**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU**

GIANNE CERQUEIRA LEITE RODRIGUES MORAIS

**Prevalência de tabagismo e seu impacto na voz da população do
campus de Bauru da Universidade de São Paulo**

**BAURU
2012**

GIANNE CERQUEIRA LEITE RODRIGUES MORAIS

**Prevalência de tabagismo e seu impacto na voz da população do
campus de Bauru da Universidade de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Fonoaudiologia.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris

Versão corrigida

BAURU

2012

M792p   Moraes, Gianne Cerqueira Leite Rodrigues
Prevalência de tabagismo e seu impacto na voz
da população do campus de Bauru da Universidade
de São Paulo / Gianne Cerqueira Leite Rodrigues
Moraes – Bauru, 2012.
90 p. : il.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia
de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris

Nota: A versão original desta dissertação encontra-se disponível
no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de
Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a
reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos
fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP

protocolo nº. 159/2009

Data: 28/10/2009

FOLHA DE APROVAÇÃO

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai *Lelo* (*em meu coração*) meu conselheiro, amigo, encorajador, cujo exemplo de honestidade, vida transparente, amor a Deus e ao próximo fortaleceram minha fé para concluir mais esta etapa de minha vida. Tenho orgulho em dizer que sou sua filha! A Bíblia diz um pouco de sua caminhada nesta terra, pai...

“Bem-aventurado o homem que não anda segundo o conselho dos ímpios, nem se detém no caminho dos pecadores, nem se assenta na roda dos escarnecedores. Antes tem seu prazer na lei do Senhor, e na sua lei medita de dia e noite. Pois será como a árvore plantada junto às correntes de águas, a qual dá o seu fruto na estação própria, e cuja folha não cai; e tudo quanto fizer prosperará.”

Salmo 1:1-3

AGRADECIMENTOS

Agradeço Especialmente

A *Deus*, autor e consumidor da minha fé, pela vida, pelo cuidado e por me amar antes da fundação do mundo!

À minha mãe *Nida*, a maior incentivadora de minhas conquistas, mulher exemplar que amo demais! A Bíblia descreve você, mãe...

“A mulher sábia é muito mais valiosa que os rubis. Seu marido tem plena confiança nela e nunca lhe falta coisa alguma. Entrega-se com vontade ao seu trabalho; seus braços são fortes e vigorosos. Acolhe os necessitados e estende as mãos aos pobres. Não teme por seus familiares quando chega a neve, pois todos eles vestem agasalhos. Seu marido é respeitado na porta da cidade, onde toma assento entre as autoridades da sua terra. Fala com sabedoria e ensina com amor. Seus filhos se levantam e a elogiam; seu marido também a elogia, dizendo: Muitas mulheres são sábias, mas você a todas supera.”

Provérbios 31

AGRADECIMENTOS

Agradeço Especialmente

Ao meu marido *Renato*, presente de Deus que esperei por muitos anos. A alegria de hoje também é tua, pois teu amor, estímulo e carinho foram armas para esta vitória. Te amo!

“Melhor é serem dois do que um, porque têm melhor paga do seu trabalho. Porque se um cair, o outro levanta o seu companheiro; mas ai do que estiver só; pois, caindo, não haverá outro que o levante. Também, se dois dormirem juntos, eles se aquestrarão; mas um só, como se aquestrará? E, se alguém prevalecer contra um, os dois lhe resistirão; um cordão de três dobras não se rompe com facilidade.”

Eclesiastes 4:9-12

Ao meu filho *Breno*, que me faz entender melhor o verdadeiro significado do “amor”. Sempre vou te amar, filho!

“Aleluia! Como é feliz o homem que teme o Senhor e tem grande prazer em seus mandamentos! Seus descendentes serão poderosos na terra, serão uma geração abençoada, de homens íntegros. Grande riqueza há em sua casa, e a sua justiça dura para sempre.”

Salmos 112:1-3

AGRADECIMENTOS

À minha irmã *Giovanna*, cunhado *Luciano* e sobrinhas *Rafaela e Manuela* por fazerem parte da minha história e por torcerem pelas minhas conquistas.

Ao Prof. Dr. *José Roberto Pereira Lauris*, pelos ensinamentos que me foram transmitidos, por realizar a análise estatística deste estudo, pela disponibilidade e por ter acreditado em mim.

À Profa. Dra. *Alcione Ghedini Brasolotto*, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia, por me fazer sentir incluída durante as aulas que ministrou, pelo ensino, sugestões e incentivo para conclusão deste trabalho.

À Dra. *Régia Luzia Zanata*, pessoa que admiro por sua destreza, capacidade e por realizar com excelência tudo o que se propõe. Por facilitar minha visão sobre ser pesquisadora e ser grande incentivadora da conclusão deste trabalho. Meu muito obrigada.

Aos funcionários da *UBAS*, pessoas com quem convivo diariamente, que admiro e que moram no meu coração. Obrigada por estarem comigo nesta trajetória tão importante da minha vida. Vocês são brilhantes!

Aos *Servidores, Alunos e Docentes* da Universidade de São Paulo – campus de Bauru, que tornaram possível a realização deste trabalho.

Aos *funcionários* da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Bauru pela atenção e disposição no auxílio e esclarecimento durante execução deste trabalho.

Enfim, a *todos* que, direta ou indiretamente, contribuíram para a obtenção deste título.

Muito Obrigada!

*“Feliz o homem que acha sabedoria, e o homem que adquire conhecimento;
porque melhor é o lucro que ela dá do que o da prata,
e melhor a sua renda do que o ouro mais fino.
Mais preciosa é do que pérolas,
e tudo o que podes desejar não é comparável a ela.”*

Provérbios 3:13-15

RESUMO

O combate à epidemia do tabagismo é prioridade estabelecida pela Organização Mundial de Saúde. Objetivou-se estabelecer a prevalência do tabagismo e seu efeito na voz dos servidores e alunos do campus de Bauru da Universidade de São Paulo. Através da aplicação de um questionário autoexplicativo foram avaliadas as características sociodemográficas, saúde geral, voz, e comportamento em relação ao tabagismo. Avaliou-se a prevalência do hábito, o grau de dependência à nicotina (Teste de Fagerstrom) e a motivação para interrupção do hábito (Teste de Richmond). Os resultados foram analisados no programa Statistica for Windows versão 5.1. Foram aplicados os testes qui-quadrado e correlação de Spearman entre grupos, com nível de significância de 5%. O índice de resposta obtido foi de 62,8%, ou seja, 628 respondentes. A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (74,5%), com idade entre 18 e 29 anos (46,2%) e com grau de instrução até o ensino médio (57,8%). Com relação ao hábito de fumar 10,5% eram fumantes e 10,5% ex-fumantes. O percentual de alunos fumantes (4,1%) foi significativamente menor comparado aos valores observados para funcionários ($p < 0,001$). A prevalência de fumantes foi significativamente maior entre os entrevistados do sexo masculino ($p = 0,003$), com menor nível de instrução ($p < 0,001$) e na faixa etária com mais de 50 anos ($p < 0,001$). Houve correlação estatisticamente significativa entre o grau de dependência à nicotina e o nível de instrução ($p < 0,001$). No entanto, a motivação para interromper o hábito não mostrou correlação com o nível de instrução ($p = 0,344$). Os fumantes apresentaram sintomas e sensações vocais e laringofaríngeas com frequência significativamente maior do que os não fumantes, incluindo: tosse seca ($p < 0,001$) e com catarro ($p < 0,001$), pigarro ($p < 0,001$), secreção na garganta ($p = 0,006$), garganta seca ($p = 0,010$), rouquidão ($p = 0,001$) e voz grossa ($p < 0,001$). O percentual de satisfação com a própria voz foi 93% em ambos os grupos. Com relação aos cuidados com a voz, 54,3% da amostra havia recebido orientações prévias sobre o assunto. Os dados disponibilizados demonstram a necessidade de estratégias locais adequadas para prevenção e cessação do tabagismo no campus de Bauru.

Palavras-chave: Tabagismo. Voz. Prevalência. Universidades.

ABSTRACT

Prevalence of smoking and the impact on the voice of the population of the Bauru School of Dentistry campus, University of Sao Paulo

The fight against the smoking epidemic is a priority established by the World Health Organization. This study analyzed the prevalence of smoking and its effect on the voice of professors, employees and students at the Bauru campus of University of São Paulo. A self-explaining questionnaire was applied to evaluate the sociodemographic characteristics, general health, voice and behavior in relation to smoking. The study evaluated the prevalence of the habit, degree of smoking dependence (Fagerstrom test) and motivation to interrupt the habit (Richmond test). The results were analyzed on the software Statistica for Windows version 5.1. The chi-square and the Spearman correlation tests were applied between groups, at a significance level of 5%. The response rate was 62.8%, i.e. 628 participants. Most interviewees were females (74.5%), aged 18 to 29 years (46.2%) and with educational level up to high school (57.8%). Concerning the smoking habit, 10.5% were smokers and 10.5% were ex-smokers. The percentage of smoker students (4.1%) was significantly lower compared to the values observed among employees ($p<0.001$). The prevalence of smokers was significantly higher among male interviewees ($p=0.003$), with lower educational level ($p<0.001$) and in the age range older than 50 years ($p<0.001$). There was statistically significant correlation between smoking dependence and the educational level ($p<0.001$). However, the motivation to interrupt the habit did not show correlation with educational level ($p=0.344$). The smokers exhibited vocal symptoms and throat sensations with significantly higher frequency than non-smokers, including dry cough ($p<0.001$) with catarrh ($p<0.001$), hem ($p<0.001$), throat secretion ($p=0.006$), dry throat ($p=0.010$), hoarseness ($p=0.001$) and harsh voice ($p<0.001$). The percentage of satisfaction with the own voice was 93% for both groups. Concerning the care with the voice, 54.3% of the sample had received previous information on the subject. These data demonstrate the need of adequate local strategies for prevention and interruption of smoking at the Bauru campus.

Keywords: Tobacco. Smoking. Voice. Prevalence. Universities.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Relação de estudos sobre prevalência quanto ao uso do tabaco em ambientes universitários.....	33
Tabela 2 -	Distribuição da amostra segundo a faixa etária.....	47
Tabela 3 -	Distribuição da amostra segundo sexo e atividade no campus.....	47
Tabela 4 -	Distribuição da amostra segundo grau de instrução e atividade no campus.....	47
Tabela 5 -	Tabagismo segundo a atividade no campus.....	48
Tabela 6 -	Tabagismo segundo gênero.....	48
Tabela 7 -	Tabagismo segundo o nível de instrução.....	48
Tabela 8 -	Tabagismo segundo a faixa etária.....	49
Tabela 9 -	Grau de dependência à nicotina (Teste de Fagerstrom) em relação ao nível de instrução.....	49
Tabela 10 -	Motivação para interromper o hábito de fumar (Teste de Richmond) em relação ao nível de instrução.....	49
Tabela 11 -	Alterações relacionadas à voz e sensações relacionadas à garganta, referidas com maior frequência e intensidade (escores 2 e 3) pelos entrevistados.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
ER	Edema de Reinke
FOB	Faculdade de Odontologia de Bauru
GATS	Global Adult Tobacco Survey
HRAC	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MPOWER	Pacote de medidas anti-tabagismo estabelecido pela Organização Mundial de Saúde em Convenção mundial
MS	Ministério da Saúde do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	TABAGISMO– LEVANTAMENTOS E ESTRATÉGIAS DE CESSAÇÃO ...	21
2.2	TABAGISMO EM UNIVERSIDADES DO BRASIL	25
2.3	TABAGISMO E VOZ	29
3	PROPOSIÇÃO	35
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
4	MATERIAL E MÉTODOS	39
4.1	CASUÍSTICA.....	41
4.2	TAMANHO DA AMOSTRA.....	41
4.3	LOGÍSTICA	41
4.4	INSTRUMENTO.....	42
4.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	44
5	RESULTADOS	45
6	DISCUSSÃO	53
7	CONCLUSÕES	69
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICES	81
	ANEXOS	87

1 INTRODUÇÃO

---

1 INTRODUÇÃO

O uso do tabaco é considerado uma epidemia causada pelo homem (WHO, 2008). Embora passível de prevenção, os dados levantados nas últimas décadas (PETO et al., 1996; ROSEMBERG, 2002) e as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam um prognóstico sombrio e impactante sobre a saúde pública numa perspectiva global.

O tabagismo é fator de risco para seis das oito principais causas de morte da população mundial adulta, contribuindo de forma significativa nas mortes causadas por infarto, acidente cérebro vascular, infecções respiratórias, câncer de pulmão, laringe e esôfago; é responsável por uma em cada dez mortes entre adultos e mata uma pessoa a cada dez segundos (WHO, 2008; WHO, 2011; ROSEMBERG, 2002).

De um terço à metade das pessoas que fazem uso diário do tabaco morrerão precocemente, em média quinze anos mais cedo, reduzindo de forma significativa não só a expectativa como também a qualidade de vida do usuário, além de poder representar até 10% dos custos com cuidados com a saúde de um país (WHO, 2008).

Segundo Garnett (2001) o tabagismo está intimamente relacionado a afecções laríngeas, podendo causar desde edemas (como o edema de Reinke), que são processos inflamatórios, até leucoplasias e câncer, fazendo-se necessária a intervenção precoce, que pode ser cirúrgica e/ou fonoaudiológica, mas que exige o fim do consumo de tabaco.

Os danos causados pelo uso do tabaco fumado transcendem o próprio usuário (DUARTE et al., 2006). Dados norte-americanos revelam que a exposição involuntária à fumaça ou uso passivo do tabaco é responsável anualmente por 430 casos de morte súbita em crianças, 24 mil casos de bebês de baixo peso, e mais de 70 mil casos de partos prematuros e 200 mil casos de asma (CAL/EPA, 2005; WHO, 2008).

Em Convenção Mundial realizada em 2008, a OMS estabeleceu um pacote para controle da epidemia do tabagismo (MPOWER) com base na estimativa de que se medidas urgentes e efetivas de controle da expansão do consumo não forem

adotadas e mantidas pelas lideranças políticas mundiais, por volta do ano 2030, a epidemia será responsável por oito milhões de mortes anuais, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva e 80% em países em desenvolvimento (WHO, 2008). Apesar dos avanços identificados em publicação mais recente da OMS, o uso do tabaco mantém-se ainda associado a quase 6 milhões de mortes anuais, sendo que 10% de suas vítimas são não fumantes expostos à fumaça (WHO, 2011).

Em nosso país, segundo levantamentos feitos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1989 e em 2003, observa-se declínio na prevalência de fumantes acima de 18 anos (de 34,8% para 22,4%), embora esta diminuição tenha sido mais significativa entre os indivíduos com mais anos de escolaridade e maior renda familiar (MONTEIRO et al., 2007).

No ano de 2004 o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e o Ministério da Saúde do Brasil (MS), após levantamento realizado em 16 capitais brasileiras, constataram prevalências de consumo regular de tabaco (fumantes) entre 13 e 25%. As maiores prevalências, tanto entre adultos como entre jovens, foram observadas nos grupos com menor escolaridade em todas as capitais estudadas. Por outro lado, o índice de cessação do tabagismo foi inferior nestes grupos, reafirmando a importância do componente social na vigilância epidemiológica (BRASIL, 2004).

No ano de 2008, com objetivo de subsidiar as políticas nacionais referentes ao tabagismo e também se integrar ao projeto GATS (Global Adult Tobacco Survey) da OMS a mais completa pesquisa sobre tabagismo foi realizada em território nacional (IBGE, 2008), identificando uma prevalência de fumantes de 17,2%, o que corresponde a 24,6 milhões de pessoas. Observaram neste estudo relação inversa entre tabagismo e renda *per capita* e entre tabagismo e anos de estudo.

Dentro da realidade universitária, vários levantamentos foram realizados na última década entre alunos e funcionários de Universidades do Brasil (MIRRA et al., 1999; RIBEIRO et al., 1999; FIORINI et al., 2003; STEMPLIUK et al., 2004; MENEZES et al., 2004; LUCAS et al., 2006; PASSOS et al., 2006; SILVA et al., 2006; ANDRADE et al., 2006; CHIAPETTI; SERBENA, 2007; SPIANDORELLO et al., 2007; RODRIGUES; CHEIK; MAYER, 2008; STRAMARI; KURTZ; SILVA, 2009) evidenciando o tabagismo ainda como hábito prevalente neste meio.

No campus da USP/Bauru não há estatísticas a respeito do consumo de tabaco, suas implicações no ambiente de trabalho e seu impacto na voz. O interesse da avaliação diagnóstica se dá não apenas pela peculiaridade do ambiente universitário, mas também pela relevância deste campus ser voltado a cursos da área da saúde. Segundo Costa (2006), os levantamentos europeus relatam que o tabagismo entre médicos e enfermeiros mostra-se superior à média populacional. Este dado é um alerta aos profissionais da saúde, pois estes representam um exemplo social tendo a capacidade de influenciar pelo comportamento que assumem em público (SARNA et al., 2005; COSTA, 2006; STRAMARI; KURTZ; SILVA, 2009).

Em concordância com a proposta feita pela OMS através do MPOWER, o objetivo deste estudo é avaliar no campus de Bauru, a prevalência de tabagistas, a dependência à nicotina, o grau de motivação para interrupção do hábito e o impacto do tabagismo sobre a voz e a saúde geral dos servidores e alunos. Pretende-se obter as informações necessárias para o estabelecimento de um programa de cessação em nível local.

2 REVISÃO DE LITERATURA

---

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TABAGISMO – LEVANTAMENTOS E ESTRATÉGIAS DE CESSAÇÃO

West, McNeill e Raw (2000) publicaram atualização sobre protocolo de cessação para profissionais de saúde baseado em evidências a respeito da efetividade das intervenções. Os autores concluíram que o estabelecimento de estratégias de cessação apresenta uma relação custo benefício extremamente favorável por salvar vidas e reduzir a gravidade de doenças. As estratégias recomendadas pelo protocolo norte-americano orientam que em nível de atenção primária à saúde haja a capacitação de médicos e enfermeiros para abordagens apropriadas de cessação; haja a atualização dos dados referentes ao tabagismo dos pacientes; que os médicos aconselhem os pacientes a interromper o vícios e ofereçam terapia de reposição de nicotina ou bupropiona aos pacientes que fumam mais de dez cigarros por dia e ofereçam suporte adicional através do encaminhamento dos fumantes a setores especializados em cessação. Estes setores devem oferecer tratamento individualizado e em grupo, abrangendo terapias cognitivas e apoio farmacológico.

Em 2004, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) realizou inquérito epidemiológico sobre a prevalência do tabagismo em 16 capitais brasileiras (BRASIL, 2004). A prevalência de fumantes regulares variou de 12,9% (em Aracaju) a 25,2% (em Porto Alegre). Maiores prevalências foram identificadas nas regiões mais urbanizadas e industrializadas das regiões Sul e Sudeste, com exceção da capital Rio de Janeiro que apresentou uma prevalência de fumantes de 17,5%. Ainda nas capitais mais urbanizadas observou-se um aumento no percentual de mulheres fumantes não diferindo significativamente da prevalência para o sexo masculino. Nas capitais do Norte e Nordeste a razão entre os sexos masculino e feminino foi de 2 para 1. Entre os jovens (15 a 24 anos) as maiores prevalências de fumantes foram encontradas nas capitais Porto Alegre, Curitiba, Vitória, Florianópolis, Campo Grande e São Paulo para ambos os sexos. Nos últimos 20 anos a prevalência de tabagismo vem caindo no país, considerando ser possível que a redução relativa desta queda seja maior entre os homens,

justamente porque a introdução do tabagismo entre mulheres foi posterior ao que aconteceu no sexo masculino. Entre jovens escolares, na maioria das capitais estudadas, a proporção de experimentação de cigarros foi ligeiramente mais elevada entre meninos do que entre meninas, com exceção de capitais do sul do país – Curitiba e Porto Alegre – onde a situação se inverteu e as meninas experimentaram em maior proporção. Em todas as cidades avaliadas a prevalência de tabagistas foi superior entre indivíduos com menor escolaridade (menos de 8 anos de estudo). Também neste grupo o índice de cessação (razão entre o número de ex-fumantes pelo número de fumantes atuais mais ex-fumantes) foi inferior.

Sarna et al. (2005) em um estudo realizado no Centro Jonsson para o Câncer da Universidade da Califórnia investigou 60 profissionais da área de enfermagem em quatro estados norte-americanos e constataram que entre estes profissionais, o hábito de fumar pode criar problemas no ambiente de trabalho como maior número de pausas durante a jornada, de forma que o profissional estrutura o turno em função das pausas para fumar, ficando menos disponível para o atendimento. Outra conclusão relevante é que os profissionais de enfermagem fumantes relutam ou sentem-se pouco à vontade para participar de programas preventivos antitabagistas para pacientes sob seus cuidados, tornando o tabagismo uma questão de saúde ocupacional.

Costa (2006) considerando o importante papel dos profissionais de saúde nos programas de cessação do tabagismo, estudou a prevalência de tabagistas entre médicos e enfermeiros de hospitais públicos da cidade do Porto, em Portugal. Através de estudo transversal, aplicou questionário auto explicativo a uma amostra de conveniência de 488 indivíduos, obtendo, além de informações demográficas, o grau de dependência do tabagismo e a motivação para parar de fumar empregando os testes de Fagerstrom e de Richmond, respectivamente. Encontrou prevalência de tabagistas de 20,5%, sendo significativamente superior para o sexo masculino (28,4% x 16,3%). A maioria dos entrevistados (63%) mostrou motivação moderada a elevada para interromper o hábito e 20% dos entrevistados apresentaram elevada dependência à nicotina, estando esta correlacionada positivamente com a duração do tabagismo.

Monteiro et al. (2007), avaliaram a evolução temporal do tabagismo na população adulta brasileira (acima de 18 anos), considerando os levantamentos nacionais feitos em 1989 e 2003. Observaram um decréscimo significativo, cerca de 35%, na prevalência de fumantes (de 34,8% para 22,4%) e uma redução modesta no número médio de cigarros consumidos por dia. As reduções na prevalência e na intensidade do tabagismo foram maiores para o sexo masculino, para a faixa etária mais jovem e para a faixa socioeconômica mais alta. Os autores atribuem este declínio surpreendente, principalmente na faixa etária mais jovem, entre 18 e 24 anos, a uma política nacional antitabagismo, a qual deve ser intensificada para continuidade dos ganhos adquiridos.

Em 2008, em resposta à evidência de crescente consumo de tabaco mundialmente, especialmente nos países em desenvolvimento, a Organização Mundial de Saúde em assembléia internacional aprovou várias resoluções de larga abrangência para conter a demanda global por tabaco utilizando o pacote de medidas intersectoriais MPOWER (WHO, 2008): **Monitoramento (M)** da epidemia, através da obtenção de dados confiáveis de prevalência e de formas de uso do tabaco e sua correlação com as características sócio-demográficas e culturais locais, permitindo o conhecimento da realidade específica, a adequada alocação de recursos e a avaliação da eficácia das medidas de controle; **Proteção (P)** dos não fumantes por meio de legislação proibitiva e uso restritivo do tabaco; **Oferta (O)** de apoio ou ajuda às pessoas que desejam parar o uso do tabaco, implementando-se programas de cessação na atenção primária à saúde, oferecendo orientação, aconselhamento e terapia farmacológica de substituição quando necessário; **Warnings (W)** a instituição de advertências gráficas nos produtos produzidos pela indústria do tabaco e a divulgação maciça na mídia de ações antitabaco; **Enforce bans (E)** proibição à propaganda e ao patrocínio da indústria do tabaco tanto de forma direta como indireta; **Raise taxes (R)**, aumento de taxas e impostos sobre os produtos originários da indústria do tabaco, desta forma desestimulando o consumo e aumentando a arrecadação de capital a ser empregado no combate à epidemia do tabagismo. Este retorno de arrecadação atualmente é feito de forma bastante atrofiada, pois nos países em desenvolvimento estima-se que de cada cinco mil dólares arrecadados, apenas um dólar seja revertido no combate à epidemia.

Em 2008, com o objetivo de subsidiar as políticas nacionais referentes ao tabagismo e também se integrar ao projeto GATS (Global Adult Tobacco Survey) conduzido pela OMS em 14 países em desenvolvimento, a Pesquisa Especial de Tabagismo foi realizada pelo INCA e pelo IBGE em 51.011 domicílios de todo país, com orientação do Comitê Técnico Internacional do GATS (IBGE, 2008). A pesquisa cobriu aspectos como uso do tabaco, cessação, exposição à fumaça, acesso a campanhas de conscientização e percepção dos riscos do tabagismo. Observaram uma prevalência de uso de tabaco entre maiores de 15 anos de 17,5%, sendo que 96% destes tabagistas faziam uso do tabaco fumado, representando 17,2% da população brasileira, ou seja, 24.600.000 pessoas. A prevalência de fumantes do sexo masculino (21,6%) foi superior ao feminino (13,1%) em todas as regiões do país. A região Sul apresentou a maior prevalência de fumantes (19%) e a região Centro-oeste a menor (16,6%). A categoria “fumantes ocasionais” foi minoritária (2,1%) e foram detectados aproximadamente 20 milhões de ex-fumantes (14,1%). A faixa etária com maior prevalência de fumantes foi a de 45 a 64 anos (22,7%), e a menor prevalência foi encontrada na faixa etária de 15 a 24 anos (10,7%). Observaram relação inversa entre tabagismo e renda *per capita* e entre tabagismo e anos de estudo. Entre os entrevistados com 11 anos ou mais de estudo (ensino médio ou superior) a prevalência de fumantes foi de 11,9%. Entre os fumantes, aproximadamente 87% dos entrevistados haviam observado campanhas ou anúncios antitabaco e 65% deles pensaram em parar de fumar devido ao impacto das advertências nos maços de cigarro.

Rebelo (2008) através de estudo descritivo transversal avaliaram os resultados obtidos através de um programa de cessação instituído a 184 pacientes fumantes usuários de um centro de saúde português. O programa constituiu-se em abordagem cognitivo comportamental, com consultas multidisciplinares (médicos, enfermeiros, psicólogos e nutricionistas) de apoio intensivo (periodicidade semanal) ao longo de 3 a 6 meses e complementadas com terapia farmacológica personalizada. Após 12 meses da primeira consulta a taxa de abstinência encontrada foi de 24%. Os pacientes que apresentavam comorbidade psiquiátrica apresentaram um índice de cessação significativamente inferior (4%).

Rosendo et al. (2009) avaliaram a prevalência de fumantes e a correlação entre tabagismo e comorbidades cardiovasculares, respiratórias e psiquiátricas em 224 usuários de unidades de saúde. Observaram uma prevalência de fumantes de 17%, sendo que 50% apresentavam comorbidades, sendo as mais frequentes as psiquiátricas (28,9%). Baixa motivação para deixar de fumar foi identificada em 47,5% dos entrevistados, independentemente da história tabágica e da presença de doenças associadas ao tabagismo.

2.2 TABAGISMO EM UNIVERSIDADES DO BRASIL

Ribeiro et al. (1999) verificaram a prevalência do tabagismo entre funcionários, docentes e alunos da Universidade Federal de São Paulo e a aceitabilidade de um programa antifumo. Por meio da aplicação de um questionário auto respondível e de um índice de resposta de 48%, constataram em um universo de 2.613 indivíduos uma prevalência de tabagismo de 15,5%. Setenta e três por cento da amostra era do sexo feminino, porém, a prevalência não diferiu entre os gêneros. A idade média de início do tabagismo foi 19 anos e a maior prevalência de fumantes encontrou-se na faixa etária de 31 a 40 anos (26,6%). Entre os funcionários, a maior prevalência de fumantes (33%) foi encontrada entre os funcionários com menor nível de instrução (ensino fundamental) e a menor prevalência foi identificada entre os funcionários com nível superior (18%), mesmo percentual encontrado para os docentes. A prevalência de fumantes entre os alunos foi de 8,6%, sendo maior nos cursos de enfermagem e fonoaudiologia (14%) quando comparada ao curso de medicina (5,6%). A preocupação com o fumo passivo foi expressa por 82,5% das pessoas e 71,4% se incomodavam com a exposição à fumaça. Dos entrevistados fumantes, 59% já haviam tentado parar o hábito sem sucesso e 42% mostraram-se receptivos à implantação de um programa de ajuda para cessação.

Mirra et al. (1999) realizaram dois inquéritos sobre tabagismo entre alunos e funcionários da Faculdade de Saúde pública da USP nos anos de 1980 e 1995 e identificaram um decréscimo de fumantes de aproximadamente 50% neste período, atingindo na última avaliação prevalências de 26,6% e 22 % para

os sexos masculino e feminino, respectivamente. Identificaram que os profissionais com formação da área biológica foram os mais motivados a não adquirirem o hábito de fumar. A idade de início do "fumar" mostrou-se precoce, entre 10 e 14 anos.

Fiorini et al. (2003) avaliaram o consumo de drogas lícitas e ilícitas entre 1500 universitário da área da saúde. Observaram uma prevalência de tabagismo de 24% e detectaram um primeiro contato com as drogas na adolescência.

Menezes et al. (2004) identificaram, após decréscimo significativo na década de 80, uma estabilização na prevalência de tabagismo (10,1%) entre estudantes de medicina, sem diferença significativa entre sexos e reforçam que o combate ao fumo ainda é indispensável no ambiente universitário. Identificaram associação positiva entre tabagismo atual e as variáveis tosse seca e tosse produtiva.

Stempliuk et al. (2005) observaram um aumento significativo no consumo regular ou irregular de tabaco entre estudantes da Universidade de São Paulo entre os anos de 1996 (42,8%) e 2001 (50,5%). O uso experimental e regular de álcool e outras substâncias psicoativas também aumentaram no período, seguindo, segundo os autores, uma tendência mundial de aumento do uso de drogas.

Com referência ao estudo supracitado Wagner et al. (2007) observaram diferenças significativas quanto ao padrão de consumo de drogas lícitas e ilícitas entre os gêneros e sugeriram que as diferenças observadas sejam levadas em consideração no desenvolvimento de estratégias preventivas e de tratamento da população universitária.

Lucas et al. (2006) identificaram entre estudantes universitários da área da saúde uma prevalência de "uso na vida" de tabaco de 25,8% para as estudantes e 39,7% para os estudantes do sexo masculino, sendo esta diferença significativa. O uso inicial do tabaco e de outras drogas ocorreu entre 16 e 18 anos para a maioria dos entrevistados. A prevalência do uso não diferiu entre as classes socioeconômicas.

Passos et al. (2006) avaliando o consumo de tabaco, álcool e outras drogas ilícitas entre estudantes de medicina verificaram uma prevalência de fumantes de 23%, não diferindo entre os gêneros. No entanto, o uso eventual foi mais frequente

entre os homens (59%). O início do hábito ocorreu entre 17 e 19 anos para a maioria dos entrevistados.

Silva et al. (2006) avaliaram o consumo experimental e regular de tabaco, álcool e drogas ilícitas entre 1.104 universitários da área da saúde. A coleta de dados foi feita através de questionário auto respondível preconizado pela Organização Mundial de Saúde. O uso de tabaco nos últimos 12 meses foi reportado por 22% dos universitários, não diferindo entre os gêneros. Constataram que os alunos fumantes praticavam menos esportes do que os não fumantes (8% x 15,6%), frequentavam menos a biblioteca da universidade e faltavam mais às aulas.

Andrade et al. (2006) avaliaram a prevalência de tabagismo e o perfil de hábitos de consumo de tabaco entre 1.341 alunos de diversos cursos da Universidade de Brasília. A prevalência de tabagismo foi de 14% (considerando os tabagistas ocasionais) e de 9% de fumantes regulares. Não houve diferença na prevalência de fumantes entre sexos, porém a prevalência foi significativamente menor nos cursos da área da saúde (7%) em comparação com as áreas de ciências humanas (17%). Grande parcela dos estudantes subestimava sua dependência do cigarro, pois, embora um grau de dependência de nicotina elevado tenha sido identificado em 46% dos estudantes, a maioria (90%) supunha ser capaz de interromper o hábito quando desejado.

Chiapetti e Serbena (2007) avaliaram o consumo experimental e regular de tabaco, álcool e drogas ilícitas entre universitários da área da saúde de uma universidade particular de Curitiba. O consumo de tabaco ao longo da vida variou de 41% a 65% entre os cursos. O uso regular (diário) variou de 14% a 31%, sendo significativamente mais alto para o curso de psicologia. Considerando as médias encontradas em todos os cursos, o consumo regular de tabaco teve uma prevalência de 21,3%.

Spindorello et al. (2007), com base em uma prevalência de universitários fumantes de 17% na Universidade de Caxias do Sul, ofereceram tratamento multidisciplinar para a interrupção do tabagismo. Após divulgação do programa no meio universitário durante quatro meses, apenas 0,11% dos alunos fumantes se inscreveram, revelando pouco interesse no cuidado à saúde. Os autores atribuem tal comportamento ao fato dos estudantes estarem vivendo a primeira fase da história

natural do tabagismo, na qual justificam que fumam por prazer e acreditam que tem domínio sobre o vício, apostando com a sorte de não ter doenças futuras.

Rodrigues, Cheik e Mayer (2008) verificaram uma prevalência de tabagismo de 7,2% entre 871 universitários. Identificaram um grau de dependência nicotínica muito baixo para a maioria dos fumantes e a associação tabagismo x sedentarismo não se mostrou significativa.

Wagner e Andrade (2008) em estudo de revisão destacam a importância da repetição de estudos de prevalência do tabagismo entre universitários como fonte de informação do comportamento de variáveis associadas ao tabagismo e outras drogas ao longo do tempo, definindo ou aprimorando o tipo de intervenção a ser realizada, e subsidiando a identificação de grupos específicos mais expostos ao problema.

Stramari, Kurtz e Silva (2009) observaram uma prevalência de fumantes ativos de 16,5% entre acadêmicos de medicina, sendo 5,4% fumantes diários e 11,1% fumantes ocasionais. Os fatores significativamente associados ao tabagismo foram sexo masculino, uso regular de bebidas alcoólicas e uso de antidepressivos ou ansiolíticos.

Colares, Franca e Gonzalez (2009) observaram entre estudantes da área da saúde um consumo ocasional de tabaco de 61% para o sexo masculino e 49% para o sexo feminino, e um consumo frequente (ao menos um cigarro por semana) de 32% e 13 % respectivamente para os sexos masculino e feminino, sendo estas diferenças significativas.

Mirra et al. (2009) fazem um relato sobre o controle do tabagismo na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo iniciado na década de 70 e premiado em 2008 pela Secretaria de Estado da Saúde com o selo de prata de certificação de ambiente livre de tabaco. Neste espaço de tempo, ao lado de um trabalho educativo direcionado a docentes funcionários e alunos, foram realizadas pesquisas sobre o tema tabagismo com a produção de inúmeros trabalhos de mestrado, doutorado e livre docência e foi desenvolvido programação orientada pelo INCA.

2.3 TABAGISMO E VOZ

Rocha (1999), em trabalho de revisão, compilou evidências científicas entre tabagismo e alterações laringeas. Observou como patologias de maior incidência a laringite crônica, edema de Reinke, pólipos e, num estágio mais avançado, lesões pré-cancerosas como as placas leucoplásicas e carcinoma. Ressaltou que todas estas enfermidades produzem distúrbios vocais, alterando a qualidade, altura e intensidade da voz.

Segundo Behlau (2005) e Behlau e Pontes (2009) o tabagismo é maléfico para a voz e um dos fatores desencadeantes do câncer de laringe e de pulmão devido a irritação que provoca nesses órgãos. O cigarro afeta a movimentação ciliar e causa depósito de secreção ao longo de toda extensão das pregas vocais, levando ao aparecimento do pigarro. A fumaça e o alcatrão dos cigarros ressecam o trato vocal, causando irritação do revestimento mucoso das vias aéreas. As toxinas depositadas nas pregas vocais funcionam como aparadores de impurezas ao longo da laringe, favorecendo assim a instalação de alterações como edemas, pólipos, hiperplasias, displasias e câncer.

Segundo Colton, Casper e Leonard (2010) um percentual significativo (acima de 90%) dos indivíduos com carcinoma laríngeo relata uso intenso do fumo em sua história de vida. Condições anteriores ao câncer, como leucoplasias, hiperqueratoses e edema nas pregas vocais (Edema de Reinke) também estão relacionadas ao fumo. Estas condições geralmente trazem como resultado uma disфонia significativa. Quando o sistema respiratório está comprometido, a produção vocal sofre um efeito direto. Mesmo que não exista alteração na laringe, os efeitos do fumo no pulmão são suficientes para interferir amplamente na fonação.

O edema de laringe foi descrito pela primeira vez em 1891, como o aumento de fluído na camada superficial da lâmina própria caracterizando então o Edema de Reinke - ER. O Espaço de Reinke se localiza na região abaixo do epitélio da mucosa das pregas vocais. Se houver acúmulo excessivo de líquido neste espaço fica evidente o ER, frequentemente encontrado em tabagistas entre 45-65 anos de idade em ambos os sexos. Este edema é causador de irritação intensa, crônica, provocada pelo tabagismo, abuso da voz e Refluxo Gastroesofágico. Em situações mais

graves, com apresentação de edema volumoso, pode-se chegar a um quadro de insuficiência respiratória (BEHLAU; PONTES, 2009).

Figueiredo et al. (2003) verificaram a incidência de alterações laríngicas através de avaliação laringológica (laringoestroboscopia), análise perceptivo-auditiva e acústica computadorizada das vozes de adultos jovens (entre 20 e 40 anos) fumantes e não fumantes, sem queixa vocal. Constataram discreta diminuição da frequência fundamental da voz dos indivíduos fumantes em ambos os sexos, bem como maior incidência de rouquidão e de alterações laríngicas entre os tabagistas. Consideraram a qualidade vocal pior em fumantes e ressaltaram que o objetivo do estudo era investigar alterações iniciais em indivíduos jovens, permitindo uma abordagem preventiva que intercepte o agravamento das alterações ao longo de anos de tabagismo.

Pires et al. (2004) propuseram um rastreamento de neoplasia laríngea, e sua relação com fatores de risco (fumo, álcool e chimarrão) em uma comunidade delimitada de Porto Alegre, possibilitando o diagnóstico precoce da patologia. Foram observadas alterações ao exame otorrinolaringológico e fibrolaringológico em 89 pacientes (27,5%) dos 324 entrevistados que pertenciam a um grupo de risco para câncer de laringe. Foram diagnosticados em 47 indivíduos (14,5%) edema de Reinke, em 20 (6,2%) hiperemia das pregas vocais e em 22 indivíduos (6,8%) espessamento da parede posterior da laringe. Não foram encontrados casos de câncer laríngeo.

Queija et al. (2006) avaliaram através da laringoscopia convencional, da laringoestroboscopia e da avaliação perceptivo-auditiva e computadorizada, a laringe e a voz de 28 tabagistas crônicos. Na laringoestroboscopia foi identificado o Edema de Reinke em 57% dos fumantes. A análise perceptivo-auditiva identificou qualidade vocal alterada em 25% dos fumantes e 21,5% tinham queixa vocal. A avaliação perceptiva demonstrou predomínio de alterações discretas nos parâmetros rugosidade e tensão. A análise acústica demonstrou alteração principalmente no valor do *Shimmer* na análise global da amostra estudada.

Fortes et al. (2007), através de estudo transversal retrospectivo, analisaram o prontuário de 163 pacientes atendidos no ambulatório de voz do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que referiam a voz como instrumento de trabalho e apresentavam queixa vocal. A análise das

videolaringoestroboscopias revelaram que 33% dos pacientes apresentavam alterações estruturais mínimas, 22% nódulos, 10% edema de Reinke e 6% pólipos. Foi observada associação significativa entre tabagismo e edema de Reinke e leucoplasia. O percentual de fumantes foi considerado elevado (34,8%) e as queixas de disfonias apresentavam duração de até dois anos antes que houvesse procura por atendimento.

Hortense, Carmagnani e Bretas (2008) entrevistaram três pacientes com diagnóstico de câncer de laringe e fumantes há mais de 40 anos, três familiares e três profissionais da saúde, tabagistas e que trabalhavam no cuidado a pessoas com câncer de cabeça e pescoço. Os relatos mostraram que o início do tabagismo está fortemente relacionado à influência do meio; que os sinais e sintomas do câncer de laringe foram interpretados pelos pacientes como “irritação na garganta”, um problema comum, durante muitos anos; que o pré-julgamento dos pacientes como responsáveis pela situação em que se encontram está presente no discurso coletivo dos profissionais de saúde, tornando o atendimento mais mecanizado e menos humanizado; e nesta fase de doença os pacientes consideram muito difícil interromper o vício, primeiramente por se encontrarem dependentes da nicotina e também por valorizarem mais o prazer proporcionado pelo cigarro do que a longevidade.

Awan (2010) investigou diferenças na capacidade vocal de mulheres jovens (entre 18 e 24 anos), fumantes e não fumantes, através do Índice de Severidade de Disfonia (ISD). Avaliou os componentes do ISD (tempo máximo de fonação; frequência – F_{0high} ; intensidade – I_{low} e *jitter*). Observou, entre as fumantes, redução em F_{0high} e aumento em I_{low} . Em contraste, não observou alteração significativa no tempo máximo de fonação e na variável *jitter*. O ISD médio foi superior para as voluntárias não fumantes quando comparadas às fumantes (5,06 x 3,04). Awan (2010) enfatizou em seu estudo que os efeitos maléficos do tabagismo sobre o sistema respiratório e laringofaríngeo afetam de forma mais acentuada as mulheres, prejudicando a fonação mesmo em pacientes jovens, expostas há pouco tempo ao tabagismo.

Ferreira et al. (2003) desenvolveram um questionário para avaliação das condições de produção vocal dos professores. Este questionário foi elaborado a partir de Seminários da Voz, desenvolvidos pela Pontifícia Universidade Católica

(PUC) de São Paulo. Ao desenvolverem o questionário, as pesquisadoras tinham o intuito de levantar quais seriam os riscos que poderiam predispor os professores a problemas de voz como: riscos químicos (poeira, fumo e produtos químicos) biológicos, ergonômicos (uso de voz contínua, alta intensidade, uso repetitivo) e físicos (frio, calor, ruído). O questionário foi aplicado em 422 professores do município de São Paulo. Como resultados significantes, encontraram: ambientes e ritmo de trabalho estressante, necessidade de levar trabalho para casa, realização de esforço físico intenso, acústica da sala insatisfatória, local ruidoso, 60% dos professores pesquisados referiram alteração vocal no presente ou no passado e definiram a alteração vocal como moderada.

Em 2007, Ferreira et al. realizaram nova versão do questionário elaborado em 2003. A principal mudança do questionário consistiu na transformação das respostas do tipo “sim” e “não” para respostas graduadas em “sempre”, “às vezes”, “raramente”, “nunca” e “não sei”. Os autores salientaram que este questionário foi aplicado em mais de 10 mil professores e pode ser considerado como um instrumento útil e abrangente. É de fácil compreensão e preenchimento, além de poder ser utilizado em sua totalidade ou em partes, conforme o interesse do pesquisador em avaliar a voz, aspectos gerais de saúde, hábitos de vida, antecedentes familiares ou de ambiente de lazer.

Tabela 1 - Relação de estudos sobre prevalência quanto ao uso do tabaco em ambientes universitários

AUTORES	ANO	POPULAÇÃO	PREVALÊNCIA	RELEVANTE
Ribeiro et al.	1999	Funcionários, alunos e docentes da Universidade Federal de São Paulo	15,5% (geral) 8,6% (alunos) 5,6% (alunos medicina)	Maior prevalência entre funcionários com menor nível de instrução (33%)
Mirra et al.	1999	Funcionários e alunos da Faculdade de Saúde Pública da USP	26% (masc.) 22% (fem.)	Decréscimo de 50% na prevalência de fumantes entre os levantamentos de 1980 e 1995
Fiorini et al.	2003	Universitários área de saúde de Alfenas	24% fumantes	Não diferiu entre gêneros
Meneses et al.	2004	Estudantes de medicina da Universidade Federal de Pelotas	10,1%	Associação significativa entre tabagismo e tosse seca e produtiva
Stempliuk et al.	2005	Universitários da USP	50,5% uso regular e ocasional	Aumento no consumo em relação a levantamento anterior
Lucas et al.	2006	Universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas	39,7% (masc.) 25,8% (fem.)	Diferença significativa entre gêneros
Passos et al.	2006	Estudantes de medicina de quatro universidades públicas do Rio de Janeiro	23% uso regular 59% uso eventual	Prevalência maior para sexo masculino
Silva et al.	2006	Universitários da área da saúde de universidade pública do município de São Paulo	22%	Fumantes praticam menos esporte, faltam mais às aula e frequentam menos a biblioteca
Andrade et al.	2006	Universitários da UnB	14% ocasionais 9% regulares	Prevalência menor para alunos da área da saúde
Chiapetti e Serbena	2007	Universitários da área da saúde de universidade particular de Curitiba	21% uso regular	Maior prevalência para o curso de psicologia
Spiandorello et al.	2007	Universitários da Universidade de Caxias do Sul	10% uso regular 7% uso irregular	Implantação de programa de cessação
Rodrigues, Cheik e Mayer	2008	Universitários de universidade particular de Tocantins	7,2% uso regular	Grau de dependência nicotínica muito baixo
Stramari, Kurtz e Silva	2009	Acadêmicos de medicina da Universidade de Passo Fundo	5,4% uso diário 11,1% uso ocasional	Associação significativa entre tabagismo e o uso de ansiolíticos e antidepressivos
Colares, Franca e Gonzalez	2009	Universitários da área da saúde de universidades públicas do Estado de Pernambuco	Uso ocasional 61% masc. 49% fem. Uso regular 32% masc. 13% fem.	Prevalência superior para sexo masculino

3 PROPOSIÇÃO

---

3 PROPOSIÇÃO

Verificar a prevalência de tabagismo e seu impacto na voz de funcionários, alunos e docentes do campus USP de Bauru (Faculdade de Odontologia de Bauru; Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais; Prefeitura do Campus de Bauru).

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Determinar a prevalência de tabagistas no campus USP de Bauru.
- ✓ Determinar, entre os fumantes, o nível de dependência a nicotina e a motivação para interromper o hábito de fumar.
- ✓ Correlacionar o tabagismo com:
  - variáveis sócio-demográficas da população estudada;
  - auto-percepção da voz;
  - auto-percepção da saúde geral.
- ✓ Obter informações estratégicas para o estabelecimento de um programa de ações educativas antitabagismo.

4 MATERIAL E MÉTODOS

---

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 CASUÍSTICA

O estudo é descritivo transversal. A população estudada foi constituída por servidores e alunos com idade igual ou superior a 18 anos do campus da USP - Bauru. O complexo do campus consta do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC), da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB) incluindo os cursos de Odontologia e Fonoaudiologia em nível de graduação e pós-graduação, e da Prefeitura do campus. Estas unidades juntas compõem 1641 pessoas. Para análise, os indivíduos foram divididos em 3 categorias: alunos (graduação e pós-graduação), funcionários e docentes.

4.2 TAMANHO DA AMOSTRA

Considerando um universo de 1641 sujeitos para uma prevalência de fumantes esperada de 20% (BRASIL, 2004; IBGE, 2008), com nível de precisão de 2,5% e intervalo de confiança (IC) de 95%, o tamanho mínimo da amostra foi calculado em 615 sujeitos.

4.3 LOGÍSTICA

Foi elaborado um instrumento para coleta dos dados, ou seja, um questionário autoexplicativo e auto respondível (Apêndice A), juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE (Apêndice B).

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru (Anexos A e B), foram distribuídos um mil questionários entre alunos e servidores das diversas unidades/departamentos do campus. Os questionários e os TCLE foram entregues dentro de envelopes nas salas de aulas, nos departamentos, nas clínicas, nos setores do HRAC e nas demais unidades do

campus USP/Bauru. Após a assinatura do TCLE e do preenchimento do questionário, ambos foram colocados dentro dos envelopes distintos que foram selados para garantir a confidencialidade, e recolhidos pela pesquisadora. O TCLE foi distribuído em duas vias, sendo que uma ficou em poder do voluntário da pesquisa.

Como o índice de repostas espontâneas não atingiu a amostra mínima desejada, foi realizado contato pessoal com os não respondentes buscando atingir o tamanho mínimo da amostra.

A coleta dos dados abrangeu o período compreendido entre abril de 2010 e fevereiro de 2011.

4.4 INSTRUMENTO

O questionário é composto de 5 partes (Apêndice A):

Parte 1. Características sócio-demográficas da amostra (sexo, idade, nível de instrução, atividade na universidade).

A identificação do respondente foi opcional, pois devido ao caráter pessoal das respostas poderia haver algum constrangimento na identificação.

Parte 2. Avaliação da saúde geral feita através do relato de doenças crônicas e do uso de medicação, e da autopercepção de sintomas relacionados aos sistemas digestivo, respiratório e nervoso.

Parte 3. Avaliação de aspectos relacionados à voz, através da aplicação de perguntas adaptadas do questionário desenvolvido por Ferreira et al. (2007).

Não houve validação biológica das respostas referentes à autopercepção da saúde e da voz, ou seja, o que foi informado pelo indivíduo foi considerado como verdade, sem a comprovação através de teste ou exames. As respostas referentes às partes 2 e 3 do questionário foram dadas através de uma escala crescente de frequência, onde a ausência de sintoma (nunca) recebeu o escore "0"; a pouca frequência (raramente) recebeu escore "1"; a frequência moderada (às vezes) recebeu escore "2" e a constância da alteração (sempre) recebeu escore "3".

Parte 4. Avaliação do comportamento do indivíduo em relação ao uso do álcool - Teste de CAGE (MANSUR; MONTEIRO, 1983).

O teste CAGE foi utilizado no intuito de mostrar possível correlação entre o nível de dependência de tabagismo e de transtornos com uso de álcool. Trata-se de um questionário composto por quatro perguntas objetivas que devem ser respondidas como "sim" ou não". Segundo o teste, duas respostas afirmativas sugerem dependência alcoólica. No Brasil sua validação foi feita por Mansur e Monteiro (1983), que encontraram uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 83% para o teste.

Parte 5. Avaliação do comportamento do indivíduo em relação ao tabagismo. Esta parte foi respondida apenas pelos fumantes e foi desenvolvida através de perguntas objetivas e da aplicação de testes validados internacionalmente.

Foram considerados fumantes os indivíduos que se referiram como tal e que fumaram ao menos um cigarro na semana anterior à entrevista (WHO, 2008).

A avaliação do nível de dependência física à nicotina foi feita através do teste de Fagerstrom (FAGERSTROM; SCHNEIDER, 1989; HEATHERTON et al., 1991; MENESES-GAYA et al., 2009) e a motivação para deixar de fumar foi descrita através do teste de Richmond (RICHMOND et al., 1993).

O Teste de Fagerstrom para Dependência de Nicotina (Fagerström Test for Nicotine Dependence – FTND) foi inicialmente desenvolvido para determinar se a terapia de reposição de nicotina era necessária ao tratamento de síndrome de abstinência. O instrumento consiste de seis perguntas que recebem pontuações. A soma das pontuações varia de 0 a 10 e é transformada em categorias ou níveis de dependência à nicotina: O teste original permite a classificação da dependência em cinco níveis: muito baixo (0 a 2 pontos); baixo (3 a 4 pontos); moderado (5 pontos); alto (6 a 7 pontos) e muito alto (8 a 10 pontos). Uma soma acima de 6 pontos indica que, provavelmente, o paciente sentirá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar.

No presente estudo os valores foram recodificados em três categorias: baixa (0 a 3 pontos); moderada (4 a 7 pontos); alta (8 a 10 pontos), seguindo o modelo aplicado por Rebelo (2008).

O teste de Richmond consiste de quatro perguntas e assume valores de 0 a 10 onde uma pontuação final de 0 representa nenhuma motivação e 10 representa franca motivação a deixar de fumar. Para este teste os valores foram recodificados em motivação fraca (0 a 5 pontos), motivação moderada (6 a 8 pontos) e motivação forte (9 a 10 ponto), seguindo o modelo aplicado por Rosendo et al. (2009).

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para análise estatística, as frequências de alterações da saúde geral e da voz foram agrupadas em baixa (escores 0 e 1) ou alta (escores 2 e 3).

Para análise estatística os indivíduos classificados como ex-fumantes foram agrupados como não fumantes, pois se encontravam nesta situação no momento do estudo. Os estudantes de graduação e de pós-graduação foram agrupados como alunos.

Os questionários foram digitados em planilha do Excel e analisados estatisticamente no programa *Statistica for Windows* versão 5.1.

Os dados foram descritos em tabelas utilizando-se frequência absoluta (n) e relativa (%).

Para comparação entre os grupos nas variáveis qualitativas nominais foi aplicado o teste do qui-quadrado (X^2) e o teste de proporções.

Para verificar a correlação entre variáveis ordinais foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman (r).

Em todos os testes estatísticos foi adotado nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

5 RESULTADOS

---

5 RESULTADOS

Foram distribuídos um mil questionários, obtendo-se um índice de resposta de 62,8%, ou seja, 628 respondentes.

Dos 628 sujeitos pesquisados 468 (74,5%) eram do sexo feminino e 160 (25,5%) do sexo masculino. As características demográficas da amostra estão descritas nas Tabelas 2,3 e 4.

Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo a faixa etária

	18 a 29 anos (A)	30 a 39 anos (B)	40 a 49 anos (C)	50 anos ou + (D)
Total	290 (46,2%)	103 (16,4%)	136 (21,7%)	99 (15,8%)

Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo sexo e atividade no campus

Atividade	Total	Feminino	Masculino
Docente	33 (5,2%)	14 (42,4%)	19 (57,5%)
Funcionário	329 (52,4%)	227 (69,0%)	102 (31%)
Aluno Graduação	199 (31,7%)	169 (84,9%)	30 (15,1%)
Aluno Pós-Graduação	67 (10,7%)	58 (86,6%)	9 (13,4%)
Total	628 (100%)	468 (74,5%)	160 (25,5%)

Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo grau de instrução e atividade no campus

	Fundamental	Médio	Superior
Docente	-	-	33 (100%)
Funcionário	25 (7,6%)	164 (49,8%)	140 (42,6%)
Aluno Graduação	-	199 (100%)	-
Aluno Pós-Graduação	-	-	67 (100%)
Total	25 (4,0%)	363 (57,8%)	240 (38,2%)

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino, jovem (idade média 34 anos) e com grau de instrução até o ensino médio. Setenta e oito por cento dos entrevistados mostraram-se preocupados com a exposição à fumaça do cigarro (Fumante Passivo). A maioria (96,3%) mostrou-se favorável à Lei Estadual 13.541 de 07 de maio de 2009, Antifumo (SÃO PAULO (ESTADO), 2009).

Dos respondentes, 66 (10,5%) eram fumantes e 66 (10,5%) ex-fumantes.

A idade média de início do hábito de fumar foi 17 anos, variando de 8 a 35 anos. A duração do hábito (anos de tabagismo) variou de 2 a 47 anos, com tempo médio de 25 anos. A caracterização do hábito está descrita nas Tabelas 5, 6, 7 e 8.

Tabela 5 - Tabagismo segundo a atividade no campus

	<i>Fumante</i>	<i>Não Fumante</i>	<i>Total</i>
Docente	5 (15,2%) ^{ab}	28 (84,8%)	33 (100%)
Funcionário	50 (15,2%) ^a	279 (84,8%)	329 (100%)
Aluno	11 (4,1%) ^b	255 (95,9%)	266 (100%)
Total	66 (10,5%)	562 (89,5%)	628 (100%)

p<0,001* significante: atividades com mesma letra não possuem diferença estatística entre si

Tabela 6 - Tabagismo segundo gênero

<i>Gênero</i>	<i>Fumante</i>	<i>Não fumante</i>	<i>Total</i>
Masculino	24 (15,0%)	136 (85,0%)	160 (100%)
Feminino	42 (8,9%)	426 (91,1%)	468 (100%)
Total	66 (10,5%)	562 (89,5%)	628 (100%)

p=0,032* significante

Tabela 7 - Tabagismo segundo o nível de instrução

	<i>Fumante</i>	<i>Não fumante</i>	<i>Total</i>
Fundamental	13 (52,0%) ^a	12 (48,0%)	25 (100%)
Médio	35 (9,6%) ^b	328 (90,4%)	363 (100%)
Superior	18 (7,5%) ^b	222 (92,5%)	240 (100%)
Total	66	562	628

p<0,001* significante: nível de instrução com mesma letra não possuem diferença estatística

Tabela 8 - Tabagismo segundo a faixa etária

	<i>Fumante</i>	<i>Não fumante</i>	<i>Total</i>
18 a 29 anos	14 (4,8%) ^a	276 (95,2%)	290 (100%)
30 a 39 anos	6 (5,8%) ^{ab}	97 (94,2%)	103 (100%)
40 a 49 anos	20 (14,7%) ^b	116 (85,3%)	136 (100%)
50 anos ou +	26 (26,3%) ^c	73 (73,7%)	99 (100%)
Total	66	296	628

p<0,001* significativa: faixas etárias com mesma letra não possuem diferença estatística entre si

Observa-se na Tabela 5 que o percentual de alunos fumantes foi significativamente menor comparado aos funcionários. Nas Tabelas 7 e 8 observa-se que o percentual de fumantes foi significativamente maior entre os entrevistados com menor nível de instrução e na faixa etária mais avançada.

Tabela 9 - Grau de dependência à nicotina (Teste de Fagerstrom) em relação ao nível de instrução

	<i>Alto</i>	<i>Moderado</i>	<i>Baixo</i>	<i>Total</i>
Fundamental	3 (23,1%) *	6 (46,2%)	4 (30,7%)	13 (100%)
Médio	3 (8,6%)	18 (51,4%)	14 (40,0%)	35(100%)
Superior	0	2 (11,1%)	16 (88,9%)	18(100%)
Total	6	26	34	66

correlação: r=- 0,45; p<0,001* significativa

Tabela 10 - Motivação para interromper o hábito de fumar (Teste de Richmond) em relação ao nível de instrução

	<i>Baixa</i>	<i>Média</i>	<i>Alta</i>	<i>Total</i>
Fundamental	7 (53,8%)	5 (38,5%)	1 (7,7%)	13 (100%)
Médio	13 (37,1%)	18 (51,4%)	4 (11,5%)	35 (100%)
Superior	12 (66,7%)	5 (22,7%)	1 (5,6%)	18 (100%)
Total	32	28	6	66

correlação: r=-0,12; p=0,344 não significativa

Considerando-se o índice de Fagerstrom verificou-se correlação estatisticamente significativa com o grau de instrução (Tabela 9). Nota-se que o percentual de fumantes com alto nível de dependência à nicotina é maior entre os entrevistados com menor grau de instrução.

Constatou-se também que 80,1% dos fumantes relataram que haviam tentado interromper o hábito de fumar ao menos uma vez e 31,5% relataram ter tentado 3 ou mais vezes. A motivação para interromper o hábito não se correlacionou significativamente com o nível de instrução ou com a idade. Em todos os grupos, poucos fumantes mostraram-se altamente motivados a interromper o tabagismo (Tabela 10).

Com relação ao impacto do tabagismo na saúde, 77,3% dos fumantes considerou que o hábito de fumar prejudica sua própria saúde e 57% considera que também há prejuízos para o relacionamento social, apontando como principais danos a saúde: “asma, problemas respiratórios, deglutição prejudicada, problemas gástricos, câncer, risco para infarto e aneurisma, menor condicionamento físico para praticar esportes, cansaço, acúmulo de catarro na garganta, inalação de produtos tóxicos, prejudica a saúde bucal e a pele, pigarro, prejudica o apetite e o sono” e como limitações de relacionamento “preconceito; o cheiro da fumaça e o mau hálito afastam as pessoas; prejudica a imagem; posso parecer uma pessoa insegura; recebo crítica da minha parceira, família e amigos; poluo o ambiente; sinto vergonha; não sou convidada para sair ou frequentar a residência de não fumantes”.

Trezentos e setenta e cinco respondentes (59,8%) relataram algum tipo de distúrbio emocional. Aproximadamente 6% referiram que eram afetados de forma intensa (escore 3). Os problemas mais frequentemente relatados foram: ansiedade, depressão, estresse, tristeza e irritabilidade. O percentual de indivíduos com queixas frequentes de distúrbios ou problemas emocionais (escores 2 e 3) foi significativamente maior entre os fumantes (51,5%), quando comparados aos não fumantes (33,3%); $p=0,003$.

Com relação à presença de doenças crônicas, 37,9% dos fumantes e 21,7% dos não fumantes relataram apresentar ao menos uma alteração ($p=0,003$). As alterações de saúde relatadas com maior frequência foram dislipidemias (altos valores de colesterol e triglicérides), hipertensão, diabetes e obesidade. Setenta e cinco por cento dos respondentes com alguma doença crônica encontravam-se nas faixas etárias acima de 40 anos.

As sensações relacionadas à garganta e sintomas vocais relatados com maior frequência foram tosse seca, tosse com catarro, pigarro, secreção na garganta, garganta seca, rouquidão e voz grossa. As formas mais intensas destas

alterações (escores 2 e 3) foram referidas com frequência significativamente maior pelos fumantes (Tabela 11). O percentual de satisfação com a própria voz foi de aproximadamente 93% em ambos os grupos, não diferindo entre fumantes e não fumantes ($p=0,998$). Com relação aos cuidados com a voz, 54,3% da amostra havia recebido orientações sobre o assunto.

Tabela 11 - Alterações relacionadas à voz e sensações relacionadas à garganta, referidas com maior frequência e intensidade (escores 2 e 3) pelos entrevistados

	Fumantes N = 66	Não fumantes N = 562	p
Tosse seca	30 (45,5%)	108 (19,2%)	<0,001*
Tosse com catarro	22 (33,3%)	76 (13,5%)	<0,001*
Pigarro	34 (51,5%)	131 (23,3%)	<0,001*
Secreção na garganta	20 (30,3%)	93 (16,5%)	0,006*
Garganta seca	20 (30,3%)	97 (17,3%)	0,010*
Rouquidão	20 (30,3%)	82 (14,5%)	0,001*
Voz grossa	16 (24,2%)	57 (9,6%)	<0,001*

6 DISCUSSÃO

---

6 DISCUSSÃO

O conhecimento da prevalência do tabagismo e do grau de dependência à nicotina dos fumantes é fundamental para a estruturação de programas institucionais que visem evitar o início do hábito do tabagismo e auxiliar em sua cessação (RIBEIRO et al., 1999; ANDRADE et al., 2006).

Estudos sobre a prevalência de tabagismo entre universitários no Brasil vêm sendo relatados na última década (MIRRA et al., 1999; FIORINI et al., 2003; STEMPLIUK et al., 2004; MENEZES et al., 2004; LUCAS et al., 2006; PASSOS et al., 2006; SILVA et al., 2006; ANDRADE et al., 2006; CHIAPETTI; SERBENA, 2007; RODRIGUES; CHEIK; MAYER, 2008; STRAMARI; KURTZ; SILVA, 2009). No entanto, estudos mais amplos envolvendo além de alunos, funcionários e docentes, são mais raros (MIRRA et al., 1999; RIBEIRO et al., 1999). A obtenção da prevalência nos diversos segmentos do ambiente universitário justifica-se pela complementação de informações necessárias à implantação de programas antifumo. As inter-relações sociais entre os seguimentos devem ser consideradas nas ações educativas, pois professores e profissionais da saúde do campus podem impactar tanto a iniciação como a interrupção do hábito nos alunos (SARNA et al., 2005; COSTA, 2006).

Em estudo desenvolvido há mais de uma década, Ribeiro et al (1999) constataram que a idade média de início do tabagismo no campus da Universidade Federal de São Paulo foi 19 anos e a maior prevalência de fumantes encontrou-se na faixa etária de 31 a 40 anos (26,6%). No presente estudo a maior prevalência de fumantes foi identificada na faixa etária com mais de 50 anos (26,3%). No presente estudo e no estudo de Ribeiro et al. (1999) maior prevalência de fumantes foi encontrada entre os funcionários com menor nível de instrução (ensino fundamental). Este padrão também é corroborado fora do ambiente universitário (BRASIL, 2004; MONTEIRO et al., 2007; IBGE, 2008; WHO, 2008) e é um fator relevante no direcionamento de um futuro programa institucional de cessação do tabagismo dentro da universidade.

Numa análise temporal, desde a década de 90 observa-se no Brasil um declínio gradual na prevalência de fumantes tanto no ambiente universitário como

em nível nacional (BRASIL, 2004; MONTEIRO et al., 2007; IBGE, 2008). No entanto, levando-se em consideração o grau de instrução e o nível socioeconômico dos indivíduos, a diminuição da prevalência do tabagismo tem ocorrido de maneira desigual. Em esfera mundial os países em maior situação de risco são os países em desenvolvimento e com baixa renda per capita (WHO, 2008). Nestes países a OMS tem intensificado suas ações através da implantação das ações do plano MPOWER. A OMS identificou avanços significativos nestas nações através de avisos nos pacotes de cigarro e de mídia nacional antitabaco ostensiva. Atualmente, cerca de um bilhão de pessoas encontram-se beneficiadas com ao menos uma das medidas propostas pelo MPOWER, incluindo o Brasil (IBGE, 2008; WHO, 2011).

Os resultados verificados no presente estudo corroboram a relevância do nível de instrução na prevalência de tabagistas e no grau de dependência à nicotina dos fumantes. Entre os funcionários com oito anos ou menos de estudo o índice de Fagerstrom foi significativamente mais alto e o índice de cessação (número de ex-fumantes dividido pelo número de fumantes mais ex-fumantes) foi inferior. Estes dados alertam para a necessidade de ações educativas e programas de apoio para este segmento dentro do ambiente universitário.

A prevalência de tabagismo encontrada no campus da USP/Bauru (10,5%) mostrou-se menor do que a encontrada na população geral brasileira que, segundo os dados mais recentes, é de 17,2% (IBGE, 2008). No entanto, na realidade evidenciada em nossa pesquisa percebe-se que o percentual de tabagistas vem diminuindo nas faixas etárias mais jovens e com maior escolaridade, porém, prevalências elevadas (próximas a 30%) são constatadas na faixa etária mais avançada (acima de 50 anos) e entre os servidores com menor nível de instrução.

Considerando-se a escolaridade como um indicador indireto de renda, se este quadro não se alterar em nível nacional, esta população, já menos assistida, tenderá a apresentar maior gravidade de saúde com incidências mais elevadas de câncer de pulmão e laringe, infarto e doenças cerebrovasculares (BRASIL, 2004; IBGE, 2008).

Adicionalmente, de importância inestimável, mostra-se a oportunidade de implementação e reforço de ações antifumo aos universitários, pois, a idade de experimentação e início do tabagismo precoce, ou seja, na adolescência, foram identificados para a maioria dos fumantes em todos os levantamentos citados.

Portanto, a tomada de medidas antitabaco no início da vida universitária é imprescindível para evitar que o hábito se intensifique no âmbito escolar (ANDRADE et al., 2006) e que a alta dependência à nicotina se estabeleça conforme a duração do hábito aumenta (RIBEIRO et al., 1999).

Segundo Spiandorello et al. (2007) os universitários encontram-se numa fase refratária às ações antifumo, comportamento típico dos primeiros anos de tabagismo, período no qual as doenças provocadas pelo hábito ainda não se instalaram e o jovem não se considera doente ou dependente, e embora reconheçam que fumar prejudique a saúde, não sentem necessidade de parar de fumar. Segundo os autores, a falsa ideia de domínio do controle perante o vício é uma evidência da dimensão da dependência à nicotina e explica a baixa adesão a um programa de cessação desenvolvido para universitários fumantes (0,11%).

Concordamos com a recomendação de organizações internacionais como a *American College of Chest Physicians* de que o tratamento de cessação tem eficácia quando há vontade do tabagista em parar de fumar, caso contrário a estratégia deve ser motivacional com abordagens informativas breves (ANDERSON et al., 2002; SPIANDORELLO et al., 2007). A *American College of Health Association* (2005), recomenda que as universidades proíbam a venda de cigarros nos campi universitários, além de vetar o uso do tabaco em todos os locais da instituição, sejam dependências internas ou externas.

Com relação aos estudantes, a prevalência encontrada em nosso estudo (4,1%) é menor do que a encontrada em outros campi (MIRRA et al., 1999; FIORINI et al., 2003; LUCAS et al., 2006; PASSOS et al., 2006; SILVA et al., 2006; CHIAPETTI; SERBENA, 2007; SPIANDORELLO et al., 2007; COLARES; FRANCA; GONZALEZ, 2009) e similar a encontrada em alguns estudos, principalmente com universitários da área da saúde (RIBEIRO et al., 1999; MENEZES et al., 2004; ANDRADE et al., 2006; RODRIGUES; CHEIK; MAYER, 2008; STRAMARI; KURTZ; SILVA, 2009). Uma menor prevalência tem sido relatada entre estudantes da área médica e afins, sugerindo uma maior motivação e um bom nível de informação neste grupo (RIBEIRO et al., 1999; MIRRA et al., 1999; ANDRADE et al., 2006; CHIAPETTI; SERBENA, 2007), indicando que apesar da indústria do tabaco visar adquirir jovens adeptos do cigarro, a proibição de propagandas apelativas e as campanhas educativas tem conseguido resultados.

Mesmo sendo a prevalência do tabagismo nos universitários da área da saúde menor do que a encontrada na população em geral, estes dados devem ser interpretados com cautela devido à influência que o futuro profissional terá na comunidade (SARNA et al., 2005; COSTA, 2006; STRAMARI; KURTZ; SILVA, 2009). A Universidade deve refletir sobre o conhecimento que vem transmitindo aos seus alunos, e ter como meta a erradicação do tabagismo entre os profissionais da saúde, dentro da perspectiva de exemplo destes profissionais perante a sociedade (MENEZES et al., 2004).

Sarna et al. (2005) enfatizam que dentre os profissionais da enfermagem o hábito de fumar pode criar problemas no ambiente de trabalho como maior número de pausas durante a jornada, de forma que o profissional estrutura o turno em função das pausas para fumar, ficando menos disponível para o atendimento. Outra conclusão relevante é que os profissionais de enfermagem fumantes relutam ou sentem-se pouco à vontade para participar de programas preventivos antitabaco para pacientes sob seus cuidados, tornando o tabagismo uma questão de saúde ocupacional.

Hortense, Carmagnani e Bretas (2008) enfatizam que a falta de respaldo psicológico ao profissional de saúde que lida com pacientes com câncer de laringe leva a um pré-julgamento do paciente como responsável por sua situação atual e prejudica a humanização do atendimento.

Um importante fator de confusão entre os estudos é a definição do tabagismo, pois em alguns estudos o uso ocasional do tabaco é incluído na classificação "fumantes" (STEMPLIUK et al., 2004; LUCAS et al., 2006; PASSOS et al., 2006; SILVA et al., 2006; ANDRADE et al., 2006; CHIAPETTI; SERBENA, 2007; IBGE, 2008; STRAMARI; KURTZ; SILVA, 2009).

No estudo com base populacional realizado no Brasil em 1989 foram considerados fumantes somente os fumantes diários, enquanto em 2003 os fumantes ocasionais foram incluídos na categoria (MONTEIRO et al., 2007). Na Pesquisa Especial sobre Tabagismo (IBGE, 2008) a categoria fumante ocasional foi minoritária (2,1%), em ambos os sexos. No estudo de Andrade et al. (2006) a prevalência de fumantes foi de 14%, sendo 9% regulares. No estudo de Rodrigues, Cheik e Mayer (2008) as prevalências encontradas para fumantes foi 7,2% sendo 3,4% regulares. No estudo de Stramari, Kurtz e Silva (2009), a prevalência de

universitários fumantes relatada foi de 16,5%, sendo 5,4% fumantes diários e 11% de fumantes ocasionais.

Em nosso estudo, buscou-se a prevalência de fumantes regulares através da auto referência "considerar-se fumante" e da pergunta "fumou ao menos um cigarro na última semana". No entanto, um pequeno percentual de fumantes ocasionais pode ter sido incluído. A importância da inclusão dos fumantes ocasionais está no fato de que estes devem ser alvo de medidas preventivas, enquanto aos fumantes diários devem ser direcionadas estratégias de cessação (STRAMARI; KURTZ; SILVA, 2009).

Embora em nosso estudo tenha sido observada diferença na prevalência de fumantes entre os gêneros (15,0% x 8,9% para masculino e feminino, respectivamente), os dados de outros levantamentos são inconclusivos, mostrando prevalências similares (MENEZES et al., 2004; ANDRADE et al., 2006; PASSOS et al., 2006; SILVA et al., 2006) ou superiores para o sexo masculino (LUCAS et al., 2006; WAGNER et al., 2007; STRAMARI; KURTZ; SILVA, 2009; COLARES; FRANCA; GONZALES, 2009). Segundo levantamento feito pelo INCA (BRASIL, 2004,) nas capitais urbanizadas o número de mulheres fumantes se iguala ao de homens e, embora haja uma tendência na diminuição da prevalência de fumantes, esta é menos expressiva no sexo feminino. Porém, os dados de levantamento posterior (IBGE, 2008) confirmam prevalência significativamente maior para o sexo masculino (21,6%) quando comparado ao feminino (13,1%). Este padrão se manteve em todas as regiões do país, sendo que nas regiões Norte e Nordeste a relação se aproximou do dobro.

Um aumento na prevalência de fumantes do sexo feminino foi identificado em estudos europeus, principalmente entre mulheres mais escolarizadas e com a justificativa de combater o estresse (REBELO, 2008; ROSENDO et al., 2009).

O tabagismo tem sido associado a comportamento de risco e diminuição na qualidade de vida entre universitários (SILVA et al., 2006; ANDRADE et al., 2006), e existem evidências de comorbidade entre tabagismo e transtornos depressivos e ansiedade (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007; ROSENDO et al., 2009). Nos pacientes com patologias psiquiátricas, pode haver agravamento dos quadros de ansiedade ou depressão durante o processo de cessação, o que pode exigir uma abordagem diferenciada, pois a cessação do fumar é marcada por irritabilidade,

ansiedade, distúrbio do sono, dificuldade de concentração, depressão e cefaleia (HORTENSE; CARMAGNANI; BRETAS, 2008).

A estreita inter-relação entre tabagismo e quadros psicopatológicos remete à importância da atuação interdisciplinar entre os profissionais nos programas de tratamento da dependência (física e psicológica) à nicotina. Ressalta-se o papel crucial da avaliação e acompanhamento psicológico/psiquiátrico do paciente para o sucesso do tratamento (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007).

No presente estudo foi identificada uma prevalência significativamente maior de auto relato de problemas emocionais entre fumantes quando comparado a não fumantes (51% x 33,3%). Stramari, Kurtz e Silva (2009) também identificaram associação positiva entre tabagismo e o uso de ansiolíticos e/ou antidepressivos. Estes dados apontam para fatores frequentemente alegados pelos fumantes para manutenção do hábito (estresse, controle da ansiedade e da irritabilidade). Como estas variáveis foram resultantes de um relato espontâneo, estas doenças podem estar sendo sub ou superdiagnosticadas nesta população (STRAMARI; KURTZ; SILVA, 2009). No estudo de Rebelo (2008) 31% dos pacientes fumantes avaliados referiam diagnóstico de patologia psiquiátrica e nestes pacientes o índice cessação foi significativamente menor, pois apenas 4% deixaram de fumar em comparação a 24% de abstinência observada entre fumantes sem estas patologias.

Uma prevalência significativamente maior de doenças crônicas como dislipidemias, diabetes, hipertensão e obesidade foi relatada pelos fumantes quando comparados aos não fumantes (37,9% x 21,7%). Estas alterações foram relatadas quase que na totalidade pelos entrevistados nas faixas etárias mais avançadas, acima de 40 anos, onde uma maior prevalência de fumantes foi identificada, o que pode ter impactado os resultados. O auto relato destas doenças é concordante com os efeitos do tabagismo de longa duração e expõe os usuários a um maior risco de infarto e acidente vascular cerebral e prejudicam sobremaneira a qualidade de vida nestas faixas etárias. Rebelo (2008), de forma similar, encontrou a presença de ao menos uma doença crônica em 81% dos 184 pacientes fumantes estudados, estando estes concentrados nas faixas etárias mais avançadas. Rosendo et al. (2009) encontraram uma prevalência de 50% de comorbidades em 224 tabagistas inquiridos em unidades de saúde, sendo as mais frequentes as psiquiátricas (28,9%) e as cardiovasculares (26,3%).

No presente estudo e no estudo de Rosendo et al. (2009) não foi identificada correlação entre tabagismo e doenças respiratórias, no entanto estas patologias podem ter sido subdiagnosticadas no auto relato (ANDERSON et al., 2002).

Neste estudo várias alterações relacionadas à voz e sensações laringofaríngeas mostraram maior incidência entre os fumantes: tosse seca, tosse com catarro, pigarro, secreção na garganta, garganta seca, rouquidão e voz grossa. Estes relatos são concordantes com as observações de Pires et al., (2004) que observaram a tosse, o pigarro e a disfonia (rouquidão) como os sintomas mais frequentemente relatados pelos fumantes investigados. Menezes et al. (2004) também identificaram associação positiva entre tabagismo e as variáveis tosse seca (17,5%) e tosse produtiva (21,3%). Medina et al. (1990) através de análise perceptivo-auditiva, identificaram alta prevalência de rouquidão entre mulheres fumantes hospitalizadas. Alta prevalência de rouquidão também foi observada no estudo de Figueiredo et al. (2003), tanto entre fumantes do sexo feminino (35%) como masculino (50%). No estudo de Queija et al. (2006) o pigarro foi a queixa de maior incidência e com maior duração entre os fumantes estudados.

Awan (2010) observou alteração na frequência e dinâmica da voz de mulheres fumantes jovens. Atribuiu os achados a provável aumento de massa tecidual e edema das cordas vocais, exigindo maior esforço para início e manutenção da vibração vocal e resultando em valores (F_{0high} e Il_{ow}) similares aos encontrados em pacientes disfônicos.

A disfonia pode ocorrer como resultado de uma interação entre fatores hereditários, comportamentais (tabagismo; uso excessivo do álcool) e ocupacionais (uso excessivo da voz). Irritantes como o tabaco levam a inflamação das pregas vocais e alteração no muco, sendo observada uma diminuição na frequência fundamental da voz do tabagista (FIGUEIREDO et al., 2003; AWAN, 2010). É imprescindível a avaliação laríngea de qualquer indivíduo que apresente rouquidão por tempo prolongado, mesmo que de forma leve (FIGUEIREDO et al., 2003).

A fonação se dá com a vibração das pregas vocais durante a expiração, o que promove o deslocamento de sua túnica mucosa. Para a boa qualidade vocal é necessária a elasticidade desta túnica e sua flexibilidade. Em condições de normalidade, o ar desliza pelas paredes da laringe com atrito reduzido, enquanto que no fumante esta camada protetora se modifica, aumentando o atrito do ar.

Ocorre um turbilhonamento do ar ao invés de um deslizamento, causando um trauma na túnica mucosa e um desarranjo no ciclo vibratório, alterando a qualidade vocal e causando sensações de ardor, aperto e pigarro ao falar (GARNETT, 2001; BEHLAU, 2005; DUARTE et al., 2006; PONTES, 2009), e adicionalmente há prejuízo da capacidade respiratória e do tempo máximo de fonação GIANN (AWAN, 2010).

Associações significativas entre tabagismo e Edema de Reinke e leucoplasias têm sido relatadas (ROCHA, 1999; GARNETT, 2001; PIRES et al., 2004; QUEIJA et al., 2006; FORTES et al., 2007; BEHLAU; PONTES, 2009; COLTON; CASPER; LEONARD, 2010). Estas condições geralmente trazem como resultado uma disfonia significativa. O padrão vibratório da mucosa pode ser maior devido ao fluido (edema) no espaço de Reinke, causando alta inércia. A amplitude vibratória pode estar aumentada pelo efeito de massa ou diminuída pela rigidez da mucosa.

Segundo Queija et al. (2006), os valores da frequência fundamental apresentam-se alterados em homens fumantes. Valores de *Shimmer* aumentados também são observados como consequência da lentificação do padrão vibratório das pregas vocais e do efeito massa do edema que poderia justificar a rugosidade.

Fortes et al. (2007) estudando indivíduos com queixas vocais observaram que a busca por atendimento ocorreu tardiamente na maioria dos casos, pois em 70% dos pacientes os sintomas persistiam há até dois anos. O atraso em se realizar o correto diagnóstico das alterações laringeas pode resultar em agravamento do problema, desordens orgânico funcionais e incapacitação do indivíduo.

A inclusão da abordagem fonoaudiológica aos programas antifumo pode ser de grande valia na prevenção de comorbidades. Deve haver a conscientização de que alterações vocais como a rouquidão e outras alterações como tosse frequente e pigarro são sinais de que algo está errado e deve ser avaliado por um profissional da área médica (otorrinolaringologista) e um fonoaudiólogo. Oportunidade de esclarecimentos como a Semana da Voz vem sendo aproveitadas em nossa instituição, pois um percentual significativo dos entrevistados (54,3%) já haviam recebido alguma orientação quanto aos cuidados com a voz.

Queija et al. (2006) sugerem que pacientes fumantes, mesmo sem queixa vocal sejam submetidos à avaliação fonoaudiológica e laringológica em busca de

diagnóstico precoce de alterações orgânico funcionais da laringe, pois podem apresentar disfonias que não atingem a autopercepção ou que são subestimadas ou negligenciadas. Segundo Garnett (2001) a avaliação e terapia fonoaudiológica são fundamentais para eliminar técnicas de fala compensatória que podem ocorrer entre fumantes, desencadeando disfonias funcionais.

Considerando que o câncer de laringe apresenta possibilidades de cura quando diagnosticado precocemente (GARNETT, 2001; HORTENSE; CARMAGNANI; BRÊTAS, 2008), que mais de 90% dos casos estão associados ao tabagismo (COLTON; CASPER; LEONARD, 2010), que o sintoma mais precoce do tumor é a disfonia (ROCHA, 1999) e que a busca por atendimento às queixas vocais é geralmente tardio (FORTES et al., 2007), sugere-se que os fumantes sejam submetidos à avaliação fonoaudiológica e/ou laringológica em busca de diagnóstico precoce de alterações laríngeas.

Programas de prevenção devem focar na conscientização dos problemas vocais para que tanto indivíduos leigos como profissionais da saúde possam reconhecer sinais e sintomas precoces de afecções laríngeas como fadiga vocal, tosse frequente, queixa de pigarro e alteração do *pitch* vocal. Outro enfoque deve ser a orientação de uma boa higiene vocal, incluindo boa hidratação, evitar o uso abusivo da voz, tratar possíveis distúrbios como o refluxo gastroesofágico e evitar irritantes como o tabaco (FORTES et al., 2007).

No campus de Bauru foi identificada uma baixa motivação para interrupção do tabagismo, independentemente do nível de instrução ou da atividade no campus, pois 48% dos fumantes foram classificados como pouco motivados pelo teste de Richmond. Este panorama é mais desfavorável que o encontrado por Costa (2006) que identificou uma baixa motivação em 37% dos 488 profissionais de saúde entrevistados. Porém, é concordante com a baixa motivação encontrada por Rosendo et al. (2009) em 47,4% dos 224 pacientes fumantes usuários de centros de saúde portugueses e pertencentes a grupo de risco para hipertensão e diabetes. Também pode explicar a baixa taxa de interesse (0,11%) de universitários em participar de um programa de cessação (SPIANDORELLO et al., 2007). Segundo o levantamento nacional de 2008 (IBGE, 2008), ao serem questionados quanto à intenção de parar de fumar, 52% dos entrevistados relataram intenção de parar de

fumar “um dia”, mas apenas 7% afirmaram que o fariam nos próximos meses, mostrando um distanciamento entre o querer e o fazer.

Os índices de cessação (número de ex-fumantes dividido pelo número de fumantes mais ex-fumantes) apresentados pelos entrevistados de nível superior (58%) e médio (52%) podem ser considerados elevados e próximos aos índices encontrados no país: 44% a 58,3% (BRASIL, 2004; IBGE, 2008). Para os indivíduos com menor instrução, o índice de cessação encontrado foi de 18,8%, provavelmente isto possa ser explicado pela alto percentual de indivíduos (23%) com elevada dependência nicotínica observado neste grupo através do teste de Fagerstrom. Percentuais expressivos de fumantes com elevada dependência à nicotina também foram observados nos estudos de Costa (2006), que avaliou profissionais de saúde (20%) e no estudo de Rebelo (2008) que avaliou usuários de unidades de saúde em Portugal (17%).

A maioria dos fumantes (80,1%) relatou que haviam tentado interromper o hábito sem sucesso, o que mostra uma lacuna na política antifumo em nossa instituição.

Segundo Sarna et al. (2005), a maioria dos fumantes deseja interromper o vício de fumar, mas não consegue. O acesso limitado aos programas de cessação e a falta de suporte das instituições onde trabalham são destacados como obstáculos ao sucesso.

O motivo para desejar parar de fumar ocorre tanto pelo reconhecimento do prejuízo que o cigarro causa à própria saúde como pelo fato da aceitabilidade social do cigarro estar diminuindo, paradoxalmente ao que ocorria na era da grande epidemia tabágica (30 anos atrás), quando a publicidade maciça explorava enganosamente o lado positivo de ser tabagista, levando a sociedade a “achar lindo fumar” (HORTENSE; CARMAGNANI; BRÊTAS, 2008).

Apesar deste estudo apresentar delineamento transversal e portanto ser limitado pela temporalidade das informações declaradas, o conhecimento dos dados aqui relatados subsidiam o estabelecimento de medidas preventivas e de controle do tabagismo. Reconhecendo a importância e a gravidade do problema, o campus USP/Bauru, a exemplo de outras unidades da Universidade (MIRRA et al., 2009), deve assumir sua responsabilidade na luta contra o tabagismo instituindo um

trabalho de informação e educação a fim de tornar nossa instituição um ambiente livre de tabaco.

O ensino superior tem papel fundamental na adoção de planos e ações preventivas capazes de modificar a comunidade (SPIANDORELO et al., 2007; RODRIGUES; CHEIK; MAYER, 2008). O conhecimento da prevalência e do perfil dos tabagistas do nosso meio universitário e a divulgação destas informações pode alertar acadêmicos, educadores, gestores e profissionais da saúde para a importância da conscientização e da elaboração de programas preventivos e de controle do tabagismo, pois devemos servir como exemplo de conduta no que se refere ao uso de uma droga como o tabaco (STRAMARI; KURTZ; SILVA, 2009).

Deve-se focar no conceito de tabagismo como doença e problema de saúde pública e não como opção ou estilo de vida (WHO, 2008). Isto pode influenciar a atitude do profissional de saúde frente ao paciente fumante (HORTENSE; CARMAGNANI; BRÊTAS, 2008).

A criação de uma Comissão de Prevenção e Controle do Tabagismo no campus USP/Bauru será um primeiro passo. Ações possíveis devem incluir fórum de debate, confecção de material educativo e treinamento dos profissionais de saúde e dos acadêmicos do campus para que a abordagem do tema tabagismo nas consultas médicas, odontológicas, de enfermagem e de fonoaudiologia seja considerada um item de rotina.

Estudos mostram que uma intervenção breve nas consultas pode levar a taxas de cessação de 5 a 10 % e intervenções mais intensivas, com aconselhamento comportamental e fármacos podem resultar em cessação de 18% a 30% (WEST; McNEILL; RAW, 2000; SARNA et al., 2005; REBELO, 2008; STRAMARI; KURTZ; SILVA, 2009). A demanda para uma abordagem mais intensiva poderá ocorrer através do encaminhamento dos profissionais de saúde ou por vontade própria do fumante motivado pela campanha educativa a ser divulgada no campus. Ações mais diretas e direcionadas ao nosso ambiente universitário mostram-se de grande valor, pois nossos resultados revelam que para um percentual significativo de entrevistados (10,5%), a experiência pessoal e as campanhas publicitárias e educativas existentes em nosso país não afetaram o hábito do tabagismo.

Esta proposta vai ao encontro do que tem preconizado A OMS e o Ministério da Saúde do Brasil, ou seja, a execução de levantamentos periódicos, iniciação de programas educativos e reforço das campanhas nacionais em nível local, principalmente em instituições públicas, abolindo a exposição ao tabaco e impulsionando o apoio mútuo entre fumantes, ex-fumantes e não fumantes (RIBEIRO et al., 1999; BRASIL, 2002; IBGE, 2008; WHO, 2008; MIRRA et al., 2009; WHO, 2011).

De acordo com o modelo proposto por Mirra et al. (2009) na Faculdade de Saúde Pública da USP, além da formação de uma Comissão de Prevenção e Controle do Tabagismo e das ações educativas, que devem ocorrer de forma contínua, a comemoração do Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio) e do Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto) devem ocorrer de forma efetiva como ações pontuais (BRASIL, 2002). Na Faculdade de Saúde Pública iniciou-se a promoção e discussão da inclusão do tema tabagismo nas atividades curriculares e de pesquisa, gerando ao longo de dez anos a produção de 31 trabalhos acadêmicos voltados para o tema. A atuação da Comissão proporcionou a construção de um dos primeiros ambientes livres de tabaco em uma unidade da USP e é um exemplo a ser seguido.

A associação de nosso campus a mobilizações como a Aliança por um Mundo sem Tabaco, apoiada pelo INCA (BRASIL, 2002) e a criação de *website* institucional que ajude universitários e profissionais de saúde na luta contra o tabagismo, a exemplo do desenvolvido por Sarna et al. (2009): www.tobaccofreenurses.org são ações que podem ser discutidas e implementadas pela sugerida Comissão de Prevenção e Controle do Tabagismo.

Protocolos que sistematizem a assistência de enfermagem como estratégia para interrupção do uso do tabaco como o descrito por Arreguy-Sena et al. (2006) podem servir de subsídio para nossa estruturação e somar à recomendação de que todos os profissionais de saúde adotem um enfoque multidisciplinar no combate ao consumo ativo ou passivo do tabaco (WEST; McNEILL; RAW, 2000; ANDERSON et al., 2002).

Outra meta que propomos é a atualização dos dados de prevalência após alguns anos de desenvolvimento do programa, a fim de avaliar o impacto das medidas educativas e de controle no monitoramento das tendências temporais do

tabagismo através de estudos periódicos com delineamento comparável (WAGNER; ANDRADE, 2008).

Enfim, hoje existem vários métodos propostos na literatura com o objetivo de dar suporte às pessoas que queiram deixar de fumar. O estabelecimento de campanhas preventivas e o treinamento dos profissionais da saúde que atuam na atenção primária são os elos iniciais para motivação dos tabagistas a procurarem ajuda para interromper o vício e o ponto de partida para a inclusão dos fumantes em programas especializados para cessação. Os programas de cessação mais documentados são estruturados com base na atuação de equipe multiprofissional associando a abordagem cognitivo comportamental intensiva à terapia farmacológica (WEST; McNEILL; RAW, 2000; HORTENSE; CARMAGNANI; BRÊTAS, 2008).

Em suma, as informações coletadas neste estudo reforçam a iniciativa de ações antitabagismo dentro do campus USP/Bauru. Abordagens multidisciplinares, envolvendo gestores, médicos, odontólogos, fonoaudiólogos e enfermeiros são passíveis de serem executadas e direcionadas aos profissionais e acadêmicos do campus, tornando esta unidade da USP um local livre de tabaco.

7 CONCLUSÕES

---

7 CONCLUSÕES

A prevalência de tabagistas no campus USP/ Bauru foi de 10,5%, sendo significativamente maior entre o sexo masculino (15,0%), entre os indivíduos com mais de 50 anos (26,3%) e entre funcionários com menor nível de instrução ou menos anos de estudo (52,0%).

O percentual de indivíduos com alto grau de dependência à nicotina foi significativamente mais elevado entre os tabagistas com menor nível de instrução ou menos anos de estudo (23,1%).

A motivação para interromper o hábito de fumar não diferiu entre os grupos, sendo considerada baixa para a maioria dos fumantes (48,5%).

Entre os fumantes houve maior incidência de queixas relacionadas à voz. As sensações e sintomas vocais e laringofaríngeos relatados com maior frequência foram tosse seca, tosse com catarro, pigarro, secreção na garganta, garganta seca e rouquidão.

Os fumantes relataram maior prevalência de doenças crônicas e problemas emocionais.

Os dados de prevalência e o perfil dos tabagistas disponibilizados podem subsidiar a implantação de programa de prevenção e cessação do tabagismo no campus USP/Bauru.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ACHA - American College of Health Association. Position Statement on Tobacco on College and University Campuses [text on the internet]. Baltimore: ACHA; 2005 [cited 2011 Nov 9]. Available from: http://www.acha.org/info_resources/tobaccostatement.pdf.

Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest*. 2002;121(3):932-41.

Andrade APA, Bernardo ACC, Viegas ACA, Ferreira DBL, Gomes TC, Sales MR. Prevalência e características do tabagismo em jovens da Universidade de Brasília. *J Bras Pneumol*. 2006;32(1):23-8.

Arreguy-Sena C, Gomes EA, Cabral MIA, Centellas S, Fonseca LN. Interrupção do uso do tabaco: a consulta de enfermagem como estratégia para promoção da saúde baseada em protocolo. *Rev Min Enf*. 2006;10(3):297-305.

Awan SN. The effect of smoking on the dysphonia severity index in females. *Folia Phoniatr Logop* 2010; DOI:10.1159/000316142.

Behlau M. *Voz: o livro do especialista*. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.

Behlau M, Pontes P. *Higiene vocal: cuidando da voz*. Rio de Janeiro: Revinter, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Programa de Controle do Tabagismo e de outros fatores de risco de Câncer. Aliança por um mundo sem tabaco [texto na internet]. Instituto Nacional do Câncer; 2002 [acesso 2011 mar 23]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/alianca/participe.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Prevalência de tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras [texto na internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2004 [acesso 2009 jun 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf.

Cal/EPA - Califórnia Environmental Protection Agency. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant: executive summary [homepage on the internet]. Sacramento: California Environmental Protection Agency; 2005 [cited 2009 Aug 07]. Available from: <ftp://ftp.arb.ca.gov/carbis/regact/ets2006/app3exe.pdf>.

Chiapetti N, Serbena CA. Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área de saúde de uma universidade de Curitiba. *Psicol Reflex Crit*. 2007;20(2):303-13.

Colares V, Franca C, Gonzales E. Condutas de saúde entre universitários: diferenças entre gêneros. *Cad Saude Publica*. 2009;25(3):521-8.

Colton H, Casper KJ, Leonard R. Compreendendo os problemas de voz: uma pesquisa fisiológica ao diagnóstico e ao tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2010.

Costa AD. Tabagismo em médicos e enfermeiros da cidade do Porto: motivação para deixar de fumar e grau de dependência tabágica. *Rev Port Clin Geral*. 2006;22:27-38.

Duarte JL, Faria FAC, Ceolin DS, Cestari TM, Assis GF. Efeitos da inalação passiva da fumaça de cigarro sobre as pregas vocais de ratos. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2006;72(2):210-6.

Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*. 1989;12(2):159-82.

Ferreira LP, Giannini SPP, Figueira S, Silva EE, Karmann DF, Souza TMT. Condições de produção vocal de professores da prefeitura do município de São Paulo. *Disturb Comum*. 2003;14(2):275-307.

Ferreira LP, Giannini SPP, Latorre MRDO, Zenari MS. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: proposta de um instrumento para avaliação de professores. *Disturb Comum*. 2007;19(1):127-36.

Figueiredo DC, Souza PRF, Gonçalves MIR, Biase NG de. Análise perceptivo-auditiva, acústica computadorizada e laringológica da voz de adultos jovens fumantes e não fumantes. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2003;69:45-51.

Fiorini JE, Alves AL, Ferreira LR, Fiorini CM, Durães SW, Santos RLD, et al. Use of licit and illicit drugs at the University of Alfenas. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. 2003;58(4):199-206.

Fortes FSG, Imamura R, Tsuji DH, Sennes LU. Perfil dos profissionais da voz com queixas vocais atendidos em um centro terciário de saúde. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2007;73(1):27-31.

Garnett JD. Tobacco and laryngeal pathology. *J Medical.* 2001;97(1):13-6.

Heatherton TF. The Fagerstrom Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *Br J Addict.* 1991;86(9):1119-27.

Hortense FTP, Carmagnani MIS, Brêtas ACP. O significado do tabagismo no contexto do cancer de laringe. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(1):24-30.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Tabagismo [texto na internet]. Brasília; 2008 [acesso 2012 abr 10]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/tabagismo.pdf>.

Lucas ACS, Parente RCP, Picanço NS, Conceição DA, Costa KRC, Magalhães IRS, et al. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2006;22(3):663-71.

Mansur J, Monteiro, MG. Validation of de “Cage” alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res.* 1983;16(3):215-18.

Medina E, Arteaga P, Pizarro L, Ahumada M. Algunos efectos Del tabaquismo em la mujer. *Rev Med Chile.* 1990;118:253-8 apud Figueiredo DC, Souza PRF, Gonçalves MIR, Biase NG. Análise perceptivo-auditiva, acústica computadorizada e laringológica da voz de adultos jovens fumantes e não fumantes. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2003;69:45-51.

Meneses-Gaya IC, Zuairi W, Loureiro SR, Crippa JAS. As propriedades psicométricas do teste de Fagerstrom para dependência de nicotina. *J Bras Pneumol.* 2009;35(1):73-82.

Menezes AMB, Hallai PC, Silva F, Souza M, Paiva L, Dávila A, et al. Tabagismo em estudantes de medicina: tendências temporais e fatores associados. *J Bras Pneumol.* 2004;30(3): 223-8.

Mirra AP, Marcondes RS, Souza JMP, Stewien GTM. Tabagismo entre alunos e funcionários da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. *Saude Soc.* 1999;8(2):93-108.

Mirra AP, Marcondes RS, Pereira IMTB, Stewien GTM. Resgate histórico do controle do tabagismo na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: relato de uma experiência. *Saude Soc.* 2009;18(1):164-70.

Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bulletin of World Health Org.* 2007;85:527-34.

Passos SRL, Brasil PEAA, Santos MAB, Aquino MTC. Prevalence of psychoactive drug use among medical students in Rio de Janeiro. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(12):989-96.

Peto R, Lopez AD, Borehan J, Thun M, Heath C Junior, Doll, R. Mortality from smoking worldwide. *Br Med Bull.* 1994; 52(1):12-21.

Pires MC, Pires KB, Gigante LP, Meneghel S, Jotz GP. Rastreamento da neoplasia laringea na população da vila Ipê 1, da cidade de Porto Alegre. *Rev AMRIGS.* 2004;48(4):235-42.

Queija DS, Barros APB, Dedivitis RA, Corazza VR, Silva VFC, Nishimoto IN. Avaliação laringoestroboscópica, perceptiva e computadorizada da voz de tabagistas do gênero masculino. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2006;35(2):93-6.

Rebello L. Consulta de cessação tabágica no Centro de Saúde de Alvalade: os primeiros 184 pacientes fumadores. Avaliação de resultados. *Rev Port Clin Geral.* 2008;24:13-20.

Ribeiro AS, Jardim B Junior, Laranjeira RR, Alves AKS, Kesselring F, Fleissig L, et al. Prevalência de tabagismo na Universidade Federal de São Paulo, 1996: dados preliminares de um programa institucional. *Rev Ass Med Brasil.* 1999;45(1):39-44.

Richmond RI, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction.* 1993;88(8):1127-35.

Rocha RD. Efeitos do tabaco na laringe e na voz [monografia]. Rio de Janeiro (RJ): Centro de Especialização em Fonoaudiologia clínica; 1999.

Rodrigues ESR, Cheik NC, Mayer A F. Nível de atividade física e tabagismo em universitários. *Rev Saude Publica.* 2008;42(4):672-8.

Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Psychological characteristics associated with tobacco smoking behavior. *J Bras Pneumol*. 2007;33(5):592-601.

Rosemberg J. Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo; 2002.

Rosendo I, Fonseca G, Guedes AT, Martins V. Caracterização dos fumadores e factores que influenciam a motivação para a cessação tabágica. *Rev Port Pneumol*. 2009;15(5):783-801.

São Paulo (Estado). Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009. Proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica. *Diário Oficial [do] Estado de São Paulo, Poder Executivo, São Paulo (2009 maio 08); Sec 1:1*.

Sarna L, Bialous AS, Rice VH, Wewers ME. Nurses trying to quit smoking using the internet. *Nurs Outlook*. 2009;57(5):246-56.

Sarna I, Bialous AS, Wewers ME, Froelicher ES, Danao L. Nurses, smoking and workplace. *Res Nurs Health*. 2005;(28):79-90.

Silva LVER, Malbergier A, Stempliuk VA, Andrade AG. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Rev Saude Publica*. 2006;40(2):280-8.

Spiandorello WP, Filippini LZ, Pizzol A, Kreische F, Soligo DS, Spiandorelo T, et al. Avaliação da participação de pequeno número de estudantes universitários em um programa de tratamento do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2007;33(1):69-75.

Stempliuk VA, Barroso LP, Andrade AG, Nicastrí S, Malbergier A. Comparative study of drug use among undergraduate students at the University of São Paulo – São Paulo campus in 1996 and 2001. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27(3):185-93.

Stramari LM, Kurtz M, Silva LCC. Prevalência e fatores associados ao tabagismo em estudantes de medicina de uma universidade em Passo Fundo (RS). *J Bras Pneumol*. 2009;35(5):442-8.

Wagner GA, Andrade AG. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. *Rev Psiq Clin*. 2008;35 Suppl 1:48-54.

Wagner GA, Stempliuk VA, Zilberman ML, Barroso LP, Andrade AG. Alcohol and drug use among university students: gender differences. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(2):123-9.

West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax.* 2000;55(12):987-99.

WHO – World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic [homepage on the internet]. Geneva: WHO; 2008. [cited 2009 Aug 7]. Available from: <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>.

WHO – World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic; warnings about the dangers of tobacco [homepage on the internet]. Geneva: WHO; 2011. [cited 2012 Feb. 29]. Available from: <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>.

APÊNDICES

APÊNDICE A

**PREVALÊNCIA DE TABAGISMO NO CAMPUS DE BAURUR DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

1. Identificação (Opcional): _____
  2. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
  3. Idade: _____
  4. Escolaridade ou grau de instrução: _____
  5. Função na Universidade _____
- ( ) Docente
- ( ) Funcionário diretamente envolvido na atenção à saúde _____
- ( ) Funcionário administrativo _____
- ( ) Aluno Graduação Odonto ( ) Aluno Pós-Graduação Odonto
- ( ) Aluno Graduação Fono ( ) Aluno Pós-Graduação Fono
- ( ) Aluno Pós-Graduação HRAC

ASPECTOS DE SAÚDE GERAL

6. Apresenta alguma das doenças abaixo? _____
- ( ) Hipertensão Arterial (Pressão Alta) ( ) Diabetes
- ( ) Dislipidemia (colesterol ou triglicérides aumentados)
- ( ) Obesidade
- ( ) Acidente Vascular Cerebral (Derrame)
- ( ) Enfisema Pulmonar
- ( ) Impotência sexual
7. Problemas bucais (no último ano)

Você sente que o sabor dos alimentos tem piorado? _____

( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

Você se sente envergonhado(a) por causa de seus dentes? _____

( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

Boca seca ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

Mau hálito ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

Sangramento na gengiva _____

( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

8. Problemas Digestivos:

Azia ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

Refluxo ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

Gastrite ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

Outros ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

9. Problemas Respiratórios

Rinite ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

Sinusite ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

Faringite ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

- Laringite ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei
- Bronquite ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei
- Asma ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei
10. Problemas Emocionais:
- ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei
- Se sim, qual/quais? _____

11. Problemas de Audição:

Dor de ouvido ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

12. Faz uso de alguma medicação de uso contínuo? _____

( ) sim ( ) não . Se sim, qual (is): _____

13. Realiza alguma atividade física pelo menos 3 vezes na semana?

( ) sim ( ) não

ASPECTOS DE SAÚDE FONOAUDIOLÓGICA (VOZ)

14. Você tem ou já teve alteração na sua voz? ( ) sim, tive ( ) sim, tenho ( ) não

15. Se você tem alteração na voz, há quanto tempo esta alteração está presente:

( ) 0 a 5 meses ( ) 6 a 11 meses ( ) 1 a 2 anos ( ) 3 a 4 anos ( ) + de 4 anos

16. Se você teve/tem alteração na voz, em sua opinião, o que a causou? _____

17. Se você tem alteração de voz, como a definiria?

( ) alteração discreta ( ) alteração moderada ( ) alteração severa ( ) não sei

18. Sua voz ao longo do dia costuma estar:

( ) rouca pela manhã e vai melhorando ( ) melhor de manhã e vai piorando

( ) de manhã a voz não sai ( ) a noite a voz não sai

( ) rouca de manhã, vai melhorando e a noite volta a piorar ( ) sem alteração

19. Como as pessoas reagem quando escutam você falando?

( ) referem alteração de voz constante ( ) se espantam com sua voz

( ) não entendem o que você diz ( ) confundem seu sexo

( ) confundem sua idade ( ) perguntam qual é o problema

( ) nenhuma reação ( ) outros. Quais? _____

20. Quais sintomas vocais você tem ?

Rouquidão ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

Perda da voz ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

Falha na voz ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

Falta de ar ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

Voz fina ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

Voz grossa ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

Voz variando grossa/fina ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

Voz fraca ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

Outros ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei

Quais? _____

continua

APÊNDICE A

continuação

21. Quais sensações relacionadas à garganta e à voz você tem?
Picada na garganta	( ) nunca	( ) raramente	( ) às vezes	( ) sempre	( ) não sei
Aréia na garganta	( ) nunca	( ) raramente	( ) às vezes	( ) sempre	( ) não sei
Bola na garganta	( ) nunca	( ) raramente	( ) às vezes	( ) sempre	( ) não sei
Pigarro	( ) nunca	( ) raramente	( ) às vezes	( ) sempre	( ) não sei
Tosse seca	( ) nunca	( ) raramente	( ) às vezes	( ) sempre	( ) não sei
Tosse com catarro	( ) nunca	( ) raramente	( ) às vezes	( ) sempre	( ) não sei
Dor ao falar	( ) nunca	( ) raramente	( ) às vezes	( ) sempre	( ) não sei
Dor ao engolir	( ) nunca	( ) raramente	( ) às vezes	( ) sempre	( ) não sei
Dificuldade p/ engolir	( ) nunca	( ) raramente	( ) às vezes	( ) sempre	( ) não sei
Ardor na garganta	( ) nunca	( ) raramente	( ) às vezes	( ) sempre	( ) não sei
Catarrro na garganta	( ) nunca	( ) raramente	( ) às vezes	( ) sempre	( ) não sei
Garganta seca	( ) nunca	( ) raramente	( ) às vezes	( ) sempre	( ) não sei
Cansaço ao falar	( ) nunca	( ) raramente	( ) às vezes	( ) sempre	( ) não sei
Esforço ao falar	( ) nunca	( ) raramente	( ) às vezes	( ) sempre	( ) não sei
Outros	( ) nunca	( ) raramente	( ) às vezes	( ) sempre	( ) não sei
- Quais?

22. Você está satisfeito com sua voz? ( ) sim ( ) não
- Se não está satisfeito com sua voz, o que mudaria?
23. Você já recebeu alguma orientação sobre cuidados com a voz?
- ( ) sim ( ) não

TESTE DE CAGE

24. Você ingere bebida alcoólica?
- ( ) nunca ( ) raramente ( ) às vezes ( ) sempre ( ) não sei
25. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica?
- ( ) sim ( ) não
26. As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?
- ( ) sim ( ) não
27. Você se sente culpado pela maneira como bebe? ( ) sim ( ) não
28. Você costuma beber de manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?
- ( ) sim ( ) não

CARACTERIZAÇÃO DO HÁBITO TABÁGICO

29. Você é: ( ) fumante ( ) ex fumante ( ) não-fumante
30. O que mais incomoda pelo cigarro fumado pelos outros?
- ( ) Cheiro da fumaça
- ( ) Irritação nos olhos e nariz
- ( ) Sensação de falta de ar após a inalação passiva da fumaça
31. Você se preocupa em ser um fumante passivo? ( ) sim ( ) não
32. Existem fumantes na sua residência?
- ( ) sim ( ) não
33. Quantos? ( ) 1 fumante ( ) 2 fumantes ( ) + que 3 fumantes
34. Você considera que a nova Lei Estadual 13.541 de 07 de maio de 2009, Anti-Fumo é importante para o controle do tabagismo na Universidade?

- ( ) sim ( ) não
35. Fumou pelo menos 1 cigarro na última semana? ( ) sim ( ) não ( ) não sabe
- Se respondeu sim, por favor continue o questionário.*
- Se respondeu não o seu questionário termina aqui.*

36. Com quantos anos de idade você começou a fumar? _____ anos.
37. Já tentou parar de fumar e não conseguiu?
- ( ) Uma vez ( ) 2 vezes ( ) + de 3 vezes
38. Você fuma mais: ( ) na USP ( ) no ambiente domiciliar
39. Você considera que de alguma forma o uso do cigarro prejudica sua saúde? Como?

- 40- Você considera que o fato de ser fumante prejudica seu relacionamento com outras pessoas? De que forma?

TESTE DE FAGERSTRON (NÍVEL DE DEPENDÊNCIA TABÁGICA)

41. Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?
- ( ) nos primeiros 5 minutos ( ) de 6 a 30 minutos
- ( ) de 31 a 60 minutos ( ) mais de 60 minutos
42. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como cinema, hospital, avião, centro de saúde? ( ) sim ( ) não
43. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
- ( ) o primeiro da manhã
- ( ) todos os outros
44. Quantos cigarros você fuma habitualmente por dia?
- ( ) menos que 10 (menos de meio maço) ( ) de 11 a 20 (meio a um maço)
- ( ) de 21 a 30 (um maço a um maço e meio) ( ) mais de 31 (+ de 1 maço e meio)
45. Você fuma mais frequentemente pela manhã? ( ) sim ( ) não
46. Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? ( ) sim ( ) não

TESTE DE RICHMOND (MOTIVAÇÃO PARA DEIXAR DE FUMAR)

47. Gostaria de deixar de fumar se fosse fácil? ( ) sim ( ) não
48. Qual o seu interesse em deixar de fumar?
- ( ) nenhum ( ) algum ( ) muito ( ) absoluto
49. Vai tentar deixar de fumar nas próximas duas semanas a um mês?
- ( ) definitivamente não ( ) talvez não ( ) talvez sim ( ) definitivamente sim
50. Pretende deixar de fumar nos próximos 6 meses?
- ( ) definitivamente não ( ) talvez não ( ) talvez sim ( ) definitivamente sim

APÊNDICE B

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru
Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73
PABX (0XX14)3235-8000 – FAX (0XX14)3223-4679

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro voluntário,

O objetivo da pesquisa **“Prevalência de Tabagismo no Campus de Bauru da Universidade de São Paulo”** é determinar o número de fumantes e o impacto do tabagismo (fumar cigarros) na saúde geral e fonoaudiológica (voz e fala) dos servidores e alunos do Campus de Bauru da Universidade de São Paulo. Através da coleta e análise destes dados pretendemos estabelecer um programa de cessação (parar de fumar) em nível local beneficiando nossa população.

Caso o(a) senhor(a) seja não-fumante deverá responder até a pergunta **35**. Caso seja fumante deverá responder as **50** perguntas, o que tomará aproximadamente 15 minutos do seu tempo.

O questionário **NÃO** precisa ser identificado, ou seja, a colocação do seu nome é opcional - apenas se o(a) senhor(a) quiser. No entanto, reforçamos que seu sigilo está garantido, não havendo riscos de exposição de suas respostas.

Este termo que o(a) senhor(a) está lendo encontra-se em duas vias, devendo uma delas ficar com o(a) senhor(a), e **a outra via deverá ser assinada e colocada dentro do envelope menor. O envelope menor e o questionário preenchido deverão ser ambos colocados dentro do envelope maior que os acompanha e o envelope maior deverá ser lacrado (selado)**, pois o mesmo será recolhido pela pesquisadora dentro do prazo de 72 horas.

Caso o(a) senhor(a) tenha alguma **dúvida** quanto ao preenchimento do questionário, entrar em contato com a pesquisadora GIANNE CERQUEIRA LEITE RODRIGUES pelo telefone (14) 32358004.

O(a) senhor(a) pode retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

Caso queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, da FOB-USP, no endereço da Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 (sala no prédio da Biblioteca, FOB/USP) ou pelo telefone (14)3235-8356.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e serão guardadas por força de sigilo profissional (Art. 81 do Código de Ética de Enfermagem).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de .

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Autor

ANEXOS

ANEXO A

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru**

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73
PABX (0XX14)3235-8000 – FAX (0XX14)3223-4679

Comitê de Ética em Pesquisa (14)3235-8356
e-mail: mferrari@fob.usp.br

Processo nº 159/2009

Bauru, 20 de novembro de 2009.

Senhor Professor,

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado "Prevalência de Tabagismo no Campus de Bauru da Universidade de São Paulo", de autoria de Gianne Cerqueira Leite Rodrigues, que será desenvolvido sob sua orientação, foi enviado ao relator para avaliação.

Na reunião de 28 de outubro de 2009 o parecer do relator, aprovando o projeto, foi aceito pelo Comitê, considerando que não existem infrações éticas pendentes.

Informamos que qualquer alteração efetuada no trabalho de pesquisa, o pesquisador/orientador deverá comunicar ao CEP-FOB/USP, bem como ao final do trabalho enviar um Relatório para novo parecer, o qual será utilizado para publicação científica.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Maria Teresa Atta
Coordenadora

Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris

Docente do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva

ANEXO B

	Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru	
Comitê de Ética em Pesquisa		
Processo nº 159/2009		
Bauru, 18 de maio de 2012.		
Senhor Professor,		
A solicitação de Vossa Senhoria para alteração no título do projeto de pesquisa Prevalência de Tabagismo no Campus de Bauru da Universidade de São Paulo , para PREVALÊNCIA DE TABAGISMO E SEU IMPACTO NA VOZ DA POPULAÇÃO DO CAMPUS DE BAURU DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO , de autoria Gianne Cerqueira Leite Rodrigues, sob sua orientação foi aprovada por este Comitê de Ética em Pesquisa, nesta data, considerando não haver impedimentos éticos.		
No entanto, vale lembrar aos pesquisadores:		
- que sejam encaminhados ao CEP-FOB/USP relatórios anuais sobre o andamento da pesquisa (parciais e finais), conforme o cronograma apresentado; - que sejam notificados ao CEP-FOB/USP, com a devida justificativa, qualquer modificação na metodologia e/ou título e a inclusão ou exclusão de autores; - na apresentação do relatório final, sejam incluídos todos os TCLEs devidamente assinados e rubricados, se for o caso.		
Atenciosamente,		
 Prof. Dr. Flávio Augusto Cardoso de Faria Coordenador		
Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris Docente do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva		
Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-101 – C.P. 73 e-mail: cep@fob.usp.br – Fone/FAX (0xx14) 3235-8356 http://www.fob.usp.br		