

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

FRANSLEY LIMA SANTOS

**TABAGISMO ENTRE ACADÊMICOS DA
ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO, RIBEIRÃO PRETO - 2009**

FRANSLEY LIMA SANTOS

**TABAGISMO ENTRE ACADÊMICOS DA ÁREA
DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO, RIBEIRÃO PRETO – 2009**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, junto ao Departamento de Medicina Social para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área: Saúde na Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

SANTOS, FRANSLEY LIMA

Tabagismo entre acadêmicos da área de saúde da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – 2009, Ribeirão Preto, 2010 84f.

Dissertação a ser apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Área de concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Professor Doutor Antonio Ruffino Netto

1. Tabagismo 2. Acadêmicos 3. Universitários 4. Área de saúde

FOLHA DE APROVAÇÃO

SANTOS, Fransley Lima

Tabagismo entre acadêmicos da área de saúde da Universidade de São Paulo,
Ribeirão Preto – 2009.

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, junto ao
Departamento de Medicina Social para
obtenção do título de Mestre em
Ciências da Saúde.
Área: Saúde na Comunidade.

Aprovada em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

À minha mãe pelo amor, dedicação e oração...se desfazendo dos seus sonhos
para construir os nossos.

AGRADECIMENTOS

Às vezes é necessário desconstruir para refazer-se melhor. Mudei de planos, mudei de cidade, fiquei longe das pessoas que eu amo... perdi pessoas que amo...Por isso primeiramente quero agradecer a Deus pela presença constante em minha vida nessa jornada. Sem Ele não teria as forças para conquistar lugares mais altos.

À minha família: mãe, irmãos, irmãs, sobrinhos... que souberam compreender minha ausência necessária e, mesmo mergulhados em saudades, me apoiaram e me incentivaram constantemente. Amo vocês!

Ao meu orientador Professor Dr. Antonio Ruffino Netto, pela orientação efetiva, amizade e dedicação na condução de um amadurecimento profissional gratificante. Muito obrigado pela oportunidade de conhecer o imenso e apaixonante campo da pesquisa.

A todos os alunos que participaram desse estudo, pela disponibilidade e oportunidade de colaborar o com essa conquista.

A todos os professores da Faculdade de Medicina e de Enfermagem que colaboraram na coleta dos dados cedendo, de alguma forma, seu tempo para a realização desta pesquisa.

Aos funcionários e professores do Departamento de Medicina Social em especial: Mônica, Carol, Solange, Prof^a Dr^a Daniela e Prof. Dr. Afonso. Muito obrigado pela colaboração e ajuda na solução dos problemas.

Aos amigos Augusto, Lucila, Cesário, Milena, Mary e Fábio. Obrigado pela Amizade e momentos de descontração.

Aos colegas de trabalho e alunos da UNIARA pelo incentivo freqüente. Vocês só contribuem para aumentar minha paixão pela docência.

Kity e Flávio. Muito obrigado pela força, orientações, sugestões e, sobretudo amizade. Vocês têm grande participação nessa conquista.

Ao Leandro que nos momentos difíceis dessa reta final soube de um jeito especial trazer alegria, força, companheirismo e atenção, amenizando as dores, as tristezas e as dificuldades.

À Agnes. Minha grande amiga e parceira em todos os momentos.

A todos àqueles que de alguma forma colaboraram direta ou indiretamente com essa conquista. Em meio a tantos nomes e situações é provável que tenha esquecido os agradecimentos a uma ou outra pessoa. A estes, minhas sinceras desculpas.

RESUMO

SANTOS, FRANSLEY LIMA. **Tabagismo entre acadêmicos da área de saúde da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – 2009.** 80 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

O tabagismo vem sendo considerado um grave problema de saúde pública pela OMS visto que milhares de pessoas morrem anualmente vítimas de doenças relacionadas ao tabaco. O objetivo desta pesquisa foi analisar o padrão do consumo do tabaco entre os acadêmicos da área de saúde da Universidade de São Paulo Campus de Ribeirão Preto no ano letivo de 2009. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, modelo inquérito, com uma abordagem metodológica quantitativa. Participaram 745 alunos de três cursos da área de saúde: Medicina, Enfermagem Bacharelado e Enfermagem Licenciatura de ambos os sexos. Foi utilizado um questionário baseado no questionário adotado pelo INCA para avaliação do tabagismo e o Teste de Fagerström para Dependência Nicotínica utilizado para medir o grau de Dependência Nicotínica. A prevalência de fumantes foi de 57 indivíduos (7,7%). Os homens constituíram a maior parte dos fumantes (52,6%) enquanto as mulheres ficaram um pouco abaixo (47,4%). A média de idade foi de 21,9 para fumantes e de 20,8 anos para os não fumantes. A idade de experimentação do cigarro concentrou-se na faixa dos 11 aos 17 anos. Os amigos foram os maiores influenciadores na experimentação do tabaco (78,2%), seguido do cinema/TV (10,2%) e fumo dos pais (6,1%). A maioria dos entrevistados (61,8%) declarou que o pai e/ou mãe fumam ou já fumaram. Em relação à renda familiar, a maioria (48,5%) ficou acima dos seis salários mínimos vigentes à época da pesquisa. A religião mostrou-se como um fator de proteção ao vício do tabaco, pois 16,1% dos tabagistas não possuíam religião. Grande parte dos entrevistados (79,9%) acredita que pode exercer alguma influência no paciente na cessação do hábito de fumar bem como revelam-se um modelo de comportamento para seu paciente (65%). Nesse sentido, a maioria (55,7%) também acredita que os profissionais que fumam são menos propensos a aconselhar seus pacientes a parar de fumar. O desejo de parar de fumar foi manifestado por 63,2% dos fumantes e a Dependência Nicotínica avaliada ficou como Baixa ou Muito Baixa na maioria dos tabagistas. A experimentação de outros produtos do tabaco foi observada em 58,3% de toda a amostra e 86% dos fumantes declararam já ter experimentado a maconha. Entre os não fumantes esse número foi de 22,8%. Na comparação com a prevalência encontrada em 1986 houve uma queda acentuada de 14,2% neste ano para 7,7% em 2009. A tendência de declínio da prevalência de fumantes nos estudantes da área de saúde parece seguir os mesmos caminhos da sociedade em geral, mas esse percentual ainda é muito alto especialmente por tratar-se de estudantes da saúde. Espera-se que este estudo viabilize uma discussão por setores da sociedade e acadêmicos em geral para propor medidas preventivas e de controle do tabagismo entre universitários, sobretudo nos estudantes da área de saúde.

Palavras-chaves: Tabagismo; Acadêmicos; Área de saúde.

ABSTRACT

SANTOS, FRANSLEY LIMA. **Tobacco smoking habits among public health students at the University of São Paulo, Ribeirão Preto – 2009**. 80 f. Dissertation (Master degree) – School of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Smoking habits have been considered a serious public health problem by the OMS (WHO em ingles) since thousands of people die from smoking-related diseases. The aim of the current report was to evaluate pattern and prevalence of smoking among public health students at the University of São Paulo (College of Ribeirão Preto) during the 2009-2010 school years. The results were statistically elaborated by using descriptive methods. This study was conducted with 745 medicine and nursing (bachelor and graduation degrees) students who answered a questionnaire adopted by INCA and the Fagerström Teste for Nicotine Dependence. The prevalence of current smoking was 7.7% (57 students - 52.6% were male and 47.4% female), where the influence of friends (78.2%), movies, tv (10.2%) and the parents (6.1%) were the most cited reason to commence such habit. Most subjects informed that they have started smoking at the age group of 11 to 17 years old. 61.8% of the interviewed had a smoking family member (father and/or mother). Religion practice is probably a factor that prevents the tobacco addiction because 16.1% of the smokers are atheist. 79.9% of the interviewed stated that they provide information to their patients about smoking risks and assume they could be a role model for their patients (65%). In addition, 55.7% of the students believe that professionals in the public health care who smoke are less inclined to advise their patients to stop smoking. 63.4% of the students reported to be willing to quit smoking and the nicotine dependence assessed was considered lower or very lower. Smokers (86%) and non-smokers (22,8%) reported having experimented pot. A significant decrease in smoking prevalence among public health student at the University of São Paulo (College of Ribeirão Preto) was observed comparing data from a study in 1986 (that reported a smoking prevalence of 14.2%). Thus, our data corroborates the world trend decline in prevalence of smokers in public health students. However, the number of smokers in health professionals is still high. Knowledge of prevalence of smoking is needed to implement adequate institutional programs to help reduction of smokerers, especially among health professional who were supposed to be a role model to our society.

Keywords: tobacco smoking; academics; health students;

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição dos entrevistados segundo sexo e curso – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009.....	33
Gráfico 2. Frequência de fumantes e não fumantes divididos por sexo – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009.....	35
Gráfico 3. Frequência das idades com que os entrevistados experimentaram o tabaco – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009.....	44
Gráfico 4. Porcentagem dos fatores que mais influenciaram o consumo do tabaco – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009.....	46
Gráfico 5. Porcentagem por curso dos entrevistados cujos pais (pai e/ou mãe) fumam ou já fumaram – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009.....	47
Gráfico 6. Porcentagens dos entrevistados fumantes que desejam parar de fumar – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009.....	48
Gráfico 7. Porcentagens dos entrevistados fumantes que declaram ter experimentado cigarro de maconha – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009.....	51
Gráfico 8. Porcentagens dos entrevistados não fumantes que declaram ter experimentado cigarro de maconha – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009.....	52
Gráfico 9. Índice de fumantes segundo o curso no intervalo 1989 a 2009 – USP - Ribeirão Preto/SP,	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos acadêmicos matriculados e entrevistados segundo a Unidade de Ensino – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009	33
Tabela 2 – Distribuição dos acadêmicos segundo sexo e curso – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009	34
Tabela 3 – Frequência e porcentagem segundo a instituição, o sexo e o hábito de fumar – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009	34
Tabela 4 – Frequência e porcentagem segundo faixa etária e hábito de fumar – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009	36
Tabela 5 – Frequência e porcentagem segundo faixa etária e curso – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009	36
Tabela 6 – Renda familiar dos entrevistados – USP - Ribeirão Preto/SP	37
Tabela 7 – Renda familiar dos entrevistados que se declararam fumantes – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009	38
Tabela 8 – Frequência e porcentagem segundo religião e hábito de fumar – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009	38
Tabela 9 – Frequência e porcentagem segundo remuneração e hábito de fumar – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009	40
Tabela 10 – Frequência e porcentagem das opiniões sobre o modelo de comportamento e influência do profissional sobre o paciente – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009	41
Tabela 11 – Frequência e porcentagem dos entrevistados que acreditam que os profissionais que fumam são menos propensos a aconselhar seus pacientes a parar de fumar – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009	41

Tabela 12 – Frequência e porcentagem sobre a opinião da maleficência do cigarro – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009.....	42
Tabela 13 – Frequência e porcentagem das opiniões sobre as advertências nos maços de cigarros – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009.....	42
Tabela 14 – Frequência e porcentagem dos entrevistados que já fumaram ou tentaram trazer mesmo que uma ou duas vezes – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009	43
Tabela 15 – Frequência e porcentagem das idades com que os entrevistados experimentaram o tabaco – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009	44
Tabela 16 – Frequência e porcentagem dos fatores influenciáveis na experimentação do tabaco – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009.....	45
Tabela 17 – Frequência e porcentagem dos entrevistados cujos pais (pai e/ou mãe) fumam ou já fumaram – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009	46
Tabela 18 – Frequência e porcentagem dos fumantes que desejam parar de fumar – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009.....	47
Tabela 19 – Grau de dependência nicotínica segundo Escala de Fagerström no curso de Enfermagem Bacharelado – USP - Ribeirão Preto/USP, 2009.....	49
Tabela 20 – Grau de dependência nicotínica segundo Escala de Fagerström no curso de Enfermagem Licenciatura – USP - Ribeirão Preto/USP, 2009.....	49
Tabela 21 – Grau de dependência nicotínica segundo Escala de Fagerström no curso de Medicina – USP - Ribeirão Preto/USP, 2009.....	49
Tabela 22 – Frequência e porcentagem dos que declaram ter experimentado outros produtos do tabaco – USP - Ribeirão Preto/USP, 2009.....	50
Tabela 23 – Frequência e porcentagem dos fumantes que declaram ter experimentado cigarro de maconha – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009.....	51
Tabela 24 – Comparativo das prevalências dos participantes fumantes nos anos de 1989 e 2009 – USP - Ribeirão Preto/SP.....	53

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Histórico do tabagismo – Considerações gerais	14
1.1.1 A expansão do Tabaco – da América para a Europa	14
1.1.2 O tabaco como problema de saúde pública	16
2. OBJETIVOS	26
2.1 Objetivo Geral	26
2.2 Objetivos Específicos	26
3. MODELO DE ESTUDO	27
3.1 Amostragem	27
3.2 Instrumento de coleta de dados	27
3.3 Procedimentos de coleta de dados	28
3.3.1 Seleção das faculdades	28
3.3.2 Abordagem dos participantes	29
3.3.3 Realização das entrevistas	29
3.4 Análise dos resultados	30
3.5 Aspectos éticos	30
4. RESULTADOS	32
4.1 Caracterização sócio-demográfica dos participantes do estudo	32
4.1.1 Caracterização por curso, sexo e hábito de fumar	33
4.1.2 Caracterização por faixa etária e hábito de fumar	35
4.1.3 Caracterização segundo a renda familiar	37
4.1.4 Caracterização segundo a religião	38
4.1.5 Caracterização segundo a remuneração do entrevistado	39
4.2 Profissionais de saúde x modelos de comportamento x influência sobre o paciente	40
4.3 Fumar faz mal à Saúde?	42
4.4 Opiniões sobre as advertências do Ministério da Saúde nos maços de cigarros	42

4.5 Idade de experimentação do cigarro	43
4.6 Fatores que influenciaram a experimentação do fumo.....	45
4.7 Fumo dos pais.....	46
4.8 Desejo de parar de fumar.....	47
4.9 Dependência nicotínica dos entrevistados fumantes.....	48
4.10 Uso de outros produtos que contém tabaco.....	50
4.11 Experimentação da maconha.....	50
5. DISCUSSÃO	53
6. CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS.....	63
ANEXOS.....	69

1 INTRODUÇÃO

1.1 Histórico do tabagismo – Considerações gerais

As primeiras citações históricas sobre o tabaco datam de 1526 no livro História Natural de Las Índias, de Don Gonzalo Fernandes. Porém sabe-se que o costume do uso do tabaco é de tempos imemoráveis praticado pelos aborígenes americanos especialmente nas cerimônias religiosas. Os povos Maias que viveram nas florestas tropicais na região da Guatemala, Honduras e Península de Yucatán entre os séculos IV e IX a.C. já cultivavam o tabaco e o usavam em seus rituais religiosos. Os Toltecas, que dominaram os Maias entre os séculos IX e X, deram continuidade a esse cultivo.

Os Maias praticavam um desenvolvido comércio com os povos vizinhos e assim penetraram pelo vale do Mississipi difundindo o tabaco e suas formas de consumo para outras tribos indígenas. Talvez isso explique o fato de que muitas tribos, bastante afastadas geograficamente, praticavam o mesmo hábito em seus rituais sagrados onde os líderes da tribo e demais participantes entravam numa espécie de transe aspirando a fumaça do tabaco. Os Maias eram povos politeístas e acreditavam que seu todo poderoso deus Manitou, se revelaria quando a fumaça fosse aspirada. Desse modo um curioso cenário religioso e político foi formado em torno do tabaco dentro dos povos americanos (ROSEMBERG, 2003; BORIO, 2007).

1.1.1 A expansão do tabaco – da América para a Europa

É atribuído a Rodrigo de Jerez e Luis de Torres, tripulantes das embarcações de Cristóvão Colombo, o título de primeiros observadores europeus do consumo do tabaco. Em uma de suas viagens ao continente Americano no ano de 1492 teriam observado os indígenas secar as folhas, enrolar formando uma espécie de papel e após acender eles “bebiam” a fumaça que saía dali. Jerez teria então experimentado tal fumaça e levou a planta e as sementes para a Espanha. Curiosamente Jerez refere então que o gosto do tabaco teria ficado em sua boca e nariz assustando vizinhos e pessoas próximas a ele. Isso o levou a

ser aprisionado pela Santa Inquisição por cerca de sete anos. Mesmo assim o consumo do tabaco já havia se tornado uma febre de consumo entre os habitantes da época (BORIO, 2007).

O autor supracitado cita ainda que, além da Espanha, outros países como, Portugal, França e Inglaterra, se encarregaram de ampliar a distribuição e consumo do tabaco pela Europa entre os anos de 1530 e 1565. Em Portugal o tabaco chegou em 1542 por meio de Luíz de Góes, donatário no Brasil e já por volta de 1548 os portugueses cultivavam o tabaco no Brasil com fins de exportação. Na França foi introduzido em 1555 pelo frei franciscano Andre Thevet, mas foi em 1560 que o embaixador da França em Portugal, Jean Nicot de Villemain, escreveu sobre as propriedades medicinais do tabaco descrevendo-o como uma panacéia. Seu entusiasmo levou a apresentar a erva à Rainha da França Catarina de Médicis que a usou para tratar as dores de cabeça de seu filho Francisco II de Valois, sendo depois denominada “erva da rainha”, “erva medicéia” ou “catarinária”. Vários países tentaram monopolizar o comércio do tabaco, entre eles a França, que de 1629 a 1791 tornou-se o único país a importar, fabricar e vender o tabaco, mas disputava esse monopólio com Portugal, que em 1674 criou o monopólio do tabaco com uma legislação que vigorava inclusive no Brasil, fazendo do tabaco uma moeda no escambo de escravos da África (ROSEMBERG, 2003).

Estes autores lembram ainda que no final do século XVI o tabaco chegou ao Japão através dos mercadores portugueses e logo se tornou um hábito freqüente entre eles. Na Itália a erva chegou por volta de 1561 e foi cultivada no Vaticano sendo denominada de “erva santa” ou “divina”. O fumo ou o rapé era consumido livremente nas igrejas por clérigos, padres e freqüentadores das missas. Posteriormente, devido à fumaça inebriante que ficava no ar, o Papa Urbano VII proibiu seu uso condenando-os à excomunhão. Por outro lado, os jesuítas revidaram afirmando que só seria pecado se o ato de fumar contrariasse a ordem divina.

O tabaco então passou a ser usado de diversas formas de acordo com sua apresentação. Na sua forma mais tradicional, ou seja, inalado (cigarro, charuto, cigarro de palha); aspirado (rapé) ou mascado (fumo de rolo). E assim os anos seguintes foram de grande expansão para o tabaco em todo o mundo. Fumava-se

o tabaco ou aspirava-se na forma de rapé, hábito, aliás, que reinou por quase 200 anos. Havia tabaqueiras de diversos formatos, preços e até cravejada de pedras preciosas. O cigarro, porém só surgiria no final do século XIX. Entretanto já em 1758 já se produzia os derivados do tabaco em larga escala na Espanha e em 1760 surge a primeira manufatura de tabaco e derivados nos Estados Unidos da América em Nova York, inaugurada por Pierre Lorillard, vindo a se tornar o pioneiro da indústria tabagista do EUA (ROSEMBERG, 2003; BORIO, 2007).

1.1.2 O tabaco como problema de saúde pública

O nome nicotina é atribuído a Jean Nicot de Villemain desde 1737, depois da primeira classificação científica de Linneu, registrando a erva como *Nicotiana tabacum* e as variedades *Nicotiana rústica*, *Nicotiana glutinosa* e *Nicotiana penicilata*. Os defensores de Andre Thevet contestaram essa nomenclatura propondo a denominação de thevetiana, controvérsia que se prolongou por quase dois séculos até a nomenclatura definitiva proposta por Linneu (ROSEMBERG, 2003).

Várias pesquisas atribuíam os “poderes curativos” do tabaco a diversas doenças como cólicas, nefrite, disenteria, hérnia, histeria e tantas outras de uma lista que chegava a 36 doenças supostamente curadas pela erva. Esta lista fazia parte de um livro publicado em 1571 pelo médico espanhol Nicholas Monardes denominado “De Hierba Panacea”. Mais tarde, médicos ingleses acrescentam mais doenças curadas pelo tabaco entre elas dor de dente, parasitoses e até câncer. Em 1761 o médico inglês John Hill publica "Cautions against the Immoderate Use of Snuff" – sendo talvez o primeiro estudo clínico do cigarro e seus efeitos, chamando a atenção para o uso indiscriminado do rapé e a vulnerabilidade para o surgimento de câncer de nariz. Posteriormente Sammuell Thomas von Soemmering descreve a relação entre câncer de boca e fumadores de cigarro. Em 1798 Benjamin Rush chama a atenção para o uso do tabaco em suas formas de consumo (fumado ou aspirado) e seus perigos quando associados ao álcool (BORIO, 2007).

O tabagismo é considerado um problema de saúde pública mundial visto a magnitude das morbi-mortalidades causadas pelo uso constante do tabaco,

sobretudo nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2009) pelo menos 30% da população mundial adulta são consideradas fumantes e cerca de 5 milhões de pessoas morrem anualmente vítimas de causas relacionadas ao fumo.

Pesquisas estimam que existam cerca de 1,1 bilhão de fumantes no mundo, sendo que algo em torno de 800 milhões são de países em desenvolvimento (WORLD BANK, 1999* apud CAVALCANTE, 2005). Estima-se que até 2030 as mortes relacionadas ao fumo sejam de 8 milhões ao ano, com 80% dessas mortes nos países em desenvolvimento (OMS, 2009). Até 2015 essas mortes irão superar em 50% as mortes causadas pela AIDS e o fumo será responsável por pelo menos 10% dos óbitos em todo o planeta (IGLESIAS et al., 2007). Estudos da OMS (2005) mostraram que a maior causa de morte por tuberculose na China é decorrente do fumo. Estima-se que cerca de 100 milhões dos 300 milhões de homens chineses, hoje com idade entre 0 e 29 anos, morrerão como consequência do tabagismo.

Estima-se que nas Américas cerca de um terço da população maior de 15 anos fuma (OPAS, 2000). Um estudo recente sobre a prevalência do tabagismo em adultos com idades entre 25 e 64 anos realizado em sete grandes cidades da América Latina (Barquisimeto na Venezuela; Bogotá, na Colômbia; Buenos Aires, Argentina; Lima, Peru; Cidade do México, México; Quito, no Equador e Santiago no Chile) utilizando os métodos de múltiplos fatores de risco cardiovascular de avaliação (The Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America) – CARMELA, revelou que há uma grande prevalência de fumantes nestas cidades. Buenos Aires e Santiago revelaram a maior prevalência (45,4% e 38,6% respectivamente) com taxas semelhantes entre homens e mulheres, mas acentuadamente diferentes nas demais cidades do estudo (CHAMPAGNE et al., 2010).

Atualmente no Brasil o tabagismo é o responsável direto por pelo menos 200 mil mortes ao ano segundo dados do Instituto Nacional do Câncer – INCA (2007). O Brasil é o segundo maior produtor e o maior exportador mundial de tabaco. Entretanto os governantes vêm travando nos últimos anos uma luta

* WORLD BANK. - **Curbing the Epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control**, 1999.

constante com a indústria do cigarro, numa parceria com órgãos federais, estaduais e municipais (CAVALCANTE, 2005).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer - INCA (2006), o tabaco é considerado um dos principais fatores de risco para doenças coronarianas, bronquite, enfisema e acidente vascular cerebral. Ele está associado a 25% das mortes por doenças coronarianas na população em geral, a 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, a 30% das mortes por câncer em geral, a 90% das mortes causadas por câncer de pulmão e a 25% das mortes causadas por doenças vasculares.

A incidência de doenças ligadas ao fumo, em particular as coronariopatias e acidente vascular cerebral, é proporcionalmente maior nos fumantes mais jovens do que nos mais velhos. O fato de o tabagismo estar associado a diversas doenças e seu uso começar principalmente em jovens torna esta questão um grave problema de Saúde Pública (BRAWLEY; KRAMER, 2006). Na década de 90 a Organização Mundial de Saúde incluiu o tabagismo no rol de doenças mentais classificando-o no Código Internacional de Doenças - CID com o código F17.2 abordando-o como dependência nicotínica. Assim o tabagismo é visto como uma doença curável, mas para ter o sucesso total da cura é necessária a participação de todos os profissionais de saúde de várias áreas de atuação (GIGLIOTTI; PRESMAN, 2006).

Para Rondina, Gorayeb e Botelho (2007) fatores genéticos, ambientais, fisiológicos e psicológicos interferem na iniciação e dificultam o abandono do hábito de fumar. A falta de motivação e as crises da abstinência são as principais causas para manutenção do vício. Segundo os autores, os sintomas da abstinência costumam aparecer já nas primeiras horas após a interrupção do hábito atingindo o ápice no terceiro dia. O indivíduo costuma sentir mais os efeitos desta crise à noite onde permeiam entre outros sintomas a irritabilidade, desconforto, desconcentração, sonolência, perda do vigor e impaciência.

A qualidade de vida dos fumantes é sem dúvida bastante inferior à dos não-fumantes. Em um estudo realizado com 276 tabagistas, Castro et al., (2007) concluíram que os usuários dependentes de tabaco possuíam uma pior qualidade de vida em comparação aos não-dependentes. A qualidade de vida é muito pior em fumantes e em ex-fumantes graves do que em usuários ou ex-usuários

moderados. Martinez et al. (2004) realizou um estudo sobre qualidade de vida e saúde (QVS) em 77 estudantes universitários que possuíam curto histórico de tabagismo comparando-o a um grupo controle de estudantes não-fumantes saudáveis. Os resultados mostraram que os fumantes tiveram prejuízos significativos no desempenho físico e mental (capacidade física, vitalidade, percepção geral de saúde, funcionamento social e índice de saúde mental) comparados aos não-fumantes.

Neste sentido, Pereira e Ruffino-Netto (2004) defendem que a mudança de comportamento para corrigir o tabagismo não constitui uma ação fácil porque o cuidado com a saúde é raramente valorizado pelo indivíduo. Rondina, Gorayeb e Botelho (2007) reforçam que o grau de dependência nicotínica também dificulta a cessação do vício. Este grau pode ser medido pelo Teste de Fagerström para Dependência Nicotínica que estabelece um grau grave para dependência quando o indivíduo não ultrapassa 30 minutos sem fumar após acordar (seis ou mais pontos na escala do teste) (FAGERSTRÖM et al., 1991). Desse modo, indivíduos com alto grau de dependência nicotínica terão, sem dúvida, grandes dificuldades para abandonar o vício. Gigliotti e Presman (2006) propõem que uma abordagem cognitivo-comportamental pode ser eficaz no tratamento do tabagismo. Ela promove mudanças no estilo de vida do paciente, em suas crenças e em seus comportamentos. Por outro lado, o sucesso desse trabalho só é eficaz quando desenvolvido por uma equipe multidisciplinar. Nesse sentido, médicos e demais profissionais de saúde desempenham papel importante para o controle do tabagismo, pois os pacientes os tomam como exemplos (SANDE et al., 1990* apud MENEZES, 1994).

As estratégias de tratamento anti-tabágico realizadas por equipes multidisciplinares, sobretudo quando tratar-se de profissionais já conhecidos de seus pacientes tabagistas, podem mostrar-se bem eficazes. Azevedo et al. (2008) sugerem que quando o paciente é atendido por uma equipe que já lhe é familiar, próxima à sua residência e já inserida em seu contexto sócio-cultural somam um conjunto de condições favoráveis no processo de cessação do fumo. Os autores ressaltam ainda a importância da capacitação dos membros da equipe sobre a

* SANDE, J. L. M., ROSÓN, J. R. C.; ORCAJO, N. A. & LLORIÁN, A. R., Estudio El tabaquismo en profesionales del médio hospitalario de Asturias. **Revista Española de Cardiología**, v. 43, p. 219-226, 1990.

abordagem do paciente tabagista e desenvolvimento de medidas de intervenção, já que a falta de medicamentos na rede pública e a precária estrutura das unidades de saúde constituem barreiras no tratamento deste paciente.

A dependência da nicotina torna o abandono do cigarro um processo muito difícil para o tabagista. As tentativas de abandono fracassadas, repetidas diversas vezes, pode fortalecer o desejo de continuar fumando diante das frustrações. Os que começaram a fumar ainda jovens, antes dos 15 anos, desenvolvem uma alta taxa de dependência ocasionada por peculiaridades orgânicas próprias dessa idade. Isso só os aprisiona ainda mais ao vício aumentando seu consumo no futuro e dificultando sobremaneira o abandono do tabaco (ROSEMBERG, 2003).

O hábito de fumar geralmente é adquirido ainda na juventude. Nos países desenvolvidos a cada 10 fumantes, 8 começaram a fumar já na adolescência (Malcon et al., 2003). Estudos de Andrade et al. (2006) e Rodrigues, Cheik e Mayer (2008) mostraram que a primeira experiência do cigarro girou em torno dos 17 anos de idade em estudantes universitários brasileiros. Numa pesquisa realizada por Silva et al. (2006) em estudantes da área de Ciências Biológicas e da Saúde de uma universidade pública no município de São Paulo entre 2000 e 2001, observou-se que 20,7% dos 926 entrevistados eram tabagistas. Esta mesma pesquisa revelou que aqueles que possuíam maior renda familiar e não possuíam religião eram mais propensos ao uso de tabaco e outras drogas ilícitas. Andrade et al. (1997) assinalaram uma proporção de 29,6% de tabagistas entre universitários da área de Ciências Biológicas na Universidade de São Paulo.

Por outro lado algumas pesquisas avaliam que a tendência do tabagismo está diminuindo entre alguns jovens. Ruffino-Netto, Ruffino-Netto e Passos (1989) mostraram que entre os anos de 1980 e 1986 a prevalência do tabagismo entre os acadêmicos da área de saúde da Universidade de São Paulo, Campus de Ribeirão Preto, caiu consideravelmente nas faculdades de Medicina, Enfermagem, Farmácia e Odontologia em ambos os sexos. Na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) a prevalência de fumantes em 1980 era de 29,1% para homens e 26,3% para as mulheres. Em 1989 os valores foram de 11,7% para homens e 12,1% para as mulheres. Já na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) a prevalência entre 1980 e 1986 foi de 36,4% e 20% para 22,2% e 20,2% em homens e mulheres respectivamente.

Gigliotti e Presman (2006) alertam que o número de fumantes adolescentes tem crescido nos últimos anos. O Instituto Nacional do Câncer – INCA em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde realizam desde 1999 o Inquérito de Tabagismo em Escolares (VIGESCOLA) que monitora através de inquéritos a problemática do tabagismo entre escolares de 13 a 15 anos. A última pesquisa foi realizada nos segundos semestres de 2002 e 2003 em 12 capitais brasileiras: Aracaju, Boa Vista, Campo Grande, Curitiba, Fortaleza, Goiânia, João Pessoa, Palmas, Natal, Porto Alegre, São Luis e Vitória. Em todas as capitais tanto as prevalências de experimentação e de uso habitual foram muito elevadas. As capitais com maior proporção de fumantes regulares foram Porto Alegre (35,3%), Goiânia (31,2%), Campo Grande (26,7%) e Palmas (26,5%).

Por outro lado, outras pesquisas têm mostrado uma melhora sob outros aspectos. Em um Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis realizado entre 2002 e 2003 pelo Ministério da Saúde, através do INCA, em 16 capitais brasileiras (Aracaju, Belém, Belo Horizonte, Campo Grande, Curitiba, Florianópolis, João Pessoa, Natal, Fortaleza, Manaus, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, São Paulo, Vitória e Distrito Federal) entre pessoas de 15 anos ou mais revelou que a maior prevalência de fumantes regulares foi encontrada em Porto Alegre (25,2%), seguida de Curitiba (21,5%), Belo Horizonte (20,4%) e São Paulo (19,9%). As menores prevalências, porém foram encontradas em Aracaju (12,9%), Campo Grande (14,5%) e Natal (14,7%) (BRASIL, 2004).

O IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) realizou em parceria com o INCA em 2008 a Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab; uma pesquisa especial inserida na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD com pessoas de 15 anos ou mais de idade. Os resultados mostraram que há um total de 17,2% de pessoas que fumam regularmente o que corresponde a 24,6 milhões de pessoas. Os percentuais por região brasileira foram: Sul (19%), Nordeste (17,8%), Norte (17,2%), Sudeste (16,9%), Centro-Oeste (16,9%). Evidentemente em termos de contingente de pessoas o Sudeste possui um maior número de fumantes (10,5 milhões de pessoas). Em 1996, segundo o INCA, esses números eram bem mais expressivos: Sul (42%), Sudeste (41%), Norte (40%), Centro-

Oeste (38%) e Nordeste (31%). A pesquisa do IBGE mostrou ainda que em todas as regiões os homens fumam mais que as mulheres, chegando quase ao dobro nas regiões Norte e Nordeste: Entre os homens, o percentual foi de 21,6% (contingente de 14,8 milhões) e entre as mulheres, de 13,1% (9,8 milhões). Entre os estados da federação, Sergipe obteve o menor percentual de fumantes (13,1%) e o Acre o maior percentual (22,1%).

Para Brawley e Kramer (2006) o início do tabagismo em jovens está associado ao tabagismo dos pais ou de alguém mais velho ou de amigos, propaganda e atividades promocionais do tabaco e a disponibilidade e aceitabilidade social do vício. Para Breslau et al. (2001) e Patkar et al. (2003) a dependência do tabaco está associada a vários fatores como escolaridade e nível sócio-econômico. No Brasil, segundo Iglesias et al. (2010), o tabagismo mostra-se de 1,5 a 2 vezes mais consistente nos grupos populacionais com menor ou nenhuma escolaridade quando comparados à população com maior escolaridade.

Segundo Kuling (2005), o uso do tabaco tende futuramente a predispor o jovem ao uso da maconha e de outras drogas ilícitas. Iglesias et al. (2007), em um estudo realizado em mais de 58 mil adolescentes chilenos, concluíram que o risco de consumir maconha é cerca de dez vezes maior em fumantes que em não fumantes. Este risco é maior naqueles que fumam quase todos os dias e/ou consomem bebidas alcoólicas e menor nos fumantes ocasionais. Os pesquisadores estimam que a cada ano que se atrasa o início do consumo do tabaco e do álcool, o risco de consumir maconha diminui cerca de 18%.

Gigliotti e Presman (2006) alertam que fumantes e consumidores de bebidas alcoólicas apresentam maior dependência ao fumo. Jovens que fazem consumo destas bebidas iniciam o tabagismo precocemente e frequentemente apresentam descontrole na abstinência. Segundo as autoras, o tabagismo nessa fase pode sugerir futuras psicopatias, pois é justamente nessa fase da vida que há maior susceptibilidade neuronal para estragos causados pela nicotina.

Um fato que vem chamando a atenção dos pesquisadores atuais é o crescente número de mulheres usuárias do tabaco nas últimas décadas, sobretudo nas mais jovens. Neste sentido, o gênero está associado à questão do tabagismo através de uma visão social e de saúde. Para os homens o cigarro e o álcool estão ligados à cultura da masculinidade, androgenia e maturidade. Já as

mulheres esperam que fumando possam expressar sofisticação, sensualidade, independência e lhes dá possibilidade de enfrentamento de crises e situações sociais que lhes são impostas. Assim a mulher, mais vulnerável a situações de estresse, conflitos pessoais e depressão, sobretudo nas camadas mais baixas da população, tornam-se alvos fáceis para a indústria tabagista. Estudos indicam que são as mulheres e não os homens que demoram mais para abandonar o cigarro por causa da consequência que terão sobre seu peso já que normalmente ganharão certo peso quando abandonarem o vício do cigarro (WALSH et al., 1995); (GIGLIOTTI e PRESMAN, 2006). Um fato alarmante é o crescente número de casos de câncer de pulmão em mulheres nos últimos anos. Segundo INCA (2003) as pesquisas indicam que esse tipo de câncer já ultrapassou o câncer de colo de útero ocupando a segunda posição em causas de morte neste gênero.

Restringir a idade de acesso ao tabaco tornou-se uma alternativa na esperança de reduzir o consumo em crianças e adolescentes. Entretanto observa-se que cada vez mais crianças e adolescentes vêm consumindo o tabaco precocemente (INCA, 2006). Para Chollat-Traquet (1998), as campanhas antitabagistas têm falhado porque não foram testadas convenientemente durante seu desenvolvimento ou porque simplesmente não alcançaram seu destinatário, já que são os jovens o alvo atual da indústria tabagista. A autora aponta que os meios utilizados, como cartazes, folhetos e *outdoors*, seguem as estratégias de Saúde Pública mais tradicionais dos programas existentes e demoram para chegar à população. Realça ainda que a mensagem pode ser mais completa, agressiva e mais ampla, pois alguns dos meios informativos exigem que o destinatário seja capaz de ler, numa sociedade em que, somente no Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2003), cerca de 16 milhões de pessoas com 15 anos ou mais são analfabetos.

Mas há alguns anos o Ministério da Saúde vem travando uma guerra contra a indústria e a publicidade de derivados do tabaco que visa principalmente evitar que jovens e adolescentes comecem a fumar. Os programas de educação contra o tabaco compreendem sequências interrelacionadas e adotaram uma linha dramática, desmascarando o mito do bem-estar e vitalidade que a indústria insistia em associar ao tabaco. Desde 1996 o Programa Nacional de Combate do Tabagismo vem adotando ações educativas, legislativas e econômicas na

tentativa de diminuir a prevalência de fumantes no Brasil e a morbi-mortalidade causada pelo tabagismo. Destaca-se nesse programa ações de proibição da publicidade e propaganda e às advertências sanitárias impressas nas embalagens de produtos derivados do tabaco. Além disso, o Governo já atende desde 2003 muitas das solicitações da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde. Esta Convenção tem como objetivo básico a proteção das consequências devastadoras geradas pelo consumo e exposição à fumaça do cigarro com ações a serem implementadas a níveis nacional, regional e internacional (IGLESIAS et al., 2007; INCA, 2003; BRASIL, 2004)

O Ministério da Saúde publicou no ano 2000 o projeto CARMEN - Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Enfermidades não transmissíveis. Este protocolo sugere um conjunto de ações que enfoquem entre outros pontos, diminuir a incidência de doenças não transmissíveis associadas ao estilo de vida e seus fatores de risco, entre eles o tabagismo. As principais ações desse programa são o desenvolvimento de ações educativas para profissionais e população em geral sobre os malefícios do fumo e os benefícios do abandono desse hábito, além de estabelecer medidas econômicas e legislativas (BRASIL, 2000).

No sentido jurídico, há ainda muitas controvérsias em relação às Leis, Códigos e Projetos de Leis antitabágicos que se multiplicaram nos últimos tempos. No Brasil vai desde a Lei 788/1986 que criou o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto) à polêmica Lei Antifumo nº 13.541/2009 que proibiu terminantemente o fumo em ambientes fechados de uso coletivos no estado de São Paulo. Esta lei, adotada depois por outros estados brasileiros como Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná, Bahia e Santa Catarina, segue as linhas internacionais de restrição ao fumo seguidas em cidades como Nova York, Londres, Paris e Buenos Aires. Malcon et al. (2003) sugerem, contudo, que se faça um monitoramento periódico dessas campanhas no sentido de verificar sua eficácia e efetividade através de pesquisas populacionais. Nesse sentido a Lei Antifumo paulista, após um ano em vigor, recebeu uma adesão de grande parte dos estabelecimentos (99,78%) e segundo o INCOR – Instituto do Coração do

Hospital das Clínicas de São Paulo houve redução de 73,5% nos níveis de monóxido de carbono no interior desses estabelecimentos (INCOR, 2010).

Mesmo apresentando uma queda na prevalência do tabagismo no Brasil entre 1989 e 2008, segundo o IBGE (2008) há no país na faixa etária dos 15 aos 24 anos de idade um percentual de 14,4% de fumantes e dos 25 aos 44 anos um total de 42%. Alguns comportamentos adotados por jovens relacionam-se a correspondência das expectativas de seus grupos sociais levando-os a diversas situações de risco, sobretudo à sua saúde, forjados na crença de que são invulneráveis (GORAYEB; NETTO; BUGLIANI, 2005). Desse modo torna-se fácil realizar a experimentação do cigarro expondo-o ainda mais ao risco de se tornar dependente. Assim uma abordagem de estudos sobre o hábito do tabagismo em jovens torna-se fundamental, haja vista ser essa classe o foco da indústria tabagista atual e sua grande predisposição ao uso de outras drogas.

Assim, dado a magnitude da problemática do tabagismo e seu crescimento entre os jovens, este estudo se justifica pela relevância de analisar esse problema entre os acadêmicos da área de saúde, sendo que estes serão os futuros promovedores e provedores da saúde à população e deste modo dar continuidade aos estudos já realizados neste campus em 1986.

Nesse sentido, esse trabalho buscou estimar a prevalência do tabagismo entre acadêmicos da área de saúde da Universidade de São Paulo, Campus de Ribeirão Preto, no ano de 2009, bem como comparar com a prevalência encontrada em 1986 e assim buscar subsídios para uma discussão por setores da sociedade em geral, bem como estudantes e trabalhadores da área de saúde, visando minimizar a problemática do uso do tabaco.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar o padrão do consumo do tabaco entre os acadêmicos da área de saúde da Universidade de São Paulo Campus de Ribeirão Preto no ano letivo de 2009.

2.2 Objetivos Específicos

- Estimar a prevalência do tabagismo entre acadêmicos, do primeiro ao quarto ano, nas Faculdades de Enfermagem e Medicina da USP no Campus de Ribeirão Preto nos cursos de Enfermagem Licenciatura, Enfermagem Bacharelado e Medicina;
- Descrever as características sócio-demográficas dos participantes do estudo;
- Identificar o grau de dependência nicotínica dentre os acadêmicos fumantes.

3 MODELO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo – modelo inquérito, com uma abordagem quantitativa.

População de referência:

- Acadêmicos da área de saúde.

População de estudo:

- Acadêmicos do primeiro ao quarto ano do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), e dos cursos de Enfermagem Bacharelado e Enfermagem Licenciatura da Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto (EERP).

Critério de inclusão:

- Estar presente no dia do inquérito e aceitar participar da pesquisa, onde os mesmos responderam um questionário auto-explicativo. Os alunos que não estavam presentes no dia da coleta foram procurados posteriormente.

3.1 Amostragem

A amostra foi composta por todos os alunos do primeiro ao quarto ano das Faculdades de Enfermagem e de Medicina da USP de Ribeirão Preto, dos cursos de Enfermagem Bacharelado, Enfermagem Licenciatura e de Medicina que aceitaram participar da pesquisa e que satisfizeram os critérios de inclusão.

3.2 Instrumento de coleta de dados

O questionário utilizado na pesquisa (ANEXO A) foi elaborado especificamente para este estudo tendo como base dois outros questionários: o

questionário adotado pelo INCA para avaliação do tabagismo (INCA, 2006) e o *Fagerström Teste for Nicotine Dependence* (FTND) - Teste de Fagerström para Dependência Nicotínica (ANEXO B), utilizado para medir o grau de dependência do tabaco. Este teste, publicado em 1991, é uma versão do *Fagerström Tolerance Questionnaire* (FTQ) - Questionário de Tolerância de Fagerström, criado em 1978 (FAGERSTRÖM et al., 1991).

Composto de 33 questões fechadas e uma questão aberta que indagava sobre o gasto mensal com a compra de cigarros, o questionário aborda, entre outras questões, os dados sócio-econômicos, consumo do tabaco, idade de início do hábito, gasto mensal com o cigarro e hábito de fumar dos pais.

O grau de dependência do fumante foi avaliado pelo Teste de Fagerström para Dependência Nicotínica que estabelece como alto grau de dependência nicotínica quando a soma da pontuação atinge seis ou mais pontos na escala (FAGERSTRÖM et al., 1991; HALTY et al., 2002). Os seis itens deste teste foram incluídos no instrumento utilizado nessa pesquisa nas questões 23 a 28.

3.3 Procedimentos de coleta de dados

A pesquisa foi realizada na sala de aula fora do horário de aula (antes ou depois desta) afim de não prejudicar o andamento da mesma.

3.3.1 Seleção das faculdades

A proposta da pesquisa foi encaminhada à Diretoria das Faculdades de Medicina e de Enfermagem com uma carta anexada aos Chefes de Departamento das referidas faculdades (ANEXO C-1; ANEXO C-2), solicitando autorização para realização da pesquisa com os alunos.

Simultaneamente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP) e após a sua aprovação (ANEXO E) e autorização das chefias dos departamentos procedeu-se o agendamento das entrevistas.

O agendamento era feito seguindo a escala das disciplinas dos alunos e mediante prévio contato com os professores de tais disciplinas.

3.3.2 Abordagem dos participantes

Os alunos foram convidados a participar da pesquisa nos intervalos entre as aulas (antes ou no final das mesmas). Foram utilizadas abordagens conjunta ou individual, dependendo do momento ou da circunstância da entrevista, para solicitar a participação de todos.

No primeiro contato ocorria a apresentação do pesquisador e a explicação para os alunos do objetivo do estudo, a orientação na utilização do questionário e o seu caráter de participação voluntária. Aos que aceitaram participar foi entregue, juntamente com o questionário, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO D) em duas vias de papel carbonado e orientados sobre sua leitura e assinatura caso ainda concordassem em participar. Outrossim ficaram cientes que uma via deste termo ficaria com o entrevistado e a outra devolvida para o pesquisador.

3.3.2 Realização das entrevistas

A coleta coletiva foi realizada na sala de aula onde todos recebiam as orientações simultaneamente. A seguir era distribuído o questionário juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a cada aluno que aceitasse participar da pesquisa.

A coleta individual era realizada geralmente no final da aula onde o aluno era abordado nos corredores ou na saída da sala de aula. O aluno recebia a orientação individualmente e, caso aceitasse, recebia o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nos dois casos os alunos nunca ultrapassavam 10 (dez) minutos para responder o questionário. Ao final era recolhido o questionário e a segunda via do Termo de consentimento Livre e Esclarecido.

3.4 Análise dos resultados

Para análise quantitativa dos dados foi realizada inicialmente uma análise descritiva dos resultados com relação à frequência, medidas de posição, de variabilidade e porcentagens. Posteriormente foram realizadas análises estatísticas para verificar a distribuição dos acadêmicos segundo sexo, idade, ano de curso e o hábito de fumar e verificação de possíveis associações significantes entre fumantes e não fumantes com relação às características estudadas. Além desses, foi utilizado o procedimento de regressão logística para estimativa de *Odds Ratio*. Também foi feita uma comparação das prevalências atuais com estudos semelhantes realizado por Ruffino-Netto et al. entre 1980 e 1986. Para o tratamento dos dados estatísticos foi utilizado como ferramenta o *software* estatístico SAS 9.0 e o Microsoft Excel 2007, onde se aplicou os comandos PROC FREQ para cálculo das frequências das variáveis e o comando PROC LOGIST para o cálculo do *Odds Ratio* bruto, com intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

Entre jovens, o *Center for Disease Prevention and Control (CDC)* e a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009), consideram como fumantes aqueles que fumaram cigarros em um ou mais dias nos últimos trinta dias. Esta definição é adotada por serem os jovens o grupo de maior interesse para ações de prevenção e controle do tabagismo.

3.5 Aspectos éticos

O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMRP-USP. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO D) foi fornecido aos participantes da pesquisa e através dele foi assegurado ao voluntário, antes e durante o seu desenvolvimento, o conhecimento sobre os objetivos do estudo e o procedimento pelo qual eles estavam participando. Foi garantida, também, a confiabilidade das informações mediante sigilo dos dados, sendo apenas do conhecimento do pesquisador e orientador da pesquisa.

Aqueles que se recusaram a participar da pesquisa não sofreram qualquer tipo de prejuízo. O mesmo se reservou àqueles que desejaram interromper sua participação, o que poderia ser feito em qualquer momento. Da mesma forma, foi assegurado que a pesquisa seria realizada de forma a resguardar a privacidade da pessoa. Embora não recebessem nenhum benefício material em função de sua participação, a contribuição das mesmas, nesse estudo, poderia gerar um conhecimento que permitiria compreender melhor o problema em questão, podendo trazer benefícios para a população de uma forma geral. Outrossim, os custos desta pesquisa foram totalmente financiados pelo pesquisador.

4 RESULTADOS

Os primeiros resultados apresentados representam os dados descritivos das variáveis estudadas comparando os fumantes e não fumantes, com a finalidade de caracterizar a amostra em seu aspecto sócio-demográfico. A seguir, serão apresentadas análises estatísticas comparativas entre os anos de curso e consumo do tabaco. A comparação com o estudo realizado na década de 80 será efetuada no capítulo seguinte referente às análises dos resultados.

4.1 Caracterização sócio-demográfica dos participantes do estudo

Os participantes deste estudo totalizaram 745 estudantes, sendo 233 do curso de Enfermagem Bacharelado, 155 do curso de Enfermagem Licenciatura e 357 do curso de Medicina. É importante mencionar que o curso de Enfermagem Bacharelado possuía, do primeiro ao quarto ano, um total de 320 estudantes matriculados no ano da realização da entrevista e funciona em período integral com aulas de segunda a sexta e eventuais aos sábados com duração mínima de quatro anos. O curso de Enfermagem Licenciatura funciona no período noturno e vespertino com aulas eventuais aos sábados e um total de 190 alunos matriculados do primeiro ao quarto ano no ano de 2009 com duração mínima de cinco anos. Já o curso de Medicina possuía do primeiro ao quarto ano um total de 394 alunos matriculados neste ano e funciona em período integral com duração mínima de seis anos (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP – RIBEIRÃO PRETO, 2010). A Tabela 1 abaixo apresenta a distribuição dos alunos matriculados e entrevistados segundo os cursos.

Tabela 1 – Distribuição dos acadêmicos matriculados e entrevistados segundo a Unidade de Ensino – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

Curso	Matriculados	Entrevistados
	(1º ao 4º ano)	n (%)
	n	
Enfermagem Bacharelado	320	233 (72,81%)
Enfermagem Licenciatura	190	155 (81,5%)
Medicina	394	357 (90,6%)
Total	904	745 (82,4%)

O total de alunos matriculados nos referidos cursos foi obtido nas respectivas faculdades.

4.1.1 Caracterização por curso, sexo e hábito de fumar

A distribuição dos acadêmicos segundo o sexo e curso é apresentada no Gráfico 1 e detalhada na Tabela 2 abaixo.

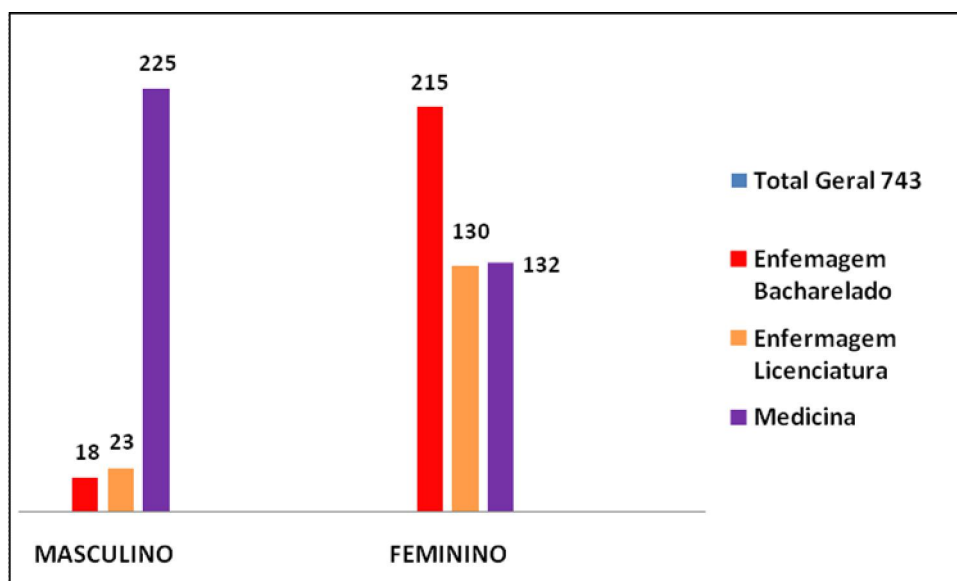


Gráfico 1. Distribuição dos entrevistados segundo sexo e curso – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

Tabela 2 – Distribuição dos acadêmicos segundo sexo e curso – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

CURSO	SEXO			
	MASCULINO		FEMININO	
	n	%	n	%
Enfermagem Bacharelado	18	7,7	215	92,3
Enfermagem Licenciatura	23	15,0	130	85,0
Medicina	225	63,0	132	37,0
TOTAL	266	35,8	477	64,2
Total geral de alunos	743			

* Dois participantes do curso de Enfermagem Licenciatura não mencionaram o sexo, entretanto estes não faziam parte da amostra de fumantes.

Entre os indivíduos estudados 35,8% eram do sexo masculino e 64,2% do sexo feminino.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos acadêmicos segundo a instituição, o sexo e o hábito de fumar.

Tabela 3 – Frequência e porcentagem segundo a instituição, o sexo e o hábito de fumar – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

CURSO	SEXO	TOTAL	FUMANTES			
			SIM		NÃO	
			n	%	n	%
Enfermagem Bacharelado	M	18	0	0,0	18	100,0
	F	215	10	4,7	205	95,3
	TOTAL	233	10	4,3	223	95,7
Enfermagem Licenciatura	M	23	4	17,4	19	82,6
	F	130	10	7,7	120	92,3
	TOTAL	153	14	9,2	139	90,9
Medicina	M	225	26	11,6	199	88,4
	F	132	7	5,3	125	94,7
	TOTAL	357	33	9,2	324	90,8

Observa-se uma concentração de indivíduos do sexo masculino no curso de Medicina e um número maior de fumantes neste gênero. O *odds ratio* para essa relação foi de 1,9 (1,136 ; 3,366) (IC 95%), mostrando ser o sexo um aspecto importante no hábito de fumar.

O detalhamento gráfico por gênero e hábito de fumar está demonstrado no Gráfico 2 a seguir.

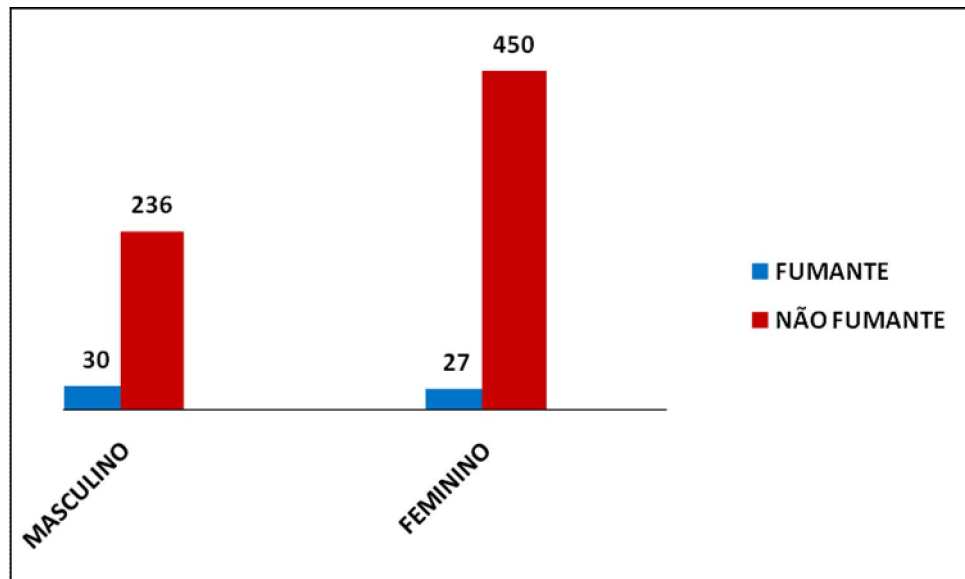


Gráfico 2 . Frequência de fumantes e não fumantes divididos por sexo – USP -
Ribeirão Preto/SP, 2009

4.1.2 Caracterização por faixa etária e hábito de fumar

Em relação à idade, pode-se verificar na Tabela 4 abaixo a distribuição das faixas etárias dos acadêmicos selecionados. A faixa de idade entre os fumantes concentrou-se entre 19 e 29 anos com uma média de idade de 21,9 para fumantes e de 20,8 para não fumantes. O *odds ratio* médio para essa relação foi de 0,8 ,ou seja, a cada ano o indivíduo tem 0,8 vezes mais chances de tornar-se fumante.

Tabela 4 – Frequência e porcentagem segundo faixa etária e hábito de fumar – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

FAIXA ETÁRIA	FUMANTES			
	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
≤ 17	0	0,0	5	100,0
18	0	0,0	23	100,0
19-20	12	6,5	172	93,5
21-22	20	7,4	251	92,6
23-24	18	10,3	156	89,7
25-29	6	8,0	69	92,0
≥ 30	1	7,7	12	92,3
SUB-TOTAL	57	7,7	688	92,4
Total geral de alunos	745			

Como não houve participantes fumantes nas duas primeiras faixas etárias, a medida de associação calculada no *odds ratio* acima tomou como comparativa a faixa etária seguinte (19-20).

A Tabela 5 abaixo ordena as faixas etárias percentualmente por curso.

Tabela 5 – Frequência e porcentagem segundo faixa etária e curso – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

Idade	Enfermagem Licenciatura		Enfermagem Bacharelado		Medicina	
	n	%	n	%	n	%
≤ 17	1	0,6	2	0,9	2	0,6
18	3	1,9	11	4,7	9	2,5
19 - 20	35	22,6	72	30,9	77	21,6
21 - 22	47	30,3	92	39,5	132	36,9
23 - 24	29	18,7	43	18,4	102	28,6
25 - 29	30	19,4	12	5,2	33	9,2
≥ 30	10	6,5	1	0,4	2	0,6
TOTAL	155	100	233	100	357	100

4.1.3 Caracterização segundo a renda familiar

A renda familiar dos entrevistados foi categorizada com a possibilidade da inexistência de renda (sem renda) até uma renda superior a seis salários mínimos tendo como base o valor de R\$ 465,00 para o salário mínimo (salário mínimo vigente à época da pesquisa). Cinco entrevistados não mencionaram a renda na entrevista. O detalhamento deste resultado pode ser verificado na Tabela 6 abaixo.

Tabela 6 – Renda familiar dos entrevistados – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

CURSO	Sem renda		Sem renda fixa		Até 1 SM		>1 e até 3 SM		>3 e até 5 SM		>6 SM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfermagem Licenciatura	7	4,6	4	2,6	7	4,6	52	34,0	55	36,0	28	18,3
Enfermagem Bacharelado	15	6,4	3	1,3	2	0,9	47	20,2	101	43,3	65	28,0
Medicina	25	7,1	3	0,9	0	0	10	2,8	50	14,1	266	75,1
Total	47	6,4	10	1,4	9	1,2	109	14,7	206	27,8	359	48,5
Total geral	740											
Total %	100											

SM = Salário Mínimo

Um item que chama a atenção é o fato de 47 entrevistados (6,4%) terem mencionado não possuir renda. Provavelmente houve desentendimento da pergunta ou da resposta da questão associando-a a não possuir renda fixa ou tratar-se de sua própria renda.

No que se refere ao quesito renda familiar e fumo, houve significância estatística entre hábito de fumar e renda familiar. A maioria dos fumantes (59,6%) declararam renda familiar acima de 6 (seis) salários mínimos com Odds Ratio de 0,72 quando comparadas aos que se declararam não possuir renda. A renda familiar dos entrevistados que se declararam fumantes está detalhada na Tabela 7 abaixo.

Tabela 7 – Renda familiar dos entrevistados que se declararam fumantes – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

CURSO	Sem renda		Sem renda fixa		Até 1 SM		>1 e até 3 SM		>3 e até 5 SM		>6 SM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfermagem Licenciatura	2	14,3	0	0,0	2	14,3	1	7,1	5	35,7	4	28,6
Enfermagem Bacharelado	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	50,0	4	40,0
Medicina	4	12,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	9,1	26	78,8
Total	7	12,3	0	0,0	2	3,5	1	1,8	13	22,8	34	59,6
Total geral	57											

4.1.4 Caracterização segundo a religião

Com relação à religião observa-se um predomínio de católicos no total da amostra, e em seguida os que declararam não possuir religião como mostra a Tabela 8 abaixo. Mas em relação ao hábito de fumar, a maioria, ou seja, 16,1% declararam não possuir religião seguida dos que se declararam espíritas com 10,8%. Entretanto, entre os não fumantes encontrou-se um predomínio de católicos com 95,8% seguido dos evangélicos com 94,9%.

Tabela 8 – Frequência e porcentagem segundo religião e hábito de fumar – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

RELIGIÃO	n	FUMANTES			
		SIM		NÃO	
	n	n	%	n	%
Sem religião	174	28	16,1	146	83,9
Católica	378	16	4,2	362	95,8
Espírita	74	8	10,8	66	89,2
Evangélica	97	5	5,2	92	94,9
Kardecista	13	0	0,0	13	100
Umbanda/Candonblé	4	0	0,0	4	100
Judaica	1	0	0,0	1	100

Continua

Continuação

RELIGIÃO	n	FUMANTES			
		SIM		NAÕ	
	n	n	%	n	%
Outra	3	0	0,0	3	100
TOTAL	744	57	7,7	687	92,3

O *odds ratio* médio para essa caracterização foi de 0,41, ou seja, sugere que a religião mostra-se como um “fator de proteção” para os não fumantes. Um entrevistado não declarou a religião.

4.1.5 Caracterização segundo a remuneração do entrevistado

A Tabela 9 abaixo apresenta a relação entre hábito de fumar e as formas de remuneração declarada pelo entrevistado (salário, bolsa de estágio, iniciação científica, monitoria ou mesada dos pais) e/ou nenhuma forma de trabalho (nunca trabalhei). Podemos levar em consideração que a declaração do entrevistado de que nunca trabalhou ou que trabalha de forma irregular sinalize que exerça qualquer atividade que o mantenha nos estudos, mas que não estabeleça vínculo empregatício como aulas particulares por exemplo.

Em relação aos dados desta tabela verificou-se que entre os que se declararam fumantes, a maioria dos entrevistados, ou seja, 24 (vinte e quatro) admitiram trabalhar mesmo que irregularmente. Por outro lado, 11 (onze) entrevistados não trabalham, mas já exerceram alguma atividade remunerada, enquanto 12 (doze) declararam receber mesada dos pais.

Tabela 9 – Frequência e porcentagem segundo remuneração e hábito de fumar – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

REMUNERAÇÃO	FUMANTES			
	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Trabalha regularmente	15	6,1	232	93,9
Trabalho às vezes, irregularmente	9	7,3	115	92,7
Não trabalho, mas já trabalhei	11	13,1	73	86,9
Meus pais pagam mesada	12	8,2	134	91,8
Nunca trabalhei	10	7,0	132	93,0
SUB-TOTAL	57	7,7	686	92,3
TOTAL DE ALUNOS	743			

Somente os entrevistados que referiram alguma forma de trabalho (trabalhar regularmente ou trabalhar às vezes irregularmente) possuíam maior chance de serem fumantes (*odds ratio* médio de 1,5). Por outro lado receber mesada dos pais ou não trabalhar pode ser um empecilho ao início ou continuidade do hábito de fumar (*OR*= 0,9).

4.2 Profissionais de saúde x modelos de comportamento x influência sobre o paciente

A maioria dos entrevistados (65%) acredita que os profissionais de saúde podem servir de “modelos de comportamento” para seus pacientes e o público em geral. Por outro lado, 35% acreditaram que, como profissionais de saúde, podem não exercer qualquer mudança de comportamento nos seus pacientes.

Por outro lado um número maior de entrevistados (79,9%) acredita que o profissional de saúde pode influenciar o tabagista a parar de fumar. Estes números estão mais detalhados na Tabela 10 abaixo.

Tabela 10 – Frequência e porcentagem das opiniões sobre o modelo de comportamento e influência do profissional sobre o paciente – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

CURSO	Modelos de comportamento				Influência para cessar o hábito de fumar			
	SIM		NÃO		SIM		NÃO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Enf. Bacharelado	147	63,1	86	36,9	173	74,2	60	25,8
Enf. Licenciatura	106	68,8	48	31,2	108	69,7	47	30,3
Medicina	229	64,5	126	35,5	314	88,0	43	12,0
Total	482	65,0	260	35,04	595	79,9	150	20,1
TOTAL n	742*				745			

*03 (três) entrevistados não responderam esta questão.

Os entrevistados também acreditam que os profissionais de saúde que fumam são menos propensos a aconselhar seus pacientes a parar de fumar. Para 55,7% dos entrevistados o profissional que fuma estaria menos habilitado a aconselhar seus pacientes a interromper o hábito de fumar. Porém 44,3% acreditam que profissionais fumantes não teriam quaisquer problemas nesse sentido. Os detalhes desse resultado estão na Tabela 11 abaixo.

Tabela 11 – Frequência e porcentagem dos entrevistados que acreditam que os profissionais que fumam são menos propensos a aconselhar seus pacientes a parar de fumar – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

CURSO	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Enf. Bacharelado	129	55,4	104	44,6
Enf. Licenciatura	87	56,9	66	43,1
Medicina	198	55,5	159	44,5
Total	414	55,7	329	44,3
Total n	743			

4.3 Fumar faz mal à Saúde?

Questionados sobre a maleficência do fumo, os entrevistados, na sua grande maioria (98,5%) acreditam que o fumar faz mal à saúde.

Tabela 12 – Frequência e porcentagem sobre a opinião da maleficência do cigarro – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

CURSO	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Enf. Bacharelado	231	99,6	1	0,4
Enf. Licenciatura	151	97,4	4	2,6
Medicina	351	98,3	6	1,7
Total	733	98,5	11	1,5
TOTAL N	744*			

* 01 (um) aluno não respondeu este item.

4.4 Opiniões sobre as advertências do Ministério da Saúde nos maços de cigarros

Questionados sobre as advertências do Ministério da Saúde nos maços de cigarros, os entrevistados mostraram certas divergências nas opiniões. A maioria (36,3%) dos entrevistados acredita que as informações são pouco informativas, enquanto 30,7% acham que as informações são bastante informativas. Por outro lado alguns vêem as informações com certa indiferença (18,2%). As informações estão em detalhes na Tabela 13 abaixo.

Tabela 13 – Frequência e porcentagem das opiniões sobre as advertências nos maços de cigarros – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

CURSO	Pouco informativas		Bastante informativas		Indiferente		Enganosas		Muito dramáticas		Não chega a ler	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enf. Bac.	75	32,2	84	36,1	44	18,9	1	0,4	23	9,9	6	2,6

Continua

Continuação

CURSO	Pouco informativas		Bastante informativas		Indiferente		Enganosas		Muito dramáticas		Não chega a ler	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enf. Lic.	58	37,8	43	27,9	21	13,6	1	0,6	26	16,9	5	3,2
Medicina	137	38,4	101	28,3	65	18,2	1	0,3	41	11,5	12	3,4
Total	270	36,3	228	30,7	130	17,5	3	0,40	90	12,1	23	3,1
Total n	744											

4.5 Idade de experimentação do cigarro

Alguns entrevistados, mesmo que não fossem fumantes à época da entrevista, poderiam já ter experimentado o tabaco anteriormente. Por isso, foi perguntado aos entrevistados se já haviam fumado ou tentado fumar mesmo que uma ou duas vezes. Os resultados são mostrados na Tabela 14 a seguir.

Tabela 14 – Frequência e porcentagem dos entrevistados que já fumaram ou tentaram tragar mesmo que uma ou duas vezes – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

CURSO	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Enfermagem Bac.	102	44,3	128	55,7
Enfermagem Lic.	72	48,7	76	51,3
Medicina	187	52,7	168	47,3
Total	361	49,2	372	50,8
Total n	733*			

*12 (doze) entrevistados não responderam esta questão.

Foi perguntado ainda com que idade fizeram este experimento. Apesar de 23 (vinte e três) alunos não terem respondido esta questão, os resultados mostraram que a faixa dos 11 (onze) aos 17 (dezessete) anos concentra um maior número de alunos que já experimentaram o cigarro pelo menos uma única

vez. Nas faixas acima dos 24 (vinte e quatro) anos não houve respostas. Por outro lado, metade dos entrevistados (50,3%) admitiu nunca ter experimentado o cigarro. O detalhamento deste resultado pode ser visto na Tabela 15 abaixo e no Gráfico 3 a seguir.

Tabela 15 – Frequência e porcentagem das idades com que os entrevistados experimentaram o tabaco – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

CURSO	NUNCA FUMEI		IDADE									
	n	%	10 anos ou menos		11 a 15		16 a 17		18 a 19		20 a 24	
Enfermagem Bac.	117	52,3	6	2,7	34	15,3	36	16,2	13	5,9	16	7,2
Enfermagem Lic.	81	55,1	2	1,4	19	13,0	26	17,7	11	7,5	8	5,4
Medicina	165	46,7	11	3,1	65	18,4	62	17,6	28	7,9	22	6,2
Total	363	50,3	19	2,6	118	16,3	124	17,2	52	7,2	46	6,4
Total n	722*											

*23 (vinte e três) alunos não responderam esta questão

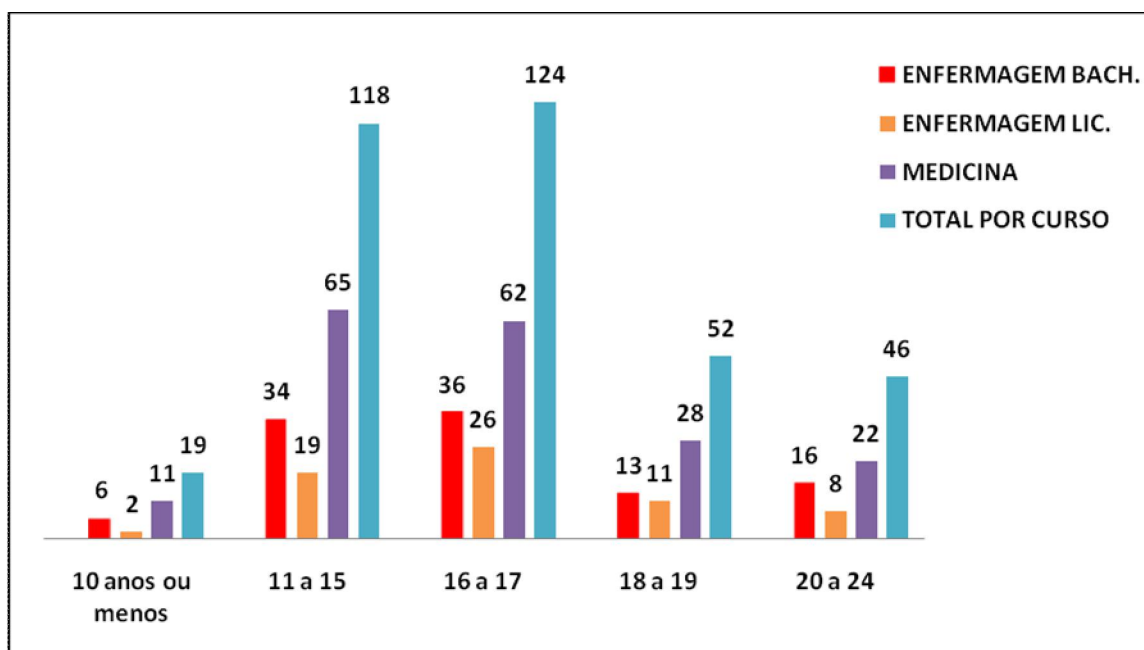


Gráfico 3 . Frequência das idades com que os entrevistados experimentaram o tabaco – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

4.6 Fatores que influenciaram a experimentação do fumo

Aos entrevistados que experimentaram o fumo, mesmo que por uma ou duas vezes, foi perguntado se houve alguma influência para satisfação desse desejo. Um total de 34,8% respondeu que não houve qualquer influência, mas 65,2% afirmaram que houve um motivo influenciador para experimentar o cigarro.

Sobre o que mais o influenciou nesse processo, foram oferecidas algumas opções no questionário como os pais, amigos, propagandas, TV ou cinema, onde o entrevistado poderia escolher mais de uma opção. Os resultados são mostrados na Tabela 16 a seguir.

Tabela 16 – Frequência e porcentagem dos fatores influenciáveis na experimentação do tabaco – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

CURSO	MEUS PAIS		MEUS AMIGOS		PROPAGANDAS		TV OU CINEMA	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfermagem Bac.	12	12,9	74	79,6	3	3,2	4	4,3
Enfermagem Lic.	9	12,3	54	74,0	2	2,7	8	11,0
Medicina	0	0,0	141	79,2	14	7,9	23	13,0
Total	21	6,1	269	78,2	19	5,5	35	10,2
Total n	344*							

* 32 (trinta e dois) alunos não responderam esta questão.

Percebe-se um número bastante significativo de entrevistados que foram mais influenciados pelos amigos (78,2%) seguidos da influência exercida pela TV ou do cinema (10,2%). Os resultados estão evidenciados no Gráfico 4 abaixo.

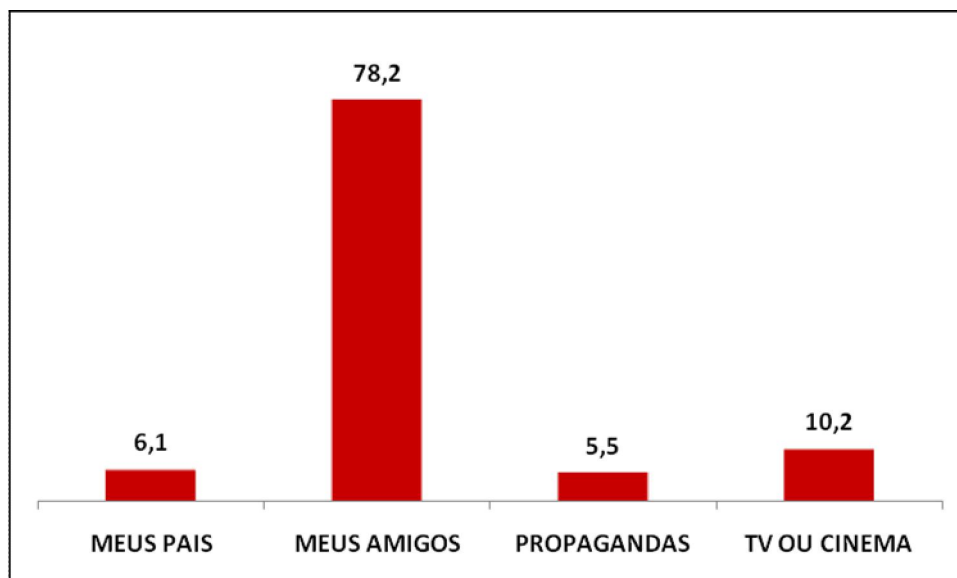


Gráfico 4 . Porcentagem dos fatores que mais influenciaram o consumo do tabaco – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

4.7 Fumo dos pais

A todos os entrevistados foi perguntado se os pais (pai e/ou mãe) fumam ou já haviam fumado. Os resultados mostram que 61,8% dos entrevistados possuem ou possuíam pais que fumam ou que já fumaram. Comparando este resultado com os entrevistados que se declararam fumantes, obtivemos um OR= 0,52. Isto pode sugerir que possuir pais fumantes pode ser um fator influenciador no consumo do tabaco. Os detalhes dos resultados por curso estão na Tabela 17 e no Gráfico 5 a seguir.

Tabela 17 – Frequência e porcentagem dos entrevistados cujos pais (pai e/ou mãe) fumam ou já fumaram – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

CURSO	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Enfermagem Bac.	144	63,1	84	36,9
Enfermagem Lic.	90	62,5	54	37,5
Medicina	213	60,7	138	39,3
Total	447	61,8	276	38,2
Total n	723*			

*22 (vinte e dois) alunos não responderam esta questão.

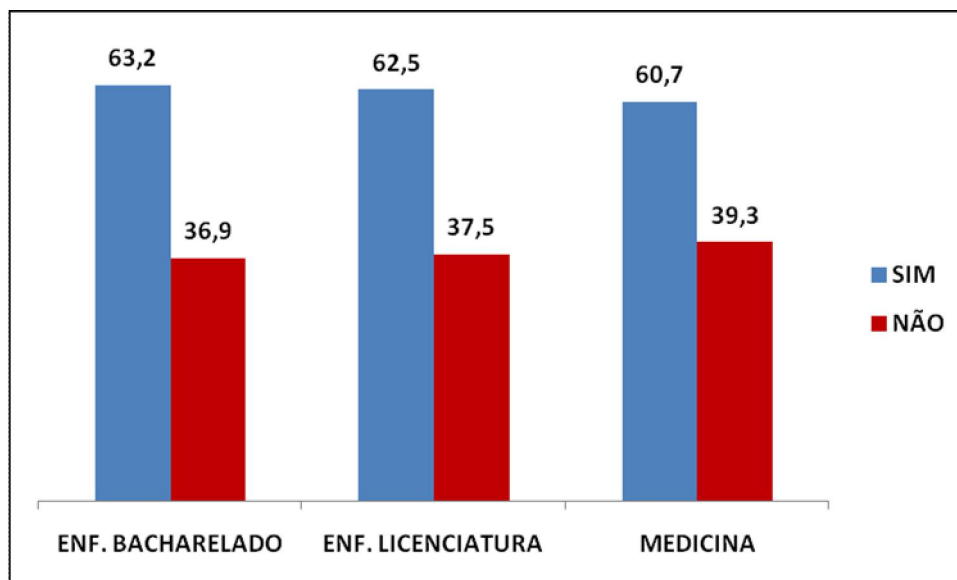


Gráfico 5 . Porcentagem por curso dos entrevistados cujos pais (pai e/ou mãe) fumam ou já fumaram – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

4.8 Desejo de parar de fumar

Aos participantes fumantes, foi perguntado se tinham o desejo de parar de fumar. O resultado é mostrado na Tabela 18 abaixo.

Tabela 18 – Frequência e porcentagem dos fumantes que desejam parar de fumar – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

CURSO	Fumantes		SIM		NÃO	
	n	n	n	%	n	%
Enfermagem Bac.	10	8	80,0		2	20,0
Enfermagem Lic.	14	10	71,4		4	28,6
Medicina	33	18	54,5		15	45,5
Total	57	36	63,2		21	36,8

As porcentagens integrais dos que desejam parar de fumar estão detalhadas no Gráfico 6 abaixo.

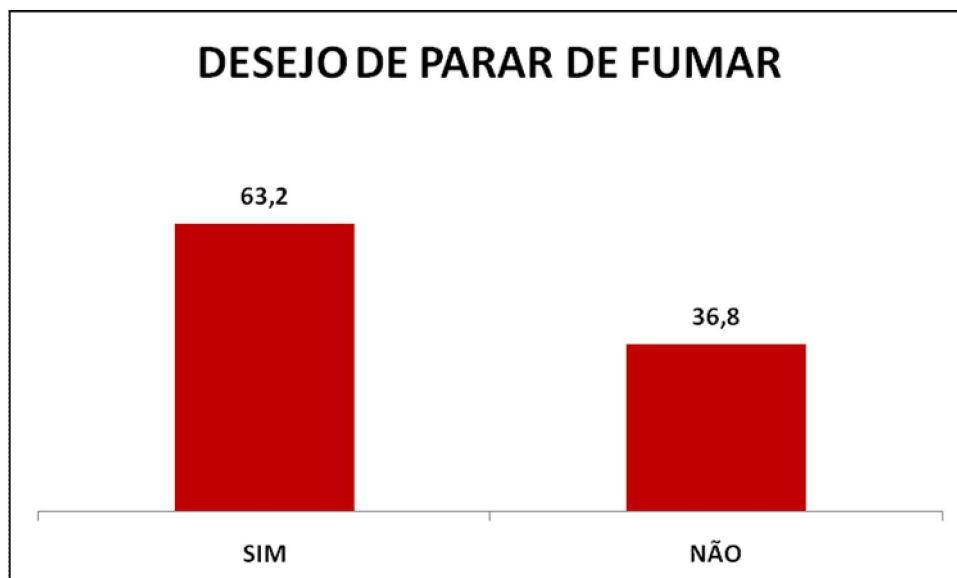


Gráfico 6 . Porcentagens dos entrevistados fumantes que desejam parar de fumar – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

4.9 Dependência nicotínica dos entrevistados fumantes

Para os participantes da pesquisa que se declararam fumantes foi realizado um teste inserido no próprio questionário que avaliava a dependência nicotínica deste fumante. O teste denominado Teste de Fagerström para Dependência Nicotínica (ANEXO B) foi respondido por todos os participantes declarantes fumantes e realizado uma contagem dos scores da pontuação de cada item deste teste que estabelece o seguinte critério de pontos para o grau de dependência nicotínica:

- 0 a 2 pontos – muito baixo
- 3 a 4 pontos – baixo
- 5 pontos – médio
- 6 a 7 pontos – elevado
- 8 a 10 pontos – muito elevado

Abaixo são mostradas nas tabelas 19, 20 e 21 por ano e curso pesquisado todos os graus de dependência nicotínica dos que se declararam fumantes.

Tabela 19 – Grau de dependência nicotínica segundo Escala de Fagerström no curso de Enfermagem Bacharelado – USP - Ribeirão Preto/USP, 2009

ANO	Grau de dependência				
	Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito elevado
1º	2				
2º	3				
3º	3				
4º	2				
Total	10	0	0	0	0

Tabela 20 – Grau de dependência nicotínica segundo Escala de Fagerström no curso de Enfermagem Licenciatura – USP - Ribeirão Preto/USP, 2009

ANO	Grau de dependência				
	Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito elevado
1º	2				
2º	2		1		
3º	4	1		2	
4º	2				
Total	10	1	1	2	0

Tabela 21 – Grau de dependência nicotínica segundo Escala de Fagerström no curso de Medicina – USP - Ribeirão Preto/USP, 2009

ANO	Grau de dependência				
	Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito elevado
1º	5		1	1	
2º	5	2		1	
3º	3	1	1	1	
4º	7	2		2	1
Total	20	5	2	5	1

4.10 Uso de outros produtos que contém tabaco

Mesmo que o participante da pesquisa tenha se declarado fumante ou não fumante, foi perguntado se já havia experimentado qualquer outro produto que contivesse tabaco como, por exemplo, cigarro de bali, rapé, charutos, cachimbo ou narguilé. Um número de 31 entrevistados não respondeu esta questão, mas entre os que responderam, 58,3% declaram já ter experimentado outros produtos à base de tabaco.

Tabela 22 – Frequência e porcentagem dos que declaram ter experimentado outros produtos do tabaco – USP - Ribeirão Preto/USP, 2009

CURSO	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Enfermagem Bac.	133	61,3	84	38,7
Enfermagem Lic.	108	74,0	38	26,0
Medicina	175	49,9	176	50,1
Total	416	58,3	298	41,7
Total n	714			

4.11 Experimentação da maconha

O hábito de fumar tabaco pode suscitar o desejo de experimentar outras drogas, sobretudo as ilícitas. Por isso, foi questionado a todos os participantes se já havia experimentado cigarro de maconha. Os resultados entre os que se declararam fumantes são exibidos na Tabela 23 abaixo. O Odds Ratio para essa relação mostrou-se extremamente elevado (14,14) sugerindo que há uma grande chance de fumantes experimentarem a maconha.

Tabela 23 – Frequência e porcentagem dos fumantes que declararam ter experimentado cigarro de maconha – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

CURSO	Fumantes		SIM		NÃO	
	n	n	%	n	%	
Enfermagem Bac.	10	7	70,0	3	30,0	
Enfermagem Lic.	14	13	92,9	1	7,1	
Medicina	33	29	87,9	4	12,1	
Total	57	49	85,9	8	14,0	



Gráfico 7 . Porcentagens dos entrevistados fumantes que declaram ter experimentado cigarro de maconha – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

Considerando os estudantes que se declararam não fumantes, pode-se observar uma inversão no número de entrevistados que afirmaram nunca ter experimentado o cigarro de maconha mesmo tendo um pequeno número de

entrevistados que não souberam ou não responderam à pergunta. Esses resultados podem ser vistos no Gráfico 8 abaixo.

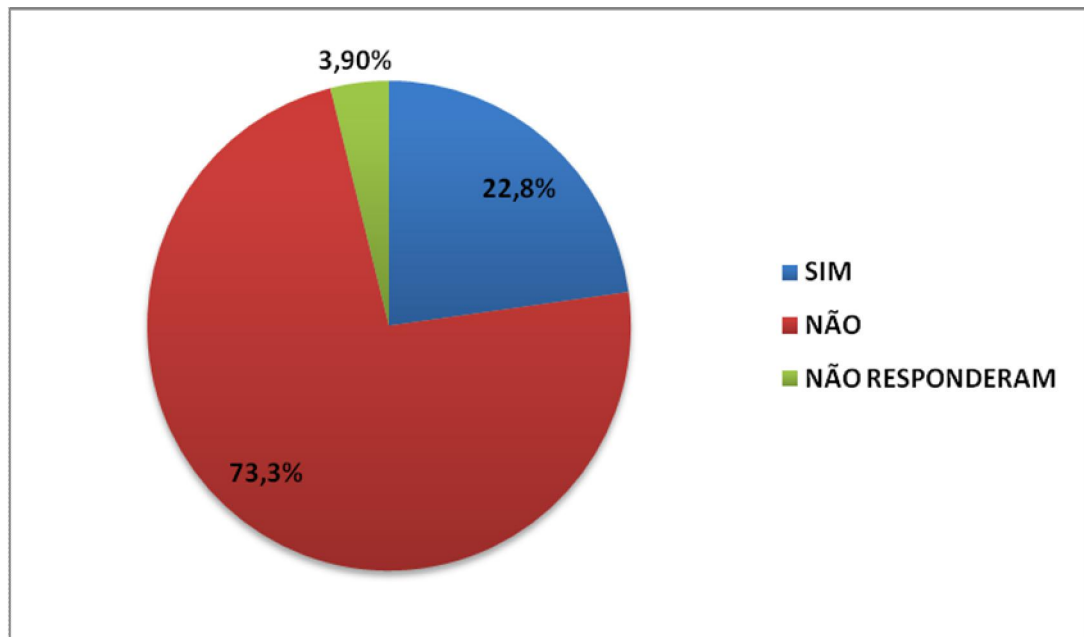


Gráfico 8 . Porcentagens dos entrevistados não fumantes que declaram ter experimentado cigarro de maconha – USP - Ribeirão Preto/SP, 2009

5. DISCUSSÃO

Na comparação dos dados da prevalência atual dos acadêmicos fumantes da USP de Ribeirão Preto com a prevalência encontrada em estudo semelhante realizado por Ruffino-Netto, Ruffino-Netto e Passos em 1989 na mesma instituição, encontramos os resultados detalhados na Tabela 24 abaixo.

Tabela 24 – Comparativo das prevalências dos participantes fumantes nos anos de 1989 e 2009 – USP - Ribeirão Preto/SP

	PARTICIPANTES		FUMANTES			
	1989	2009	1989	2009	1989	2009
	n	n	n	%	n	%
Enfermagem	137	233	29	21,2	10	4,3
Medicina	290	357	26	9,0	33	9,2
Total	427	590	55	12,9	43	7,3

Na pesquisa realizada em 1989, todos os anos do curso de Medicina, ou seja, do primeiro ao sexto ano, foram objeto do estudo. No estudo de 2009 somente os alunos do primeiro ao quarto ano compuseram a amostra entre os acadêmicos do Curso de Medicina. Por isso, na tabela acima, para os participantes de Medicina em 1989 foram computados somente os alunos do primeiro ao quarto ano deste curso.

O curso de Enfermagem Licenciatura não fez parte da composição da população na pesquisa de 1989, pois só foi instituído na Faculdade de Enfermagem no ano de 2006. Assim não fazia sentido incluir os alunos deste curso na comparação com a prevalência de 1989. Por isso os números do ano de 2009 acima se referem somente aos alunos do curso de Enfermagem Bacharelado.

Em relação aos resultados da pesquisa, observa-se inicialmente uma participação mais expressiva de entrevistados. No que se refere ao hábito de fumar houve uma significativa queda de fumantes no curso de Enfermagem: de 21,2% em 1989 para 4,3% em 2009. Por outro lado entre os acadêmicos de Medicina não houve aumento significativo (de 9,0% em 1989 para 9,2% em 2009). Os números absolutos estão detalhados no Gráfico 9 a seguir.

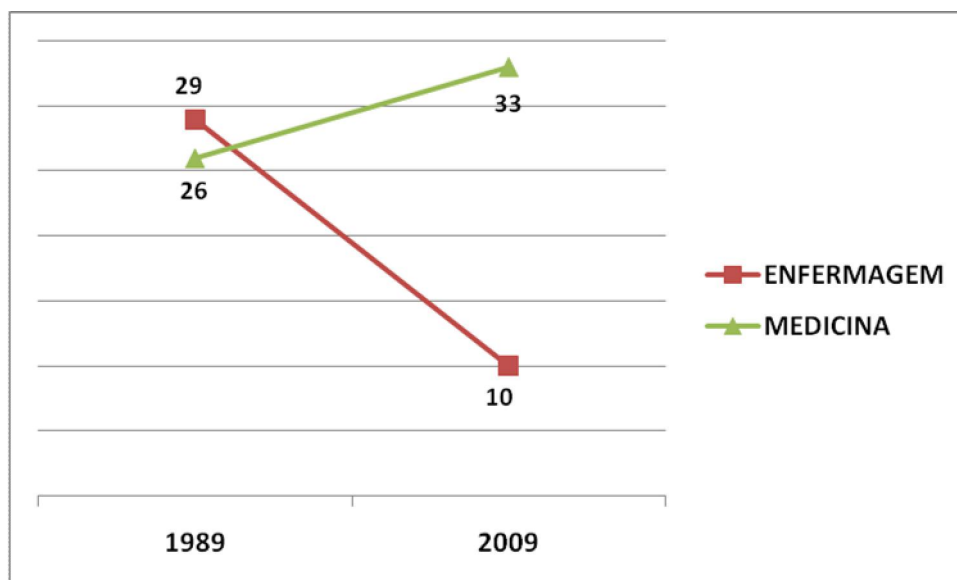


Gráfico 9 . Índice de fumantes segundo o curso no intervalo 1989 a 2009 – USP - Ribeirão Preto/SP

Os resultados não corroboram com os achados de Menezes et al. (2004) que pesquisou a tendência do tabagismo entre estudantes de Medicina de Pelotas entre 1986 e 2002, evidenciando uma queda na prevalência neste período. Esta queda também foi comprovada por estudos de Rosemberg e Perom (1990) e Patkar et al. (2003).

Nos estudantes de Enfermagem houve uma queda significativa da prevalência entre 1989 e 2009. Resultado semelhante foi encontrado por Andrade et al. (2006) que destacou uma prevalência de 7% em estudantes de Enfermagem na Universidade de Brasília naquele ano. Mesmo tendo observado uma certa tendência na diminuição do consumo do tabaco, os números ainda não são satisfatórios, pois segundo Chalmers, Seguire e Brown (2002) o enfermeiro tem o potencial de influenciar os comportamentos dos pacientes. Nos estudos desses autores e em trabalho semelhante de Lenz (2008) foram encontrados altos índices de fumantes em estudantes de enfermagem no Canadá e nos EUA respectivamente.

Os profissionais de saúde têm um importante papel na prevenção e tratamento do tabagismo na comunidade bem como na implementação de políticas públicas para erradicar esse hábito. Por isso a prevalência do tabagismo

entre acadêmicos de Medicina, de Enfermagem e demais profissionais de saúde deveria ser muito menor.

O contexto sócio-político-cultural do final da década de 80 passou por uma série de mudanças, considerada como uma década marcada pelo fim da era industrial e o início da era da informação. As mudanças comportamentais geradas pelo melhor acesso às informações e uma melhor qualidade na educação sinalizava positivamente para o início da nova década. A preocupação com uma melhor qualidade de vida pôde ser notada e nesse sentido as pessoas começam a procurar alternativas saudáveis para melhorar sua saúde. Apesar disso, dados do INCA (2007) apontam que 16% da população brasileira acima dos 18 anos fumam. Por outro lado, a prevalência de fumantes caiu de 34%, em 1989, para 16%, em 2006.

Neste sentido apesar dos índices de fumantes estarem caindo em alguns países desenvolvidos, nos países mais pobres os índices têm aumentando. Apenas 9% dos países do mundo possuem políticas anti-fumo e prevêm ambientes livres de cigarro. Até o momento 65 países não possuíam nenhuma política de controle nesse sentido (OMS, 2009). Ainda segundo a OMS das 100 maiores cidades do mundo, menos de trinta possuem proibições de fumo em ambientes fechados. No Brasil as leis que proíbem o fumo em ambientes fechados vigoram desde 2009 em alguns estados como São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Santa Catarina. Espera-se uma lei desse porte em âmbito nacional punindo os estabelecimentos que permitam fumar em seus ambientes inclusive em “fumódromos”.

Segundo Malcon (2003) os fatores de risco para o tabagismo são sexo, idade, nível sócio econômico, rendimento escolar ou anos de estudo, tabagismo dos pais, irmãos, amigos, separação dos pais e trabalho. Em nosso estudo dos 57 fumantes, 30 eram homens e 27 eram mulheres, mostrando uma tendência maior para o sexo masculino corroborando com os estudos de Menezes et al. (2004).

Os casos de tabagismo têm mostrado que a análise do gênero tem sido importante no sentido de relacionar o hábito tabágico ao gênero, devendo-se levar em conta inclusive suas interações com a classe social. Apesar de o tabagismo estar diminuindo lentamente entre os homens nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, entre as mulheres esse hábito está aumentando principalmente

nos países em desenvolvimento. As mulheres constituem um grupo mais vulnerável ao vício do tabaco e demoram mais para abandoná-lo geralmente por razões estéticas ou emocionais. Em 1928 a Lucky Strike promoveu uma campanha para mulheres controlarem o peso com um slogan que ficou muito famoso: “Prefira um Lucky em vez de um doce.” A preocupação das mulheres com o peso reflete as normas do gênero sobre a atratividade do corpo que são reforçadas na estrutura do poder da sociedade moderna (WALSH et al, 1995; MENEZES et al. 2004; GIGLIOTTI; PRESMAN, 2006). Além disso, a mulher enfrenta as demandas sócio-familiares e uma sobrecarga de responsabilidades exigidas na sociedade contemporânea fragilizando suas emoções e potencializando o fumar feminino, servindo o cigarro muitas vezes como um importante apoio e “companheiro” nas adversidades da vida (BORGES; SIMÕES-BARBOSA, 2008).

Um dado apresentado em relação à idade dos fumantes é o fato de termos encontrado uma maior concentração destes nas faixas etárias acima dos 20 anos. Silva et al (2006) pesquisou o consumo de álcool e drogas em universitários da área de Ciências Biológicas em um município do estado de São Paulo no ano de 2000 e 2001. Seus resultados apontaram uma concentração de fumantes na faixa etária entre 20 e 29 anos de idade.

Nesse contexto, nosso trabalho observou ainda que a idade de experimentação do primeiro cigarro ocorreu dos 11 aos 17 anos de idade. Este achado ratifica os achados de Andrade et al (2006) que achou uma iniciação ao tabagismo aos 10 anos com uma prevalência acentuada dos 15 aos 19 anos além do trabalho de Malcon et al. (2003) no qual aponta a faixa dos 13 aos 15 para a experimentação do primeiro cigarro. O número de jovens fumantes vem aumentando em todo o mundo desde a última década apesar dos esforços das campanhas antitabagistas como a restrição à publicidade a desmistificação da aventura, bem estar, virilidade e sensualidade que a indústria do fumo patrocinava. Mesmo assim, mais de 80% dos fumantes na maioria dos países iniciam o hábito antes dos 18 anos de idade e metade tornam-se adultos fumantes. Fumar na adolescência representa um risco para o desenvolvimento de doenças respiratórias já nessa fase, além de uma redução da resistência orgânica, predisposição a infecções, alterações comportamentais e

desenvolvimento de doenças respiratórias crônicas na fase adulta (SANT'ANNA et al., 2004; BRASIL, 2004). Torna-se indispensável a implementação de trabalhos preventivos adaptados à fase da adolescência para prevenir o avanço do tabagismo nessa fase da vida e, nesse sentido, a conscientização dos males do cigarro poderia começar ainda na fase escolar primária no sentido de prevenir a inicialização do hábito.

As pesquisas sobre o consumo de tabaco no mundo indicam que as camadas mais pobres da população são as maiores consumidoras. Algumas pessoas de baixa renda chegam a gastar mais com cigarros do que com alimentos da cesta básica. Em países mais pobres como o Vietnã os gastos com cigarro superam os da saúde e da educação (MUST; EFROYMSON; TANUDYAYA, 2004). Dados do IBGE de 2008 revelaram que, entre os fumantes com 15 anos ou mais de idade, 65,8% ganhavam menos de 1 (um) salário mínimo. Por outro lado, o trabalho de Silva et al. (2006) mostrou ao traçar o perfil socioeconômico dos seus entrevistados em relação ao tabaco que a maioria dos fumantes possuía renda familiar maior que 40 (quarenta) salários mínimos. Resultados semelhantes foram encontrados também por Malcon et al. (2003). Nossa pesquisa mostrou que 34 (59,6%) dos entrevistados declararam renda familiar acima de 6 (seis) salários mínimos marcando forte associação entre renda familiar e tabagismo. Deve-se levar em conta que a maioria dos entrevistados não está no convívio familiar direto durante os estudos universitários, morando em sua maioria, em repúblicas ou sozinhos.

A religião mostrou-se como um “fator de proteção” no sentido de inibir o uso do cigarro. Mesmo tendo observado um considerável número de fumantes que declararam possuir uma religião, mais de 90% dos não fumantes possuíam uma religião, na sua maioria católica e evangélica. Estes dados confirmam os achados de Silva et al (2006) onde observou que cerca de 80% dos não fumantes possuíam e/ou praticavam alguma religião. Assim, além de ter uma religião como fator de proteção, o tipo e a prática efetiva desta servem como uma égide para qualquer vício lícito ou ilícito. A maior parte das religiões do mundo considera o corpo como um templo e uma criação de Deus. Assim, o cigarro age como um poluidor da alma do indivíduo bem como qualquer ato que prejudique o organismo (MUST; EFROYMSON; TANUDYAYA, 2004). A prática da fé de qualquer

denominação pode trazer o conforto espiritual e o convívio com outros que não praticam vícios, pode diminuir a possibilidade do uso do cigarro.

O paciente vê no profissional um exemplo de saúde a ser seguido (MENEZES et al., 2004). Lenz (2008) acredita que os profissionais de saúde que fumam são menos predispostos a ajudar os fumantes a pararem de fumar. No presente estudo 55,7% dos entrevistados opinaram que os profissionais que fumam são menos propensos a aconselhar seus pacientes a parar de fumar. Além disso, 79,9% acham que os profissionais de saúde podem exercer alguma influência na cessação do tabagismo. O desenvolvimento acadêmico dos profissionais de saúde deve perpassar pelo preparo de habilidades e conhecimentos acerca da abordagem do fumante e toda sua problemática social, cultural e antropológica.

Desde 1989 o Ministério da Saúde articula através do Instituto Nacional do Câncer, medidas de prevenção e controle do tabagismo reduzindo a prevalência de fumantes e as doenças relacionadas ao fumo através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo baseado no tratado internacional de saúde Convenção-Quadro Controle do Tabaco. Entre essas medidas estão a proibição da publicidade de derivados do tabaco com a Lei 9.294/96 e a aplicação de imagens e frases de advertências sobre os males do cigarro em seus maços (em vigor no Brasil desde 2001 e efetivada como lei em 2002). Essas advertências com imagens algumas vezes chocantes têm a intenção de provocar uma espécie de *contramarketing* desfazendo o lado atrativo que algumas embalagens de cigarros proporcionam e informando o potencial letal daquele produto (INCA, 2007). Mesmo assim, a maioria dos nossos entrevistados (36,3%) acredita que as advertências são pouco informativas, mas 30,7% acham que as advertências veiculadas nas embalagens são bastante esclarecedoras. Segundo o INCA o efeito das advertências é maior nos não fumantes, pois estes ainda não estão mergulhados no vício nicotínico.

O inquérito domiciliar realizado pelo IBGE em 2008 constatou que 65% dos fumantes pensaram em parar de fumar após verem as advertências nos maços de cigarros. Por isso, através de um projeto coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer em 2008, em cooperação técnica com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Laboratório de Neurobiologia da Universidade Federal do Rio de

Janeiro, Laboratório de Neurofisiologia do Comportamento da Universidade Federal Fluminense e Departamento de Artes & Design da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, novas advertências sanitárias foram desenvolvidas para as embalagens de todos os produtos derivados do tabaco com temas atuais e *layouts* diferenciados (INCA, 2009).

No que se refere aos motivos que levam o jovem a experimentar o cigarro, foi observado em nossa pesquisa que 78,2% dos entrevistados foram influenciados pelos amigos. Geralmente a curiosidade leva a experimentação do primeiro cigarro. Malcon et al. (2003) e Andrade et al. (2006) demonstraram em seus estudos que amigos, irmãos fumantes e fumo dos pais influenciam no início do consumo. Este último fator, porém, parece exercer, segundo os autores, menos influência. Em nosso trabalho verificamos que 6,1% dos entrevistados foram influenciados pelos pais fumantes corroborando com os achados de Andrade et al. (2006) em sua pesquisa com os estudantes universitários de Brasília. Curiosamente obtivemos um achado de 61,8% de entrevistados cujos pais (mãe e/ou pai) são ou foram fumantes, com uma forte associação estatística entre aqueles que se declararam fumantes. Isso corrobora com os achados de Borges e Simões-Barbosa (2008) que, analisando os motivos da experimentação de cigarros em mulheres, verificaram que há influência dos pais e também de parentes próximos. A maioria de suas entrevistadas (71,4%) teve acesso ao fumo dentro de suas próprias casas, muitas vezes acendendo o cigarro para seus pais ou parentes. Por outro lado deve-se levar em conta o componente genético como fator predisponente no início e/ou manutenção do hábito tabágico. As estimativas são que a hereditariedade contribua com 56% no início do hábito e participe com 67% na sua manutenção (CHATKIN, 2006).

Verificamos ainda que 10,2% foram influenciados pela TV ou cinema. Esse achado comprova a pesquisa realizada por Glantz et al. (2010). Eles afirmam que a exposição ao fumo nos filmes da tela aumenta a probabilidade de que os jovens comecem a fumar. Song et al. (2008) também confirma que os adultos jovens que estão fortemente expostos ao tabagismo na tela (TV ou cinema) têm aproximadamente 2 vezes mais chances de começar a fumar do que os jovens que não estão expostos. As chances aumentam em dois terços se houver outros

mediadores que os exponham ao tabagismo como o fumo dos amigos ou dos pais.

O desejo de parar de fumar entre os fumantes felizmente é grande, mas a maioria falha nesta tentativa não conseguindo sucessos. Em nosso trabalho encontramos uma parcela de 63,2% de fumantes que queriam parar de fumar. Botelho e Dórea (2004) afirmam que 70% dos fumantes querem parar de fumar. Destes, somente um terço tenta realmente parar. Cerca de 90% destas tentativas são sem tratamento formal, ou seja, sem acompanhamento e apoio de um serviço de saúde. Falta de estratégias e assistência adequada bem como uma abordagem correta ao dependente nicotínico constituem, segundo os autores, barreiras no sucesso do tratamento do tabagista.

A dependência nicotínica dos que se declararam fumantes foi avaliada em nosso estudo através do Teste de Fagerström para Dependência Nicotínica. Não houve grandes achados de altas de dependências nicotínicas nos fumantes. A maioria apresentou baixo ou muito baixo grau de dependência nicotínica nos três cursos pesquisados. Também não houve relação entre dependência e ano de curso em estudo. Este resultado coincide com os achados de Rodrigues, Cheik e Mayer (2008) que identificaram entre 63 fumantes universitários um percentual de 68,2% para muito baixo grau de dependência nicotínica e 20,6% para um baixo grau de dependência. Segundo Halty et al. (2002) os elevados graus de dependência nicotínica no fumante tendem a dificultar o abandono do vício. Estes indivíduos necessitam de uma abordagem terapêutica mais intensa e intervenções mais específicas para o tratamento do tabagismo, pois estes terão maior probabilidade para recaídas e reinício ao vício intermitentemente (ROSEMBERG, 2003).

O autor supracitado revela que a nicotina possui uma absorção orgânica extremamente elevada, atingindo seu pico máximo (10 ng/ml) na corrente sanguínea dos tabagistas de 5 a 10 minutos após a primeira tragada. Mesmo não havendo uma ligação direta entre uso do tabaco e a iniciação a outras drogas, a aproximação entre eles é muito grande (MUST; EFROYMSON; TANUDYAYA, 2004; KULING, 2005). Em nosso estudo encontramos uma forte ligação entre consumo de tabaco e consumo de maconha entre os fumantes onde 86% dos tabagistas fumam ou já experimentaram a maconha. Uma parcela dos não

fumantes (22,8%) declarou já ter experimentado o cigarro de maconha. Silva et al. (2006) encontraram numa amostra de 926 universitários um total de 19,7% de estudantes que já havia experimentado a maconha nos últimos doze meses, e estudos de Menezes et al. (2004) apontaram uma proporção ainda menor (6,3%).

Nosso estudo revelou também que 58,3% de toda a amostra já haviam experimentado outros produtos que continham tabaco em sua composição. Há muito tempo a indústria tabagista tem apostado em diversos produtos que contém tabaco como cigarros *light*, com sabor e cigarro indiano para tentar atrair novos consumidores. Mas a “coqueluche” do momento é sem dúvida o narguilé. Trata-se de um cachimbo de água de origem incerta (talvez árabe ou indiana) utilizado para fumar. Este aparelho teria sido inventado no século XVII curiosamente por um médico, Hakim Abul Fath. Hoje este artefato é um meio “socializador” do fumo já que pode ser utilizado por mais de uma pessoa ao mesmo tempo mas mostra-se muito mais destruidor que o cigarro simples. Segundo a OMS (2005) uma seção de uma hora de narguilé equivale a inalação de 100 a 200 vezes o volume de fumaça inalada por um cigarro convencional.

6. CONCLUSÃO

A presente pesquisa evidenciou que a prevalência do tabagismo entre os acadêmicos da área de saúde mostrou-se relativamente baixa quando comparada à população em geral. Esta tendência tem sido observada na maioria dos trabalhos semelhantes realizados no país.

Encontramos um número superior de homens fumantes mostrando que o sexo ainda é um fator determinante no início do hábito.

A idade de experimentação do cigarro é ainda muito precoce e a maior influência de amigos para essa inicialização mostra que talvez as medidas de intervenção devam ser tomadas ainda na fase de adolescência ou antes dessa.

Esta pesquisa mostrou também que a religião mostrou-se como um fator de proteção para a experimentação ou uso do tabaco.

A maioria dos entrevistados que se declararam fumantes apresentou baixo ou muito baixo grau de dependência nicotínica nos três cursos pesquisados. Também não houve relação entre dependência e ano de curso em estudo.

As faculdades da área de saúde devem refletir sobre os caminhos da educação em saúde que seus alunos recebem, pois estes serão multiplicadores de saúde e assim buscar medidas de prevenção, controle e tratamento do vício do tabaco entre seus alunos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.G.; QUEIROZ, S.; VILLABOIM, R. C. M.; CÉSAR, C. L. G.; ALVES, M. C. G. P.; BASSIT, A. Z. Uso de álcool e drogas entre alunos de graduação da Universidade de São Paulo (1996). **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 53-59, 1997.

ANDRADE, A. P. A.; BERNARDO, A. C. C.; VIEGAS, C. A. A.; FERREIRA, D. B. L.; GOMES, T. C.; SALES, M. R. Prevalência e características do tabagismo em jovens da Universidade de Brasília. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 32, n. 1, p. 23-28, jan/fev 2006.

AZEVEDO, R. C. S. et al . Atenção aos tabagistas pela capacitação de profissionais da rede pública. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, abr. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2010. Epub 29-Fev-2008. doi: 10.1590/S0034-89102008005000011.

BORGES, M. T. T.; SIMÕES-BARBOSA, R. H. Cigarro “companheiro”: o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2834-2842, dez. 2008.

BORIO, G. **The Tobacco Timeline: Copyright 1993-2007** Gene Borio Disponível em: http://www.tobacco.org/resources/history/Tobacco_History.html. Acesso em: 02 jul. 2010.

BOTELHO, C; DÓREA, A. J. P.; Fatores dificultadores para a cessação do tabagismo. In: VIEGAS, C. A. S. (Col.); Diretrizes para a cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 30 (supl 2), ago. 2004.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores/Divisão de Atos Internacionais. **Decreto nº 5.658, de 02 de Janeiro de 2006 – Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco**. Brasília, 2006. Disponível em <<http://www.itamaraty.gov.br/sala-de-imprensa/notas-a-mprensa/2003/06/16/assinatura-da-convencao-quadro-para-o-controle-do/>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer/Secretaria de Vigilância em Saúde. - **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis**, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em <http://www.inca.gov.br/publicacoes/publicacao_inqerito22_06.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. **CARMEN – Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial de Enfermidades não Transmissíveis**, Brasília, 2000. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/arquivos/pdf/doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2010.

BRAWLEY, O. W.; KRAMER, B. S. Prevenção e detecção precoce do câncer. In: KASPER, D. L. et al. (Editores). **Harrison Medicina Interna**. 16. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006. vol. 1, cap 67, p. 461-462.

BRESLAU, N.; JOHNSON, E. O.; HIRIPI, E.; KESSLER, R. Nicotine dependence in the United States: prevalence, trends, and smoking persistence. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 58, n. 9, p. 810-816, sep. 2001.

CASTRO, M. G.; OLIVEIRA, M. S.; MORAES, J. F. D.; MIGUEL, C. A.; ARAÚJO, R. B.; Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 61-67, 2007.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, v. 5, p. 283-300, 2005.

CHALMERS, K.; SEGUIRE, M.; BROWN, J.; Tobacco use and baccalaureate nursing students: a study of their attitudes, beliefs and personal behaviours. **Advanced Nursing Journal**. Oxford, v. 40, n. 1, p.17-24, oct. 2002.

CHAMPAGNE, B. M.; SEBRIÉ, E. M.; SCHARGRODSKY, H.; PRAMPARO, P.; BOISSONNET, C.; WILSON, E. **Tobacco smoking in seven Latin American cities: the CARMELA study**. Londres, 2010. Disponível em: <<http://www.tobaccocontrol.bmj.com>>. Acesso em: 28 ago. 2010.

CHATKIN, J. M.; A influência da genética na dependência tabágica e o papel da farmacogenética no tratamento do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, v. 32, n. 6, p. 573-579, nov/dez 2006.

CHOLLAT-TRAQUET, C. **Evaluación de las actividades de lucha contra el tabaco: experiencias y principios orientadores**. Malta: Interprint, 1998.

GIGLIOTTI, A. P.; PRESMAN, S. (Org) - **Atualização no tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: Editora ABP - Saúde, 2006.

FAGERSTRÖM, K.; HEATHERTON, T. F.; KOZLOWSKI, L. T.; FRECKER, R.C.; The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. **British Journal of Addiction**. London, v. 86, n. 9, p. 1119-1127, sep. 1991.

GLANTZ, S. A.; TITUS, K.; MITCHELL, S.; POLANSKY, J.; KAUFMANN, R. B. Smoking in Top-Grossing Movies — United States, 1991–2009. **MMWR - Morbidity and Mortality Weekly Report**. Atlanta, vol. 59, n. 32, aug. 2010.

GORAYEB, R.; NETTO, J. R. C.; BUGLIANI, M. A. P. Habilidades de vida: estratégias para o enfrentamento de condições adversas. 2005. In: OLIVEIRA, C. M. **Fatores motivacionais relacionados ao início do tabagismo em estudantes adolescentes de Ribeirão Preto/SP**. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Filosofia e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009, p30.

HALTY L. S.; HÜTTNER M. D.; OLIVEIRA NETTO I. C.; SANTOS V. A.; MARTINS, G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. **Jornal de Pneumologia**. Brasília, v. 28, n. 4, p. 180-186, jul/ago 2002.

IGLESIAS, V.; CAVADA, G.; SILVA, C.; CÁCERES, D. Consumo precoce de tabaco y alcohol como factores modificadores del riesgo de uso de marihuana. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 517-522, ago. 2007.

IGLESIAS, R.; JHA, P.; PINTO, M.; COSTA e SILVA, V. L.; GODINHO, J.; **Controle do Tabagismo no Brasil**. Disponível em <www.worldbank.org/hnppublications>. Acesso em: 13 jun. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Educação e Condições de Vida**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/tabela3.shtm>>. Acesso em: 23 ago. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/tabela3.shtm>>. Acesso em: 23 ago. 2010.

INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE SÃO PAULO – INCOR. Disponível em: <<http://www.incor.usp.br>>. Acesso em: 16 set. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **Falando sobre Tabagismo**. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=passivo&link=tabagismo.html>. Acesso em: 13 set. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **Programa Nacional do Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. Modelo Lógico e Avaliação**. Rio de Janeiro, 2ª ed, ago. 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=publicacoes&link=programa_nacional_final.pdf>. Acesso em: 08 set 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer**, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/english/tobacco/programstate.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **Tabagismo: Um grave problema de saúde pública**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=716&Itemid=423>. Acesso em: 08 set. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco – 2009**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <

http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/brasil_advertencias_sanitarias_nos_produtos_de_tabaco2009b.pdf>. Acesso em: 02 set. 2010.

KULING, J. W. Tobacco, alcohol and others drugs: the role of the pediatrician in prevention, identification and management of substance abuse. **Pediatrics Journal**, Elk Grove Village, v. 115, n.3, p. 816-820, mar. 2005.

LENZ, B. K. Beliefs, knowledge, and self-efficacy of nursing students regarding tobacco cessation. **American Journal of Preventive Medicine**. San Diego, v. 35 (6 Supl), p. 494-500, 2008.

MALCON, M. C.; MENEZES, A. M. B.; MAIA, M. F. S.; CHATKIN, M.; VICTORA, C.G. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Pan-americana de Saúde Pública**, Washington, v. 13, n. 4, 2003.

MARTINEZ, J. A. B.; MOTA, G. A.; VIANNA, E. S. O.; SILVA, G. A.; RODRIGUES Jr., A. L. Impaired Quality of Life of Healthy Young Smokers. **Chest Journal**. Northbrook,, v. 125, p. 425-429, feb. 2004.

MENEZES, A. M. B.; HORTA, B. L.; ROSA, S.; OLIVEIRA, F. K. & BONNAN, M. Hábito de Fumar entre Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, Brasil: Comparação entre as Prevalências de 1986 e 1991. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 164-170, abr/jun 1994.

MENEZES, A. M. B.; HALLAL, P. C.; SILVA, F.; SOUZA, M.; PAIVA, L.; D'ÁVILA, A.; WEBER, B.; VAZ, V.; MARQUES, F.; HORTA, B. L.; Tabagismo em estudantes de Medicina: tendências temporais e fatores associados. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, v. 30, n.3, p. 223-228, mai/jun 2004.

MUST, E.; EFROYMSON, D.; TANUDYAYA, F. **Controle do Tabaco e Desenvolvimento: Manual para Organizações Não Governamentais**. Guia PATH Canadá. 2004. Disponível em <http://www.tabacozero.net>. Acesso em: 28 jul. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Who Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: implementing smoke-free environments**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, France, 2009. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf>. Acesso: 09 set. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Framework Convention on Tobacco Control**. Document Production Services, Genebra, Suíça, 2005. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Waterpipe tobacco smoking: Health effects, research needs and recommended actions by regulators**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Switzerland, 2005. Disponível em: <

http://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/Waterpipe%20recommendation_Final.pdf>. Acesso em: 03 set. 2010.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. BANCO MUNDIAL – **La epidemia de tabaquismo**. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Publicación científica N° 577, Washington D.C., 2000. Disponível em: < http://www.paho.org/Spanish/DBI/PC577/PC577_prelim.pdf>. Acesso em: 07 set. 2010.

PATKAR, A.A.; VERGARE, M.J.; BATRA, V.; WEINSTEIN, S.; LEONE, F. Tobacco smoking: Current concepts in etiology and treatment. **Psychiatry Journal**, Oxford, v. 66, n. 3 p. 183-199, feb. 2003

PATKAR, A.A.; HILL, K.; BATRA, V.; VERGARE, M.J.; LEONE, F.T. A comparison of smoking habits among medical and nursing students. **Chest Journal**. Northbrook, v. 124, n.4, p. 1415-20, oct. 2003.

PEREIRA, J.C.M. & RUFFINO-NETTO, A. Tabagismo como problema de saúde pública. **Revista Pulmão**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 5-8, abr/mai/jun 2004.

RODRIGUES, M. E. S.; RUFFINO-NETTO, A. Tendência do tabagismo entre estudantes da Universidade de São Paulo, Campus de Ribeirão Preto, no período de 1980-1988. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 149-158, 1991.

RODRIGUES, E. S. R.; CHEIK, N. C.; MAYER, A. F.; Nível de atividade física e tabagismo em universitários. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p.672-678, ago. 2008.

RONDINA, C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 33, n. 5, p. 592-601. set/out. 2007

ROSEMBERG, J. **Nicotina Droga Universal**, São Paulo: Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica; 2003.

ROSEMBERG J, PEROM S. Tabagismo entre estudantes da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. Tabagismo nos acadêmicos e nos médicos. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, v. 16, n. 1, p. 13-22. 1990.

RUFFINO-NETTO, A.; RUFFINO, M. C.; PASSOS, A. D. C. Hábito de fumar entre acadêmicos ligados à área de saúde. Alguns aspectos econômicos. Ribeirão Preto. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3/4, p. 95-104, jul/dez, 1989.

SANT'ANNA, C. C.; ARAÚJO, A. J.; ORFALIAIS, C. S.; Abordagem de Grupos Especiais: Crianças e Adolescentes. In: VIEGAS, C. A. A. (Org.) Diretrizes para a cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v.30, n. 2, p. 47-54. mar/abr. 2004.

SILVA, L. V. E. R.; MALBERGIER, A.; STEMPLIUK, V. A.; ANDRADE, A. G. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 280-288, abr. 2006.

SONG, A. V.; LING, P. M.; NEILANDS, T. B.; GLANTZ, S. A. Smoking in movies and increased smoking among young adults. **American Journal of Preventive Medicine**. San Diego, v. 34 (1 Supl), p. 86, jan. 2008.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP – RIBEIRÃO PRETO, 2010.

WALSH, D. C.; SORENSEN, G.; LEONARD, L. Gender, Health, and Cigarette Smoking. In: AMICK III, B. C.; LEVINE, S.; TARLOV, A.R.; WALSH, D.C. (Orgs.). **Society and health**. New York: Oxford University Press, 1995. cap. 5, p. 131-171.