índice muito elevado.

Tabela 11 Índice de medo

<b>N.º</b>	<b>Questão</b>
20 22	Depois de ter visto estas advertências como se sentiu? (Avalie numa escala de 1 a 7, em que 1 significa “Não senti nada” e 7 “Senti muito”)
20.1 22.1	Receoso/ com medo
20.2 22.2	Tenso
20.3 22.3	Nervoso
20.4 22.4	Assustado
20.5 22.5	Repugnado
20.6 22.6	Desconfortável

#### 2.4.9. Probabilidade de ocorrência e severidade do acontecimento

Segundo Roger (1975), para além da eficácia da resposta, outras duas componentes definem o *fear appeal*: a severidade do evento e a probabilidade de ocorrência.

Para avaliar estas duas últimas variáveis foram adaptadas as escalas criadas por Arthur & Quester (2004) cruzando referências idênticas de autores como Almeida (2008) e Rodrigues (2012).

Assim foram colocados aos participantes o mesmo conjunto de questões em duas perguntas com diferentes dimensões de análise, (tabela 12).

Tabela 12 Probabilidade e severidade

N.º	Questão
24 <sup>a</sup>	Selecione o grau que considere mais adequado relativamente à probabilidade de ocorrência destas situações na sua vida por fumar, utilizando a escala seguinte: 1- nada provável, 2 – pouco provável; 3 – nem improvável, nem provável; 4 – provável; 5 – muito provável
25 <sup>b</sup>	Utilizando as mesmas situações que a pergunta anterior, pedimos agora que se posicione de acordo com o impacto que as mesmas poderiam ter na sua vida, utilizando a seguinte escala: 1- nada perturbador, 2 – pouco perturbador; 3 – indiferente; 4 – perturbador; 5 – muito perturbador
24.1   25.1	Ficar impotente/ reduzir a minha fertilidade
24.2   25.2	Ter cancro no pulmão
24.3   25.3	Os meus filhos fumarem também
24.4   25.4	Ter um ataque cardíaco
24.5   25.5	Ficar cego
24.6   25.6	Ter lesões nos dentes e gengivas
24.7   25.7	Ter cancro da boca ou da garganta
24.8   25.8	Prejudicar as pessoas à minha volta por fumar perto delas
24.9   25.9	Ter um Acidente Vascular Cerebral (AVC)
24.10 25.10	Magoar as pessoas em meu redor por ficar doente devido a questões relacionadas ao tabaco
24.11 25.11	Prejudicar a minha gravidez/ gravidez da parceira
24.12 25.12	Ter problemas respiratórios
24.13   25.13	Ficar sem um membro (dedo, perna etc.)

<sup>a</sup> Probabilidade

<sup>b</sup> Severidade

## 2.5. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA

Após a sua construção, o questionário foi submetido a um pré-teste, no qual participaram 23 inquiridos, com diversas tipologias de consumo (consumidores não recentes; novos experimentadores; consumidores recorrentes; consumidores correntes).

Deste pré-teste emergiram vários *inputs* que auxiliaram a otimização do instrumento. Procedeu-se assim à sua revisão e validação final do mesmo.

Após este processo, o inquérito por questionário foi disseminado e esteve ativo durante 30 dias, no período compreendido entre o dia 28 de julho a 28 de agosto de 2017.

O preenchimento do questionário tinha uma duração aproximada de 10 a 15 minutos e realizou-se através do acesso a uma hiperligação

<https://goo.gl/forms/trxwYJhbtBgemK93>).

Como estratégias de disseminação recorreu-se a plataformas *online*, tais como redes sociais (*WhatsApp, Instagram, Twitter e Facebook*); blogues (Ex: “Blogue sobre tabaco”<sup>5</sup>; “I love Bio”<sup>6</sup>; “Tabagismo em Portugal”<sup>7</sup>), fóruns e grupos *online* (Ex: “Quero deixar de fumar”; “tabaco Natural em Portugal”; “IQOS-tabaco sem combustão”).

Paralelamente, o questionário foi enviado, via correio eletrónico, para diversas instituições de ensino profissional, ensino superior, empresas e instituições sem fins lucrativos, tendo algumas delas aceitado divulgá-lo junto dos seus colaboradores. Importa referir que com a hiperligação do questionário, foi sempre enviada uma nota introdutória, explicando o âmbito e objetivos da investigação, fornecendo instruções para o preenchimento do questionário e salvaguardando o anonimato e confidencialidade dos participantes.

---

<sup>5</sup> <http://blogsobretabaco.blogs.sapo.pt/>

<sup>6</sup> <http://ilovebio.pt/liberdade/>

<sup>7</sup> <http://tabagismoemportugal.blogspot.pt/>

## 2.6. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

No que respeita aos procedimentos de análises, recorreremos a técnicas de estatística para testar as hipóteses anteriormente apresentadas, tendo como ponto de partida a amostra conseguida através da aplicação do inquérito por questionário.

Na análise e discussão de resultados realizámos também um cruzamento dos dados primários, obtidos do questionário, com os dados secundários e documentais, oriundos de relatórios e inquéritos nacionais produzidos por entidades estatais como a Direção Geral de Saúde ou o Serviço de Comportamentos Aditivos e Dependências, bem como da revisão bibliográfica efetuada.

Os dados recolhidos foram processados no *software* SPSS – Statistical Package for the Social Sciences, permitindo-nos elaborar leituras científicas. O *software* Excel também foi utilizado para cálculos complementares.

Para analisar as relações entre as diferentes variáveis recorreremos a diversos testes paramétricos e não paramétricos.

### 2.6.1. Teste $t$

As metodologias estatísticas que envolvem testes de hipóteses no que concerne a médias, designam-se genericamente por testes  $t$ , (Ferreira, 1999).

O teste  $t$  para duas amostras independentes, ou não relacionadas, compara as médias de uma mesma variável ou característica observada sobre duas amostras independentes de indivíduos, (Pereira & Patrício, 2006). Este tipo de teste exige uma distribuição da população normal. Para determinar se uma variável provém de uma amostra com uma distribuição gaussiana recorreu-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov, uma vez que a dimensão da amostra foi sempre superior a 30.

A título de exemplo, aplicámos este teste para comparar as diferenças significativas entre género e a média da variável índice de medo social.

### 2.6.2. ANOVA

ANOVA é o acrónimo de Análise de Variância (Analysis of Variance). A análise de variância é uma metodologia estatística cujo objetivo é identificar se existem ou não diferenças significativas entre as médias de várias amostras de uma variável numérica, (Ferreira, 1999). Constatamos, assim, que a ANOVA é diferente dos testes *t* uma vez que estes apenas podem ser utilizados para testar diferenças entre diversas situações e para duas ou mais variáveis, (Pereira & Patrício, 2006).

A ANOVA de variância a um fator ou anova *one-way* (ensaios uni-fatoriais) é uma metodologia paramétrica que deve ser aplicada quando a variável apresenta uma distribuição normal e existe homogeneidade da variância. A ANOVA *one-way* permite comparar o valor médio de uma mesma variável em mais de dois grupos de variáveis independentes, como por exemplo o índice de medo físico e a duração de consumo dos participantes (consumidores de curta, média ou longa duração). Sempre que os pressupostos de aplicação da ANOVA *one-way* não se verificaram aplicámos a metodologia *Welsh*.

### 2.6.3. Correlações

Nas correlações aplicadas, pretendeu-se testar a existência de uma relação estatisticamente significativa entre duas variáveis, ou seja, se ambas têm uma variação conjunta ou se as suas categorias se encontram associadas, (Pereira & Patrício, 2006)

Para tal, recorreu-se ao coeficiente de Pearson e de Spearman. O coeficiente de correlação de Pearson permitiu avaliar o grau de associação existente entre duas variáveis quantitativas e aplicou-se apenas quando as duas variáveis se relacionam linearmente ou de forma aproximadamente linear (ex.: índice de medo vrs eficácia percebida). O coeficiente de correlação de Spearman, aplicado por exemplo para analisar a correlação entre cada item da variável fuga e o índice de medo, permitiu avaliar o grau de associação existente entre variáveis ordinais.

#### 2.6.4. Regressão linear

A análise de regressão consiste na realização de uma análise estatística com o intuito de verificar a existência de uma relação funcional entre uma variável dependente, por exemplo o índice de medo, com uma ou mais variáveis independentes, como por exemplo probabilidade e severidade do acontecimento, (Peternelli, s.d.). Por outras palavras a regressão linear consiste na formulação de uma equação que procura explicar a variação da variável dependente pela variação dos níveis das variáveis independentes. A regressão linear obedece um conjunto de pressupostos que foram analisados (Dubin - Watson, distribuição de erros, homocedasticidade do erro e multicolinearidade), bem como à validação do modelo de análise através de uma análise ANOVA.

## CAPITULO III – ANÁLISE DE DADOS

### 3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

O inquérito por questionário foi aplicado a um total de 763 indivíduos, dos quais 167 nunca experimentaram fumar e 126 são consumidores não recentes, ou sejam tiveram episódios de consumo ao longo da vida, mas não no último ano.

Como amostra desta investigação selecionamos, apenas, os participantes que consumiram tabaco no último ano. Desta forma o total da amostra é de 470 participantes, como ilustrado na tabela 13.

Tabela 13 Tipologias de consumo

<b>Tipologia de consumidor</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Consumidores não recentes	126	16,5
Consumidores correntes	422	55,3
Consumidores recorrentes	46	6,0
Novos experimentadores	2	0,3
Não consumidores	167	21,9
Total	763	100,0

### 3.1.1. Características sociodemográficas da amostra

No que diz respeito ao perfil sociodemográfico, foram consideradas as variáveis gênero, faixa etária, formação acadêmica, ocupação profissional, categoria profissional e rendimento mensal bruto.

Considerando o total da amostra (N=470), a nível da distribuição de **gênero**, 65,3% dos participantes (n=307) pertencem ao gênero feminino e 34,7% pertencem ao gênero masculino (n=163) (Tabela 14).

Tabela 14 Gênero

<b>Gênero</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Feminino	307	65,3
Masculino	163	34,7
Total	470	100,0

Na **idade** dos participantes (N=470) os valores oscilam entre 17 e 68 anos, sendo 33 anos a média da idade dos participantes. Categorizando por faixa etária podemos constatar que 38,3% (n=180) encontra-se entre os 25 e os 34 anos; 30,2 % (n=142) entre os 35 e os 44 anos; 20,6% (n=97) têm idade igual ou inferior a 24 anos e por fim 10,9% (n=51) 45 ou mais anos de idades, (tabela 15).

Tabela 15 Idade

<b>Idade</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Até 24 anos	97	20,6
25-34 anos	180	38,3
35-44 anos	142	30,2
Mais de 45 anos	51	10,9
Total	470	100,0

A maioria dos participantes, 71,9% (n=338) tem **habilitações literárias** ao nível do ensino superior (44,9% licenciatura, 26,4% mestrado e 0,6% doutoramento). Os restantes participantes, 28,1% (n=131), possuem uma escolaridade igual ou inferior ao 12º ano (24,9% com o 12º ano ou equivalente, 2,6% com o 9º ano ou equivalente, 0,4% com o 6º ano ou equivalente e 0,2% com o 4º ano).

Tabela 16 Habilitações literárias

Habilitações literárias	Frequência	Percentagem
4º ano	1	0,2
6º ano	2	0,4
9º ano	12	2,6
12º ano	117	24,9
Licenciatura	211	44,9
Mestrado	124	26,4
Doutoramento	3	0,6
Total	470	100,0

No que concerne à **ocupação profissional** a maioria dos participantes trabalha (63,9%, n=295); 13,9% (n=64) estuda, 10,6% (n=49) trabalha e estuda em simultâneo, 10% (n=46) encontra-se desempregado e 1,5% (n=7) da amostra estão reformados. Ainda relativamente a esta variável 1,9% (n=9) dos participantes não sabem ou não responderam a esta questão, (tabela 17).

Tabela 17 Ocupação profissional

Ocupação profissional	Frequência	Percentagem
Estudo	64	13,9
Estudo e Trabalho	49	10,6
Trabalho	295	63,9
Desempregado	46	10,0
Reformado	7	1,5
Não sabe/ não responde	9	1,9
Total	470	100,0

Ao nível dos **rendimentos** dos participantes, 29,1% (n=137) afirmam ter rendimento mensal bruto com valores entre 558€ e 1000€, 19,6% (n=92) dos inquiridos entre 1001€ e 1500€, 12,8% (n=60) um rendimento inferior a 557€, 9,6% (n=45) apresentam rendimentos entre os 1501€ e os 2000€ e por fim apenas 5,1% (n=24) declaram ter um valor igual ou superior a 2000€ como vencimento mensal bruto. Nesta questão 23,8% (n=112) dos participantes não sabem ou não respondem à mesma, (tabela 18).

Tabela 18 Rendimentos

<b>Rendimentos</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Menor ou Igual a 557€	60	12,8
558€ -1 000€	137	29,1
1 001€-1 500€	92	19,6
1 501€- 2 000€	45	9,6
Maior ou Igual a 2 000€	24	5,1
Não sei/Não respondo	112	23,8
Total	470	100,0

### 3.1.1.1. Género e idade

Ao analisar conjuntamente as variáveis género e idade verifica-se que dentro da faixa etária 25-34 anos o maior número de participantes pertence ao género feminino (39,74%), superior em 4,16% aos participantes do género masculino (35,58%). Pelo contrário a distribuição de género na faixa dos 35-44 anos apresenta uma predominância de elementos do género masculino, 33,13%, enquanto 28,66% são do género feminino. A diferença na distribuição de género no grupo de participantes com idades inferiores a 24 anos e com idades superiores a 45 anos é pouco significativa não chegando a ser de 1%, como é possível verificar no gráfico 2.

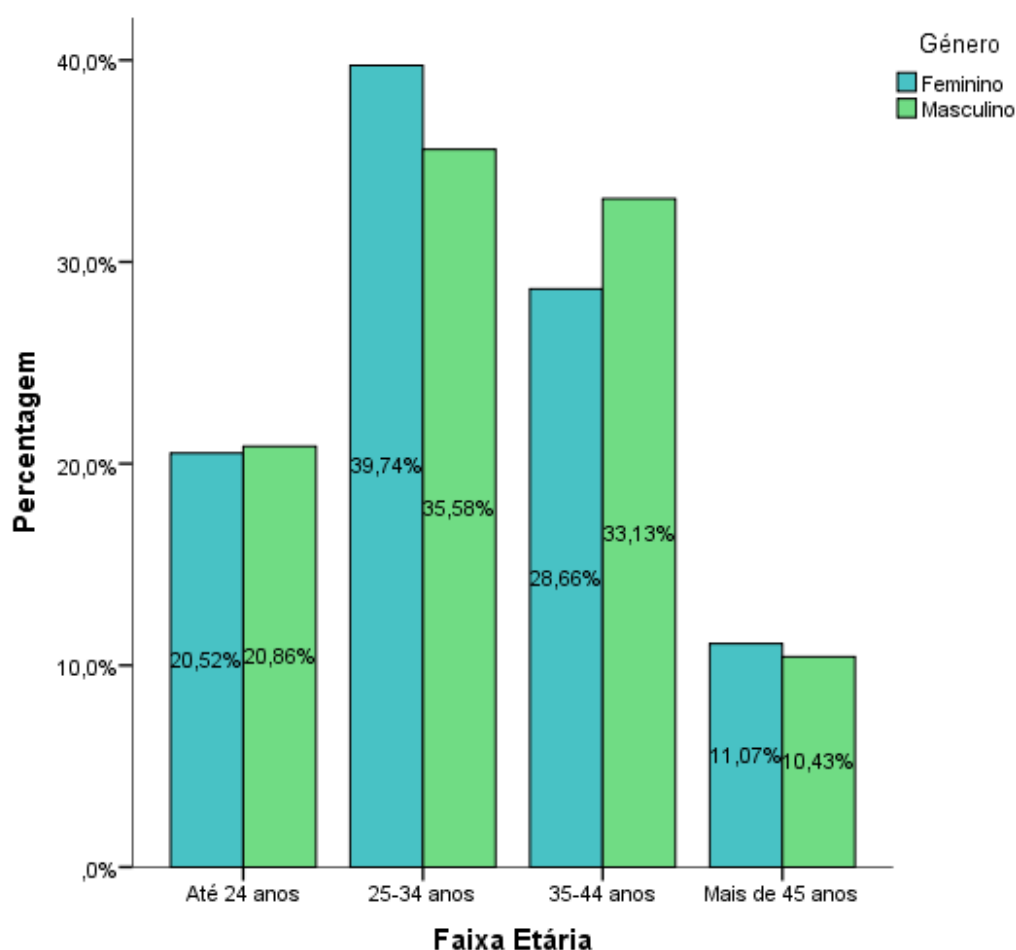


Gráfico 2 Faixa Etária \*Género

### 3.1.2. Comportamento do consumidor

#### 3.1.2.1. Tipologias de consumo

No que respeita às tipologias de consumo da amostra (N= 470), 89,79% (n=422) da população são consumidores correntes, ou seja, fumaram no ultimo mês, 9,79% (n=46) são consumidores recorrentes, fumaram no ultimo ano, mas não no ultimo mês e apenas 0,43% (n=2) são novos experimentadores, o que significa que experimentaram fumar pela primeira vez no último ano, mas não fumaram no ultimo mês, tal como ilustra o gráfico 3.

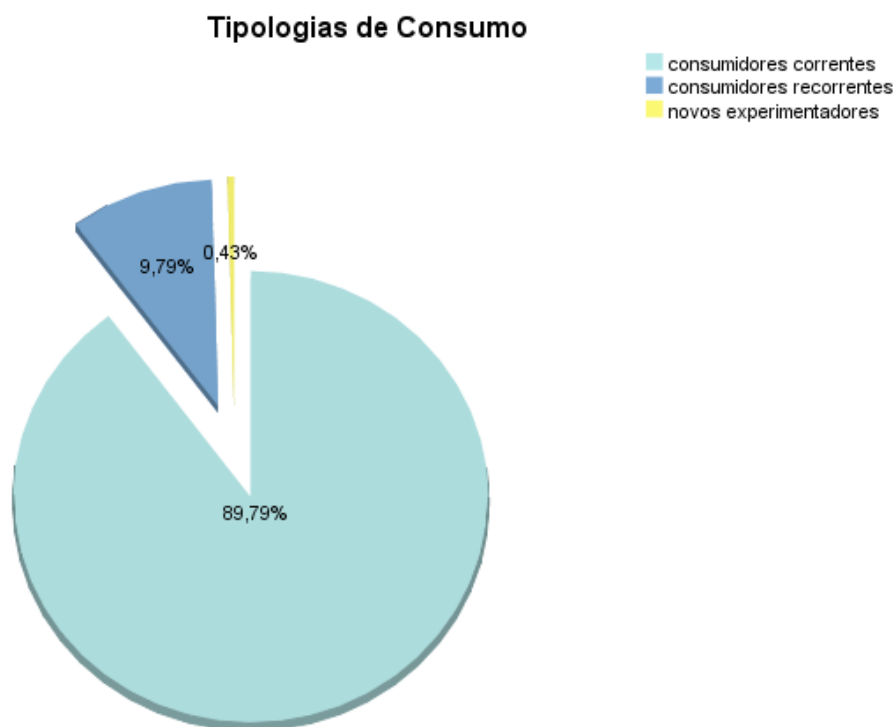


Gráfico 3 Tipologias de consumo

### 3.1.2.2. Tipologias de consumo e género

Analisando a amostra (N=470) relativamente à distribuição de género pela tipologia de consumo verificamos que ao nível dos consumidores recorrentes 64,5% (n=272) são do género feminino e 35,5% (n= 150) do sexo masculino, nos consumidores recorrentes também encontramos um maior número de participantes do género feminino 73,9% (n=34) contra 35,5% do género masculino (n=12). Já nos novos consumidores, apesar da amostra não ser significativa (n=2) a distribuição por género é homogénea, 50% (n=1) do género feminino e 50%(n=1) do género masculino (Gráf. 4).

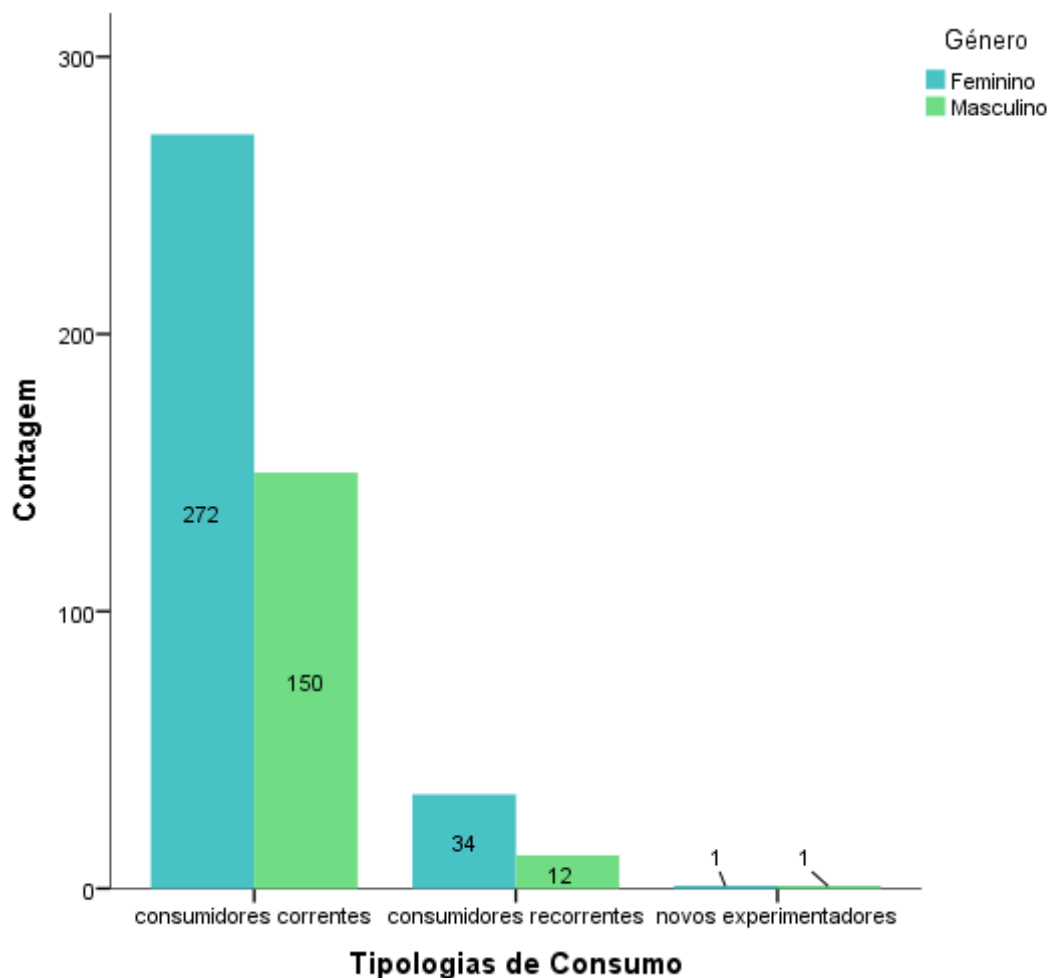


Gráfico 4 Tipologia de consumo \* Género

### 3.1.2.3. Tempo de consumo

No que toca ao tempo de consumo dos consumidores correntes (N= 422) a maior franja da população em estudo encontra-se nos fumadores de média duração (entre 6 a 15 anos de consumo) representando 45,97% (n=194) da amostra, de seguida, com 37,7% (n=159) estão os fumadores de longa duração (fumam à 16 ou mais anos) e por fim 16,35% (n=69) são fumadores de curta duração, ou seja fumam à 5 ou menos anos, (Gráf. 5).

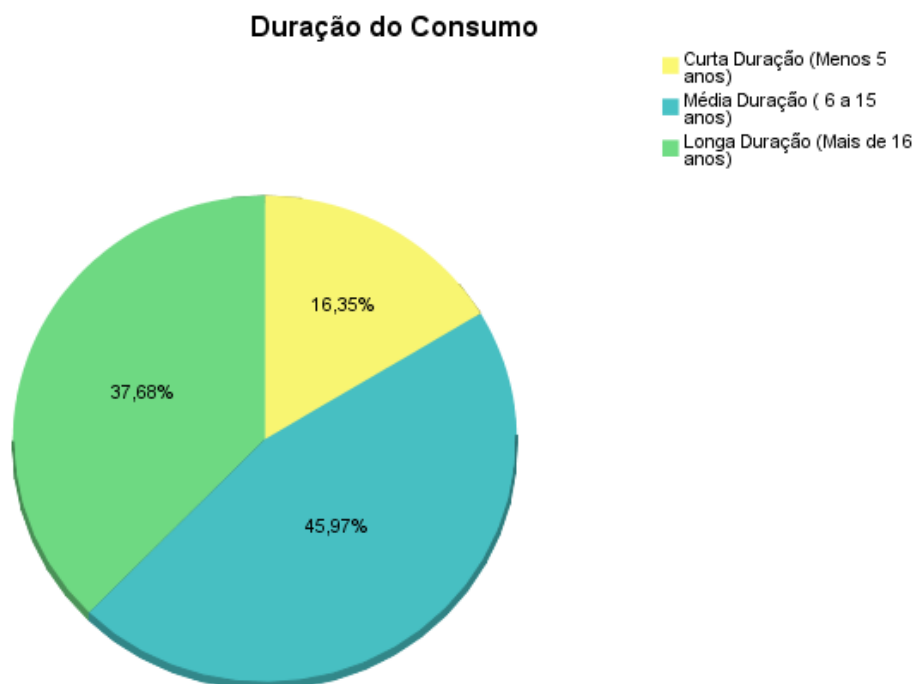


Gráfico 5 Duração do consumo

#### 3.1.2.4. Formas de consumo

No que concerne à forma de consumo de tabaco a maioria dos participantes 64,7% (n= 393) costumam consumir tabaco sobre a forma de caixa ou maço, 24,9% (n=149) tabaco de enrolar ou em tubo, seguido de 4,8% (n=29) em cigarro eletrônico e 3,7% (n=22) no dispositivo eletrônico de cigarro aquecido “IQOS”. 0,8% (n=5) consomem ainda tabaco sob outras formas de apresentação tais como cachimbo, cigarrilha ou charuto. Uma vez que esta é uma pergunta de resposta múltipla temos um total de respostas superior ao número da amostra (N=598), (tabela 19).

Tabela 19 Forma de consumo

<b>Forma de consumo</b>		<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Como costuma consumir tabaco	Cigarro em Caixa ou maço	393	64,7%
	Cigarro de Enrolar ou tubo	149	24,9%
	IQOS	22	3,7%
	Cigarro eletrônico	29	4,8%
	Outra	5	0,8%
Total		598	100,0%

### 3.1.2.5. Frequência de consumo

Aos consumidores correntes (N=422) foi colocada a questão relacionada com a frequência de consumo no último ano. Destes 78,7% (n=322) consomem diariamente, 10% (n=42) semanalmente, 6,6% (n=28) mensalmente e 4,7% raramente (n=20), (tabela 20), (tabela 20).

Tabela 20 Frequência de consumo

<b>Frequência de consumo último ano</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem válida</b>
Diariamente	332	70,6	78,7
Semanalmente	42	8,9	10,0
Mensalmente	28	6,0	6,6
Mais raramente	20	4,3	4,7
Total	422	89,8	100,0
Na	48	10,2	
Total	470	100,0	

Aos consumidores que responderam ter um consumo diário ou semanal no decorrer do último ano (N=374) aplicou-se ainda uma questão sobre a frequência de consumo no último mês. Verifica-se que 71,9% (n= 269) consome diariamente, 13,6% (n=51) quase todos os dias, 6,7% (n= 25) pelo menos 1 dia por semana, 5,9% (n= 22) alguns dias por semana e 1,9% (n=7) dos participantes fumam menos de 1 vez por semana, (tabela 20).

Tabela 21 Frequência de consumo no último mês

<b>Frequência de consumo último mês</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem válida</b>
Menos de um dia por semana	7	1,5	1,9
Pelo menos um dia por semana	25	5,3	6,7
Alguns dias por semana	22	4,7	5,9
Quase todos os dias	51	10,9	13,6
Todos os dias	269	57,2	71,9
Total	374	79,6	100,0
Na	96	20,4	
Total	470	100,0	

### 3.1.2.6. Dependência física ao tabaco

Do total da amostra (N=470) excluimos os consumidores que fumaram tabaco menos de 1 dia por semana e aplicámos aos restantes participantes (N=367) o teste de Fagerström, para avaliar o grau de dependência física. Podemos verificar que a maioria dos fumadores apresenta um grau de dependência baixo (62,67%, n=230). Os fumadores com um nível de dependência médio representam 32,43% (n=119) da amostra e apenas 4,9% (n=18) dos fumadores apresentam um grau elevado de dependência, (gráf.6). É interessante também analisar que a média da pontuação obtida do teste de Fagerström é de 3,24 o que corresponde a um nível intermédio entre grau de dependência baixo e médio segundo a Direção geral de Saúde<sup>8</sup>.

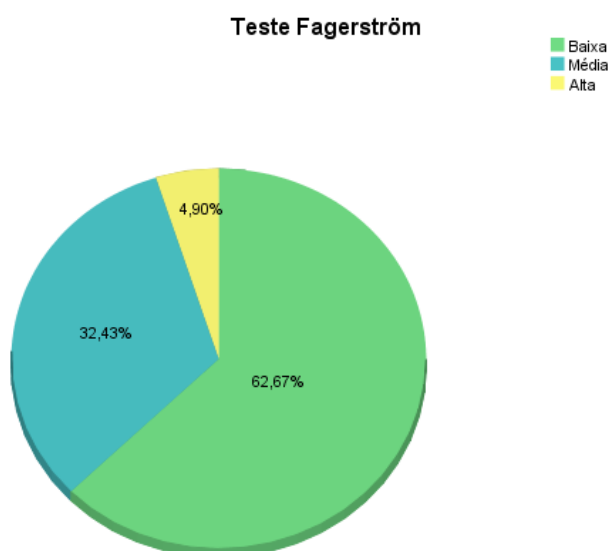


Gráfico 6 Dependência física

---

<sup>8</sup> DGS - <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/quer-deixar-de-fumar.aspx>

### 3.1.2.7. Motivos para a cessação tabágica

Ao total da amostra (N= 470) foram questionados os motivos pelos quais abandonariam o consumo de tabaco (questão de resposta múltipla). O principal motivo apresentado são as questões relacionadas com a saúde com 43,5% (n=400), seguido da gravidez como motivo, com 22,80% (n=210), do dinheiro 22,4% (n=206) e de questões relacionadas com família ou amigos (9,7%, n=89). A religião apenas representa apenas 0,3% (n=3) das motivações para a cessação tabágica e 1,2% (n=11) apresentaram outros motivos para pararem de fumar como questões estéticas ou autodeterminação, (tabela 22).

Tabela 22 Motivações para a cessação tabágica

		<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Motivações para a cessação tabágica	Saúde	400	43,5%
	Dinheiro	206	22,4%
	Família amigos	89	9,7%
	Gravidez	210	22,8%
	Religião	3	0,3%
	Nenhum motivo	1	0,1%
	Outra	11	1,2%
Total		920	100,0%

### 3.2. QUALIDADES MÉTRICAS: FIABILIDADE

Para estimar a fiabilidade foi utilizado o método da determinação do coeficiente *Alpha de Cronbach*.

Foram determinadas as qualidades métricas para todas as escalas utilizadas: autoeficácia, profundidade de processamento, eficácia percebida, índice de medo social, evitamento, probabilidade e severidade.

À exceção da escala de evitamento/fuga, todas as escalas demonstram uma consistência interna razoável de acordo com Nunnaly (1978).

Tabela 23 Alpha de Cronbach

<b>Escala</b>	<b>N.º de Itens</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
Autoeficácia	3	0,764
Profundidade de processamento	3	0,731
Temporalidade	2	0,790
Evitamento ou fuga	2	0,518 <sup>1</sup>
Eficácia percebida – advertências físicas	6	0,879
Eficácia percebida – advertências sociais	6	0,931
Índice de medo – advertências caracter físico	6	0,931
Índice de medo – advertências caracter social	6	0,948
Probabilidade de ocorrência	13	0,932
Severidade do evento	13	0,967

<sup>1</sup> Uma vez que o valor obtido ( $\alpha = 0,518$ ) para a escala de evitamento/fuga de acordo com Nunnaly (1978), não apresenta uma consistência interna suficiente, optou-se por analisar cada item singular que compunha a escala e a sua relação ou correlação com outras variáveis ao invés de utilizar a escala como um todo.

### 3.3. ANÁLISE EXTENSIVA DAS VARIÁVEIS

#### 3.3.1. Motivação para a cessação tabágica

Tal como no teste de Fagerström, também a aplicação do teste de Richmond para avaliação da motivação para a cessação tabágica implicou a exclusão dos consumidores que fumaram tabaco menos de 1 dia por semana. Os resultados obtidos junto da restante amostra (N=367) revelam que a maioria dos consumidores apresenta um nível de motivação baixo 88,83% (n=326), enquanto 10,90% (n=40) apresenta uma motivação moderada e apenas 0,27% (n=1) tem um grau de motivação para parar de fumar considerado elevado, (gráf. 7).

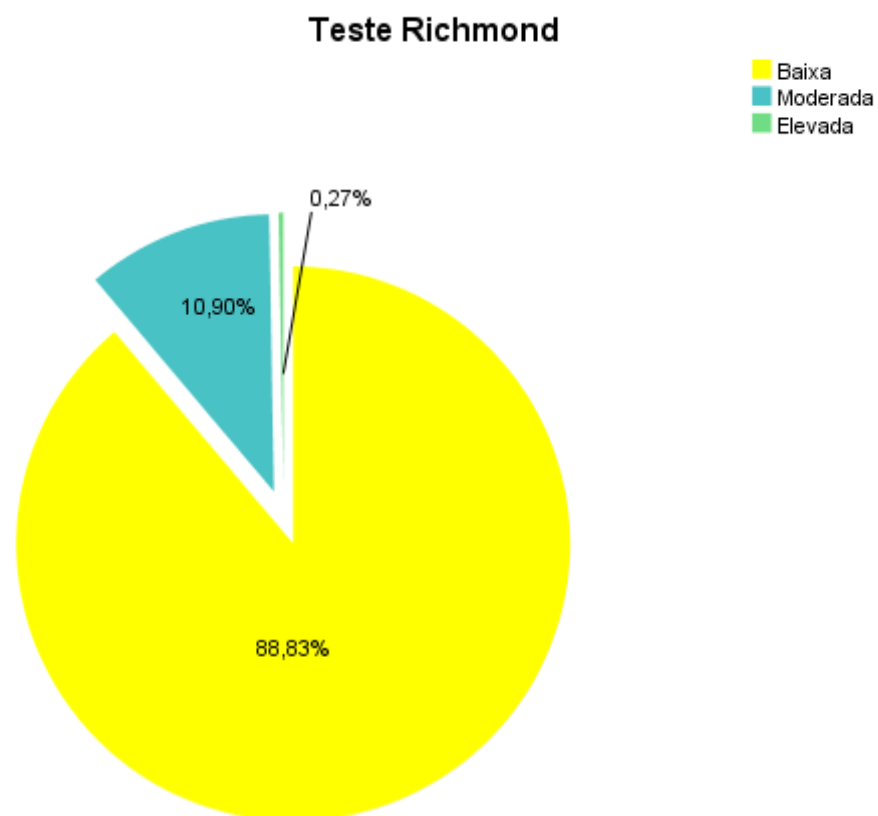


Gráfico 7 Motivação para a cessação tabágica

Não se encontraram diferenças significativas relativamente à correlação entre género e motivação para a cessação tabágica, nem ao nível do índice de medo e motivação para a cessação tabágica.

### 3.3.2. Autoeficácia

A escala de autoeficácia referente ao total da amostra (N=470), apresenta uma média de 3,22, tendo como valor mínimo 1 e valor máximo 5.

Agrupando os resultados, observamos que 34,47% (n=162) da amostra apresenta um nível de autoeficácia elevado; 25,96% (n=122) dos participantes um nível baixo, seguido de 20,85% (n=98) com níveis muito elevados e por fim 18,72% (n=88) apresentam uma autoeficácia categorizada como muito baixa (Gráf. 8).

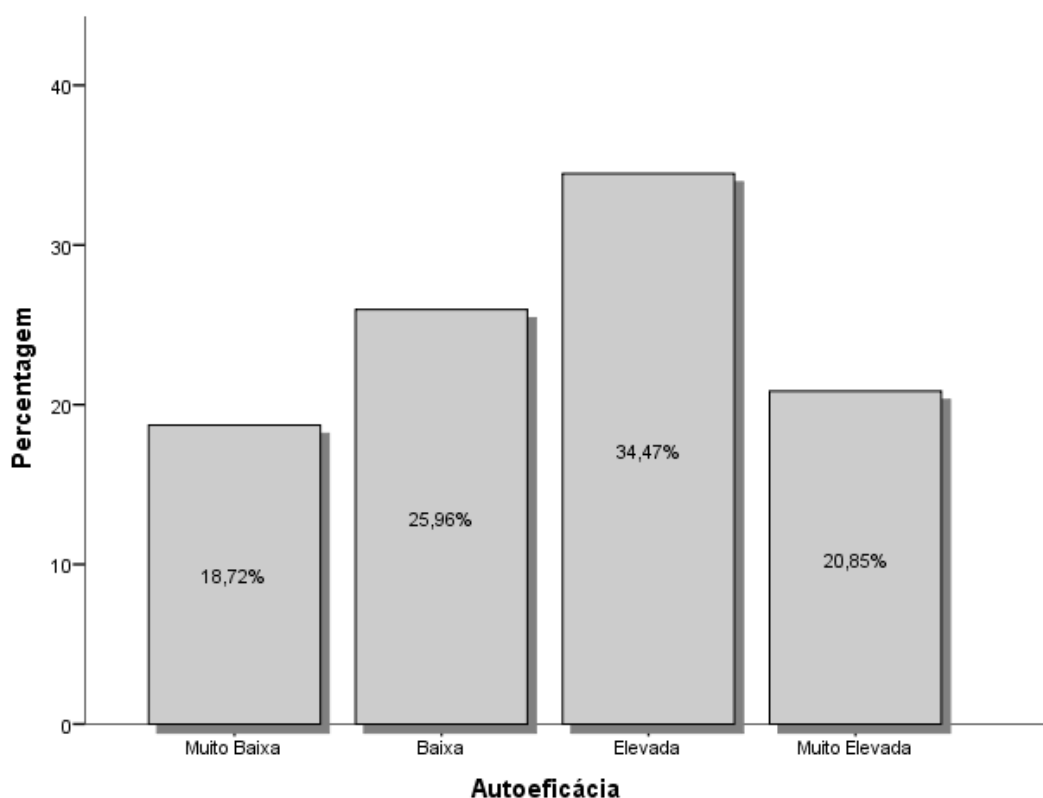


Gráfico 8 Autoeficácia

### 3.3.2.1. Autoeficácia e gênero

Há diferenças significativas no gênero e a escala autoeficácia reportada (Teste T; T (355,776=2,873; p=0,004). O gênero feminino reporta um nível de dificuldade em adotar a resposta pretendida (deixar de fumar/reduzir o consumo) maior (M=2.87) do que o sexo masculino (M=2.5971), (Tabela 20).

Tabela 24 Autoeficácia \* Gênero

Gênero		Frequência	Média	Desvio padrão	Erro padrão média	T	P
Autoeficácia	Feminino	307	2,8708	1,03793	,05924	2,873	0,004
	Masculino	163	2,5971	,95255	,07461		

### 3.3.2.2. Autoeficácia e idade

Ao analisar em simultâneo autoeficácia e idade observam-se diferenças significativas entre os grupos etários na escala de autoeficácia (ANOVA/ Brown-Forsythe;  $F(3; 240,282) = 10,189$ ;  $p = 8,966$ ).

Os participantes com idades compreendidas até aos 24 anos apresentam diferenças significativas face aos participantes dos 24-34 anos (Games-Howell;  $p = 0,016$ ). Também apresenta diferenças significativas face aos participantes dos 35 aos 44 anos (Games-Howell;  $p = 0,000$ ) e os participantes com mais de 45 anos (Games-Howell;  $p = 0,002$ ).

Quanto maior é a idade dos participantes mais elevada é a dificuldade que atribuírem em parar de fumar ou reduzir o consumo. Os consumidores com 24 ou menos anos apresentam uma média significativamente inferior ( $M = 2,375$ ), que o grupo dos 35 aos 34 anos ( $M = 3,724$ ), que o grupo dos 35 aos 44 anos ( $M = 3,002$ ) e que o grupo de participantes com mais de 45 anos ( $M = 3,092$ ), conforme indica o gráfico 9.

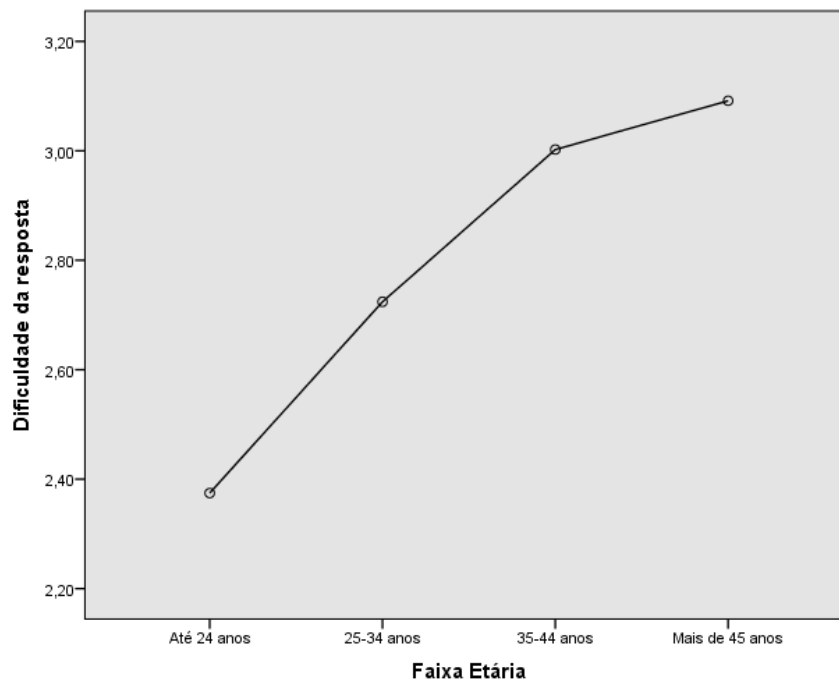


Gráfico 9 ANOVA Autoeficácia \* Faixa Etária

### 3.3.2.3. Autoeficácia e tipologias de consumidores

No que respeita à tipologia de consumidores e a escala de autoeficácia, analisamos somente as diferenças entre consumidores correntes e recorrentes, uma vez que a amostra de novos experimentadores (n=2) não era significativa. Assim, constatamos que existem diferenças significativas na tipologia de consumidores e a dificuldade em adotar a resposta pretendida (deixar de fumar/reduzir o consumo) (Teste T; T (466=4,518; p=0,000). Os consumidores correntes apresentam um maior nível dificuldade (M=2,849) do que os consumidores recorrentes (M=2,152), (tabela 25).

Tabela 25 Autoeficácia \* Tipologias de consumo

Tipologias de consumo	Frequência	Média	Desvio padrão	Erro padrão médio	T	P
Autoeficácia Consumidores correntes	422	2,8499	,99065	,04822	4,518	0,000
Autoeficácia Consumidores recorrentes	46	2,1522	1,03209	,15217		

### 3.3.2.4. Autoeficácia e motivação para a cessação tabágica

Observa-se também diferenças significativas em nível de motivação para a cessão tabágica (Teste de Richmond) e o nível de autoeficácia (Teste T; T (364=3,563; p=0,000). Os consumidores com baixa motivação para deixar de fumar apresentam atribuem um grau maior de dificuldade em adotar a resposta pretendida (deixar de fumar/reduzir o consumo) (M=3,0112) do que os consumidores com uma motivação moderada (M=2,4583) (Tabela 22), (tabela 26).

Tabela 26 Autoeficácia \* Teste de Richmond

Teste Richmond	F	Média	Desvio padrão	Erro padrão médio	T	P
Autoeficácia Baixa	326	3,0112	,94329	,05224	3,536	0,000
Autoeficácia Moderada	40	2,4583	,84627	,13381		

### 3.3.2.5. Autoeficácia e dependência física

Também se observam diferenças significativas entre o nível de dependência física (Teste de Fagerstrom) e a de autoeficácia reportada (ANOVA;  $F(2,364) = 26,887$ ;  $p = 0,000$ ).

Há diferenças significativas entre os participantes com nível de dependência baixo e os participantes com um nível de dependência medio (Bonferroni;  $p = 0,000$ ), bem como entre os participantes com baixa dependência e os consumidores com um nível de dependência alto (Bonferroni;  $p = 0,000$ ), (gráf. 10).

Quanto maior o grau de dependência maior a dificuldade em adotar a resposta pretendida (parar ou reduzir o consumo). Os consumidores com baixa dependência apresentam uma média significativamente inferior ( $M = 2,692$ ), que os consumidores com dependência moderada ( $M = 3,221$ ) e que o consumidor com alta dependência ( $M = 3,7222$ ).

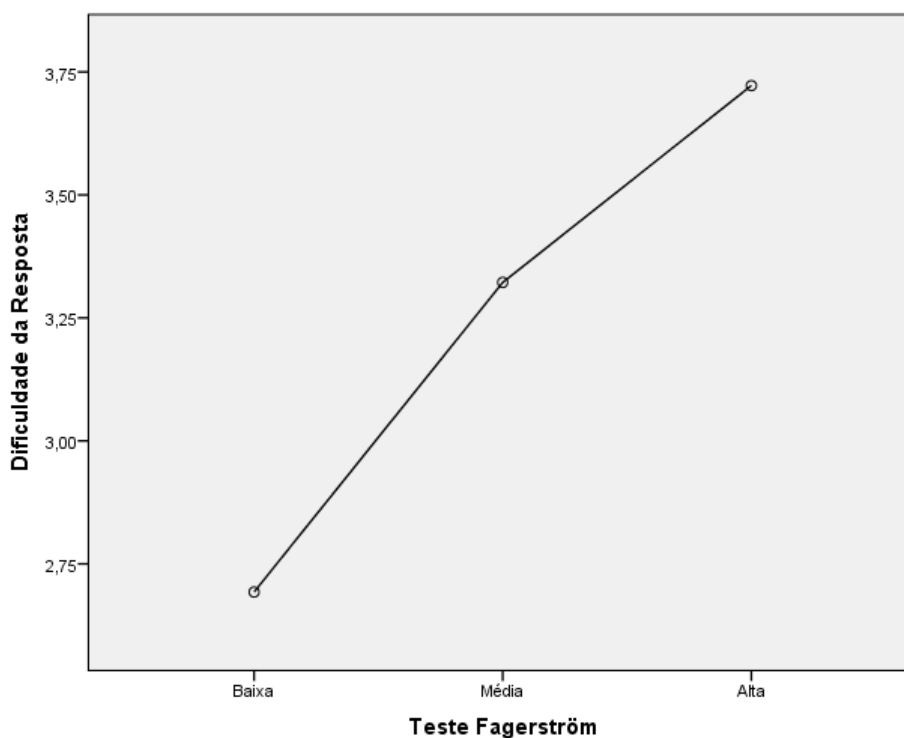


Gráfico 10 NOVA Autoeficácia \* Dependência física

### 3.3.2.6. Autoeficácia e duração do consumo

Os dados obtidos nas variáveis duração de consumo e autoeficácia revelam diferenças significativas ao nível da autoeficácia (Welch;  $F(2,1989.43) = 30,493$ ;  $p=0,000$ ).

Há diferenças significativas entre os consumidores de curta duração e os consumidores de média duração (Games-Howell i;  $p=0,000$ ), em como entre os consumidores de curta duração e os de longa duração (Games-Howell,  $p=0,000$ ). Também se verifica uma diferença significativa entre os consumidores de média duração e os de longa duração (Games-Howell,  $p=0,001$ ).

Quanto mais anos de consumo têm os consumidores, mais difícil é para os mesmos deixar/reduzir o consumo. Os consumidores de curta duração apresentam uma média significativamente inferior ( $M=2,1546$ ), que os consumidores de média duração ( $M=2,8213$ ) e conseqüentemente que os fumadores de longa duração ( $3,1866$ ), (gráf.11).



Gráfico 11 ANOVA Autoeficácia \* Duração de consumo

### 3.3.2.7. Autoeficácia e medo

Correlacionando a escala de autoeficácia e o índice de medo físico e o índice de medo social, não se observam correlações estatisticamente significativas. No entanto, analisando cada item que compõe a escala de autoeficácia observa-se uma correlação negativa, significativa de muito baixa intensidade entre o grau de dificuldade atribuído a deixar de fumar com ajuda externa e o Medo social ( $r = -0,093$ ;  $p = ,043$ ). Quanto menor é o grau de dificuldade para deixar de fumar com ajuda externa, menor é o medo reportado nas advertências de carácter social.

Tabela 27 Autoeficácia \* Índice de medo

			Índice medo físico	Índice medo social
Spearman's rho	Deixar de fumar SEM ajuda externa	Correlação		
		Coeficiente	0,074	0,036
		Sig. (2-tailed)	0,111	0,435
		Frequência	470	470
	Deixar de fumar COM ajuda externa	Correlação		
		Coeficiente	-,033	-0,093*
		Sig. (2-tailed)	0,480	0,043
		Frequência	470	470
	Reduzir o número de cigarros	Correlação		
		Coeficiente	0,050	0,071
		Sig. (2-tailed)	0,279	0,127
		Frequência	470	470

\*A correlação é significativa com valores de 0.05 (2-tailed).

Relativamente às correlações com outras variáveis não foram encontradas relações significativas entre a variável autoeficácia e as variáveis eficácia percebida (física ou social) e fuga.

### 3.3.3. Eficácia percebida

A escala de eficácia percebida perante as advertências de foro físico reportada pelo total da amostra (N=470), apresenta uma média de 2,18 tendo como valor mínimo 1 e valor máximo 5.

Agrupando os resultados observamos que 54,04% (n=254) apresentam um nível de autoeficácia muito baixa; 26,60% (n=125) dos participantes um nível baixo, seguido de 12,55% (n=59) com níveis elevados e por fim 6,8% (n=32) apresentam uma eficácia percebida categorizada como muito elevada (Gráfico 12).

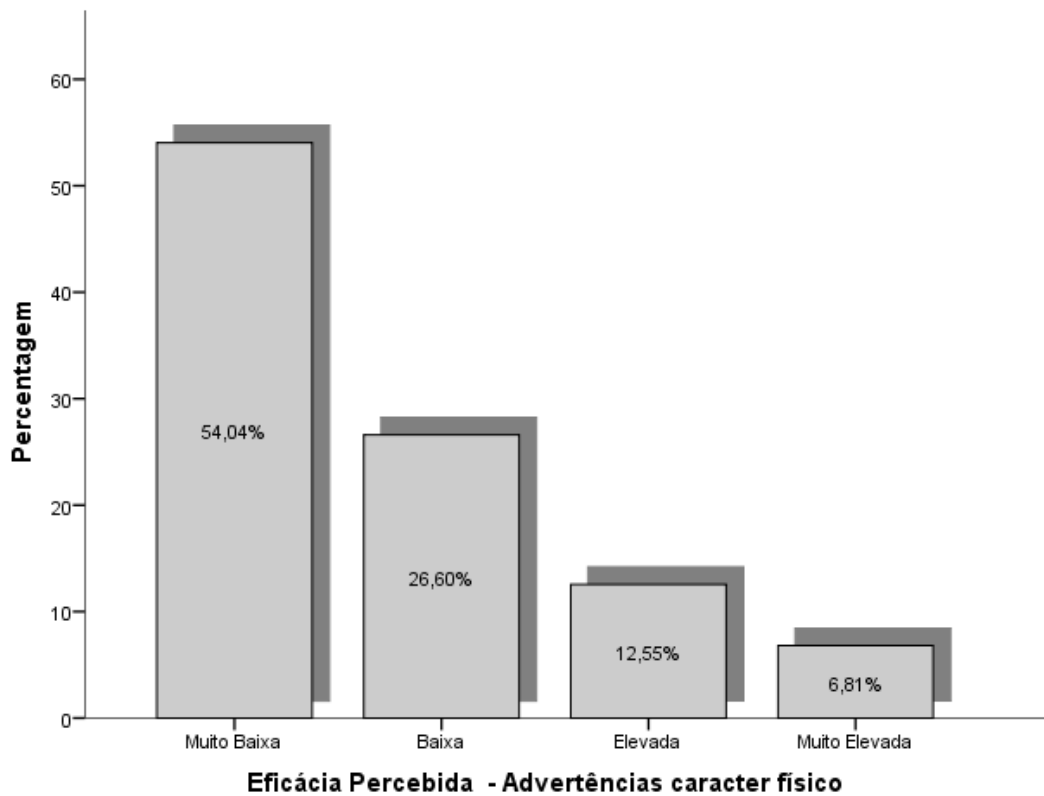


Gráfico 12 Eficácia percebida - advertências de carácter físico

Já no que concerne à escala de eficácia percebida perante as advertências de carácter social reportada pelo total da amostra (N=470), apresenta uma média de 2,16 tendo como valor mínimo 1 e valor máximo 5.

Agrupando os resultados observamos que 55,53% (n=261) apresentam um nível de autoeficácia muito baixa; 23,19% (n=109) dos participantes um nível baixo, seguido de 15,32% (n=72) com níveis elevados e por fim 5,96% (n=28) apresentam uma eficácia percebida nas advertências de foro social categorizada como muito elevada (Gráf.13).

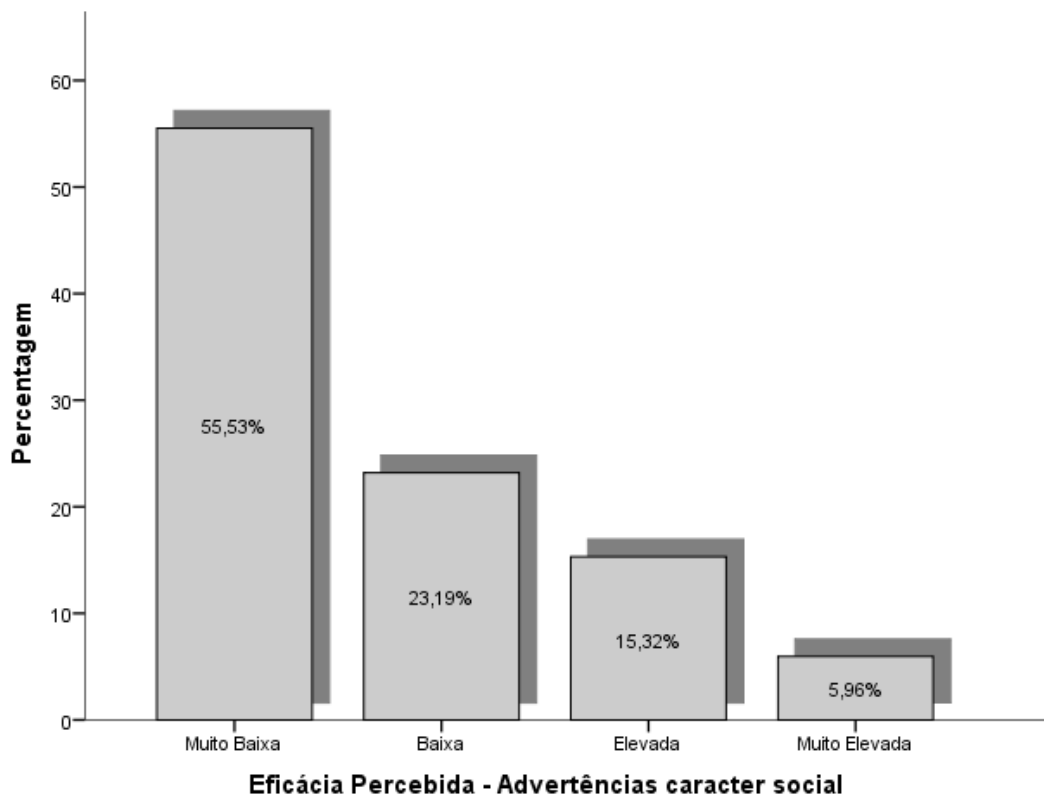


Gráfico 13 Eficácia percebida - advertências de carácter social

### 3.3.3.1. Eficácia percebida e gênero

Encontramos diferenças significativas entre gênero e o nível de eficácia percebido reportado nas advertências sociais (Teste T; T (468)=2,017; p=0,044). O gênero feminino reporta um nível de eficácia percebida maior (M=2,2378) do que o gênero masculino (M=2,0164). No que diz respeito à eficácia percebida nas advertências de carácter físico não foram encontradas diferenças significativas, (tabela 28).

Tabela 28 Eficácia percebida nas advertência de foro social \* Gênero

Gênero		Frequência	Média	Desvio padrão	Média Erro padrão	T	P
Eficácia percebida social	Feminino	307	2,2378	1,15152	,06572	2,017	0,044
	Masculino	163	2,0164	1,09701	,08592		

### 3.3.3.2. Eficácia percebida e formação acadêmica

Existem também diferenças significativas na formação acadêmica e o nível de eficácia percebida relativamente às advertências físicas (Teste T; T (468=2,364; p=0,019). As pessoas com uma escolaridade igual ao inferior ao 12º ano (M=2,3611) assumem uma eficácia maior do que as pessoas com escolaridade superior aos 12º anos (M=2.1105), (tabela 29).

De igual forma encontram-se diferenças significativas na formação acadêmica e o nível de eficácia percebida reportada relativamente às advertências de foro social (Teste T; T (468=2,351; p=0,019). As pessoas com uma escolaridade igual ao inferior ao 12º ano (M=2,36573) assumem um autoeficácia maior do que as pessoas com escolaridade superior aos 12º anos (M=2.0843), (tabela 29).

Tabela 29 Eficácia percebida \* Formação acadêmica

<b>Formação acadêmica</b>	<b>Frequência</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Média erro padrão</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
Eficácia percebida físico						
12º ano ou inferior	132	2,3611	1,09865	,09562	2.364	0,019
Ensino superior	338	2,1105	1,00664	,05475		
Eficácia percebida social						
12º ano ou inferior	132	2,3573	1,12307	,09775	2,351	0,019
Ensino superior	338	2,0843	1,13434	,06170		

### 3.3.3.3. Eficácia percebida e tipologias de consumidores

Ao nível das tipologias de consumo constatamos diferenças significativas entre o tipo de consumidores e a eficácia percebida nas advertências de foro físico (Teste T; T (52,145=-2,966; p=0,005). Os consumidores correntes apresentam um nível de eficácia percebido menor (M=2,1291) do que os consumidores recorrentes (M=2,6739), (tabela 30).

Doravante, existem também diferenças significativas na tipologia de consumidores e a eficácia percebida nas advertências de foro social (Teste T; T (52,165=-3,390; p=0,001). Os consumidores correntes apresentam um nível de eficácia percebido menor (M=2,0968) do que os consumidores recorrentes (M=2,7754), (tabela 30).

Tabela 30 Eficácia percebida \* Tipologias de consumo

Tipologias de Consumo		F	Média	Desvio padrão.	Média Erro padrão	T	P
Eficácia percebida físico	Consumidores correntes	422	2,1291	1,00755	,04905	-2,966	0,005
	Consumidores recorrentes	46	2,6739	1,20029	,17697		
Eficácia percebida social	Consumidores correntes	422	2,0968	1,09958	,05353	-3,390	0,001
	Consumidores recorrentes	46	2,7754	1,30820	,19288		

### 3.3.3.4. Eficácia percebida e motivação para a cessação tabágica

Cruzando com outra variável encontramos diferenças significativas em nível de motivação para a cessação tabágica e a eficácia percebida nas advertências físicas (Teste T; T (364=-4,980; p=0,000). Os consumidores com baixa motivação para deixar de fumar apresentam um menor nível de eficácia percebida (M=1,9939) do que os consumidores com uma motivação moderada (M=2,7792), (tabela 31).

Existem igualmente diferenças significativas em nível de motivação para a cessão tabágica e a eficácia percebida nas advertências de foro social (Teste T; T (364=-2,608; p=0,012). Os consumidores com baixa motivação para deixar de fumar apresentam um menor nível de eficácia percebida perante as advertências de caracter social (M=1,9934) do que os consumidores com uma motivação moderada (M=2,5208), (tabela 31).

Tabela 31 Eficácia percebida \* Motivação para a cessação tabágica

Teste Richmond	F	Média	Desvio padrão.	Média erro padrão	T	P	
Eficácia percebida físico	Baixa	326	1,9939	,92365	,05116	-4,980	0,000
	Moderada	40	2,7792	1,07708	,17030		
Eficácia percebida social	Baixa	326	1,9934	1,01890	,05643	-2,608	0,012
	Moderada	40	2,5208	1,22834	,19422		

Não se verificam relações estatisticamente significativas, correlacionado a variável eficácia percebida (seja física ou social) com as variáveis idade, duração do consumo e dependência.

### 3.3.3.5. Eficácia percebida social e físico

Observa-se uma correlação positiva, significativa de alta intensidade entre a eficácia percebida nas advertências físicas e a eficácia percebida nas advertências sociais ( $R=0.789$ ,  $p=0.000$ ), (tabela 32).

Tabela 32 Eficácia Percebida: Advertência caracter social\* Advertências caráter físico

		<b>Eficácia percebida físico</b>
Eficácia percebida social	Pearson correlation	,789
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	470

### 3.3.3.6. Eficácia percebida e probabilidade

A análise conjunta dos dados relativos à eficácia percebida e a probabilidade demonstra uma correlação positiva, significativa de baixa intensidade ( $R=0.238$ ,  $p=0.000$ ).

Da mesma forma, há uma correlação positiva, significativa de baixa intensidade entre a eficácia percebida nas advertências de foro social e a probabilidade ( $R=0.230$ ,  $p=0.000$ ), (tabela 33).

Tabela 33 Eficácia percebida \* Probabilidade

<b>Eficácia percebida</b>		<b>Probabilidade</b>
Eficácia percebida físico	Correlação de Pearson	,238**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	470
Eficácia percebida social	Correlação de Pearson	,230**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	470

### 3.3.3.7. Eficácia percebida e severidade

Observa-se uma correlação positiva, significativa de baixa intensidade entre a eficácia percebida nas advertências de carácter físico e a severidade ( $R=0.201$ ,  $p=0.000$ ).

De igual maneira, existe uma correlação positiva, significativa de baixa intensidade entre a eficácia percebida nas advertências de foro social e a severidade ( $R=0.262$ ,  $p=0.000$ ), (tabela 34).

Tabela 34 Eficácia percebida \* Severidade

		<b>Severidade</b>
Eficácia percebida físico	Correlação de Pearson	,201
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	470
Eficácia percebida social	Correlação de Pearson	,262
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	470

### 3.3.3.8. Eficácia percebida e medo

O cruzamento de dados obtidos para a eficácia percebida relativamente às advertências de natureza social e o índice de medo social permite-nos observar uma correlação positiva, significativa de moderada intensidade ( $R= 0.694$ ;  $p=,000$ ). Quanto menor é a eficácia percebida, menor é o medo sentido.

Observa-se uma correlação positiva, significativa de moderada intensidade entre a eficácia percebida relativamente às advertências de foro físico e o índice de medo físico ( $R= 0.552$ ;  $p=,000$ ). Quanto menor é a eficácia percebida, menor é o medo físico sentido pelos consumidores, (tabela 35).

Tabela 35 Eficácia percebida \* Índice de medo

		Índice medo social	Índice medo físico
Eficácia percebida físico	Correlação de Pearson	,571**	,552**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	470	470
Eficácia percebida social	Correlação de Pearson	,694**	,504**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	470	470

Analisando cada item da escala de eficácia percebida podemos verificar que todos apresentam correlação positiva no que respeita ao Índice de Medo das Advertências de natureza Física. No entanto, os itens “Não fume perto de amigos/familiares não fumadores” ( $r=0.298$ ,  $P=0.000$ ); “Voltava a Guardar o cigarro e não fumava naquele momento” ( $r=0.332$ ,  $p=0.000$ ) e “Aumentam os conhecimentos” ( $r=0.327$ ,  $p=000$ ) apresentam uma correlação de baixa intensidade enquanto os restantes itens “Fazem com que perca o desejo de fumar” ( $r=0.451$ ,  $p=000$ );” tenha vontade de reduzir o meu consumo de tabaco” ( $r=0.546$ ,  $p=000$ ) e “pensar que tenho de parar de fumar” ( $r=0.546$ ,  $p=000$ ) apresentam uma correlação de moderada intensidade, (Tabela 36).

Tabela 36 Eficácia percebida e índice de medo nas advertências de foro físico

		Índice medo físico
Spearman's rho	Coeficiente de	
	Fazem com que perca o desejo de fumar	,451**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	470
Tenha vontade de reduzir o meu consumo de tabaco	Coeficiente de	
	correlação	,546**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	470
Pensar que tenho de parar de fumar	Coeficiente de	
	correlação	,546**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	470
Aumentam os meus conhecimentos relativamente aos riscos do consumo de tabaco	Coeficiente de	
	correlação	,327**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	470
Voltava a guardar o cigarro e não fumava naquele momento	Coeficiente de	
	correlação	,332**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	470
Não fume perto de amigos/familiares não fumadores	Coeficiente de	
	correlação	,298**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	470

\*\* . Correlação é significativa com valores de 0.01 (2-tailed).

Já no que respeita à escala de eficácia percebida para as advertências de natureza social podemos verificar que todos os itens apresentam correlação positiva, no que respeita ao índice de medo das advertências de natureza social, apresentando todos os itens uma correlação de intensidade moderada, (tabela 37).

Tabela 37 Eficácia percebida \* Índice de medo nas advertências de foro social

		Índice medo social
Spearman's rho	Fazem com que perca o desejo de fumar	Coeficiente de correlação Sig. (2-tailed) N
		,603 ,000 470
	Tenha vontade de reduzir o meu consumo de tabaco	Coeficiente de correlação Sig. (2-tailed) N
		,674 ,000 470
	Pensar que tenho de parar de fumar	Coeficiente de correlação Sig. (2-tailed) N
		,673 ,000 470
	Aumentam os meus conhecimentos relativamente aos riscos do consumo de tabaco	Coeficiente de correlação Sig. (2-tailed) N
		,484 ,000 470
	Voltava a guardar o cigarro e não fumava naquele momento	Coeficiente de correlação Sig. (2-tailed) N
		,501 ,000 470
	Não fume perto de amigos/familiares não fumadores	Coeficiente de correlação Sig. (2-tailed) N
		,543 ,000 470

### 3.3.3.9. Regressão linear - eficácia percebida

Para perceber quais as variáveis que influenciam a eficácia da resposta realizámos uma regressão linear simples (tabela 38), quer para a eficácia de resposta a advertências de carácter físico quer para a eficácia de resposta a advertências de foro social.

Satisfeitos os pressupostos para a regressão (Dubin-Watson, Distribuição de Erros, homocedasticidade do erro e multicolinearidade) verificamos que ambos os modelos são validos (ANOVA  $p=0,000$ ).

No que respeita à eficácia de resposta às advertências de foro físico, verificou-se que a severidade dos eventos de foro físico e a probabilidade de ocorrência dos eventos do mesmo género não apresentam poder significativo face à variável dependente (eficácia da resposta nas às advertências de carácter físico).

Já a autoeficácia, a profundidade de processamento e o índice de medo atribuído às advertências de carácter físico explicam significativamente, em 34,5% a eficácia da resposta face às mesmas advertências. A variável que mais contribui é o índice de medo ( $\beta=0,490$ ), seguido da Autoeficácia ( $\beta=0,166$ ) e da Profundidade de Processamento ( $\beta=0,152$ ).

Tabela 38 Regressão linear simples - Eficácia percebida nas advertência de foro físico

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padrão	T	Sig.
	B	Erro padrão	Beta		
Constante	,109	,259		,422	,673
Profundidade do processamento	,166	,045	,152	3,720	,000
Autoeficácia	,170	,039	,166	4,347	,000
Probabilidade -físico	,070	,050	,061	1,405	,161
Severidade - físico	-,018	,045	-,017	-,402	,688
Índice medo físico	,049	,004	,490	11,382	,000

No que concerne às advertências de saúde de foro social a severidade dos efeitos de foro social e a probabilidade de ocorrência dos eventos do mesmo género não apresentam poder significativo face à variável dependente eficácia da resposta face às advertências de carácter social, (tabela 39).

Já a autoeficácia, a profundidade de processamento e o índice de medo atribuído às advertências de carácter social explicam significativamente, em 52% a eficácia da resposta face às mesmas advertências. A variável que mais contribui é o índice de medo ( $\beta=0,648$ ), seguido da autoeficácia ( $\beta=0,160$ ), e por fim da profundidade de processamento ( $\beta=0,102$ ).

Tabela 39 Regressão linear simples - Eficácia percebida nas advertência de foro social

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padrão	T	Sig.
	B	Erro padrão	Beta		
Constante	-,185	,228		-,813	,417
Severidade social	,023	,042	,021	,557	,578
Probabilidade social	,068	,041	,062	1,659	,098
Autoeficácia	,179	,036	,160	4,934	,000
Índice medo social	,072	,004	,648	18,148	,000
Profundidade do processamento	,122	,040	,102	3,066	,002

### 3.3.4. Realismo

No que diz respeito ao realismo atribuído a cada grupo de advertências de saúde verifica-se uma média de 64.

Agrupando os resultados observamos, para as advertências de carácter físico, que 33,62% (n=158) atribuem um realismo muito baixo às advertências; 26,60% (n=125) dos participantes atribuem baixo realismo, seguido de 25,74% (n=121) um grau de realismo muito elevado e apenas 14,04% (n=66) assumem que as advertências têm um realismo elevado (Gráf.14).

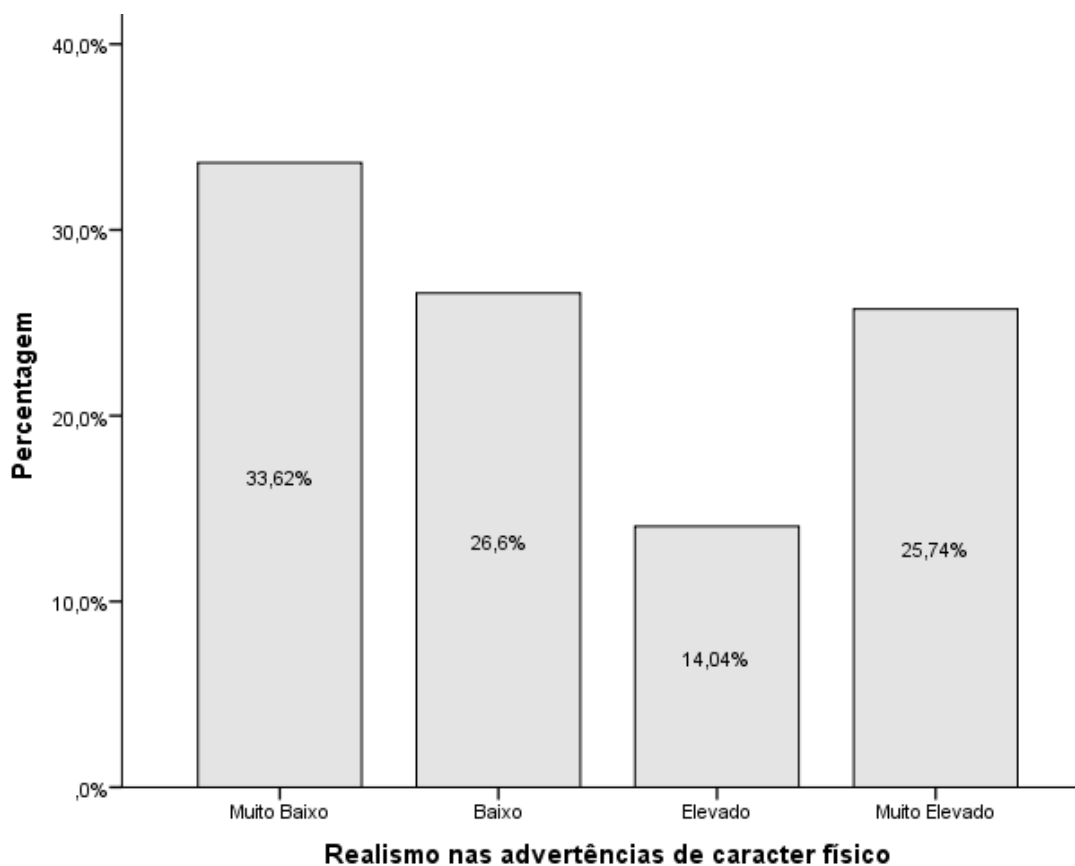


Gráfico 14 Realismo atribuído às advertências de carácter físico

Nas advertências de caráter social observamos uma dispersão semelhante. 39,57% (n=186) atribuem um realismo muito baixo às advertências; 21,28% (n=100) dos participantes atribuem baixo realismo, seguido de 24,04% (n=113) um grau de realismo muito elevado e por fim 15,11% (n=71) assumem que as advertências têm um realismo elevado (Gráf.15).

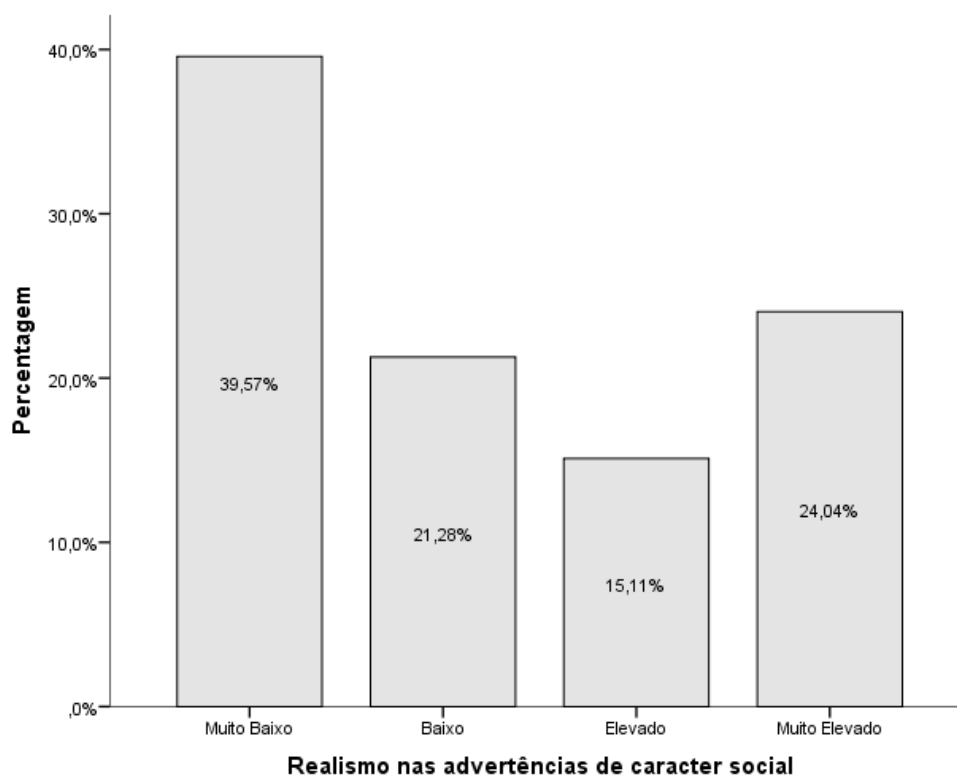


Gráfico 15 Realismo atribuído às advertências de caráter social

### 3.3.4.1. Realismo e medo

Observa-se uma correlação positiva, significativa de baixa intensidade entre o nível de realismo atribuído às advertências de natureza social e o índice de medo social ( $r= 0,389$ ;  $p=,000$ ). O mesmo se verifica entre o nível de realismo atribuído às advertências físicas e o índice de medo físico ( $r=0.274$ ,  $p=0.000$ ). Quanto maior é a o nível de realismo atribuído às advertências, maior é o medo, (tabela 40).

Tabela 40 Realismo \* Índice medo

			<b>Índice medo físico</b>	<b>Índice medo social</b>
Spearman's rho	Realismo - advertências de caracter físico	Coeficiente de correlação	,274	,340
		Sig. (2-tailed)	,000	,000
		N	470	470
	Realismo - advertências de caracter social	Coeficiente de correlação	,308	,389
		Sig. (2-tailed)	,000	,000
		N	470	470

### 3.3.4.2. Realismo e eficácia percebida

Observa-se uma correlação positiva, significativa de moderada intensidade entre o nível de realismo atribuído às advertências de natureza social e a eficácia da resposta para as advertências do mesmo cariz ( $r= 0,502$ ;  $p=,000$ ). O mesmo se verifica entre o nível de realismo atribuído às advertências físicas e a eficácia da resposta das advertências do mesmo género ( $r=0,357$ ,  $p=0.000$ ), (tabela 41). Quanto maior é o nível de realismo atribuído às advertências, maior é a eficácia da resposta assumida pelos consumidores.

Tabela 41 Realismo \* Eficácia percebida

			<b>Eficácia percebida - advertências caracter físico</b>	<b>Eficácia percebida - advertências caracter social</b>
Spearman's rho	Realismo - físico	Coeficiente de Correlação	,357	,385
		Sig. (2-tailed)	,000	,000
		N	470	470
	Realismo - social	Coeficiente de Correlação	,330	,502
		Sig. (2-tailed)	,000	,000
		N	470	470

### 3.3.5. Profundidade de processamento

No que diz respeito à profundidade de processamento das advertências de saúde verifica-se uma média de 3,10, oscilando a escala entre o valor mínimo 1 e máximo de 5.

Agrupando os resultados observamos que 41,06% (n=193) dos participantes (N=470) têm um nível de profundidade baixo; 27,87% (n=131) um nível elevado, seguido de 15,96% (n=75) um grau profundidade muito baixo e por fim 15,11% (n=71) uma muito baixa profundidade relativamente às advertências de saúde (Gráf.16).

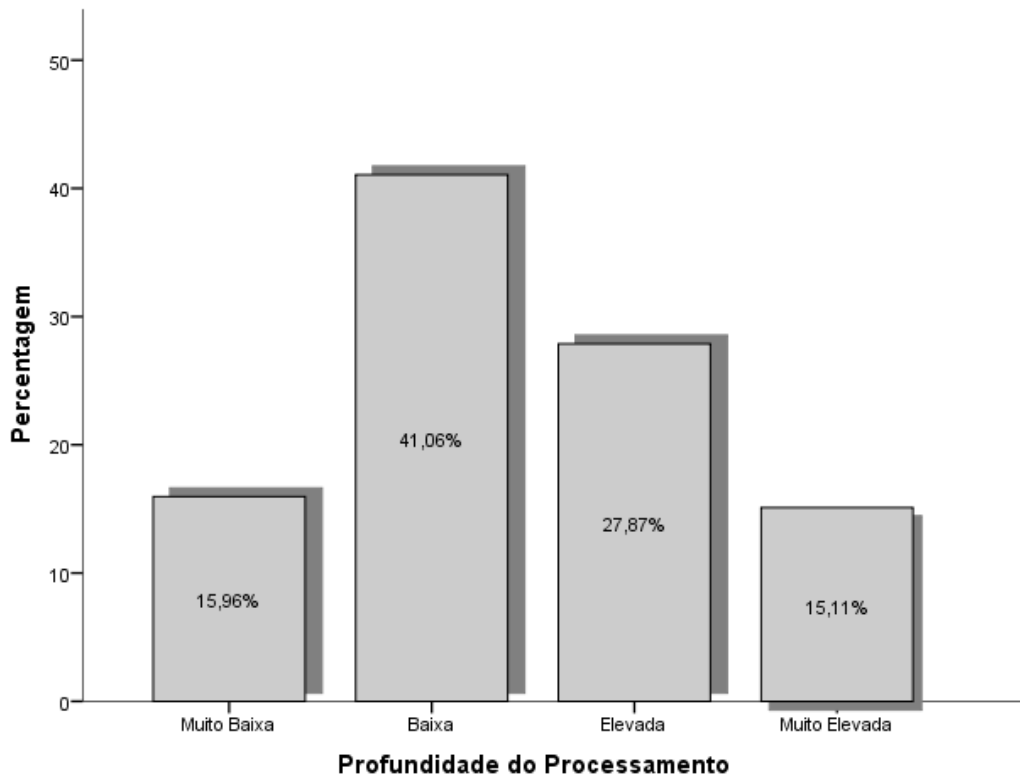


Gráfico 16 Profundidade de processamento

### 3.3.5.1. Profundidade de processamento e duração de consumo

Observam-se diferenças significativas entre os grupos de duração de consumo e a profundidade de processamento (ANOVA;  $F(2,419) = 4,846$ ;  $p = 0,008$ ).

Há diferenças significativas entre os consumidores de curta duração e de longa duração (Bonferroni;  $p = 0,010$ ). Os consumidores longa duração apresentam uma média significativamente inferior face à profundidade de processamento ( $M = 2,91$ ) face aos dos consumidores de curta duração ( $M = 3,30$ ), (graf.17).

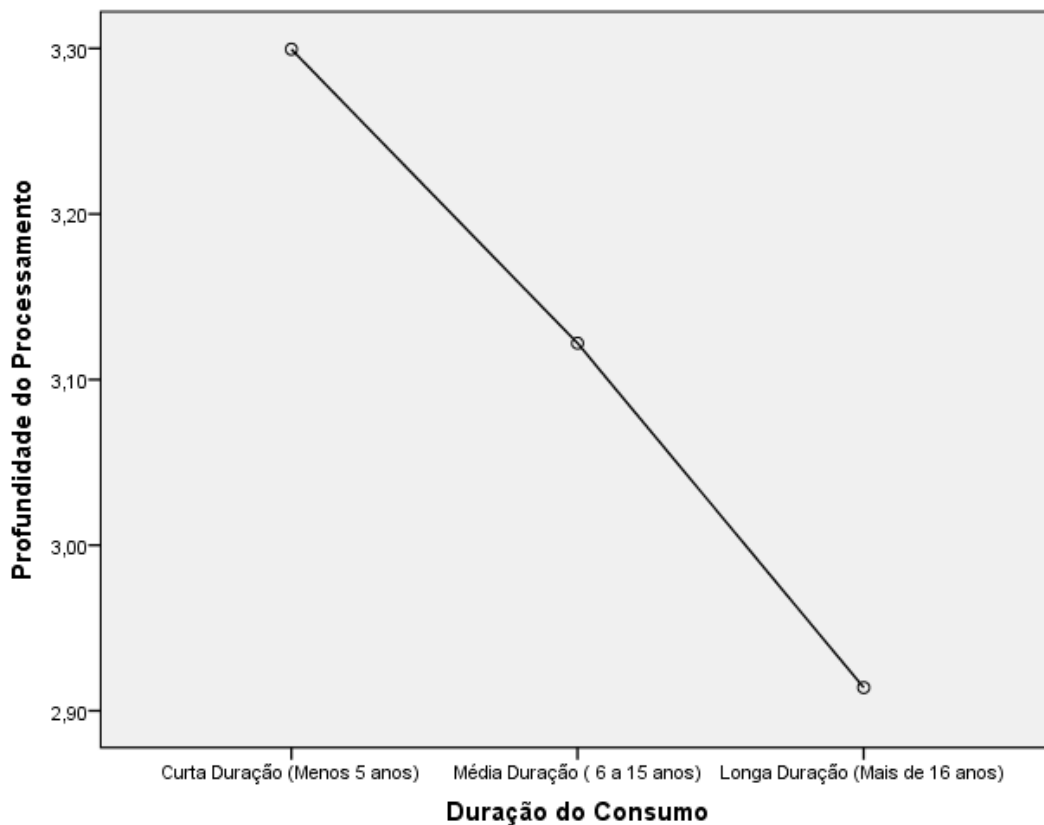


Gráfico 17 ANOVA Profundidade de processamento \* Duração de consumo

### 3.3.5.2. Profundidade de processamento e medo

Observa-se uma correlação positiva, significativa de baixa intensidade entre a profundidade de processamento relativamente às advertências de natureza social e o índice de medo social ( $R= 0,211$ ;  $p=,000$ ). Quanto maior é a profundidade de processamento, maior é o medo social, (tabela 42).

No que respeita ao índice de medo físico, observa-se também uma correlação positiva de moderada intensidade ( $R=0,382$ ,  $p=0.000$ ). Quanto maior a capacidade de processamento maior o índice de medo provocado pelas advertências de saúde de natureza físico, (tabela 42).

Tabela 42 Profundidade de processamento \* Índice de medo

		Índice medo social	Índice medo físico
Profundidade do Processamento	Correlação de Pearson	,211**	,382**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	Frequência	470	470

Não se verificaram relações estatisticamente significativas entre a variável profundidade de conhecimento e as variáveis género, formação académica, motivação para a cessação tabágica, faixa etária, dependência física e tipologias de consumo.

### 3.3.6. Evitamento e fuga

Sendo um dos efeitos colaterais do *fear appeal* os comportamentos de fuga ou evitamento às mensagens, consideramos pertinente analisar esta variável. Para tal considerou-se os itens “Tapou/escondeu a advertência” e “Quando comprou tabaco, pediu para trocar de embalagem por não gostar da imagem”.

Uma vez que o valor do Alpha de Cronbach não apresenta uma consistência interna razoável para a escala de evitamento ou fuga, analisaremos os dois itens desta variável de forma separada.

No item “Quando comprou tabaco, pediu para trocar de embalagem por não gostar da imagem”, verifica-se uma média de 1,39, oscilando a escala entre o valor mínimo 1 e máximo de 5.

Agrupando os resultados neste mesmo item observamos que 89,36% (n=420) dos participantes (N=470) têm um nível de evitamento muito baixo no que respeita a este item; 5,75% (n=27) um nível baixo e apenas uma minoria apresenta níveis elevados de fuga ou evitamento relativamente a este ponto. 2,13% (n=10) elevado e 2,77% (n=13) muito elevado (Gráf.18).

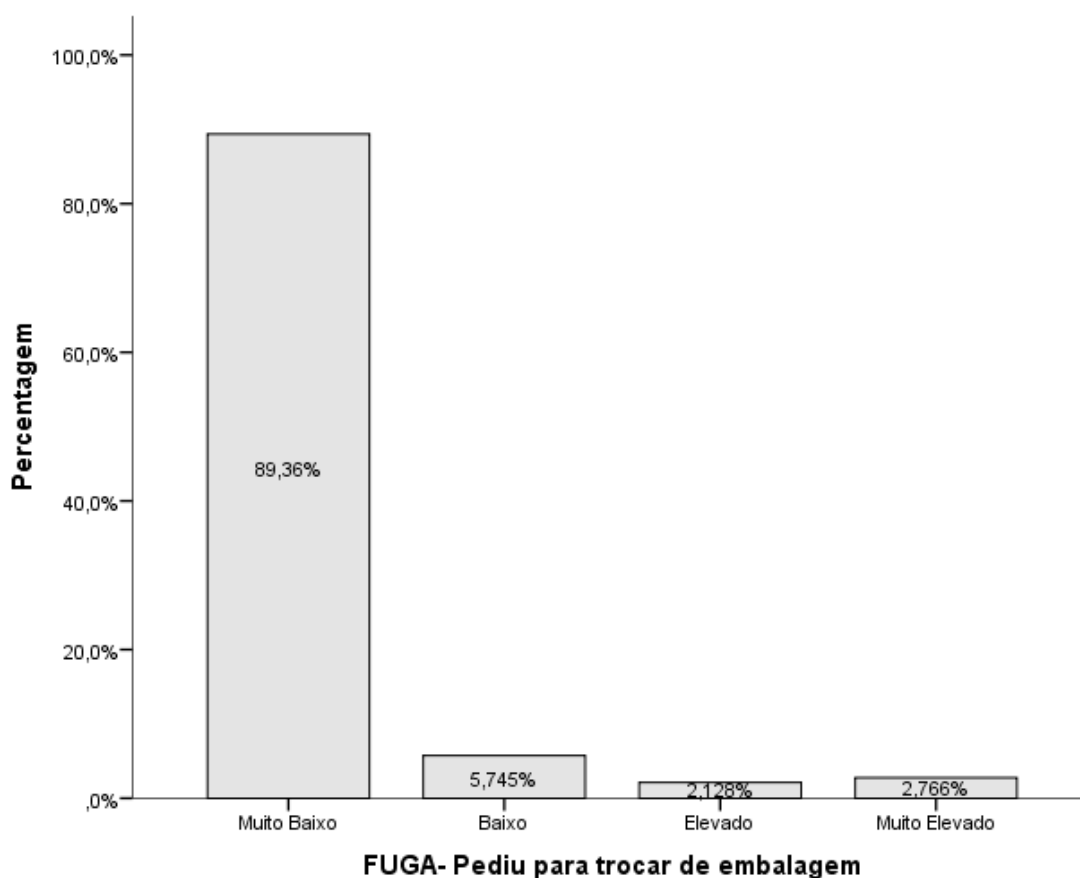


Gráfico 18 - Fuga: Pediu para trocar de embalagem

Relativamente ao segundo item desta variável: “Tapou/escondeu a advertência”, verifica-se uma média de 2,01, oscilando a escala entre o valor mínimo 1 e máximo de 5.

Agrupando os resultados constatamos que 70,43% (n=331) dos participantes (N=470) têm um nível de evitamento muito baixo no que respeita a este item; 11,49% (n=54) um nível baixo e apenas, seguidos de 11,26% (n=53) para um nível elevado e apenas 6,81% (n=32) para muito elevado (Gráf.19).

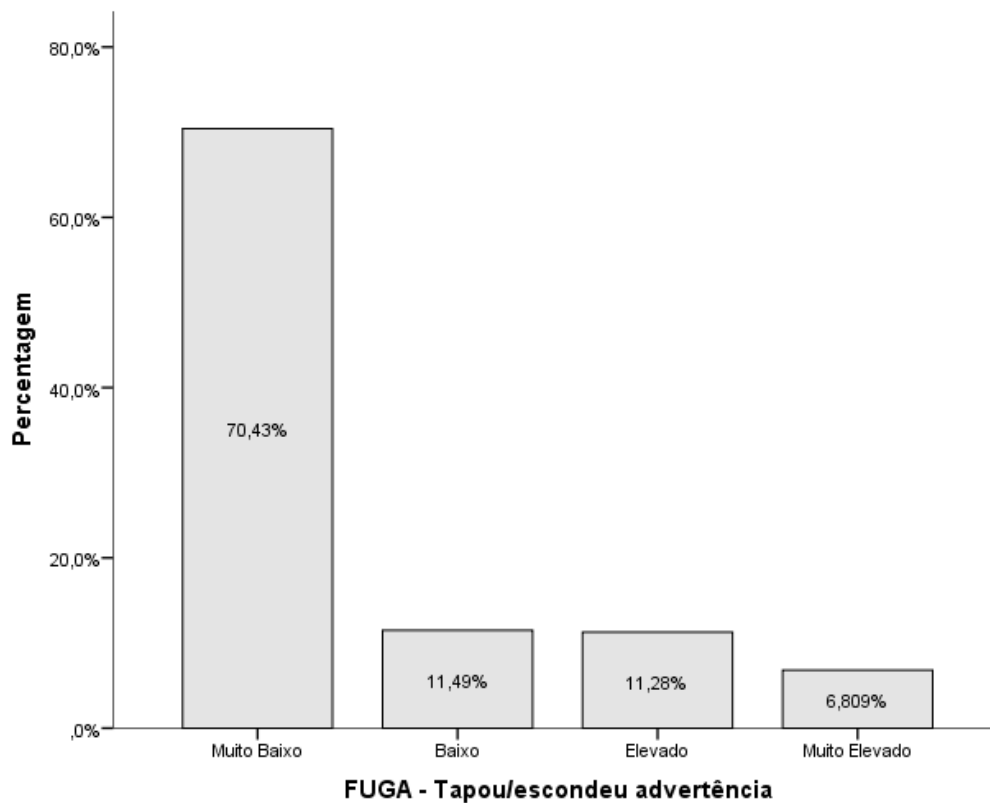


Gráfico 19 Fuga - Tapou ou escondeu as advertências

### 3.3.6.1. Evitamento /fuga e gênero

Há diferenças significativas em gênero e o item “Tapou/escondeu as advertências para que não as pudesse ver” (Teste T; T (404,159=4,163; p=0,000. As mulheres reportam que esconde mais vezes as advertências de saúde (M=2,18) do que os homens (M=1,70), (tabela 43). Nos restantes itens não se identificam relações estatisticamente significativas.

Tabela 43 Fuga (Tapou/escondeu a advertência) \* Gênero

Gênero	Frequência	Média	Desvio padrão	Média Erro padrão	T	P
Feminino	307	2,18	1,386	,079	4,163	0,000
Masculino	163	1,70	1,084	,085		

### 3.3.6.2. Evitamento/fuga e medo

No que respeita à análise de correlações entre os itens do índice de medo para as advertências de foro social não foram observadas correlações significativas ( $r < 0,20$ ).

No entanto, no que respeita ao índice de medo nas advertências de foro físico podemos observar uma correlação positiva significativa, de moderada intensidade no item “Tapou ou escondeu” ( $r=0.250$ ,  $p=0.000$ ) e de muito alta intensidade entre o item “Quando comprou tabaco, pediu para trocar de embalagem por não gostar da imagem” ( $r=0.94$ ,  $p=0,041$ ). Assim, quanto maior o medo sentido, nas advertências de saúde física, maior a frequência de comportamentos de evitamento ou fuga por parte dos consumidores, (tabela 44).

Tabela 44 Fuga\* Índice de medo

	Índice medo físico	Índice medo social
Spearman's rho Tapou/escondeu advertência	,250	,145
	,000	,002
	470	470
Pediu para trocar de embalagem	,094	,014
	,041	,760
	470	470

Não se verificam relações estatisticamente significativas entre cada item do variável evitamento e as variáveis habilitações literárias, motivação para a cessação tabágica, tipologias de consumo, faixa etária, dependência física, profundidade de processamento, eficácia percebida, probabilidade e severidade ( $p > 0,05$  ou  $r < 0,20$ ).

### 3.3.7. Medo

O índice de medo reportado pelo total da amostra ( $N=470$ ), perante as advertências de carácter físico apresenta uma média de 17,33, tendo como valor mínimo 6 e valor máximo 42.

Agrupando os resultados observamos que 52,13% ( $n=245$ ) apresentam um índice de medo muito baixo; 21,91% ( $n=103$ ) dos participantes um índice baixo, seguido de 17,02% ( $n=80$ ) com níveis elevados de medo e por fim 8,94% ( $n=42$ ) apresentam um índice de medo categorizada como muito elevado (Gráf.20).

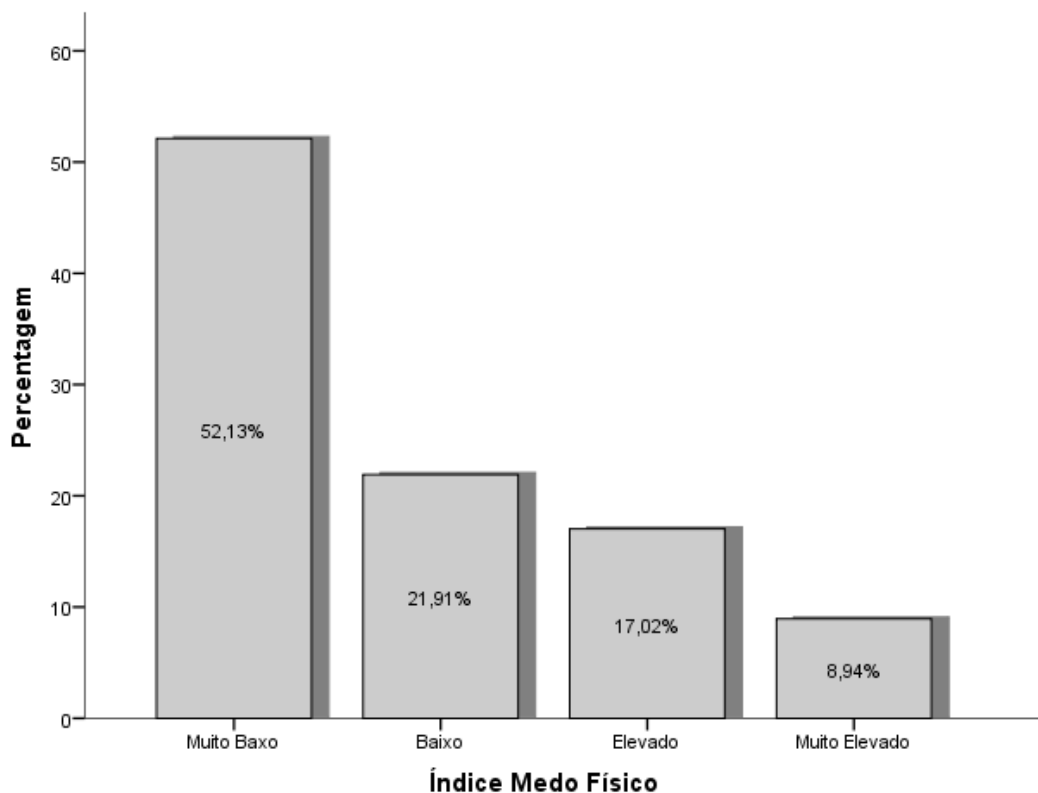


Gráfico 20 Índice de medo - advertências de carácter físico

Já no que respeita ao índice de medo reportado perante as advertências de carácter social apresenta-se uma média de 15,02, tendo como valor mínimo 6 e valor máximo 42.

Agrupando os resultados relativos às advertências de carácter social observamos que 63,19% (n=297) apresentam um índice de medo muito baixo; 20% (n=94) dos participantes um índice baixo, seguido de 8,51% (n=40) com níveis elevados de medo e por fim 8,30% (n=39) apresentam um índice de medo categorizada como muito baixo (Gráf.21).

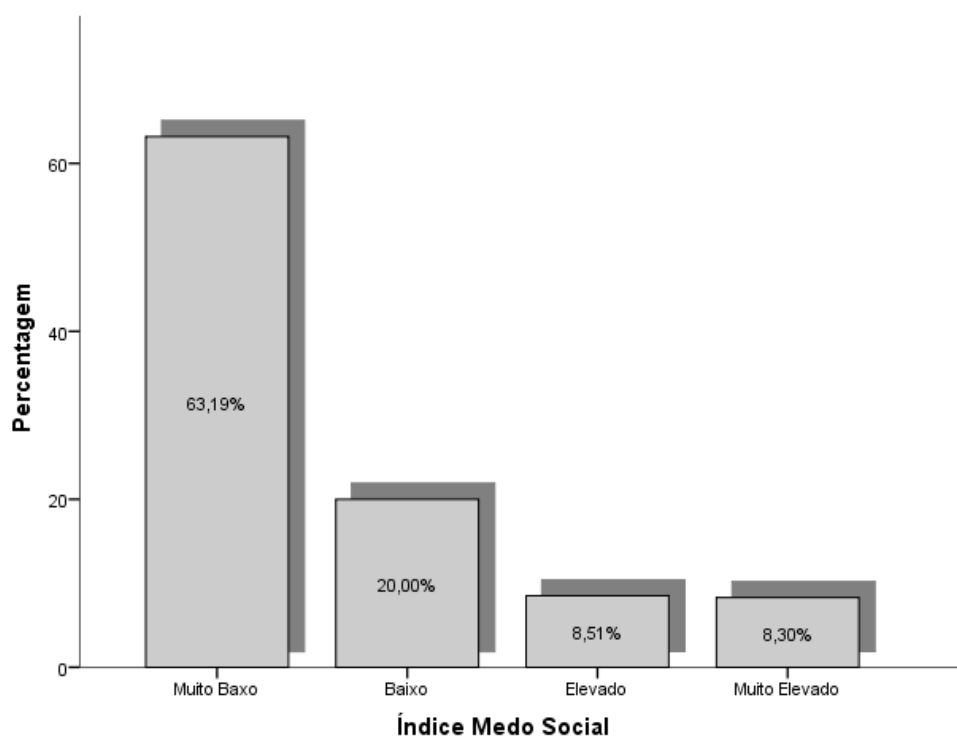


Gráfico 21 Índice de medo - advertências de carácter social

### 3.3.7.1. Medo e gênero

Há diferenças significativas em medo reportado nas advertências de foro físico e o gênero dos participantes (Teste T; T (361,150= 3,688; p=0,000), assim como entre a mesma variável sociodemográfica e o medo reportado nas advertências de caráter social (T (374,225) = 2,523; p=0,012), (tabela 45).

As mulheres, apresentam um medo físico significativamente superior (M=18,55) ao dos homens (M=15,02). De igual forma, as mulheres apresentam um índice de medo social significativamente superior (M=15,85) ao dos homens (M=13,45), (tabela 45).

Tabela 45 Índice de medo \* Gênero

Gênero		Frequência	Média	Desvio padrão	Média erro padrão	T	P
Índice medo físico	Feminino	307	18,55	10,557	,603	3,688	0,000
	Masculino	163	15,02	9,519	,746		
Índice medo social	Feminino	307	15,85	10,716	,612	2,523	0,012
	Masculino	163	13,45	9,258	,725		

### 3.3.7.2. Medo e formação acadêmica

Não se revelam diferenças significativas no nível do Medo reportado nas advertências de carácter físico e a formação acadêmica dos participantes (Teste T; T (468=0,682; P=0,495).

No entanto, há diferenças significativas no medo reportado nas advertências do foro social e o nível da Escolaridade (Teste T; T (468= 2,607; p=0,009), (tabela 46).

Os participantes com escolaridade igual ou inferior ao 12º ano, apresentam um medo social significativamente superior (M=16,98) aos participantes com escolaridade ao nível do ensino superior (M=14,25).

Tabela 46 Índice de medo \* Formação acadêmica

Formação acadêmica	Frequência	Média	Desvio padrão	Média erro padrão	T	P	
Índice medo físico	12º ano ou Inferior	132	17,85	10,918	,950	0,682	0,495
	Ensino superior	338	17,12	10,110	,550		
Índice medo social	12º ano ou Inferior	132	16,98	10,815	,941	2,607	0,009
	Ensino superior	338	14,25	9,986	,543		

### 3.3.7.3. Medo e tipologias de consumo

Encontramos diferenças significativas ente o medo reportado nas advertências físicas e tipologias de consumo (Teste T;  $T(466) = -3,086$ ;  $p=0,002$ ). Os consumidores recorrentes, apresentam um medo físico significativamente superior ( $M=21,78$ ) aos consumidores correntes ( $M=16,87$ ), (tabela 47).

Não há diferenças significativas no índice de medo para advertências com alertas sociais e a tipologia de consumo.

Tabela 47 Índice de medo \* Tipologias de consumo

	Tipologias de consumo	Frequência	Média	Desvio padrão	T	P
Índice medo físico	Consumidores correntes	422	16,87	10,237	-3,086	,002
	Consumidores recorrentes	46	21,78	10,396		
Índice medo social	Consumidores correntes	422	14,85	10,086	-1,195	,233
	Consumidores correntes	46	16,76	12,089		

### 3.3.7.4. Medo físico e social

Verificamos uma correlação positiva, significativa de moderada intensidade ( $R=0,687$ ,  $p=0,000$ ) entre o índice de medo físico e o índice de medo social. Quanto maior o medo social, maior o medo físico, (tabela 48).

Tabela 48 Índice de medo: Advertências de foro físico \* Advertências de foro social

		Índice medo social
Índice medo físico	Correlação de Pearson	,687**
	Sig. (2-tailed)	,000
	Frequência	470

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre a variável índice de medo (físico ou social) e as variáveis: faixa etária, dependência física, duração do consumo, motivação para a cessação tabágica e profissão.

### 3.3.7.5. Regressão linear - medo

Para verificar as variáveis que conduzem ao índice de medo provocado pelas advertências de foro físico e ao índice de medo provado pelas advertências de carácter social realizamos uma regressão linear simples, (tabela 49).

Para ambas as variáveis dependes foram satisfeitos os pressupostos para a regressão (Dubin-Watson, Distribuição de Erros, homocedasticidade do erro e multicolinearidade) verificando que ambos os modelos são validos (ANOVA  $p=0,000$ ).

A variável autoeficácia não apresenta poder significativo face à variável dependente ao índice de medo nas advertências de carácter físico.

Já a profundidade, a severidade dos eventos de foro físico e a probabilidade de ocorrência dos eventos do mesmo género de processamento explicam significativamente, em 24,1%, o índice de medo face às advertências de saúde de carácter físico. A variável que mais contribui é a profundidade de processamento ( $\beta=0,301$ ), seguido da probabilidade ( $\beta=0,233$ ) e da severidade ( $\beta=0,153$ ).

Tabela 49 Regressão linear índice de medo - advertências físicas

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padrão	T	Sig.
	B	Erro padrão	Beta		
(Constante)	-8,678	2,388		-3,633	,000
Severidade físico	1,619	,475	,153	3,407	,001
Probabilidade físico	2,641	,517	,233	5,111	,000
Profundidade do Processamento	3,287	,454	,301	7,247	,000
Autoeficácia	-,073	,419	-,007	-,174	,862

Relativamente ao índice de medo de advertências de carácter social verificamos que a variável autoeficácia não apresenta poder significativo face à variável dependente, (tabela 50).

Já a profundidade, a severidade dos eventos de foro social e a probabilidade de ocorrência dos eventos do mesmo género de processamento explicam significativamente, em 18,1%, o índice de medo face às advertências de saúde de carácter social. A variável que mais contribui é a severidade ( $\beta=0,257$ , seguido da profundidade probabilidade ( $\beta=0,198$ ) e finalmente da profundidade de processamento ( $\beta=0,130$ ).

Tabela 50 Regressão linear índice de medo - advertências sociais

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padrão	T	Sig.
	B	Erro padrão	Beta		
(Constante)	-6,873	2,656		-2,587	,010
Profundidade do Processamento	1,409	,465	,130	3,032	,003
Severidade social	2,612	,479	,257	5,453	,000
Autoeficácia	,228	,426	,023	,534	,594
Probabilidade social	1,966	,472	,198	4,169	,000

### 3.3.8. Probabilidade de ocorrência

No que toca à escala de probabilidade de ocorrência de eventos relacionados com a ato de fumar o total da amostra (N=470) apresenta uma média de 3.21, tendo como valor mínimo 1 e valor máximo 5.

Agrupando os resultados observamos que 41,91% (n=197) percecionam a probabilidade como elevada; 26,17% (n=123) dos participantes como baixa, seguido de 21,28% (n=100) com uma percepção muito elevada e por fim 10,64% (n=50) apresentam uma percepção muito baixa (Gráf. 22).

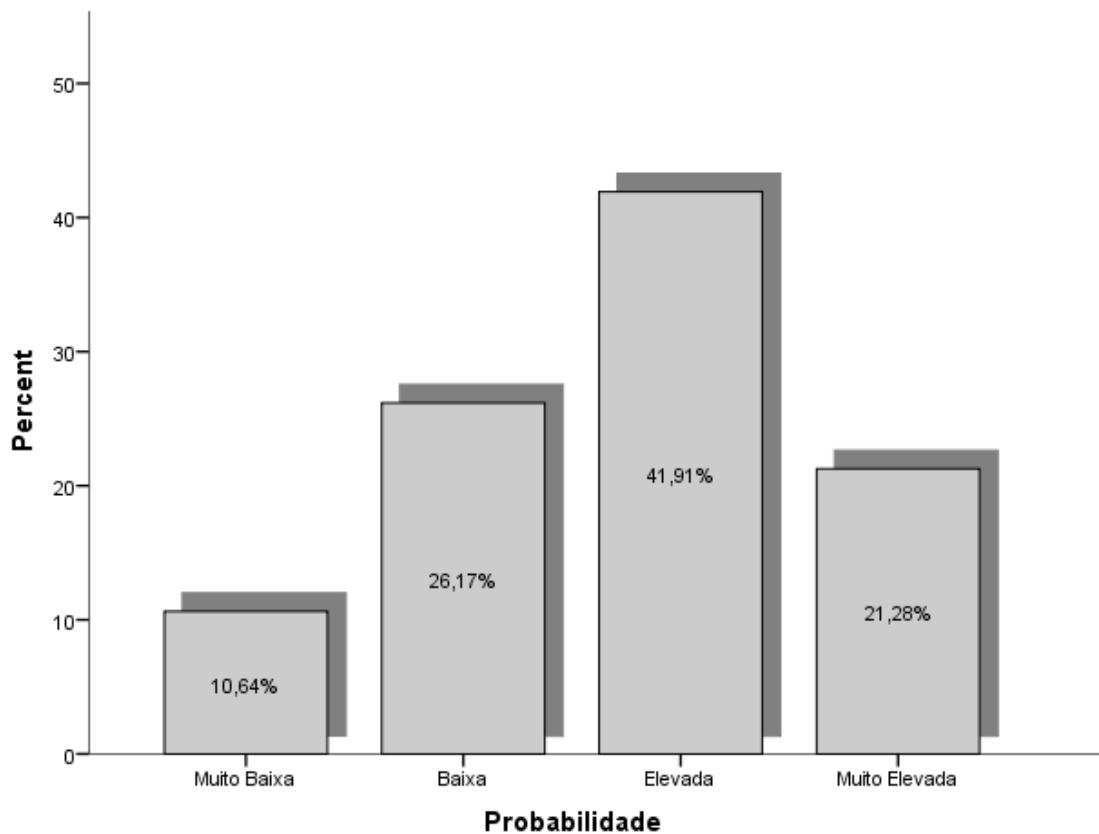


Gráfico 22 Probabilidade

### 3.3.8.1. Probabilidade e gênero

Há diferenças significativas em gênero e o nível de probabilidade reportado (Teste T; T (468=3,569; p=0,000). O gênero feminino reporta uma maior média de probabilidade (M=3,43) do que o gênero masculino (M=3,12), (tabela 51).

Tabela 51 Probabilidade \* Gênero

	<b>Gênero</b>	<b>Frequência</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Média Erro padrão</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
Probabilidade	Feminino	307	3,4312	,90967	,05192	3,569	0,000
	Masculino	163	3,1199	,88103	,06901		

### 3.3.8.2. Probabilidade e idade

Observam-se diferenças significativas entre os grupos etários e a probabilidade de ocorrência (ANOVA;  $F(3,871) = 3,466$ ;  $p = 0,003$ ).

Há diferenças significativas entre os participantes até aos 24 anos e os participantes dos 24-34 anos (Bonferroni;  $p = 0,015$ ) e entre os participantes até aos 24 anos e os participantes dos 35 aos 44 anos (Bonferroni;  $p = 0,034$ ).

Os consumidores com 24 ou menos anos apresentam uma média significativamente inferior ( $M = 3,09$ ), que o grupo dos 35 aos 34 anos ( $M = 3,45$ ) e que o grupo dos 35 aos 44 anos ( $M = 3,4219$ ), (gráf. 23).

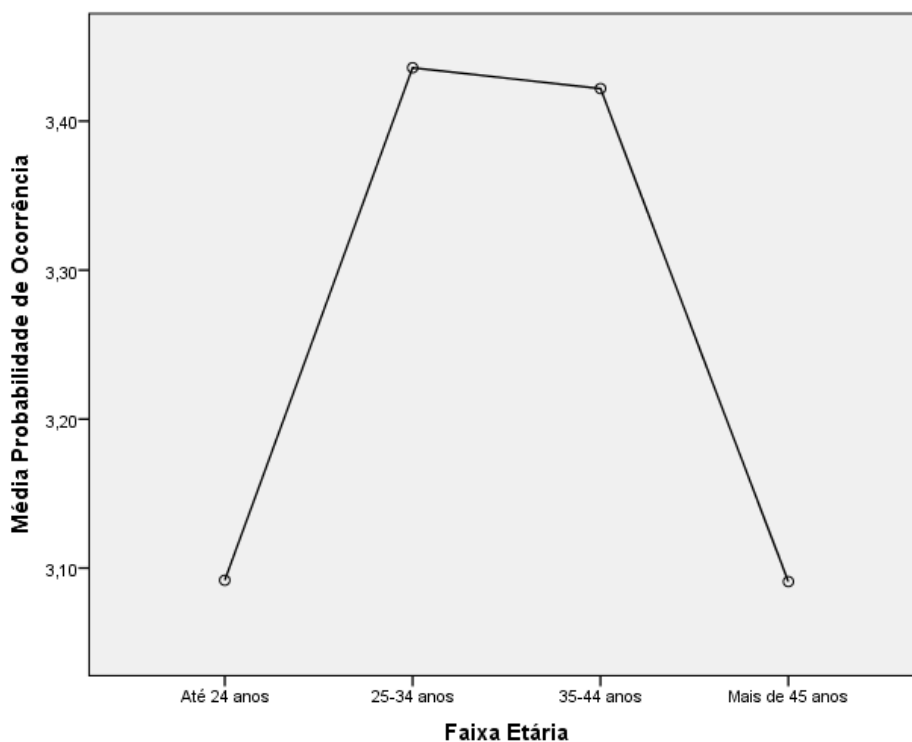


Gráfico 23 ANOVA Probabilidade \* Faixa etária

### 3.3.8.3. Probabilidade e dependência física

Observam-se diferenças significativas entre o nível de dependência física (Teste de Fagerström) e probabilidade de ocorrência (ANOVA;  $F(2,364) = 6,413$ ;  $p = 0,002$ ).

Há diferenças significativas entre os participantes com nível de dependência físico baixo e os participantes com um nível de dependência médio (Bonferroni;  $p = 0,020$ ), bem como entre o nível de dependência baixo e alto (Bonferroni;  $p = 0,020$ ).

Os consumidores com baixa dependência física apresentam uma média significativamente inferior ( $M = 3,2051$ ), que os consumidores com dependência moderada ( $M = 3,4645$ ) e que os consumidores com alta dependência ( $M = 3,7677$ ), (gráf. 24).

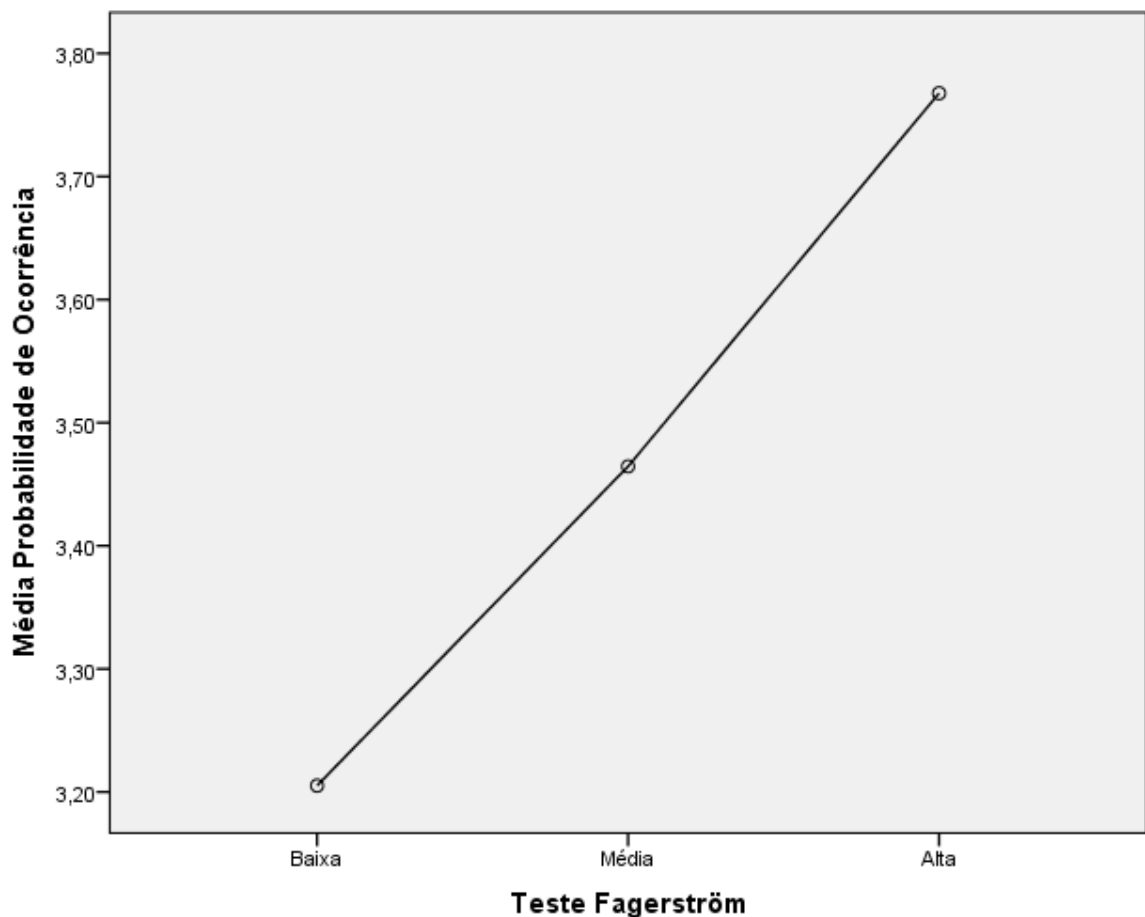


Gráfico 24 ANOVA Probabilidade \* Dependência física

#### 3.3.8.4. Probabilidade e medo

Observa-se uma correlação positiva, significativa de baixa intensidade entre a probabilidade de ocorrência e o índice de medo social ( $R= 0,332$ ;  $p=,000$ ), bem como com o índice de medo físico ( $R=0.363$ ,  $p=0.000$ ). Quanto maior é a probabilidade de ocorrência, maior é o medo sentido pelo consumidor, (tabela 52).

Tabela 52 Probabilidade \* Medo

		Índice medo físico	Índice medo social
Probabilidade	Correlação de Pearson	,363**	,332**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	Frequência	470	470

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e as variáveis formação académica, motivação para a cessação tabágica e tipologias de consumidores.

### 3.3.9. Severidade

No que toca à escala da severidade de consequências relacionadas com a ato de fumar o total da amostra (N=470) apresenta uma média de 4,15, tendo como valor mínimo 1 e valor máximo 5.

Agrupando os resultados observamos que 64,68% (n=304) assumem uma severidade muito elevada; 22,13% (n=104) dos participantes uma severidade elevada, seguido de 7,45% (n=127) com uma perceção muito baixa e por fim 5,74% (n=35) apresentam uma perceção baixa da severidade (Gráf. 25).

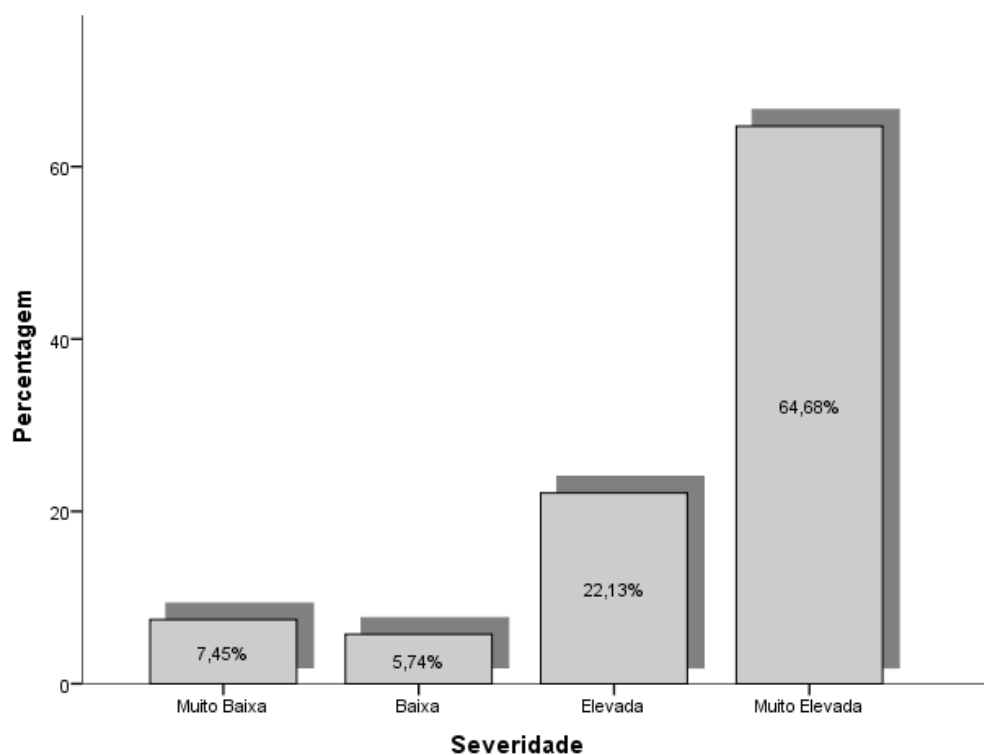


Gráfico 25 Severidade

### 3.3.9.1. Severidade e medo

Observa-se uma correlação positiva, significativa de baixa intensidade entre a severidade e o índice de medo social ( $R= 0,321$ ;  $p=,000$ ), bem como com o índice de medo físico ( $R=0.323$ ,  $p=0.000$ ) quanto maior é a severidade percebida, maior é o medo sentido pelo consumidor, (tabela 53).

Tabela 53 Severidade \* Índice de Medo

		Índice medo físico	Índice medo social
Severidade	Correlação de Pearson	,323**	,321**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	Frequência	470	470

### 3.3.9.2. Severidade e probabilidade

Observa-se uma correlação positiva, significativa de baixa intensidade entre a probabilidade de ocorrência e o nível de severidade ( $R= 0,446$ ;  $p=,00$ ). Quanto maior é a percepção do consumidor sobre a probabilidade de ocorrência maior é o impacto atribuído a esse evento na sua vida, (tabela 54).

Tabela 54 Severidade \* Probabilidade

		Probabilidade
Severidade	Correlação de Pearson	,446**
	Sig. (2-tailed)	,000
	Frequência	470

Não se verificam relações estatisticamente significativas entre esta variável e as variáveis gênero, formação acadêmica, motivação para a cessação tabágica, tipologias de consumo e dependência física.

## CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A grande maioria da amostra revela um índice de medo baixo ou muito baixo perante a exposição às advertências (74,04% para advertências de caráter físico e 83,19% para sociais). À luz de autores como Hovland et al. (1953) *in* Stefan (2012), os **níveis de medo percebido** pelos destinatários são motivadores de mudanças nos seus comportamentos e intenções. Contudo, os dados obtidos neste estudo não estão alinhados com estes autores bem como não seguem a teoria de Hammond (2011) que sugere que as imagens que figuram nos rótulos podem provocar reações emocionais fortes num número considerável de fumadores.

Verificámos ainda uma correlação positiva entre as duas tipologias das advertências de saúde (medo de índole física ou social), refletindo que as pessoas que reportam maior índice de medo nas advertências físicas também são mais suscetíveis ao medo provado pelas advertências de foro social. Em simultâneo, constatámos que as advertências sociais apresentam um índice de medo médio inferior (15,02) às advertências físicas (17,33).

Cruzando os **índices de medo com as variáveis sociodemográficas e o perfil de consumidores** verificámos que os participantes do género feminino revelam um maior índice de medo comparativamente ao género masculino. No que respeita aos apelos de índole social, esta investigação revelou que os participantes, com uma escolaridade igual ou inferior ao ensino secundário, reportam um índice de medo mais elevado que os participantes com habilitações ao nível do ensino superior. Nos apelos de medo físico os consumidores correntes revelam um índice de medo superior ao dos consumidores recorrentes.

No que respeita à expectativa da ocorrência de danos relacionados com o consumo de tabaco, avaliada através da escala de **probabilidade**, a maioria da amostra (64,19%) demonstrou uma perceção alta ou muito alta. Foi possível aferir ainda que as participantes do **género** feminino demonstram maiores valores da escala de probabilidade do que os participantes do género masculino. A idade também parece ser um fator determinante na perceção da probabilidade de ocorrência: os consumidores mais jovens (24 ou menos anos) revelam uma perceção inferior comparativamente aos participantes com **faixas etárias** entre os 25 e os 34 anos e entre os 35 e 44 anos. Verificámos ainda que os consumidores com um maior **grau de dependência** física ao tabaco percecionam uma maior probabilidade de ocorrência de danos relacionados com o seu consumo que os consumidores com uma dependência mais baixa.

No que respeita à **severidade** dos danos, fruto do consumo de tabaco, a maioria dos consumidores (86.81%) afirma que estes teriam um impacto alto ou muito alto na sua vida. Ruiters, et al., (2014) afirmou que gravidade das mensagens é muitas vezes a componente mais visível das campanhas de *fear appeal*, mas ao mesmo tempo, a menos persuasiva. No entanto, nesta investigação foi possível verificar uma correlação positiva, embora que de baixa intensidade, entre a severidade percebida e o **índice de medo**, assim como uma correlação significativa, de baixa intensidade, entre a **probabilidade e o índice de medo**, factos que corroboram com a PMT (*Protection Motivation Theory*) e com Hoog & Wit (2007) que afirmam que a severidade e a suscetibilidade das mensagens têm efeitos positivos sobre a percepção do medo.

Realizando uma regressão linear simples foi ainda possível perceber que para além da **severidade** e da **probabilidade** também a **profundidade de processamento** exerce influência sobre o **índice de medo** reportado. A combinação destas 3 variáveis (Severidade, Probabilidade e Profundidade de processamento) explica significativamente o índice de medo face às advertências de saúde de carácter físico e social. É ainda interessante perceber que enquanto no medo físico a variável que mais contribui é a profundidade de processamento, no medo social a variável com maior peso é a severidade atribuída. Todos estes dados vêm reforçar a teoria da motivação para a proteção, desenvolvida por Roger (1975) que define 3 componentes do *fear appeal*: a gravidade/severidade do evento, a probabilidade de ocorrência e a eficácia das recomendações para reduzir ou eliminar os eventos perigosos. Nesta investigação verificou-se que a severidade dos eventos e a probabilidade de ocorrência dos mesmos não apresentam poder significativo face à **eficácia da resposta**, o que contrapõe a teoria em que Hoog & Wit (2007) afirmavam que a severidade e a suscetibilidade das mensagens têm efeitos positivos sobre as intenções, comportamentos dos grupos alvos.

Relativamente à **eficácia da resposta**, importa antes de mais referir que os níveis de eficácia, reportados pelos participantes, perante o visionamento das advertências, foram substancialmente muito baixos. Para as advertências de saúde que apelam ao medo físico a esmagadora maioria (80,64%) da amostra revela uma eficácia baixa ou muito baixa. Situação semelhante acontece nos apelos ao medo social, onde 78,72% reportam níveis baixos ou muito baixo de eficácia da resposta. Estes factos vêm contrariar os vários estudos em que uma quantidade significativa de fumadores relata que as advertências de saúde reduziram os seus níveis de consumo e aumentaram a sua motivação para parar de fumar, (Koval, 2005; Willemsen, 2005; Hammond, 2006; Environics Research Group, 2007 in Hammond 2011).

Os baixos resultados encontrados nesta investigação, a nível da eficácia da resposta, reforçam a ideia de Brennan & Binney (2010) de que as pessoas, quando expostas a estas mensagens, atingem um ponto de saturação emocional tal que acabam por "desligar" das mesmas devido à negatividade nela retratada.

No que respeita à relação entre a **eficácia da resposta** e o **género** podemos verificar que as mulheres percecionam um maior nível de eficácia relativamente às advertências de foro social do que os homens. No entanto, não se verificam diferenças significativas no que diz respeito ao género e a eficácia percebida para as advertências que apelam ao medo físico. Acrescente-se ainda que os participantes com uma **escolaridade** igual ao inferior ao 12º ano revelam uma maior eficácia comparativamente aos inquiridos com habilitações literárias ao nível do ensino superior.

No que concerne às **tipologias de consumo**, os dados obtidos revelam que os consumidores recorrentes apresentam um maior nível de eficácia percebida que os consumidores correntes. Vários autores teorizam ainda que a eficácia da resposta está intimamente ligada à facilidade e motivação para adotar os comportamentos recomendados.

No marketing social esta relação expressa-se através do “P” – preço, onde se assume que existam custos psicológicos que irão afetar a pessoa com a adoção de um determinado comportamento e onde a motivação para agir e adotar as recomendações resultam precisamente da comparação entre os custos e os benefícios, (Kotler & Zaltman, 1971).

Assim consideramos importante incluir dimensões como a autoeficácia reportada (facilidade/dificuldade em adotar os comportamentos recomendados) e a motivação para a cessação tabágica e estudar a sua relação com a **eficácia da resposta**.

No que concerne à **motivação para a cessação tágica** os resultados obtidos estão em concordância com a investigação levada a cabo por Balsa et al. (2014). A grande maioria dos consumidores, 88,83% apresentou uma motivação baixa (85,5% em Balsa et al. (2014)), 10,90% apresentou uma motivação moderada (12,6% em Balsa et al. (2014)), e apenas 0,27% (1,8% em *ibidem*) tem um grau de motivação elevado.

Verifica-se uma relação estatisticamente significativa entre a motivação para a cessação tabágica e a adoção das respostas recomendadas. Os consumidores com baixa motivação apresentam um menor nível de eficácia percebida do que os consumidores com uma motivação moderada.

Ao nível da **autoeficácia** verifica-se uma grande dispersão de resultados, uma vez que 44,68% reportam níveis baixos ou muito baixos enquanto 55,32% revelam níveis alto ou muito altos de percepção da autoeficácia. No que concerne às **variáveis sociodemográficas** e a sua relação com a autoeficácia constatamos que as mulheres consideram mais difícil deixar/reduzir o consumo que os homens e que quanto maior é a faixa etária maior a dificuldade em adotar as respostas. Relativamente ao cruzamento desta variável com o **perfil e comportamento dos consumidores** foi possível verificar que os consumidores correntes assumem maior dificuldade do que os consumidores recorrentes. De igual forma quanto mais anos de consumo, maior nível de dependência física e menor motivação para a cessão tabágica mais difícil se torna adotar a resposta para os participantes.

Através de uma regressão linear simples verificou-se que a **autoeficácia**, a **profundidade de processamento** e o **índice de medo** explicam a **eficácia da resposta**, em 34,45% no caso das advertências de carácter físico e em 52% para as advertências de foro social. Em ambas as tipologias de advertências é o **índice de medo** que exerce um maior peso na eficácia da resposta o que está de acordo com a tese de Brennan & Binney (2010) em que afirmam que o medo é utilizado para criar um desequilíbrio que pode ser corrigido por meio da adoção de um determinado comportamento, esperando-se criar desconforto e que desta forma as pessoas sejam motivadas a agir com vista a diminuir essa sensação de mau estar. A influência do índice de medo na eficácia da resposta constatada nesta investigação é reforçada também pela teoria de Witte & Allen (2000) que afirmam que níveis de medo percebido baixos tornam a mensagem menos eficazes.

A segunda variável com mais peso sobre a eficácia da resposta é a **autoeficácia**. Mais uma vez esta conclusão é sustentada por autores como Witte & Mike Allen (2000) que concluíram que os apelos de medo parecem ser eficazes quando representam uma ameaça e, quando delineiam respostas eficazes que parecem fáceis de realizar.

Apesar dos participantes deste estudo reportarem poucos comportamentos de evitamento ou de fuga, é possível observar que as mulheres adotam mais frequentemente este tipo de comportamentos que os homens, principalmente no que diz respeito a tapar/esconder as advertências de saúde. Apesar de não termos encontrado correlações significativas entre o **índice de medo** nas advertências de carácter social e os **comportamentos de fuga/evitamento** verificamos que quanto maior o medo sentido, nas advertências de saúde de apelo ao medo físico, maior a frequência de comportamentos de fuga por parte dos consumidores. Observamos assim, uma correlação de moderada intensidade no item “Tapou

ou escondeu” e de muito alta intensidade entre o item “Quando comprou tabaco, pediu para trocar de embalagem por não gostar da imagem” e o índice de medo físico. Estes dados estão em consonância com o Modelo Processo Paralelo Estendido (EPPM), que revela que, para além da adoção dos comportamentos recomendados, o *fear appeal* pode desencadear processos do **controle de perigo**, como por exemplo a negação da ameaça ou a **fuga** à mensagem. Na mesma linha de pensamento está a teoria de Hastings & MacFadyen (2002) assumindo que as advertências que transmitem sentimentos de medo fortes podem suscitar reações defensivas como rejeição das mensagens, evitar as advertências.

Outra variável que nos pareceu importante analisar é o **realismo** atribuído às advertências de saúde. Nesta investigação verificámos que a maioria da amostra atribui um grau de realismo aos textos e imagens das advertências bastante baixo. 60,22% dos participantes consideram pouco ou muito pouco reais as advertências que fazem apelo ao medo físico. De igual forma, 60,85% da população considera as advertências de apelo social visionadas pouco ou muito pouco reais. Podemos afirmar que quanto maior é o nível de realismo atribuído às advertências, maior é o medo sentido pelos participantes, uma vez que se observa uma correlação positiva, significativa de baixa intensidade, entre estas duas variáveis. Para Decima (2009) as advertências que parecem ser "encenadas" ou "falsas" podem levar à rejeição da mensagem.

O **realismo** das mensagens parece também estar intimamente associado à **eficácia** das mesmas. Observamos uma correlação estatisticamente significativa entre o grau de realismo atribuídos nas advertências e a eficácia das respostas. Assim, os dados obtidos com esta investigação vão ao encontro de Brennan & Binney (2010), que afirmam o realismo na representação é crucial para que as mensagens sejam credíveis e tidas em consideração pelos destinatários.

Com o intuito de contribuir para o aumento do conhecimento científico relativamente ao *fear appeal* e de forma a melhor refletir os resultados obtidos nesta investigação apresentamos uma proposta de diagrama de modelo do funcionamento do *fear appeal* (figura 5). Esta proposta tem como base os modelos anteriormente já descritos (PMT e EPPM). Uma vez analisados os resultados deste estudo, podemos afirmar que os processos cognitivos, como uma avaliação elevada da severidade dos danos derivados do consumo de tabaco, uma expectativa alta da probabilidade de ocorrência dos mesmos danos, juntamente com um nível de profundidade de processamento das advertências de saúde elevado, têm impacto no medo sentido pelos consumidores perante a exposição às advertências de saúde combinadas.

O medo gerado pelas advertências poderá depois conduzir a duas atitudes. Quando combinado com uma crença da autoeficácia da resposta (facilidade em adotar os comportamentos recomendados) estas duas variáveis (medo e autoeficácia) refletem-se na intenção dos consumidores em adotar as respostas recomendadas (parar ou reduzir o consumo de tabaco). No entanto, no caso dos apelos ao medo físico, índices de medo elevados podem conduzir a comportamentos de fuga ou evitamento da mensagem, revelando-se assim contraproducentes. Estes processos estão espelhados na figura 5, apresentada de seguida.

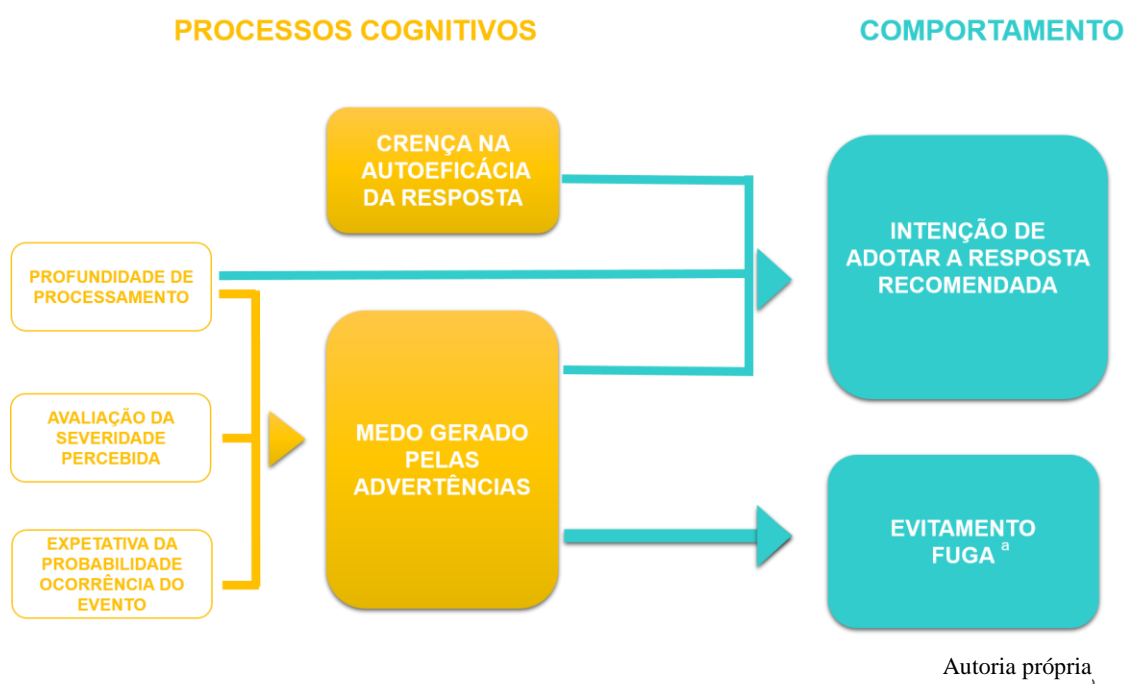


Figura 5 Processos cognitivos e comportamentos provocados pelo *tear appeal*

## CAPÍTULO V – CONCLUSÕES

### 5.1. CONCLUSÃO

Esta investigação teve como objetivo central perceber a eficácia do *fear appeal* nas advertências de saúde presentes nas embalagens de tabaco, bem como perceber as variáveis que influenciam os sentimentos de medo e a adoção dos comportamentos recomendados.

Através da análise dos resultados chegamos a algumas conclusões que nos permitiram conhecer o perfil dos consumidores, avaliar as hipóteses projetadas para esta investigação e responder aos objetivos traçados para este estudo.

Esta investigação teve como amostra um total de 470 pessoas que consumiram tabaco nos últimos 12 meses. É notória a maior adesão ao preenchimento do inquérito por questionário por parte de mulheres. A idade dos inquiridos oscilou entre os 17 e 68 anos, sendo 33 anos a média da idade dos participantes. A maioria possui habilitações literárias ao nível do ensino superior e são ativos profissionalmente (trabalham, estudam ou trabalham e estudam em simultâneo).

No que respeita ao perfil do consumidor, a esmagadora maioria da amostra são consumidores correntes, de seguida encontram-se os consumidores recorrentes e numa amostra muito reduzida os novos experimentadores. As formas de consumo mais habituais entre os fumadores são o tabaco vendido em caixa ou maço, seguido do tabaco para enrolar/tubos. No que respeita aos consumidores correntes, a maior franja da amostra são fumadores de média duração (entre 6 a 15 anos de consumo), com consumos diários, apresentam um grau de dependência baixo e uma motivação para a cessão tabágica reduzida. Os principais motivos para a cessação tabágica, reportados pelos participantes, dizem respeito a questões de saúde seguido da gravidez, dinheiro e motivos ligados à família ou aos amigos.

Através desta investigação percebemos que os consumidores correntes revelam sentir mais medo que os consumidores recorrentes no que respeita às advertências de saúde que fazem apelo ao medo físico. Já nos apelos de medo social não se verificaram diferenças significativas entre a tipologia de consumidores. Assim, a hipótese “H1. Os consumidores correntes são menos suscetíveis ao medo do que os consumidores recorrentes”, apenas se verifica verdadeira no que respeita às advertências de foro físico.

Ainda a respeito das tipologias de consumo, os dados obtidos revelam que os consumidores recorrentes apresentam um maior nível de eficácia percebida que os consumidores correntes, o que confirma a segunda hipótese “H2. Os consumidores correntes são menos suscetíveis à adoção da resposta recomendada do que os consumidores recorrentes”.

Relativamente às questões de género foi possível concluir que as mulheres sentem mais medo perante as advertências de saúde. Nas advertências de carácter social as mulheres revelam igualmente uma maior eficácia na resposta do que os homens. Verifica-se assim, a veracidade da terceira hipótese “H3. As mulheres são mais suscetíveis ao medo provocado pelas advertências de saúde que os homens”, e que a quarta hipótese levantada “H4. As mulheres são mais suscetíveis a adotar os comportamentos recomendados perante o visionamento das advertências”, apenas se aplica às advertências de índole social, uma vez que não foi encontrada relação significativa para as advertências de carácter físico. É interessante, também, referir que as mulheres são igualmente mais suscetíveis noutras dimensões, como por exemplo nos comportamentos de fuga, na autoeficácia reportada e na probabilidade percebida.

A quinta hipótese “H5. As advertências de saúde têm um impacto reduzido nos fumadores ao nível do medo provocado” também se verifica como verdadeira, uma vez que os dados obtidos revelam que a grande maioria da amostra tem um índice de medo baixo ou muito baixo perante a exposição às advertências quer do foro físico quer de carácter social.

No entanto, é possível verificar uma relação estatisticamente significativa entre o medo sentido e a eficácia da resposta, comprovando a hipótese “H6. O medo provocado pelas advertências de saúde promove a adoção das respostas recomendadas”. Apesar do medo assumir um papel preponderante, também a autoeficácia e a profundidade de processamento aparecem como fatores que promovem a adesão aos comportamentos recomendados.

Embora os participantes reportem poucos comportamentos de evitamento ou de fuga é possível constatar que, no caso das advertências de saúde de apelo ao medo físico, quanto maior é o medo sentido maior é a frequência de comportamentos de fuga por parte dos consumidores. Assim a hipótese “H7. O medo provocado pelas advertências de saúde leva a respostas de evitamento ou fuga” é verdadeira, mas somente para as advertências de carácter físico uma vez que para as advertências de carácter social não se verificam relações estatisticamente significativas. A baixa frequência dos comportamentos de fuga pode estar

intimamente ligada ao facto do medo sentido pela generalidade dos participantes ser igualmente muito reduzido.

Relativamente aos fatores que conduzem ao sentimento de medo, verificámos que para além da severidade e da probabilidade também a profundidade de processamento exerce influência sobre o índice de medo reportado, sendo possível, assim, verificar a veracidade da oitava hipótese “H8. A probabilidade de ocorrência e a severidade são variáveis que influenciam o medo sentido nas advertências de saúde”. É interessante destacar que, enquanto no medo físico a variável que mais contribui é a profundidade de processamento, no medo social a variável com maior influência é a severidade atribuída.

Por fim, verificamos também que os níveis de eficácia reportados pelos participantes perante o visionamento das advertências, foram substancialmente muito baixos o que legitima a última hipótese deste estudo “H9. As advertências de saúde têm impacto reduzido no respeito às das mudanças do seu comportamento nos fumadores”.

Importa destacar que o realismo, atribuído às mensagens e imagens que figuram nas advertências de saúde, exerce um papel importante tanto ao nível do medo sentido pelos participantes como na eficácia da resposta percebida, assim quanto mais real for a advertência para o consumidor maior é o medo sentido e maior será a adoção dos comportamentos recomendados. No entanto, verificámos que os participantes atribuem às advertências um grau de realismo bastante baixo.

Os resultados e informações contidas neste estudo podem ajudar a compreender melhor o fenómeno do *fear appeal* despertando o questionamento sobre a sua eficácia e impacto nos consumidores.

Por um lado, existem evidências científicas que nos ajudam a explicar os fatores de promovem um aumento do medo e conseqüentemente conduzem a uma maior adoção do comportamento pretendido. O género e a tipologia de consumo são fatores sociodemográficos e comportamentais que exercem influência sobre o medo sentido nas advertências de saúde e na adoção da resposta recomendada (reduzir ou deixar de fumar). O medo gerado pelas advertências é influenciado pela profundidade de processamento, pela avaliação da severidade percebida e pela expectativa de ocorrência de danos provocados pelo consumo de tabaco. Em resposta ao medo sentido, o consumidor poderá adotar um de dois comportamentos: adotar a resposta recomendada, cessando/reduzindo o seu consumo ou por

outro lado ter comportamentos de fuga e evitamento que levam a uma rejeição das mensagens e da ameaça.

Por outro lado, os dados desta investigação revelam que o uso das advertências de saúde que recorrem ao *fear appeal* tem um impacto muito reduzido nos consumidores. Para além de provocarem baixos sentimentos de medo, as advertências de saúde, na opinião da maioria dos consumidores, parecem não atingir o seu propósito, uma vez que a adoção de comportamentos mais saudáveis após o visionamento das advertências é muitíssimo reduzida.

Assim sendo, qual será o motivo para os agentes governamentais nacionais ou internacionais continuarem a recomendar a figuração destas advertências nas embalagens de tabaco? Quando a maioria dos estudos e evidências científicas demonstram o fraco impacto das mesmas, o uso das advertências parece ser um contrassenso e por momentos uma estratégia de desculpabilização das entidades públicas e das grandes tabaqueiras.

A persuasão dos consumidores por via do medo levanta ainda questões éticas e morais como o respeito pela liberdade individual e pelas suas opções de consumo, carregando um cunho de paternalismo e controlo excessivo. Para além disso, o uso do *fear appeal* pode ainda levar a efeitos colaterais como comportamentos de fuga, evitamento ou desvalorização/descredibilização das mensagens, o que uma vez mais nos leva a pôr em causa a sua aplicabilidade.

## 5.2. LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO

Os resultados obtidos através desta investigação devem ser interpretados com prudência, pois embora tenhamos seguido os procedimentos metodológicos recomendados ao nível da construção e aplicação do instrumento e análise de dados, existe um conjunto de limitações que importa salientar.

A amostra desta investigação poderá apresentar algumas limitações, uma vez que os grupos analisados e comparados, nomeadamente no que diz respeito ao género e tipologia de consumidores, não se encontram distribuídos equitativamente.

Outra limitação prende-se com o instrumento utilizado: inquérito por questionário. O autopreenchimento pode originar enviesamentos, derivados de uma falha de comunicação, falsificação das respostas, respostas aleatórias ou mesmo pelas respostas dos participantes serem condicionadas pela desejabilidade social.

O facto da metodologia utilizada ser quantitativa apresenta-se como um constrangimento. Uma perspetiva qualitativa, nomeadamente através da realização de entrevistas ou *focus* grupo, poderia acrescentar valor e trazer informações significativas e complementares a esta investigação.

### 5.3. SUGESTÕES DE INVESTIGAÇÕES FUTURAS

Apesar do contributo dado para a compreensão do *fear appeal* e o seu impacto nos consumidores nos parecer bastante relevante, existem outras dimensões de análise que seriam interessantes estudar.

Ao nível da amostra, tal como referido anteriormente nas limitações, seria pertinente realizar um estudo onde não só os grupos fossem mais equilibrados, mas também onde fossem contempladas outras tipologias de consumidores. A título de exemplo, consideramos ser revelante a investigação sobre o impacto das advertências de saúde nos ex-fumadores, com o objetivo de aferir se o *fear appeal* poderá ter impacto ao nível da diminuição das reincidências do consumo de tabaco. Também seria interessante perceber se as advertências surtem um maior efeito nos fumadores em início de consumo ou nos jovens não fumadores, funcionando como um mecanismo de prevenção e dissuasão.

Uma vez que de acordo com os dados que obtivemos as mensagens de *fear appeal* demonstraram uma eficácia bastante baixa, seria interessante analisar qual o impacto que teria, junto dos consumidores, a implementação de soluções alternativas, como mensagens que demostrem os benefícios em parar de fumar ao invés dos malefícios do consumo. Da mesma forma, uma investigação futura poderá tentar perceber se o número de consultas de cessação tabágicas ou de contactos para a linha de apoio aumentou desde a implementação das advertências no mercado de tabaco português.

A temporalidade, variável pouco aprofundada nesta investigação, carece de um estudo mais detalhado, com o sentido de perceber se a inserção com maior frequência de novas advertências nos maços de tabaco poderia aumentar a profundidade de processamento dos consumidores e consequentemente aumentar o seu impacto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, R. R. S. D., 2008. *Os apelos ao medo nas campanhas de prevenção rodoviária: as reacções dos jovens universitário*. s.l.:ISEG.
- Arthur, D. & Quester, P., 2004. Who's Afraid of That Ad? Applying Segmentation to the Protection Motivation Model. *Psychology & Marketing*, Volume 21, pp. 671-696.
- Balonas, S., 2007. Publicidade de carácter social: graus de pureza. *Actas do 5º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação*, Setembro.
- Balonas, S., 2011. *O despertar da publicidade cidadã*. s.l.:Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho - Centro de Estudos Comunicação e Sociedade.
- Balonas, S., 2011. *Publicidade sem código de barras: Contributos para o conhecimento da publicidade a favor de causas sociais em Portugal*. 1 ed. V.N.Famalicão: Húmus.
- Balsa, C., Vital, C. & Urbano, C., 2014. *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Brennan, L. & Binney, W., 2010. Fear, guilt, and shame appeals in social marketing☆. *Journal of Business Research*, Volume 36, p. 140–146.
- CHECK!N - APDES, 2014. *Check!n Free Mind To Fly - Flyer Tabaco*. [Online] Available at: [https://issuu.com/checknfreemindtofly/docs/tabaco\\_web](https://issuu.com/checknfreemindtofly/docs/tabaco_web) [Acedido em 05 12 2016].
- Comissão Europeia, 2015. *Comunicado de Imprensa " Dia Mundial Sem Tabaco: Eurobarómetro revela que o consumo de tabaco diminuiu dois pontos percentuais na UE desde 2012, mas 26 % dos europeus ainda fumam "*. [Online] Available at: [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-15-5028\\_pt.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-15-5028_pt.htm) [Acedido em 20 11 2016].
- Decima, 2009. *Research Testing of Health Warning Messages and Health Information Messages for Tobacco Products Executive Summary*, Canadá: Health Canada.
- Decreto-Lei 108/2015* (2015) D.R. I Série (15.08.26).
- Decreto-Lei n.º 37/2007* (2007) D.R. I Série 156 (07-08-14).
- Direção Geral de Saude, s.d. *Quer deixar de fumar?*. [Online] Available at: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/quer-deixar-de-fumar.aspx> [Acedido em 02 05 2017].
- Diretiva 2014/40/UE* (2014) Parlamento Europeu.

- Donovan, R. & Henley, N., 2010. *Principles and Practice of Social Marketing - An International Perspective*. 1 ed. New York: Cambridge University Press.
- Elliott & Shanahan Research, 2003. *Developmental Research for New Australian Health Warnings on Tobacco Products Stage 2*. Australia: Population Health Division Department of Health and Ageing.
- Enviro-nics Research Group, 2000. *Testing New Health Warning Messages for Cigarette packages: A Summary of Three Phases of Focus Group Research: Final Report*. Canada: Health Canada.
- Escohotado, A., 2004. *História Elementar das Drogas*. 1ª ed. Lisboa: Antígona.
- Ferreira, A. M., 1999. *SPSS - Manual de Utilização*. Castelo Branco: Escola Superior Agrária de Castelo Branco.
- Ferrero, M., MA, M. & Garcia, M., 2009. *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. 4 ed. Badalona: EUROMEDICINE, Ediciones Médicas.
- Gass, R. & Seiter, J., 2011. *Persuasion, social influence and compliance gaining*. Boston: Pearson: Routledge.
- Gil, A., 1999. *Métodos e Técnicas da Pesquisa Social, São Paulo: Atlas*. São Paulo: Atlas.
- Halkjelsvik, T., 2014. reportDo disgusting and fearful anti-smoking advertisements increase or decrease support for tobacco control policies?. *International Journal of Drug Policy*.
- Hammond, D., 2008. *Health warnings on tobacco packages: Summary of evidence and legal challenges*. s.l.:University of Waterloo.
- Hammond, D., 2011. *Health warning messages on tobacco products: a review*. Canada: University of Waterloo.
- Hammond, D. et al., 2004. *Graphic Canadian Cigarette Warning Labels and Adverse Outcomes: Evidence from Canadian Smokers*. s.l.:Am J Public Health.
- Hasting, G., Stead, M. & Webb, J., 2004. Fear Appeals in Social Marketing: Strategic and Ethical Reasons for Concern. *Psychology & Marketing*, Volume 21 (11), pp. 961-986.
- Hastings, G. & MacFadyen, L., 2002. The limitations of fear messages. *Tobacco Control*, Volume 11, pp. 73-75.
- Henley, N. & Donovan, R., 1999. *Unintended consequences of arousing fear in social marketing*. Australia: School of Marketing, Tourism and Leisure.
- Henley, R. D. N., 2010. *Principles and Practice of Social Marketing*. 1 ed. New York: Cambridge University Press.
- Hoog, N. d. & Wit, W. S. a. J. B. F. d., 2007. The Impact of Vulnerability to and Severity of a Health Risk on Processing and Acceptance of Fear-Arousing Communications: A Meta-Analysis. *Review of General Psychology*, Volume 11, p. 258-285.

- INE, I.P., 2010. *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: INE.
- INE, 2016. *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. LISBOA: INE, I.p..
- Júnior, G. C. R., 2013. *Impacto das Campanhas publicitárias contra o tabagismo no comportamento do consumidor*. Lisboa: Escola Superior de Comunicação Social.
- Kotler, P. & Zaltman, G., 1971. Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. *Journal of Marketing*, Volume 35, pp. 3-12.
- Lee, N. R. & Kotler, P., 2008. *Social Marketing – influencing behaviour for good*. 4 ed. Londres: SAGE.
- Les Études de Marché Créatec, 2006. *Qualitative Testinf of Health Warning Messages*, Montreal: s.n.
- Maroco, J., 2007. *Análise estatística com utilização do SPSS*. 3 ed. Lisboa: Sílabo.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T., 2006. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. Em: ISPA, ed. *Laboratório de Psicologia*. s.l.:s.n., pp. 65-90.
- Marques, G. Q., 2010. *Abrindo a Caixa de Pandora: O Impacto Comunicativo das Aadvertencias Sanitárias nas Embalagens de Cigarros Portuguesas*. Braga: Universidade do Minho.
- Michael S. LaTour, S. A. Z., 1989. Fear Appeals as Advertising Strategy: Should They Be Used?“, *Journal of Consumer Marketing*, Volume 6, pp. 61-70.
- Moodie, C., MacKintosh, A. M. & Hammond, D., 2009. Adolescents’ response to text-only tobacco health warnings: results from the 2008 UK Youth Tobacco Policy Survey. *The European Journal of Public Health*, Volume 1, pp. 463-496.
- Mota, J. R. et al., 2013. Impacto do Apelo ao Medo nas Embalagens de Cigarros: a percepção de fumantes em relação às mensagens de advertência antitabagismo. *Ciência Administrativa (RECADM)*, Volume 12, pp. 112-125.
- Moutinho, A. V., 2008. *Publicidade, tabaco e estratégias*. s.l., Actas das III Jornadas Publicidade e Comunicação, Universidade Fernando Pessoa.
- Nogueira, P. J. et al., 2011. *Infotabac Relatório - Primeira avaliação do impacte da aplicação da Lei do Tabaco*, Lisboa: Direcção Geral de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Nunes, E., 2013. *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012 -2016*, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Nunnaly, J., 1978. *Psychometric Teory*. Nova Iorque: McGraw- Hill.
- OMS, 2003. *Framework Convention on Tobacco Control*, Geneva: Organização Mundial de Saúde.
- OMS, 2008. – *Report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package*. Gene-, Genebra: Organização Mundial de Saúde.

- OMS, 2014. *How large pictorial health warnings on the packaging of tobacco products affect*, Dinamarca: Organização Mundial de Saúde - Gabinete Europeu.
- Pereira, A. & Patrício, T., 2006. *SPSS Guia Prático de Utilização*. 8 ed. s.l.:Sílabo.
- Peternelli, L. A., s.d. *Regressão Linear e Correlação*. Em: s.l.:s.n.
- Raymond, Q. & LucVan, C., 1995. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. s.l.:Gradiva.
- Ribeiro, R. P. d. S., 2014. *O Valor da Marca e a Estratégia de Comunicação*, Lisboa: Faculdade de Arquitetura: Universidade de Lisboa.
- Richmond, R., Kehoe, L. & Webster, I., 1993. *Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners*. s.l.:Addiction.
- Rodrigues, P. M. M., 2012. *Uma imagem vale mais que mil palavras? Avaliação do impacto emocional e eficácia percebida dos avisos de advertência ao tabaco*. s.l.:Escola de Ciências Sociais e Humanas, Departamento de Psicologia Social e das Organizações.
- Roger, R. W., 1975. Protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology*, Volume 91, pp. 93-114.
- Ruiter, R., Kessels, L., Peters, G.-J. Y. & Kok, G., 2014. Sixty years of fear appeal research: Current state of the evidence. *International Journal of Psychology*, 2014, Volume 49, pp. 63-70.
- Santos, C. O. et al., 2011. *Compreender o Marketing Social | Melhorar a Vida - Um Guia de Marketing Social*. s.l.:Fundação CEBl.
- SICAD, s.d. *SICAD - Tabaco*. [Online]  
Available at:  
<http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=15>  
[Acedido em 05 01 2017].
- Souza, O., 2013. *O uso do Apelo do Medo em propandas preventivas sobre drogas e seus efeitos sobre as atitudes e intenções dos pais em diferentes níveis de responsabilidade*. São Paulo, Brasil: Universidade Nove de Julho .
- Stefan, A., 2012. *Fear appeals in Social Marketing*. Dinamarca: Aarhus University, Business and Social Sciences.
- Tannenbaum, M. B. et al., 2015. Appealing to Fear: A Meta-Analysis of Fear Appeal Effectiveness and Theories. *Psychological Bulletin*, Volume 141, pp. 1178-1204.
- UK Department of Health, 2006. *Consultation on the introduction of picture warnings on tobacco pack*. , s.l.: s.n.
- Whitney Marsha, H. C. T. L., 2017. Creating visual differences: Methamphetamine users perceptions of. *International Journal of Drug Policy*, Volume 39, p. 52–61.
- Wiebe, G. D., 1952. Merchandising Commodities and Citizenship on Television. *Public Opinion Quarterly*. *AMERICAN CATHOLIC SOCIOLOGICAL REVIEW*, Volume 15, pp. 679-92.

Williams, K. C., s.d. Fear appeal theory. *Research in Business and Economics Journal*.

Witte, K., 1994. Fear Control and Danger Control: A Test of the Extended Parallel Process Model (EPPM). *Communication Monographs*, Volume 61, pp. 113- 134.

Witte, K. & Allen, M., 2000. A Meta-Analysis of Fear Appeals: Implications for Effective Public Health Campaigns. *Health Education & Behavior*, Volume 27, pp. 591-615.

## ANEXOS

ANEXO A – ADVERTÊNCIAS DE SAÚDE EM LEGISLADAS EM PORTUGAL



Fonte: Diário da Republica, 1ª Serie – N166- 26 de agosto de 2015

Figura 6 Advertências de saúde combinadas - Serie 1.



Fonte: Diário da Republica, 1ª Serie – N166- 26 de agosto de 2015

Figura 7 Advertências de saúde combinadas - Serie 2



Fonte: Diário da Republica, 1ª Serie – N166- 26 de agosto de 2015

Figura 8 Advertências de saúde combinadas - Serie 3

## QUESTIONÁRIO

O presente questionário procura investigar o impacto e eficácia do *fear appeal* presente nas advertências de saúde das embalagens de tabaco. O mesmo enquadra-se numa investigação no âmbito da dissertação para a obtenção do grau de mestre na área da Publicidade e Marketing, da Escola Superior de Comunicação Social de Lisboa.

Não existem respostas certas ou erradas às questões apresentadas. O que interessa é exclusivamente a sua opinião pessoal. Procure responder de forma imediata e espontânea em cada questão. Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais e serão utilizados apenas para fins académicos.

Para qualquer esclarecimento poderá contactar [ines.nobre.diniz@gmail.com](mailto:ines.nobre.diniz@gmail.com)

Desde já agradecemos a sua participação.

### Parte I - COMPORTAMENTO CONSUMIDOR

#### **P1. Há quanto tempo experimentou fumar tabaco pela primeira vez?**

- Nunca experimentei – *Ir diretamente para a parte III*
- Há menos de um ano
- Há mais de um ano

#### **P2. Como costuma/costumava consumir tabaco?**

*(Pode escolher mais que uma opção)*

- Cigarro em Caixa/Maço
- Cigarro de Enrolar/tubo
- IQOS (Dispositivo eletrónico)
- Cigarro Eletrónico
- Outra qual: \_\_\_\_\_

**P3. Quando foi a última vez que fumou 1 cigarro?**

- Nos últimos 30 dias
- Nos ultimo 12 meses, mas não nos últimos 30 dias. – *Ir diretamente para a Parte II*
- Há mais de 12 meses – *Ir diretamente para a Parte III*

**P4. Há quanto tempo fuma?**

- 5 anos ou menos
- 6 e 10 anos
- 11 e 15 anos
- 16 e 20 anos
- 26 e 30 anos
- mais de 30 anos

**P5. Com que frequência consumiu tabaco no ÚLTIMO ANO?**

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensalmente - *Ir diretamente para a Parte IA*
- Mais raramente - *Ir diretamente para a Parte IA*

**P6. Com que frequência consumiu tabaco no ÚLTIMO MÊS?**

- Menos de 1 dia por semana
- Pelo menos 1 dia por semana
- Alguns dias por semana
- Quase todos os dias
- Todos os dias

**P7. Quanto tempo depois de acordar fuma o 1º cigarro?**

- Primeiros 5 min
- 6-30 min
- 31-60 min
- + de 60 min

**P8. É difícil para si não fumar em espaços onde é proibido fumar (cinemas, viagens de longo curso...)?**

- Não
- Sim

**P9. Qual é o cigarro que teria mais dificuldade em abandonar?**

- O 1º da manhã
- Qualquer outro

**P10. Quantos cigarros fuma por dia?**

- 10 ou menos
- 11 a 20
- 21 a 30
- 31 ou mais

**P11. Fuma mais frequentemente nas primeiras horas após acordar do que no resto do dia?**

- Não
- Sim

**P12. Fuma mesmo quando está doente?**

- Não
- Sim

**P13. Gostaria de deixar de fumar se o pudesse fazer facilmente?**

- Não
- Sim

**P14. Tem realmente vontade de deixar de fumar?**

- Nenhuma
- Pouca
- Alguma
- Muita

**P15. Acredita que conseguirá deixar de fumar nas próximas 2 semanas?**

- Não
- Talvez
- Provavelmente
- De certeza

**P16. Pensa que será ex-fumador(a) dentro de 6 meses?**

- Dificilmente
- Pode ser
- Provavelmente
- De certeza

## PARTE I.A – AUTOEFICÁCIA E MOTIVOS PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA

**P17. Escolha o grau que melhor descreve a sua posição perante os aspetos apresentados, utilizando a seguinte escala.**

*(1- Muito Difícil; 2 – Difícil; 3 – Indiferente; 4 - Fácil; 5– Muito Fácil)*

	Muito Difícil	Difícil	Indiferente	Fácil	Muito Fácil
Para mim deixar de fumar <b>sem</b> ajuda externa (consulta médica, adesivos etc..) seria....					
Para mim deixar de fumar <b>com</b> ajuda externa (consulta médica, adesivos etc..) seria...					
Para mim reduzir o número de cigarros que fumo seria...					

**P18. Na sua opinião, quais destes motivos o fariam decidir parar de fumar?**

*(Pode escolher mais que uma opção)*

- Saúde
- Dinheiro
- Família/Amigos
- Gravidez
- Religião
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_

## Parte II – ADVERTÊNCIAS DE SAÚDE

**P19. Escolha o grau que melhor descreve a frequência destes comportamentos, utilizando a seguinte escala.**

*(1 –Nunca, 2-Raramente, 3- Às Vezes, 4 - Muitas Vezes, 5 –Sempre)*

	1	2	3	4	5
Repara nas advertências de saúde presentes nas embalagens de tabaco					
Repara nas advertências de saúde presentes nas embalagens de tabaco, mas só quando são novas e ainda não tinha visto/lido aquela advertência.					
Pensou acerca do perigo ou outras questões negativas decorrentes do comportamento de fumar					
Tapou/escondeu as advertências para que não as pudesse ver					
Leu ou olhou de perto para as advertência de saúde presente nas embalagens de tabaco					
Leu ou olhou de perto para as saúdes presentes nas embalagens de tabaco, mas só quando são novas e ainda não tinha visto/lido aquela advertência.					
Quando comprou tabaco, pediu para trocar de embalagem por não gostar da imagem					

Observe e leia atentamente as advertências de saúde abaixo apresentadas. De seguida responda às questões colocadas tendo sempre como referência o conjunto das três advertências apresentadas



**P20. Depois de ter visto estas advertências como se sentiu?**

*(Avalie numa escala de 1 a 7, em que 1 significa “Não senti nada” e 7 “Senti muito”)*

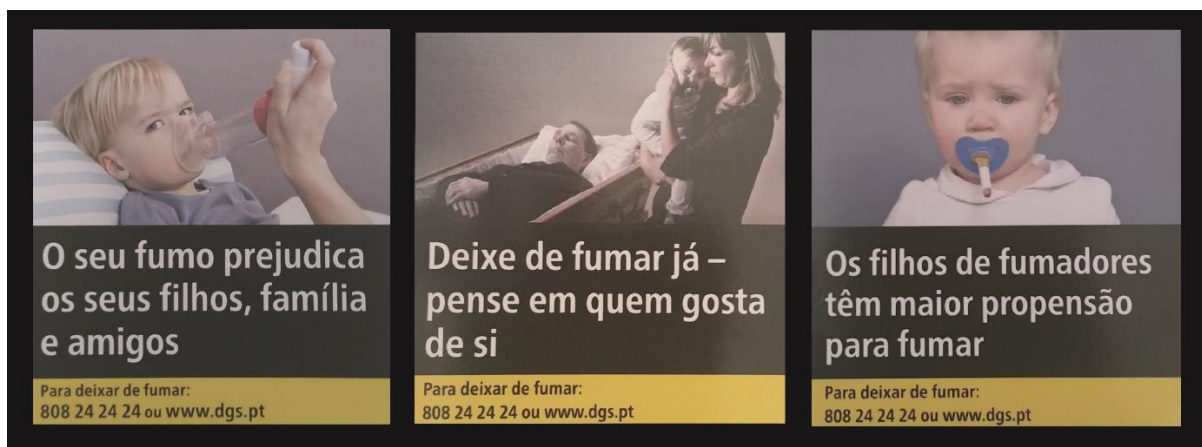
	1	2	3	4	5	6	7
Receoso/ Com Medo							
Tenso							
Nervoso							
Assustado							
Repugnado							
Desconfortável							

**P21. Tendo como referência as advertências de saúde apresentadas, posicione-se perante cada afirmação, utilizando a seguinte escala**

*(1- Discordo totalmente, 2 – Discordo parcialmente; 3 – Não concordo, nem discordo; 4 – Concordo parcialmente; 5 – Concordo totalmente)*

	1	2	3	4	5
Estas advertências de saúde fazem com que <b>perca o desejo de fumar</b>					
Estas advertências de saúde fazem com que <b>tenha vontade de reduzir o meu consumo de tabaco</b>					
Estas advertências de saúde fazem-me <b>pensar que tenho de parar de fumar</b>					
Estas advertências de saúde <b>aumentam os meus conhecimentos relativamente aos riscos do consumo de tabaco</b>					
Se fosse tirar um cigarro para fumar e visse uma destas advertência de saúde, voltava a guardar o cigarro e não fumava naquele momento					
Estas advertências de saúde <b>fazem com que não fume perto de amigos/familiares não fumadores</b>					
Estas advertências de saúde <b>não provocam qualquer efeito em mim</b>					
O texto e as imagens apresentados nestas advertências de saúde são reais e fidedignos					

Observe e leia atentamente as advertências de saúde abaixo apresentadas. De seguida responda às questões colocadas tendo sempre como referência o conjunto das três advertências apresentadas.



**P22. Depois de ter visto estas advertências como se sentiu?**

*(Avalie numa escala de 1 a 7, em que 1 significa “Não senti nada” e 7 “Senti muito”)*

	1	2	3	4	5	6	7
Receoso/ Com medo							
Tenso							
Nervoso							
Assustado							
Repugnado							
Desconfortável							

**P23. Tendo como referência as advertências de saúde apresentadas, posicione-se perante cada afirmação, utilizando a escala seguinte.**

*(1- Discordo totalmente, 2 – Discordo parcialmente; 3 – Não concordo, nem discordo; 4 – Concordo parcialmente; 5 – Concordo totalmente)*

	1	2	3	4	5
Estas advertências de saúde fazem com que <b>perca o desejo de fumar</b>					
Estas advertências de saúde fazem com que <b>tenha vontade de reduzir o meu consumo de tabaco</b>					
Estas advertências de saúde fazem-me <b>pensar que tenho de parar de fumar</b>					
Estas advertências de saúde <b>aumentam os meus conhecimentos relativamente aos riscos do consumo de tabaco</b>					
Se fosse tirar um cigarro para fumar e visse uma destas advertência de saúde, voltava a guardar o cigarro e não fumava naquele momento					
Estas advertências de saúde <b>fazem com que não fume perto de amigos/familiares não fumadores</b>					
Estas advertências de saúde <b>não provocam qualquer efeito em mim</b>					
O texto e as imagens apresentados nestas advertências de saúde são reais e fidedignos					

**P24. Selecione o grau que considere mais adequado relativamente à PROBABILIDADE DE OCORRÊNCIA destas situações na sua vida por fumar, utilizando a escala seguinte.**

*(1- Nada Provável, 2 – Pouco provável; 3 – Nem improvável, nem provável; 4 – Provável; 5 – Muito Provável)*

	1	2	3	4	5
Ficar impotente/ reduzir a minha fertilidade					
Ter cancro no pulmão					
Ter cancro da boca ou da garganta					
Ter um ataque cardíaco					
Ficar cego					
Ter lesões nos dentes e gengivas					
Os meus filhos fumarem também					
Prejudicar as pessoas à minha volta por fumar perto delas					
Ter um Acidente Vascular Cerebral (AVC)					
Magoar as pessoas em meu redor por ficar doente devido a questões relacionadas ao tabaco					
Prejudicar a minha gravidez/ gravidez da parceira					
Ter problemas respiratórios					
Ficar sem um membro (dedo, perna etc.) por problemas circulatorios					

**P25. Utilizando as mesmas situações que a pergunta anterior, pedimos agora que se posicione de acordo com o IMPACTO que as mesmas poderiam ter na sua vida, utilizando a seguinte escala**

*(1- nada perturbador, 2 – Pouco perturbador; 3 – Indiferente; 4 –Perturbador; 5 – Muito perturbador)*

	1	2	3	4	5
Ficar impotente/ reduzir a minha fertilidade					
Ter cancro no pulmão					
Os meus filhos fumarem também					
Ter um ataque cardíaco					
Ficar cego					
Ter lesões nos dentes e gengivas					
Ter cancro da boca ou da garganta					
Prejudicar as pessoas à minha volta por fumar perto delas					
Ter um Acidente Vascular Cerebral (AVC)					
Magoar as pessoas em meu redor por ficar doente devido a questões relacionadas ao tabaco					
Prejudicar a minha gravidez/ gravidez da parceira					
Ter problemas respiratórios					
Ficar sem um membro (dedo, perna etc.)					

### Parte III- CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

#### P26. Género

- Masculino
- Feminino

P27. Idade: \_\_\_\_\_

#### P28. Distrito de Residência

- Açores
- Aveiro
- Beja
- Braga
- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora
- Faro
- Guarda
- Leiria
- Lisboa
- Madeira
- Portalegre
- Porto
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu
- Reside fora de Portugal

## P29. Formação académica

Doutoramento	
Mestrado	
Licenciatura	
-Curso médio pós-secundário (não superior a nível IV) -Bacharelato -Frequência universitária	
-Ensino secundário (12º ano) -Curso técnico-profissional equivalente (nível III) -Ensino secundário liceal complementar (11º de escolaridade ou antigo 7º ano do liceu)	
-9º ano do ensino básico -Curso profissional equivalente (nível II) -9º ano unificado ou 5º ano do liceu	
-6º ano do ensino básico -Curso profissional equivalente (nível I) -Ensino preparatório ou 2º ano do liceu	
4º ano do ensino básico 4ª classe do ensino primário	
Sem escolaridade	

## P30. Actividade Profissional

- Estudo
- Estudo e trabalho
- Trabalho
- Desempregado(a)
- Reformado (a)

**P31. Profissão:** \_\_\_\_\_

**P32. Vencimento Mensal Bruto**

- $\geq 557\text{€}$
- 558€ -1 000€
- 1 001€-1 500€
- 1 501€- 2 000€
- $\leq 2 000\text{€}$
- Não sei/Não respondo

Obrigada pela colaboração.