Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Fatores associados ao tabagismo em escolares
da Região Sul do Brasil**

Ana Luiza de Lima Curi Hallal

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sabina L. D. Gotlieb

São Paulo
2008

Fatores associados ao tabagismo em escolares da Região Sul do Brasil

Ana Luiza de Lima Curi Hallal

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sabina L. D. Gotlieb

São Paulo

2008

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto em sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

**Para Isabella e Ida Ismênia,
com o maior amor do mundo**

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Sabina L. D. Gotlieb, pelos prazerosos anos de aprendizado, bem como pela disponibilidade, incentivo e confiança.

Ao Prof. Dr. José Maria Pacheco de Souza pelas valiosas contribuições durante a elaboração desta tese.

À Dr^a. Liz Maria de Almeida e à equipe do Instituto Nacional de Câncer pelo brilhante trabalho, assim como pela imensa colaboração que propiciou o término deste estudo.

Aos colegas de trabalho e, agora, amigos Armando Peruga, Rosa Sandoval, Heather Selin, Melania Flores e Charles Wick Warren, por tudo, sempre.

Ao Fábio pelo apoio e incentivo em todos os meus, nossos, projetos de vida.

Curi Hallal ALL Fatores associados ao tabagismo em escolares da Região Sul do Brasil [tese de doutorado]. São Paulo Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

RESUMO

Introdução. O tabaco é, mundialmente, uma relevante causa prevenível de morte. O hábito de fumar, na maioria das vezes, estabelece-se na adolescência. Considerando-se a prevalência de tabagismo e o potencial de seu crescimento, entre os jovens brasileiros, justifica-se o presente estudo que visa a embasar programas abrangentes de controle do tabagismo. **Objetivo.** Identificar fatores associados ao tabagismo em estudantes de 13 a 15 anos de idade, nas capitais dos três estados da Região Sul do Brasil. **Métodos.** Foram utilizados dados secundários provenientes do Inquérito de Tabagismo em Escolares, relativos a Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre, em 2002 e 2004. A população compreendeu adolescentes de 13 a 15 anos, cursando as 7^a. e 8^a. séries, do ensino fundamental, e primeira, do ensino médio, de escolas públicas e privadas. Coletou-se a informação por meio de um questionário auto-aplicável e anônimo. Consideraram-se tabagistas os que informaram ter fumado em um ou mais dias, nos últimos trinta dias. Para análise, foram estimados proporções ponderadas e os respectivos intervalos com 95% de confiança e aplicadas técnicas de regressão logística múltipla por meio do programa computacional SPSS®, para detectar os principais fatores associados ao vício de fumar. O nível de significância adotado foi de 10% ($\alpha \leq 0,10$). **Resultados.** A prevalência de fumantes entre esses escolares variou de 10,7% em Florianópolis a 17,7% em Porto Alegre e foi sempre mais elevada, entre as meninas. Observou-se, nas três capitais, que as proporções entre estudantes fumantes foram maiores na presença de pai fumante, mãe fumante ou ambos fumantes, amigo fumante, exposição à fumaça ambiental em casa e fora de casa, de possuidores de objetos com o logotipo de marca de cigarros e que receberam mais freqüentemente oferta gratuita de cigarros, comparativamente às dos não fumantes. **Conclusões.** Entre escolares residentes nas capitais do Sul do Brasil, a prevalência de tabagismo é elevada, e os fatores comuns associados ao tabagismo, estatisticamente significantes, foram possuir indivíduos fumantes como melhores amigos e estar exposto à fumaça ambiental, fora de casa.

Descritores – Tabagismo, Adolescentes, Vigilância

Curi Hallal ALL Fatores associados ao tabagismo em escolares da Região Sul do Brasil/ Risk factors associated to the tobacco use among school youth at the Brazilian South Region. [Thesis]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2008.

ABSTRACT

Introduction. Tobacco use is the leading preventable cause of death worldwide and adolescents are at a great risk to initiate the smoking habit. The prevalence of tobacco use and its potential growth among Brazilian school youth justify this work, which intends to subsidize a comprehensive tobacco control program. **Objective.** To identify relevant factors associated with the tobacco use among students aged 13 to 15 years, in the capital cities of the three States of the Brazilian South Region. **Methods.** Sample data was obtained in the Global Youth Tobacco Survey, related to Curitiba, PR, Florianópolis, SC, and Porto Alegre, RS, in 2002 and 2004. Adolescents 13 to 15 years, attending the 7th, the 8th grades and the 1st grade of highschool of private and public schools, have composed the study population. Data was collected through an anonymous and self-administered questionnaire. Those who smoked at least one day within the last 30 days were considered smokers. For the statistical analysis of the results, weighted proportions and their respective confidence intervals of 95%, as well as multinomial logistic regression model were applied through the SPSS®, a computer statistical program. The level of significance adopted was 10% ($\alpha \leq 0.10$). The smoking prevalence among the students varied from 10.7% in Florianópolis, SC, to 17.7% in Porto Alegre, RS, and was higher among girls. In the three capitals, the proportion of smokers was higher among those whose mother, father, both parents or best friends had the smoking habit; also, the occurrence of smokers was higher among students exposed to tobacco smoke environment (at home or outside); the same situation was detected among the students who owned objects with a cigarette brand logo, or if more often were offered free cigarettes. **Conclusions.** Among school youths living in the three capitals of the states of the South of Brazil, it was estimated high prevalence of smokers and the factors statistically associated with the tobacco use were presence of best peer friends addicted to the smoking habit and environmental exposition to the smoke outside home.

Descriptors – Tobacco habit, Adolescent, Surveillance

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVO	18
3. MÉTODOS	19
4. RESULTADOS.....	24
5. DISCUSSÃO.....	38
6. CONCLUSÕES	52
7. REFERÊNCIAS... ..	53
ANEXO... ..	59
Anexo 1- Questionário	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Magnitude

O tabaco é uma das principais causas evitáveis de mortes em todo mundo²¹. Estima-se que, durante o século XX, cem milhões de pessoas faleceram devido ao seu consumo, sendo o hábito de fumar responsável por 12% da mortalidade adulta mundial. A cada ano, aproximadamente, cinco milhões de pessoas morrem por doenças relacionadas ao tabaco e a previsão é que, persistindo o atual modelo de consumo, em 2020, serão dez milhões de mortes ao ano, sendo que 70% dessas perdas ocorrerão nos países em desenvolvimento¹.

Estimativas sugerem que, atualmente, mais de um bilhão de pessoas com 15 ou mais anos fumam tabaco diariamente e aproximadamente 80% dessas vivem em países de renda baixa ou média⁹³.

Várias publicações documentaram os efeitos do consumo de tabaco na saúde^{17,18,41,42,71,81,82,83,86,87}. Sabe-se que o tabagismo tem efeito nocivo em quase todos os órgãos do corpo. A lista de enfermidades associadas ao uso de tabaco inclui câncer de pulmão, câncer de bexiga, câncer de esôfago, câncer de boca, câncer de laringe, câncer de garganta, doença pulmonar crônica, doença cardiovascular, síndrome de morte súbita infantil, efeitos nocivos no aparelho reprodutor, aneurisma da aorta abdominal, leucemia mielóide aguda, catarata, cânceres de colo uterino, de rim e de pâncreas, pneumonia e periodontite⁸⁸.

O uso de tabaco por jovens está associado a um significativo aumento de problemas de saúde durante a infância e a adolescência. Fumar tabaco nesses períodos da vida aumenta o risco de problemas respiratórios, como tosse e sibilância, ao mesmo tempo, que parece reduzir a velocidade e intensidade do crescimento e a função pulmonar. Além disso, é fator de risco para doenças crônicas na maturidade, como, por exemplo, doença pulmonar obstrutiva crônica^{87, 88}.

A prevalência de uso de tabaco é uma das medidas mais importantes para que se conheça a magnitude do problema em uma população. Além de fornecer um diagnóstico do problema, a repetição periódica de estudos de prevalência, em um mesmo grupo populacional, é particularmente útil porque permite identificar as tendências de

comportamento desse grupo⁶³. Entretanto, dado que muitos dos efeitos do uso de tabaco na saúde dependem da história de exposição, como por exemplo, idade de início do hábito, número de cigarros consumidos por dia, entre outros, a prevalência de tabagismo, isoladamente, é um indicador insuficiente do risco acumulado do tabagismo²¹.

O consumo de tabaco está associado causalmente ao aumento do risco de morte por câncer de pulmão^{17, 18}. Peto e colaboradores⁶⁹ observaram que o excesso de mortalidade por câncer de pulmão de uma população fumante em relação à de não-fumantes é um indicador do estágio da epidemia do uso do tabaco nessa população. Os autores calcularam a mortalidade absoluta por câncer de pulmão para obter o risco de mortalidade atribuível ao uso de tabaco e, assim, estimar indiretamente o risco acumulado de fumar de uma dada população.

Com o objetivo de estimar a mortalidade atribuível ao tabaco segundo sexo, idade e causa da morte, em 14 sub-regiões do mundo, foi visto que, no ano 2000, ocorreram 4,83 milhões de mortes prematuras atribuíveis ao uso de tabaco, sendo 2,41 milhões (49,9%) em países em desenvolvimento. Quanto ao sexo, aproximadamente 80% dessas mortes foram no sexo masculino. Como principais causas de morte nas regiões industrializadas apareceram as doenças cardiovasculares (42,0%), câncer de pulmão (21,4%) e doença pulmonar obstrutiva crônica (12,8%), enquanto, nos países em desenvolvimento, aconteceram as doenças cardiovasculares (27,8%), doença pulmonar obstrutiva crônica (27,0%) e câncer de pulmão (13,7%)^{21,22}.

Ezzati e Lopez²¹ estimaram indiretamente o risco acumulado do tabagismo, para diferentes regiões do mundo, por sexo e faixa etária. Com base nos resultados, concluíram que, atualmente, o risco nos países em desenvolvimento está mais concentrado em homens jovens e de meia idade.

Para conhecer o impacto do tabagismo nas mortes por doenças cardiovasculares, outro estudo²³ mostrou que, em 2000, 11% das mortes por doenças cardiovasculares no mundo foram atribuídas ao uso de tabaco, sendo que a maioria (72,2%) destas ocorreu no sexo masculino.

Em publicação recente, os Centros para Prevenção e Controle de Doenças do Governo dos Estados Unidos (CDC) avaliaram as conseqüências para a saúde e a perda de produtividade atribuíveis ao fumo, nos Estados Unidos, entre 1997 e 2001. Os dados

observados mostraram que, nesse período, aproximadamente 438.000 pessoas morreram, prematuramente, a cada ano, devido ao tabagismo ou à exposição ambiental à fumaça de tabaco. Os autores estimaram que o tabagismo resultou, em média, 259.494 mortes masculinas e 178.408 de mulheres, anualmente. Considerando-se somente os adultos, 39,8% dessas mortes foram por câncer, 34,7%, por doenças cardiovasculares e 25,5%, por doenças respiratórias. Nesse estudo, também, foi observado o fato de que o tabagismo e a exposição à fumaça ambiental resultaram em 5,5 milhões de anos potenciais de vida perdidos e US\$ 92 bilhões de dólares, em perda anual de produtividade¹².

Atualmente, morrem mais homens do que mulheres devido às doenças relacionadas ao tabaco. A tendência de consumo de cigarros entre os homens, em todos os países, indica que os índices de consumo alcançaram seu máximo e começa a observar-se tendência, embora lenta, de diminuição do consumo, nesse sexo. Entretanto, o consumo de cigarros entre mulheres está aumentando em muitos países, especialmente, nos em desenvolvimento¹.

Todas as formas de tabaco são reconhecidamente aditivas, sendo a nicotina a droga responsável por essa característica. Reconhecer o tabaco como uma adição é fundamental para o esforço de reduzir o uso de tabaco na sociedade. Embora existam várias definições para drogas aditivas, a maioria delas tem em comum os seguintes critérios: uso compulsivo, efeito psicoativo, comportamento fortalecido pelo uso da droga, modelo estereotipado de uso, uso apesar dos efeitos prejudiciais, recaída após abstinência, desejo recorrente da droga, dependência física, tolerância. Há evidências de que o uso de tabaco e da nicotina, em particular, preenche todos os requisitos acima citados^{85, 87}.

O reconhecimento de que a expansão do tabagismo é um problema global, fez com que, em 2003, os países membros das Nações Unidas adotassem unanimemente, durante a 56ª Assembléia Mundial da Saúde, o primeiro tratado internacional de saúde pública: a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). A Convenção-Quadro é um instrumento legal, sob forma de um tratado internacional, no qual os Estados signatários concordam em empreender esforços para circunscrever a epidemia causada pelo tabaco, reconhecida como um problema global com conseqüências graves para a saúde pública. A CQCT entrou em vigor em 27 de fevereiro de 2005 e o tratado

cria padrões internacionais para o controle do tabaco com providências relacionadas à propaganda e patrocínio, à política de impostos e preços, à etiquetagem, ao comércio ilícito e ao tabagismo passivo, dentre outras medidas. Depois da fase de assinatura, em cada país, iniciou-se a etapa de ratificação da adesão à Convenção, quando o texto passou a tramitar nos Congressos Nacionais ou em outras esferas legislativas específicas de cada país⁹⁹. No Brasil, o Congresso Nacional aprovou o texto da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, por meio do Decreto Legislativo n.º 1.012, de 28 de outubro de 2005, e o governo brasileiro ratificou a citada Convenção em 3 de novembro de 2005; assim, ela entrou em vigor no Brasil em 1.º de fevereiro de 2006^{45,99}.

1.2 Fatores associados

Fatores ambientais, socio-demográficos, comportamentais e pessoais estão associados ao uso de tabaco por adolescentes. Entre os principais fatores ambientais, que aumentam o risco dos adolescentes tornarem-se fumantes, estão a acessibilidade, exposição à propaganda e mídia a favor do tabaco, tabagismo dos pais, irmãos e amigos. Entre os fatores sócio-demográficos estão baixo nível sócio-econômico e morar somente com um dos pais. Os principais fatores comportamentais associados ao tabagismo são o baixo desempenho acadêmico, a propensão a comportamentos de risco, outros problemas comportamentais, a falta de capacidade para resistir à influência para fumar, a intenção de fumar e experimentação; enquanto os principais fatores pessoais recaem na baixa percepção de risco, na baixa auto-imagem, na baixa auto-eficácia e na depressão⁸⁷.

O hábito de fumar tabaco, assim como o uso de outras drogas aditivas, tende a se estabelecer durante a adolescência. A maioria dos fumantes experimenta seu primeiro cigarro antes dos 18 anos e sabe-se que, hoje em dia, a idade de início do vício está diminuindo, nos países de ingresso médio e baixo^{1,80,87}.

Quanto mais precoce for a idade de início, maior é a chance de o indivíduo tornar-se um dependente da nicotina; com base nesse conhecimento, autores sugerem que a precocidade do início do tabagismo pode afetar a probabilidade de tornar-se adicto à nicotina^{20,87}.

A iniciação precoce ao uso regular dos produtos do tabaco está associada significativamente com maior dependência, menor interesse e confiança na habilidade de

abandonar o fumo; está, também, associada a outros comportamentos de risco como não uso de cinto de segurança e dieta inadequada, entre outros. A idade de início também está associada estatisticamente ao uso freqüente e diário de tabaco e consumo de maior número de cigarros por dia^{20,50}.

Um dos fatores ambientais que admite-se aumentar o risco de os adolescentes tornarem-se fumantes é a fácil acessibilidade aos produtos derivados do tabaco^{87,90}.

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, em seu 16º. artigo, recomenda que os países signatários adotem e apliquem medidas legislativas em nível apropriado para proibir a venda de produtos de tabaco a menores de idade, definido segundo a legislação nacional, ou a menores de 18 anos⁹⁷.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei N.º 8.069, de 13 de julho de 1990, proíbe, em seu artigo 81, vender, fornecer ou entregar a crianças ou a adolescentes, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica. Também, a Lei N.º 10.702 de 14 de julho de 2003 proíbe a venda de produtos fumígenos derivados do tabaco a menores de 18 anos. No país está proibida por lei a participação de crianças e adolescentes na publicidade de produtos derivados do tabaco (Lei N.º 10.167 de 27 de dezembro de 2000), bem como o trabalho de menor de 18 anos na colheita, beneficiamento ou industrialização do fumo (Portaria do Ministério de Trabalho e Emprego N.º 6 de 5 de fevereiro de 2001). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N.º 335, de 21 de novembro de 2003, no seu 9º. Artigo, estabelece que todas as embalagens dos produtos fumígenos derivados do tabaco deverão apresentar a seguinte frase "venda proibida a menores de 18 anos - Lei 8.069/1990 e Lei 10.702/2003", além de proibir o uso das frases "somente para adultos", "produto para maiores de 18 anos"⁴⁵.

Embora, a criação e a aplicação de leis que dificultem o acesso aos produtos derivados do tabaco, por parte de crianças e adolescentes, sejam medidas integrantes dos programas abrangentes de prevenção e controle do tabagismo^{14,60} e, também, que, estudos recomendem que intervenções específicas sejam capazes de aumentar o grau de cumprimento por parte dos comerciantes e, conseqüentemente, diminuir a venda aos menores de idade^{72,79}, o impacto dessa medida na prevalência de fumantes ainda não foi suficientemente avaliado^{16,27,78}.

O tabagismo dos pais é um importante preditor do uso de tabaco por parte de crianças e adolescentes^{87, 90}. Pais fumantes atuam como modelo para iniciação ao uso de tabaco, favorecem a aceitação do hábito e facilitam o acesso aos cigarros⁷.

De acordo com a literatura, pais fumantes influenciam tanto na iniciação quanto na progressão do uso de tabaco por seus filhos⁷. Para Hill e colaboradores³⁵, o tabagismo dos pais contribui para o início do uso diário de tabaco por seus filhos adolescentes e salientam que o maior risco de uso diário de tabaco por parte dos filhos ocorre mesmo quando a família possui normas contra o uso de tabaco por parte de adolescentes e os pais não envolvem seus filhos no seu próprio uso de tabaco.

Por outro lado, alguns autores sugerem que atitudes antitabaco por parte dos pais estão associadas à diminuição do tabagismo entre filhos adolescentes, mesmo quando os pais são fumantes^{2, 46, 75}. Salientam que, embora o abandono do uso de tabaco por parte dos pais seja o fator isolado mais importante para prevenir o tabagismo dos filhos, há certas atitudes anti-fumo paternas que podem reduzir o risco dos filhos tornarem-se usuários de tabaco².

Possuir o melhor amigo fumante, também, aumenta o risco de o adolescente tornar-se um fumante. Segundo a literatura, esses adolescentes têm probabilidade duas vezes maior de tornarem-se fumantes do que aqueles, cujos melhores amigos são não-fumantes. Entretanto, o efeito de ter o melhor amigo fumante sobre o hábito tabágico do adolescente varia segundo a faixa etária e, tudo leva a crer, ter maior influência na faixa entre 11 e 12 anos de idade, decrescendo a partir de então⁵¹.

Pais fumantes de crianças e adolescentes, além de influenciarem seus filhos no uso de tabaco, na maioria das vezes expõem seus filhos à fumaça ambiental do cigarro ou congênere⁹².

Diante desses fatos, deve-se definir o tabagismo passivo, que nada mais é do que a inalação da fumaça ambiental de tabaco por indivíduos não-fumantes. Assim, os não-fumantes inalam a fumaça exalada pelo fumante (corrente primária) e a que sai da ponta do cigarro (corrente secundária), sendo reconhecido que esta mistura possui mais de 50 substâncias carcinogênicas^{82, 89, 91}. Considera-se que 75% ou mais da nicotina vinda de um cigarro são emitidas no ar como corrente secundária⁶¹.

A fumaça ambiental do tabaco foi reconhecida como carcinógeno humano por várias agências internacionais, entre elas, a Agência de Proteção Ambiental da

Califórnia⁹¹, Organização Mundial de Saúde⁹⁶ e a Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer⁴².

O tabagismo passivo é a terceira maior causa evitável de morte no mundo, subsequente ao tabagismo ativo e ao consumo excessivo de álcool^{41, 84}.

Evidências científicas sobre os efeitos prejudiciais da exposição passiva à fumaça do cigarro, para a saúde, vêm sendo apresentadas há quase cinquenta anos. Os primeiros estudos publicados, nas décadas de cinquenta e sessenta do século XX, detiveram-se nos efeitos da exposição passiva à fumaça do cigarro em crianças e nas conseqüências resultantes de mães fumantes, no feto. A partir de então, vários documentos foram publicados acerca das conseqüências para a saúde da exposição passiva à fumaça do cigarro, documentos esses que vinculam a exposição passiva à fumaça do cigarro a uma variedade de doenças graves em crianças e adultos^{61,77,84,89,96,98}.

Em publicação recente do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, foram revisadas as conseqüências para a saúde da exposição involuntária à fumaça do tabaco. De acordo com ela, há um número suficiente de evidências para inferir a existência de relação causal entre exposição à fumaça ambiental ao fumo e a síndrome de morte súbita infantil, infecção das vias respiratórias inferiores, otite média, tosse e bronquite, entre outros agravos, em crianças. Outra importante conclusão do relatório é a de que, atualmente, nos EUA, a residência tornou-se o local predominante de exposição à fumaça ambiental do tabaco para crianças e adultos⁸⁹.

Documento da Organização Mundial da Saúde (OMS) com recomendações de políticas para a proteção da exposição passiva à fumaça de cigarro descreve que não há níveis seguros de exposição à fumaça ambiental do tabaco⁹⁸.

Tanto o fumo da mãe quanto do pai são causadores de doenças das vias respiratórias inferiores, como bronquite e pneumonia, particularmente durante o primeiro ano de vida, bem como levam à ocorrência mais freqüente de sintomas respiratórios como tosse, catarro e chiado no peito em crianças. Os riscos mais elevados foram encontrados em domicílios onde ambos os pais são fumantes. Em relação à asma, a exposição passiva à fumaça do cigarro intensifica a asma pré-existente e causa novos episódios em crianças, bem como está associada à maior ocorrência de otite média.

Quando a exposição passiva se dá na residência, ocorrem aumentos do número de consultas em pronto-socorro e do uso de medicamentos pelas crianças asmáticas⁹⁸.

A restrição ao tabagismo no domicílio, além de evitar a exposição passiva à fumaça do cigarro, está associada a menores taxas de tabagismo na adolescência. Residências livres de fumo estão associadas significativamente com menor prevalência de tabagismo entre adolescentes, mesmo depois de ajustada para a existência de outros fumantes no domicílio^{25, 56}.

As principais leis federais vigentes no Brasil que objetivam a proteção contra os riscos da exposição à poluição tabagística ambiental são a Portaria Interministerial n.º 3.257, de 22 de setembro de 1988, que recomenda medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho; a Lei N.º 9.294 de 15 de julho de 1996 que proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, ou de qualquer outro produto fumígeno derivado do tabaco, em recinto coletivo privado ou público, tais como, repartições públicas, hospitais, salas de aula, bibliotecas, ambientes de trabalho, teatros e cinemas, entretanto, permite o tabagismo em “fumódromos”, ou seja, áreas destinadas exclusivamente ao fumo, devidamente isoladas e com arejamento conveniente, o Decreto N.º 2.018 de 1.º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei N.º 9.294/96, definindo os conceitos de recinto coletivo e área devidamente isolada e destinada exclusivamente ao tabagismo. Incluem-se, também, a Lei N.º 10.167 de 27 de dezembro de 2000 que altera a Lei N.º 9.294/96, proibindo o uso de produtos fumígenos derivados do tabaco em aeronaves e demais veículos de transporte coletivo e a Portaria Interministerial N.º 1.498, de 22 de agosto de 2002, que recomenda às instituições de saúde e de ensino implantarem programas de ambientes livres da exposição tabagística ambiental⁴⁵.

A publicidade dos produtos do tabaco, tanto a propaganda direta quanto a indireta, influencia no consumo, bem como na iniciação ao consumo de tabaco^{68, 87}.

Quanto maior for o número de itens promocionais relacionados a produtos do tabaco que um adolescente esteja exposto, maior será a probabilidade de esse jovem experimentar cigarros, bem como, de ser fumante, caracterizando uma relação dose-resposta entre possuir itens promocionais e tabagismo⁷⁵.

A proibição total da publicidade relacionada ao tabaco tende a reduzir o consumo de cigarros, enquanto restrições parciais, sejam elas de conteúdo, veículo ou horário, produzem pequeno ou nenhum efeito sobre o uso dos produtos de tabaco^{3, 73}.

O Brasil possui vasta legislação que visa a proteger a população da exposição à propaganda a favor do tabaco. Assim, entre as principais leis federais, está a de N.º 10.167, de 28 de dezembro de 2000, que proibiu a publicidade de produtos derivados do tabaco em revistas, jornais, televisão, rádio, *outdoors*, e restringiu a publicidade à afixação de pôsteres, painéis e cartazes, na parte interna dos locais de venda. Proibiu; também, a propaganda por meio eletrônico, inclusive *internet*, a propaganda indireta contratada e a publicidade em estádios, pistas, palcos ou locais similares; vetou o patrocínio de eventos esportivos internacionais e culturais pelas indústrias do tabaco, a partir de 2003. Por meio da Medida Provisória N.º 2.134-30, de 24 de maio de 2001, foi determinado que o material de propaganda e as embalagens de produtos fumígenos derivados do tabaco, exceto os destinados à exportação, contenham advertências acompanhadas de imagens que ilustrem o seu sentido. A Resolução N.º 104 da ANVISA complementou a Medida Provisória N.º 2.134-30, ao definir as frases de advertência, suas características gráficas, assim como, as imagens que as acompanham. Proíbe, inclusive, a utilização de qualquer tipo de invólucro ou dispositivo que impeça ou dificulte a visualização das advertências. A Lei N.º 10.702, de 15/07/03, alterou dispositivos na Lei N.º 9294/96, prorrogando a proibição do patrocínio de eventos esportivos internacionais por marcas de cigarros até 30 de setembro de 2005⁴⁵.

O Instituto Nacional do Câncer, órgão do Ministério da Saúde responsável pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, juntamente com as Secretarias Municipais e Estaduais da Saúde e outros setores do governo e a sociedade civil organizada têm logrado reduzir a prevalência de fumantes e as conseqüentes morbidades e mortalidade, relacionadas ao tabagismo no Brasil. A partir da década de 90, observa-se um significativo declínio na prevalência do tabagismo e no consumo total de cigarros por adultos no país. Em 1989, a prevalência de tabagismo era de 35% passando para 16%, em 2006. Como decorrência, a mortalidade por câncer de pulmão diminuiu no sexo masculino, entretanto, elevou-se entre as mulheres⁴⁰.

1.3 Vigescola

Em 1998, a Organização Mundial da Saúde e os Centros para prevenção e controle de doenças do governo dos Estados Unidos (CDC), após concluírem a inexistência de dados comparáveis sobre uso de tabaco, tanto para adultos quanto para adolescentes, desenvolveram o Sistema Mundial de Vigilância em Tabaco (GTSS), com o objetivo de auxiliar os 193 estados membros da OMS na coleta de dados sobre uso de tabaco e, desta forma, melhorar a capacidade dos países de planejar, implementar e avaliar os programas de prevenção e controle do tabagismo³¹.

O GTSS compreende dados provenientes do “Inquérito de Tabagismo em Escolares” (Vigescola), também conhecido por seus nomes nos idiomas inglês e espanhol, respectivamente, *Global Youth Tobacco Survey (GYTS)* e *Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes (EMTJ)*, bem como, os gerados pelo “Inquérito Mundial em Funcionários do Sistema Escolar” e “Inquérito Mundial sobre Profissionais da Saúde”³¹, sendo que, em breve, contará com dados obtidos por meio do Inquérito Mundial sobre Consumo de Tabaco em Adultos.

Em 1999, Barbados, China, Figi, Jordânia, Polônia, Rússia, África do Sul, Sri Lanka, Ucrânia, Venezuela e Zimbábue realizaram o estudo piloto do Vigescola. Entre 1999 e 2005, a pesquisa foi aplicada em 140 países dos 193 estados membros da OMS (GTSS 2005), sendo que 40 países já aplicaram a pesquisa pela segunda vez. Na região das Américas, a pesquisa foi realizada em todos os países pelo menos uma vez, com exceção do Canadá, e 14 países já repetiram sua aplicação⁶⁵.

O objetivo do Vigescola é monitorar o uso de tabaco entre os jovens e produzir informações que permitam aos países planejar, executar e avaliar programas integrais de controle do tabagismo, além de permitir a comparação dos dados nacional, regional e mundialmente³¹.

Para garantir uma metodologia comum, publicação e difusão dos dados, são realizados pelo menos três seminários com os coordenadores nacionais da pesquisa. O primeiro deles é realizado antes da aplicação da pesquisa, com o objetivo de padronizar o processo de amostragem, a elaboração e aplicação do questionário e o trabalho de campo. O segundo seminário tem o objetivo de treinar os coordenadores em técnicas de análise e comunicação dos dados. No terceiro seminário, participam os coordenadores nacionais das pesquisas e os responsáveis pelo planejamento e execução das políticas

públicas referentes ao tabagismo, sendo que o foco desse seminário é a transformação dos dados em programas e intervenções para o controle do tabagismo^{10, 29}.

A participação na pesquisa é voluntária e realizada em escolas de uma área geográfica definida (país, estado, município ou qualquer outra área limitada geograficamente). A aplicação é realizada de forma sistemática e periódica, a cada três ou quatro anos. A metodologia utilizada é comum a todos os países participantes, especificamente, em relação ao processo de amostragem, aplicação do questionário e processamento dos dados coletados³¹.

O processo de amostragem foi planejado para produzir uma amostra representativa dos estudantes que freqüentam as séries correspondentes às idades entre 13 e 15 anos. Para tanto; é utilizada amostragem por conglomerados em duas etapas, sendo que, no primeiro estágio, a probabilidade de uma escola ser selecionada é proporcional ao número de estudantes matriculados nas séries específicas. No segundo estágio, para a seleção das classes, é realizada amostragem sistemática com início aleatório. Salienta-se que embora o processo de amostragem tenha sido desenhado com base nas séries escolares que correspondem às idades entre 13 e 15 anos, todos os estudantes matriculados nas classes selecionadas e presentes no dia de aplicação do questionário são convidados a participar, independentemente da idade^{31, 33}.

O questionário permite o anonimato, é auto-aplicável e possui um grupo de perguntas comuns aos países participantes, havendo a possibilidade de acrescentar perguntas de interesse do país. Os temas abordados no questionário são referentes ao uso e dependência de tabaco, preço e acesso, conhecimentos e atitudes em relação ao fumo, exposição ao cigarro de outras pessoas, cessação do hábito, conhecimento de mensagens sobre o fumo nos meios de comunicação e currículo escolar. As folhas de respostas utilizadas permitem no máximo 99 questões com até oito opções de resposta para cada pergunta, admitindo-se somente uma única resposta para cada pergunta. O processamento dos dados e a análise descritiva inicial são realizados pelo CDC. Os resultados são publicados em uma ficha descritiva nacional e nos informes nacionais, ambos disponíveis no *website* do CDC²⁹.

Além dos resultados, também as bases de dados dos países estão disponíveis no *website* do CDC e se tornam de domínio público depois de transcorrido um ano

calendário da data do seminário de análise dos dados. Nesse período, os dados são de domínio exclusivo do país²⁹.

No Brasil, o Vigescola foi aplicado pela primeira vez em 2002. A pesquisa foi realizada e tem seus dados publicados para capitais e uma cidade de dezesseis estados brasileiros; assim, na Região Norte, Boa Vista, Belém e Palmas; na Região Nordeste, Aracaju, Fortaleza, João Pessoa, Natal, Salvador e São Luís; na Região Centro-Oeste, Campo Grande e Goiânia; na Região Sudeste, Rio de Janeiro, Vitória e Cataguases e na Região Sul, Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre. Em seis cidades (Palmas, Fortaleza, João Pessoa, Natal, Curitiba e São Luís) a pesquisa foi realizada pela segunda vez^{43, 44}.

Considerando-se a magnitude da epidemia de tabagismo no Brasil, seu potencial de crescimento, bem como a existência de dados comparáveis para todas as três capitais da Região Sul do Brasil, justifica-se o presente estudo que visa contribuir para o conhecimento dos fatores associados ao tabagismo, em estudantes de 13 a 15 anos, e assim embasar programas abrangentes de controle do tabaco e seus derivados, na Região.

2 OBJETIVO

Estimar a prevalência e identificar alguns fatores associados ao tabagismo em estudantes de 13 a 15 anos de idade, residentes nas capitais de Estados da Região Sul do Brasil.

3 MÉTODOS

Os dados aqui utilizados são secundários, pois, são provenientes do Inquérito de Tabagismo em Escolares (Vigescola)¹³. A população de estudo foi composta por escolares matriculados nas 7^a e 8^a séries do Ensino Fundamental e 1^a série do Ensino Médio de escolas públicas e privadas de Curitiba (PR), Florianópolis (SC) e Porto Alegre (RS), capitais dos estados pertencentes à Região Sul do Brasil.

A definição do tamanho da amostra e a seleção das escolas e classes participantes do estudo seguiram a metodologia sugerida pelo CDC³¹. Em cada capital, foram selecionadas escolas públicas e privadas que possuíam alunos matriculados nas 7^a e 8^a séries do Ensino Fundamental e 1^a série do Ensino Médio. Em Curitiba e Florianópolis, a seleção ocorreu somente nas séries diurnas, enquanto, em Porto Alegre, nas séries diurnas e noturnas⁴³.

A probabilidade de uma escola pertencer à amostra foi proporcional ao número de estudantes matriculados nas referidas séries. Em cada uma das escolas selecionadas foram sorteadas, por meio de amostragem casual do tipo sistemática (eqüiprobabilística), entre uma e cinco classes, dependendo do tamanho da população escolar. Todos os estudantes das séries selecionadas que estavam presentes no dia da aplicação do questionário foram convidados a participar, independentemente da idade⁴³. Neste estudo foram analisados os dados dos estudantes entre 13 e 15 anos de idade.

Conforme já mencionado, a coleta de informação para o Vigescola foi feita por meio de um questionário auto-aplicável e anônimo (Anexo 1). Esse era composto por perguntas fechadas e pré-codificadas. Além das 56 perguntas comuns a todos os países que fazem parte desse projeto, havia um bloco de perguntas selecionadas pelos técnicos da Divisão de Epidemiologia e da Divisão de Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, ambas as divisões pertencentes à Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV) do Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde do Brasil⁴³.

Em Curitiba, a pesquisa foi aplicada nos anos 2002 e 2005, entretanto, para o presente estudo, foram analisados os dados coletados em 2002, em função da disponibilidade do banco de dados. Em Florianópolis, a pesquisa foi aplicada em 2004 e, em Porto Alegre, em 2002. Em Curitiba, a taxa de resposta das escolas foi de 92%, a

taxa entre estudantes, 82,9% e a taxa global foi igual a 76,2%. Em Florianópolis, esses valores foram 96%, 84,1% e 80,8%, respectivamente; em Porto Alegre, foram iguais a 96%, 87,1% e 83,6%, respectivamente⁴³.

As variáveis selecionadas foram hábito tabágico do escolar, sexo, idade e série do escolar, hábito tabágico dos pais e amigos, exposição ambiental à fumaça em casa e fora de casa e exposição às mensagens antitabagismo e à propaganda de cigarros.

O critério adotado que definia um escolar tabagista era o de que, no momento de preenchimento do questionário, respondia que fumara em um ou mais dias, nos últimos trinta dias, que antecederam o dia da aplicação do questionário.

Quanto à variável hábito tabágico dos pais, as modalidades observadas eram se o escolar possuía ambos os pais não fumantes, ambos os pais fumantes, somente a mãe fumante ou somente o pai fumante. Os escolares foram agrupados em duas categorias quanto ao hábito tabágico dos amigos, a saber, aqueles que informaram possuir alguns, a maioria ou todos os amigos fumantes e os que referiram não possuir nenhum amigo próximo fumante (todos não fumantes).

Foram apresentadas duas questões referentes à exposição ao fumo passivo, a saber, exposição do escolar à fumaça ambiental de cigarro em casa e exposição do escolar à fumaça ambiental de cigarro fora de casa. Foram considerados expostos, tanto em casa quanto fora de casa, os escolares que responderam que, nos últimos sete dias, pessoas fumaram na sua presença, em um ou mais dias.

Foram considerados expostos às mensagens antitabagismo aqueles escolares que informaram ter visto muitas ou poucas mensagens contra o cigarro, nos últimos 30 dias, nos meios de comunicação.

A exposição à propaganda de cigarros foi verificada em cinco perguntas. Assim, com base na pergunta “Quando você vê televisão, vídeos ou filmes, com que frequência vê atores fumando?”. Foram considerados expostos os escolares que responderam que muitas vezes ou às vezes vêem atores fumando.

Os escolares que responderam afirmativamente à pergunta “Você tem algo (camiseta, caneta, mochila etc.) com logotipo de marca de cigarro?” foram considerados de maior risco quando comparados com aqueles escolares que responderam negativamente à pergunta.

Em ambas as perguntas, “Nos últimos 30 dias (um mês), quantos anúncios de propaganda de cigarros você viu em cartazes, *outdoors*?” e “Nos últimos 30 dias (um mês), quantos anúncios ou promoções de cigarros você viu em jornais ou revistas?”, foram considerados expostos aqueles escolares que responderam muitos ou poucos anúncios.

Os adolescentes que receberam oferta gratuita de cigarros por parte de algum representante de cigarros foram considerados de maior risco quando comparados com aqueles que não receberam tal oferta.

Para a descrição das prevalências de fumantes e de não fumantes e discussão dos resultados, foram apresentados dados de frequências ponderadas (absoluta e relativa) e os respectivos intervalos de 95% de confiança para as prevalências, em cada uma das capitais da Região Sul, separadamente, para os escolares fumantes e não-fumantes.

Considerando as várias taxas de respostas observadas e que as escolas, classes e indivíduos estudados não mantiveram a mesma probabilidade de ser selecionados, para participar do inquérito, foram utilizadas estimativas ponderadas. O peso final atribuído a cada indivíduo (W) foi o resultado da multiplicação de seis fatores^{29, 30, 31}, a saber:

$$W = W_1 * W_2 * f_1 * f_2 * f_3 * f_4$$

onde:

W_1 = inverso da probabilidade de seleção de cada escola

W_2 = inverso da probabilidade de seleção de cada classe, dentro da escola

f_1 = ajuste pela não participação das escolas, segundo o tamanho da escola (pequena, média e grande)

f_2 = ajuste pela não participação das classes por escola

f_3 = ajuste pela não participação de estudantes por classe

f_4 = ajuste pós-estratificação segundo sexo e classe

Somente os resultados ponderados permitem estimar adequadamente inferências relativas ao comportamento de risco dos estudantes de 7^a, 8^a séries do ensino fundamental e da 1^a série do ensino médio, de 13 a 15 anos, pois, de alguma forma, compensam as perdas.

Foi aplicada a técnica de regressão logística múltipla para avaliar os principais fatores associados ao tabagismo⁴⁹. A variável dependente (Y) considerada foi presença de tabagismo e a categoria de referência para cada variável independente (X) foi a de menor risco para o tabagismo, na faixa etária estudada, de acordo com a literatura sobre o tema (Quadro 1). A medida de associação estimada foi a *Odds Ratio* (OR).

Inicialmente, foi realizada a análise simples para avaliação isolada do efeito de cada variável independentemente, sendo selecionadas, para o modelo, as variáveis que apresentaram valor de “p descritivo” até 0,25, isto é, $p \leq 25\%$ no modelo simples de regressão logística³⁸.

A análise conjunta dos fatores selecionados na etapa anterior foi realizada por meio da regressão logística “passo a passo” (*stepwise forward*). O processo de modelagem foi iniciado com a variável sexo, sendo que as demais variáveis foram incluídas no modelo, uma a uma, até se chegar ao modelo final. Cada variável era mantida caso a sua entrada no modelo resultasse em diferença estatisticamente significativa entre o modelo anterior e o resultante⁴⁹.

O teste utilizado foi o de máxima-verossimilhança⁴⁹, sendo admitida significância estatística somente quando o nível de significância fosse menor do que 0,10, ou seja, $\alpha \leq 10\%$.

A análise descritiva da amostra foi realizada com o auxílio do programa computacional Epi-info®, versão 3.3.2. A regressão logística múltipla foi efetuada por meio do programa computacional SPSS®, versão 13.0.

O projeto do Vigescola foi, primeiramente, submetido à análise do conteúdo e recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Salienta-se que o Vigescola é um inquérito com participação voluntária e anônima, que não oferece riscos para os sujeitos entrevistados. Não houve qualquer tipo de remuneração aos participantes da pesquisa, sendo que os benefícios dos mesmos serão indiretos e provenientes do aprimoramento dos programas e ações relativos ao controle de tabaco no país.

Quadro 1 – Apresentação das variáveis com as respectivas categorias finais para análise de regressão múltipla.

Variável	Categorias	Categorias para análise	
		(1)	(2)
Idade (anos completos)	13	0	0
	14 (1)	1	0
	15 (2)	0	1
Sexo	Masculino	0	
	Feminino	1	
Ambos os pais fumantes	Não	0	
	Sim	1	
Somente o pai fumante	Não	0	
	Sim	1	
Somente a mãe fumante	Não	0	
	Sim	1	
Amigos fumantes	Não	0	
	Sim	1	
Exposição à fumaça em casa	Não	0	
	Sim	1	
Exposição à fumaça fora de casa	Não	0	
	Sim	1	
Viu mensagem antitabaco	Não	0	
	Sim	1	
Viu ator fumando	Não	0	
	Sim	1	
Possui algo com logotipo de marca de cigarro	Não	0	
	Sim	1	
Viu propaganda em cartazes	Não	0	
	Sim	1	
Viu propaganda em jornais e revistas	Não	0	
	Sim	1	
Ganhou cigarro grátis	Não	0	
	Sim	1	

4 RESULTADOS

4.1 Descrição da Amostra

No Inquérito de Tabagismo em Escolares, nas três capitais brasileiras da Região Sul, foram entrevistados 4.844 escolares, dos quais 3.690 (76,2%) tinham entre 13 e 15 anos de idade, no momento da aplicação do questionário. Esta proporção de escolares entre 13 e 15 anos que participaram do Vigescola variou entre as capitais, sendo o maior valor (84,2%), em Curitiba, e o menor, 68,4%, em Porto Alegre (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição do número de escolares participantes do Vigescola e do número e proporção (%) de escolares entre 13 e 15 anos segundo ano de aplicação da entrevista e capital. Região Sul, 2002-2004.

Capital	Ano	Escolares no Vigescola	Escolares de 13 a 15 anos	
			N	%
Curitiba	2002	1.378	1.161	84,2
Florianópolis	2004	1.665	1.298	78,0
Porto Alegre	2002	1.801	1.231	68,4
Total	-	4.844	3.690	76,2

Fonte: INCA, 2002-2004 (dados brutos)

Em todas as cidades houve predomínio de meninas, variando suas presenças de 61,4% em Curitiba a 53,4% em Florianópolis; considerando as capitais conjuntamente, a população analisada foi constituída por 58,2% adolescentes do sexo feminino e 41,8% adolescentes masculinos (Tabela 2).

Houve maior presença de escolares com 14 anos de idade em todas as capitais; quando considerados conjuntamente, os escolares com 14 anos de idade corresponderam a 37,5% da amostra e os de 13 e 15 anos, a 28,8% e 33,7%, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 2 – Distribuição do número e proporção (%) ponderados de escolares entre 13 e 15 anos segundo sexo e capital. Região Sul, 2002-2004.

Capital	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Curitiba	26.461	38,6	42.022	61,4	68.483	100
Florianópolis	5.806	46,6	6.662	53,4	12.468	100
Porto Alegre	23.356	44,9	28.630	55,1	51.986	100
Total	55.623	41,8	77.314	58,2	132.937	100

Fonte: INCA, 2002-2004 (dados brutos)

Tabela 3 – Distribuição do número e proporção (%) ponderados de escolares entre 13 e 15 anos segundo idade e capital. Região Sul, 2002-2004.

Capital	Idade (em anos)							
	13		14		15		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Curitiba	18.898	27,2	26.303	37,9	24.156	34,8	69.357	100
Florianópolis	4.425	34,8	4.777	37,6	3.516	27,6	12.718	100
Porto Alegre	15.303	29,4	19.189	36,8	17.581	33,8	52.073	100
Total	38.626	28,8	50.269	37,5	45.253	33,7	134.148	100

Fonte: INCA, 2002-2004 (dados brutos)

Estavam cursando a sétima série 41,1% dos estudantes, 37,4% estavam na oitava série do ensino fundamental e 21,6%, na primeira série do ensino médio. Tanto em Curitiba quanto em Porto Alegre, a maioria era composta por escolares da sétima série do ensino fundamental, respectivamente, 35,8% e 49,2%, enquanto em Florianópolis, a maioria (40,9%) estava na oitava do ensino fundamental (Tabela 4). As proporções de participantes cuja série escolar era ignorada alcançaram os valores iguais a 0,3% em Curitiba, 0,4% em Florianópolis e 0,2% em Porto Alegre.

Tabela 4 – Distribuição do número e proporção (%) ponderados de escolares entre 13 e 15 anos de idade segundo série escolar e capital. Região Sul, 2002-2004.

Capital	7ª Fundamental		8ª Fundamental		Série Escolar 1ª Médio		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Curitiba	24.772	35,8	23.508	34,0	20.903	30,2	69.183	100
Florianópolis	4.629	36,5	5.186	40,9	2.855	22,5	12.670	100
Porto Alegre	25.569	49,2	21.297	41,0	5.088	9,8	51.954	100
Total	54.970	41,1	49.991	37,4	28.846	21,6	133.807	100

Fonte: INCA, 2002-2004 (dados brutos)

4.2 Estimativas Populacionais

A prevalência de fumantes em escolares de 13 a 15 anos variou de 10,7% com IC_{95%} [10,2%-11,3%], em Florianópolis, a 17,7% IC_{95%} [17,4%-18,0%], em Porto Alegre. Na análise da prevalência de fumantes segundo sexo, observa-se que a proporção de fumantes foi maior no sexo feminino nas três capitais estudadas. Em Porto Alegre, a diferença relativa da prevalência ponderada é da ordem de 67,4% maior entre as meninas, com razão de sexo igual a 0,6:1 menina, em Curitiba e em Porto Alegre, e de 0,7:1 menina em Florianópolis. Observou-se associação estatisticamente significativa entre ser mulher e maior prevalência de tabagismo, nas capitais (Tabela 5).

Tabela 5 – Proporção ponderada (%) de escolares fumantes entre 13 e 15 anos e respectivo intervalo com 95% de confiança, segundo sexo e capital. Região Sul, 2002-2004.

Capital	Total		Sexo			
	%	IC _{95%}	Masculino		Feminino	
			%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Curitiba	12,6	12,4 – 12,9	9,1	8,8 – 9,5	14,4	14,1 – 14,7
Florianópolis	10,7	10,2 - 11,3	8,6	7,9 - 9,3	12,2	11,5 - 13,1
Porto Alegre	17,7	17,4 - 18,0	12,9	12,5 - 13,6	21,6	21,1 - 22,1

Fonte: INCA, 2002-2004 (dados brutos)

Na análise da ocorrência de fumantes de acordo com a idade, observa-se que a proporção de fumantes foi maior aos 15 anos, em todas as capitais, e a prevalência aumentou significativamente com a idade (Tabela 6).

Na análise da prevalência de fumantes segundo série escolar, verifica-se que a maior proporção de fumantes em Curitiba foi na primeira série do ensino médio, enquanto, em Florianópolis e em Porto Alegre, concentrou-se na oitava série do fundamental. Diferentemente da idade, não houve evidências estatísticas para informar que há tendência de aumento da prevalência de tabagismo quanto mais avançada a série escolar (Tabela 7).

Tabela 6 – Proporção ponderada (%) de escolares fumantes entre 13 e 15 anos e respectivo intervalo de confiança, segundo idade e capital. Região Sul, 2002-2006.

Capital	Idade					
	13 anos		14 anos		15 anos	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Curitiba	8,4	8,0-8,8	12,2	11,8-12,6	16,4	15,9-16,9
Florianópolis	6,8	6,1-7,6	10,7	9,8-11,6	15,6	14,4-16,8
Porto Alegre	7,8	7,4-8,2	17,0	16,5-17,5	27,0	26,4-27,7

Fonte: INCA, 2002-2004 (dados brutos)

Tabela 7 – Proporção ponderada (%) de escolares fumantes entre 13 e 15 anos e respectivo intervalo de 95% de confiança, segundo série escolar e capital. Região Sul, 2002-2004.

Capital	Série Escolar					
	7ª Fundamental		8ª Fundamental		1ª Médio	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Curitiba	11,0	10,7-11,4	9,9	9,5-10,3	17,8	17,2-18,3
Florianópolis	10,1	9,2-11,0	11,5	10,7-12,4	10,4	9,3-11,6
Porto Alegre	14,8	14,4-15,3	21,2	20,6-21,7	16,9	15,9-18,0

Fonte: INCA, 2002-2004 (dados brutos)

A informação sobre ter pais fumantes foi coletada pela pergunta “seus pais fumam”? As alternativas de resposta, isto é, as modalidades da variável, como já apresentadas, foram: Nenhum, Ambos, Somente o pai, Somente a mãe, Não tenho pais/Não sei (Anexo 1).

Nos locais estudados, a maioria dos escolares não possuía nenhum dos pais fumantes. A proporção relativa a esta modalidade variou de acordo com as capitais,

sendo que, em Porto Alegre, 50,7%, com IC_{95%}[50,2% - 51,1%], dos escolares informaram não possuir nenhum dos pais fumantes, enquanto, em Curitiba a frequência foi igual a 61,6% com IC_{95%}[61,3% - 62,0%]. Foi verificado nas capitais estudadas, que o fato de não possuir nenhum dos pais fumantes está estatisticamente associado à ausência do hábito tabágico dos filhos, ocorrendo, assim, com maior frequência entre escolares não-fumantes (Tabela 8).

Tanto em Porto Alegre quanto em Florianópolis e Curitiba, mais de 10% dos entrevistados informaram possuir ambos os pais fumantes. A presença de ambos os pais fumantes foi maior entre os escolares fumantes do que entre os não-fumantes. Possuir ambos os pais fumantes esteve associado significativamente ao tabagismo dos filhos, nas três capitais (Tabela 8).

Em Porto Alegre, 47,7% dos entrevistados referiram possuir pelo menos um dos pais fumantes, sendo que esse valor foi de 38,4% em Curitiba e 40,0% em Florianópolis.

A prevalência de pai fumante variou entre as capitais, sendo que a maior ocorreu em Porto Alegre, correspondendo a 18,4%. A prevalência de pai fumante foi maior entre os escolares fumantes do que entre os não-fumantes. Em todos os locais estudados, ter pai fumante esteve significativamente associado ao uso de tabaco por parte dos filhos adolescentes. Quanto a possuir somente a mãe fumante, foi observado que essa proporção ultrapassou 10% em Florianópolis e Porto Alegre. Nas três capitais, foi verificada associação estatisticamente significativa entre a mãe ser fumante e o filho possuir o hábito de fumar, bem como foi observado, como era de se esperar, que a maior prevalência de mães fumantes ocorreu entre os escolares fumantes (Tabela 8).

A informação sobre ter amigos fumantes foi coletada pela pergunta “algum de seus amigos mais próximos fuma cigarros”? As alternativas de resposta, isto é, modalidades da variável, eram: Nenhum, Alguns, A maioria e Todos. Na presente análise foram agrupadas as categorias Alguns, A maioria e Todos (Anexo 1).

Nas cidades estudadas, foi observado que mais da metade dos entrevistados informava possuir alguns ou a maioria ou todos os amigos fumantes, sendo que, em Porto Alegre, 67,8% IC_{95%}[67,4% - 68,2%] dos escolares referiram tal situação. A proporção dos participantes com amigos fumantes entre os escolares fumantes foi maior do que entre os não-fumantes, em todas as capitais, sendo que em Porto Alegre mais de

nove em cada 10 escolares fumantes informaram possuir amigos fumantes. Foi verificada associação estatisticamente significativa entre ter os melhores amigos fumantes e ser um adolescente fumante (Tabela 9).

Tabela 8 – Proporção ponderada (%) de escolares entre 13 e 15 anos e respectivo intervalo de 95% de confiança, segundo hábito de fumar dos pais, hábito tabágico do escolar e capital. Região Sul, 2002-2004.

Capital	Categorias	Total		Hábito do Escolar			
		%	IC _{95%}	Fumantes	Não-fumantes		
				%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Curitiba							
	Nenhum dos pais	61,6	61,3-62,0	50,8	49,7-51,9	63,1	62,7-63,5
	Ambos	10,8	10,5-11,0	11,9	11,2-12,6	10,7	10,4-10,9
	Somente o pai	17,7	17,4-18,0	27,0	26,1-27,9	16,4	16,1-16,7
	Somente a mãe	9,5	9,3-9,7	8,5	7,9-9,1	9,7	9,4-9,9
	Não sei	0,4	0,3-0,4	1,8	1,6-2,1	0,2	0,1-0,2
Florianópolis							
	Nenhum dos pais	59,7	58,8-60,5	46,1	43,4-48,8	61,2	60,3-62,2
	Ambos	11,4	10,9-12,0	15,9	14,0-18,0	10,9	10,3-11,5
	Somente o pai	16,4	15,7-17,0	20,0	17,9-22,2	16,1	15,4-16,8
	Somente a mãe	12,2	11,7-12,8	16,4	14,5-18,5	11,6	11,0-12,2
	Não sei	0,3	0,2-0,4	1,6	1,0-2,4	0,2	0,1-0,3
Porto Alegre							
	Nenhum dos pais	50,7	50,2-51,1	33,4	32,5-34,4	54,3	53,8-54,8
	Ambos	15,0	14,7-15,3	23,7	22,9-24,6	13,2	12,9-13,5
	Somente o pai	18,4	18,0-18,7	20,6	19,8-21,5	17,9	17,6-18,3
	Somente a mãe	14,3	14,0-14,6	18,8	18,1-19,7	13,3	13,0-13,6
	Não sei	1,6	1,5-1,7	3,3	3,0-3,7	1,2	1,1-1,3

Fonte: INCA, 2002-2004 (dados brutos)

Tabela 9 – Proporção ponderada (%) de escolares entre 13 e 15 anos com amigos fumantes e respectivo intervalo de 95% de confiança, segundo hábito tabágico do escolar e capital. Região Sul, 2002-2004.

Capital	Total		Hábito do Escolar			
	%	IC _{95%}	Fumantes	Não-fumantes		
			%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Curitiba	61,1	60,8-61,5	86,0	85,3-86,7	57,6	57,2-58,0
Florianópolis	54,6	53,7-55,5	91,8	90,1-93,2	50,2	49,3-51,2
Porto Alegre	67,8	67,4-68,2	96,1	95,7-96,5	61,7	61,2-62,1

Fonte: INCA, 2002-2004 (dados brutos)

No que se refere à exposição ambiental à fumaça, foram feitas duas questões: “nos últimos 7 dias, em quantos dias fumaram na sua casa, na sua presença?” e “nos últimos 7 dias, em quantos dias fumaram na sua presença fora da sua casa?”. Em ambas, as modalidades de resposta eram 0, 1 a 2 dias, 3 a 4 dias, 5 a 6 dias e 7 dias (Anexo 1).

Na presente análise, as respostas foram agrupadas em duas categorias, a saber: nenhum dia e um ou mais dias.

A prevalência de exposição ambiental à fumaça dentro de casa variou de 48,2% IC_{95%}[47,8% - 48,6%], em Porto Alegre, a 38,4% IC_{95%}[37,6% - 39,3%], em Florianópolis. Em todas as capitais foi observada maior prevalência de escolares expostos à fumaça dentro de casa, entre os fumantes, quando comparados com os não-fumantes, há associação estatisticamente significativa entre exposição ambiental à fumaça dentro de casa e o hábito tabágico do escolar (Tabela 10).

Considerando-se à exposição ambiental à fumaça fora de casa, observa-se que a prevalência variou de 62,2% IC_{95%}[61,75% - 62,65%] em Porto Alegre, a 53,6% IC_{95%}[52,7% - 54,5%], em Florianópolis. Em todas as cidades, a prevalência de escolares expostos à fumaça fora de casa foi maior entre os fumantes do que entre os não-fumantes; em Porto Alegre, mais de oito em cada 10 escolares fumantes referiram exposição à fumaça fora de casa nos últimos sete dias. Foi verificada associação estatisticamente significativa entre exposição ambiental à fumaça fora de casa e o hábito tabágico do escolar. Em todas as cidades houve maior proporção de escolares expostos à fumaça ambiental fora de casa do que em casa; a diferença relativa entre exposição ambiental à fumaça em casa e fora de casa foi de 49,3%, 39,6% e 29,9%, respectivamente, em Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre (Tabela 10).

Tabela 10 – Proporção ponderada (%) de escolares entre 13 e 15 anos expostos à fumaça ambiental e respectivo intervalo de 95% de confiança, segundo local da exposição, hábito tabágico do escolar e capital. Região Sul, 2002-2004.

Capital	Total		Hábito do Escolar			
			Fumantes		Não-fumantes	
Exposição à fumaça	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Curitiba						
Em casa	40,4	40,0 - 40,7	50,0	48,9 - 51,0	38,9	38,5 - 39,3
Fora de casa	60,3	60,0 - 60,7	83,5	82,7 - 84,3	56,8	56,4 - 57,2
Florianópolis						
Em casa	38,4	37,6 - 39,3	62,2	59,5 - 64,8	35,6	34,7 - 36,5
Fora de casa	53,6	52,7 - 54,5	73,7	71,2 - 76,0	51,3	50,4 - 52,2
Porto Alegre						
Em casa	48,2	47,8 - 48,6	69,4	68,5 - 70,3	43,7	43,2 - 44,1
Fora de casa	62,2	61,7 - 62,6	83,9	83,1 - 84,6	57,6	57,1 - 58,0

Fonte: INCA, 2002-2004 (dados brutos)

A exposição à propaganda de produtos do tabaco e as mensagens contra esse produto na mídia foram analisadas por meio de seis perguntas. Quatro delas tiveram

suas categorias de resposta agrupadas em “muitas/poucas” e “nunca/nenhuma”, a saber: “nos últimos 30 dias (um mês), quantas mensagens antitabagismo (contra o cigarro) você viu através dos meios de comunicação (televisão, rádio, cartazes, *pôster*, jornais, revistas, filmes)?”, “quando você vê televisão, vídeos ou filmes, com que frequência vê atores fumando?”, “nos últimos 30 dias (um mês) quantos anúncios de propaganda de cigarros você viu em cartazes, *outdoors*?” e “nos últimos 30 dias (um mês) quantos anúncios de propaganda de cigarros você viu em jornais ou revistas?”. As perguntas “você tem algo (camiseta, caneta, mochila, etc.) com o logotipo da marca de cigarros?” e “algum representante de cigarros já lhe ofereceu cigarros gratuitamente?” tinham como alternativas: sim ou não (Anexo 1).

Nas capitais estudadas, foi observado que, aproximadamente, nove em cada 10 escolares entrevistados havia visto mensagens antitabagismo nos meios de comunicação, nos últimos 30 dias, sendo que, em Curitiba, a proporção foi mais elevada entre os escolares fumantes e, em Porto Alegre, entre os estudantes não-fumantes. Em Florianópolis, não foi detectada associação estatisticamente significativa entre ver mensagens antitabagismo nos meios de comunicação e a presença do hábito tabágico do escolar (Tabela 11).

Mais de 95% dos escolares vêem atores fumando em televisão, vídeos ou filmes. Tanto em Curitiba quanto em Porto Alegre, os escolares não-fumantes foram os que mais viram atores fumando, por outro lado, em Florianópolis, os escolares fumantes referiram mais freqüentemente haver visto atores fumando (Tabela 11).

Ter algum objeto com o logotipo da marca de cigarros foi observado em Porto Alegre, em 8,9% dos escolares, com IC_{95%} de [8,7% - 9,2%] e, em Curitiba e em Florianópolis, as proporções foram 5,6%, com IC_{95%} de [5,4% - 5,8%] e 4,9% dos estudantes, e IC_{95%} de [4,5% - 5,3%], respectivamente. Os escolares fumantes referiram mais freqüentemente possuir objetos com o logotipo de marca de cigarro, havendo associação estatisticamente significativa entre ser fumante e possuir brindes das companhias de tabaco (Tabela 11).

Nas três capitais, mais de sete em cada dez escolares entrevistados confirmaram ter visto propaganda de cigarros em cartazes nos últimos 30 dias, sendo que em Porto Alegre, esta proporção foi de 88%, com IC_{95%} de [87,7% - 88,3%]. Em Curitiba e em Florianópolis, os escolares fumantes mais freqüentemente viram propaganda em

cartazes no último mês, sendo estatisticamente significativa a associação entre ver propaganda em cartazes e o fumo em escolares nestas capitais. Em Porto Alegre, também, foi verificada associação estatística, entretanto, entre ver propaganda em cartazes e ser não-fumantes (Tabela 11).

Quanto a anúncios ou promoções de cigarros em jornais ou revistas, foi encontrado que em Curitiba e em Porto Alegre mais de 70% dos escolares referiram haver visto propaganda de cigarros nesses meios de comunicação. Foi, também, observado que os escolares fumantes viram mais frequentemente propagandas em jornais e revistas, do que os escolares não-fumantes (Tabela 11).

Quanto à oferta gratuita de cigarros, foi observado que, em Porto Alegre, 9,4% (IC_{95%} [9,1% – 9,6%]) dos escolares receberam esta oferta por parte de representantes da indústria do tabaco e, em Florianópolis e Curitiba, os valores foram 6,6% e 8% dos adolescentes, com IC_{95%} [6,2% – 7,0%] e [7,8% – 8,2%], respectivamente. Nas três cidades, os escolares fumantes receberam esse tipo de oferta mais frequentemente do que os não-fumantes, tendo sido observada associação estatisticamente significativa entre receber oferta de cigarros grátis e a presença do hábito de fumar entre os escolares (Tabela 11).

Tabela 11 – Proporção ponderada (%) de escolares entre 13 e 15 anos e respectivo intervalo de 95% de confiança, segundo exposição à mídia, hábito tabágico do escolar e capital. Região Sul, 2002-2004.

Capital	Total		Hábito do Escolar			
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Curitiba						
Nos últimos 30 dias quantas mensagens antitabagismo você viu nos meios de comunicação?						
Muitas/Poucas	92,1	91,9-92,3	94,5	94,0-94,9	92,0	91,7-92,2
Nenhuma	7,9	7,7-8,1	5,5	5,1-6,0	8,0	7,8-8,3
Em televisão, vídeos ou filmes, com que frequência vê atores fumando?						
Muitas vezes/Às vezes	98,3	98,2-98,4	96,5	96,1-96,9	98,6	98,5-98,7
Nunca/Não vê	1,7	1,6-1,8	3,5	3,1-3,9	1,4	1,3-1,5
Você tem algo com o logotipo de marca de cigarro?						
Sim	5,6	5,4-5,8	14,8	14,0-15,5	4,3	4,1-4,5
Não	94,4	94,2-94,6	85,2	84,5-86,0	95,7	95,5-95,9
Nos últimos 30 dias, quantos anúncios de propaganda de cigarros você viu em cartazes?						
Muitos/Poucos	84,4	84,2-84,7	88,5	87,8-89,2	83,8	83,5-84,1
Nenhum	15,6	15,3-15,8	11,5	10,8-12,2	16,2	15,9-16,5
Nos últimos 30 dias, quantos anúncios ou promoções de cigarros você viu em jornais ou revistas?						
Muitos/Poucos						
Nenhum	70,3	70,0-70,7	76,0	75,1-76,9	69,5	69,1-69,8
	29,7	29,3-30,0	24,0	23,1-24,9	30,5	30,2-30,9
Algum representante de cigarros já lhe ofereceu cigarros gratuitamente?						
Sim	8,0	7,8-8,2	12,7	12,0-13,4	7,3	7,1-7,5
Não	92,0	91,8-92,2	87,3	86,6-88,0	97,2	92,5-92,9
Florianópolis						
Nos últimos 30 dias quantas mensagens antitabagismo você viu através dos meios de comunicação?						
Muitas/Poucas	89,0	88,5-89,6	90,6	88,9-92,1	88,9	88,3-89,5
Nenhuma	11,0	10,4-11,5	9,4	7,9-11,1	11,1	10,5-11,7
Em televisão, vídeos ou filmes, com que frequência vê atores fumando?						
Muitas vezes/Às vezes						
Nunca/ Não vê	97,4	97,1-97,7	98,5	97,7-99,1	97,4	97,0-97,6
	2,6	2,3-2,9	1,5	0,9-2,3	2,6	2,4-3,0
Você tem algo com o logotipo de marca de cigarro?						
Sim	4,9	4,5-5,3	10,6	9,1-12,5	4,3	3,9-4,7
Não	95,1	94,7-95,5	89,4	87,5-90,9	95,7	95,3-96,1
Nos últimos 30 dias, quantos anúncios de propaganda de cigarros você viu em cartazes?						
Muitos/Poucos	76,4	75,6-77,1	86,1	94,1-87,9	75,2	74,4-76,0
Nenhum	23,6	22,9-24,4	13,9	12,1-15,9	24,8	24,0-25,6
Nos últimos 30 dias, quantos anúncios ou promoções de cigarros você viu em jornais ou revistas?						
Muitos/Poucos	56,7	55,8-57,5	58,2	55,5-60,9	56,5	55,6-57,4
Nenhum	43,3	42,5-44,2	41,8	39,1-44,5	43,5	42,6-44,4

Algum representante de cigarros já lhe ofereceu cigarros gratuitamente?

Sim	6,6	6,2-7,0	14,5	12,7-16,6	5,7	5,2-6,1
Não	93,4	93,0-93,8	85,5	83,4-87,3	94,3	93,9-94,8

Porto Alegre

Nos últimos 30 dias quantas mensagens antitabagismo você viu através dos meios de comunicação?

Muitas/Poucas	91,5	91,3-91,7	90,6	90,0-91,2	91,7	91,4-91,9
Nenhuma	8,5	8,3-8,7	9,4	8,8-10,0	8,3	8,1-8,6

Em televisão, vídeos ou filmes, com que frequência vê atores fumando?

Muitas vezes/As vezes	95,6	95,4-95,8	94,5	94,0-95,0	95,9	95,7-96,1
Nunca/ Não vê	4,4	4,2-4,6	5,5	5,0-6,0	4,1	3,9-4,3

Você tem algo com o logotipo de marca de cigarro?

Sim	8,9	8,7-9,2	20,2	19,4-21,1	6,3	6,1-6,5
Não	91,1	90,8-91,3	79,8	78,9-80,6	93,7	93,5-93,9

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

Muitos/Poucos	88,0	87,7-88,3	87,0	86,3-87,7	88,3	87,9-88,6
Nenhum	12,0	11,7-12,3	13,0	12,3-13,7	11,7	11,4-12,1

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

Muitos/Poucos	71,9	71,5-72,3	73,9	72,9-74,8	71,4	71,0-71,9
Nenhum	28,1	27,7-28,5	26,1	25,2-27,1	28,6	28,1-29,0

Algum representante de cigarros já lhe ofereceu cigarros gratuitamente?

Sim	9,4	9,1-9,6	16,2	15,4-17,0	7,9	7,6-8,1
Não	90,6	90,4-90,9	83,8	83,0-84,6	92,1	91,9-92,4

Fonte: INCA, 2002-2004 (dados brutos)

Em Curitiba, foi verificado que a escolar do sexo feminino (OR=1,49), com pai fumante (OR=1,59), amigos fumantes (OR=3,46), exposta à fumaça do tabaco fora de casa (OR=3,26) e que possui algo com logotipo de marca de cigarro (OR=3,29) apresentou maior OR para ser fumante (Tabela 12).

As variáveis que não entraram no modelo final em Curitiba por não apresentarem significância estatística foram idade (p=0,101), ter ambos os pais fumantes (p=0,594), ter somente mãe fumante (p=0,291), exposição ambiental à fumaça do tabaco em casa (p=0,474), ver mensagem antitabaco (p=0,311), ver atores fumando (p=0,414), ganhar cigarro grátis (p=0,384), ver propaganda em cartazes (p=0,924), ver propaganda em jornais ou revistas (p=0,445).

Tabela 12 – Fatores associados ao tabagismo em escolares de 13 a 15 anos conforme regressão logística. Curitiba, 2002.

Variável	Odds ratio ajustada	Valor de p
Sexo		0,06
Masculino	1	
Feminino	1,49	
Somente pai fumante		0,04
Não	1	
Sim	1,59	
Amigos fumantes		0,00
Não	1	
Sim	3,46	
Exposição à fumaça fora de casa		0,00
Não	1	
Sim	3,26	
Possuir algo com logotipo de marca de cigarro		0,00
Não	1	
Sim	3,29	

Em Florianópolis, as variáveis que permaneceram no modelo final foram sexo (OR=1,26), ter amigos fumantes (OR=9,31), exposição à fumaça do tabaco em casa (OR=2,03) e fora de casa (OR=1,45) e ter visto propaganda em cartazes (OR=1,82) (Tabela 13).

As variáveis que não foram incluídas no modelo final em Florianópolis são idade (p=0,101), ter ambos os pais fumantes (p=0,194), ter somente pai fumante (p=0,496), ter somente mãe fumante (p=0,672), ver mensagem antitabaco (p=0,997), ver atores fumando (p=0,114), possuir algo com logotipo de marca de cigarro (p=0,289), ganhar cigarro grátis (p=0,112) e ver propaganda em jornais ou revistas (p=0,291).

Tabela 13 – Fatores associados ao tabagismo em escolares de 13 a 15 anos conforme regressão logística. Florianópolis, 2004.

Variável	Odds ratio ajustada	Valor de p
Sexo		0,25
Masculino	1	
Feminino	1,26	
Amigos fumantes		0,00
Não	1	
Sim	9,31	
Exposição à fumaça em casa		0,00
Não	1	
Sim	2,03	
Exposição à fumaça fora de casa		0,09
Não	1	
Sim	1,45	
Viu propaganda em cartazes		0,03
Não	1	
Sim	1,82	

Em Porto Alegre, as variáveis que estiveram associadas com o uso de tabaco pelos escolares foram ser do sexo feminino (OR=1,57), idade de 14 anos (OR=1,77) e idade de 15 anos (OR=2,89), amigos fumantes (OR=9,12), exposto à fumaça do tabaco em casa (OR=1,87) e fora de casa (OR=1,77) e que possui algo com logotipo de marca de cigarro (OR=2,83) (Tabela 14).

As variáveis que não entraram do modelo final em Porto Alegre foram ter ambos os pais fumantes (p=0,507), ter somente a mãe fumante (p=0,783), ter somente o pai fumante (p=0,845), ver mensagem antitabaco (p=0,193), ver atores fumando (p=0,501), ganhar cigarro grátis (p=0,204), ver propaganda em cartazes (p=0,109) e ver propaganda em jornais ou revistas (p=0,333).

Tabela 14 – Fatores associados ao tabagismo em escolares de 13 a 15 anos conforme regressão logística. Porto Alegre, 2002.

Variável	Odds ratio ajustada	Valor de p
Sexo		0,00
Masculino	1	
Feminino	1,57	
Idade		0,00
13 anos	1	
14 anos	1,77	
15 anos	2,89	
Amigos fumantes		0,00
Não	1	
Sim	9,12	
Exposição à fumaça em casa		0,00
Não	1	
Sim	1,87	
Exposição à fumaça fora de casa		0,01
Não	1	
Sim	1,77	
Possui algo com logotipo de marca de cigarro		0,00
Não	1	
Sim	2,83	

5 DISCUSSÃO

As proporções de escolares entre 13 e 15 anos que já experimentaram fumar cigarros nas capitais de estados brasileiros da Região Sul, especialmente, em Curitiba (43,5%, IC_{95%}[43,1% - 43,8%]) e Porto Alegre (46,0%, IC_{95%} [45,6% - 46,5%]), são elevadas, quando comparadas às proporções verificadas nas outras capitais brasileiras^{43,44}, bem como em outros países^{29,30,31}. Publicações anteriores já indicavam que a prevalência de tabagismo nos escolares da Região Sul está entre as mais elevadas do país^{43, 44}. Os valores da Região das Américas, quando analisados com os de outras oficinas regionais da OMS⁹⁹, apresentam as mais elevadas taxas de escolares entre 13 e 15 anos que já experimentaram fumar cigarros (49,4%), seguida pela Região da Europa (44,1%)³¹. Nas Filipinas, onde a prevalência de fumantes declinou significativamente entre os escolares de 13 a 15 anos nos anos 2000 e 2003, não foi observada diminuição significativa da prevalência de experimentação, sendo que, em ambos os anos, aproximadamente, quatro em cada dez estudantes reportaram já ter fumado cigarros, mesmo uma ou duas tragadas⁵⁸. Na Grécia, a aplicação do inquérito de tabagismo em escolares produziu dados relativos à proporção de escolares que experimentaram fumar cigarros, sendo essa proporção igual a 32,1%⁴⁸.

Diferentemente do observado na maioria das outras capitais brasileiras que aplicaram o Vigescola, onde a prevalência de experimentação de cigarros foi maior no sexo masculino do que no feminino^{43, 44}, em Curitiba e em Porto Alegre, foi observado que essa proporção foi significativamente mais elevada entre as meninas. Na Grécia, não houve diferença significativa na prevalência de experimentação segundo os sexos, enquanto, nas Filipinas, foi observada proporção significativamente maior entre os meninos^{48, 58}.

O tabagismo em crianças e adolescentes progride segundo vários estágios, iniciando pelas atitudes e crenças em relação ao tabaco, passando pela experimentação, uso regular até tornar-se um dependente; este processo leva, em média, três anos³⁶.

Na presente análise, a prevalência de escolares fumantes foi maior que 10% nas três capitais estudadas, ou seja, mais de um em cada dez estudantes com idade entre 13 e 15 anos informaram ter fumado cigarros nos últimos 30 dias que antecederam a

aplicação do inquérito. Salienta-se que em Porto Alegre, 17,7% (IC_{95%} [17,4% – 18,0%]) dos jovens eram fumantes segundo esse critério. Assim como o ocorrido em relação à experimentação de cigarros, também a elevada prevalência de tabagismo nas capitais do Sul, especialmente Porto Alegre, já havia sido identificada anteriormente^{43,44}.

Na Região das Américas, é no cone Sul onde se encontram as maiores prevalências de tabagismo, sendo que o Chile é o país onde se observa a maior proporção de escolares fumantes⁶⁷. Em algumas capitais, por exemplo, Santiago no Chile e Bogotá na Colômbia, foi verificado que aproximadamente um terço dos estudantes dessa mesma faixa etária fumava cigarros. Na Grécia, onde a prevalência de fumantes entre os jovens é considerada excessivamente elevada, a proporção de fumantes observada foi 10,4%⁴⁸.

Quando os dados provenientes de 118 países membros da OMS que aplicaram o inquérito de tabagismo em escolares foram considerados conjuntamente, foi observado que a prevalência de tabagismo entre os estudantes de 13 a 15 anos era de 9,8%. Consistentemente com o relatado em relação à experimentação de cigarros, foi também na Região das Américas onde se encontrou a maior prevalência de tabagismo em escolares, comparando-se com dados relativos às oficinas regionais da OMS³¹.

Nos locais em que o inquérito de tabagismo em escolares foi aplicado pela segunda vez, três ou quatro anos após a aplicação do primeiro inquérito, não foi observada diminuição significativa da prevalência de tabagismo^{32,65}. Conforme já referido, anteriormente, nas Filipinas foi verificada diminuição significativa da prevalência de tabagismo entre 2000 e 2003 (de 21,6% a 15,0%), provavelmente, refletindo políticas de controle do tabagismo implantadas no país no período⁵⁸.

Para descrever a prevalência e os fatores de risco para o tabagismo, em uma amostra de base populacional de adolescentes, residentes em área urbana, foi feito um estudo transversal com adolescentes entre 12 e 18 anos completos, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul. Como resultado, 11,1% dos adolescentes eram fumantes (definido como todo aquele adolescente que informou ter fumado pelo menos um cigarro por semana no último mês). No que diz respeito aos fatores de risco para o tabagismo, surpreendentemente, nenhuma das variáveis sócio-econômicas esteve associada com o hábito de fumar dos adolescentes. Foi observado

que, após o controle para possíveis fatores de confusão, aqueles adolescentes que não estavam estudando, que eram repetentes, cujos pais estavam separados ou que relataram terem abusado de bebidas alcoólicas no último mês, apresentaram uma maior razão de *odds* para tabagismo³⁷.

Em outro estudo de base populacional realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, com uma amostra representativa de adolescentes de 10 a 19 anos, foi estimada a prevalência de tabagismo de 12,1% (IC_{95%} [10,3% - 14,0%]), não havendo diferença significativa entre os sexos⁵⁷.

Na presente análise, foi observado que meninas apresentaram prevalência de tabagismo significativamente mais elevada do que os meninos, tanto em Curitiba e Porto Alegre, quanto em Florianópolis. A maior prevalência observada foi entre as meninas residentes em Porto Alegre (21,6%, IC_{95%} [21,1% - 22,1%]). Esse achado é concordante com outras análises que já haviam concluído ser Porto Alegre a capital com as maiores taxas de uso de cigarro entre as adolescentes do sexo feminino^{43, 44}.

Embora outras informações necessitem ser consideradas, a diferença da prevalência entre os sexos na faixa etária estudada sugere que a Região Sul encontra-se no terceiro estágio de evolução da epidemia do tabaco. Segundo o modelo descrito por Lopes e colaboradores, o que caracteriza a primeira fase da epidemia é a comparativamente baixa magnitude do tabagismo, bem como baixo consumo de cigarros; no segundo estágio, o hábito de fumar é mais freqüente nos sexo masculino, de todas as classes sociais e a proporção de ex-fumantes é baixa. As principais características dos terceiro estágio são o declínio da prevalência entre os homens e a pequena diferença de sua magnitude entre os sexos. Essa etapa também se caracteriza por um elevado percentual de mulheres jovens que se tornam fumantes. No quarto estágio, o uso de tabaco diminui em ambos os sexos, sendo mais prevalente nas classes sociais mais baixas⁵².

A análise dos dados do inquérito de tabagismo em escolares aplicado em 120 locais de 76 países identificou que, em mais da metade dos locais estudados, não havia diferença significativa na prevalência de tabagismo entre os sexos. Na Região das Américas, a prevalência no sexo masculino foi de 16,6% e no sexo feminino 12,2%, sendo a razão de sexo de 1,2: 1menina³⁰.

Nos dados recentes do inquérito de tabagismo em escolares aplicado em 141 países membros da OMS, observa-se que 8,9% dos jovens entrevistados eram fumantes, sendo que essa proporção era de 10,5% (desvio padrão=2,4%) entre os meninos e 6,7% (desvio padrão=1,7%) entre as meninas. A maior prevalência foi observada na Região da Europa (17,9%), seguida pela Região das Américas (17,5%). Tanto nas Regiões da Europa quanto na das Américas não houve diferença estatisticamente significativa na prevalência de fumantes segundo sexo^{93,94}. Outros estudos também não detectaram diferença significativa na prevalência do fumo entre os meninos escolares e as meninas nesta condição^{37,57}.

Historicamente a prevalência de tabagismo é mais elevada entre os homens⁹⁵, o recente crescimento da proporção de fumantes entre as mulheres reflete, em parte, uma estratégia da indústria de desenvolver propagandas voltadas para satisfazer os seus anseios, nas diferentes etapas da sua vida. Assim, as marcas voltadas para as mulheres jovens enfatizaram, em suas propagandas, o companheirismo, a autoconfiança, a liberdade e a independência; enquanto as marcas que focalizavam as mulheres adultas ressaltavam o prazer, o relaxamento, a aceitabilidade social e a fuga de um dia estressante³.

Autores salientam que as estimativas de morte elaboradas com base nos padrões de consumo de tabaco de coortes passadas possivelmente subestimam a magnitude da prevalência e as diferenças segundo sexo, observadas nas coortes recentes⁹⁴.

Assim como a alta prevalência de fumantes entre os adolescentes, também a de adultos fumantes é elevada, nas capitais da Região Sul do Brasil. Em pesquisa realizada nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, com indivíduos de 18 ou mais anos de idade, residentes em domicílios servidos com pelo menos uma linha telefônica fixa, foi detectado que Porto Alegre e Rio Branco são as capitais com maior proporção de adultos fumantes, ambas apresentando prevalência de 21,2%. Curitiba e Florianópolis estão entre as capitais com proporções mais elevadas, respectivamente, 18,2% e 18,1% de tabagistas. Diferentemente da prevalência nos jovens, entre os adultos observam-se taxas de tabagismo significativamente mais elevadas, entre os homens⁵⁹.

Considerando as elevadas taxas de tabagismo entre os jovens, autores salientam a necessidade de intensificar os esforços de prevenção e controle do tabagismo nessa

faixa etária, através da elaboração de programas abrangentes de controle do tabagismo, que incluam estratégias clínicas, educacionais e regulatórias, sendo importante criar ambientes que reforcem a prevenção e controle do tabagismo⁹³.

No que se refere aos programas de cessação do hábito de fumar, é importante que se identifiquem e desenvolvam estratégias que encorajem os jovens fumantes a pararem de fumar, especialmente, considerando a elevada proporção de escolares que, embora tendo entre 13 e 15 anos de idade, já desejam parar de fumar⁹³. Na Região das Américas, dados coletados por meio do inquérito de tabagismo em escolares aplicado em 23 países, entre 1999 e 2001, permitem concluir que mais da metade dos adolescentes fumantes tentaram parar de fumar, no ano anterior, mas, sem sucesso, indicando o poder aditivo do tabaco, mesmo em indivíduos com curta história de exposição⁶⁷.

A crescente proporção de meninas fumantes, o impacto negativo do tabaco nas condições de saúde e de reprodução, bem como, o conhecimento da estratégia de *marketing* da indústria do tabaco, sugerem a necessidade de desenvolver programas efetivos de cessação do vício para jovens que levem em consideração os aspectos que diferenciam a epidemia de tabagismo entre os sexos^{30,93}.

Neste estudo, elevada proporção, praticamente, quatro em cada dez adolescentes, informou possuir pelo menos um dos pais fumantes. Quando consideradas as capitais dos dezesseis estados brasileiros que aplicaram o Vigescola, entre 2002 e 2005, o local de maior proporção de adolescentes com pelo menos um dos pais fumante foi Porto Alegre (47,7%). Na Região das Américas, Santiago do Chile é o local com a mais elevada proporção de adolescentes com pelo menos um dos pais fumantes (67,2%)³⁴.

Tanto em Curitiba, quanto em Florianópolis e Porto Alegre, possuir ambos os pais fumantes ou apenas um deles ser fumante mostraram-se associados com o hábito tabágico dos filhos, ocorrendo com maior frequência entre escolares fumantes. Por outro lado, não ter nenhum dos pais fumantes esteve inversamente associado com a prevalência de tabagismo entre filhos adolescentes. A associação entre tabagismo dos pais e uso de tabaco pelos filhos já foi diversas vezes descrita na literatura científica, sendo reconhecido que o fumo de ambos ou de um dos pais é importante preditor de uso de tabaco por parte dos filhos adolescentes^{7,9,24,25,28,35,64,66,70}. Outra importante

associação verificada foi entre a proibição do uso de tabaco no domicílio e menores taxas de tabagismo entre adolescentes⁹.

Estudo realizado na Grécia, com o objetivo de avaliar o hábito tabágico dos pais que possuíam filhos na pré-escola, estimou prevalência de tabagismo de 44% , sendo 52% entre os pais e 36% entre as mães⁹². A Grécia é reconhecidamente um país com alta prevalência de tabagismo em adultos, sendo estimado que o país possua as mais elevadas taxas, entre os países europeus³⁹.

Em um estudo prospectivo com 5.520 famílias cujo objetivo era verificar a influencia do uso de tabaco pelos pais nas transições que levam ao tabagismo de crianças e adolescentes, foi observado que pais fumantes influenciaram tanto na iniciação quanto na progressão do uso de tabaco por seus filhos. Os autores estudaram três transições: de não-fumantes à fase de experimentação, da experimentação a fumante mensal, de fumante mensal a fumante diário. A probabilidade dos pais tabagistas influenciarem seus filhos a iniciar a transição de não-fumantes à experimentação foi de 32% (IC_{95%}[27% - 36%]), sendo que a probabilidade foi igual a 15% (IC_{95%} [10% - 19%]) para a transição de experimentação a fumante mensal e de 28% (IC_{95%}[27% - 36%]) para transição de fumante mensal a fumante diário. Nesse estudo também foi verificada a influência do uso de tabaco por parte dos irmãos mais velhos. Os autores encontraram que a probabilidade de irmãos tabagistas influenciarem na transição de não-fumantes à experimentação foi de 29% (IC_{95%}[17% - 39%]), na transição da experimentação a fumante atual foi de 0% (IC_{95%}[0% - 8%]) e de 20% (IC_{95%}[4% - 33%]) para transição de fumante mensal a fumante diário⁷.

Fraga e colaboradores²⁸ observaram que o fumo dos pais foi determinante do hábito nos filhos adolescentes, tanto para os meninos quanto para as meninas, sendo que a prevalência mais elevada de filhos fumantes foi encontrada em famílias mono parentais com progenitores fumantes.

No presente estudo o fumo dos pais não foi identificado como fator associado ao tabagismo dos escolares, após a análise multivariada. Outro estudo no qual foi realizada a análise univariada também não encontrou tal associação⁵⁷.

Em função da metodologia utilizada pelo Vigescola, não foi possível verificar a influência de pais e irmãos nas diversas transições que culminam com o estabelecimento do uso diário de tabaco por parte dos escolares.

Com o objetivo de avaliar a influência dos pais e familiares no risco de iniciação ao uso diário de tabaco por seus filhos, foi realizado um estudo prospectivo, no qual 808 crianças entre 10 e 11 anos foram acompanhadas até aos 21 anos. Entre os principais resultados encontrados foi o de que o tabagismo dos pais contribuiu para o início do uso diário de tabaco por parte dos filhos adolescentes; tal aumento de risco foi verificado mesmo quando a família possuía normas contra o uso de tabaco por parte dos adolescentes e os filhos não participavam do uso de tabaco por seus pais³⁵.

Diferentemente do observado por Hill e colaboradores³⁵, outros estudos sugerem que a atitude antitabaco dos pais diminui a prevalência de tabagismo entre os adolescentes^{2,4,46,74}.

Os resultados de um estudo observacional transversal com 3.555 adolescentes e seus pais sugerem que filhos adolescentes de pais que reportaram ter atitudes antitabaco apresentaram menor probabilidade de fumar diariamente quando comparados com filhos adolescentes de pais que não apresentavam atitudes antitabaco, a saber: proibir uso de tabaco no domicílio, optar por ambiente para não-fumantes nos estabelecimentos públicos e pedir para que outros não fumem na sua presença. Essa associação estatisticamente significativa foi verificada tanto em domicílios com pais não-fumantes quanto pais fumantes. Isso significa dizer que atitudes antitabaco por parte dos pais parecem estar associadas com significativa redução do uso de tabaco diário por seus filhos. Os autores comentam que, embora o abandono do uso de tabaco por parte dos pais seja o ato isolado mais importante para prevenir o tabagismo dos filhos, há atitudes antitabaco que os pais podem assumir para reduzir o risco de seus filhos tornarem-se usuários de tabaco².

Na zona rural de Vermont, foi observado que adolescentes cujos pais desaprovam veementemente o uso de tabaco apresentaram menor probabilidade de se tornarem fumantes. Também foi observado que a desaprovação dos pais em relação ao uso de tabaco teve maior efeito do que o próprio tabagismo dos pais. Outra importante conclusão é a de que a influência do grupo é atenuada quando ambos os pais reprovam o fumo. Os achados sugerem que intervenções que reforcem a auto-eficácia da atitude dos pais em comunicar e enfatizar a reprovação ao uso de tabaco pode diminuir o fumo entre adolescentes⁷⁵.

Na presente análise foi visto que, nas três capitais estudadas, mais da metade dos escolares referiram ter amigos fumantes, sendo que essa proporção foi significativamente maior entre os jovens fumantes. Conforme já referido, ter amigos fumantes aumenta a probabilidade dos jovens serem fumantes, sendo que a influencia dos amigos fumantes está entre os principais fatores de risco para o tabagismo nessa faixa-etária ^{11,36,76,87}.

Em análise publicada recentemente com os resultados da aplicação do inquérito de tabagismo em escolares em 132 países no período entre 1999 e 2005, aproximadamente um em cada cinco (17,9%) escolares informou possuir a maioria ou todos os melhores amigos fumantes. Essa proporção foi mais elevada na Região das Américas onde, em média, 39,3% dos jovens referiram que seus melhores amigos eram fumantes³⁴.

Salienta-se que, na presente análise, os escolares foram agrupados em categorias diferentes daquelas utilizadas na publicação referida, anteriormente, a saber: foram agrupadas as categorias de resposta alguns, a maioria ou todos os melhores amigos fumantes, enquanto, na outra, foram analisados conjuntamente aqueles que responderam possuir a maioria ou todos os melhores amigos eram fumantes, o que pode explicar, em parte, a elevada proporção de escolares cujos melhores amigos eram fumantes, nas capitais da Região Sul.

Em um estudo transversal com objetivo de descrever o uso de tabaco e identificar os seus determinantes em estudantes adolescentes foram avaliadas 1.052 meninas e 984 meninos de 13 anos, matriculados em escolas públicas e privadas da cidade do Porto, em Portugal. Foi visto que ter amigos fumantes foi o mais forte determinante para fumar, tanto entre as meninas quanto entre os meninos²⁸.

Malcon e colaboradores⁵⁷ observaram que a chance de ser fumante do escolar com até dois amigos fumantes foi quatro vezes maior do que a dos escolares que não referiram ter amigos fumantes e a chance dos escolares com três ou mais amigos foi 17,5 vezes maior do que a dos escolares com nenhum amigo fumante. Os outros fatores de risco identificados, além do grupo de amigos fumantes, foram: idade do adolescente, irmãos mais velhos fumantes e baixa escolaridade.

Várias teorias buscam elucidar o uso de cigarros por adolescentes e o uso de cigarros por seus amigos. Entre elas estão as teorias da influencia percebida, as da

influência externa, as teorias de grupo e as de redes³⁶. A compreensão da influência do grupo de amigos no uso de tabaco pelos adolescentes é de fundamental importância na elaboração de programas efetivos de prevenção, dadas as muitas implicações e diferentes estratégias que podem ser adotadas para a prevenção do tabagismo entre os jovens.

O fumo passivo ocorreu com elevada frequência nas três capitais avaliadas: a prevalência de escolares expostos à fumaça ambiental na casa foi maior do que 30%, enquanto que a exposição fora de casa foi superior a 50%. Os valores nas capitais da Região Sul estão entre os mais altos do país. Porto Alegre é a capital com a maior proporção de adolescentes expostos à fumaça ambiental em casa (48,2% e IC_{95%}[47,8%-48,6%]) e fora de casa (62,2% e IC_{95%} [61,7% - 62,6%]), quando comparada com outras 15 capitais que aplicaram o Vigescola no país³⁴.

Importante observação é que, nas três capitais avaliadas, a exposição ambiental à fumaça, tanto em casa quanto fora de casa, esteve associada com o hábito tabágico dos escolares, ocorrendo com maior frequência entre escolares fumantes, do que entre não-fumantes. Embora o ambiente doméstico seja, com frequência, descrito como a maior fonte de exposição passiva à fumaça do cigarro para crianças e adultos que não trabalham fora^{89,98}, no presente estudo, em todas as capitais observadas, a exposição ambiental à fumaça em lugares públicos foi a maior fonte de fumo passivo.

Na análise dos dados provenientes do inquérito de tabagismo em escolares aplicado em 132 países entre 1999 e 2005, com comparação da prevalência da exposição ao fumo ambiental segundo as seis oficinas regionais da OMS, foi observado que entre escolares da Região das Américas existe elevada exposição ao fumo ambiental tanto em casa quanto em ambientes públicos. A taxa de exposição no domicílio na Região das Américas é a terceira mais elevada, quando comparada com as das outras regiões segundo divisão da OMS, sendo que a taxa de exposição em ambientes públicos é a segunda mais elevada³⁴.

Nas Américas, mais de quatro em cada dez estudantes (40,9%) estão expostos à fumaça ambiental do cigarro em casa, enquanto mais de cinco em cada dez (64,2%) escolares referiram exposição à fumaça ambiental do cigarro em lugares públicos, sendo observada proporção significativamente maior entre os adolescentes fumantes quando

comparados com aqueles que nunca fumaram, tanto na exposição em casa quanto fora de casa⁹⁴.

Embora alguns dados da literatura, baseados principalmente na tendência da taxa de prevalência de tabagismo, sugiram que a exposição ao fumo ambiental esteja decrescendo em países industrializados, existe grande variação entre os países, bem como entre diferentes subgrupos populacionais de um mesmo país¹⁹.

Segundo pesquisa realizada com objetivo de estimar a prevalência de exposição à fumaça ambiental nos domicílios dos Estados Unidos, 35% dos jovens menores de 18 anos (equivalente a 21 milhões) vivem em casas onde residentes ou visitantes fumam regularmente, ou seja, fumam um ou mais dias por semana⁵³. Embora a prevalência seja, comparativamente, elevada, estudo realizado no Havaí e Alasca, Estados Unidos, foi verificado que a grande maioria dos adultos entrevistados acredita que o fumo dos pais é perigoso para seus filhos e que as companhias de tabaco não agem corretamente quando dizem que o fumo passivo não é perigoso (95% e 96%, respectivamente), bem como foi observado que filhos de fumantes têm maior probabilidade de tornarem-se fumantes⁵⁴.

O inquérito de tabagismo em escolares utiliza como instrumento de coleta de informação o questionário auto-aplicável. O questionário é uma ferramenta fácil e, comparativamente, barata, utilizada muito freqüentemente na coleta de dados sobre exposição ao fumo ambiental. Além disto, é o único método que permite conhecer o modelo de exposição em estudos retrospectivos¹⁹. Entretanto, dados provenientes de estudos que utilizam somente questionários como fonte de informação estão sujeitos a erros de classificação, devidos a vários fatores, entre eles viés de memória¹⁵ e habilidade do entrevistador em estimar acuradamente a duração, proximidade e freqüência de exposição⁵⁵. Sendo assim, essa ferramenta de coleta apresenta alta especificidade, mas baixa sensibilidade⁴⁷, provavelmente, devido à dificuldade dos não-fumantes em identificar fontes, período e quantidade da exposição¹⁹.

Sabe-se que ambientes livres de tabaco são efetivos em reduzir tanto a prevalência de tabagismo²⁷ quanto a quantidade de tabaco consumida pelos fumantes⁸. Entretanto, para tal, a legislação necessita ser abrangente e deve proibir o uso de tabaco em todos os ambientes fechados^{68,98}. Outro benefício dos ambientes livres de tabaco é a

redução das taxas de iniciação ao tabagismo²⁴, além disso, propicia ajuda aos fumantes a deixarem de fumar^{24,25,62}.

Evidências científicas indicam que não há níveis seguros para a exposição passiva à fumaça do cigarro, sendo que a implementação de ambientes 100% livres de fumo é a única maneira eficaz de proteger a população dos efeitos prejudiciais da exposição passiva à fumaça do cigarro. Sabe-se que a ventilação e áreas reservadas para fumantes, equipadas ou não com sistema de ventilação independente, não reduzem a exposição a níveis seguros e não são recomendadas. Portanto, a OMS incentiva os países-membros a sancionar, implementar e fiscalizar leis que exijam que todos os locais de trabalho e ambientes públicos fechados sejam 100% livres de fumo, promovendo, assim, proteção universal. Além disso, sugere que sejam postas, em prática, estratégias educacionais para reduzir a exposição passiva à fumaça do cigarro em casa, levando em consideração que a legislação relativa aos locais de trabalho livres de fumo aumenta as chances de que as pessoas (tanto fumantes como não-fumantes) tornem, de forma voluntária, suas casas ambientes livres de fumo⁹⁸.

De acordo com o artigo oito da CQCT, “cada parte adotará e aplicará, em áreas de jurisdição nacional existente e, conforme determine a legislação nacional, medidas legislativas, executivas, administrativas e/ou outras medidas eficazes de proteção contra a exposição à fumaça de cigarro em locais de trabalho fechados, meios de transporte público, ambientes públicos fechados e, se apropriado, em outros ambientes públicos...” (WHO, 2003, p. 9)⁹⁷.

Importante observação é a de que mais de três quartos (76,1%) dos estudantes de 132 países membros da OMS que aplicaram o inquérito de tabagismo em escolares entre 1999 e 2005, pensam que o fumo deve ser proibido em lugares públicos, sendo que na Região das Américas a taxa média foi de 80,4%³⁴.

A OMS em seu documento com recomendações de políticas para a proteção da exposição passiva à fumaça de cigarro enfatiza a necessidade de políticas que abordem esse ambiente, bem como sugere que a educação pode ser uma estratégia eficaz para promover a proteção contra a exposição passiva à fumaça do cigarro no domicílio⁹⁸. Ambientes livres de fumo, além de protegerem não-fumantes contra os efeitos nocivos da exposição à fumaça ambiental do tabaco, também colaboram para que fumantes abandonem o vício, bem como diminuem as chances de recaída⁶.

Os adolescentes residentes nas capitais da Região Sul foram muito expostos à mídia relativa ao tabaco, tanto a mensagens antitabagismo como propaganda, nos diferentes meios de comunicação. Chama a atenção, a elevada proporção de jovens que referiram ver propaganda de cigarros em cartazes, jornais ou revistas, dado que a Lei Federal Nº 10.167 de 28 de dezembro de 2000 proíbe a publicidade de produtos derivados do tabaco em revistas, jornais, televisão, rádio, *outdoors*. Proíbe, também, a propaganda por meio eletrônico, a propaganda indireta contratada e a publicidade em estádios, pistas, palcos ou locais similares, bem como, o patrocínio de eventos esportivos internacionais e culturais pelas indústrias do tabaco⁴⁵. Os resultados da Região Sul, isto é, alta taxa de jovens que referem ter visto propaganda nos últimos 30 dias, também, foram observadas nas outras capitais brasileiras⁴³. Uma possível explicação seria a de que os adolescentes que referiram ter visto anúncios ou promoções de cigarros em cartazes, jornais ou revistas estão recordando a publicidade nos pontos de venda, essa sim, não proibida pela legislação federal. Tal situação serve de alerta para as autoridades competentes sobre a necessidade de que a proibição da propaganda seja entendida para os pontos de venda. Considerando que os três inquéritos aqui analisados foram realizados em 2002 e 2004, anos próximos à implantação da Lei Federal N.º 10.167, o impacto dessa lei será mais bem avaliado quando os inquéritos forem repetidos nessas cidades.

A oferta de cigarros gratuitos por parte de representantes de vendas está proibida no Brasil, entretanto, aproximadamente 10 em cada 100 estudantes residentes em Porto Alegre referiram ter recebido tal oferta. Resultado esse concordante com o encontrado nas outras capitais que aplicaram o Vigescola⁴³.

A frequência de jovens expostos à propaganda do tabaco e que receberam oferta grátis de cigarro, nas capitais brasileiras, assemelha-se àquelas encontradas em outros locais, onde a publicidade e propaganda não são proibidas. Na Grécia, onde a propaganda do tabaco está apenas restringida¹⁰⁰ e não proibida, como no Brasil⁴⁵, 70,3% escolares referiram ter visto propaganda em cartazes nos 30 dias anteriores a aplicação do questionário e 75,6% referiram ter visto em jornais ou revistas. Quanto a receber oferta gratuita de cigarros por parte de representantes da indústria do tabaco, 16,7% escolares gregos referiram ter recebido⁴⁸. Nas Filipinas, 84,4% e 80,4% dos escolares

comentaram ter visto a propaganda nos mesmos veículos, isto é, cartazes e em jornais e revistas⁵⁸.

Na Região das Américas, dados do inquérito de tabagismo em escolares coletados entre 1999 e 2001 evidenciaram que nos 23 países participantes, pelo menos a metade dos jovens entre 13 e 15 anos de idade foi exposta a publicidade direta das companhias de tabaco, embora a literatura científica já tenha mostrado a influência da publicidade direta e indireta na iniciação ao tabagismo⁶⁷.

A restrição completa da propaganda sobre produtos do tabaco é medida integrante dos programas abrangentes de prevenção e controle do tabagismo^{14,60}. A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, em seu artigo 13, recomenda aos países signatários adotarem a proibição completa de todas as formas de publicidade, promoção e patrocínio de tabaco. Outras importantes medidas de controle do tabagismo sugeridas são: restrição do acesso aos produtos para os jovens, o aumento de preços e impostos dos produtos do tabaco e o desenvolvimento de programas de educação e conscientização sobre os malefícios do tabagismo⁹⁷.

Embora a restrição do acesso aos produtos para os jovens integre o grupo de medidas sugeridas pela OMS⁹⁷, bem como por outras diretrizes institucionais^{14, 86}, a revisão sistemática de estudos que avaliaram os efeitos da legislação restritiva do acesso aos produtos do tabaco por parte dos jovens na prevalência de tabagismo sugere que não houve diferença estatisticamente significativa no uso de tabaco por parte dos jovens em comunidades que receberam intervenções relacionadas à restrição do acesso quando comparadas com comunidades-controle²⁶. Também não foi verificada relação entre o cumprimento da lei por parte dos comerciantes e a prevalência de tabagismo²⁷. Uma das razões é que somente metade dos jovens fumantes utiliza fontes comerciais para a obtenção de cigarros, o restante obtém cigarros dos pais, de amigos e de outros adultos⁹⁷.

No presente estudo, embora a informação referente à questão como o estudante conseguiu seus cigarros, bem como ao valor pago, tenha sido coletada e esteja disponível, essas variáveis não foram analisadas.

Importante consideração deve ser feita em relação ao papel da escola na prevenção do tabagismo. Não obstante os programas de prevenção nas escolas sejam medidas integrantes das diretrizes recomendadas por organizações internacionais com

reconhecida experiência no controle do tabagismo^{14, 86}, recente revisão sistemática da literatura sugere que somente poucos estudos do tipo ensaio clínico controlado avaliaram rigorosamente o impacto, em longo prazo, dos programas. Com base nestes, não foi encontrada evidência de que reduzam a prevalência em 1 ano ou mais¹⁰¹.

Os resultados obtidos com a aplicação do Vigescola estão sujeitos a algumas limitações. Assim, a amostra é representativa dos escolares entre 13 e 15 anos de idade que estavam presentes no dia da aplicação do questionário e que aceitaram participar da pesquisa³³. Estudos realizados em escolas podem subestimar ou superestimar a prevalência de tabagismo na população, considerando que nem todos os adolescentes freqüentam a escola. Malcon e colaboradores⁵⁷ encontraram que na cidade de Pelotas, 15,6% dos jovens não freqüentavam a escola, sendo que a prevalência de tabagismo nesse grupo (36,2%) foi mais elevada do que a verificada entre aqueles que freqüentam a escola (7,7%).

Outra limitação reside no fato de os resultados do Vigescola serem baseados em dados preenchidos pelos estudantes, sem ter havido validação, e podendo super estimar ou subestimar o real consumo de tabaco³¹. Outro importante fator a ser considerado é que o questionário foi aplicado no ambiente escolar e tal situação pode aumentar a possibilidade do adolescente ter omitido sua condição de fumante; entretanto, as características do questionário (ser auto-aplicável e anônimo) podem ter contribuído para minimizar tal omissão.

Considerando que a cotidina é o maior metabólito da nicotina, pois, em média, 70 a 80% da nicotina absorvida são nela convertida⁵, bem como que a presença de cotidina na urina ou saliva é o marcador da exposição ao tabaco⁴, a medição de cotidina na urina ou saliva pode ser utilizada como padrão ouro para validação dos questionários¹⁵ em estudos subseqüentes.

Outro comentário necessário é o fato de que, em Curitiba e Florianópolis, o inquérito restringiu-se unicamente às séries escolares diurnas⁴³, portanto, os escolares matriculados no período noturno das 7ª e 8ª séries do Ensino Fundamental e 1ª série do Ensino Médio não estão representados na amostra; há a possibilidade de que apresentem características bastante distintas dos incluídos, o que pode vir a se constituir em importante limitação.

6 CONCLUSÕES

Entre escolares de 13 a 15 anos, residentes nas capitais de estados da Região Sul:

- Em Porto Alegre, houve a maior proporção de fumantes.
- A proporção de fumantes entre as meninas foi maior do que entre os meninos.
- As proporções de pai fumante, mãe fumante e ambos fumantes, amigo fumante, presença de exposição à fumaça ambiental em casa e fora de casa, daqueles que possuíam objetos com o logotipo de marca de cigarros e que receberam mais freqüentemente oferta gratuita de cigarros, foram maiores entre os estudantes fumantes em relação aos não fumantes; entretanto, os fatores estatisticamente associados à presença de tabagismo, para os escolares foram os melhores amigos serem fumantes e haver exposição ambiental à fumaça fora de casa.

7 REFERÊNCIAS

1. American Cancer Society. El atlas del tabaco. Atlanta, USA; 2006.
2. [Andersen MR, Leroux BG, Bricker JB, Rajan KB, Peterson AV Jr.](#) Antismoking parenting practices are associated with reduced rates of adolescent smoking. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004;158:348-52.
3. Anderson SJ, Glantz SA, Ling PM. Emotions for sale: cigarette advertising and women's psychosocial needs. Tob Control 2005;14:127-35.
4. Becklak MR, Ghezzi H, Ernst P. Childhood predictors of smoking in adolescence: a follow-up study of Montreal schoolchildren. CMAJ. 2005;174:377-9.
5. Benowitz NL, Jacob P III. Nicotine and cotinine elimination pharmacokinetics in smokers and nonsmokers. Clin Pharmacol Ther. 1993;53:316-23.
6. Borland R, Yong HH, Cummings KM, Hyland A, Anderson S, Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Tob Control. 2006;15(Suppl_3):iii42-iii50.
7. [Bricker JB, Peterson AV Jr, Leroux BG, Andersen MR, Rajan KB, Sarason IG.](#) Prospective prediction of children's smoking transitions: role of parents' and older siblings' smoking. Addiction. 2006;101:128-36.
8. Chapman S, Borland R, Scollo M, Brownson RC, Dominello A, Woodward S. The impact of smoke-free workplaces on declining cigarette consumption in Australia and the United States. Am J Public Health. 1999;89:1018-23.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Trends in cigarette smoking among high school students—United States 1991–2001. MMWR. 2002;51:409-12.
10. Centers for Disease Control and Prevention, World Health Organization. Global Youth Tobacco Survey: policy strategy paper. Atlanta, USA; 2003.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior surveillance: United States, 2003. MMWR 2004;53:1-96.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses: United States, 1997-2001. MMWR. 2005;54:625-8.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta. [homepage na internet]. [acesso em 27 de dez 2006]. Disponível em: <http://apps.nccd.cdc.gov/GYTSDDataSets/viewmap.aspx>.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Best practices for comprehensive tobacco control programs - 2007. Atlanta, USA; 2007.
15. Chen R, Tavendale R, Tunstall-Pedoe H. Measurement of passive smoking in adults: self-reported questionnaire or serum cotinine? J Cancer Epidemiol Prev. 2002;7:85-95.
16. Dent C, Biglan A. Relation between access to tobacco and adolescent smoking. Tob Control. 2004;13:334-8.
17. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report. BMJ. 1950;2:739-48.
18. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observations on British doctors. Br J Cancer. 2005;92:426-9.

19. European Network for Smoking Prevention. Second-hand smoke (SHS) markers: review of methods for monitoring exposure levels. Brussels, Belgium; 2005.
20. Everett SA, Warren CW, Sharp D, Kann L, Husten CG, Crossett L. Initiation for cigarette smoking and subsequent smoking behavior among U.S. high school students. *Prev Med.* 1999;29:327-33.
21. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet.* 2003;362:847-95.
22. Ezzati M, Lopez AD. Regional, disease specific patterns of smoking-attributable mortality in 2000. *Tob Control.* 2004;388-95.
23. Ezzati M, Henley SJ, Thun MJ, Lopez AD. Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality. *Circulation.* 2005;489-97.
24. Farkas AJ, Distefan JM, Choi WS, Gilpin EA, Pierce JP. Does parental smoking cessation discourage adolescent smoking? *Prev Med.* 1999;28:213-8.
25. Farkas AJ, Gilpin EA, Distefan JM, Pierce JP. The effects of household and workplace smoking restrictions on quitting behaviours. *Tob Control.* 1999;8:261-265.
26. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ.* 2002;325:188.
27. Fichtenberg CM, Glantz SA. Youth access interventions do not affect youth smoking. *Pediatrics.* 2002;109:1088-92.
28. Fraga S, Ramos E, Barros H. Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. *Rev. Saúde Pública.* 2006;40:620-6.
29. Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco use among youth: a cross-country comparison. *Tob Control.* 2002;11:252-70.
30. Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group. Differences in worldwide tobacco use by gender: findings from the Global Youth Tobacco Survey. *J Sch Health.* 2003;73:207-15.
31. Global Tobacco Surveillance System Collaborating Group. Global Tobacco Surveillance System (GTSS): purpose, production, and potential. *J Sch Health.* 2005;75:15-24.
32. Granero R, Sánchez M. Cambios en el uso de tabaco y factores relacionados en estudiantes del sexto al noveno grado, Estado Lara, Venezuela, años 2000 y 2003. *Cad. Saúde Pública.* 2006;22:1893-9.
33. GTSS Collaborating Group. The global tobacco surveillance system. *Tob Control.* 2006;15(Suppl II):ii1:ii3.
34. GTSS Collaborative Group. A cross country comparison of exposure to secondhand smoke among youth. *Tob Control.* 2006; 15(Suppl II):ii4-ii19.
35. [Hill KG, Hawkins JD, Catalano RF, Abbott RD, Guo J.](#) Family influences on the risk of daily smoking initiation. *J Adolesc Health.* 2005;3:202-10.
36. Hoffman B, Sussman S, Unger J, Valente T. Peer influences on adolescent cigarette smoking: A theoretical review of the literature. [Substance Use & Misuse.](#) 2006;41:103-155.
37. Horta BL, Calheiros P, Pinheiro RT, Tomasi E, do Amaral KC. Tabagismo em adolescentes de área urbana na região Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2001;35:159-164.
38. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression.* USA: John Wiley; 1989.

39. [Huisman M](#), [Kunst AE](#), [Mackenbach JP](#). Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. [Prev Med](#). 2005;40:756-64.
40. Iglesias R, Jhab P, Pinto M, da Costa e Silva VL, Godinho J. Controle do tabagismo no Brasil. Washington, DC; 2007. (Documento de Discussão: saúde, nutrição e população).
41. International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoking. Report. Lyon; 1986. (IARC-Monographs on the evaluation of the carcinogenic risks to human v. 38).
42. International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoke and involuntary smoking. Report. Lyon; 2004. (IARC-Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Human v. 83).
43. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. Vigescola - Vigilância de tabagismo em escolares: dados e fatos de 12 capitais brasileiras. Rio de Janeiro, RJ; 2004.
44. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. Vigescola - Vigilância de tabagismo em escolares: dados e fatos de 17 capitais brasileiras. Rio de Janeiro, RJ; 2006.
45. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. [homepage na internet]. Rio de Janeiro. [acesso em 23 de out 2007]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=economia&link=leisfederais.pdf>
46. [Jackson C](#), [Dickinson D](#). Enabling parents who smoke to prevent their children from initiating smoking: results from a 3-year intervention evaluation. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160:56-62.
47. Kemmeren JM, van Poppel G, Verhoef P, Jarvis MJ. Plasma cotinine: stability in smokers and validation of self-reported smoke exposure in nonsmokers. *Environ Res*. 1994;66:235-43.
48. Kyrlesi A, Soteriades ES, Warren W, Kremastinou J, Papastergiou P, Jones NR, Hadjichristoudoulou C. Tobacco use among students aged 13-15 years in Greece: the GYTS project. *BMC Public Health*. 2007;7.
49. Kleinbaum DG, Kupper LL, Muller KE, Nizam A. Applied regression analysis and other multivariable methods. 3 rd. Pacific Grove: Duxbury Press; 1988.
50. Lando HA, Thai DT, Murria DM, Robison LA, Jeffery RW, Sherwood NE, Hennrikus DJ. Age of initiation, smoking patterns, and risk in a population of working adults. *Prev Med*. 1999;29:590-8.
51. Lloyd B, Lucas K. Smoking in adolescence: images and identities. London: Routledge; 1998.
52. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control*. 1994;3:242-7.
53. Schuster MA, Franke T, Pham CB. Smoking patterns of household members and visitors in homes with children in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156:1094-100.
54. McMillen RC, Winickoff JP, Klein JD, Weitzman M. US Adult attitudes and practices regarding smoking restrictions and child exposure to environmental tobacco smoke: changes in the social climate from 2000–2001. *Pediatrics*. 2003;112:55-60.

55. Matt GE, Wahlgren DR, Hovell MF, Zakarian JM, Bernert JT, Meltzer SB, Pirkle JL, Caudill S. Measuring environmental tobacco smoke exposure in infants and young children through urine cotinine and memory-based parental reports: empirical findings and discussion. *Tob Control*. 1999;8:282-9.
56. Matt GE, Quintana PJ, Hovell MF, Bernert JT, Song S, Novianti N, Juarez T, Floro J, Gehrman C, Garcia M, Larson S. Households contaminated by environmental tobacco smoke: sources of infant exposures. *Tob Control*. 2004;13:29-37.
57. Malcon, MC, Menezes, AMB, Chatkin M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. *Rev. Saúde Pública*. 2003;37:1-7.
58. Miguel-Baquilod M, Fishburn B, Santos J, Jones NR, Warren CW. Tobacco use among students aged 13–15 years — Philippines, 2000 and 2003. *MMWR*. 2005;4:94-7.
59. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e de proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF; 2007.
60. National Cancer Policy Board. State programs can reduce tobacco use. Washington, DC; 2000
61. National Research Council, Committee on passive smoking, board on environmental studies and toxicology. Environmental tobacco smoke: measuring exposures and assessing health effects. Washington, DC; 1986
62. Ong M, Glantz S. Free nicotine replacement therapy programmes versus implementing smokefree workplaces: a cost-effectiveness comparison. *Am J Public Health*, 2005;95:969-75.
63. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Guías para el control y monitoreo de la epidemia tabáquica. Venezuela; 1995.
64. Oygard L, Klepp KI, Tell GS, Vellar OD. Parental and peer influences on smoking among young adults: ten-year follow-up of the Oslo youth study participants. *Addiction*. 1995;90:561–9.
65. Pan American Health Organization. Youth and tobacco in Latin America and Caribbean: results from the Global Youth Tobacco Survey. Washington, DC; 2006.
66. Patton GC, Carlin JB, Coffey C, Wolfe R, Hibbert M, Bowes G. The course of early smoking: a population-based cohort study over three years. *Addiction*. 1998;93:1251–60.
67. Pérez J, Peruga A. The Global Youth Tobacco Survey: results in the Americas. *Epidemiol Bull*. 2002;23:6-9.
68. Peruga A. Tres medidas fundamentales para revitalizar el control del tabaquismo en las Américas [editorial]. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11:72-5.
69. [Peto R](#), [Lopez AD](#), [Boreham J](#), [Thun M](#), [Heath C Jr](#). Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*. 1992;339:1268-78.
70. Pitarque R, Bolzan A, Gatella ME, Moranga F, Bugasen S, Echaide L. Tabaquismo en adolescentes escolarizados de la ciudad de Olavarría, Buenos Aires. Prevalencia y factores asociados. *Arch Argent Pediatr*. 2007;105:115-121.
71. Rosemberg J. Tabagismo: sério problema de saúde pública. 2 ed. São Paulo: Almed;1987.

72. Rimpela AH, Rainio SU. The effectiveness of tobacco sales ban to minors: the case of Finland. *Tob Control*. 2004;13:167-74.
73. Saffer Henry. Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka F, Editors. *Tobacco control in developing countries*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 216-36.
74. Sargent JD, Dalton M, Beach M. Exposure to cigarette promotions and smoking uptake in adolescents: evidence of a dose-response relation. *Tob Control*. 2000;9:163-8.
75. [Sargent JD](#), [Dalton M](#). Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers? *Pediatrics*. 2001;108:1256-62.
76. [Scarinci IC](#), [Silveira AF](#), [dos Santos DF](#), [Beech BM](#). Sociocultural factors associated with cigarette smoking among women in Brazilian worksites: a qualitative study. [Health Promot Int](#). 2007;22:146-54.
77. Scientific Committee on Tobacco and Health. *Secondhand smoke: Review of evidence since 1998. Update of evidence on health effects of second-hand smoke*. London; 2004.
78. Stead LF, Lancaster T. A systematic review of interventions for preventing tobacco sales to minors. *Tob Control*. 2000;9:169-76.
79. Sundh M, Hagquist C. Does a minimum-age law for purchasing tobacco make any difference? Swedish experiences over eight years. *Eur J Public Health* 2007;17:171-7.
80. The World Bank. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC; 1999.
81. U.S. Department of Health, Education and Welfare. *Smoking and health: A report of the Surgeon General*. Washington; 1979.
82. U.S. Department of Health, Education and Welfare. *The health consequences of smoking. A report of the Surgeon General: 1972*. Washington; 1972.
83. U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: cancer. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD; 1982.
84. U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary smoking. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD; 1986.
85. U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD; 1988.
86. U.S. Department of Health and Human Services. *Reducing the health consequences of smoking. 25 Years of progress. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD; 1989.
87. U.S. Department of Health and Human Services. *Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia; 1994.
88. U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking. A report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia; 2004.
89. U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD; 2006.
90. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. National Cancer Institute. *Promoting healthy lifestyles: policy, program, and personal recommendations for reducing cancer risk. Report*. Rockville, MD; 2007. (2006-2007 Annual report. President's cancer panel).

91. U.S. Environmental Protection Agency. Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders. Washington DC; 1992.
92. Vardavas CI, Athanasopoulos D, Balomenaki E, Niaounaki D, Linardakis MK, Kafatos AG. Smoking habits of Greek preschool children's parents. BMC Public Health. 2007; 7:112.
93. Warren CW, Jones NR, Asma S. The need to develop effective youth smoking cessation programmes. International Hospital Federation Reference Book 2005/2006;110-114.
94. Warren CW, Jones NR, Eriksen MP, Asma S. Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. Lancet. 2006;367:749-53.
95. World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. Geneva; 1997.
96. World Health Organization. International consultation on environmental tobacco smoke (ETS) and child health: consultation report. Geneva; 1999.
97. World Health Organization. Framework convention on tobacco control. Geneva; 2003.
98. World Health Organization. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations. Geneva; 2007.
99. World Health Organization. [homepage na internet]. Geneva. [acesso em 24 de out 2007]. Disponível em:
<http://www.who.int/tobacco/framework/history/en/index.html>
100. World Health Organization. Regional Office for Europe [homepage na internet]. Geneva. [acesso em 18 de dez 2007]. Disponível em:
<http://data.euro.who.int/tobacco/Default.aspx?TabID=2404>
101. Wiehe SE, Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, Rivara FP. A systematic review of school-base smoking prevention trials with long-term follow-up. J Adolesc Health. 2005;36:162-169.

Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Escolares (VIGESCOLA)
Instituto Nacional de Câncer - Ministério da Saúde

Prezado Estudante,

Este questionário faz parte de um Estudo Mundial realizado pelo Ministério da Saúde em escolas de diferentes países sobre comportamentos que podem influenciar a saúde da população.

Aqui no Brasil, estudantes das 7ª e 8ª séries do Ensino Fundamental e da 1ª série do Ensino Médio, de escolas públicas e particulares, de diversas capitais brasileiras estarão respondendo a esta pesquisa.

Precisamos saber o que pensam e como se comportam os jovens das nossas capitais. Só assim poderemos prevenir as doenças causadas no futuro por esse comportamento.

Sua turma foi sorteada para participar desta pesquisa! Sua colaboração é fundamental para a realização deste trabalho.

O questionário deve ser respondido **individualmente**.

Não coloque seu nome. Suas respostas serão secretas e não serão divulgadas para ninguém. Seus pais, professores e outras pessoas jamaís saberão as suas respostas. Apenas o resultado geral da pesquisa será divulgado.

Sua participação é voluntária.

Para preencher use apenas **o lápis preto 2B que você está recebendo**.

É importante que você responda todas as perguntas.

Não existe resposta certa ou errada.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

Se você tiver alguma pergunta a fazer, as pessoas que estão distribuindo o questionário terão prazer em responder, ou entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer, Dra. Adriana Alves de Souza Scheligo, Rua André Cavalcante 37 / 2º andar, tel. 21- 3233-1410.

Caso concorde em participar assinale com um **X** o quadro abaixo. Se decidir não participar é só entregar o questionário em branco. Você não será punido se não participar.

☐

LI AS INFORMAÇÕES ACIMA E CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA.

1. ALGUMA VEZ VOCÊ JÁ TENTOU OU EXPERIMENTOU FUMAR CIGARROS, MESMO UMA OU DUAS TRAGADAS?

- a) ☐ Sim
- b) ☐ Não

2. QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA QUANDO FUMOU SEU PRIMEIRO CIGARRO?

- a) ☐ Nunca fumei cigarros
- b) ☐ 7 anos ou menos
- c) ☐ 8 ou 9 anos
- d) ☐ 10 ou 11 anos
- e) ☐ 12 ou 13 anos
- f) ☐ 14 ou 15 anos
- g) ☐ 16 anos ou mais

3. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS (UM MÊS) EM QUANTOS DIAS VOCÊ FUMOU CIGARROS?

- a) ☐ 0 dia/ Nenhum dia
- b) ☐ 1 ou 2 dias
- c) ☐ 3 a 5 dias
- d) ☐ 6 a 9 dias
- e) ☐ 10 a 19 dias
- f) ☐ 20 a 29 dias
- g) ☐ Todos os 30 dias

4. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS (UM MÊS), NOS DIAS EM QUE FUMOU, QUANTOS CIGARROS VOCÊ FUMOU EM MÉDIA?

- a) ☐ Não fumei cigarros nos últimos 30 dias (um mês)
- b) ☐ Menos de 1 cigarro por dia
- c) ☐ 1 cigarro por dia
- d) ☐ 2 a 5 cigarros por dia
- e) ☐ 5 a 10 cigarros por dia
- f) ☐ 11 a 20 cigarros por dia
- g) ☐ Mais de 20 cigarros por dia

5. QUANTOS CIGARROS VOCÊ FUMOU EM TODA SUA VIDA?

- a) ☐ Nenhum
- b) ☐ 1 a 2 tragadas
- c) ☐ 1 cigarro
- d) ☐ de 2 a 5 cigarros
- e) ☐ de 6 a 15 cigarros
- f) ☐ de 16 a 25 cigarros
- g) ☐ de 26 a 99 cigarros
- h) ☐ 100 cigarros ou mais (5 ou mais maços)

6. QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA QUANDO COMEÇOU A FUMAR CIGARROS DIARIAMENTE?

- a) ☐ Nunca fumei cigarros diariamente
- b) ☐ 9 anos ou menos
- c) ☐ 10 a 12 anos
- d) ☐ 13 a 15 anos
- e) ☐ 16 a 18 anos
- f) ☐ 19 anos ou mais.

7. DE UM ANO PARA CÁ, VOCÊ FUMOU ALGUM CIGARRO?

- a) ☐ *Sim*
- b) ☐ *Não*

8. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS (UM MÊS), EM GERAL, COMO VOCÊ CONSEGUIU SEUS PRÓPRIOS CIGARROS?

- a) ☐ Não fumei cigarros nos últimos 30 dias (um mês)
- b) ☐ Eu os comprei numa loja, botequim
- c) ☐ Eu os comprei num vendedor ambulante (camelô)
- d) ☐ Dei dinheiro para alguém comprá-los para mim
- e) ☐ Eu os pedi a alguém
- f) ☐ Eu peguei escondido
- g) ☐ Uma pessoa mais velha me deu
- h) ☐ Eu os consegui de outro modo

9. QUANDO VOCÊ ESCOLHE UMA MARCA DE CIGARROS, O QUE VOCÊ MAIS LEVA EM CONSIDERAÇÃO?

- a) ☐ Não fumo
- b) ☐ A marca que os amigos fumam
- c) ☐ A marca que tem a propaganda mais bonita
- d) ☐ A marca que tem imagens de propaganda com que você se identifica
- e) ☐ A marca mais barata
- f) ☐ A marca que tem o melhor sabor
- g) ☐ As opções b, c, d, e, f
- h) ☐ Não levo em consideração nada

10. QUE TIPO DE CIGARRO VOCÊ FUMA MAIS?

- a) ☐ Não fumo
- b) ☐ Baixos teores (suaves/ light)
- c) ☐ Teores regulares (normal)
- d) ☐ De bali (cravo)
- e) ☐ Outros

11. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS (UM MÊS), QUE MARCA DE CIGARROS VOCÊ FUMOU MAIS?

- a) ☐ Não fumei cigarros nos últimos 30 dias (um mês)
- b) ☐ Nenhuma marca habitual
- c) ☐ Hollywood
- d) ☐ Derby
- e) ☐ Free
- f) ☐ Lucky Strike
- g) ☐ Marlboro
- h) ☐ Outros

12. QUE SABOR TEM O CIGARRO QUE VOCÊ FUMA MAIS?

- a) ☐ Não fumo
- b) ☐ Mentolado (menta/ hortelã)
- c) ☐ Baunilha
- d) ☐ Nenhum sabor especial
- e) ☐ Outros

13. COMO VOCÊ COMPRA CIGARROS, COM MAIOR FREQUÊNCIA?

- a) ☐ Nunca fumei cigarros
- b) ☐ Não fumo mais cigarros
- c) ☐ A varejo
- d) ☐ Por maço
- e) ☐ Não compro cigarros

14. QUANTO VOCÊ PAGA HABITUALMENTE POR MAÇO DE CIGARROS?

- a) ☐ Não fumo cigarros
- b) ☐ Não compro cigarros ou não os compro em maço
- c) ☐ R\$ 2,00
- d) ☐ R\$ 1,60
- e) ☐ R\$ 2,30
- f) ☐ R\$ 1,10
- g) ☐ Menos de R\$ 1,00
- h) ☐ R\$ 5,50

15. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS (UM MÊS), QUANTO VOCÊ ACHA QUE GASTOU COM CIGARROS?

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

16. NO PERÍODO DE UM MÊS (30 DIAS), QUANTO VOCÊ TEM, EM MÉDIA, PARA GASTAR COM VOCÊ (PENSÃO, MESADA, SALÁRIO, ETC)?

- a) ☐ Não recebo nenhuma quantia para despesas miúdas (ou renda, mesada, etc).
- b) ☐ Menos de R\$ 3,00
- c) ☐ de R\$ 3,00 a R\$ 15,00
- d) ☐ de R\$ 16,00 a R\$ 30,00
- e) ☐ de R\$ 31,00 a R\$ 60,00
- f) ☐ de R\$ 61,00 a R\$ 90,00
- g) ☐ Mais de R\$ 90,00

17. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS (UM MÊS) ALGUÉM SE RECUSOU A LHE VENDER CIGARROS EM FUNÇÃO DE SUA IDADE?

- a) ☐ Não tentei comprar cigarros nos últimos 30 dias (um mês)
- b) ☐ Sim, alguém se recusou a me vender cigarros em função de minha idade
- c) ☐ Não, minha idade não me impediu de comprar cigarros

18. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS (UM MÊS), VOCÊ USOU OUTROS PRODUTOS QUE CONTÊM TABACO, ALÉM DE CIGARROS (POR EXEMPLO, FUMO DE MASCAR, RAPÉ, PASTA, CHARUTOS, CIGARRILHAS, CHARUTOS PEQUENOS, CACHIMBO, NARGUILÉ) ?

- a) ☐ Sim
- b) ☐ Não

19. EM QUE LOCAL VOCÊ FUMA OU FUMAVA COM MAIS FREQUÊNCIA?

- a) ☐ Nunca fumei cigarros
- b) ☐ Em casa
- c) ☐ Na escola
- d) ☐ No trabalho
- e) ☐ Na casa de amigos
- f) ☐ Em eventos sociais
- g) ☐ Em locais públicos (praças, shoppings, calçadas)
- h) ☐ Outros

20. É MAIS PROVÁVEL QUE VOCÊ FUME DEPOIS DE TER INGERIDO BEBIDAS ALCÓOLICAS OU USADO OUTRA DROGA? (MACONHA, SOLVENTES, COCAÍNA, ESTIMULANTES, BENZODIAZEPÍNICOS, ESTERÓIDES ANABOLIZANTES, ETC.)?

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

21. VOCÊ FUMA CIGARRO OU SENTE VONTADE DE FUMAR CIGARRO AO ACORDAR DE MANHÃ?

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

22. SEUS PAIS FUMAM?

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

23. SEUS PAIS SABEM QUE VOCÊ FUMA CIGARROS?

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

24. SE UM DE SEUS MELHORES AMIGOS LHE OFERECER UM CIGARRO, VOCÊ ACEITA?

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

25. ALGUÉM DE SUA FAMÍLIA JÁ LHE FALOU A RESPEITO DOS EFEITOS DANOSOS DE FUMAR?

- a) ☐ Sim
- b) ☐ Não

26. VOCÊ ACHA QUE VAI FUMAR UM CIGARRO EM QUALQUER DIA NOS PRÓXIMOS 12 MESES?

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

27. VOCÊ ACHA QUE DAQUI A 5 ANOS ESTARÁ FUMANDO CIGARROS?

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

28. VOCÊ ACHA DIFÍCIL ALGUÉM LARGAR OS CIGARROS DEPOIS DE COMEÇAR A FUMAR?

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

29. VOCÊ ACHA QUE OS RAPAZES QUE FUMAM TÊM MENOS OU MAIS AMIGOS?

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

30. VOCÊ ACHA QUE MENINAS QUE FUMAM TÊM MENOS OU MAIS AMIGOS?

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

31. O CIGARRO FAZ COM QUE AS PESSOAS SE SINTAM MENOS OU MAIS À VONTADE EM COMEMORAÇÕES, FESTAS OU OUTRAS REUNIÕES SOCIAIS?

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

32. VOCÊ ACHA QUE FUMAR CIGARROS TORNA OS RAPAZES MENOS OU MAIS ATRAENTES?

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

33. VOCÊ ACHA QUE FUMAR CIGARROS TORNA AS MENINAS MENOS OU MAIS ATRAENTES?

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

34. VOCÊ ACHA QUE FUMAR CIGARROS FAZ VOCÊ GANHAR OU PERDER PESO?

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

35. VOCÊ ACHA QUE FUMAR CIGARROS É PREJUDICIAL À SUA SAÚDE?

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

36. ALGUM DE SEUS AMIGOS MAIS PRÓXIMOS FUMA CIGARROS?

- a) ☐ Nenhum
- b) ☐ Alguns
- c) ☐ A maioria
- d) ☐ Todos

37. QUANDO VOCÊ VÊ UM HOMEM FUMANDO, O QUE PENSA DELE?

- a) ☐ Não tem confiança em si
- b) ☐ É burro
- c) ☐ É um perdedor
- d) ☐ É um vencedor
- e) ☐ É inteligente
- f) ☐ É macho

38. QUANDO VOCÊ VÊ UMA MULHER FUMANDO, O QUE PENSA DELA?

- a) ☐ Não tem confiança em si
- b) ☐ É burra
- c) ☐ É uma perdedora
- d) ☐ É uma vencedora
- e) ☐ É inteligente
- f) ☐ É sofisticada

39. VOCÊ ACHA QUE É SEGURO FUMAR DURANTE UM OU DOIS ANOS DESDE QUE SE ABANDONE ESTE COMPORTAMENTO APÓS ESSE PERÍODO?

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

40. A MULHER GRÁVIDA QUE FUMA, PARA NÃO PREJUDICAR A SAÚDE DO SEU BEBÊ DEVE FUMAR, NO MÁXIMO, 3 CIGARROS AO DIA.

- a) ☐ Verdadeiro
- b) ☐ Falso

41. PESSOAS QUE FUMAM MAIS DE 20 CIGARROS AO DIA E PESSOAS QUE FUMAM ATÉ 5 CIGARROS AO DIA TÊM A MESMA CHANCE DE ADOECEREM DE CÂNCER.

- a) ☐ Verdadeiro
- b) ☐ Falso

42. PESSOAS QUE FUMAM CIGARROS COM BAIXOS TEORES DE ALCATRÃO E NICOTINA (OS CHAMADOS CIGARROS LIGHT, SUAVES, LEVES) TÊM MENOS DOENÇAS CAUSADAS PELO CIGARRO DO QUE AQUELAS QUE FUMAM CIGARROS COM ALTOS TEORES DE ALCATRÃO E NICOTINA.

- a) ☐ Verdadeiro
- b) ☐ Falso

43. PESSOAS QUE NUNCA FUMARAM E QUE PASSAM ANOS RESPIRANDO A FUMAÇA DE CIGARROS DE OUTRAS PESSOAS, PODEM MORRER DE VÁRIAS DOENÇAS, INCLUSIVE DO CORAÇÃO.

- a) ☐ Verdadeiro
- b) ☐ Falso

44. É MUITO DIFÍCIL DEIXAR DE FUMAR PORQUE A NICOTINA É UMA DROGA E CAUSA DEPENDÊNCIA.

- a) ☐ Verdadeiro
- b) ☐ Falso

45. VOCÊ ACHA QUE OS FUMANTES DEVEM PEDIR PERMISSÃO PARA FUMAR PERTO DE OUTRAS PESSOAS?

- a) ☐ Sim
- b) ☐ Não

46. SE ALGUÉM PEDE PERMISSÃO PARA FUMAR PERTO DE VOCÊ, VOCÊ PERMITE?

- a) ☐ Sim
- b) ☐ Não

47. VOCÊ ACHA QUE A FUMAÇA DO CIGARRO DOS OUTROS LHE É PREJUDICIAL?

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

48. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, EM QUANTOS DIAS FUMARAM EM SUA CASA, NA SUA PRESENÇA?

- a) ☐ 0 dia / Nenhum dia
- b) ☐ 1 a 2 dias
- c) ☐ 3 a 4 dias
- d) ☐ 5 a 6 dias
- e) ☐ 7 dias

49. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, EM QUANTOS DIAS FUMARAM NA SUA PRESENÇA FORA DE SUA CASA?

- a) ☐ 0 dia / Nenhum dia
- b) ☐ 1 a 2 dias
- c) ☐ 3 a 4 dias
- d) ☐ 5 a 6 dias
- e) ☐ 7 dias

50. VOCÊ É A FAVOR DA PROIBIÇÃO DE FUMAR EM LOCAIS PÚBLICOS (COMO RESTAURANTES, ÔNIBUS, TRANSPORTES COLETIVOS E TRENS, ESCOLAS, PLAYS, ACADEMIAS DE GINÁSTICA E ESTÁDIOS ESPORTIVOS, DISCOTECAS)?

- a) ☐ Sim
- b) ☐ Não

51. VOCÊ QUER PARAR DE FUMAR AGORA?

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

52. NESTE ANO QUE PASSOU VOCÊ ALGUMA VEZ TENTOU PARAR DE FUMAR CIGARROS?

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

53. HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ PAROU DE FUMAR?

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

54. QUAL FOI A PRINCIPAL RAZÃO PARA VOCÊ DECIDIR PARAR DE FUMAR?

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

55. VOCÊ ACHA QUE CONSEGUE PARAR DE FUMAR, SE QUISER?

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

56. VOCÊ JÁ RECEBEU ALGUMA AJUDA OU CONSELHO PARA LHE AJUDAR A PARAR DE FUMAR?

- a) ☐ Eu nunca fumei cigarros
- b) ☐ Sim, de profissional de saúde
- c) ☐ Sim, de um amigo
- d) ☐ Sim, de um membro da família
- e) ☐ Sim, de profissionais de saúde e/ou amigos e/ou membros da família
- f) ☐ Sim, de uma pessoa religiosa (qualquer religião)
- g) ☐ Não

57. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS (UM MÊS), QUANTAS MENSAGENS ANTITABAGISTAS (CONTRA O CIGARRO) VOCÊ VIU ATRAVÉS DOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO (TELEVISÃO, RÁDIO, CARTAZES, POSTERS, JORNAIS, REVISTAS, FILMES) ?

- a) ☐ Muitas
- b) ☐ Poucas
- c) ☐ Nenhuma

58. QUANDO VOCÊ VAI A EVENTOS ESPORTIVOS, FEIRAS, CONCERTOS, EVENTOS COMUNITÁRIOS OU REUNIÕES SOCIAIS, COM QUE FREQUÊNCIA, VÊ MENSAGENS ANTITABAGISTAS (CONTRA O CIGARRO)?

- a) ☐ Nunca vou a eventos esportivos, feiras, concertos, eventos comunitários ou reuniões sociais
- b) ☐ Muitas vezes
- c) ☐ Às vezes
- d) ☐ Nunca

59. QUANDO VOCÊ VÊ TELEVISÃO, VÍDEOS OU FILMES, COM QUE FREQUÊNCIA VÊ ATORES FUMANDO?

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

60. VOCÊ TEM ALGO (CAMISETA, CANETA, MOCHILA, ETC) COM O LOGOTIPO DE MARCA DE CIGARRO?

- a) ☐ Sim
- b) ☐ Não

61. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS (UM MÊS), QUANDO ASSISTIU EVENTOS ESPORTIVOS OU OUTROS PROGRAMAS NA TV, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ VIU PROPAGANDAS DE MARCAS DE CIGARROS?

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

62. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS (UM MÊS), QUANDO VOCÊ ASSISTIU TV, VIU PROPAGANDAS DE MARCAS DE CIGARROS?

- a) ☐ Não assisti TV
- b) ☐ Vi em eventos esportivos na TV
- c) ☐ Vi em outros programas na TV
- d) ☐ Vi em ambos
- e) ☐ Não vi em nenhum programa

63. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS (UM MÊS), QUANDO VOCÊ OUVIU RÁDIO, VOCÊ OUVIU PROPAGANDAS DE MARCAS DE CIGARROS?

- a) ☐ Não ouvi rádio
- b) ☐ Muitas vezes
- c) ☐ Às vezes
- d) ☐ Nunca

64. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS (UM MÊS), QUANTOS ANÚNCIOS DE PROPAGANDA DE CIGARROS VOCÊ VIU EM CARTAZES, OUTDOORS?

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

65. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS (UM MÊS), COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ VIU PROPAGANDA DE MARCAS DE CIGARROS EM CARTAZES NOS LOCAIS ONDE SÃO VENDIDOS CIGARROS (BAR, BOTEQUIM, JORNALEIRO, SUPERMERCADO, LOJA DE CONVENIÊNCIA ETC)?

- a) ☐ Muitas vezes
- b) ☐ Às vezes
- c) ☐ Nunca

66. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS (UM MÊS) QUANTOS ANÚNCIOS OU PROMOÇÕES DE CIGARROS VOCÊ VIU EM JORNAIS OU REVISTAS?

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

67. QUANDO VOCÊ VAI A EVENTOS ESPORTIVOS, FEIRAS, CONCERTOS OU EVENTOS COMUNITÁRIOS, COM QUE FREQUÊNCIA VÊ ANÚNCIOS DE CIGARROS?

- a) ☐ Nunca vou a eventos esportivos, feiras, concertos ou eventos comunitários
- b) ☐ Muitas vezes
- c) ☐ Às vezes
- d) ☐ Nunca

68. ALGUM REPRESENTANTE DE CIGARROS JÁ LHE OFERECEU CIGARROS GRATUITAMENTE?

- a) ☐ Sim
- b) ☐ Não

69. DURANTE ESTE ANO LETIVO, EM ALGUMA AULA LHE FALARAM A RESPEITO DOS PERIGOS DO CIGARRO?

- a) ☐ Sim
- b) ☐ Não
- c) ☐ Não tenho certeza / Não me lembro

70. NESTE ANO LETIVO, FORAM DEBATIDAS EM AULA AS RAZÕES PELAS QUAIS PESSOAS DE SUA IDADE FUMAM?

- a) ☐ Sim
- b) ☐ Não
- c) ☐ Não tenho certeza / Não me lembro

71. NESTE ANO LETIVO, EM ALGUMA AULA LHE FALARAM SOBRE OS EFEITOS DO CIGARRO, TAIS COMO AMARELAR SEUS DENTES, PROVOCAR RUGAS OU FAZER VOCÊ CHEIRAR MAL?

- a) ☐ Sim
- b) ☐ Não
- c) ☐ Não tenho certeza / Não me lembro

72. QUAL FOI A ÚLTIMA VEZ QUE O CIGARRO E A SAÚDE FORAM TEMA DE AULA?

- a) ☐ Nunca
- b) ☐ Neste semestre
- c) ☐ No último semestre
- d) ☐ Há 2 semestres
- e) ☐ Há 3 semestres
- f) ☐ Há mais de um ano

73. QUANTOS ANOS VOCÊ TEM?

- a) ☐ 12 anos
- b) ☐ 13 anos
- c) ☐ 14 anos
- d) ☐ 15 anos
- e) ☐ 16 anos
- f) ☐ 17 anos
- g) ☐ 18 anos
- h) ☐ 19 anos ou mais

74. QUAL É SEU SEXO?

- a) ☐ Masculino
- b) ☐ Feminino

75. QUAL A SUA RELIGIÃO?

- a) ☐ Não tenho religião
- b) ☐ Católica
- c) ☐ Evangélica
- d) ☐ Espírita
- e) ☐ Judaica
- f) ☐ Outra

76. EM QUE SÉRIE VOCÊ ESTÁ?

- a) ☐ 7ª série do Ensino Fundamental (Antigo 1º grau)
- b) ☐ 8ª série do Ensino Fundamental (Antigo 1º grau)
- c) ☐ 1ª série do Ensino Médio (Antigo 2º grau)

77. EM QUE ESCOLA VOCÊ ESTUDA?

- a) ☐ Pública
- b) ☐ Particular

Data: ____/____/2005

Agradecemos sua colaboração.