

**ELKE ANNEGRET KRETZSCHMAR CORDEIRO**

**A PREVALÊNCIA DO TABAGISMO E ALGUNS FATORES ASSOCIADOS EM  
ESCOLARES DE FLORIANÓPOLIS – SC**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**FLORIANÓPOLIS – SC -- BRASIL**

**ELKE ANNEGRET KRETZSCHMAR CORDEIRO**

**A PREVALÊNCIA DO TABAGISMO E ALGUNS FATORES ASSOCIADOS EM  
ESCOLARES DE FLORIANÓPOLIS –SC**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**FLORIANÓPOLIS – SC- BRASIL**

**2005**

C794P CORDEIRO, ELKE ANNEGRET KRETZSCHMAR  
A PREVALÊNCIA DO TABAGISMO E ALGUNS FATORES ASSOCIA  
EM  
ESCOLARES DE FLORIANÓPOLIS – SC / ELKE ANNEG  
KRETZSCHMAR  
CORDEIRO ; ORIENTADOR EMIL KUPEK. – FLORIANÓPOLIS, 2005.  
96F. : IL. ; GRÁFS. , TABS.  
DISSERTAÇÃO – (MESTRADO) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SA  
CATARINA,  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA, 2005.  
INCLUI BIBLIOGRAFIA  
1. TABAGISMO. 2. ESTUDANTES – FUMO – VÍCIO  
FLORIANÓPOLIS (SC).  
3.

*Catologação na fonte por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071*

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

A Prevalência do Tabagismo e Alguns Fatores Associados em  
Escolares de Florianópolis – SC

**POR**

*ELKE ANNEGRET KRETZSCHMAR CORDEIRO*

ORIENTADOR: PROF. DR. EMIL KUPEK

Dissertação apresentada ao Curso de  
Pós-Graduação em Saúde Pública,  
Universidade Federal De Santa Catarina,  
como requisito parcial para obtenção do  
título de Mestre.

Florianópolis (SC), 2005

## **AGRADECIMENTOS**

*A Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade de realizar o Mestrado;*

*Ao Professor Dr Emil Kupek ,pela sua orientação;*

*A Gerente Administrativa do CEPON ,Msc.Terezinha Serrano pelo apoio fornecendo os dados para a realização da pesquisa;*

*A Sra Laura pela dedicação e colaboração no levantamento dos dados;*

*A todos que de alguma forma contribuíram para o alcance deste grande objetivo.*

## DEDICATÓRIA

*AOS MEUS ENTES QUERIDOS PELA PACIÊNCIA E COMPREENSÃO NO DECORRER DO PERCURSO.*

*A MSC. MARIA CRISTINA SANTOS FAVERSANI PELO ESTÍMULO E APOIO NOS MOMENTOS DIFÍCEIS.*

*A COLEGA ANDRÉA PETRY, COLEGA DE CURSO , PELA GRANDE AJUDA DURANTE A JORNADA DE ESTUDOS*

*AS COLEGAS DE CURSO ESPECIALMENTE HELEN, ELÉIA, LIANE, RAQUEL, PATRÍCIA, LEILA PELOS MOMENTOS DIVERTIDOS NOS INTERVALOS DE AULA*

*AOS COLEGAS DE TRABALHO QUE SEMPRE SE PRONTIFICARAM A AJUDAR QUANDO EU NECESSITAVA ME AUSENTAR*

*ENFIM DEDICO A TODOS QUE COLABORARAM DIRETA OU INDIRETAMENTE PARA A REALIZAÇÃO DESTA DISSERTAÇÃO*

## RESUMO

### A PREVALÊNCIA DO TABAGISMO E ALGUNS FATORES ASSOCIADOS EM ESCOLARES DE FLORIANÓPOLIS- SC

Autora: Elke Annegret Kretzschmar Cordeiro

Orientador: Prof. Dr. Emil Kupek

Esta dissertação tem por objetivo estimar a prevalência do tabagismo entre escolares de Florianópolis, no sentido de detectar a idade em que se inicia o hábito de fumar, a razão entre gênero, o nível de conhecimento que apresentam sobre o tema identificando possíveis variáveis associadas à aquisição do hábito de fumar, visando a prevenção. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo. A população do estudo (n= 281) foi obtida através de dados secundários do Inquérito Escolar “Fazendo Pesquisa - Vigilância do Tabagismo em Escolares - Vigescola”, realizado pelo INCA<sup>1</sup> em 2002 e aplicado em escolares de 7ª e 8ª série do Ensino Fundamental e 1ª série do ensino médio, de escolas públicas e privadas de Florianópolis/SC, tendo como entidade envolvida o Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina. As análises estatísticas foram feitas no Epilnfo 6.04, na distribuição das freqüências utilizou-se IC de 95%; o teste estatístico qui-quadrado, para possíveis associações e considerados significativos valores de  $p < 0,05$ . A maioria dos escolares 93,9%, situa-se na faixa etária de 13 a 16 anos. A prevalência encontrada na experimentação alguma vez na vida foi de 41,6%. Os meninos são mais precoces sendo que 50,9% iniciaram na faixa etária de 07 a 11 anos. As meninas iniciam mais tarde, 71,9% entre 12 e 15 anos. Verificou-se que 64,3% dos escolares experimentaram fumar até os 13 anos de idade. Entre os escolares fumantes 38% fumam em média um cigarro/dia. Dos que tentaram comprar cigarros 87% puderam comprar livremente apesar de serem menores de 18 anos. Dentre os entrevistados, 91,1% não possuem objetos com logotipo de marca de cigarros e 93,6% nunca receberam cigarros de representantes.

---

<sup>1</sup> Instituto Nacional do Câncer

Entre os escolares que experimentaram fumar 48,3% tem pelo menos um dos pais fumantes, e 76,9% dos pais não sabem que o filho fuma. Quanto ao conhecimento sobre os malefícios do cigarro, 92,5% dos entrevistados considera o cigarro prejudicial à saúde; 96,1% acreditam que a nicotina causa dependência e 60,9% acham difícil largar o cigarro depois de começar a fumar. Dos entrevistados 85,1% não aceitam cigarros oferecidos por um amigo, entretanto entre os fumantes, 62,5% não querem parar de fumar, dos quais 92,3% são rapazes ( $p=0,001$ ). Acredita-se que o resultado deste estudo poderá levar a uma reflexão por parte dos pais, educadores e profissionais de saúde no que diz respeito ao comportamento dos escolares frente ao tabagismo.

## ABSTRACT

This dissertation has for objective to determine the prevalence of the tobacco between pertaining to school of Florianópolis, in the direction to detect the age which they initiate the habit to smoke, the reason between the sex, the knowledge level that they present on the subject identifying possible variable associated to the acquisition of the habit to smoke, aiming at the prevention. It is about a descriptive epidemiological study description. The population of the study ( $n = 281$ ) was gotten through secondary data of the Pertaining to school Inquiry "Making Research – Monitoring of the Tobacco in Pertaining to school - Vigéscola", carried through for the INCA in 2002 and applied in pertaining to elementary school of 7<sup>a</sup> and 8<sup>a</sup> series of high school and 1<sup>a</sup> series of the average education of public and private schools of Florianópolis/SC, having as involved entity the Center of Oncological Research of Santa Catarina. The statistical analyses had been made in EpiInfo 6,04, by distribution of the frequencies had been used IC of 95%; the statistical test chi-square, for possible associations and considered significant values of  $p < 0,05$ . The majority of pertaining to school 93.9%, is placed in the etária band of 13 the 16 years. The prevalence found in the experimentation some time in life was of 41,6%. The boys are precocious being that 50.9% had initiated in the age band of 07 the 11 years. The girls initiate later, 71.9% between 12 and 15 years. It was verified that 64.3% of the pertaining to school had tried to smoke until the 13 years of age. Between smoking pertaining to school 38% smoke in average a cigarette/day. Of that they had tried to buy cigarettes



87% had been able to buy freely although to be lesser of 18 years. Amongst the interviewed ones, 91.1% do not possess objects with cigarette mark and 93.6% had never received cigarettes from representatives. Between the pertaining to school that had tried to smoke, 48.3% has at least one of smoking parents, and 76.9% of parents do not know that their son smokes. About the knowledge on , 92.5% of the interviewed consider the cigarette harmful to health; 96,1% believe that the nicotine causes dependence and 60.9% find difficult to release the cigarette after starting to smoke. From the interviewed, 85.1% do not accept cigarettes offered by a friend, however between the smokers, 62.5% do not want to stop to smoke, of which 92.3% are boys ( $p=0,001$ ). One gives credit that the result of this study will be able to lead to a change in the form of think of the educators and parents in whom it says respect to the behavior of the pertaining to school in front to the tobacco.

## LISTA DAS ABREVIATURAS

ABIFUMO: Associação Brasileira da Indústria do fumo

AFUBRA: Associação dos Fumicultores do Brasil

BAT: British American Tobacco

CDC: Center Diseases Control and Prevention

CEPON: Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina

CID-10: Código Internacional de Doenças (10ª Revisão)

CIDs: Centrais Integradas de Distribuição

CTN: Corporação Transnacional

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

GYTS: Global Youth Tobacco Survey

IC: Intervalo de Confiança

INCA: Instituto Nacional do Câncer

ITGA: International Tobacco Growers Association

ME: Ministério da Educação

MS: Ministério da Saúde

NIH: National Institute of Health

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPAS: Organização Pan-americana de saúde

RCBP: Registro de Câncer de Base Populacional

RJ: Rio de Janeiro

SC: Santa Catarina

SES: Secretaria de Estado da Saúde

SNC: Sistema Nervoso Central

SP: São Paulo

UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina

VIGESCOLA: Vigilância do Tabagismo em Escolares

WHO: World Health Organization

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** Distribuição de escolares que responderam o questionário em 2002, por série e gênero. Florianópolis (SC), 2002.

**Tabela 2** Distribuição de escolares que responderam o questionário em 2002, por idade e gênero- Florianópolis (SC), 2002.

**Tabela 3** Distribuição por gênero de escolares que já experimentaram fumar alguma vez na vida. Florianópolis (SC), 2002.

**Tabela 4** Prevalência de escolares fumantes em relação ao gênero. Florianópolis (SC), 2002.

**Tabela 5** Associação entre escolares fumantes por gênero e o número de dias que fumaram no último mês. Florianópolis (SC), 2002.

**Tabela 6** Distribuição por gênero de escolares e idade estratificada na iniciação ao cigarro. Florianópolis (SC), 2002.

**Tabela 7** – Distribuição de escolares por gênero e número de cigarros fumados na vida. Florianópolis (SC), 2002.

**Tabela 8** Distribuição por gênero de escolares quanto a disponibilidade e acesso de comprar cigarros. Florianópolis (SC), 2002.

**Tabela 9** Distribuição por gênero de escolares fumantes que compraram cigarros em lojas e não foram impedidos de comprar por causa de sua idade. Florianópolis (SC), 2002.

**Tabela 10** Distribuição por gênero de escolares que viram anúncios anti-tabagistas e pró-tabaco nos últimos 30 dias. Florianópolis (SC), 2002.

**Tabela 11** Associação entre escolares que já experimentaram fumar uma vez na vida em relação ao hábito de fumar dos pais. Florianópolis (SC), 2002.

**Tabela 12** – Distribuição de escolares por gênero que possuem pais fumantes. Florianópolis (SC), 2002.

**Tabela 13** – Distribuição dos escolares por gênero de acordo com o conhecimento que os pais têm de que os filhos fumam. Florianópolis (SC), 2002.

**Tabela 14** – Distribuição dos escolares por gênero, de acordo com o conhecimento que têm sobre os malefícios do consumo de cigarros. Florianópolis (SC), 2002.

**Tabela 15** – Distribuição de escolares por gênero de acordo com o relacionamento e comportamento do grupo de amigos e o hábito de fumar. Florianópolis (SC), 2002.

**Tabela 16** – Distribuição por gênero de escolares fumantes que receberam conselhos para parar de fumar. Florianópolis (SC), 2002.

**Tabela 17** – Distribuição por gênero de escolares fumantes que gostariam de parar de fumar. Florianópolis (SC), 2002.

**Tabela 18** – Distribuição por escolas em relação ao tema educativo tabagismo e saúde. Florianópolis (SC), 2002.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Médicos ingleses seguidos por 40 anos - Mortalidade por 100.000 devido ao câncer de pulmão (ROSEMBERG,2004).

Figura 2 – Consumo de cigarros por adultos no mundo (A World Bank Publication, 1999).

Figura 3 - Índice de consumo e de preços dos cigarros brasileiros 1983-1994.

Figura 4- Países que concluíram o Inquérito Mundial de Vigilância do Tabagismo em Escolares (GYTS), 2002.

## LISTA DE GRÁFICOS

**Gráfico 1-** Série histórica do número total de óbitos causados por neoplasias malignas da traquéia, brônquios e pulmões em Santa Catarina – Brasil, no período de 1996 a 2003.

**Gráfico 2** – Percentual de escolares que afirmaram ter recebido cigarros de representantes. Florianópolis (SC), 2002.

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo 1 – Modelo do questionário do Vigescola aplicado pelo INCA aos escolares de Florianópolis em Novembro/Dezembro de 2002.

Anexo 2 – Modelo do Termo de Autorização Livre e Esclarecido de Pais ( Guardião Legal) utilizado pelo INCA quando da aplicação do questionário do Vigescola 2002.

## SUMÁRIO

<b>I INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
1.1 Tabaco: Aspectos Gerais .....	20
1.2 O Consumo do Tabaco no Brasil e no Mundo .....	27
1.3 O Tabagismo e Suas Conseqüências.....	29
1.4 Doenças Tabaco Relacionadas .....	31
1.5 O Tabagismo, o Adolescente e a Escola .....	40
1.6 Mulheres Adolescentes Fumantes .....	42
1.7 Criança: Uma Vítima do Tabagismo Ambiental .....	43
1.8 Estratégias de Prevenção .....	44
1.9 VIGESCOLA.....	47
<b>II JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>50</b>
<b>III OBJETIVOS .....</b>	<b>52</b>
3.1 Objetivo Geral: .....	52
3.2 Objetivos Específicos:.....	52
<b>IV MÉTODOS .....</b>	<b>53</b>
4.1 População e amostra .....	53
4.2 Delineamento do estudo .....	53
4.3 Variáveis do estudo.....	54
4.4 Coleta de Dados.....	55
4.5 Componentes de Análise .....	55
<b>V RESULTADOS .....</b>	<b>57</b>
5.1.Prevalência.....	57
5.2.Acesso e Disponibilidade .....	62
5.3. Mídia e Propaganda .....	63
5.4. Tabagismo entre os pais dos escolares.....	66
5.5. Conhecimentos sobre os malefícios do cigarro .....	67
5.6. Relacionamento com o grupo de amigos e comportamentos .....	69
5.7 Cessação .....	71
5.8. Percepção dos escolares frente a abordagem do tema tabagismo nas escolas públicas e privadas.....	72
<b>VI DISCUSSÃO .....</b>	<b>74</b>
<b>VII LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....</b>	<b>77</b>



<b>VIII CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>85</b>

## I INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) o tabagismo é a segunda maior causa de mortes no mundo. É responsável por uma em cada dez mortes em adultos, somando aproximadamente cinco milhões de mortes por ano, isto corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. A OMS estima que um terço da população mundial adulta seja fumante, isto é, um bilhão e 200 milhões de pessoas (WHO,2005). Se a tendência atual de expansão do consumo de cigarros se mantiver nos próximos anos, os números de mortes anuais serão de 10 milhões de pessoas por volta do ano de 2030, sendo que metade acomete indivíduos em idade reprodutiva, ou seja, entre 35 a 69 anos (WHO, 2005).

As estimativas de 2002 mostravam que um terço da população mundial com 15 anos ou mais é fumante. Em consequência do hábito de fumar morrerão 500 milhões de pessoas, sendo que a metade delas é, hoje, ainda criança ou jovem com menos de 20 anos de idade (YACH,2000 apud ACHULLI, 2003).

O cenário de morbi-mortalidade do Brasil em 2002 mostra que as neoplasias, as doenças crônicas degenerativas e as causas externas destacam-se como principais motivos de morte e adoecimento. Para que se possa atuar no sentido de diminuir o problema há necessidade de um maior conhecimento da prevalência de comportamentos que aumentam os riscos de desenvolvimento destes agravos (BRASIL, 2002a).

Um dos comportamentos de risco para o surgimento das neoplasias e doenças crônicas é o tabagismo, sério problema de saúde pública, que está associado a 30% das mortes por câncer, 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por doença coronariana, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica e 25% das mortes por doença cerebrovascular (BRASIL, 2002a).

Segundo estimativas do Banco Mundial, se forem observadas a relação custo-benefício, um país de baixa renda que apresenta um programa efetivo de

prevenção para o controle do tabagismo o custo seria aproximadamente, de US\$ 20 a US\$ 80 por ano de vida ganho (BRASIL, 2005b).

Entretanto num tratamento por exemplo de câncer de pulmão, (onde a sobrevivência dos pacientes aumenta em apenas 10%) pode custar US\$ 18.000 por ano de vida ganho. A relação custo-benefício do tratamento para deixar de fumar quando utilizada uma abordagem mínima pelo médico na sua rotina de atendimento mostra que, se apenas de 2,7% a 3,7% dos fumantes deixassem de fumar através dessa conduta médica, o custo estimado por ano de vida ganho seria da ordem de US\$ 748 a US\$ 2.020 (BRASIL, 2005b)

No Brasil, a cada ano, estima-se que 80 mil pessoas têm morte precoce devido ao tabagismo, ou seja, cerca de oito brasileiros morrem a cada hora por causa do cigarro (BRASIL, 2002a). Estimativas sobre dados mais recentes de mortalidade revelam que a tendência do número de mortes pelo uso freqüente do cigarro, nos últimos anos, é crescente (ACHULLI, MENEZES, MALCON,2003).

A propaganda, o marketing e a promoção de produtos derivados do tabaco junto ao público jovem são primordiais para que a indústria do fumo consiga manter e expandir suas vendas. Seduzir os adolescentes e jovens faz parte de uma estratégia muito bem elaborada e adotada por todas as companhias de tabaco no intuito de manter abastecidas as fileiras daqueles que abandonam o hábito de fumar ou morrem, por outros, que serão os consumidores regulares de amanhã (BRASIL,2005b).

“Os adolescentes globalizados em Nova Iorque, Lagos, Pequim e São Paulo são vistos como alvos fáceis pelas multinacionais do tabaco. Tendo em vista que as marcas globais são veiculadas na propaganda como um estilo de vida a ser almejado, elas tendem a ser consumidas em larga escala, levando metade de seus usuários habituais à morte.” (BRASIL, 2005a).

As companhias de tabaco tiveram seus arquivos secretos revelados. Os dados divulgados mostraram que as mesmas se referem às crianças como "reservas de reabastecimento" e para manter esta seqüência, deveriam se tornar dependentes ainda cedo. Desta forma, os jovens têm sido os principais alvos das companhias de tabaco, as

chamadas Corporações Transnacionais de Tabaco, valendo-se estas de vários recursos e estratégias com o objetivo de aumentar o número de consumidores (BRASIL, 2005a).

Por estes motivos vários estudos estão sendo realizados no Brasil e no mundo no sentido monitorar e aumentar as formas de prevenção pelos governantes e autoridades de saúde competentes (OSHIRO, 1990; MUZA et al, 1997; LONDOÑO et al, 1992). Em algumas cidades de Santa Catarina, incluindo Florianópolis, foram feitos levantamentos sobre o uso de álcool e drogas e qualidade de vida, entre escolares, como forma de estimar a prevalência do uso destas drogas entre os mesmos (BAUS, 2002; NOVAES, 2002, SANCEVERINO, 2003).

A importância que se dá ao adolescente hoje em dia surgiu em um passado bem recente. Ser jovem, até alguns anos atrás era uma coisa a ser vivida apressadamente em direção ao ser adulto. A adolescência era considerada um entrave no caminho da entrada no sistema social (BECKER, 1986).

De um modo geral após a Segunda Guerra Mundial, a juventude passou gradativamente a ser foco de atenção, sendo que a contracultura, nos anos 60, acentuou muito essa tendência. Juventude atualmente é algo a ser preservado e prolongado o máximo possível. Sobremaneira os adolescentes são exaltados por todas as instituições sociais: partidos políticos, escolas, Igrejas e em grande escala nos meios de comunicação. Acima de tudo a juventude transformou-se num excelente mercado de consumo para diversos produtos. Produtos esses criados especialmente e/ou com a sua publicidade voltada exclusivamente para adolescentes (BECKER, 1986).

## **1.1 Tabaco: Aspectos Gerais**

### **1.1.1 História do Tabaco**

Acredita-se que o tabaco era utilizado pelas sociedades indígenas há 1000 anos a.C. na América Central. Gênero de plantas solanáceas, cujas folhas, depois de

preparadas, servem para fumar, cheirar ou mascar; tabaco significa o mesmo que fumo. Era empregado pela população indígena principalmente pelos efeitos farmacológicos ocasionados pelas altas doses de nicotina, e desempenhava papel importante nas práticas mágicas e curativas que faziam parte de sua vida espiritual (OMS, 1992). O tabaco é chamado cientificamente de *Nicotiana tabacum*. A partir do século XVI, seu uso foi disseminado pela Europa, sendo introduzido pelo diplomata francês Jean Nicot (BOEIRA,2000).

No século seguinte tornou-se comum o uso do cachimbo para fins curativos. Durante o século XVIII, a moda passou a ser aspirar rapé<sup>2</sup>, ao qual foram atribuídas qualidades medicinais, pelo fato da rainha da França, Catarina de Médicis, utilizá-lo para aliviar suas crises de enxaqueca.

No século XIX, iniciou-se o uso do charuto, através da Espanha, atingindo toda a Europa, Estados Unidos e demais continentes.

A Inglaterra iniciou a produção do tabaco no continente americano, na Virgínia, em 1611, favorecendo o desenvolvimento econômico desta colônia, quando da troca do tabaco por produtos manufaturados (BOEIRA, 2000).

“Os espanhóis dominam as primeiras décadas do comércio intercontinental do tabaco, tendo estabelecido em 30 anos após a descoberta do produto no Ocidente urbanizado, negociações no Caribe, na Índia, no Japão e na China. Furando o monopólio espanhol, alguns plantadores caribenhos introduzem amostras de fumo em barcos holandeses e ingleses” (BOEIRA, 2000 p.15).

De acordo com o historiador Nardi, citado por Boeira (2000), os portugueses foram pioneiros ao introduzir o consumo na África, através de suas colônias. Segundo o historiador, no Brasil, o plantio se deu através dos colonos a partir de 1570, após tentativas frustradas de escravizar os índios neste intuito. Sustenta o historiador que há um “paralelismo entre os princípios da cultura de subsistência e da lavoura de fumo no Brasil” (NARDI, apud BOEIRA, 2000 p. 18). Segundo Nardi, a associação entre fumo e produtos alimentícios

---

<sup>2</sup> Rapé: tabaco de melhor qualidade que é reduzido a pó e pitado (BOEIRA,2000 p.22).

sempre existiu no nosso país. No final do século XVIII, o fumo era cultivado em várias freguesias da Bahia, Pernambuco, Rio de Janeiro, Minas Gerais e no Maranhão.

As folhas do tabaco foram comercializadas em forma de rapé, fumo para cachimbo, tabaco para mascar, charuto, entre outros, sendo que a partir do final do século XIX, a industrialização do tabaco no mundo se fez na forma de cigarro. Em 1884, a primeira máquina de produzir cigarros foi patenteada. A partir desse momento, seu uso propagou-se pelo mundo de forma epidêmica (ACHULLI, MENEZES, MALCON, 2003).

### **1.1.2 História do Tabaco no Brasil**

A história da indústria brasileira do tabaco não difere muito de outros países da América Latina. A produção doméstica já existia desde o período colonial. O tabaco era plantado junto com hortaliças e outros alimentos de consumo (BOEIRA apud NARDI, 2000).

Em 1903, o português Albino Souza Cruz com experiência no ramo da indústria do tabaco, instala sua primeira fábrica no Rio de Janeiro, tendo como aliado a primeira máquina de produção de cigarros instalada no Brasil, sendo, portanto, a pioneira no nosso país na produção de cigarros enrolados em papel. A partir de 1914, a empresa Souza Cruz torna-se uma sociedade anônima e passa o seu controle acionário para a British American Tobacco<sup>3</sup>, assim como outras empresas de tabaco de pequeno porte existentes no Brasil (BOEIRA, 2000).

Até então se cultivava um tabaco de qualidade inferior, usado na fabricação de charutos e fumo de corda. A partir desta junção as estratégias de marketing e propaganda aceleram o crescimento da empresa Souza Cruz que, em 1915 lança uma marca de cigarro chamada Yolanda 333 e em 1918 somente Yolanda, tendo sido inspirado no nome da modelo Yolanda D'Alencar. Esta se torna uma das marcas de maior sucesso da época e das próximas três décadas (BOEIRA, 2000).

---

<sup>3</sup> British American Tobacco- Empresa multinacional que se expandia com a aquisição de outras empresas menores, já existentes em vários países da América Latina .

A Souza Cruz lança nas embalagens o papel aluminizado em 1920, o primeiro cigarro com filtro, em 1960, o primeiro cigarro de baixos teores em 1979 e a tecnologia do filtro de carvão ativado em 2002 (SOUZACRUZ 2004).

A procura por cigarros aumenta e com ela a empresa, que, em 1917, instala um escritório em Santa Cruz do Sul (RS). Neste período, as pequenas empresas do Rio Grande do Sul se unem para sobreviver à concorrência da Souza Cruz, então uma multinacional (BOEIRA, 2000).

A Souza Cruz passa a investir no aumento da produção na região sul e busca alternativa para a produção de um tabaco de melhor qualidade e mais rentável (BOEIRA, 2000).

O Brasil, a partir de então, passou a utilizar sementes de fumo importadas dos Estados Unidos, fumo este de boa qualidade do tipo Virgínia. Eram necessárias estufas para a secagem das folhas e maiores cuidados, adaptando-se essa espécie muito bem no sul do país. O controle da qualidade aumentou, visando a exportação para outros países e, principalmente, para o consumo interno que aumentou logo após a Primeira Guerra Mundial. Durante sessenta anos, ocorreu o desmatamento desenfreado para a lenha das estufas de fumo, erguidas no Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, devido ao clima temperado e chuvas regulares (BOEIRA, 2002).

“O uso do tabaco com fins transcendentais em sociedades indígenas contrasta com seu uso posterior nas sociedades urbanas, nas quais o consumo do produto está associado ao prazer social, em função de suas propriedades estimulantes ou tranqüilizantes, em pequenas doses. A intoxicação aguda e o risco imediato a saúde cede espaço ao vício a longo prazo e às conseqüências crônicas para a saúde”( BOEIRA, 2000 p.14).

Plantadores de fumo em folha do Rio Grande do Sul no intuito de melhorar o preço negociado pelas indústrias do tabaco fundaram, em 1955, a Associação dos Plantadores de Fumo em Folha do Rio Grande do Sul, sendo que, em 1957, a entidade foi declarada de utilidade pública. No início de sua estruturação, a associação visava a criação de um seguro contra o granizo e a organização dos plantadores de fumo na luta por melhores preços, pois até aquele momento as indústrias decidiam de forma arbitrária quanto

pagariam ao produtor. Isto gerou conflitos com a indústria do tabaco na época (BOEIRA, 2000).

Com o passar dos anos a associação estendeu sua área de atuação para Santa Catarina e o Paraná, firmou convênios com órgãos públicos, universidades, e estimulou a diversificação contra a monocultura do fumo. Cresceu e tornou-se uma entidade de projeção nacional com o novo nome de Associação dos Fumicultores do Brasil (AFUBRA). Com o tempo passou a reagir contra as campanhas antitabagistas, ao aumento dos tributos e impostos, ao aumento dos estoques mundiais. Finalmente em 1984 a AFUBRA, juntamente com entidades representadas por mais 17 países, fundaram a Associação Internacional de Produtores de Tabaco, cujo nome em inglês é International Tobacco Growers Association (ITGA) (BOEIRA, 2000). Em 1993 a ITGA contava com 19 países integrantes.

Existem hoje 103 países produtores de fumo no mundo. Estes empregam, somente em nível de cultivo (processo primário nas lavouras), mais de 33 milhões de pessoas (AFUBRA, 2005).

### 1.3 Dimensão do Tabagismo na Sociedade

Nos Estados Unidos da América, em 1900, eram fumados em média, por ano, 50 cigarros por adulto. Este número aumentou assustadoramente a partir de 1918 (após a Primeira Guerra Mundial). O consumo estimado em 1990, foi de 2.800 cigarros para cada adulto americano (BRASIL, 2002c). Os primeiros relatórios médicos que mostraram a relação existente entre o hábito de fumar e as doenças, surgiram a partir da década de 1960 (ROBBINS, 1975). Dois relatos que são considerados fundamentais na investigação científica sobre os malefícios do cigarro são o estudo do Colégio Real de Médicos (1962) e uma revisão do Serviço de Saúde Pública do Departamento de Saúde, Educação e Bem Estar dos Estados Unidos da América do Norte, publicado em 1968. Nestes relatórios, as provas foram estatísticas, clínicas e em animais de laboratório (ROBBINS, 1975).



Nos 29 estudos retrospectivos realizados em 1958, em pacientes que morreram de câncer broncogênico, encontrou-se uma relação estatística invariável entre fumar cigarros e câncer de pulmão; uma relação direta entre a frequência do Câncer de pulmão e o número de cigarros consumidos diariamente; a tendência de tragar o fumo e a duração do tabagismo (ROBBINS, 1975).

O fumo de cigarro condensado possui quantidades mensuráveis de vários hidrocarbonetos policíclicos extremamente carcinogênicos. Os fumantes pesados de cigarros apresentam uma incidência cinco vezes maior de câncer pulmonar se comparados com os não fumantes. O extrato de fumo de cigarro quando aplicado na pele de ratos e de coelhos provoca cânceres cutâneos (ROBBINS, 1975).

Quanto ao Colégio Real de Médicos, demonstrou-se, através de um estudo cuidadoso entre médicos ingleses, que o perigo de apresentar-se câncer de pulmão foi 20 vezes maior entre médicos fumantes do que entre os que não fumavam e a mortalidade estava na razão direta da intensidade do tabagismo (ROBBINS, 1975).

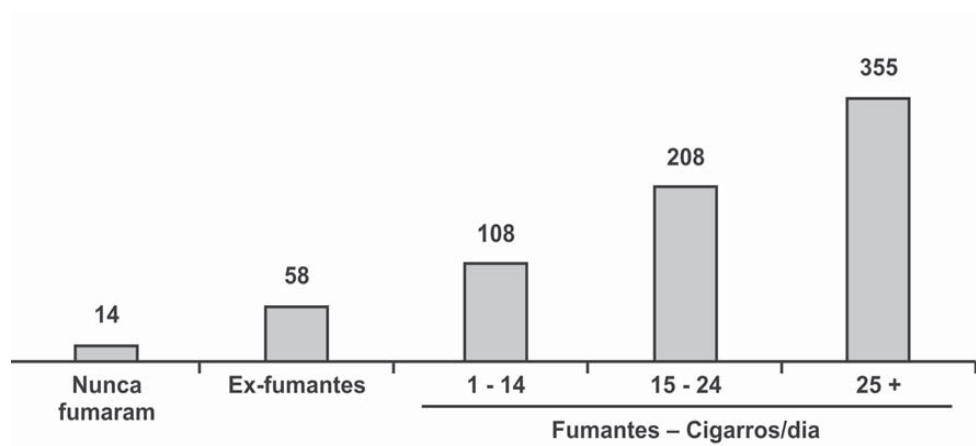
Participaram desse estudo clássico, que foi iniciado em 1951, 34.439 médicos ingleses.

Foi verificada a relação de sobrevivência dos participantes do estudo associada ao consumo diário de cigarros, durante 40 anos de observação. O estudo também se registrou a diminuição de risco dessa mortalidade nos que deixaram de fumar (ROSEMBERG, 2004). A figura 1 mostra os resultados do estudo ocorrido com os médicos ingleses, iniciado em 1951 e a mortalidade por câncer de pulmão<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Fonte: DOLL, 1994 apud ROSEMBERG, J. Nicotina, uma droga universal. 2004, p.173.

Figura 1 - Médicos ingleses seguidos por 40 anos - Mortalidade por 100.000 devido ao Câncer de Pulmão



A partir de estudos e relatórios da década de sessenta até o período atual, o que se pode perceber é um questionamento maior sobre os prejuízos causados pelo hábito de fumar pela população. As evidências científicas aliadas à conscientização em massa, a abordagem direta e indireta no período mais crítico, ou seja, na idade do início do hábito de fumar, fez com que muitos indivíduos evitassem o uso do cigarro. Entretanto, é de extrema necessidade a vigilância sobre o tema, no sentido de minimizar cada vez mais as conseqüências já sabidas (ROSEMBERG, 2004).

Os adolescentes e, principalmente, os pré-adolescentes necessitam de atenção conjunta dos pais, dos educadores e dos profissionais dos serviços de saúde, para ter bem claro o que significa o “ato de fumar” e as suas causas imediatas e tardias.

#### 1.1.4 Conceitos sobre o Tabagismo

Dentro dos descritores em ciências da saúde o tabaco tem como sinônimos: fumo, cigarro, nicotiana. É obtido da planta solanácea tóxica americana, *Nicotiana tabacum*.

Suas folhas secas são usadas para produção do fumo, e são ricas em nicotina e outros agentes químicos biologicamente ativos (OMS, 2005).

Tabagismo é considerado abuso do tabaco; intoxicação produzida por este abuso; (BUENO,1992). Dentro da Psicologia e Psiquiatria, no que se refere a comportamento e Mecanismos Comportamentais tem-se o conceito de tabagismo como sendo “ato de inalar e exalar a fumaça, ou de algo semelhante ao tabaco”. Como sinônimo: uso de tabaco/ hábito de fumar (OMS,2005).

Tabagismo passivo é o processo de respirar a fumaça de segunda mão, isto é, inalar involuntariamente a fumaça do ambiente (BRASIL, 2005 c).

É considerada tabagista a pessoa habituada ao tabagismo; fumante (DORLAND, 1976). Para efeito deste estudo, será utilizado o mesmo critério adotado pelo INCA no programa VIGESCOLA, isto é: tabagista é o indivíduo que fumou cigarros em um ou mais dias nos últimos trinta dias que antecederam a pesquisa (BRASIL, 2004 a).

Poluição tabagística ambiental (PTA) ou fumaça de segunda mão é a fumaça do tabaco liberada para o ambiente e que as pessoas inalam involuntariamente (BRASIL, 2005a).

Segundo o conceito da empresa de cigarros Souza Cruz “O cigarro é um produto para fumar fabricado com os seguintes componentes básicos: papel, filtro, mistura de fumos e ingredientes que conferem características próprias de sabor e aroma” (SOUZA CRUZ, 2005).

## **1.2 O Consumo do Tabaco no Brasil e no Mundo**

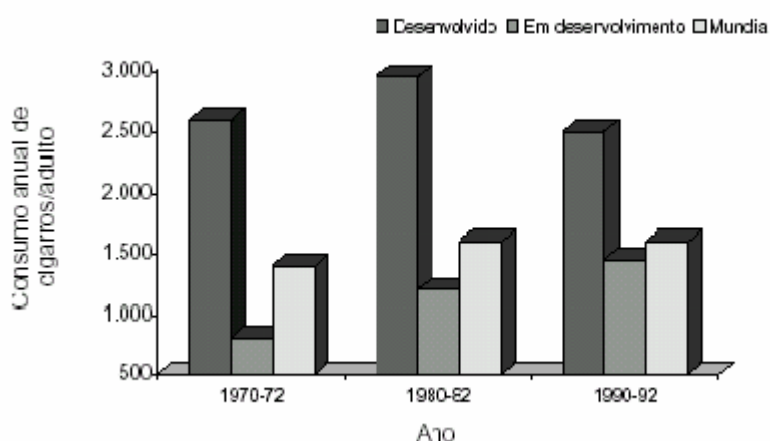
Atualmente, a terça parte da população mundial com idade acima de 15 anos é tabagista, o que corresponde a 1:5 dos habitantes de todas as idades. Significa dizer que 1,2 bilhões de pessoas consomem tabaco regularmente.

Cerca de 6 milhões de toneladas de folhas secas de tabaco são utilizadas no mundo, por ano, para a manufatura dos cerca de 6 trilhões de cigarros consumidos atualmente. Este consumo vem aumentando principalmente nos países menos desenvolvidos (ACHULLI, MENEZES, MALCON, 2003).

Em 2003, a empresa de tabaco Souza Cruz, subsidiária do grupo British American Tobacco (BAT) teve 74,6% de participação no mercado brasileiro de cigarros, com aproximadamente 200 mil pontos de venda, sendo vendidos diariamente 300 milhões de cigarros. A empresa possui ainda três centrais integradas de distribuição, sendo que a maior Central, em São Paulo, movimenta 100 milhões de cigarros diariamente, sendo sua capacidade instalada preparada para fabricar 110 bilhões de cigarros por ano (SOUZA CRUZ, 2005).

A figura 2 mostra o consumo de cigarros por adulto nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, entre os anos de 1970 e 1992. Observa-se um aumento do consumo nos países subdesenvolvidos e um declínio nos países desenvolvidos.

Figura 2 - Consumo de cigarros por adultos no mundo (A World Bank Publication, 1999)<sup>5</sup>

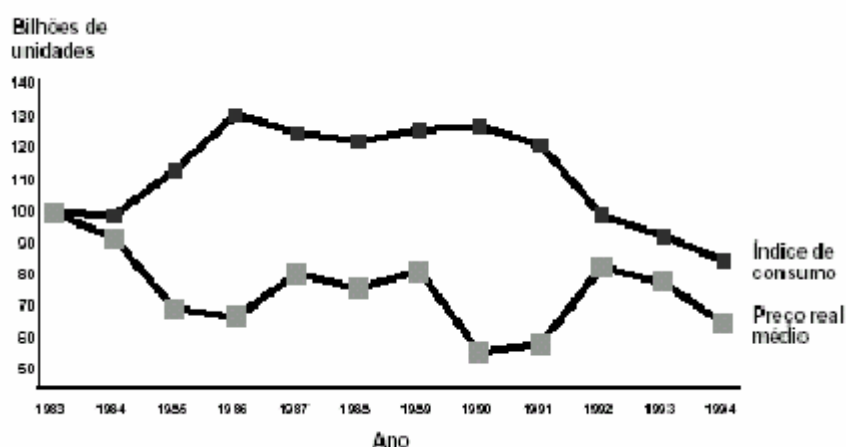


<sup>5</sup> Fonte: Ministério da Saúde, 1998 apud ACHULLI, MENEZES, MALCON, 2003.

A recomendação da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) é que se aumente o preço do cigarro, produzindo uma diminuição no consumo, principalmente entre adolescentes (OMS, 1992).

No Brasil, os dados encontrados, descritos em 2003, sobre o índice de preços dos cigarros mostram que o índice de consumo de cigarros está inversamente associado ao preço real médio dos cigarros, indicando que o aumento de preços é uma medida eficaz na redução do tabagismo (ACHULLI, MENEZES, MALCON, 2003).

Figura 3 - Índice de consumo e de preços dos cigarros brasileiros 1983-1994<sup>6</sup>



### 1.3 O Tabagismo e Suas Conseqüências

Os primeiros relatos sobre os malefícios do cigarro datam do século XVI, mas ainda não existiam estudos científicos que pudessem comprovar esta hipótese (BRASIL, 1998).

“Desde 1950, vem sendo acumulado um grande conjunto de evidências científicas das conseqüências à saúde oriundas do uso dos derivados do tabaco. Estes estudos laboratoriais, clínicos e epidemiológicos demonstraram repetidamente que o uso destes, em todas as suas formas aumenta grandemente o risco de mortes prematuras por diversas doenças crônicas, incluindo a doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crônica (bronquite crônica e enfisema) e cânceres de pulmão, laringe, boca, esôfago, faringe pâncreas e bexiga” (BRASIL, 1998).

<sup>6</sup> Fonte: Ministério da Saúde, 1998. In ACHULLI, MENEZES, MALCON, 2003.

No Brasil, de acordo com informações oficiais do Ministério da Saúde, o tabagismo é a principal causa de câncer de pulmão, com um risco atribuível a 90%. Dados de 2002 mostram que cerca de 32,6% da população adulta fuma (BRASIL, 2002a).

O Ministério da Saúde estimou para o ano de 2003, que o câncer de pulmão seria a primeira causa de morte, por localização primária, para câncer no gênero masculino e a segunda causa para o gênero feminino, sendo que o número de casos de óbitos esperado entre homens e mulheres é, respectivamente, 11.315 e 4.915. Com relação aos casos novos, também para 2003, o número estimado entre homens e mulheres é 15.165 e 6.920, respectivamente. Apesar da alta efetividade da prevenção primária, através da prevenção e do controle do tabagismo, a incidência se mantém elevada (BRASIL, 2003).

Para o estado Santa Catarina e a capital Florianópolis, os dados estimados pelo Ministério da Saúde para 2003, do número de óbitos para os cânceres de traquéia, brônquio e pulmão foram de 770 casos, e 70 casos respectivamente. Para casos novos foram de 960 para o Estado e para a capital Florianópolis 80 casos (BRASIL, 2003).

Somando-se outros fatores, verifica-se paulatinamente um aumento de mortes precoces em adultos (ISHITAMI, FRANÇA, 2000). Apesar das muitas tentativas de prevenção, o tabagismo é um problema que atinge pessoas de todas as faixas etárias, não constituindo exceção o adolescente (MUZA et al., 1997).

O Ministério da Saúde desenvolveu, em 2001, por intermédio do INCA, um inquérito sobre tabagismo no município do Rio de Janeiro, dentre as ações voltadas para a vigilância de fatores de risco de câncer. Os resultados deste inquérito mostraram uma prevalência de fumantes de cerca de 23%, com idade média de iniciação mais precoce em mulheres, enfatizando a necessidade de ações de prevenção, principalmente, entre mulheres e jovens (BRASIL, 2003).

“O tabagista se expõe a uma intoxicação permanente, pois as doses múltiplas de nicotina que inala, embora degradadas, em parte, acumulam-se de tal maneira, que a intoxicação é contínua durante as 24 horas do dia. Assim permanece constante por toda a vida do tabagista. Nenhuma outra droga age dessa forma. A nicotina, pela queima do tabaco, liberta-se em gotículas de 0,3 a 0,5 micras, sendo inalada e transportada aos bronquíolos terminais e alvéolos pulmonares. Passando para a circulação sanguínea,

distribui-se por quase todo o organismo. Após a tragada, chega rapidamente ao cérebro atravessando facilmente a barreira hematoencefálica e as membranas celulares de todos os órgãos” (ROSEMBERG, 2004).

A idade em que se começa a fumar deve ser vista com mais profundidade, pois ocorre uma relação no desenvolvimento mais intenso da dependência da nicotina e o período de iniciação (BRESLAV, 1993 apud ROSEMBERG, 2004). Os que se iniciam no tabagismo em torno dos 14 anos de idade, cerca de 90% estão dependentes aos 19 anos. Tem-se comprovado que os que começam a fumar entre 14 e 16 anos, desenvolvem muito maior dependência da nicotina, em comparação com aqueles que fumaram o primeiro cigarro depois dos 20 anos de idade.

Nos adolescentes, um estudo realizado por Sargent et al mostra que a nicotina provoca ação imediata sobre a função colinérgica, com alterações persistentes, refletindo-se na dependência, memória e aprendizado (SARGENT, 2003 apud ROSEMBERG, 2004). Trauth, verificou que o adolescente é mais vulnerável para a disfunção colinérgica quando submetido à ação da nicotina (TRAUTH, 2000 apud ROSEMBERG, 2004). Neste período da vida, a nicotina produz rápida alteração no sistema noradrenérgico e dopaminérgico dos centros nervosos cerebrais (JENNIFER, 2001 apud ROSEMBERG, 2004).

Outro estudo em humanos em relação a ação desta droga revelou que nos adolescentes a nicotina gera alto grau de dependência e que, na idade adulta, obriga o maior consumo de cigarros, ocorrendo com maior frequência estado de depressão (JENNIFER, 2001; BRESLAV, 1993 apud ROSEMBERG, 2004).

Estudos mostram que aproximadamente 70% dos adolescentes, que experimentam cigarro, se tornam dependentes do tabaco. Revelam também que 80% dos fumantes querem deixar de fumar, mas somente 3% alcançam este objetivo (CINCIPRIN et al., 1997 apud BRASIL, 2005c).

#### **1.4 Doenças Tabaco Relacionadas**

### 1.4.1 O Tabagismo Enquanto Fator de Risco

O tabagismo é considerado um dos fatores de risco para muitas das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Como modelo epidemiológico para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Lessa (1999) se baseia no conceito de *Campo de Saúde*, desenvolvido na década de 70, composto por quatro elementos: biologia humana, estilo de vida, ambiente e organização do sistema de atenção a saúde.

No componente biologia humana, encontram-se as características imutáveis do indivíduo como: idade, gênero, raça, herança genética, processo natural do envelhecimento entre outros.

No que se refere ao estilo de vida, incluem-se hábitos e comportamentos autodeterminados, adquiridos social ou culturalmente, de modo individual ou em grupos, como: tabagismo, alcoolismo e outros padrões de consumo, partindo do pressuposto que “o indivíduo tem controle sobre seus hábitos e atitudes prejudiciais à saúde” (LESSA, 1999).

No contexto ambiente incluem-se:

- Ambiente físico: geofísico, clima, hidrografia, poluentes ambientais do ar, água e solo.
- Ambiente social: aspectos gerais de multicausalidade das DCNT, entre elas, riscos ocupacionais, processo de urbanização/migração, nível sócio-econômico.

Quanto à organização do sistema de atenção à saúde, é considerada a abrangência da medicina preventiva, curativa e de reabilitação para toda a população dentro da disponibilidade quantitativa e qualitativa, ou seja, a responsabilidade dos órgãos governamentais no cumprimento das leis e das normas vigentes referentes à saúde do cidadão (LESSA, 1999).

Com a melhora da qualidade de vida da população mundial, estas doenças (DCNT) começam a chamar a atenção, principalmente, com a ajuda de dados epidemiológicos



cada vez mais precisos. As DCNT têm algumas características semelhantes entre si. Geralmente, sua etiologia é multicausal, apresentam um longo período de latência, pois nem sempre surgem de imediato, e os sintomas aparecem em idades mais avançadas. Fazem parte deste contexto fatores hereditários ou não e, normalmente, surgem de forma gradativa e cumulativa (PEREIRA, 1995).

“O tabagismo é de certo modo um comportamento de risco de natureza individual, no qual os mecanismos psicológicos associados ao seu consumo e a sua opção de consumo estão associados à esfera de decisões privadas. No entanto, dado que corresponde a uma enorme atividade econômica (primária, secundária e terciária), há um estímulo de mercado permanente no sentido de levar o indivíduo a ser um consumidor do tabaco. Sendo assim, identificam-se fatores individuais e coletivos de pressão sobre consumo de tabaco, que determinam de modo incontestável a magnitude do tabagismo numa determinada sociedade” (BRASIL, 1998).

Fatores de risco são “as circunstâncias do ambiente ou as características das pessoas, herdadas ou adquiridas, que lhes conferem uma maior probabilidade de acometimento, imediato ou futuro, por um dano à saúde” ( PEREIRA, 1995, p.484).

Além disto, pode-se considerar a intensidade e o tempo de exposição das pessoas a agentes e fatores de risco como variáveis importantes, tendo como exemplo o hábito de fumar e beber (PEREIRA, 1995).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) através da Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer, elaborou um Plano Global de Controle de Fatores de Risco do Câncer, considerando como “principais fatores de risco do câncer: o uso do tabaco, do álcool, uma dieta inadequada, exposições à irradiação, dentre elas a solar, a agentes biológicos, ocupacionais, medicamentos, fatores sexuais e reprodutivos” (BRASIL, 1998, p.2).

O câncer de pulmão continua a ser o câncer mais incidente no mundo (12,3% de todos os casos novos de câncer) sendo também a causa de morte por câncer mais freqüente (BRASIL, 2003).

O *National Institut of Health* (NIH), em 1993, considerou o componente estilo de vida como fator extremamente importante na Epidemiologia das Doenças

Cardiovasculares. Dentre os fatores associados ao estilo de vida, o hábito de fumar é um dos componentes de risco citados (LESSA, 1999).

Neste aspecto, encontram-se dois tipos de fumantes: o fumante ativo e o fumante passivo. O fumante ativo é aquele que faz uso do cigarro, e o fumante passivo engloba aquelas pessoas que, involuntariamente, ficam em um ambiente cheio de fumaça do cigarro, como por exemplo, os filhos de fumantes, colegas de trabalho e de escola (LESSA, 1999).

Os filhos de pais fumantes, além de serem fumantes passivos, pois convivem até a adolescência, observam nos pais uma forma de comportamento, levando-os a considerar normal o hábito de fumar (BRASIL, 2002c).

Outro ponto importante é saber que a nicotina causa dependência e acaba sendo inalada, de forma involuntária, pelas crianças. Estudos mostram que muitos fumantes que não conseguem parar de fumar podem estar dependentes ou viciados em nicotina (HENNINGFIELD,1988).

O hábito de fumar é extremamente prejudicial e isto vem sendo demonstrado cada vez mais em pesquisas científicas no mundo inteiro (OMS,1992).

#### **1.4.2 A Nicotina Enquanto Droga Psicoativa**

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) considera droga como sendo toda e qualquer substância química, natural ou sintetizada, capaz de produzir efeitos sobre o funcionamento do corpo, tendo como consequência mudanças fisiológicas ou de comportamento. Deste grupo, se excluem os alimentos ou outros elementos necessários à vida normal (BRASIL, 1997).

Drogas psicotrópicas ou psicoativas são substâncias naturais ou sintéticas que podem ser utilizadas por qualquer via de administração. Produzem mudanças no sistema

nervoso central (SNC) do indivíduo, alterando o nível de percepção e humor, isto é, seu estado comportamental, emocional e capacidade de aprendizagem. Estas alterações, em sua maioria, são prazerosas.

Para que uma substância possa ser considerada psicoativa ela deve produzir efeitos psicoativos, ou seja, é necessária a evidência de que o comportamento de usá-la seja reforçado pelos efeitos da própria substância (BRASIL, 1997).

As drogas psicotrópicas são classificadas em três grupos, conforme a atividade que exercem junto ao cérebro.

1 - Depressores da atividade do SNC<sup>7</sup>: Fazem parte deste grupo: o álcool; soníferos ou hipnóticos (drogas que promovem o sono); ansiolíticos (inibem a ansiedade); opiáceos ou narcóticos (dão sonolência e aliviam a dor); inalantes e solventes (colas, tintas, removedores, *tinners*...).

2 - Estimulantes da atividade do SNC: encontra-se neste grupo os anorexígenos (diminuem a fome); cocaína e subprodutos; nicotina.

3 - Perturbadores da atividade do SNC: podem ser de origem vegetal (escalina, psilocibina) e de origem sintética (dietilamida do ácido lisérgico-LSD-25 e anticolinérgicos) (BRASIL 1997).

A nicotina é considerada pela Organização Mundial da Saúde uma droga que causa dependência física e psicológica, pois produz efeitos sobre o funcionamento do corpo e tem como consequência mudanças fisiológicas e de comportamento (BRASIL 1997).

A nicotina absorvida pelo organismo é em média 1.0 mg por cigarro, e pode variar de 0,34 mg a 1.56 mg, (BENOWITZ et al, 1998 apud ROSEMBERG,2004).

---

<sup>7</sup> Sistema Nervoso Central

Dependendo da maneira de fumar, a força e a profundidade das tragadas, a quantidade de nicotina a ser absorvida pelo organismo pode sofrer alterações. Quando se expira rapidamente após a tragada, a absorção da nicotina é de 40% a 50% do total. Além destas pesquisas, outros estudos realizados com nicotina marcada com carbono 14, mostraram que fumantes que não tragam absorvem de 22% a 42% da nicotina mantida na cavidade bucal, enquanto os que tragam, inalam e absorvem de 70% a 90% da quantidade total de nicotina. Sabe-se também que o consumo diário de tabagistas regulares é de 10mg a 61mg de nicotina (DESCLEPPER, 1987; PELKONEN et al, 1985; SLADE, 1993 apud ROSEMBERG, 2004).

Por volta dos anos 50, nos Estados Unidos, as marcas de cigarros continham 3 mg a 4 mg de nicotina. Dados de 1982 mostram que os teores de nicotina nos cigarros baixaram para 1,3 mg e até 0,9 mg naquele país. Em 1984, um inquérito realizado pela Organização Mundial de Saúde, em 50 marcas de cigarros de países em desenvolvimento, mostrou que todas elas continham teores acima dos encontrados em cigarros norte-americanos e de outros países desenvolvidos (ROSEMBERG,2004).

A maioria dos cigarros estrangeiros atualmente, contém entre 1,0 mg a 2,0 mg de nicotina. No Brasil, segundo dados de 1982, da Souza Cruz, 17 marcas de cigarros continham de 1,0 mg a 1,8 mg (SOUZA CRUZ,1982, apud ROSEMBERG2004).

“Informação do ano 2000, do INCA, acusa os teores mais altos na marca Derby – 1.4mg – e os mais baixos nos cigarros Free – 0.93mg . A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estabelece como limites máximos, nos cigarros mencionados, 1mg de nicotina, 10mg de alcatrão e 10mg de monóxido de carbono” (CAVALCANTI,2001 apud ROSEMBERG, 2004).

A fórmula química bruta da nicotina,  $\text{CH}_{10}\text{H}_{14}\text{N}_2$ , foi determinada em 1840. A nicotina foi sintetizada pela primeira vez em 1890. Esta droga psicoativa age no sistema nervoso central da mesma forma que a cocaína apesar de uma diferença: a nicotina leva em torno de nove segundos para chegar ao cérebro. Por este motivo o tabagismo é classificado como doença e está inserido no Código Internacional de Doenças (CID-10) no que diz respeito ao grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substância psicoativa (ROSEMBERG,2004).

A nicotina aumenta a liberação de catecolaminas, e como consequência ocorre a vasoconstrição, aumento da frequência cardíaca, levando a uma hipertensão arterial e provocando uma maior adesividade das plaquetas (ROSEMBERG, 2004).

O monóxido de carbono e a nicotina provocam diversas doenças cardiovasculares. Também estimulam no aparelho gastrintestinal a produção de ácido clorídrico, podendo causar úlcera gástrica. A nicotina desencadeia a liberação de substâncias quimiotáxicas no pulmão, que irá estimular um processo que destrói a elastina, tendo como consequência o enfisema pulmonar (ROSEMBERG, 2004).

Existem vários biomarcadores que atestam a absorção de substâncias contidas no tabaco e podem ser utilizados tanto em fumantes regulares como em fumantes passivos. Dentre os mais usados, destacam-se a nicotina e a cotinina, seu principal metabólito. Também são utilizados a carboxihemoglobina no sangue, o tiocianato na saliva, e o monóxido de carbono no ar expirado (ARMITAGE, 1965; BATES et al.1968 apud ROSEMBERG, 2004).

Nicotina e cotinina podem ser pesquisadas na urina, no sangue e na saliva, entretanto a nicotina é mais limitada porque sua meia vida é de duas horas, já a da cotinina prolonga-se por 36 a 40 horas, e às vezes até mais (ARMITAGE, 1965; FEYEREBEND, 1985; BENOWITE, 1983 apud ROSEMBERG, 2004).

A presença da cotinina ou da nicotina nos materiais orgânicos não diferencia se é de fumante regular ou de fumante passivo (COVEY et al,1990; DESCHEPPER,1987; DAVIS.et al,1991 apud ROSEMBERG,2004). Os níveis de concentração nos dois casos em qualquer material são lineares, com as quantidades de tabaco consumidas pelos tabagistas e com o grau de exposição à poluição tabágica ambiental pelos fumantes passivos (ARMITAGE, 1965; DANI, 2001; DAVIS.et al,1991 apud ROSEMBERG, 2004).

### 1.4.3 Outros componentes do cigarro

A fumaça do cigarro é uma mistura composta de aproximadamente 4.700 substâncias tóxicas; é constituída de duas fases fundamentais: a fase particulada e a fase gasosa. A fase gasosa é composta, entre outros por monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína. A fase particulada contém nicotina e alcatrão (BRASIL, 2002c).

O alcatrão é formado a partir da combustão dos derivados do tabaco. É um composto de mais de 40 substâncias comprovadamente cancerígenas. Entre elas, arsênio, níquel, resíduos de agrotóxicos, benzopireno, cádmio, substâncias radioativas como o polônio 210, acetona, naftalina, entre outros (BRASIL,2002c).

O monóxido de carbono (CO), resultado da fase gasosa, tem afinidade com a hemoglobina (Hb) que está presente nos glóbulos vermelhos do sangue, que por sua vez transportam oxigênio para todos os órgãos do corpo. A ligação do CO com a hemoglobina forma o composto chamado carboxihemoglobina, que dificulta a oxigenação do sangue, privando deste modo alguns órgãos do oxigênio e causando doenças como a aterosclerose(ROSEMBERG,2004).

“O comportamento de usar uma droga é adquirido através do condicionamento, sendo reforçado pelas ações farmacológicas da mesma, tal como ocorre com a nicotina. Ao mesmo tempo, o indivíduo dependente começa a associar humores, situações ou fatores ambientais específicos aos efeitos recompensadores da mesma. A associação desses fatores aos efeitos esperados da droga e ao desejo compulsivo de usá-la novamente resulta em um outro tipo de condicionamento (FIORI, apud BRASIL, 1997)”.

Além das alterações fisiológicas existem as mudanças de comportamento. Como exemplo deste condicionamento, tem-se o ato de fumar, associado de forma repetitiva com eventos específicos como: fumar após tomar uma xícara de café, depois de uma refeição, durante um programa com os amigos, ao acordar pela manhã, entre outros (INCA 1997).

A imagem e a necessidade de aceitação social ou integração a um grupo contribui para o início do tabagismo, principalmente entre os adolescentes, que passam a considerar o ato de fumar um comportamento adulto e sofisticado, ou um comportamento de sucesso relacionado à atividade física em virtude da propaganda enganosa da indústria do tabaco (BRASIL, 1997).

#### **1.4.4 Outras Doenças Associadas ao Uso dos Derivados do Tabaco**

Os estudos desenvolvidos até o momento revelam a mesma evidência: o consumo de derivados do tabaco pode ser a causa de praticamente 50 doenças diferentes, sendo as doenças cardiovasculares (infarto, angina) o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (enfisema e bronquite) as principais (ROSEMBERG,2004).

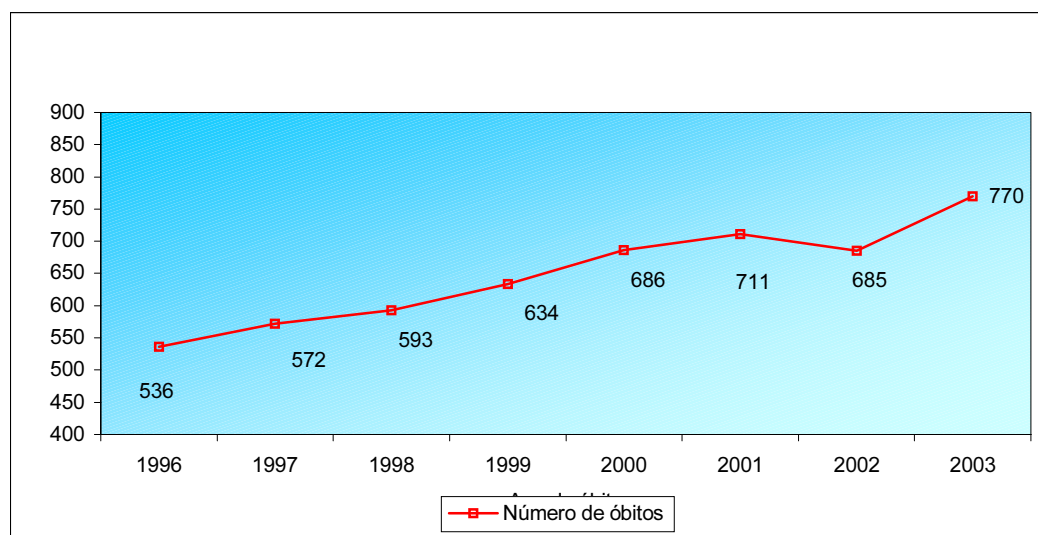
O Tabagismo pode causar ainda: impotência sexual no homem, complicações na gravidez,úlcera do aparelho digestivo, trombose vascular, aneurismas arteriais, entre outros. Porém, o risco de ter essas doenças vai diminuindo gradativamente se ocorrer a cessação do hábito de fumar (ROSEMBERG, 2004).

O gráfico 1 mostra a tendência temporal da mortalidade por neoplasias malignas na população de Santa Catarina no período de 1996 a 2003. Nota-se o aumento do número de casos em relação ao período analisado.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Fonte: DATASUS, 2005. \* Observação: Os dados referentes aos óbitos de 2003 foram obtidos da estimativa do INCA para 2003 (BRASIL, 2002a)

Gráfico 1 – Série histórica do número total de óbitos causados por neoplasias malignas da traquéia, brônquios e pulmões em Santa Catarina - Brasil, no período 1996 a 2003.



### 1.5 O Tabagismo, o Adolescente e a Escola

No sentido de entender o adolescente, esforços são feitos na busca de alternativas para a prevenção de doenças, promoção da saúde e qualidade de vida. Uma das preocupações é a falta de profissionais capacitados nesta área, o que tem levado Organizações e Universidades a promoverem projetos de capacitação (CHARLTON, 1991; RUZANY, et al 1995).

É importante destacar, também, que a juventude tem se constituído, no Brasil e no mundo, em objeto de inúmeros estudos, sob diferentes perspectivas. São abordagens das mais diversas, entre elas sociológicas, psicológicas, pedagógicas e antropológicas, e que analisam as visíveis mudanças físicas, psicológicas e comportamentais que ocorrem nesse período da vida humana. Alguns autores têm como enfoque os adolescentes que



se desviam das normas ou o problema mais comum entre a juventude: abuso de álcool e drogas, suicídio e delinqüência juvenil (NOVAES, 2002).

Um estudo realizado em São Paulo em 1998, sobre comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo, revelou que uma proporção significativa de estudantes jovens da amostra está engajada em comportamentos de risco à saúde, principalmente na faixa de 15 a 18 anos de idade, sendo este comportamento de risco mais elevado na escola privada que na pública (CARLINI-COTRIM et al, 2000).

Segundo Novaes (2002, p.2) “a adolescência é uma etapa da vida marcada por um número maior de desafios, experiências de diferentes pontos de vista acerca do mundo, conflitos entre diversificados papéis sociais, envolventes, em seu conjunto, na construção de uma nova identidade”.

De acordo com Becker (1986, p.59) “adolescentes de classes sociais diversas, numa mesma cidade, apresentam padrões de comportamento bastante diferentes” . Neste contexto, a escola está presente como instituição participante na educação e formação da juventude.

”A escola é tida como um veículo de transformação da sociedade, uma vez que a sua ação pedagógica, por meio dos alunos, cria condições propícias ao desenvolvimento de comportamentos desejáveis à vida sociopolítica” (NOVAES 2002,p.2).

É preciso considerar que a criança, ao ingressar na escola, leva uma grande carga das exigências sociais, políticas, econômicas e culturais de sua comunidade. Os problemas que se apresentam no cotidiano da vida escolar, constituem, para a criança, um reflexo de toda a estrutura social circundante, no que esta tem de positivo e negativo. O estilo de vida, caracterizado por um conjunto de comportamentos relacionados à saúde, adotado pelos indivíduos da sociedade moderna - tanto por jovens quanto por adultos - tem sido apontado como um dos fatores de mudança dos níveis de saúde.

A escola passa a ser um local de diversas aprendizagens, entre as quais o conhecimento, a reflexão, e atitudes positivas em relação ao estilo de vida e hábitos saudáveis (NOVAES, 2002).

### **1.6 Mulheres Adolescentes Fumantes**

A prevalência de mulheres fumantes em todos os países cresce de forma preocupante e notadamente na juventude (ROSEMBERG,2004). Levantamentos efetuados pela Organização Mundial de Saúde, em mais de um milhão de adolescente de 150 países, evidenciou que a aproximação entre gênero, principalmente entre 13 a 15 anos de idade, está ocorrendo em todo o mundo, ou seja, as mulheres estão alcançando a mesma proporção que os homens. Na Europa, em média, 29% das adolescentes e 34% dos rapazes são atualmente fumantes. Verificou-se ainda neste inquérito que, em 23 países, a prevalência de fumantes dos 15 aos 16 anos de idade aumentou significativamente entre 1995 a 1999 (WHO,2003 in ROSEMBERG, 2004).

Um estudo realizado na cidade de Pelotas nos anos de 1982 e 1993 sobre o tabagismo em gestantes de área urbana, evidenciou que em ambos os anos a prevalência do tabagismo foi menor nas mães de alta renda ou com escolaridade de nove anos ou mais, e mostrou um aumento da prevalência do tabagismo no grupo com menos de quatro anos de escolaridade (HORTA et al 1997) .

Associados a mulher estão à gravidez e o uso de anticoncepcionais orais, aumentando sem dúvida os fatores de risco para doenças cardiovasculares. O cigarro na gestação , de acordo com o Ministério da Saúde, pode trazer riscos para o bebê como: nascimentos prematuros e bebês de baixo peso (BRASIL, 2002c).

O tabagismo de um modo geral, causa na mulher os mesmos distúrbios à saúde que opera no homem. Isso foi verificado por muitas pesquisas, entre elas as efetuadas nas médicas inglesas e nas mulheres norte-americanas (DOLL,1980; SWANG,1983 apud ROSEMBERG,2004). Está bem constatado que a mulher, para uma mesma quantidade

de tabaco consumida pelo homem, sofre igual morbi-mortalidade por cerca de 50 doenças. Esse dado tem sido expressado na frase: “mulher que fuma como homem, morre como homem” (MACKAY,1996 apud ROSEMBERG,2004). Associados a mulher, e potencializados pelo tabagismo, estão males que lhe são específicos, como a precocidade da menopausa, a osteoporose, o câncer do colo do útero e da mama e outros distúrbios (ROSEMBERG, 2004).

Devido a vasoconstrição causada pela nicotina, gestantes que fumam dois cigarros, em 10 minutos, acusam aumento de até 60% de epinefrina e norepinefrina no plasma sanguíneo e elevação do nível de vasopressina. Essas e outras catecolaminas, concentram-se no líquido amniótico e no sangue fetal. Pela vasoconstrição que provocam, as catecolaminas além de atravessarem a placenta, reduzem o fluxo sanguíneo na mesma, o qual pode diminuir em até 22% (ROSEMBERG, 2004).

### **1.7 Criança: Uma Vítima do Tabagismo Ambiental**

Nos ambientes onde se fuma, a atmosfera polui-se com a nicotina e demais substâncias tóxicas do tabaco. O tabagista, ao expelir a fumaça após a tragada, deixa no recinto, em média, um sétimo das substâncias voláteis e particuladas do total inalado. Desta forma, a “corrente principal” participa da poluição tabágica ambiental. Entretanto, a forma mais importante para a poluição é o fumo que se evola espaira da ponta do cigarro, que permanece acesa; é a chamada “corrente secundária”, e possui praticamente, todas as substâncias do tabaco e, muitas, em maiores proporções que a corrente principal (BRUNNEMAN et al, 1978 apud ROSEMBERG, 2004).

Nos Estados Unidos, pesquisadores da Universidade de Yale, investigaram 10 milhões de pessoas e verificaram o dobro da incidência do câncer de pulmão nos que foram expostos à poluição tabágica durante a infância e adolescência, em confronto com os que não estiverem expostos (JANERICH, 1990 apud ROSEMBERG, 2004).

Crianças e adolescentes na convivência diária com familiares tabagistas, especialmente os genitores, são fumantes passivas e como conseqüência sofrem vários danos. O problema é agravado quando a mãe é tabagista, pela sua mais estreita convivência com a criança.

As crianças quando fumantes passivas sofrem maior risco de infecções respiratórias baixas: bronquiolite, bronquite catarral, pneumonia, broncopneumonia, sendo que acessos de asma são mais freqüentes. Entre as infecções respiratórias altas, verificam-se a sinusite, amigdalite, e otite média. Esses episódios respiratórios explicam o maior número de hospitalizações de crianças fumantes passivas, quando comparadas com os que vivem em ambientes sem fumantes. Nas crianças expostas à poluição tabágica ambiental ocorrem prejuízos da função pulmonar com freqüência significativa superior, em confronto com as não expostas (HARLAP, 1974; HOWAT, 1983 apud ROSEMBERG, 2004).

Estima-se, que no mundo, aproximadamente 700 milhões de crianças vivem em ambientes poluídos pelo tabaco, e só no Brasil cerca de 20 milhões de crianças com até 15 anos convivendo com a poluição tabágica ambiental (ROSEMBERG, 2004).

“Essas crianças, com genitores fumantes, são expostas por anos à poluição ambiental, inalam nicotina continuamente, podem com facilidade tornarem-se nicotino-dependentes e, portanto, com maior compulsão se iniciarem no tabagismo na adolescência” (ROSEMBERG, 2004, p.118.).

Crianças que convivem com seus genitores e/ou outros familiares tabagistas, têm nicotina e cotinina no seu sangue e urina. Quando se fuma em um domicílio, por horas à noite, em lactentes dormindo em quarto distante, com coletor de urina, encontra-se nicotina nesta. Estudos mostraram que a Nicotina é detectada no cabelo de crianças em casa em que há tabagistas ou quando a mãe que as amamenta é fumante (NETTO, 1991; ETZEL, 1985; HALEY, 1985 apud ROSEMBERG, 2004).

## **1.8 Estratégias de Prevenção**

Em 1991, uma pesquisa nacional sobre o abuso de drogas nos Estados Unidos mostrou que 90% dos indivíduos que já experimentaram o cigarro tinham 18 anos ou menos. Destes, a idade média da primeira experiência era de 14,5 anos e a média entre aqueles que passaram a fumar diariamente era de 17,5 anos (BRASIL, 1994b). Sabe-se atualmente que a maioria dos fumantes iniciou o hábito de fumar durante o período da adolescência (LONDONO et al,1992; LANIADO et al,1994). Relatos e diversos estudos com adolescentes mostram fatores de risco diversos, entre os quais o nível sócio-econômico, sócio-cultural, pais fumantes, entre outros (OSHIRO,1990; GIROTTO et al, 1996; IVANOVIC et al,1997).

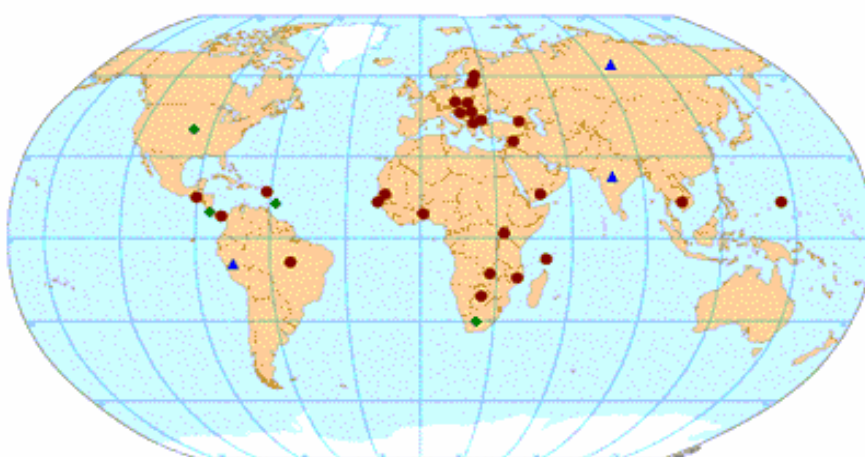
Na Europa, depois da Conferência de Educação e Saúde realizada em Estrasburgo, em 1991, e por recomendação da Comissão Européia muitos países têm se engajado ao projeto piloto "*Education for health*" implantando-o nas escolas, no sentido de promover a saúde e o bem estar, e mantendo alunos, professores e a comunidade num trabalho de promoção à saúde, visando o bem estar físico e psíquico de todos os participantes (EUROPEAN COMMISSION, 1997).

Em 1998, o Inquérito de Tabagismo em Escolares (GYTS - *Global Youth Tobacco Survey*) foi desenvolvido como parte integrante do Sistema de Vigilância de Tabagismo em Escolares. Teve seu início a partir de 1999, como um estudo mundial, sendo aplicado em escolas de diferentes países, sobre comportamentos que podem influenciar a saúde dessa população, através do Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde – Programa Tabaco ou Saúde. Na América Latina foi desenvolvido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (WARREN, 2000).

O sistema de vigilância do GYTS tem por objetivo aumentar a capacidade dos países para estruturar, desenvolver e aplicar programas de prevenção e controle do tabagismo baseado num mesmo modelo de procedimentos. Este instrumento constitui-se, portanto, como forma de se avaliar o êxito dos programas nacionais na luta antitabágica, sobretudo, no que diz respeito às crianças e adolescentes de todo o mundo (WARREN, 2000).

Na figura 4, pode-se verificar os países que participaram do GYTS em 2002. São eles: Botswana, Brasil, Bulgária, Cambodja, Croácia, República Tcheca, Estônia, FYR Macedônia, Geórgia, Guam, Guatemala, Hungria, Latvia, Lesoto, Moçambique, Panamá, Senegal, Seychelles, Eslováquia, St. Kitts e Nevis, Síria, Gâmbia, Togo, Uganda, Yêmen, Zâmbia

Figura 4 - Países que concluíram o Inquérito Mundial de Vigilância do Tabagismo em Escolares (GYTS), 2002<sup>9</sup>



No Brasil, este estudo foi realizado pelo Ministério da Saúde, em várias capitais, através do Instituto Nacional do Câncer, Divisão de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco do Câncer, com a pesquisa “Vigilância de Tabagismo em Escolares” - VIGESCOLA (BRASIL, 2004a).

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) realizou nos últimos 15 anos quatro levantamentos de abrangência nacional sobre uso de drogas na idade escolar e alguns fatores de risco, onde várias capitais brasileiras foram

---

<sup>9</sup> Fonte: (Department of Health and Human Services apud CDC,2005).

estudadas. Florianópolis, entretanto, não foi contemplada nos levantamentos por apresentar uma população menor que as outras dez capitais pesquisadas (BAUS, KUPEK, PIRES, 2002).

Uma pesquisa realizada pelo CEBRID em 1997, mostrou a precocidade da experimentação do tabaco na vida de escolares de diversas capitais brasileiras, tanto em escolas públicas como em escolas privadas (CEBRID, 1997 apud\_BRASIL, 2004 a).

## 1.9 VIGESCOLA

Em 2002 o inquérito do VIGESCOLA foi aplicado em várias capitais do Brasil<sup>10</sup>, sendo que Florianópolis foi incluída, apesar de não ter seus dados publicados juntamente com as outras doze capitais pelo fato do número de escolares entrevistados não corresponder ao esperado dentro das normas vigentes do estudo nacional (BRASIL, 2004 a).

O VIGESCOLA tem como pretensão conhecer os hábitos e noção dos escolares sobre o tabagismo, o perfil desta população, sua relação à exposição precoce, entendendo como o ambiente e estilos de vida influenciam e interagem nos diversos grupos populacionais e regiões do país. Uma mudança na forma de pensar, de perceber o cigarro como prejudicial à saúde pode ser uma contribuição de grande valia. De acordo com o Diretor Geral do INCA, José Gomes Temporão

“...as informações sobre este grupo populacional mais vulnerável podem orientar o enfoque de políticas intersetoriais através de ações legislativas, econômicas, assim como das demais ações educativas e na área da saúde, já em curso no País.” (BRASIL, 2004a)

O método utilizado no VIGESCOLA envolve a realização de inquéritos de base populacional com escolares matriculados na 7<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> séries do ensino fundamental e

---

<sup>10</sup> Aracaju, Boa Vista, Campo Grande, Curitiba, Fortaleza, Goiânia, João Pessoa, Palmas, Natal, Porto Alegre, São Luis e Vitória.

primeira série do ensino médio no ano de 2002 e 2003 em capitais brasileiras, que deverão ser repetidos a cada três anos, para fins de vigilância epidemiológica.

O instrumento utilizado foi um questionário padronizado, autopreenchível e não identificado com 70 questões referentes ao uso do tabaco; acesso/disponibilidade e preço, exposição ao tabagismo ambiental, cessação, mídia e propaganda e currículo escolar, bem como variáveis sócio-demográficas como gênero, idade e série escolar. A este instrumento foram acrescentadas também questões referentes ao conhecimento/atitude/opinião dos escolares sobre os efeitos do tabaco na saúde.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA), o Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina (CEPON) e a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES - SC) foram as instituições envolvidas no estudo.

A população do presente estudo foi composta de escolares de 7<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> séries do Ensino Fundamental e 1<sup>a</sup> série do Ensino Médio, de escolas públicas e privadas no município de Florianópolis, Santa Catarina, no ano de 2002.

O número de escolas e alunos por sala que participaram destes inquéritos no mundo foi determinado por uma metodologia desenvolvida pelo CDC (*Center for Disease Control and Prevention*) aos países que fazem parte do programa, no caso do Brasil, o Ministério da Saúde através de suas Secretarias Estaduais de Saúde, sob a Coordenação do Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2004 a).

O INCA recebeu da Secretaria de Educação do Estado de Santa Catarina a relação das escolas localizadas no município, a identificação das classes, o turno e o número de alunos matriculados. A partir destes dados foi aplicada a técnica de amostragem aleatória, multifase por conglomerados, para definir aquelas nas quais seria aplicado o questionário do VIGESCOLA.

A direção, professores, pais e alunos foram previamente esclarecidos sobre a importância e o objetivo do inquérito. O questionário foi auto-administrado e aplicado nas



classes sorteadas, somente aos escolares que apresentaram o Termo de Autorização Livre e Esclarecido de Pais (Guardião Legal).

Foram selecionadas 24 escolas, com um total de 2163 alunos matriculados. Entretanto, foram preenchidos apenas 288 questionários, correspondendo a 13% dos alunos matriculados.

O instrumento utilizado pelo inquérito de base escolar do VIGESCOLA foi um questionário padronizado, não identificado, auto-aplicado nas classes sorteadas, somente aos escolares que apresentaram o Termo de Autorização Livre e Esclarecido de Pais (Guardião Legal) assinado pelo pai ou responsável. O questionário constou de setenta perguntas fechadas (BRASIL, 2002 b).

Na data agendada para o preenchimento do questionário, os escolares que trouxeram o Termo de Autorização Livre e Esclarecido de Pais (Guardião Legal), assinado pelo pai ou responsável, receberam na sala de aula o questionário auto-aplicado para preenchimento, sendo que os mesmos foram distribuídos sob a orientação de uma equipe treinada previamente por profissionais do INCA e somente para as salas em que 80% dos escolares apresentassem o Termo de Autorização devidamente assinado.

Nas salas onde o número de alunos que apresentassem percentual inferior ao preconizado de Termos assinados não era aplicado o questionário.

Após o preenchimento dos gabaritos, os mesmos foram recolhidos e encaminhados para o CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina).

## II JUSTIFICATIVA

O presente trabalho teve como objetivo estimar a prevalência do tabagismo entre escolares de Florianópolis, no sentido de detectar a idade em que se inicia o hábito de fumar, a razão entre os gêneros e o nível de conhecimento que estes adolescentes apresentam sobre o tema, identificando as possíveis variáveis associadas à aquisição do hábito de fumar, visando a prevenção e o entendimento dos fatores de risco.

O estudo foi desenvolvido utilizando-se dados secundários do Inquérito de Tabagismo em Escolares (VIGESCOLA), que é parte integrante do Sistema de Vigilância de Tabagismo em Escolares. Este programa, a princípio, foi desenvolvido pelo CDC do governo dos Estados Unidos e a partir de 1999 tornou-se um sistema de vigilância mundial através de promoções da Organização Mundial de Saúde. Na América Latina é promovido pela Organização Pan-Americana de Saúde (BRASIL, 2004 a).

No Brasil, estes inquéritos são realizados pelo Ministério da Saúde, sendo de responsabilidade do Instituto Nacional do Câncer (INCA) a realização periódica do inquérito em capitais brasileiras. O VIGESCOLA tem como objetivo monitorar, através de inquéritos repetidos, a magnitude do tabagismo utilizando como população alvo estudantes de 13 a 15 anos. Um fator muito importante a ser considerado, com relação ao tabagismo, é que a grande maioria dos fumantes inicia o hábito de fumar justamente na adolescência (BRASIL, 2004 a).

O impacto das doenças tabaco relacionadas determinado pelo número de pessoas atingidas é alto, principalmente se considerarmos os fumantes ativos e passivos.

Esta questão, associada ao fato do tabagismo constituir a principal causa de câncer de pulmão no Brasil em 2002, com um risco atribuível superior a 90%, mostra a

importância do desenvolvimento de estudos em Santa Catarina, pois ainda são poucos os estudos e relatos sobre o tabagismo em escolares que configurem a necessidade do estado (BRASIL, 2002a). O resultado deste estudo poderá contribuir para os educadores repensarem seu papel frente a situações do cotidiano que afetam a vida dos escolares e de suas famílias.

### III OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo Geral:

Estimar a prevalência do tabagismo e alguns fatores associados na população de escolares de 7<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> séries do Ensino Fundamental e 1<sup>a</sup> série do Ensino Médio de escolas públicas e privadas no município de Florianópolis, Santa Catarina, no ano de 2002.

#### 3.2 Objetivos Específicos:

a) Estimar a prevalência do tabagismo em escolares de Florianópolis, SC, que responderam o questionário VIGESCOLA em 2002.

b) Testar as associações das variáveis: experimentação, acesso e disponibilidade, mídia e propaganda, pais fumantes, cessação, nível de conhecimento que o escolar apresenta sobre o tabagismo, relacionamentos interpessoais (amigos) e comportamentos com o gênero dos escolares.

c) Verificar qual a abordagem do tabagismo como tema de sala de aula entre os escolares que participaram do VIGESCOLA.

## **IV MÉTODOS**

### **4.1 População e amostra**

Foram utilizados na pesquisa dados referentes aos questionários do VIGESCOLA respondidos pelos escolares no ano de 2002. Do total de 288 questionários preenchidos, foram selecionados 281. Quatro questionários foram excluídos por apresentarem seu gabarito com mais respostas do que o número total de perguntas e pelo preenchimento de mais de uma resposta por questão. Três questionários não continham informações quanto ao gênero dos entrevistados e também foram excluídos.

Pelo fato da amostragem de Florianópolis ter sido inferior a esperada pela coordenação nacional do VIGESCOLA, os questionários respondidos não foram incluídos no estudo nacional de 2002, ficando armazenados no CEPON. Para que não se perdesse completamente a pesquisa realizada na capital de Santa Catarina, esses dados foram utilizados no desenvolvimento desta dissertação.

Desta forma, o estudo foi realizado entre os anos 2003 e 2004, tendo como fonte de informação os dados secundários não publicados a partir do Inquérito de Base Escolar “FAZENDO PESQUISA - Vigilância de Tabagismo em Escolares – VIGESCOLA”, realizado em novembro e dezembro de 2002 em Florianópolis/SC.

### **4.2 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo de prevalência.

### **4.3 Variáveis do estudo**

As variáveis foram divididas nas seguintes categorias.

#### **4.3.1 Variável dependente:**

Tabagismo.

#### **4.3.2 Variáveis independentes:**

##### **a) Prevalência:**

Gênero: Masculino e Feminino

Experimentaram cigarros: Sim/ Não

Fumante: Sim/ Não/ Ignorado

Número de dias que fumaram: de 0 a 30 dias

Número de cigarros fumados: de uma a duas tragadas até mais de cem cigarros

##### **b) Experimentação:**

Idade de início da experimentação: menos de 7 anos a 17 anos e mais

##### **c) Acesso:**

Acesso a compra de cigarros

##### **d) Mídia e propaganda:**

Tipos de anúncio pró-tabaco e antitabaco que assistiram

Percentual de escolares que afirmaram ter recebido cigarros de representantes

##### **e) Associação com pais fumantes**

Hábito de fumar dos pais (gênero e experimentação)

Conhecimentos que os pais têm que os filhos fumam

##### **f) Conhecimento**

O que os escolares sabem sobre os malefícios do cigarro

**g) Atitudes**

Relacionamento dos escolares com o grupo de amigos

**h) Cessação**

Receberam conselhos para parar de fumar

Escolares que gostariam de parar de fumar

**l) Abordagem do tabagismo como tema de sala de aula**

Escolas públicas e escolas privadas

Tema saúde e cigarro no ano letivo, no último semestre.

**4.4 Coleta de Dados**

O questionário do VIGESCOLA (anexo I) constava de setenta perguntas fechadas cujas respostas deveriam ser transcritas para o gabarito com lápis.

Esses gabaritos respondidos foram utilizados para a coleta dos dados e constituíram um banco de dados elaborado através do software EpiData 2.1 (LAURITSEN, BRUSS, MYAT, 2001-2002).

Por tratar-se de um estudo no qual foram utilizados dados secundários, o presente estudo não foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. Posteriormente os resultados desse estudo serão apresentados as escolas envolvidas na pesquisa.

**4.5 Componentes de Análise**

A definição de fumante foi adotada segundo critério utilizado pelo INCA, ou seja, escolares que fumaram cigarros em um ou mais dias nos últimos trinta dias que antecederam a pesquisa do VIGESCOLA.

As análises estatísticas foram feitas através do software EpiInfo 6.04d (DEAN et al 1994). Na distribuição das freqüências foi utilizado o intervalo de confiança (IC) de 95%. Para verificar as possíveis associações entre as variáveis utilizou-se o teste estatístico do qui-quadrado, sendo considerados estatisticamente significativos valores de  $p < 0,05$ .



## V RESULTADOS

Foram analisados os gabaritos de 281 escolares que responderam o questionário do VIGESCOLA, na idade entre 12 a 17 anos e mais, que freqüentavam 7<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> séries do Ensino Fundamental e 1<sup>a</sup> série do Ensino Médio de escolas públicas e privadas de Florianópolis, SC.

### 5.1 Prevalência

**Tabela 1 - Distribuição de escolares que responderam o questionário por série e gênero. Florianópolis (SC), 2002.**

	Escolaridade						Qui- quadrado	p
	Ensino Fundamental				Ensino Médio			
	7 <sup>a</sup> série		8 <sup>a</sup> série		1 <sup>a</sup> série			
Gênero	N	%	N	%	N	%		
Masculino	23	16,5	74	53,2	42	30,2	1,40	0,496
Feminino	29	20,4	66	46,5	47	33,1		
Total	52	18,5	140	49,8	89	31,7		

A Tabela 1 apresenta a população de estudo segundo o gênero e escolaridade. Nota-se um percentual maior de escolares na 8<sup>a</sup> série e com predominância para o gênero feminino nas outras séries. Não houve significância estatística sendo  $p=0,496$ .

Do total de escolares, 83,3% (n=234) são da rede de ensino privado e 16,7% (n=47) do ensino público.

**Tabela 2 - Distribuição de escolares que responderam o questionário, por idade e gênero. Florianópolis (SC), 2002.**

Idade	Gênero				Total	Qui- quadrado	p
	Masculino		Feminino				
	N	%	N	%	N	%	
12 anos	00	0,0	01	0,7	01	0,4	
13 anos	22	15,8	26	18,3	48	17,1	
14 anos	59	42,4	55	38,7	114	40,6	2,73 0,742
15 anos	37	26,6	44	31,0	81	28,8	
16 anos	12	8,6	09	6,3	21	7,5	
17 anos +	09	6,5	07	4,9	16	5,7	
Total	139	100,0	142	100,0	281	100,0	

A Tabela 2 demonstra a distribuição dos escolares de acordo com a faixa etária e o gênero. Observa-se uma proporção maior de escolares na faixa de 14 a 15 anos, sendo 40,6% (n=114) com 14 anos e 28,8% (n=81) com 15 anos, praticamente um terço da população do estudo. Não há diferença estatística (p=0,742) entre gênero.

**Tabela 3 - Distribuição por gênero de escolares que já experimentaram fumar alguma vez na vida. Florianópolis (SC), 2002.**

Categoria de experimentação	Gênero				Total	Qui- quadrado	p
	Masculino		Feminino				
	N	%	N	%			
Experimentaram	58	41,7	59	41,5	117	41,6	0,01 0,927
Não experimentaram	81	58,3	83	58,5	164	58,4	
Total	139	49,5	142	50,5	281	100,0	

Podemos observar na Tabela 3 que o número de escolares que experimentou fumar cigarros alguma vez na vida é menor em comparação aos que nunca experimentaram. A prevalência da experimentação do tabagismo encontrada foi de 41,6% (n=117) e praticamente idêntica quanto ao gênero, sendo 41,7% (n=58) para o masculino e 41,5%

(n=59) para o feminino. Não houve diferença estatística na questão de gênero ( $p= 0,927$ ). Na população do estudo 58,4% (n=164) afirmou nunca ter experimentado fumar cigarros na vida.

**Tabela 4 - Prevalência de escolares fumantes em relação ao gênero. Florianópolis (SC), 2002.**

Categoria	Gênero						Qui- quadrado	p
	Masculino		Feminino		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Fumante <sup>11</sup>	19	13,7	17	12,0	36	12,8		
Não Fumante	117	84,2	125	88,0	242	86,1	3,34	0,187
Ignorados	03	2,2	00	0,0	03	1,1		
Total	139	49,5	142	50,5	281	100,0		

A prevalência do tabagismo observado na Tabela 4 é semelhante a outros estudos nacionais e internacionais. A prevalência de escolares fumantes foi de 12,8% (n=36), sendo que a de não fumantes foi de 86,1% (n=242). Não se percebe uma diferença estatística significativa ( $p=0,187$ ). Quanto ao gênero dos escolares fumantes 13,7% (n=19) é do gênero masculino e 12,0% (n=17) do gênero feminino.

Na Tabela 5 verificamos que praticamente dois terços dos escolares fumam até nove dias durante o mês, sendo que a possibilidade de abandonar o hábito de fumar cigarros ainda é grande. Neste sentido, a atuação mais efetiva neste estágio poderá ser estimulada

<sup>11</sup> Definição de fumantes: estudantes que fumaram cigarros em 1 ou mais dias nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa.

**Tabela 5 – Associação entre escolares fumantes por gênero e número de dias que fumaram no último mês. Florianópolis (SC), 2002.**

Número de dias em que fumaram	Gênero						Qui-quadrado	p
	Masculino		Feminino		Total			
	N	%	N	%	N	%		
0 dia	117	84,2	126	88,7	243	86,5	9,58	0,213
1 ou 2 dias	09	6,5	05	3,5	14	5,0		
3 a 5 dias	04	2,9	04	2,8	08	2,8		
6 a 9 dias	00	0,0	04	2,8	04	1,4		
10 a 19 dias	02	1,4	01	0,7	03	1,1		
20 a 29 dias	01	0,7	01	0,7	02	0,7		
Todos os 30 dias	04	2,9	01	0,7	05	1,8		
Ignorado	02	1,4	00	0,0	02	0,7		
Total	139	49,5	142	50,5	281	100,0		

Em relação ao gênero observamos que 2,9% (n=4) dos meninos fumaram em todos os últimos 30 dias, enquanto que nas meninas 0,75 (n=1) fumaram no mesmo período.

**Tabela 6 – Distribuição por gênero de escolares e idade estratificada na iniciação ao cigarro. Florianópolis (SC), 2002.**

Idade do início da experimentação	Gênero						Qui-quadrado	p
	Masculino		Feminino		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Até 9 anos	15	27,3	08	14,0	23	20,5	18,61	< 0,001*
De 10 a 11 anos	13	23,6	07	12,3	20	17,9		
De 12 a 13 anos	16	29,1	13	22,8	29	25,9		
De 14 a 15 anos	07	12,7	28	49,1	35	31,3		
16 anos +	04	7,3	01	1,8	05	4,5		
Total	55	49,1	57	50,9	112	100,0		

Verificou-se que dos escolares do estudo 20,5% (n=23) experimentou fumar até os nove anos de idade. Entre 10 e 11 anos a iniciação observada foi de 17,9% (n=20) (Tabela 6).

Os escolares que experimentaram fumar até os 13 anos de idade somam 64,3% (n=72); entre 14 e 15 anos somam 31,3% (n= 35), sendo esta associação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), o que torna imprescindível um trabalho educativo e preventivo no período que antecede esta faixa etária. Verificou-se uma queda na iniciação depois dos 15 anos, ou seja, o período mais crítico para a iniciação é de até 13 anos.

Observou-se também que 80% (n=44) dos rapazes, já experimentaram fumar até os 13 anos; entre as meninas nesta idade verificou-se que 49,1% (n=28). Entretanto na faixa etária de 14 a 15 anos, a prevalência entre os rapazes diminui para 12,7% (n=07) e nas meninas se mantêm em 49,1% (n=28).

**Tabela 7 – Distribuição de escolares por gênero e número de cigarros fumados na vida. Florianópolis (SC), 2002.**

Número de cigarros fumados	Gênero						Qui- quadrado	p
	Masculino		Feminino		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Até 1	20	37,0	21	38,9	41	38,0		
De 2 a 15	18	33,03	17	31,5	35	32,4		
De 16 a 25	05	9,3	04	7,4	09	8,3	1,45	0,835
De 26 a 99	03	5,6	06	11,1	09	8,3		
Mais de 100	08	14,8	06	11,1	14	13,0		
Total	54	50,0	54	50,0	108	100,0		

Na Tabela 7 observou-se que em até 25 cigarros fumados pelos escolares não há diferença de gênero. Entretanto, se observarmos a estratificação de 26 a 99 cigarros fumados, praticamente as meninas fumam o dobro dos meninos. Acima de 100 cigarros fumados os meninos fumam mais, apesar da diferença não ser estatisticamente significativa

( $p=0,035$ ). Verificou-se que praticamente três quartos dos escolares fumaram até 100 cigarros na vida. Lando et al, (apud BRASIL, 2004 a) fundamentam que existe uma associação entre a idade que o jovem começa a fumar com o consumo de mais cigarros por dia e a maior probabilidade de dependência no futuro.

Quanto à prevalência do número de cigarros fumados na vida verificou-se 38% ( $n=41$ ) quando se perguntou sobre fumar até um cigarro (incluindo uma ou duas tragadas) e 32,4% ( $n=35$ ) em fumar de 2 a 15 cigarros. Acima de 100 cigarros fumados a prevalência foi de 13% ( $n=14$ ).

## 5.2.Acesso e Disponibilidade

**Tabela 8 – Distribuição por gênero de escolares quanto a disponibilidade e acesso em comprar cigarros. Florianópolis (SC), 2002.**

Acesso e disponibilidade na compra de cigarros	Gênero						Qui-quadrado	p
	Masculino		Feminino		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Não puderam comprar	03	2,2	01	0,7	4	1,4	2,69	0,441
Compraram livremente	12	8,6	15	10,6	27	9,6		
Não tentaram comprar	119	85,6	124	87,3	243	86,5		
Ignorado	05	3,6	02	1,4	07	2,5		
Total	139	49,5	142	50,5	281	100,0		

Observou-se na Tabela 8 que a grande maioria dos escolares (86,5%) não tentou comprar cigarros, porém chama a atenção os escolares que compraram, o que deve ser monitorado para uma efetiva fiscalização nos pontos de venda de cigarros (9,6%).

**Tabela 9 – Distribuição por gênero de escolares fumantes que compraram cigarros em lojas e não foram impedidos de comprar por causa de sua idade. Florianópolis (SC), 2002.**

Acesso a compra de cigarros	Gênero						Qui-quadrado	p
	Masculino		Feminino		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Não puderam comprar	03	20,0	01	6,2	4	12,9	1,30	0,253
Compraram livremente	12	80,0	15	93,7	27	87,0		
Total	15	48,3	16	51,6	31	100,0		

Observou-se na Tabela 9 que, em relação ao acesso e disponibilidade, 86,5% (n=243) não tentou comprar cigarros. Quando foi feita a análise dos que tentaram comprar, verificou-se na tabela 10 que 87% (n=27) compraram e não foram impedidos devido à idade, apesar da venda ser proibida para menores de 18 anos, e somente 12,9% (n=6,2) não puderam comprar.

A legislação no Brasil é bem clara, principalmente quando se fala do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069), ou seja, é proibido vender produtos cujos componentes causem dependência física ou psíquica, para menores de idade, incluindo cigarros e bebida alcoólica (BRASIL, 2004 c). Entretanto, o observado na Tabela 9 é o inverso, pois três quartos dos escolares compraram cigarros e não foram impedidos.

### 5.3 Mídia e Propaganda

Nesta análise variável, encontramos a força da indústria do tabaco tentando vender o seu produto e, do outro lado, as entidades governamentais e não governamentais engajadas na luta contra o tabagismo. No centro da disputa está o adolescente, com toda a peculiaridade que lhe é atribuída nesta idade (BRASIL,2004b).

**Tabela 10 – Distribuição por gênero de escolares que viram anúncios anti-tabagistas e pró-tabaco nos últimos 30 dias. Florianópolis (SC), 2002**

Tipos de Anúncios	Categoria	N	%	IC (95%)
<b>Anti-Tabagismo</b>				
Viram na TV	Muitas vezes	110	39,1	33,4 – 45,1
	Poucas vezes	139	49,5	43,5 – 55,5
	Nenhuma	32	11,4	7,9 – 15,7
Viram em eventos e feiras	Nunca vou	21	7,5	4,7 – 11,2
	Muitas vezes	29	10,3	7,0 – 14,5
	Às vezes	167	59,4	53,4 – 65,2
	Nunca vi	64	22,8	18,0 – 28,1
<b>Pró-Tabaco</b>				
Viram atores fumando em Televisão vídeos e filmes	Muitas vezes	193	68,7	62,9 – 74,1
	Às vezes	86	30,6	25,3 – 36,4
	Nunca	02	0,7	0,1 – 2,5
Tem algum objeto com logotipo de marca de cigarro	Sim	22	7,8	5,0 – 11,6
	Não	256	91,1	8,7 – 94,2
	Ignorado	03	1,1	0,2 – 3,1
Viram propaganda de cigarros em eventos esportivos nas emissoras de televisão	Nunca vejo TV	02	0,7	0,1 – 2,5
	Muitas vezes	89	31,7	26,3 – 37,5
	Às vezes	154	54,8	48,8 – 60,7
	Nunca vi	36	12,8	9,1 – 17,3
Viram anúncios e cartazes e <i>out-doors</i>	Muitos	68	24,2	19,3 - 29,6
	Poucos	167	59,4	53,4 – 65,2
	Nenhum	42	14,9	11,0 – 19,7
	Ignorado	04	1,4	0,4 – 3,6
Viram anúncios em jornais e Revistas	Muitos	60	21,4	16,7 – 26,6
	Poucos	138	49,1	43,1 – 55,1
	Nenhum	82	29,2	23,9 – 34,9
	Ignorado	01	0,4	0,0 – 2,0
Viram em eventos esportivos comunitários, feiras, concertos	Nunca vou	22	7,8	5,0 – 11,6
	Muitas vezes	24	8,5	5,5 – 12,4
	As vezes	170	60,5	54,5 – 66,3
	Nunca vi	63	22,4	17,7 – 27,8
	Ignorado	02	0,7	0,1 – 2,5

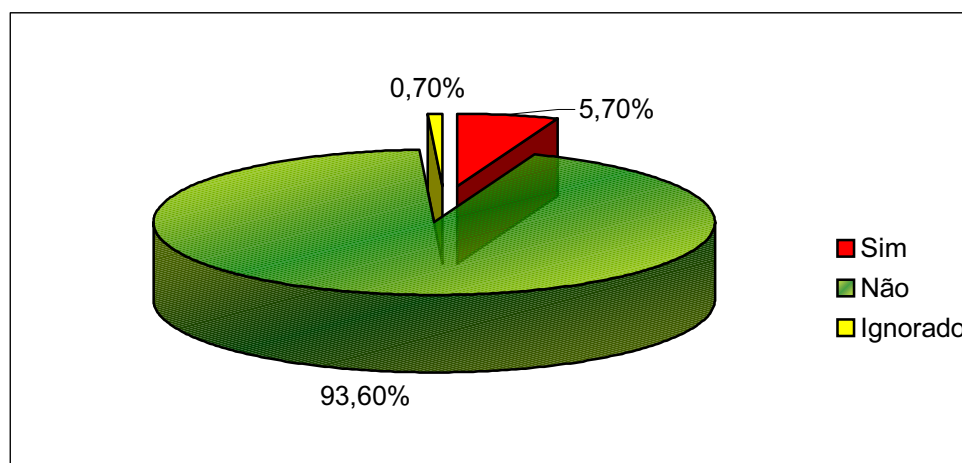


Na Tabela 10, quando analisada a variável propaganda antitabagista, verificou-se que praticamente 90% (n=249) dos escolares assistiram campanhas contra o tabaco na televisão e 70% (n=196) viram em eventos e feiras.

Já em relação a anúncios pró-tabaco, 54,8% (n=154) viu algumas vezes e 31,7% (n=89) viu muitas vezes. Quanto a atores fumando em televisão, vídeos e filmes, os escolares 68,7% (n=193) responderam que viram muitas vezes.

A propaganda ainda é um meio de comunicação importante quando se trata de campanhas publicitárias, que podem ser reduzidas se houver maior rigor na fiscalização das leis. Verificou-se que aproximadamente 2/3 dos escolares viu anúncios pró-tabaco em jornais, revistas e televisão. Também foi observado que 91,1% (n=256) dos escolares não possui objetos com logotipo de marca de cigarros.

**Gráfico 2 - Percentual de escolares que afirmaram ter recebido cigarros gratuitamente de representantes, Florianópolis (SC), 2002.**



Dentre os escolares entrevistados, 5,7% (n=16) recebeu cigarros gratuitamente fornecidos por representantes e 93,6% (n=263) não recebeu. Cabe salientar que esta abordagem é ilegal e não deixa de ser uma forma de propaganda que deve ser analisada com muito cuidado.

#### 5.4. Tabagismo entre os pais dos escolares

**Tabela 11 – Associação entre escolares que já experimentaram fumar uma vez na vida em relação ao hábito de fumar dos pais. Florianópolis (SC),2002.**

Hábitos de fumar dos pais	Iniciação ao cigarro						Qui- quadrado	p
	Experimentou		Não Experimentou		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Nenhum dos dois fumam	57	49,1	117	70,9	174	61,9	19,11	0,001*
Ambos fumam	17	14,7	09	5,5	26	9,3		
Somente o pai fuma	24	20,7	28	17,0	52	18,5		
Somente a mãe fuma	15	12,9	11	6,7	26	9,3		
Não tenho pais/não sei	01	0,9	00	0,0	01	0,4		
Ignorado	02	1,7	00	0,0	02	0,7		
Total	116	41,3	165	58,7	281	100,0		

Observando a Tabela 11 verificou-se que quando foi feita a associação entre escolares que já experimentaram fumar alguma vez na vida e o hábito de fumar dos pais, o valor de “p” foi estatisticamente significativo ( $p=0,001$ ). Entre os escolares que nunca experimentaram fumar, 70,9% ( $n=117$ ) responderam que seus pais não fumam. Entre os escolares que experimentaram fumar, 48,3% ( $n=48$ ) tem pelo menos um dos pais fumantes.

**Tabela 12 – Distribuição de escolares por gênero que possuem pais fumantes. Florianópolis (SC), 2002.**

Categoria	Gênero						Qui- quadrado	p
	Masculino		Feminino		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Ambos fumam	14	28,6	12	23,1	26	25,7	1,07	0,586
Pai fuma	25	51,0	25	48,1	50	49,5		
Mãe fuma	10	20,4	15	28,8	25	24,8		
Total	49	48,5	52	51,5	101	100,0		

Obs: Foram excluídos os pais não fumantes

Na Tabela 12, quando associado gênero e pais fumantes, não houve diferença estatística significativa ( $p= 0,586$ ). Verificou-se que 49,5% ( $n=50$ ) possuem pai fumante; 24,8% ( $n=25$ ) possuem mãe fumante e 25,7% ( $n=26$ ) possuem pai e mãe fumantes.

A literatura pesquisada cita os pais enquanto contribuintes para o filho se tornar um fumante passivo (ROSEMBERG,2004a). O observado na tabela acima vem ao encontro com o que relata o autor, sendo o pai um modelo de comportamento para o filho.

**Tabela 13 – Distribuição dos escolares por gênero de acordo com o conhecimento que os pais têm de que os filhos fumam. Florianópolis (SC), 2002.**

Categoria	Gênero						Qui- quadrado	P
	Masculino		Feminino		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Pai sabe	00	0,0	02	7,1	02	3,8	2,21	0,530
Mãe sabe	03	12,5	02	7,1	05	9,6		
Ambos sabem	02	8,3	03	10,7	05	9,6		
Ambos não sabem	19	79,2	21	75,0	40	76,9		
Total	24	46,2	28	53,8	52	100,0		

Obs: Foram excluídos os escolares que alegaram não fumarem.

Na Tabela 13, quando foram associados escolares fumantes e o conhecimento que os pais têm sobre o hábito de fumar do filho, verificou-se que 76,9% dos pais não sabem que o filho(a) fuma. Além disso, somente em 3,8% dos casos, o pai sabe e 9,65% das vezes a mãe sabe que o filho fuma.

## 5.5. Conhecimentos sobre os malefícios do cigarro

**Tabela 14 – Distribuição dos escolares por gênero, de acordo com o conhecimento que têm sobre os malefícios do consumo de cigarros. Florianópolis (SC), 2002.**

Conhecimento dos escolares	Categorias	Gênero				Total		Qui- quadrado	p
		Masculino		Feminino		N	%		
		N	%	N	%	N	%		
Acham que o cigarro é prejudicial a saúde?	Com certeza não	04	2,9	01	0,7	05	1,8	3,18	0,364
	Provavelmente não	02	1,4	01	0,7	03	1,1		
	Provavelmente sim	08	5,8	05	3,5	13	4,6		
	Com certeza sim	125	89,9	135	95,1	260	92,5		
Você acha difícil largar o cigarro depois de começar a fumar	Com certeza não	88	63,3	83	58,5	171	60,9	6,33	0,096
	Provavelmente não	40	28,8	46	32,4	86	30,6		
	Provavelmente sim	07	5,0	13	9,2	20	7,1		
	Com certeza sim	04	2,9	00	0,0	04	1,4		
Percebem a nicotina como uma droga que causa dependência	Sim	130	93,5	140	98,6	270	96,1	5,17	0,075
	Não	07	5,0	01	0,7	08	2,8		
	Ignorado	02	1,4	01	0,7	03	1,1		
Acreditam que mulheres grávidas possam fumar sem prejudicar o feto	Sim	18	12,9	13	9,2	31	11,0	2,92	0,232
	Não	121	87,1	127	89,4	248	88,3		
	Ignorado	00	0,0	02	1,4	02	0,7		
Quem fuma mais cigarros têm maior chance de contrair câncer	Sim	73	55,2	82	57,7	155	55,2	1,88	0,390
	Não	66	47,5	59	41,5	125	44,5		
	Ignorado	00	0,0	01	0,7	01	0,4		
Tem noção de que a fumaça ambiental causa várias doenças inclusive do coração	Sim	125	89,9	131	92,3	256	91,1	0,47	0,494
	Não	14	10,1	11	7,7	25	8,9		
Acham prejudicial ser fumante passivo** <sup>12</sup>	Com certeza não	09	6,5	03	2,1	12	4,3	7,04	0,133
	Provavelmente não	01	0,7	03	2,1	04	1,4		
	Provavelmente sim	22	15,8	15	10,6	37	13,2		
	Com certeza sim	107	77,0	120	84,5	227	80,8		
	Ignorado	00	0,0	01	0,7	01	0,4		

<sup>12</sup> Fumantes passivos: aquelas pessoas que involuntariamente ficam em ambiente cheio de fumaça (BRASIL, 2005 a).

Na Tabela 14, quando foram associadas as variáveis sobre o conhecimento que o escolar tem sobre os malefícios do cigarro, verificou-se que: 92,5% (n=260) acham que o cigarro é prejudicial para a saúde; 60,9% (n=171) acham difícil largar o cigarro depois de começar a fumar e 96,1% (n=270) percebem a nicotina como uma droga que causa dependência.

Entre os que responderam o questionário, 91,1% (n=256) tem noção que a fumaça do cigarro no ambiente pode causar várias doenças e 94,0% (n=264) dos escolares acha que ser fumante passivo é prejudicial para a saúde. O valor de p não foi significativo em nenhuma das associações com relação ao gênero. Os escolares de uma forma geral estão conscientes dos malefícios do cigarro, entretanto vários estudos mostram que a prevalência de fumantes continua aumentando.

#### **5.6. Relacionamento com o grupo de amigos e comportamentos**

Na Tabela 15, quando indagados sobre o relacionamento com os amigos e o tabagismo, 85,1% (n=239) dos escolares respondeu que não aceita cigarros oferecidos por um amigo, sendo esta variável estatisticamente significativa ( $p=0,001$ ). No entanto, 15% dos escolares responderam que aceitam cigarros oferecidos por amigos, sendo esta atitude uma influência em relação aos seus pares e que deve ser avaliada com mais cautela.

No que diz respeito ao fumante ter mais ou menos amigos, 71,9% (n=202) dos escolares respondeu que não há diferença. Quando perguntados se acham um rapaz que fuma mais ou menos atraente, 55,5% (n=156) acham o fumante menos atraente. Já em relação a meninas que fumam, 73,0% (n=205) acharam-nas menos atraentes.

Ao serem perguntados se tinham amigos fumantes, 57,7% (n=162) dos escolares responderam que tem algum amigo fumante; 33,5% (n=94) não têm nenhum amigo fumante. Quando perguntados sobre o cigarro auxiliar a diminuir ou aumentar o peso (engordar ou emagrecer), 18,7% (n=26) dos rapazes responderam que fumar aumenta o peso, enquanto que 54,9% (n=78) das meninas responderam que fumar faz o peso

diminuir e 38,4% dos escolares acreditam que não existe nenhuma diferença entre fumar e perder ou ganhar peso.

**Tabela 15 – Distribuição de escolares por gênero de acordo com o relacionamento e comportamento do grupo de amigos e o hábito de fumar. Florianópolis (SC), 2002.**

Relacionamento dos escolares	Categorias	Gênero						Qui-quadrado	p
		Masculino		Feminino		Total			
		N	%	N	%	N	%		
Aceitam cigarros oferecidos por um amigo	Com certeza não	96	69,1	83	58,5	179	63,7	15,51	0,001*
	Provavelmente não	19	13,7	41	28,9	60	21,4		
	Provavelmente sim	15	10,8	17	12,0	32	11,4		
	Com certeza sim	09	6,5	01	0,7	10	3,6		
Acreditam que os rapazes que fumam tem mais ou menos amigos	Mais amigos	19	13,7	15	10,6	34	12,1	3,86	0,276
	Menos amigos	26	18,7	18	12,7	44	15,7		
	Nenhuma diferença	94	67,6	108	76,1	202	71,9		
	Ignorado	00	0,0	01	0,7	01	0,4		
Acreditam que as meninas que fumam tem mais ou menos amigas	Mais amigos	17	12,2	09	6,3	26	9,3	7,32	0,025*
	Menos amigos	42	30,2	30	21,1	72	25,6		
	Nenhuma diferença	80	57,6	103	72,5	183	65,1		
Acreditam que fumar faz ganhar ou perder peso	Ganhar peso	26	18,7	14	9,9	40	14,2	8,14	0,017*
	Perder peso	55	39,6	78	54,9	133	47,3		
	Nenhuma diferença	58	41,7	50	35,2	108	38,4		
Escolares que têm colegas fumantes	Não tem	53	38,1	41	28,9	94	33,5	4,55	0,208
	Algum	72	51,8	90	63,4	162	57,7		
	A maioria	11	7,9	10	7,0	21	7,5		
	Todos	03	2,2	01	0,7	04	1,4		
Acham meninos que fumam atraentes	Mais atraentes	06	4,3	05	3,5	11	3,9	11,52	0,009*
	Menos atraentes	66	47,5	90	63,4	156	55,5		
	Nenhuma diferença	67	48,2	44	31,0	111	39,5		
	Ignorado	00	0,0	03	2,1	03	1,1		
Acham meninas que fumam atraentes	Mais atraentes	09	6,5	04	2,8	13	4,6	3,93	0,269
	Menos atraentes	103	74,1	102	71,8	205	73,0		
	Nenhuma diferença	27	19,4	35	24,6	62	22,1		
	Ignorado	00	0,0	01	0,7	01	0,4		

## 5.7 Cessação

**Tabela 16 – Distribuição por gênero de escolares fumantes que receberam conselhos para parar de fumar. Florianópolis (SC), 2002.**

Aconselhamento	Gênero						Qui- quadrado	p
	Masculino		Feminino		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Profissional de saúde	01	2,9	01	2,7	02	2,8		
Amigo	07	20,0	10	27,0	17	23,6		
Membro da família	03	8,6	02	5,4	05	6,9	3,63	0,459
De todos os três	03	8,6	08	21,6	11	15,3		
Não recebeu	21	60,0	16	43,2	37	51,4		
Total	35	48,6	37	51,4	72	100,0		

Na Tabela 16, quando perguntados sobre parar de fumar, 48,6% dos escolares fumantes já receberam conselhos para abandonar o hábito. Destes, 23,6% (n=17) receberam o conselho de um amigo; 2,8% (n=02) de um profissional de saúde; e em 15,3% (n=11) das vezes, o conselho veio de três indivíduos, ou seja, de um profissional de saúde, de um amigo e de um familiar. Nota-se nesta variável a influência de seus pares no momento de parar de fumar.

**Tabela 17 – Distribuição por gênero de escolares fumantes que gostariam de parar de fumar. Florianópolis (SC), 2002.**

Categoria	Gênero						Qui- quadrado	P
	Masculino		Feminino		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Sim	01	7,7	08	72,7	09	37,5	10,3	0,001*
Não	12	92,3	03	27,3	15	62,5		
Total	13	54,2	11	45,8	24	100,0		

Na Tabela 17, os escolares fumantes foram perguntados se gostariam de parar de fumar. Apenas 37,5% (n=09) responderam que sim. Destes, 72,7% são meninas e 7,7% (n=01) são rapazes. Entretanto, 62,5% (n=15) não estão interessados em parar de fumar, dos quais 92,3% são rapazes.

Nesta análise o valor de p foi significativo ( $p=0,001$ ) e chama atenção o percentual de rapazes (92,3%) que não gostariam parar de fumar.

### **5.8. Percepção dos escolares frente a abordagem do tema tabagismo nas escolas públicas e privadas**

Foram colhidos os dados de escolares de três escolas públicas e quatro escolas privadas

Na Tabela 18 foi observado que, quando perguntados se cigarro e saúde foram tema de aula no último semestre, 24,9% (n=70) dos escolares respondeu afirmativamente, sendo destes 24,8% (n=58) alunos de escolas privadas e 25,5% (n=12) de escolas públicas. Em relação a aulas no ano letivo sobre os efeitos nocivos do cigarro, 38,4% (n=108) respondeu que sim, sendo 14,9% (n=07) de escolas públicas e 43,2% (n=101) de escolas privadas. Neste item, o valor de p foi estatisticamente significativo ( $p<0.001$ ).

Verificou-se que, quando perguntados se foram debatidas em aula no ano em curso as razões pelas quais os adolescentes fumam, 34,2% (n=96) respondeu que sim, sendo destes 23,4% (n=11) de escolas públicas e 36,3% (n=85) de escolas privadas. Porém 32,7% (n=92) dos escolares responderam que não e praticamente um terço, isto é, 33,1% (n=93) não tinham certeza ou não lembrava, sendo destes 33,3% (n=78) de escola privada e 31,9% (n=15) de escola pública.



**Tabela 18 – Distribuição por escolas em relação ao tema educativo tabagismo e saúde. Florianópolis (SC), 2002.**

Tema educativo	Categoria	Escolas						Qui- quadrado	p
		Privadas		Públicas		Total			
		N	%	N	%	N	%		
Quando cigarro e saúde foram tema de aula	Nunca	39	16,7	10	21,3	49	17,4	4,34	0,501
	Neste semestre	45	19,2	04	8,5	49	17,4		
	No último semestre	58	24,8	12	25,5	70	24,9		
	Há dois semestres	27	11,5	04	8,5	31	11,0		
	Há três semestres	11	4,7	03	6,4	14	5,0		
	Há mais de um ano	54	23,1	14	29,8	68	24,2		
Neste ano letivo falaram dos efeitos nocivos do cigarro	Sim	101	43,2	07	14,9	108	38,4	14,97	< 0,001*
	Não	76	32,5	27	57,4	103	36,7		
	Não tenho certeza	57	24,4	13	27,8	70	24,9		
Neste ano letivo falaram dos perigos do cigarro	Sim	116	49,6	17	36,2	133	47,3	3,13	0,208
	Não	45	19,2	13	27,7	58	20,6		
	Não tenho certeza	73	31,2	17	36,2	90	32,0		
Foram debatidas em aula, neste ano, as razões pelas quais os adolescentes fumam	Sim	85	36,3	11	23,4	96	34,2	4,39	0,111
	Não	71	30,3	21	44,7	92	32,7		
	Não tenho certeza	78	33,3	15	31,9	93	33,1		

No estudo percebeu-se que a maioria dos adolescentes reconhece o risco do tabagismo e estão esclarecidos sobre os malefícios do cigarro para sua saúde. Entretanto alguns continuam a fumar. Isso nos faz pensar que outros fatores do cotidiano também estão interagindo na permanência do hábito de fumar na população de escolares.

## VI DISCUSSÃO

O início da experimentação do cigarro entre a pré-adolescência e adolescência, ou seja, entre 11 e 15 anos, em Florianópolis, confirma a prevalência verificada em estudos de outras regiões do país e do mundo (LANIADO et al,1994). Em Santiago, no Chile, Ivanovic (1997) e colaboradores encontraram a faixa etária entre 13 e 15 anos (15,4%), sendo que não foi verificada associação estatística em relação ao gênero. Um estudo regional feito por Novaes (2002), em Blumenau (SC), mostra uma prevalência semelhante à encontrada em Florianópolis.

Em relação à prevalência do uso do cigarro alguma vez na vida, o encontrado em escolares de Florianópolis foi de 41,3% . Dados semelhantes foram evidenciados por Baus e Kupek (1997) em estudo realizado numa escola pública de Florianópolis (41,8%). A prevalência encontrada por Novaes, em Blumenau, em 2002, foi semelhante (39,4%). A prevalência de Florianópolis também pode ser comparada a algumas capitais do país que, no ano de 2002, realizaram a mesma pesquisa do VIGESCOLA (BRASIL, 2004a). Dentre as cidades com percentuais semelhantes podemos citar São Luis (41,5%), João Pessoa (43,5%), Boa Vista (43,0%) e Natal (39,5%).

No que diz respeito a escolares fumantes, o estudo em Florianópolis evidenciou uma prevalência de 12,9%. O inquérito do VIGESCOLA no mesmo ano (BRASIL, 2004a) em outras capitais mostrou uma prevalência semelhante em Boa Vista (13,5%) e Natal (14,0%). No estudo de Baus e Kupek, de 1997, a prevalência de fumantes encontrada foi menor (9,0%). O estudo realizado por Muza et al, no ano de 1990, em Ribeirão Preto (SP), verificou uma prevalência de adolescentes fumantes um pouco acima do encontrado em Florianópolis (15,4%). No estudo sobre tabagismo em escolares realizado por Ivanovic (1997), na cidade de Santiago do Chile, houve prevalência semelhante (10,6%).

Pelo resultado encontrado em Florianópolis, verificou-se que um terço dos que experimentaram fumar alguma vez na vida tornou-se fumante regular. Neste sentido, a escola pode vir a ser um local de conscientização.

O percentual de escolares que iniciou o hábito de fumar com idade inferior a 14 anos é significativo no estudo realizado, correspondendo a 64,3%. Várias pesquisas apontam para uma relação entre a dependência e a precocidade (ROSEMBERG, 2004). Este fato pode ser estratégico para as indústrias de tabaco, fazendo com que campanhas antitabaco se tornem cada vez mais necessárias e presentes, principalmente, nas escolas de ensino fundamental. Sugere-se que as campanhas antitabaco sejam intensificadas nas mesmas.

Outro fato verificado é que a iniciação ao tabagismo diminui muito após os 16 anos de idade, ou seja, apenas 4,5% relataram ter iniciado após essa idade. Esta constatação foi observada também por Ivanovic et al (1997), onde relata que no Chile apenas 2,7% dos adolescentes iniciam o hábito de fumar a partir dos 16 anos de idade. Pode-se concluir que, se os indivíduos conseguirem permanecer longe do tabaco no período crítico da adolescência é muito provável que não se tornarão fumantes no futuro.

Encontrou-se um percentual significativo (48,3%) de escolares que já experimentou fumar alguma vez na vida, em relação aos pais fumantes. Verificou-se a associação da experimentação com a presença de pais fumantes ( $p < 0,001$ ). Cabe um alerta, uma vez que a criança e o adolescente tornam-se fumantes passivos, além de constatarem no exemplo dos pais uma atitude de comportamento. No estudo de outras capitais brasileiras (BRASIL, 2004a), dados semelhantes aos de Florianópolis foram observados, como em Boa Vista (49,9%), Goiânia (48,4%), Campo Grande (47,8%).

Quanto ao conhecimento que os escolares têm sobre os malefícios do cigarro, resposta semelhante foi encontrada por Moraes em 1991 (99,0%) na cidade de Amparo (SP). A maioria dos escolares de Florianópolis (92,5%) acredita que o cigarro faz mal para a saúde, entretanto, a prevalência de experimentação (41,6%) e de fumantes regulares (12,8%) é elevada.

A análise dos dados referentes à obtenção dos cigarros mostrou que, entre os escolares que fumam, boa parte compra seus cigarros. Também foi observado que, dentre aqueles que compram seus próprios cigarros, a maioria (87,0%) não encontrou

dificuldades em adquiri-los, apesar de serem menores de idade. Dados semelhantes foram encontrados no estudo do VIGESCOLA realizado em 2002 (BRASIL, 2004a) em Fortaleza (89,9%), Campo Grande (88,8%), Aracaju (88,6%), Natal (88,4%), Goiânia (87,2%).

Em relação aos anúncios pró-tabaco, a grande maioria dos escolares viu-os na televisão, jornais, revistas e *outdoors*. A influência da mídia é visível e segundo estudos de Evans et al, (apud, BRASIL, 2004a) “a iniciação ao tabagismo nos jovens é imensamente influenciada pela promoção e publicidade da indústria, que agora está em todos os cantos do planeta”.

Um fato surpreendente foi verificar que a maioria dos fumantes que não quer parar de fumar são rapazes, sendo que somente 7,7% afirmam que desejam parar de fumar. Quanto às meninas 72,7% querem parar de fumar. Estes resultados são diferentes dos encontrados no inquérito do VIGESCOLA (BRASIL, 2004a) em outras capitais, onde a maioria dos escolares revela ter intenção de parar de fumar. Em Palmas, por exemplo, 87,8% dos escolares responderam que desejam parar de fumar e em João Pessoa 83,2% dos escolares mencionam desejo de parar de fumar.

Outro fato que chama a atenção é o viés de memória encontrado nos escolares no que diz respeito ao tema saúde e cigarro como assunto em sala de aula. Aventa-se a possibilidade de que a ênfase dada ao assunto não tenha sido tão relevante.

## VII LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitações do estudo, considerou-se o número de questionários respondidos abaixo do esperado, comparado ao número de escolares matriculados na rede de ensino de Florianópolis, sendo que o fator que mais contribuiu foi que a maioria dos escolares não trouxe o termo de consentimento assinado pelos pais ou responsável quando da aplicação do questionário.

Foram selecionados pela equipe do VIGESCOLA através de sua metodologia, 24 escolas com um total de 2.163 alunos matriculados. Entretanto, foram preenchidos apenas 288 questionários, correspondendo a 13% dos alunos matriculados. Esta amostra foi rejeitada pelos organizadores do processo, sendo que os dados ficaram armazenados no CEPON.

Para que não se perdesse completamente a pesquisa realizada na capital de Santa Catarina, esses dados foram utilizados no desenvolvimento desta dissertação.

Destes foram utilizados os gabaritos de 281 questionários sendo que os demais foram excluídos por apresentarem um gabarito com mais respostas do que o questionário apresentava ou mais de uma resposta por questão e três questionários não continham informações quanto ao gênero dos entrevistados.

Outra limitação do estudo foi a impossibilidade de associações com a escola pública e privada, pois não houve igualdade estatística na proporção do número total de alunos.

## VIII CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas condições em que foi realizado o presente estudo, os dados descritos e analisados, a discussão dos resultados obtidos permitem dispor das conclusões apresentadas a seguir:

1. A prevalência da experimentação do cigarro de 41,3% nos escolares é alta, apesar de semelhante a outras capitais no nosso país, deve ser visto com atenção e servir de alerta para medidas de prevenção mais efetivas;

2. A prevalência de fumantes atuais de 12,8% ficou bem pouco abaixo da média nacional em estudo semelhante;

3. Os meninos iniciam o hábito de fumar mais cedo, entretanto, as meninas estão fumando mais na faixa etária de 14 a 15 anos, com um percentual de 49,1%. Isto confirma o que outras pesquisas já mostraram, ou seja, as mulheres estão fumando mais;

4. A prevalência do número de cigarros fumados foi semelhante a algumas capitais estudadas no mesmo ano, mas 32,4% já fumam de 2 a 15 cigarros por mês, o que pode levar a um aumento de dependência da nicotina pelo organismo;

5. Surpreendente o fato que 87% dos escolares comprou cigarros livremente, levando-se em conta que a lei proíbe a venda para menores, sugerindo haver necessidade de maior rigor no cumprimento das leis;

6. Dos escolares entrevistados, 5,7% recebeu cigarros gratuitamente de representantes. Número semelhante foi encontrado em outras capitais brasileiras. Cabe um alerta, pois não deixa de ser forma ilegal de indução ao tabagismo;

7. O número de escolares que assistem a anúncios pró-tabaco é alto, e acompanham os valores encontrados em outras capitais;

8. A maioria dos escolares não possui objetos com logotipo de marca de cigarros, o que é um fator positivo. Cabe ressaltar que a vigilância às empresas do tabaco deve ser mantida, pois os logotipos são formas sutis de propaganda;

9. A maioria dos escolares não fuma (70,9%) e seus pais também não são fumantes, porém, entre os escolares que fumam, 48,3% tem pais fumantes. Nota-se que quem mais contribui para que o escolar seja um fumante passivo é o próprio pai (49,5%) seguido da mãe (24,8%);

10. Os escolares, em sua maioria, assistiram campanhas antitabaco nos meios de comunicação, principalmente, através da televisão (90%). Percebe-se a importância destas campanhas no sentido de alertar e prevenir, voltando o olhar para a criança e o adolescente;

11. A maioria dos escolares tem noção dos malefícios do cigarro, apesar do número de fumantes ser elevado. A educação para a saúde e qualidade de vida deve ser a pauta nos setores educacionais;

12. O fato de 92,3% dos meninos que fumam não ter interesse em parar de fumar torna-se preocupante, e não está de acordo com o encontrado em outras capitais do país. A análise destes dados mostra a necessidade de um enfoque na adoção de medidas cabíveis para a diminuição destes números. Vale ressaltar que 72,2% das meninas querem parar de fumar.

13. Um item importante a ser considerado é que, 87,4% dos escolares não aceita um cigarro oferecido pelo colega. Esta convicção, em não aceitar, pode servir de base para uma vida sem tabaco.

14. Acredita-se que o resultado deste estudo poderá levar a uma mudança na forma de pensar de pais e educadores. A análise da prevalência entre escolares proporcionou uma caracterização dos fatores associados, subsidiando uma prevenção mais efetiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHULLI, A. MENEZES, A. M.B. MALCON, M. Epidemiologia do Tabagismo in *Epidemiologia das Doenças Respiratórias*. American Thoracic Society. Cap. 4 s.d. p. 159-171. Disponível em: < [http://www.toracic.org/education/ire/adobe/icc-capítulo\\_04.pdf](http://www.toracic.org/education/ire/adobe/icc-capítulo_04.pdf) htm >. Acesso em 12 out. 2003 às 11:30h.

AFUBRA. Associação dos Fumicultores do Brasil. *Surgimento da AFUBRA/Histórico da produção de fumo no Brasil*. Disponível em <http://www.afubra.com.br> >. Acesso em 10 fev. 2005 às 23:00h.

BAUS, J., KUPEK, E., PIRES, M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Rev. Saúde Pública*, 36(1):40-46, 2002.

BECKER, Daniel. *O que é adolescência*. Ed. Brasiliense, 2 ed 1986. 97p. Coleção Primeiros Passos, 159.

BOEIRA, Sérgio Luis. *Atrás da cortina de fumaça; Tabaco, Tabagismo e Meio Ambiente: estratégias da indústria e dilemas da crítica*. Florianópolis, 2000. 431f. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Santa Catarina.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Rev. Atualidades em tabagismo*. v.3, n.2 p. , 1994b.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp). *Ajudando o seu paciente a deixar de fumar*. Rio de Janeiro, 52 p. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 89p. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Estimativas da incidência e Mortalidade por câncer no Brasil*. Rio de Janeiro 2003. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/estimativas/2003/conteúdo.htm> >. Acesso em 06 out. 2003 às 15:30 h.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. Brasília: FNS/CENEPI, 1998.



BRASIL Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. *Fazendo pesquisa ,Vigilância de tabagismo em escolares.* Questionário, p.1-9,2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde f (MS).Instituto Nacional do Câncer. *Falando de tabagismo.* Rio de Janeiro. Disponível em:< <http://medjunior.vilabol.uol.com.br/falando.htm> >. Acesso em 06 out. 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. *VIGESCOLA – Vigilância do Tabagismo em Escolares – Dados e fatos de 12 capitais brasileiras.* Rio de Janeiro, V.1, 2004a.

BRASIL.Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo\ Arquivos secretos das indústrias do Tabaco. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo.index.asp>>. Acesso em 20 dez.2004b.

BRASIL.Ministério da Saúde (MS).*Legislação Federal de Controle do Tabagismo.* Disponível em: < [http://portalsaúde.gov.br/saúde/arquivos/pdf/leis\\_federais Tabaco pdf/](http://portalsaúde.gov.br/saúde/arquivos/pdf/leis_federais_Tabaco_pdf/) > Acesso em 12 mar. 2004 às 9:12h, 2004c.

BRASIL.Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo Jovem/Mulher e Tabaco. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo.index.asp>>. Acesso em 28 jan.2005a.

BRASIL.Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo\Convenção Quadro para o controle do tabaco. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo.index.asp>>. Acesso em 28 jan.2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo\Ação Global para o combate ao tabagismo 2005. Rio de Janeiro. Disponível em <[http://www.inca.gov.br/tabagismo/ação global ao combate ao tabagismo.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/ação_global_ao_combate_ao_tabagismo.pdf)>. Acesso em 28 jan.2005c.

BUENO, Francisco da Silveira. Dicionário escolar da língua portuguesa. 11.ed./12ª tiragem- Rio de Janeiro; FAE, 1992.

CARLINI-COTRIM B et al. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Revista Saúde Pública* 2000;34(6):636-45.

CDC Center for Disease Control and Prevention. Disponível em: <[http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts\\_espanol/globaluse\\_0,2.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts_espanol/globaluse_0,2.htm)>. Acesso em 29 jan.2005 às 15:18.

CHARLTON, A., MAYER, C. Children and Tobacco: the wider view. *Manual for taking action on tobacco use among children, especially in developing countries*, International Union Against Cancer (UICC).Prepared during a UICC workshop held at the Tata Memorial Centre,8-10 Dec 1989.Bombay, India. . UICC Publications Geneva, Switzerland, p. 87-99.1991.

DEAN, A.G. et al. EpiInfo. Computer program version 6.04: Word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta, Georgia, CDC. 1994.

DORLAND, *Dicionário de Ciências Médicas*, 5edicion TOMO II.Libreria El Ateneo.Editorial impreso en la Argentina 1976. Título original inglês "Dorland's Ilustrated Medical Dictionary".

EUROPEAN COMMISSION (EC) . Public Health in Europe Emplment & Social Affairs.*The european net work of health-promothing schools* (ENHPS). Manuscript. P. 85-91, Completed in 1997.

GIROTTO, C. A. et al. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en ingresantes universitarios. *Revista de Saúde Pública*, 30(6):576-586, 1996.

HENINGFIELD,E; NEMETH-COLSLETT,R. Interface entre tabaco e doenças relacionadas ao tabaco. *Revista Chest*, Suplemento.( traduzido do original Nicotin Dependence-Interface between Tobacco and Tobacco-related Disease). Illinois 93(2)1-12,1988.

HORTA, Bernardo Lessa, Tabagismo em gestantes de área urbana da região sul do Brasil,1982 e 1993.*Revista de Saúde Pública*, 31(3):247-53,1997.

ISHITAMI, L.H. ,FRANÇA, E. Desigualdades Socioespaciais e mortes precoces de Adultos na Região Centro-Sul do Município de Belo Horizonte em 1996. *Revista Epidemiológico do Sistema Único de Saúde*,9(4) 229-239, 2000.

IVANOVIC, D.M., et al. Factores que incidem en el habito de fumar de escolares de educacion basica y media del Chile. *Revista Saúde Pública*, .31(01) 30-43, 1997.

LANIADO, L. et al. Tabaquismo en niños y adolescentes de la ciudad de Tijuana, Mexico. *Boletín médico del hospital infantil de México*, v.51, n. 8, p.528-533, Ago, 1994.

LAURITSEN, J.M., BRUSS, M., MYATT, M.A. EpiData Version 2.1 an extended tool for validated entry and documentation of Data. The EpiData Association. Odense Denmark 2001-2002.

LESSA, I. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Bases Epidemiológicas. In: ROUQUAYROL MZ & ALMEIDA FILHO N. (eds.) *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. P.285-299.

LONDOÑO, F, et al. Factores relacionados com el consumo de cigarrillos en escolares adolescentes de la ciudad de Medellín. *Bol. Of. Sanit. Panam.* v. 112, n. 2, p.131-137, 1992.

MORAES, M.A., RODRIGUES, S., BARBOSA, M.A.B., CAVALCANTE, Z.O. Estudo da Prevalência do tabagismo em adolescentes do 1º e 2º graus. A criança e o adolescente como agente de mudança desse hábito, no município de Amparo- SP. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 44(1):60-69, jan./mar. 1991.

MUZA, G.M., et al. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). II- Distribuição do consumo por classes sociais. *Revista Saúde Pública*, v.31, n.2, p.163-170, 1997.

NOVAES, Artur José. Estilo de vida relacionado à saúde e hábitos comportamentais em escolares do ensino médio do município de Blumenau, SC: a influência da Escola. Florianópolis, 2002. 116f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Santa Catarina.

OMS, Organización Mundial de La Salud. *Tabaquismo y salud en las américas*. Atlanta, 1992. 240p.

OMS, Organização Mundial da Saúde, Centro Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Disponível em <<http://www.bireme.br/bvs/bireme/homepage.htm>>. Acesso em 12 fev.2005. – às 21.53h.

OSHIRO, M. Conocimiento y actitudes hacia el consumo de cigarrillos en estudiantes de educación secundaria de Lima Metropolitana y Callao. *Revista Psicoactiva*, v.4 n.8, p.109-132, 1990.

PEREIRA,M.G. Doenças não-infecciosas. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Ed.1995, [Reimp.2001] p. 419-447.

ROBBINS,S.L.Sistema Respiratório in *Patologia estrutural e funcional*. Rio de Janeiro: Interamericana Ltda,Ed. 1975, p.705-763.

ROSEMBERG, José. *Nicotina - Droga Universal*. 239 p. Ed.2004. Disponível em <http://inca.gov.br/tabagismo/publicações/nicotina.pdf> Acessado em 03/fev.2005 as 16:13h.

RUZANI, M.H., et al. Programa de capacitação multidisciplinar na área de atenção integral ao adolescente. *Revista Educacion médica y salud* , v.29, n.1, p.112-118.1995.

SANCEVERINO, S.L. Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio do município de Palhoça. Tubarão, 2003.75f. Dissertação (Mestrado) Universidade do Sul de Santa Catarina - SC.

SOUZACRUZ, *A empresa*. Site atualizado em Junho de 2004. Disponível em <<http://www.souzacruz.com.br>> Acessado em 02 fev.2005- às 18:30h.

WARREN ,W. Charles, et al. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project - Special theme -Tobacco. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (7).

WHO,World Health Organization. Tobacco. Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/htm>>. Acesso em 27 jan.2005. – às 15:15h.

## ANEXOS

**ANEXO I** Questionário aplicado pelo INCA/CEPON/SES aos escolares de Florianópolis em 2002 que participaram do Inquérito escolar VIGESCOLA.

1. Alguma vez você já tentou ou experimentou fumar cigarros, mesmo uma ou duas tragadas?  
A) Sim  
B) Não
  
2. Quantos anos você tinha quando fumou seu primeiro cigarro?  
A) Nunca fumei cigarros  
B) 7 anos ou menos  
C) 8 ou 9 anos  
D) 10 ou 11 anos  
E) 12 ou 13 anos  
F) 14 ou 15 anos  
G) 16 anos ou mais
  
3. Nos últimos 30 dias (um mês) em quantos dias você fumou cigarros?  
A) 0 dias  
B) 1 ou 2 dias  
C) 3 a 5 dias  
D) 6 a 9 dias  
E) 10 a 19 dias  
F) 20 a 29 dias  
G) Todos os 30 dias
  
4. Nos últimos 30 dias (um mês), nos dias em que fumou, quantos cigarros fumou em média?  
A) Não fumei cigarros nos últimos 30 dias (um mês)  
B) Menos de um cigarro por dia  
C) 1 cigarro por dia  
D) 2 a 5 cigarros por dia  
E) 5 a 10 cigarros por dia  
F) 11 a 20 cigarros por dia  
G) Mais de 20 cigarros por dia
  
5. Quantos cigarros você fumou em toda a sua vida?  
a) Nenhum  
b) 1 a 2 tragadas  
c) 1 cigarro a 5 cigarros  
d) de 6 a 15 cigarros

- e) de 16 a 25 cigarros
- f) de 25 a 99 cigarros
- g) mais de cem cigarros

6. Quantos anos você tinha quando começou a fumar cigarros diariamente?

- a) Nunca fumei cigarros diariamente
- b) 9 anos ou menos
- c) de 10 e 11 anos
- d) de 12 e 13 anos
- e) de 14 e 15 anos
- f) 16 anos ou +

7. De um ano para cá, você fumou algum cigarro?

- a) Sim
- b) Não

8. Nos últimos trinta dias (um mês), em geral, como você conseguiu seus próprios cigarros?

- a) Não fumei cigarros nos últimos trinta dias(um mês)
- b) Eu os comprei numa loja, botequim, ou vendedor ambulante
- c) Dei dinheiro para alguém comprar para mim
- d) Eu os pedi a alguém
- e) Eu os roubei
- f) Uma pessoa mais velha me deu
- g) Eu os consegui de outro modo

9. Que tipo de cigarro você fuma mais?

- a) Não fumo
- b) Baixos teores
- c) Teores regulares
- d) De bali (cravo)
- e) Outros

10. Nos últimos 30 dias (um mês), que marca de cigarros você fumou mais?

- a) Não fumei cigarros nos últimos trinta dias (um mês)
- b) Nenhuma marca habitual
- c) Capri/Charm/Benson Hedges/Chancellor
- d) Carlton/Free/Lucky Strike/Camel/Galaxy/Parlament/Malboro
- e) Hollywood/Plaza/Ritz/Hilton/Continental/L&M/Lark/Mustang
- f) Derby/Belmont/Dallas
- g) Panther/São Paulo/Pulman/Sussex/Fly/Indy/Bacana
- h) Outros

11. Como você compra cigarros, com maior frequência?

- a) Nunca fumei cigarros
- b) A varejo
- c) Por maço
- d) Não compro cigarros

12. Quanto você paga habitualmente por maço de cigarros?

- a) Não fumo cigarros
- b) Não compro cigarros ou não os compro em carteiras
- c) R\$ 2,50
- d) R\$ 1,80
- e) R\$ 1,25
- f) R\$ 1,10
- g) Menos de R\$ 1,00
- h) R\$ 5,50

13. Nos últimos 30 dias (um mês), quanto você acha que gastou com cigarros?

- a) Não fumo cigarros
- b) Não compro meus cigarros
- c) Menos de R\$ 1,00
- d) Mais de R\$ 1,00 e menos de R\$ 6,25
- e) Mais de R\$ 6,25 e menos de R\$ 12,50
- f) Mais de R\$ 12,50 e menos de R\$ 25,00
- g) Mais de R\$ 25,00

14. No período de um mês (trinta dias), quanto você tem, em média, para gastar com você (pensão, mesada, salário, etc?)

- a) Não recebo nenhuma quantia para despesas miúdas (ou renda, mesada, etc)
- b) Menos de R\$ 1,00
- c) De R\$ 1,00 a R\$ 5,00
- d) De R\$ 6,00 a R\$ 10,00
- e) De R\$ 11,00 a R\$ 20,00
- f) De R\$ 20,00 a R\$ 30,00
- g) Mais de R\$ 30,00

15. Nos últimos 30 dias (um mês) alguém se recusou a lhe vender cigarros em função de sua idade?

- a) Não tentei comprar cigarros nos últimos trinta dias (um mês)
- b) Sim, alguém se recusou a me vender cigarros em função de minha idade
- c) Não, minha idade não me impediu de comprar cigarros

17. Nos últimos 30 dias (um mês), você usou outros produtos que contém tabaco, além de

cigarros (por exemplo, fumo de mascar, rapé, pasta, charutos, cigarrilhas, charutos pequenos, cachimbo)?

- a) Sim
- b) Não

17. Em que local você fuma com mais freqüência?

- a) Nunca fumei cigarros
- b) Em casa
- c) Na escola
- d) No trabalho

- e) Na casa de amigos
- f) Em eventos sociais
- g) Em locais públicos (praças, shoppings, calçadas)
- h) Outros

18. É mais provável que você fume depois de ter ingerido bebidas alcoólicas ou usado outra droga? ( Maconha, Solventes, Cocaína, Estimulantes, Benzodiazepínicos, Esteróides Anabolizantes, etc.)?

- a) Nunca fumei cigarros
- b) Não fumo mais cigarros
- c) Eu fumo mas não bebo álcool ou uso outras drogas
- d) Não, fumo menos quando bebo álcool ou uso outras drogas
- e) Sim, fumo mais quando bebo álcool ou uso outras drogas
- f) Fumo a mesma quantidade quando bebo álcool ou uso outras drogas

19. Você fuma cigarro ou sente vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã?

- a) Nunca fumei cigarros
- b) Não fumo mais cigarros
- c) Não, não fumo nem sinto vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã
- d) Sim, às vezes fumo ou tenho vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã
- e) Sim, sempre fumo ou tenho vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã

20. Seu pais fumam?

- a) Nenhum dos dois
- b) Ambos
- c) Somente o pai
- d) Somente a mãe
- e) Não tenho pais/ não sei

21. Seus pais sabem que você fuma cigarros?

- a) Eu não fumo cigarros
- b) Sim meu pai
- c) Sim, minha mãe
- d) Sim, meu pai e minha mãe
- e) Não
- f) Não tenho pais/ não sei

22. Se um de seus melhores amigos lhe oferecer um cigarro, você aceita?

- a) Com certeza não
- b) Provavelmente não
- c) Provavelmente sim
- d) Com certeza sim

23. Alguém de sua família já lhe falou a respeito dos efeitos danosos de fumar?

- a) Sim
- b) Não

24. Você acha que vai fumar um cigarro em qualquer dia nos próximos 12 meses?



- a) Com certeza não
- b) Provavelmente não
- c) Provavelmente sim
- d) Com certeza sim

25. Você acha que daqui a 5 anos estará fumando cigarros?

- a) Com certeza não
- b) Provavelmente não
- c) Provavelmente sim
- d) Com certeza sim

26. Você acha difícil alguém largar os cigarros depois de começar a fumar?

- a) Com certeza não
- b) Provavelmente não
- c) Provavelmente sim
- d) Com certeza sim

27. Você acha que os rapazes que fumam têm menos ou mais amigos?

- a) Mais amigos
- b) Menos amigos
- c) Nenhuma diferença dos não fumantes

28. Você acha que meninas que fumam têm menos ou mais amigos?

- a) Mais amigos
- b) Menos amigos
- c) Nenhuma diferença das não fumantes

29. O cigarro faz com que as pessoas se sintam menos ou mais à vontade em comemorações, festas ou outras reuniões sociais?

- a) Mais à vontade
- b) Menos à vontade
- c) Nenhuma diferença dos não fumantes

30. Você acha que fumar cigarros torna os rapazes menos ou mais atraentes?

- a) Mais atraentes
- b) Menos atraentes
- c) Nenhuma diferença dos não fumante

31. Você acha que fumar cigarros torna as meninas menos ou mais atraentes?

- a) Mais atraentes
- b) Menos atraentes
- c) Nenhuma diferença dos não fumantes

32. Você acha que fumar cigarros faz você ganhar ou perder peso?

- a) Ganhar peso
- b) Perder peso
- c) Nenhuma diferença

33. Você acha que fumar cigarros é prejudicial à sua saúde?
- a) Com certeza não
  - b) Provavelmente não
  - c) Provavelmente sim
  - d) Com certeza sim
34. Algum de seus amigos mais próximos fuma cigarros?
- a) Nenhum
  - b) Alguns
  - c) A maioria
  - d) Todos
35. Quando você vê um homem fumando, o que pensa dele?
- a) Que não tem confiança em si
  - b) É burro
  - c) É um perdedor
  - d) É um vencedor
  - e) É inteligente
  - f) É macho
36. Quando você vê uma mulher fumando, o que pensa dela?
- a) Que não tem confiança em si
  - b) É burra
  - c) É uma perdedora
  - d) É uma vencedora
  - e) É inteligente
  - f) É sofisticada
37. Você acha que é seguro fumar durante um ou dois meses desde que se abandone este comportamento após esse período?
- a) Com certeza não
  - b) Provavelmente não
  - c) Provavelmente sim
  - d) Com certeza sim
38. A mulher grávida que fuma, para não prejudicar a saúde de seu bebê deve fumar, no máximo, 3 cigarros ao dia
- a) Verdadeiro
  - b) Falso
39. As pessoas que fumam mais de 20 cigarros ao dia e pessoas que fumam até 05 cigarros ao dia têm a mesma chance de adoecerem de câncer
- a) Verdadeiro
  - b) Falso
40. Pessoas que fumam cigarros com baixos teores de alcatrão e nicotina (os chamados cigarros light, suaves, leves) têm menos doenças causadas pelo cigarro do que aquelas que fumam cigarros com altos teores de alcatrão e nicotina.

- a) Verdadeiro
- b) Falso

41. Pessoas que nunca fumaram e que passam anos respirando a fumaça de cigarros de outras pessoas, podem morrer de várias doenças, inclusive do coração.

- a) Verdadeiro
- b) Falso

42. É muito difícil deixar de fumar porque a nicotina é uma droga e causa dependência.

- a) Verdadeiro
- b) Falso

43. Você acha que os fumantes devem pedir permissão para fumar perto de outras pessoas?

- a) Sim
- b) Não

44. Se alguém pede permissão para fumar perto de você, você permite?

- a) Sim
- b) Não

45. Você acha que a fumaça do cigarro dos outros lhe é prejudicial?

- a) Com certeza não
- b) Provavelmente não
- c) Provavelmente sim
- d) Com certeza sim

46. Nos últimos 7 dias, em quantos dias fumaram em sua casa, na sua presença?

- a) 0 dia/ Nenhum dia
- b) 1 a 12 dias
- c) 3 a 4 dias
- d) 5 a 6 dias
- e) 7 dias

47. Nos últimos 7 dias, em quantos dias fumaram na sua presença fora de sua casa?

- a) 0 dia/ Nenhum dia
- b) 1 a 12 dias
- c) 3 a 4 dias
- d) 5 a 6 dias
- e) 7 dias

48. Você é a favor da proibição de fumar em locais públicos (como restaurantes, ônibus, transportes coletivos e trens, escolas, plays, academias de ginástica e estádios esportivos, discotecas)?

- a) Sim
- b) Não

49. Você quer para de fumar agora?

- a) Eu nunca fumei cigarros
- b) Eu não estou fumando
- c) Sim
- d) Não

50. Neste ano que passou você alguma vez tentou parar de fumar cigarros?

- a) Eu nunca fumei cigarros
- b) Eu não fumei neste ano que passou
- c) Sim
- d) Não

51. Há quanto tempo você parou de fumar?

- a) Eu nunca fumei cigarros
- b) Não parei de fumar
- c) 1-3 meses
- d) 4-11 meses
- e) Um ano
- f) 2 anos
- g) 3 anos ou mais

52. Qual foi a principal razão para você decidir para de fumar?

- a) Eu nunca fumei cigarros
- b) Não parei de fumar
- c) Para melhorar minha saúde
- d) Para economizar dinheiro
- e) Porque minha família não gosta
- f) Porque maus amigos não gostam
- g) Outros

53. Você acha que consegue parar de fumar, se quiser?

- a) Eu nunca fumei cigarros
- b) Já parei de fumar
- c) Sim
- d) Não

54. Você já recebeu alguma ajuda ou conselho para lhe ajudar a parar de fumar?

- a) Eu nunca fumei cigarros
- b) Sim, de um profissional de saúde
- c) Sim, de um amigo
- d) Sim, de um membro da família
- e) Sim, de profissionais de saúde e/ou amigos e/ou membros da família
- f) Não

55. Nos últimos 30 dias (um mês), quantas mensagens antitabagistas (contra o cigarro) você viu através dos meios de comunicação (televisão, rádio, cartazes, posters, jornais, revistas, filmes)?

- a) Muitas
- b) Poucas

c) Nenhuma

56. Quando você vai a eventos esportivos, feiras concertos, eventos comunitários ou reuniões sociais, com que frequência, vê mensagens antitabagistas (contra o cigarro)?

- a) Nunca vou a eventos esportivos, feiras....
- b) Muitas vezes
- c) Às vezes
- d) Nunca

57. Quando você vê televisão, vídeos ou filmes, com que frequência vê atores fumando?

- a) Nunca vejo televisão, vídeos, filmes
- b) Muitas vezes
- c) Às vezes
- d) Nunca

58. Você tem algo (camiseta, caneta, mochila, etc) com o logotipo de marca de cigarro?

- a) Sim
- b) Não

59. Nos últimos trinta dias, quando você assistiu a eventos esportivos ou outros programas na TV, com que frequência você viu propagandas de marcas de cigarros?

- a) Nunca vejo TV
- b) Muitas vezes
- c) Às vezes
- d) Nunca

60. Nos últimos 30 dias, quantos anúncios de propaganda de cigarros você viu em cartazes, outdoors?

- a) Muitos
- b) Poucos
- c) Nenhum

61. Nos últimos 30 dias, quantos anúncios ou promoções de cigarros você viu em jornais ou revistas?

- a) Muitos
- b) Poucos
- c) Nenhum

62. Quando você vai a eventos esportivos, feiras concertos, eventos comunitários, com que frequência vê anúncios de cigarros?

- a) Nunca vou a eventos esportivos, feiras....
- b) Muitas vezes
- c) Às vezes
- d) Nunca

63. Algum representante de cigarros já lhe ofereceu cigarros gratuitamente?

- a) Sim
- b) Não

64. Durante este ano letivo, em alguma aula lhe falaram a respeito dos perigos do cigarros?
- a) Sim
  - b) Não
  - c) Não tenho certeza/Não me lembro
65. Neste ano letivo, foram debatidas em aula as razões pelas quais as pessoas de sua idade fumam?
- a) Sim
  - b) Não
  - c) Não tenho certeza/Não me lembro
66. Neste ano letivo, em alguma aula lhe falaram dos efeitos do cigarro, como amarelar os dentes, provocar rugas ou fazer você cheirar mal?
- a) Sim
  - b) Não
  - c) Não tenho certeza/Não me lembro
67. Qual foi a última vez que o cigarro e a saúde foram tema de aula?
- a) Nunca
  - b) Neste semestre
  - c) No último semestre
  - d) Há 2 semestres
  - e) Há 3 semestres
  - f) Há mais de um ano
68. Quantos anos você tem?
- a) 12 anos
  - b) 13 anos
  - c) 14 anos
  - d) 15 anos
  - e) 16 anos
  - f) 17 anos ou +
69. Qual o seu gênero?
- a) Masculino
  - b) Feminino
70. Em que série você está?
- a) 7ª série do Ensino Fundamental (Antigo 1º grau)
  - b) 8ª série do Ensino Fundamental (Antigo 1º grau)
  - c) 1º série do Ensino médio (Antigo 2º grau)