Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Tabagismo e Transtorno Mental Comum na População de São Paulo – SP: um estudo a partir do Inquérito de Saúde no Município de São Paulo (ISA-CAPITAL)

Danuta Medeiros

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Área de concentração:
Epidemiologia.

Orientador:
Prof. Chester Luiz Galvão Cesar.

SÃO PAULO
2010

Tabagismo e Transtorno Mental Comum na População de São Paulo – SP: um estudo a partir do Inquérito de Saúde no Município de São Paulo (ISA-CAPITAL)

Danuta Medeiros

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Epidemiologia.

Orientador:
Prof. Chester Luiz Galvão Cesar.

SÃO PAULO
2010

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na 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 dissertação.

Dedico esse trabalho aos meus queridos pais:

Darcy Medeiros Filho e Maria Regina Galvão Carvalho,

que com amor me ensinaram hábitos de vida saudáveis.

AGRADECIMENTOS

Muitos foram os que colaboraram, direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho, indicando e sugerindo caminhos, amenizando momentos difíceis, apoiando decisões importantes, enfim, tornando-o possível. A todos minha eterna gratidão, e em especial gostaria de agradecer:

Ao *Prof. Dr. Antonio Augusto Pinto Junior*, que me ensinou a paixão pela pesquisa e me incentivou a seguir na carreira acadêmica.

Ao *Prof. Dr. Chester Luís Galvão Cesar*, que acreditou em mim permitindo meu ingresso à Pós Graduação e durante esses anos orientou minha pesquisa, direcionando-me ao melhor caminho.

Ao *Ms. Neuber José Segri*, por toda calma, paciência e coorientação, me auxiliando não apenas nas análises estatísticas, mas em toda confecção do trabalho.

Aos pesquisadores do ISA (*Chester Luís Galvão Cesar, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Maria Cecilia Goi Porto Alves, Luana Carandina e Moisés Goldbaum*) que permitiram a utilização do banco de dados e minha participação no grupo de pesquisa.

À professora *Prof. Luana Carandina*, pelas contribuições precisas e oportunas, e principalmente por todo carinho e atenção dados a mim e ao meu trabalho.

À banca examinadora: *Prof. Maria Cristina Pereira Lima e Prof. Isabel Maria Teixeira Bicudo Ferreira*, por terem aceitado o convite para avaliar esta dissertação.

Ao *Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq* – pelo financiamento parcial desta pesquisa.

Aos *funcionários da Faculdade de Saúde Pública da USP*, em especial Manuela e Rosana, sempre atenciosas e prestativas.

À *Prof. Mel*, pelo "help" nos artigos em inglês e pelas palavras de estímulo e força durante esses anos.

Aos *colegas de mestrado*, por compartilharem comigo as dificuldades e conquistas dessa caminhada.

Aos *familiares, amigos e colegas de Guaratinguetá*, por entenderem minha ausência, estando longe fisicamente embora presentes em meus pensamentos.

Ao *MEU querido Pablo*, que com amor e dedicação esteve ao meu lado em todos os momentos, apoiando, incentivando e me encorajando principalmente no final dessa etapa; tornando a distância geográfica bem pequena, perto da proximidade emocional.

E a todos os *entrevistados do ISA-Capital 2003*, sem os quais não seria possível a obtenção dos dados para esta pesquisa.

“Se pudesse riscar um fósforo, chegá-lo a um cigarro, esqueceria os inconvenientes que o aperreavam: o frio, a dureza das juntas, o tremor, a zoeira constante, sussurro de maribondos assanhados. Dores errantes andavam-lhe no corpo, entravam nos ossos e vinham à pele, arrepiavam os cabelos, fixavam-se nas pernas, esmoreciam.”

(Graciliano Ramos, 1983)

RESUMO

MEDEIROS, D. *Tabagismo e Transtorno Mental Comum na população de São Paulo – SP:* um estudo a partir do Inquérito de Saúde no Município de São Paulo (ISA-Capital), São Paulo, 2010. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Introdução. Existem evidências comprovadas de uma estreita associação entre tabagismo e presença concomitante de transtornos psiquiátricos. A nicotina é uma droga estimulante, que faz com que o cérebro libere uma grande variedade de neurotransmissores, os quais podem propiciar ao fumante uma sensação prazerosa. Acredita-se que o ato de fumar possa afastar momentaneamente alguma situação estressante, distraindo o indivíduo de seus problemas. O conhecimento de fatores psicológicos e psiquiátricos associados ao tabagismo é importante para intervir no cuidado a estes indivíduos. **Objetivo.** Analisar a associação entre Tabagismo e Transtorno Mental Comum (TMC) na população com 16 anos e mais do município de São Paulo. **Metodologia.** Os dados foram obtidos através do Inquérito de Saúde do Município de São Paulo - ISA-Capital, realizado em 2003. Utilizando o módulo *survey* do pacote estatístico Stata 10, foi feita uma caracterização da prevalência de tabagismo e de TMC na população com idade igual ou superior a 16 anos. Para a análise da associação entre tabagismo e TMC utilizou-se o modelo de regressão de Poisson, por apresentar como medida de efeito a razão de prevalência, permitindo interpretações mais precisas. **Resultados.** A associação estatisticamente significativa entre tabagismo e TMC não foi encontrada na população geral, entretanto na análise univariada tal associação foi positiva para as mulheres (RP: 1,58; IC95%: 1,06-2,37). Na análise múltipla a variável TMC perdeu significância estatística, não permanecendo no modelo final. **Discussão.** Historicamente, o contexto social positivo criado pela publicidade das indústrias tabageiras foi, muitas vezes, idealizador do comportamento de fumar. Além disso, sintomas da síndrome de abstinência da nicotina, como a ansiedade e a irritabilidade, podem contribuir para a manutenção do fumo. As campanhas anti-tabagistas têm contribuído para uma significativa mudança de paradigma, onde o tabagismo, de um comportamento elegante e charmoso, tem sido visto como um comportamento indesejável. Ainda assim, é alta a prevalência de tabagismo na população, independentemente do conhecimento do dano físico ou psicológico que causa. **Considerações finais.** As características psicológicas individuais são determinantes na iniciação e manutenção da dependência ao tabaco, e por isso o conhecimento da saúde mental/emocional dos tabagistas faz-se necessário na criação de programas de saúde voltados ao cuidado desses.
Palavras-chave: Tabagismo, Transtorno Mental Comum, Inquéritos de Saúde, Epidemiologia, Saúde Mental.

ABSTRACT

MEDEIROS, D. *Smoking and Common Mental Distress in the population of São Paulo – SP:* a study from the São Paulo Municipality Health Inquery (ISA-Capital). São Paulo, 2010 [M.A. Dissertation – School of Public Health of University of São Paulo].

Introducion. There is proven evidence of a close association between somoking and concomitant presence of mental distress. Nicotine is a stimulant drug that causes the brain to release a wide range of neurotransmitters that may render the smoker a pleasant sensation. It is believed that the act of smoking may momentarily steer away a stressful situation distracting the individual from his problems. Knowledge on psychological and psychiatric factors associated to smoking is important for the intervention on behalf of the care for these individuals. **Objective.** Analysing the associaion between smoking and Common Mental Distress in the 16 year old and over population of São Paulo municipality. **Method.** Data were obtained though the São Paulo Health Inquiry – Capital, carried out in 2003. The Stata 10 statistical package survey mode was used for the characterization of smoking and Common Mental Disorder (CMD) aged 16 and over. For the analysis of the association between smoking and CMD the Poisson regression model was used once it presents as effect measure the prevalence ratio, which allowed more precise interpretation. **Result.** A statistically significant association between smoking and CMD in the general population was not found but such association was positive with the univariate analysis for women (PR: 1.58; CI95%: 1.06-2.37). With the multivariate analysis the CMD variable lost significant stastistic association, being discarded in the final model. Discussion. Historically, the positive social context concocted by the publicity campaigns of the smoking industries has been, at times, the idealisation tool for smoking behavior. Furthermore, nicotine absence syndorme symptoms such as anxiety and irritability may contibute to the maintenance of somoking. The anti-smoking campaigns have contributed to significative change of the paradigm, where smoking once depicted as elegant and charming has been seen as na undesirable behavior. Yet, the smoking prevalence is high in the population, irrespective of the kmowledge of physical or psychlogical harm it causes. **Final Considerations.** Individual psychologial characteristics are determinant of initiation and maintenance or tobacco dependence, and for this reason the knowledge on the mental/emotional health of smokers is deemed necessaty in the devising of health programs geared to their care.
Key-words: Smoking, Common Mental Disorder, Health Inquiries, Epidemiology, Mental Health.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO 19

2. TABAGISMO 24

2.1 – ASPECTOS HISTÓRICOS DO TABACO 25

2.2 – ASPECTOS QUÍMICOS E FÍSICOS DO TABACO 27

2.3 – EFEITOS PSICOLÓGICOS DA NICOTINA 30

2.4 – TABAGISMO E COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS 32

2.4.1 – Tabagismo e Depressão 33

2.4.2 – Tabagismo e Ansiedade 34

2.4.3 – Tabagismo e Outros Transtornos 35

2.5 – SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA 36

2.6 – CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO (CQCT) 39

2.7 – PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO (PNCT) 42

2.8 – LEI ESTADUAL ANTI FUMO (LEI Nº 13.541, DE 7 DE MAIO DE 2009) 46

3. TRANSTORNO MENTAL COMUM 49

3.1 – PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS 51

4. INQUÉRITOS DE SAÚDE 53

5. OBJETIVOS 56

5.1 – OBJETIVO GERAL 56

5.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS 56

6. MATERIAL E MÉTODOS 57

6.1 – DELINEAMENTO GERAL 57

6.2 – DEFINIÇÃO DOS CASOS 57

6.3 – O INQUÉRITO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (ISA-Capital 2003) 58

6.3.1 – Entrevistadores 60

6.3.2 – Instrumento de Coleta de Dados 60

6.4 – PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS 64

6.5 – DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS 65

6.5.1 – Variável Dependente 65

6.5.2 – Variáveis Independentes 65

6.6 – ANÁLISE ESTATÍSTICA 68

6.7 – ASPECTOS ÉTICOS 69

7. RESULTADOS 70

7.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 70

7.2 – PREVALÊNCIA DE TABAGISMO 70

7.2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO HÁBITO DE FUMAR EM TABAGISTAS E EX-TABAGISTAS 76

7.3 – PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM 79

7.4 – ASSOCIAÇÃO ENTRE TABAGISMO E TRANSTORNO MENTAL COMUM 85

8. DISCUSSÃO 99

8.1 – LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS DO ESTUDO 99

8.2 – PREVALÊNCIA DE TABAGISMO 101

8.2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO HÁBITO DE FUMAR EM TABAGISTAS E EX-TABAGISTAS 106

8.3 – PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM 109

8.4 – ASSOCIAÇÃO ENTRE TABAGISMO E TRANSTORNO MENTAL COMUM 113

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS 118

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 120

ANEXOS 126

Anexo 1 – LEI Nº 13.541, de 7 de maio de 2009 127

Anexo 2 – Cartaz da Lei Estadual Anti Fumo (LEI Nº 13.541) 130

Anexo 3 – Plano de Amostragem ISA-Capital 2003 131

Anexo 4 – Questões utilizadas, provenientes dos blocos temáticos, ISA-Capital 2003 139

Anexo 5 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FSP/USP 156

Currículo Lattes Prof. Chester Luiz Galvão Cesar 157

Currículo Lattes Danuta Medeiros 158

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Prevalência de tabagismo segundo sexo. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003. 71

Figura 2. Idade em que iniciou o fumo. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003. 77

Figura 3. Prevalência de Transtorno Mental Comum segundo sexo. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003. 80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Blocos temáticos do ISA-Capital 2003 e sua utilização no estudo. 62

Quadro 2. Variáveis independentes utilizadas na análise. 66

Quadro 3. Variáveis independentes específicas para fumo utilizadas na análise. 67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Prevalência de tabagismo segundo características demográficas e socioeconômicas. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003. 72

Tabela 2. Prevalência de tabagismo segundo estilo de vida e estado de saúde. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003. 74

Tabela 3. Prevalência de tabagismo segundo doença crônica referida. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003. 76

Tabela 4. Características do hábito de fumar em ex-tabagistas. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003. 78

Tabela 5. Características do hábito de fumar em tabagistas. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003. 79

Tabela 6. Prevalência de Transtorno Mental Comum segundo características demográficas e socioeconômicas. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003. 82

Tabela 7. Prevalência de Transtorno Mental Comum segundo estilo de vida e estado de saúde. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003. 84

Tabela 8. Associação entre tabagismo e Transtorno Mental Comum, segundo sexo. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003. 86

Tabela 9. Características do hábito de fumar em ex-tabagistas, segundo presença de Transtorno Mental Comum. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003. 87

Tabela 10. Características do hábito de fumar em tabagistas, segundo presença de Transtorno Mental Comum. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003. 88

Tabela 11. Prevalência e Razão de Prevalência de tabagismo em mulheres. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003. 89

Tabela 12. Modelo de regressão de Poisson: variáveis associadas ao tabagismo em mulheres. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003. 91

Tabela 13. Modelo *Alternativo* de regressão de Poisson: variáveis associadas ao tabagismo em mulheres. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003. 93

Tabela 14. Prevalência e Razão de Prevalência de tabagismo em homens. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003. 95

Tabela 15. Modelo de regressão de Poisson: variáveis associadas ao tabagismo em homens. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003. 97

SIGLAS UTILIZADAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAGE – *Cut down, Annoeyd, Guilty, Eye-opener*

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª. Revisão

CQCT – Convenção Quadro para o Controle do Tabaco

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CONICQ – Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro

DSM-IV – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition*

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

IC – Intervalo de confiança

IMC – Índice de Massa Corporal

INCA – Instituto Nacional de Câncer

ISA-Capital – Inquérito de Saúde do Município de São Paulo

ISA-SP – Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONGs – Organizações Não-Governamentais

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo para o Controle do Tabaco

SES-SP – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

SMS-SP – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SRQ-20 – Self Reporting Questionnaire

SUS – Sistema Único de Saúde

TMC – Transtorno Mental Comum

UNESP – Universidade Estadual Paulista

UNICAMP – Universidade de Campinas

USP – Universidade de São Paulo

1. INTRODUÇÃO

A relação entre tabagismo – no presente estudo entendido como dependência de nicotina – e doenças/problemas mentais vem sendo objeto de diversos estudos epidemiológicos nas últimas décadas, mostrando associação entre consumo de tabaco e transtornos psiquiátricos. A nicotina interfere no funcionamento dos sistemas neurotransmissores e exerce diversas ações neuroendócrinas, entre outros fatores, o que pode influenciar no quadro psicopatológico e na responsividade do paciente ao tratamento (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007).

O tabagismo é um problema mundial de saúde pública, associado a altas taxas de morbimortalidade (CASTRO et al., 2008). Atualmente é reconhecido como uma dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas e está classificado pela Organização Mundial da Saúde – OMS (CID-10)[1], desde 1997, no grupo dos Transtornos Mentais e de Comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (OLIVEIRA, 2008).

Embora sua prevalência esteja diminuindo nos países desenvolvidos, o mesmo não é observado nos países em desenvolvimento, apesar do aumento das campanhas educativas e do conhecimento dos riscos relacionados ao uso de tabaco (ACHUTTI; MENEZES, 2001). Não havendo

[1] Classificação Internacional de Doenças – 10ª. revisão

uma mudança de curso da exposição mundial ao tabagismo, a Organização Mundial de Saúde estima que o número de fumantes passe do ano 2000 a 2030 de 1,2 bilhões para 1,6 bilhões e que o número de mortes anuais atribuíveis ao tabagismo aumente de 4,9 milhões para 10 milhões, sendo que 70% ocorrerão nos países menos desenvolvidos (WHO, 2004).

Inúmeros trabalhos já demonstraram a associação do tabagismo com certas doenças, no entanto, embora esse fator de risco possa ser eliminado, os serviços de saúde não têm conseguido fazer as pessoas abandonar o tabagismo, o que reflete a dificuldade que as pessoas enfrentam para parar de fumar (ECHER, 2006).

De acordo com a Associação Psiquiátrica Americana (2002), aproximadamente 80% dos tabagistas gostariam de abandonar o fumo, 35% param a cada ano, mas menos de 5% alcançam esse objetivo sem auxílio externo.

> A dependência à nicotina é uma desordem complexa e difícil de ser superada. A motivação para deixar o hábito é um dos fatores mais importantes na cessação do tabagismo e está inter-relacionada a uma gama de variáveis hereditárias, fisiológicas, ambientais e psicológicas (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007, p.593).

Além da motivação, o fumante terá que enfrentar alguns fatores que dificultam o processo. Para CASTRO e colaboradores (2008), entre os vários fatores que tornam difícil a manutenção da abstinência da nicotina está o alto índice de comorbidade entre a dependência dessa substância e outras doenças psiquiátricas. Os autores relatam que a tendência observada em

algumas populações de diminuição da prevalência do tabagismo não é demonstrada entre os indivíduos que apresentam algum transtorno psiquiátrico. As altas taxas de mortes prematuras apresentadas por esta clientela, que chegam a ser até cinco vezes maiores do que na população em geral, são atribuíveis às inúmeras doenças associadas à dependência de nicotina. As comorbidades psiquiátricas são, portanto, fatores importantes a serem considerados na avaliação de tabagistas (CASTRO et al., 2008).

Estudos epidemiológicos têm mostrado que diversas pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo. Estima-se que uma em cada quatro pessoas que residem nas cidades sofre de algum tipo de transtorno mental e que este número vem aumentando progressivamente, principalmente nos países em desenvolvimento (MARAGNO et al, 2006; LIMA, 2004). Existem evidências de uma estreita associação entre dependência à nicotina e presença concomitante de transtornos psiquiátricos (CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006).

Diversas pesquisas atuais têm evidenciado uma preocupação crescente com o diagnóstico e a avaliação da saúde mental das populações, mostrando ser este um problema de saúde pública, uma vez que as perturbações mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacidade no mundo (FIGUEIREDO, 2006). A gravidade e intensidade dos transtornos mentais apresentados variam desde quadros reativos até quadros psicóticos mais graves (LIMA, 2004). De acordo com MARAGNO e colaboradores (2006), casos com sintomas ansiosos, depressivos ou queixas somáticas, mesmo não satisfazendo todos os critérios diagnósticos

de doença mental, apresentam elevada prevalência na população adulta, sendo apenas uma pequena parcela identificada e tratada, o que aumenta o sofrimento individual trazendo implicações socioeconômicas significativas.

Embora os sistemas classificatórios tenham evoluído muito e contribuído inequivocamente para a produção de conhecimento, ainda existem lacunas a serem preenchidas. Sabe-se que existem pessoas com sintomas suficientes para gerar incapacitação de diferentes níveis, embora não tenham transtornos mentais descritos nos manuais de classificação e diagnóstico psiquiátrico, mas ainda sim com sofrimento psíquico (LIMA, 2004). A literatura tem referido que este grupo populacional, os não diagnosticados pelos sistemas classificatórios específicos, estaria incluído nos *Transtornos Mentais Comuns* – TMC (GOLDBERG; HUXLEY, 1992, apud ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

Segundo CALHEIROS, OLIVEIRA e ANDRETTA (2006) as características do efeito psicoativo da nicotina como a diminuição da ansiedade, euforia e outras sensações percebidas como prazerosas pelo tabagista tendem a reforçar o uso, particularmente nos transtornos mentais devido às manifestações de sofrimento psicológico.

Apesar de todas as evidências de uma estreita associação entre tabagismo e presença de transtornos psiquiátricos, muitas vezes o diagnóstico de transtorno/doença mental não é realizado em tabagistas nos programas para cessação do tabagismo. A epidemiologia vem contribuindo com informações de grande valor para a saúde pública; auxiliando para a tomada de decisões políticas em saúde mental, assim como para o

direcionamento da assistência médica. Os estudos de base populacional surgem, neste contexto, como uma importante ferramenta científica (COELHO, 2006).

Utilizados no levantamento de dados na área da saúde, os inquéritos de saúde geram informações complementares às informações provenientes dos sistemas de informação de fluxo contínuo, constituindo-se em mecanismos indispensáveis para uma visão em maior profundidade das condições de vida e saúde da população, assim como para a avaliação das ações de saúde (ALMEIDA, 2006).

Pesquisadores das universidades públicas do Estado de São Paulo (USP, UNICAMP e UNESP) por meio de convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, realizaram um inquérito domiciliar de saúde no município no ano de 2003: o *ISA-Capital 2003*. O desenvolvimento da pesquisa vem proporcionando a formação de núcleos para o desenvolvimento da metodologia epidemiológica, bem como a criação de bancos de dados, com informações de base populacional, que tem possibilitado a formação de recursos humanos e análises específicas, a serviço do planejamento e avaliação de ações de saúde. O volume de informações coletadas durante este inquérito foi grande, e sua análise, em maior profundidade, vem ocorrendo nas diferentes instituições participantes do projeto, inclusive por alunos de pós-graduação em suas dissertações e teses e, pela dimensão do banco de dados existente, o mesmo permite, ainda, inúmeras outras análises.

2. TABAGISMO

O tabagismo está associado à alta morbimortalidade, considerado pela Organização Mundial da Saúde a maior causa de morte evitável e de maior crescimento no mundo (CASTRO et al., 2007).

Considerado uma doença crônica que surge devido à dependência da nicotina, o tabagismo é reconhecido como uma dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas e está classificado pela Organização Mundial da Saúde (CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª. revisão), desde 1997, no grupo dos Transtornos Mentais e de Comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (OLIVEIRA, 2008).

A dependência à nicotina conta com três componentes: (1) dependência física, responsável por sintomas da síndrome de abstinência; (2) dependência psicológica, responsável pela sensação de ter no cigarro um apoio ou mecanismo para lidar com sentimentos de solidão, frustração, pressões sociais; e (3) condicionamento, representado por hábitos associados ao fumar, presente na vida diária, muitas vezes durante anos. O grau de dependência à nicotina influencia na maior ou menor dificuldade de abandonar o vicio (ECHER, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de mortes prematuras e limitações físicas por doença coronariana, hipertensão arterial, bronquite, enfisema e câncer –

incluindo os cânceres de pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, fígado, pâncreas, bexiga, rim e colo de útero (WHO, 2004).

Além das conseqüências negativas relacionadas com a saúde, o tabagismo provoca enormes custos sociais, econômicos e ambientais. Em países desenvolvidos, os custos relacionados aos cuidados com as doenças associadas ao tabagismo consomem de 6 a 15% do gasto total com saúde. Em todas as idades, o custo médio com cuidados à saúde de fumantes supera o de não fumantes (OLIVEIRA, 2008).

2.1 – ASPECTOS HISTÓRICOS DO TABACO

O tabaco é uma planta da família das solanáceas sendo a espécie *Nicotiana tabacum* a mais usada. De suas folhas longas, amplas e macias, e flores vistosas e róseas, é extraída uma substância chamada nicotina. Suas folhas quando dessecadas, constituem o fumo ou tabaco. As pessoas utilizam o tabaco de diversas maneiras, inalando como cigarro, cachimbo, charuto, cigarro de palha, aspirando como rapé ou mascando como fumo-de-rolo (BRASIL, 2004a).

O cultivo e o uso do tabaco tiveram sua origem no continente americano, onde os primeiros a usar foram os índios. O tabaco começou a ser utilizado no ano 1000 a.C. em rituais religiosos nas sociedades indígenas da América Central, com objetivo de purificar, proteger e fortalecer os guerreiros. Esses povos acreditavam que a substância tinha o poder de predizer o futuro (OLIVEIRA, 2008). Durante séculos o uso do tabaco foi

difundido das Américas para todo o mundo. Acreditava-se que era uma erva com muitas propriedades medicinais, capaz de curar diversas doenças, tais como bronquite, asma, reumatismo e outras. Assim, embora com controvérsias sobre o seu real poder de cura, o consumo do tabaco foi progressivamente ganhando espaço no mundo (Organização Pan Americana de Saúde, 1992 apud BRASIL, 2001).

A planta ganhou o nome de *Nicotiana* após Jean Nicot, um embaixador francês em Portugal, no século XIV, exaltar em público a virtude do tabaco como agente curativo (SILVA, 2004 apud OLIVEIRA, 2008).

No século XVII o tabaco foi difundido através do cachimbo para Ásia e África. E no século seguinte, surgiu a moda de aspirar rapé, ao qual foram atribuídas qualidades medicinais; nessa época a rainha da França, Catarina de Médicis, utilizava o fumo para aliviar enxaquecas. No séc. XIX surgiu o charuto que veio da Espanha, atingindo toda a Europa, Estados Unidos e demais países, onde o tabaco era utilizado para demonstração de ostentação (OLIVEIRA, 2008).

Por volta de 1840 a 1850, surgiram as primeiras descrições de homens e mulheres fumando cigarros, mas foi somente após a Primeira Guerra Mundial que o consumo apresentou grande expansão (OLIVEIRA, 2008).

No final do século XIX e, sobretudo, na 1ª metade do século XX, a explosão do consumo de tabaco definiu a consolidação da potência econômica das indústrias fumageiras. Isto se deu graças a dois fatores: a produção de cigarros em escala industrial e a um processo agressivo de

propaganda e marketing (Organização Pan Americana de Saúde, 1992 apud BRASIL, 2001). Este último foi historicamente decisivo para dar ao comportamento de fumar uma representação social positiva, através de um processo de associação entre o consumo de derivados do tabaco e o ideal de auto-imagem, como beleza, sucesso, liberdade. Assim, ao longo de décadas, o comportamento de fumar foi tornando-se familiar e o cigarro objeto de desejo de milhões de pessoas, especialmente a partir da década de 1950, quando as técnicas de publicidade se desenvolveram (BRASIL, 2001).

A partir da década de 60, surgiram os primeiros relatórios científicos, relacionando o cigarro ao adoecimento do fumante. Hoje existem inúmeros trabalhos científicos, comprovando os malefícios do tabagismo à saúde do fumante e do não fumante exposto à fumaça do cigarro (OLIVEIRA, 2008).

Atualmente o tabaco é cultivado em todas as partes do mundo, sendo responsável por uma enorme atividade econômica. Apesar de seus malefícios é uma das drogas mais consumidas mundialmente (BRASIL, 2001).

2.2 – ASPECTOS QUÍMICOS E FÍSICOS DO TABACO

A composição química do cigarro soma mais de 4.700 produtos químicos conhecidos, entre hidrocarbonetos, fenóis, ácidos graxos, isopropenos, esteres e minerais inorgânicos (PONTES, 2008). De acordo com PLANETA e CRUZ (2005) muitas dessas substâncias químicas podem

contribuir para os efeitos reforçadores do tabaco. Entretanto estudos demonstram que a nicotina é o principal agente responsável pelo desenvolvimento da dependência ao tabaco.

A fumaça do cigarro consiste de substâncias químicas voláteis (92%) e material particulado (8%) resultantes da combustão do tabaco, sendo a nicotina, uma amina terciária volátil, o componente ativo mais importante do tabaco (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

A nicotina é um alcalóide vegetal, sintetizada nas raízes da planta do tabaco. De acordo com ROSEMBERG (2003) através da queima do tabaco, a nicotina liberta-se em gotículas de 0.3 a 0.5 µm (micras) sendo inalada e transportada aos bronquíolos terminais e alvéolos pulmonares. Pela circulação sanguínea, distribui-se por quase todo o organismo. Após a tragada, chega rapidamente ao cérebro atravessando facilmente a barreira hematoencefálica e as membranas celulares de todos os órgãos. O pH do fumo é importante para a absorção da nicotina, pois quanto mais ácida, mais ionizada se torna, e mais dificilmente atravessa as membranas. É metabolizada, a maior parte, no fígado, e em grau bem menor, nos pulmões, e excretada pelos rins.

A nicotina é uma substância que provoca no sistema nervoso central um desprendimento de aminas próprias, tendo ação euforizante e responsável pela dependência; nas glândulas supra-renais provoca um aumento na secreção da adrenalina, ativando com isso todo o sistema (PONTES, 2008). Possui baixo peso molecular e é absorvida através da mucosa bucal ou nasal, dos alvéolos pulmonares e da pele, sendo assim é

necessário que seja tragada para sua absorção nos pulmões (BALBANI; MONTOVANI, 2005; ROSEMBERG, 2002). Segundo Balbani e Montovani (2005) depois de tragada a nicotina é rapidamente absorvida pelos alvéolos pulmonares atingindo o cérebro em cerca de 10 segundos. Seus efeitos fisiológicos imediatos são o aumento da freqüência cardíaca e da pressão arterial, a contração dos vasos sanguíneos, além dos efeitos hormonais e metabólicos (PONTES, 2008; ROSEMBERG, 2003).

De acordo com PONTES (2008) o consumo diário de nicotina, embora com variações, é em geral em torno de 10 a 61mg. O seu efeito possui uma meia vida de cerca de duas horas, que somado aos valores das meias-vidas subseqüentes, pode-se prever que a nicotina se acumula, num fumante regular, a níveis sanguíneos significativos por pelo menos 6 a 8 horas depois de cessado o hábito de fumar. Dessa forma, a nicotina não intoxica o organismo de modo intermitente, como pode parecer pelo modo de consumir o tabaco em tragadas sucessivas, com certo espaço de tempo entre elas. Ao contrario, o tabagista se expõe a uma intoxicação permanente, pois as doses múltiplas de nicotina que inala acumulam-se de tal maneira que a intoxicação continua durante as 24 horas do dia.

ROSEMBERG (2003) se refere a um estudo onde se verificou a média de concentração da nicotina no sangue dos tabagistas dependentes, sendo de 300 ng/ml. Um cigarro produz no sangue concentração em torno de 14ng/ml, podendo chegar a 70ng/ml nos que fumam cinco cigarros por dia. De acordo com esse estudo, seria razoável estimar os níveis de 50 a 70ng/ml como os mínimos para gerar dependência. Esses níveis

correspondem a inalação diária de 4mg a 6mg de nicotina, ou seja, aproximadamente cinco cigarros. Por outro lado, outra proposta baseada na pratica epidemiológica considera como nicotino-dependentes os que fumaram pelo menos 100 cigarros durante a vida. Nota-se assim a dificuldade para se estabelecer um parâmetro, há muitas variações individuais decorrentes de diversos fatores, inclusive genéticos.

Com o decorrer do tempo, segundo PONTES (2008), os receptores específicos cerebrais, ao reconhecerem a nicotina, reagem exigindo quantidades cada vez maiores da droga, para alcançar o mesmo nível de resposta, o que caracteriza a nicotina-dependência. A dependência tem sido definida como um estado induzido por uma droga cuja abstinência acarreta distúrbios fisiológicos e psicológicos que podem ser anulados pela nova administração da droga, enquanto a tolerância é um fenômeno característico, que exige doses cada vez mais fortes, para manter o mesmo efeito de droga (CARVALHO, 2000).

2.3 – EFEITOS PSICOLÓGICOS DA NICOTINA

O consumo de tabaco, segundo ROSAS e BAPTISTA (2002) está também associado de forma particularmente intensa a dimensões subjetivas do comportamento e a influências sociais, o que contribui para a iniciação e manutenção do tabagismo. Os reforços positivos (prazer) ou negativos (evitar a síndrome de abstinência), relacionados com o comportamento de fumar, tornam-no repetitivo e regular, ou seja, num hábito automático.

As pessoas têm diferentes razões ou motivos para fumar e, desta forma, podem ser influenciadas, simultaneamente, por variáveis individuais e fatores situacionais (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007). Segundo CALHEIROS, OLIVEIRA e ANDRETTA (2006) a nicotina é uma droga estimulante, fazendo com que o cérebro libere uma grande variedade de neurotransmissores, os quais podem propiciar ao fumante uma sensação de bem-estar. De acordo com os autores “o ato de fumar pode afastar momentaneamente alguma situação estressante, pode distrair o indivíduo de seus problemas” (p.71).

Para MALBERGIER e OLIVEIRA JUNIOR (2005) o ato de fumar interfere de um modo complexo no humor e a abstinência piora, transitoriamente, o humor, a ansiedade e a cognição. Sendo assim, a discussão sobre dependência de tabaco e suas comorbidades psiquiátricas tem importância no contexto atual.

Segundo ECHER (2006) o conhecimento dos fatores psicológicos e psiquiátricos associados ao tabagismo é importante para intervir no cuidado a estes indivíduos. Deve-se valorizar as características individuais de personalidade como um dos fatores determinantes da iniciação e da manutenção da dependência, adequando às condutas terapêuticas especificas para cada caso. É importante que seja feita uma avaliação quanto ao seu perfil de personalidade e quanto à presença ou não de alguns distúrbios psiquiátricos antes de iniciar o processo de abandono.

2.4 – TABAGISMO E COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

De acordo com FEINSTEIN (1970, apud LIMA, 2004) a comorbidade refere-se a qualquer entidade clínica distinta adicional que ocorra no mesmo período da evolução de um paciente cuja doença *index* esteja sob estudo.

Para LEMOS e GIGLIOTTI (2007) não há uma preocupação em saber qual morbidade precede a outra. Do ponto de vista temporal, a associação de tabagismo e comorbidades psiquiátricas pode então ocorrer de três diferentes modos: (1) a comorbidade precede no tempo o início do tabagismo; (2) o tabagismo precede os problemas psíquicos ou (3) ambos os transtornos ocorrem na mesma época na vida do indivíduo.

Recentes estudos indicam que há uma prevalência elevada de tabagismo em pacientes com transtornos psiquiátricos como esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar do humor, transtorno do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (FREIRE et al., 2007). Apesar das evidências, muitas vezes o diagnóstico de tabagismo não é realizado entre os pacientes de unidades psiquiátricas (CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006), ocorrendo o mesmo com o inverso. É importante salientar, como descreve os autores CALHEIROS, OLIVEIRA e ANDRETTA (2006), que tabagistas com comorbidades psiquiátricas apresentam um maior risco de manifestação ou intensificação dos sintomas da comorbidade durante a abstinência da nicotina.

2.4.1 – Tabagismo e Depressão

Diversos autores, de acordo com MALBERGIER e OLIVEIRA JUNIOR (2006), desde o fim da década de 1970, passaram a relacionar o tabagismo a aspectos negativos da afetividade, tais como tensão, ansiedade, irritabilidade, e sintomas depressivos em geral. Há forte evidência de comorbidade entre tabagismo e transtornos depressivos (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007).

Tabagistas deprimidos podem fumar para aliviar seus sintomas, reforçando assim o desejo de fumar (GLASSMAN et al., 1990 apud CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006). Assim, embora cientes do risco de fumar, eles percebem o cigarro mais prazeroso do que aqueles sem comorbidades (LEMOS; GIGLIOTTI, 2007). Segundo ROSEMBERG (2003) as pessoas com depressão têm alívio fumando porque, nelas, a nicotina age como ansiolítica, diminuindo os sintomas, que voltam a se intensificar se param de fumar. Para o autor as pessoas com depressão fumam mais, nos fumantes de mais de 20 cigarros por dia é comum encontrarem-se sintomas de depressão.

Para POMERLEAU e colaboradores (1978, apud MALBERGIER; OLIVEIRA JR, 2006) fumantes com história de sintomas depressivos teriam mais dificuldade para deixar o fumo. Esses indivíduos correm mais risco de recaídas durante o período de abstinência, em comparação aos fumantes sem o mesmo histórico. Nos fumantes com histórico de transtornos depressivos, a cessação do tabagismo é fator de risco para a manutenção

do quadro clínico ou o desenvolvimento de novo surto depressivo (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007).

Uma vez que a probabilidade de ocorrência de episódios depressivos no período de abstinência da nicotina é fato comprovado em diversos estudos, a relação entre tabagismo e depressão tem significante importância no contexto do tratamento da dependência de nicotina, principalmente pela possibilidade de fracasso e conseqüente recaída (MALBERGIER; OLIVEIRA JR, 2006).

2.4.2 – Tabagismo e Ansiedade

Estudos epidemiológicos e clínicos têm demonstrado uma associação positiva entre tabagismo e transtornos de ansiedade, ressaltando que a relação tabagismo-ansiedade depende do tipo ou diagnóstico do distúrbio de ansiedade (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007, CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006). De acordo com MALBERGIER e OLIVEIRA JUNIOR (2006) a prevalência de tabagismo entre os indivíduos com transtornos de ansiedade (47%) fica acima da prevalência na população geral.

Para FREIRE e colaboradores (2007) existem duas possíveis explicações para a associação entre tabagismo e ansiedade: (1) o tabagismo e os transtornos de ansiedade compartilham uma mesma etiologia; (2) indivíduos ansiosos teriam um risco maior para o tabagismo. Os autores referem que outros estudos levantaram a hipótese de que há um

grupo de tabagistas que usa a nicotina para obter sedação, e outro que usa essa substância pelo efeito estimulante, entretanto concordam com estudos mais recentes que indicam que a nicotina tem efeitos estimulantes e sedativos nos mesmos indivíduos.

2.4.3 – Tabagismo e Outros Transtornos

Segundo ROSEMBERG (2003) doentes mentais comumente fumam muito. “Constata-se alta prevalência de fumantes em todos os grupos com desarranjo mental; por exemplo, praticamente todos que sofrem de agorafobia são fumantes pesados” (HUGUES, 1986 apud ROSEMBERG, 2003, p.95).

De acordo com MALBERGIER e OLIVEIRA JUNIOR (2006) a esquizofrenia mantém estreita relação com a dependência de nicotina, com prevalência de aproximadamente 80%. Recentemente, constatou-se que, na esquizofrenia, a nicotina só consegue a liberação da dopamina quando age em altas doses sobre o mesolimbo e centros dopamínicos, fazendo com que os portadores dessa doença fumem mais (ROSEMBERG, 2003). Conforme LEMOS e GIGLIOTTI (2007) nesses indivíduos:

> a nicotina melhora a atenção sustentada; melhora os déficits de memória de trabalho espacial e o tempo de reações complexas, relacionados ao uso de antipsicóticos; reverte déficits de memória espacial de trabalho relacionados à abstinência; melhora a *performace* em tarefas ligadas a memória de trabalho e à atenção sustentada em esquizofrênicos abstinentes (p. 194).

A esquizofrenia tem como característica sintomas e prejuízos cognitivos e sociais que dificultam o acesso e a permanência em programas de tratamento para cessação do tabagismo; sendo assim esses indivíduos têm maior dificuldade de abandonar o tabaco, sendo os índices de recaídas altíssimos (MALBERGIER; OLIVEIRA JR, 2006, ROSEMBERG, 2003).

Para CALHEIROS, OLIVEIRA e ANDRETTA (2006) a iniciação no uso de álcool e outras drogas aumentam o risco de co-ocorrência de dependência de nicotina. Para os autores o transtorno por uso de álcool, abuso ou dependência pode aumentar a probabilidade de dependência de tabaco ao longo do processo de desenvolvimento humano. O alcoolismo é preditor de consumo persistente de cigarros. LEMOS e GIGLIOTTI (2007) ressaltam o fato do tabaco e o álcool serem drogas lícitas, vendidas livremente; entretanto, como reforçam os autores, ao contrário do álcool, o tabaco não gera um comportamento social inconveniente, o que reforça sua melhor aceitação.

"De modo geral, todos os alcoólicos, os estressados, os deprimidos e os portadores de psicopatias são tabagistas" (ROSEMBERG, 2003, p.95). De acordo com o autor essa população, além de fumar mais, desenvolve nicotino-dependência mais intensa e, por isso, têm mais dificuldade de abandonar o fumo. O índice de recaída também é alto.

2.5 – SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA

Segundo BALBANI e MONTOVANI (2005) a nicotina induz tolerância – necessidade de doses progressivamente maiores para obter o mesmo

efeito – e dependência – desejo de consumi-la – por agir nas vias dopaminérgicas do sistema mesolímbico, diminuindo a atividade do tálamo. Assim como outras drogas psicoativas, a nicotina "libera dopamina no *nucleus accumbens*, localizado no mesencéfalo, estimulando a sensação de prazer e 'recompensa'" (p.822). Passado o desconforto provocado pelas primeiras tragadas do tabaco (mal-estar, tontura, náuseas), o fumante passa a experimentar uma sensação prazerosa.

De acordo com MARQUES e colaboradores (2001), após uma diminuição de 50% no consumo da nicotina o indivíduo já é capaz de desencadear os sintomas de abstinência. A síndrome de abstinência da nicotina é mediada pela noradrenalina e começa cerca de 8 horas após fumar o último cigarro, atingindo o auge no terceiro dia.

Para o Conselho Nacional de Saúde a abstinência do cigarro passa por diferentes etapas, dependendo do tempo em que o tabagista encontra-se abstinente. Após os primeiros 20 minutos a pressão arterial, a freqüência do pulso e a temperatura das mãos e pés tende a normalizar. Após 08 horas o nível de monóxido de carbono no sangue diminui, aumenta o nível de oxigenação no sangue. No final do primeiro dia sem fumar riscos de problemas cardíacos diminuem. Após dois dias as terminações nervosas começam a regenerar-se, o olfato e o paladar ficam mais aguçados, ocorre a diminuição do monóxido de carbono no organismo e uma diminuição em torno de 50% de chance de infarto. No terceiro dia a árvore brônquica relaxa favorecendo a respiração, a capacidade pulmonar aumenta e a sua função aumenta em até 30%. Com o passar do tempo, entre duas semanas a três

meses a circulação sanguínea aumenta e a prática de atividade física torna-se menos cansativa. E antes mesmo de completar o primeiro ano sem fumar, por volta dos nove meses o individuo pode notar uma diminuição da tosse, da congestão nasal, da fadiga e da dispnéia (falta de ar); movimento ciliar dos brônquios volta ao normal, purificando os pulmões e reduzindo os riscos de infecções respiratórias e aumento da capacidade física (MORAES, 2006).

Os principais sintomas da síndrome de abstinência são: ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono (insônia e sonolência diurna), aumento do apetite, alterações cognitivas (diminuição da concentração e atenção) e fissura pelo cigarro[2]. Por isso os dependentes da nicotina apresentam alívio da abstinência ao fumarem o primeiro cigarro da manhã (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

Vale ressaltar que a síndrome de abstinência da nicotina atinge, além dos aspectos biológicos, os psicológicos e também os sociais. Isso quer dizer que entre os sintomas biológicos apresentados devido a abstinência da nicotina estariam a diminuição da freqüência cardíaca e da pressão arterial, o aumento do apetite e conseqüentemente ganho de peso, tremores, tosse, entre outros. Como sintomas psicológicos o indivíduo apresenta humor eufórico ou deprimido, insônia e sonolência diurna, irritabilidade, frustração, raiva, ansiedade, dificuldade de concentração, inquietação e fissura. Além disso pode apresentar instabilidade nos relacionamentos sociais em conseqüência da ansiedade (OLIVEIRA, 2008).

---

[2] Fissura: desejo intenso de fumar

No caso de tabagistas com comorbidades psiquiátricas os sintomas de abstinência da nicotina se confundem, podendo ser classificados, como referem LEMOS e GIGLIOTTI (2007), em dois tipos: (1) sintomas transitórios, que caracterizam a verdadeira síndrome de abstinência de nicotina (diminuição da concentração, irritabilidade, ansiedade, entre outros); e/ou (2) sintomas compensatórios, que são os da doença primária anteriormente mascarada pelo uso da nicotina. Esses sintomas compensatórios podem superpor à síndrome de abstinência verdadeira, tornando-a aparentemente mais profunda e mais prolongada, podendo em alguns casos fazer com que os indivíduos acabem por voltar a fumar para amenizar seu sofrimento.

2.6 – CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO (CQCT)

Em 1999 os países membros das Nações Unidas, após o reconhecimento mundial de que a expansão da epidemia do tabaco tornou-se um problema globalizado, problema esse com sérias conseqüências para a saúde pública e que requer a maior cooperação internacional possível e a participação de todos os países para uma resposta internacional efetiva, apropriada e compreensiva (BRASIL, 2004b), propuseram, durante a 52ª Assembléia Mundial da Saúde, o estabelecimento do primeiro tratado internacional em saúde pública da história da humanidade: a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT).

Os Estados membros da OMS elaboraram durante quatro anos o tratado, aprovado em 2003 na 56ª Assembléia Mundial da Saúde (BRASIL, 2004b). O objetivo desse tratado é proteger a população mundial e as gerações futuras das conseqüências geradas pelo consumo e exposição à fumaça do tabaco. A partir de então o controle do tabaco passou a ser encarado como uma questão ética e de responsabilidade social dos governos para com suas populações (OLIVEIRA, 2008).

Esse tratado fixou uma lista de medidas relacionadas à propaganda e patrocínio de produtos do tabaco, à política de impostos e preços, ao comércio ilícito, ao tabagismo passivo, a ações de vigilância e pesquisas, dentre outras, que devem ser adotadas pelos países que assinarem e ratificarem a Convenção. Para que os países membros da OMS façam parte da Convenção é necessário que a mesma seja assinada pelo Ministro da Saúde e posteriormente ratificada pela área legislativa ou de máximo poder no país (BRASIL, 2004a).

O Brasil foi o segundo país a assinar o tratado, desempenhando uma posição de destaque no processo de negociação para constituição da CQCT (BRASIL, 2004b).

As recomendações da CQCT, em sua maioria, já foram implementadas no Brasil. Destaca-se entre elas (BRASIL, 2004b):

a. o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no Instituto Nacional do Câncer – Ministério da Saúde (INCA/MS) que coordena a implementação de ações educativas,

legislativas e econômicas desenvolvidas no plano nacional e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;

b. a criação da Comissão Nacional para o Controle do Tabaco e a Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos (CONICQ), ambas contando com a participação de representantes de vários ministérios;
c. criaram-se medidas para o aumento de preços e impostos;
d. no plano da legislação, foi criada e aprovada a lei 9294/96 proibindo o uso de cigarros em recintos de uso coletivo, exceto em áreas isoladas e arejadas exclusivamente destinadas aos fumantes. No campo da educação em saúde, promove-se o programa “ambientes livres de cigarros” em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho;
e. a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 1999, passou a regular, controlar e fiscalizar os produtos derivados do tabaco, além de definir os teores máximos permitidos para os cigarros;
f. proibiu-se a utilização dos descritores “baixos teores, suave, *light*” em embalagens e material publicitário e determinou-se a inserção de advertências acompanhadas de imagens, desde 2001;
g. por lei a publicidade do tabaco está restrita à parte interna dos locais de venda através de pôsteres, painéis e cartazes;

proibiu-se fumar em aeronaves e outros veículos de transporte coletivo e proibiu-se a publicidade pela Internet.

2.7 – PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO (PNCT)

O governo brasileiro preocupado com os prejuízos ocasionados pelo uso do fumo na saúde da população elaborou um Programa Nacional de Controle do Tabagismo, apesar de compreender que o Brasil é um país em desenvolvimento e grande produtor de tabaco (PONTES, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) foi a partir da década de 1970 que se tornaram mais evidentes as manifestações para controle do tabagismo no Brasil. Inicialmente, sem nenhum apoio do governo, por iniciativa de profissionais isolados, associações médicas, religiosas e outras Organizações Não-Governamentais (ONGs), de maneira organizada. Através de publicações científicas e de divulgação na mídia leiga, surgiram projetos de lei e até mesmo algumas leis municipais e estaduais restritivas, além de campanhas e programas de educação em saúde, principalmente dirigidos a crianças e adolescentes em idade escolar. Ao final da década seguinte, o Ministério da Saúde passou a assumir seu papel na organização de ações sistemáticas, continuadas e abrangentes, através do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

Ao longo desses anos, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) foi construído com o apoio de alianças e parcerias. Num

primeiro momento as ações voltaram-se para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público-alvo crianças e adolescentes; e em seguida envolvendo ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar (BRASIL, 2001).

Em 1995, o INCA iniciou uma busca ativa junto às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) de indicação oficial de recursos humanos para gerenciamento do Programa nos estados. Nessa ocasião foi instituído um convênio entre o Fundo Nacional de Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, sendo o INCA o interveniente desse convênio. Coube então ao INCA o papel de fornecer suporte técnico às Secretarias Estaduais de Saúde na elaboração de um Plano de Trabalho, visando alinhá-lo ao Plano Global de controle do tabagismo delineado pelo próprio Instituto. O convênio permitiu que as SES se estruturassem e se preparassem para todo um processo de descentralização de gerência de ações educativas (campanhas, ações em unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho, tratamento do fumante). Com isso o INCA assumiu o papel de acompanhar a evolução das ações previstas no Plano de Trabalho dos estados visando avaliar a efetivação das obrigações pactuadas no convênio (OLIVEIRA, 2008).

Durante nove anos, as ações educativas foram apenas pontuais, e a partir de 1996 passaram a envolver também ações contínuas (BRASIL, 2001). A partir de então, o INCA iniciou o desenvolvimento de projetos pilotos para testar metodologias e gerar modelos de implantação de ações educativas continuadas em unidades de saúde, ambientes de trabalho e escolas, com objetivo de promover mudanças de atitudes no que se refere à

aceitação social do tabagismo e estimular a cessação de fumar em grupos-alvo formadores de opinião como professores, alunos, profissionais de saúde, e trabalhadores de empresas. Também teve início nesse período, a organização de um processo de capacitação para gerenciamento local do programa, através de uma capacitação piloto de recursos humanos das 27 Secretarias Estaduais de Saúde. Para isso foram desenvolvidos modelos de capacitação e materiais educativos de apoio tanto para o gerenciamento como para implantação do programa em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho (BRASIL, 2001).

Considerando a dimensão geográfica do Brasil e as grandes dificuldades geradas pelas diferenças regionais que envolvem diferentes aspectos sócio-econômicos e culturais, o PNCT tem investido em estratégias para a descentralização das ações segundo a lógica do SUS (Sistema Único de Saúde). Assim, fez-se decisivo o fortalecimento de uma base geopolítica através da qual pudesse ser articulada uma rede de núcleos gerenciais nas secretarias de saúde estaduais, regionais e municipais para a expansão dessas ações de forma eqüitativa e racional em todo o país (OLIVEIRA, 2008).

Atualmente, o Ministério da Saúde, por meio do INCA, e em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e ONGs, vem investindo esforços na socialização dos conhecimentos sobre cessação do fumo (BRASIL, 2001). Da mesma forma, um processo de sensibilização de gestores de saúde no nível estadual e municipal tem contribuído para o crescente interesse no programa pelas diversas instâncias governamentais

da área de saúde (OLIVEIRA, 2008). Esse processo contribuiu para uma significativa mudança de paradigma, onde o tabagismo, de um comportamento elegante e charmoso, se transformou progressivamente num comportamento indesejável (BRASIL, 2001).

Diversas medidas intersetoriais vêm sendo adotadas no país, destacando-se as leis que proíbem a propaganda dos produtos de tabaco em televisão, revistas, jornais e outdoors; as que proíbem fumar em ambientes públicos fechados; as que regulam os produtos de tabaco quanto aos seus conteúdos e emissões; as que regulam as atividades de promoção e as atividades de venda dos mesmos; implementação de ações educativas em escolas, ambientes de trabalho e unidades de saúde e de ações para aumentar o acesso da população ao tratamento da dependência da nicotina no sistema de saúde publica nacional (o SUS); além da adoção medidas e estratégias para controlar o mercado ilegal de cigarros que tem aumentado no Brasil (PONTES, 2008; CAVALCANTE, 2005).

Para ROSEMBERG (2003) é importante destacar que sancionar a legislação de proibição ao fumo não é suficiente, é necessária uma fiscalização exigente e implementação de estratégias educativas que conscientizem a população quanto aos prejuízos do uso do tabaco.

Segundo OLIVEIRA (2008), através da organização e articulação dessa rede nacional para gerenciamento regional do programa, as ações para o controle do tabagismo no Brasil vêm sendo descentralizadas.

2.8 – LEI ESTADUAL ANTI FUMO (LEI Nº 13.541, DE 7 DE MAIO DE 2009[3])

De acordo com o Portal da Lei Anti Fumo do Governo do Estado de São Paulo[4], acompanhando uma tendência internacional de restrição ao fumo, já adotada em cidades como Nova York, Londres, Paris e Buenos Aires, o Estado de São Paulo adotou uma nova legislação antifumo, que entrou em vigor em agosto de 2009. A nova legislação antifumo passou a proibir o fumo em ambientes fechados de uso coletivo como bares, restaurantes, casas noturnas e outros estabelecimentos comerciais. Mesmo os fumódromos em ambientes de trabalho e as áreas reservadas para fumantes em restaurantes passaram a ser proibidas. Essa nova legislação estabeleceu ambientes 100% livres do tabaco.

Inúmeros estudos realizados comprovaram os males do cigarro não apenas para quem fuma, mas também para aqueles que se vêem expostos à fumaça do cigarro. A fumaça do cigarro é importante causa de poluição ambiental submetendo a população de não fumantes (fumantes passivos), a sérios riscos de adoecimento e morte. Ela é capaz de causar danos imediatos tanto no fumante ativo como no fumante passivo (PIRES, 2002). Uma análise do tabagismo como problema de saúde pública deve incluir também os efeitos do tabagismo passivo. A exposição involuntária à fumaça ambiental do cigarro aumenta o risco de câncer de pulmão, doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência coronariana. Em crianças,

---

[3] Ver anexo 1: LEI Nº 13.541, de 7 de maio de 2009
[4] http://www.leiantifumo.sp.gov.br

aumenta o risco de sintomas respiratórios, episódios de asma, episódios de doença respiratória aguda, síndrome da morte súbita na infância e infecções de ouvido médio (BRASIL, 2004b). É principalmente a saúde do fumante passivo que a nova lei busca proteger.

A preocupação com ambientes livres de tabaco é uma das importantes iniciativas de controle do tabagismo em vários países do mundo. A preocupação dos órgãos mundiais com esse assunto repercutiu na elaboração de leis em diversos países. Entre essas leis, destaca-se a que obriga praticamente todos os locais de trabalho públicos fechados a serem 100% livres da fumaça de tabaco. Um exemplo foi a medida adotada pela Irlanda em 2004, tornando o primeiro país no mundo a criar e beneficiar os locais de trabalho e os locais públicos fechados, incluindo restaurantes, bares e pubs. Em seguida a Noruega assumiu também o modelo, seguida de Nova Zelândia, Itália e Uruguai, e outros. Atualmente, 80% dos canadenses e 50% dos americanos vivem em jurisdições livres da fumaça do tabaco (PONTES, 2008).

Seguindo esse modelo, a nova lei do Estado de São Paulo, no Brasil, passou a restringir, mas não a proibir o ato de fumar. O cigarro continua autorizado dentro das residências, das vias públicas e em áreas ao ar livre. Estádios de futebol também estão liberados, assim como quartos de hotéis e pousadas, desde que estejam ocupados por hóspedes. A responsabilidade por garantir que os ambientes estejam livres de tabaco é dos proprietários dos estabelecimentos. Os fumantes são alvo da fiscalização.

Para evitar punições, os responsáveis pelos estabelecimentos devem adotar algumas medidas, como a fixação de cartazes[5] alertando sobre a proibição e a retirada dos cinzeiros das mesas de bares e restaurantes buscando desestimular que cigarros sejam acesos. Devem, também, orientar seus clientes sobre a nova lei e pedir para que não fumem. Caso alguém se recuse a apagar o cigarro, a presença da polícia poderá ser solicitada. Em caso de desrespeito à lei, o estabelecimento recebe multa, que é dobrada em caso de reincidência. Se o estabelecimento for flagrado uma terceira vez, é interditado por 48 horas. E, em caso de nova reincidência, a interdição é de 30 dias.

Ao proibir que se fume em ambientes fechados de uso coletivo, a lei antifumo estabelece uma mudança de comportamento com reflexos diretos na saúde pública.

[5] Ver anexo 2

3. TRANSTORNO MENTAL COMUM

Em termos gerais, os Transtornos Mentais Comuns se designam por situações de sofrimento mental e sua denominação refere-se aos estados de saúde envolvendo sintomas psiquiátricos não-psicóticos, que trazem incapacidade funcional ou ruptura do funcionamento normal das pessoas, ressaltando o não preenchimento de critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações do DSM-IV *(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition)* e da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10ª. revisão) (BANDEIRA; FREITAS; CARVALHO FILHO, 2007; MARAGNO et. al, 2006). Os sintomas apresentados são: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (COSTA; LUDERMIR, 2005). Também denominados “doenças mentais comuns” ou “transtornos psiquiátricos menores”, geralmente não fazem os pacientes procurarem o especialista ou são sub-diagnosticados, podendo então não receber tratamento adequado, mostrando a necessidade de que os médicos generalistas estejam capacitados a identificar esses casos para encaminhá-los ou tratá-los, e por isso são tão relevantes do ponto de vista da saúde pública (LIMA, 2004; SANTOS, 2002).

Esse tipo de transtorno mental, os TMC, tem especial importância na atenção primária e na prática médica não psiquiátrica, uma vez que a comorbidade com outras doenças leva a um pior prognóstico de ambas,

tanto por piora do quadro clínico principal, como por aderência inadequada aos tratamentos propostos (FERNANDEZ; LEVY, 1990, apud SANTOS, 2002).

Os TMC atingem mais de 25% da população mundial, afetando pessoas de ambos os sexos e diferentes idades e grupos sociais; entretanto, em estudos realizados nas últimas décadas, observa-se uma diferença significativa quanto à saúde mental segundo sexo. A literatura aponta um conjunto de variáveis sociais, demográficas, econômicas e biológicas que estariam associadas ao aumento da prevalência de TMC (PEREIRA, MORITA, BARROS, 2008). Acredita-se que eventos como morte de ente querido, divórcio, perda de emprego, entre outros, contribuam para a ocorrência de tais transtornos (WHO, 2002, apud BARROS, 2005). No Brasil, vale ressaltar o acesso limitado à escolaridade e ao emprego, as condições precárias de renda e moradia e as altas taxas de violência e criminalidade que propiciam condições de vida estressantes e proporcionam um quadro favorável à ocorrência de TMC (LOPES et al., 2003 apud PEREIRA, MORITA, BARROS, 2008).

Estudos epidemiológicos, segundo COSTA e colaboradores (2002), podem ser utilizados para determinar a freqüência e as características associadas à variações de distúrbios psiquiátricos, assim como para avaliar a efetividade de políticas e ações desenvolvidas. O conceito de TMC é “bastante utilizado em inquéritos populacionais por incluir em seu espectro quadros sub-clínicos, fornecendo uma melhor visualização do *status* da saúde mental da comunidade” (COELHO, 2006, p.4).

3.1 – PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Embora tentativas de estabelecer a prevalência de transtornos mentais na população tenham sido feitas no século XIX, segundo Lima (2004), foi na segunda metade do século XX que se passou a contar com avaliações padronizadas e critérios diagnósticos que permitiam maior confiabilidade no diagnóstico e classificação das doenças mentais. O desenvolvimento de tais recursos, entre as décadas de 1960 e 1970 possibilitaram investigações sobre fatores etiológicos, impactos das intervenções e evolução dos transtornos mentais nas populações. Contudo, a enorme discrepância entre as taxas encontradas, que nessa época variavam de um a 50%, provavelmente são explicadas pelas diferenças metodológicas entre os estudos (LIMA, 2004).

Atualmente, apesar das diferenças nos procedimentos metodológicos existentes, pesquisas têm mostrado uma constância no que diz respeito aos fatores de risco para doenças mentais (LIMA, 2004).

De acordo com COELHO (2006), em estudo de revisão, nos estudos de base populacional, é descrita uma prevalência variando de sete a 30%, em países industrializados. No Brasil, estudos analisados pelo autor apontam prevalência variando de 18,5%, em uma população de universitários, a 36% em moradores de comunidade rural no estado de Pernambuco e 51% na capital do país.

Diferentes estudos realizados em diversos países apontam alguns fatores associados aos TMC: gênero feminino, estado civil separado ou viúvo, baixa escolaridade, baixa renda e classe social, regiões de grande

desigualdade sócio-econômica, eventos de vida produtores de estresse, entre outros (COELHO et al, 2009; ALMEIDA-FILHO et al, 1997).

Os números encontrados em estudos de prevalência de TMC variam de acordo com as características da população estudada (COELHO et al, 2009). Além disso, os diferentes instrumentos utilizados dificultam a comparação entre tais estudos.

Referindo-se apenas à pesquisas que fizeram uso do instrumento SRQ-20 – o mesmo utilizado no presente estudo – para rastreamento de TMC, a prevalência encontrada foi entre 11 e 36%, em diferentes regiões do mundo. Na Etiópia (KEBEDE et al, 1999 apud LIMA, 2004), um estudo com 10203 pessoas, com idade igual ou superior a 15 anos, encontrou-se uma prevalência de TMC de 11,7%, prevalência essa aquém das encontradas em estudos brasileiros, como o realizado por REICHNHEIM e HARPHAN (1991 apud LIMA, 2004) com mães residentes na periferia do Rio de Janeiro, de 36%, e a pesquisa de LUDERMIR e MELO FILHO (2002), com pessoas a partir dos 15 anos em Olinda - PE, onde a prevalência de TMC foi de 35%.

4. INQUÉRITOS DE SAÚDE

Os inquéritos de base populacional são meios comprovados para obtenção de informações essenciais a respeito de necessidades, comportamentos, gastos e condições de saúde dos indivíduos, além de levantarem questões relacionadas aos serviços de saúde, especialmente nos indivíduos que não fazem uso dos serviços ou o fazem de maneira irregular (WHITE, 1985 apud SOUZA, 2006).

Segundo SEGRI (2008), citando CAMPOS (1993), várias são as informações que podem ser identificadas através dos inquéritos de saúde, como: as necessidades por diversos tipos de cuidados de saúde, os comportamentos e atitudes diante de uma patologia, o grau de incapacidade resultante de uma morbidade, os gastos financeiros relacionados destinados à saúde e ao uso dos serviços, os efeitos dos cuidados, o acesso e a utilização dos serviços, o consumo de medicamentos, entre tantos outros.

Esse tipo de estudo torna possível avaliar a forma como os serviços de saúde são utilizados por grupos populacionais com diferentes características demográficas e socioeconômicas (CESAR; TANAKA, 1996). As informações geradas são complementares àquelas provenientes dos sistemas de informação de fluxo contínuo; constituindo-se de mecanismos indispensáveis para uma visão mais profunda das condições de vida e saúde da população (ALMEIDA, 2006), permitindo assim uma melhor

definição de diretrizes e estratégias para o alcance de uma maior equidade no atendimento à saúde da população (CESAR; TANAKA,1996).

A prática de inquéritos domiciliares é bastante antiga e tem sido utilizada tanto pela sociologia quanto pela epidemiologia desde o século XIX. No Brasil, há registros de inquéritos domiciliares como fonte de informações sociodemográficas e epidemiológicas da década de 1920. Com o passar do tempo, os métodos de realização e análise dos dados provenientes dos inquéritos foram se aperfeiçoando, possibilitando maior precisão e exatidão nas informações obtidas, garantindo a validade externa dos achados (BARATA, 2006 apud SEGRI, 2008).

Nos países desenvolvidos, os inquéritos de saúde de base populacional tiveram implementação mais significativa, de acordo com BARROS (2008), a partir da década de 60. Posteriormente, nos países em desenvolvimento, tem sido crescente o uso desse tipo de estudo; considerando-se uma tendência em todo mundo (BARROS, 2008, SOUZA, 2006). Essa modalidade de estudo vem cada vez mais se consolidando como elemento fundamental no processo de planejamento, principalmente nos países desenvolvidos (CASTRO, 2006).

CESAR e TANAKA (1996) ressaltam que faz-se necessária uma avaliação prévia sobre o modelo mais adequado para atender às diferentes situações e objetivos de cada estudo, uma vez que os inquéritos domiciliares demandam alto custo operacional e complexidade metodológica.

Em relação à associação entre tabagismo e presença de transtornos mentais, sabe-se que estudos epidemiológicos têm contribuído com

informações valiosas, auxiliando a tomada de decisões políticas em saúde mental, assim como para a criação de programas voltados para cessação do tabagismo. É neste contexto que os estudos de base populacional surgem como uma preciosa ferramenta científica (COELHO, 2006).

5. OBJETIVOS

5.1 - OBJETIVO GERAL:

Analisar a associação entre Tabagismo e Transtorno Mental Comum na população com 16 anos e mais do município de São Paulo.

5.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Estimar a prevalência de Tabagismo na população com 16 anos e mais do município de São Paulo;
- Descrever características sobre o hábito de fumar em tabagistas e ex-tabagistas;
- Estimar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns na população com 16 anos e mais do município de São Paulo;
- Analisar a associação entre Tabagismo e Transtorno Mental Comum na população com 16 anos e mais do município de São Paulo.

6. MATERIAL E MÉTODOS

6.1 - DELINEAMENTO GERAL

Este estudo utiliza dados do Inquérito de Saúde no Município de São Paulo, ISA-Capital 2003, estudo transversal de base populacional com coleta de dados realizada por meio de entrevistas domiciliares, conduzido no município de São Paulo em 2003.

6.2 - DEFINIÇÃO DOS CASOS

A população do presente estudo foi composta por todos os homens e mulheres com idade igual ou superior a 16 anos entrevistados no referido inquérito, segundo “hábito de fumar” e presença de Transtorno Mental Comum.

O “hábito de fumar” foi definido através de uma variável criada para tal, com base nas questões L.22 e L.24 (Bloco L – Estilo de Vida). Foram considerados tabagistas aqueles que referiram já terem fumado alguma vez, ao menos um cigarro por dia, todos os dias, durante pelo menos um mês, e fumarem atualmente. Como ex-tabagistas considerou-se os que referiram não fumarem atualmente, porém, em algum período da vida terem fumado ao menos um cigarro por dia, todos os dias, durante pelo menos um mês.

A presença de Transtorno Mental Comum (TMC) foi definida pelo escore do instrumento SRQ-20 (Bloco M – Saúde Emocional), considerando presente em homens que responderam positivamente a 6 ou mais questões e mulheres que responderam positivamente a 8 ou mais questões.

A determinação da faixa etária (16 anos e mais) se deu uma vez que o instrumento SRQ-20, utilizado para *screening* dos Transtornos Mentais Comuns, foi aplicado apenas nessa população.

6.3 - O INQUÉRITO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (ISA-CAPITAL 2003)

O ISA-Capital 2003 teve a participação do mesmo grupo de pesquisadores de um inquérito realizado no ano anterior no estado de São Paulo, o *ISA-SP*. Pesquisadores estes pertencentes as três universidades públicas estaduais paulistas: Universidade de São Paulo (USP), Universidade de Campinas (UNICAMP) e Universidade Estadual Paulista (UNESP).

Foram realizadas 3357 entrevistas domiciliares no Município de São Paulo. A amostra foi estratificada por conglomerados em dois estágios, compostos por setor censitário e domicílio[6].

O ponto de partida para o sorteio foi a amostra mestra da PNAD-2002 que abrangeu no Município de São Paulo 264 setores censitários urbanos,

[6] Ver anexo 3: Plano de Amostragem, na íntegra, elaborado por Maria Cecília Goi Porto Alves.

entre os quais foram sorteados 60 para compor a amostra do ISA-Capital 2003. Os setores censitários foram estratificados em três níveis sócio-econômicos, com os mesmos números de entrevistas em cada estrato, para ser mantida a representatividade. Como alguns subgrupos populacionais como os muito jovens, os menores de 1 ano e os idosos representam um número muito pequeno no total da população e, por outro lado, são usuários freqüentes de serviços de saúde, tendo alta incidência/prevalência de doenças, utilizou-se domínios amostrais para garantir números mínimos que tornassem possíveis as análises estatísticas.

Considerando os objetivos da pesquisa, foram fixados oito domínios amostrais:

- menor de 1 ano, sexo feminino e masculino;
- 1 a 11 anos, sexo feminino e masculino;
- 12 a 19 anos, sexo feminino;
- 12 a 19 anos, sexo masculino;
- 20 a 59 anos, sexo feminino;
- 20 a 59 anos, sexo masculino;
- 60 anos e mais, sexo feminino e
- 60 anos e mais, sexo masculino.

Estimou-se um tamanho mínimo de amostra de 420 pessoas para cada um dos domínios citados, já incluindo a este valor as possíveis perdas, e tendo por base a estimativa de uma prevalência de 50%, com nível de confiança de 95%, erro de amostragem de 0,06 e efeito de delineamento de

1,5, perfazendo um tamanho de amostra total de 3360 indivíduos (SEGRI, 2008).

6.3.1 – Entrevistadores

Os entrevistadores selecionados possuíam no mínimo Ensino Médio completo, não foram selecionados entrevistadores com formação na área de saúde. Todos receberam treinamento para a aplicação do questionário do inquérito e foram avaliados e reciclados durante todo o período da pesquisa.

Cerca de 10% da produção de cada um foi avaliada por nova entrevista parcial (entrevista de controle). O treinamento enfatizou a importância de anotarem com precisão o que era referido pelos entrevistados, visto que a pesquisa trabalhou com morbidade referida.

6.3.2 - Instrumento de Coleta de Dados

O Inquérito de Saúde trabalhou com três grandes áreas temáticas: estilo de vida, situação de saúde e uso de serviços de saúde, sendo as informações analisadas segundo as condições de vida dos entrevistados.

No ISA-Capital 2003[7] as informações foram obtidas através de questionário aplicado pelos entrevistadores, respondidos diretamente pelos moradores sorteados ou pela mãe ou responsável por crianças menores de

[7] ISA-Capital – questionário completo disponível em: http://www.fsp.usp.br/isa-sp Acesso em: 03 fev 2010.

12 anos, garantindo-se assim maior confiabilidade das informações, principalmente daquelas referentes aos problemas de saúde de menor gravidade.

O instrumento utilizou um questionário organizado por blocos, e a descrição dos blocos será exposta a seguir, bem como a determinação dos blocos utilizados no presente estudo[8]:

[8] Ver anexo 4: Questões utilizadas, provenientes dos blocos temáticos, ISA-Capital 2003.

Quadro 1. Blocos temáticos do ISA-Capital e sua utilização no estudo.

BLOCO	TEMA	UTILIZADO NO ESTUDO
A	Composição familiar	
B	Controle de visitas, identificação do entrevistado	X
C	Morbidade referida nos últimos 15 dias	X
C_	Uso de Serviços para morbidade dos últimos 15 dias	
D	Doenças crônicas	X
D1	Hipertensão	
D2	Diabetes	
E	Deficiências	X
F	Acidentes e violências	
G	Utilização de serviços de saúde (consultas odontológicas)	
G_	Uso de serviços de saúde para outros motivos	
H	Exames preventivos	
I	Cobertura vacinal e informações sobre a dengue	
J	Consumo de medicamentos	
K	Hospitalizações nos últimos 12 meses	
K_	Uso de serviços para Hospitalização nos últimos 12 meses	
L	Estilo de vida (hábito alimentar, atividade física, fumo e álcool)	X
M	Saúde emocional (Saúde Mental)	X
N	Auto-avaliação em saúde (Qualidade de vida)	X
O	Caracterização sócio-econômica do entrevistado	X
P	Caracterização da família e do domicílio	
Q	Caracterização sócio-econômica do chefe da família	X
R	Gasto familiar mensal com saúde	
S	Saúde materno-infantil	
T	Programa Saúde da Família	
V	Informações sobre presença de animais	

Bloco M: SRQ-20 – *SELF REPORTING QUESTIONNAIRE*

O SRQ-20 foi desenvolvido por Harding e colaboradores (WHO, 1994), a partir de outros quatros instrumentos e validado no Brasil por Mari e Willians (MARI; WILLIAMS, 1986, WHO, 1994), para rastreamento e coleta de dados sobre a ocorrência de TMC, sendo sua finalidade identificar os casos suspeitos de TMC. A elaboração do SRQ-20 foi coordenada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tendo como objetivo a obtenção de um instrumento único que identificasse possíveis casos e possibilitasse estudos comunitários e em atenção primária à saúde (MARAGNO et. al, 2006). Os quatro instrumentos utilizados na confecção do SRQ-20 foram, segundo Lima (2004): *"Patient Self-Report Symptom Form"* (Colômbia), *"Post Graduate Institute Health Questionnaire N2"* (Índia), *"General Health Questionnaire"* (Inglaterra) e *"The Symptom items on the shortened version of the Present State Examination"* (diversos países). O SRQ possui 20 questões com respostas binárias (sim/não), sendo 4 sobre sintomas físicos e 16 sobre distúrbios psicoemocionais (CABANA, 2007). A cada questão apresentada a resposta "sim", deve ser atribuído o valor "1", e a cada questão com a resposta "não", não se deve atribuir valor algum. As respostas possibilitam o estabelecimento de um escore, acima do qual o sujeito é considerado como um provável caso (LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006). A literatura traz variações com relação ao ponto de corte adotado para esse instrumento.

Desde sua criação, o SRQ-20 já foi traduzido em oito línguas, e sua versão em português, validada no Brasil por MARI e WILLIAMS (1986)

aponta como prováveis casos de transtorno mental comum (SRQ+) homens com escores de 6 ou mais e mulheres com escores de 8 ou mais. Para essa validação os autores trabalharam com população atendida em serviços de atenção primária à saúde do Estado de São Paulo, por ser uma população mais semelhante à amostra deste estudo optamos por seguir tais pontos de corte. Nessa validação, esses pontos de corte apresentaram sensibilidade e especificidade de 89% e 86% para homens, e 77% e 81% para mulheres. Vale mais uma vez aqui lembrar que a literatura refere que as mulheres têm apresentado consideravelmente mais sintomas de angústia psicológica e desordens depressivas do que o homem (LENNON, 1995 apud PINHO, 2006).

6.4 - PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados do inquérito foram codificados diretamente nos questionários e digitados em máscara de EpiInfo. Para a codificação dos problemas de saúde e doenças referidas foi utilizada a Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (OMS, 1997). Para a classificação das ocupações e das atividades econômicas foram usadas a Classificação de Ocupações do Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2002) e a Classificação Nacional de Atividades Econômicas - Domiciliar CNAE-Domiciliar (IBGE, 2003). Foi utilizado o Statistical Package for the Social Sciences – SPSS para a estruturação do banco de dados.

Para análise dos dados, foi utilizado o módulo *survey* do pacote estatístico Stata 10 que leva em consideração os diversos aspectos do delineamento complexo de amostragem.

6.5 - DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

6.5.1 – Variável Dependente

- ser tabagista, ex-tabagista ou nunca ter fumado, definida pela variável “hábito de fumar” criada a partir das questões L.22 e L.24 (Bloco L – Estilo de vida).

6.5.2 – Variáveis Independentes

Para a análise das características demográficas e socioeconômicas (questões presentes nos Blocos B, O e Q), estilo de vida (questões presentes no Bloco L) e estado de saúde (questões presentes nos Blocos C, D, E e N) as variáveis contínuas foram agrupadas em faixas, além disso, algumas outras categorias também foram agrupadas para efeito de maior significância, como pode ser visto no quadro a seguir:

Quadro 2. Variáveis independentes utilizadas na análise.

VARIÁVEL	CATEGORIAS
Sexo	feminino Masculino
Faixa etária	16 a 19 anos 20 a 39 anos 40 a 59 anos 60 anos e mais
Escolaridade do indivíduo (em anos de estudo)	0 a 3 anos 4 a 7 anos 8 a 11 anos 12 anos e mais
Situação conjugal	solteiro casado/unido separado/desquitado/divorciado Viúvo
Raça/Cor	branca não branca
Religião	sem religião católico evangélico espírita Outras
Atividade remunerada	trabalha desempregado Outros
Renda *per capita*	< 1 salário mínimo 1 a 4 salários mínimos 5 salários mínimos e mais
Escolaridade do chefe da família	0 a 3 anos 4 a 7 anos 8 a 11 anos 12 anos e mais
Alcoolismo (CAGE[9])	CAGE positivo CAGE negativo
Índice de Massa Corpórea (IMC)	< 25 kg/m² 25 a 30 kg/m² > 30 kg/m²
Prática de atividade física	sim Não
Morbidade de 15 dias	sim Não
Número de Doenças Crônicas	nenhuma apenas 1 2 a 3 4 e mais
Deficiência física	sim Não
Auto-Avaliação da saúde	excelente/muito boa boa ruim/muito ruim

[9] Masur et al., 1985.

Especificamente com relação às doenças crônicas uma análise descritiva de cada doença referida foi realizada, listando assim todas as doenças crônicas referidas que apresentaram significância estatística ($p<0,05$).

Complementarmente, foram avaliadas outras variáveis específicas relacionadas ao fumo (Bloco L) para aqueles classificados como tabagistas. Foram elas:

Quadro 3. Variáveis independentes específicas para fumo utilizadas na análise.

VARIÁVEL	CATEGORIAS
Tempo em que deixou de fumar	< 1 ano 1 a 9 anos 10 anos ou mais
Motivo pelo qual deixou de fumar	acha que faz mal teve problema de saúde restrição no trabalho/locais públicos restrição em casa por vontade própria Outro
Ajuda para deixar de fumar	não sim, grupo de apoio em serviço de saúde sim, local de trabalho sim, parentes/amigos sim, acupuntura sim, tratamento Outros
Número de cigarros fumava por dia	< 20 cigarros 20 cigarros ou mais
Idade (iniciou fumo)	< 16 anos 16 a 19 anos > 19 anos
Período em que fuma o primeiro cigarro do dia	< 30 minutos 30 a 60 minutos > 60 minutos
Número de cigarros/dia	< 20 cigarros 20 cigarros ou mais
Fez tentativa para deixar de fumar	sim Não
Motivo pelo qual tentou deixar de fumar	acha que faz mal teve problema de saúde restrição no trabalho/locais públicos restrição em casa por vontade própria Outros

A presença de Transtorno Mental Comum (TMC) foi analisada separadamente, apresentando a prevalência de TMC na população do município de São Paulo no ano de 2003. Para descrição dessa população utilizou-se as variáveis apresentadas anteriormente no Quadro 2.

6.6 – ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para o estudo da associação entre o tabagismo e o Transtorno mental Comum, bem como as demais variáveis (Quadro 2), utilizou-se o teste de associação pelo qui-quadrado, sendo consideradas estatisticamente significativas as associações onde o valor de p foi menor que 0,05.

Foram feitas estimativas de prevalências e calculadas as razões de prevalência bruta e intervalos de confiança de 95% (IC95%).

A análise múltipla foi realizada por meio da regressão de Poisson, que apresenta como medida de efeito a razão de prevalência, permitindo interpretações mais precisas. Esta técnica é indicada, pois prevalências elevadas de desfecho tendem a superestimar as razões de *odds*, obtidas por regressão logística, que é a técnica de análise de regressão múltipla mais freqüentemente empregada para desfechos dicotômicos (BARROS; HIRAKATA, 2003). Assim, grande parte das variáveis independentes foi dicotomizada e foram consideradas para a introdução no modelo múltiplo aquelas que apresentavam o valor de $p<0,20$ na análise univariada.

6.7 – ASPECTOS ÉTICOS

Em conformidade com a resolução CNS 196/96, para a realização do ISA-Capital 2003, os indivíduos sorteados assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, onde os objetivos da pesquisa e o tipo de informações que seriam solicitadas foram apresentados, sendo assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados levantados.

O Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Faculdade de Saúde Pública da USP analisou e aprovou o protocolo de pesquisa deste trabalho (nº 125/09, protocolo 1952) na 3ª/09 sessão ordinária, realizada em 17/04/2009, de acordo com os requisitos da Resolução CNS 196/96[10].

[10] Ver anexo 5: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da FSP/USP favorável a realização do presente estudo.

7. RESULTADOS

7.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Para todas as análises foram feitas as ponderações necessárias por tratar-se de uma amostra complexa.

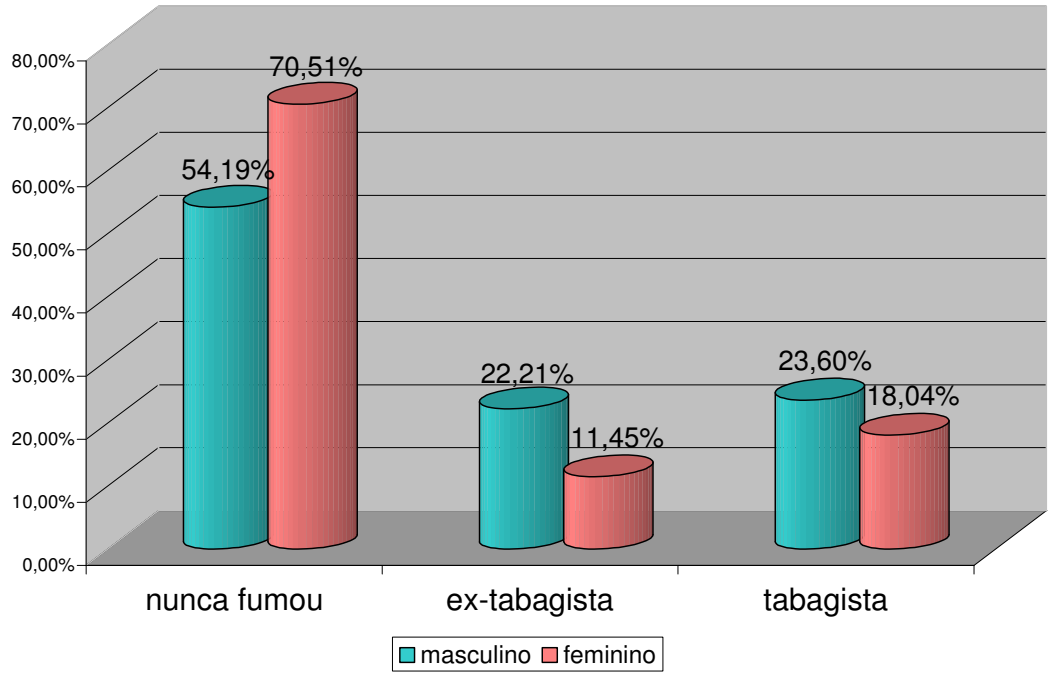
No ISA-Capital 2003 foram entrevistados 3357 indivíduos, entretanto, considerando-se apenas indivíduos com idade igual ou superior a 16 anos obteve-se um total de 2118 sujeitos, tendo respondido ao bloco com informações referentes ao tabagismo 2044 sujeitos (1000 homens e 1044 mulheres).

7.2 – PREVALÊNCIA DE TABAGISMO

A prevalência de tabagismo no município de São Paulo, no ano de 2003, foi de 20,58%, sendo maior entre os homens com 23,60% contra 18,04% nas mulheres ($p<0,0001$).

Em relação aos indivíduos ex-tabagistas, aqueles que relataram terem fumado em algum período da vida, porém não fumarem atualmente, a prevalência na população em estudo foi de 16,38%, apresentando-se também maior entre homens (22,21%), do que entre as mulheres (11,45%) ($p<0,0001$).

Figura 1. Prevalência de tabagismo segundo sexo. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003.



Seguindo a comparação entre tabagistas, ex-tabagistas e indivíduos que nunca fumaram, as demais características demográficas e socioeconômicas, apresentadas na Tabela 1, se mostraram em sua maioria estatisticamente significante ($p<0,05$). Apenas as variáveis escolaridade do indivíduo ($p=0,3446$), raça/cor ($p=0,7834$) e escolaridade do chefe da família ($p=0,3799$) não apresentaram diferença.

Tabela 1. Prevalência de tabagismo segundo características demográficas e socioeconômicas. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003.

Variável		Nunca Fumou		Ex-Tabagista		Tabagista		Valor p**
		n	%*	n	%*	n	%*	
Faixa etária	16 a 19 anos	362	82,5	23	5,5	52	12	**<0,0001**
	20 a 39 anos	320	67,49	51	10,55	106	21,96	
	40 a 59 anos	140	49,18	72	25,67	73	25,15	
	60 anos e mais	480	61,53	234	24,91	131	13,56	
Escolaridade (em anos de estudo)	0 a 3 anos	252	59,21	117	20,15	80	20,64	0,3446
	4 a 7 anos	333	57,97	118	17,5	113	24,53	
	8 a 11 anos	540	64,9	106	14,86	123	20,24	
	12 anos e mais	163	66,88	37	16,11	43	17,01	
Situação Conjugal	casado/unido	516	55,96	266	22,59	183	21,45	**<0,0001**
	solteiro	527	75,69	45	6,64	99	17,67	
	separado	69	46,71	23	22,54	31	30,75	
	viúvo	185	69,36	43	13,15	42	17,49	
Raça	branca	850	62,62	246	16,91	223	20,47	0,7834
	não branca	420	63,61	127	15,46	132	20,93	
Religião	sem religião	88	57,11	26	20,74	31	22,15	**0,0073**
	católica	819	60,78	252	16,36	263	22,86	
	evangélica	253	72,3	76	16,47	34	11,23	
	espírita	48	62,02	14	22,99	10	14,99	
	outra	93	70,71	12	5,98	24	23,31	
Atividade Remunerada	trabalha	521	58,79	171	17,53	200	23,68	**0,0046**
	desempregado	81	61,45	26	15,81	31	22,74	
	outra	654	69,92	177	15,45	121	14,63	
Renda *per capita* (em salários mínimo)	< 1 sm	561	63,74	140	12,96	177	23,3	**0,0259**
	1 a 4 sm	601	63,38	206	19,32	141	17,3	
	5 sm e mais	140	60,25	34	16,41	44	23,34	
Escolaridade do Chefe de família (em anos de estudo)	0 a 3 anos	293	65,67	113	17,64	80	16,69	0,3799
	4 a 7 anos	420	60,91	120	14,62	134	24,47	
	8 a 11 anos	369	62,21	99	16,36	104	21,43	
	12 anos e mais	197	64,14	45	18,32	42	17,54	

* Porcentagem da amostra ponderada
** Teste de associação pelo qui-quadrado

A prevalência de tabagismo mostrou-se elevada à medida que o indivíduo atinge mais anos de vida, entretanto pode-se ver uma acentuada queda na prevalência do tabagismo após os 60 anos de idade (13,56%; p<0,0001).

Em relação à situação conjugal, as pessoas que não têm um companheiro devido uma separação (separado/divorciado/desquitado) apresentam maior prevalência de tabagismo que as demais (30,75%; p=<0,0001).

Para a variável religião, apresentaram menor prevalência de tabagismo os evangélicos (11,23%). Além disso, chama atenção a elevada prevalência de evangélicos que nunca fumaram (72,30%), em contrapartida dos indivíduos que declararam-se sem religião (57,11%) (p=0,0073).

Os indivíduos que referiram exercer alguma atividade remunerada apresentaram maior prevalência de ex-tabagismo (17,53%) do que os que não exercem, estando desempregados (15,81%) ou as donas de casa, pensionistas ou estudantes (15,45%), entretanto também foi maior a prevalência de tabagismo nesses indivíduos que exercem atividade remunerada (23,68%) (p=0,0046).

A prevalência de tabagismo mostrou-se similar entre os indivíduos com renda *per capita* inferior a um salário mínimo e os com renda *per capita* igual ou superior a cinco salários mínimos (23,30% e 23,34% respectivamente; p=0,0259).

Para as variáveis segundo estilo de vida e estado de saúde, apresentadas na Tabela 2, a significância estatística não foi encontrada em

grande parte das variáveis: morbidade referida (p=0,9179), número de doenças crônicas (p=0,2426), deficiência física (p=0,1371) e auto-avaliação em saúde (p=0,0601).

Tabela 2. Prevalência de tabagismo segundo estilo de vida e estado de saúde. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003.

Variável		Nunca Fumou		Ex-Tabagista		Tabagista		Valor p**
		n	%*	n	%*	n	%*	
Alcoolismo	CAGE positivo	32	36,87	24	18,83	39	44,3	**0,0115**
	CAGE negativo	507	57,15	163	17,3	203	25,55	
IMC	< 25 kg/m²	723	63,96	153	12,03	224	24,01	**0,0002**
	25 a 30 kg/m²	316	60,56	130	23,69	74	15,75	
	> 30 kg/m²	129	62,68	50	21,29	25	16,03	
Prática de Atividade Física	sim	273	62,17	105	21,12	66	16,71	**0,039**
	não	1027	63,27	275	14,97	296	21,76	
Morbidade Referida (15 dias)	sim	352	62,15	113	16,65	103	21,2	0,9179
	não	950	63,37	267	16,28	259	20,35	
Doenças Crônicas (número de doenças)	nenhuma	491	64,96	107	15,42	135	19,62	0,2426
	apenas 1	325	61,32	100	18,65	91	20,03	
	2 a 3	357	62,55	111	13,82	101	23,63	
	4 e mais	121	60,61	60	22,53	32	16,86	
Deficiência Física	sim	223	58,36	101	20,91	77	20,73	0,1371
	não	1079	63,86	275	15,58	285	20,56	
Auto-avaliação em Saúde	ótima/excelente	465	67,79	90	14,55	113	17,66	0,0601
	boa	715	60,17	232	17,65	211	22,18	
	ruim/péssima	121	59,55	58	16,68	38	23,77	

* Porcentagem da amostra ponderada
** Teste de associação pelo qui-quadrado

Com base nas quatro questões do teste CAGE (*Cut down, Annoeyd, Guilty, Eye-opener*) (MANSUR et al, 1985) investigou-se a dependência de

álcool na população do município de São Paulo. O alcoolismo apresentou-se associado ao tabagismo, com prevalência de 44,30% (p=0,0115).

Indivíduos com maior prevalência de tabagismo foram os que apresentaram IMC < 25 kg/m² (24,01%). Além disso, a prevalência de ex-tabagistas foi maior em indivíduos com IMC de 25 a 30 kg/m² (23,69%) e acima de 30 kg/m² (21,29%) do que naqueles cujo IMC não alcança 25 kg/m² (12,03%) (p=0,0002).

A prevalência de tabagismo mostrou-se maior nos inativos. A prevalência entre os que não praticam atividade física foi maior que nos indivíduos que têm a prática como costume, 21,76% e 16,71% respectivamente (p=0,039).

Embora o número de doenças crônicas referidas pelo indivíduo não tenha apresentado significância estatística com relação ao tabagismo, algumas doenças crônicas referidas por si só a apresentaram (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalência de tabagismo segundo doença crônica referida. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003.

Doença Crônica Referida	Nunca Fumou		Ex-Tabagista		Tabagista		Valor p**
	n	%*	n	%*	n	%*	
Doença renal crônica	24	35,48	15	27,63	15	36,89	**0,0049**
Depressão/ ansiedade/ problemas emocionais	237	58,83	71	14,04	80	27,13	**0,0377**
Diabetes	93	49,86	51	29,73	27	20,41	**0,0022**
Alergia	286	70,12	67	11,29	69	18,59	**0,0191**
Hipertensão	284	59,96	144	27,73	60	12,31	**<0,0001**
Acidente vascular cerebral (AVC)	30	52,99	24	37,41	10	9,6	**0,008**
Câncer (tumor maligno)	14	47,84	13	44,15	4	8,01	**0,0063**
Epilepsia (ataque)	8	89,78	2	5,66	2	4,56	**0,0061**

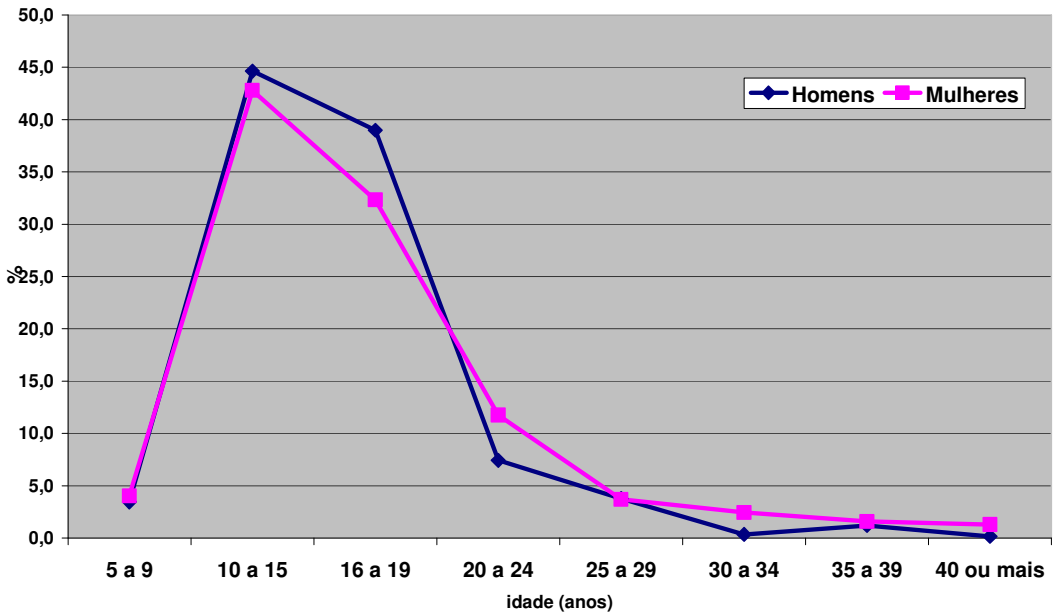
* Porcentagem da amostra ponderada
** Teste de associação pelo qui-quadrado

7.2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO HÁBITO DE FUMAR EM TABAGISTAS E EX-TABAGISTAS

Questões específicas relacionadas ao fumo foram realizadas com o objetivo de descrever características a respeito do hábito de fumar da população estudada.

Grande parte dos indivíduos relatou ter iniciado o fumo com idade inferior a 16 anos (47,57%), como mostra a figura a seguir.

Figura 2. Idade em que iniciou o fumo. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003.



Para os ex-tabagistas questionou-se o tempo de abandono do fumo, os motivos que o levaram ao abandono, se tiveram algum apoio para conseguirem deixar de fumar, assim como o número de cigarros que costumavam fumar por dia.

Como pode ser visto na Tabela 4, grande parte dos ex-tabagistas abandonaram o fumo cerca de um a nove anos atrás (47,97%); muitos deles por acreditarem que o tabagismo faz mal à saúde (38,42%). A grande maioria não contou com apoio ou ajuda para deixar de fumar (82,42%). Quanto ao número de cigarros que fumavam por dia a maioria referiu 20 ou mais cigarros/dia (59,15%).

Tabela 4. Características do hábito de fumar em ex-tabagistas. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003.

Variável		n	%*	IC 95%
Tempo em que deixou de fumar	< 1 ano	15	5,5	2,98-9,92
	1 a 9 anos	124	47,97	39,79-56,26
	10 anos ou mais	218	46,53	37,92-55,34
Motivos**	acha que faz mal	133	38,42	31,75-45,55
	teve problema de saúde	102	21,09	17,45-26,86
	restrição trabalho/locais públicos	4	1,83	0,44-7,16
	restrição em casa	11	2,22	0,86-5,59
	por vontade própria	101	30,11	23,28-37,96
	outro	92	22,41	17,46-28,28
Apoio para deixar de fumar*	não	319	82,95	76,82-87,72
	sim, grupo de apoio	1	0,52	0,07-3,7
	sim, parente e amigo	27	8,39	5,25-13,15
	sim, tratamento	4	1,79	0,53-5,86
	outros	36	8,62	5,43-13,43
Número de cigarros que fumava por dia	< 20	157	40,85	33,98-48,1
	20 ou mais	218	59,15	51,9-66,02

* Porcentagem da amostra ponderada

** o entrevistado podia responder mais de uma opção

Aos tabagistas questionou-se sobre o período em que costumam fumar o primeiro cigarro no dia, quantos cigarros fumam ao dia, se fizeram alguma tentativa para deixar o fumo e, caso tenham feito, por qual motivo (Tabela 5).

Tabela 5. Características do hábito de fumar em tabagistas. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003.

Variável		n	%*	IC 95%
Tempo após acordar fuma o primeiro cigarro	< 30 minutos	166	45,05	37,91-52,4
	30 a 60 minutos	76	26,5	20,41-33,64
	> 60 minutos	93	28,45	22,37-35,42
Número de cigarros que fuma por dia	< 20	202	59,75	52,68-66,43
	20 ou mais	138	40,25	33,57-47,32
Tentativa para deixar de fumar	sim	234	67,48	60,24-73,97
	não	104	32,52	26,03-39,76
Motivos**	acha que faz mal	140	64,84	57,18-71,8
	teve problema de saúde	34	10,36	6,35-16,45
	restrição trabalho/locais públicos	3	1,21	0,3-4,8
	restrição em casa	17	6,47	3,48-11,74
	outro	77	33,75	25,76-42,86

* Porcentagem da amostra ponderada

** o entrevistado podia responder mais de uma opção

A maioria referiu fumar logo nos primeiros 30 minutos do dia (45,05%), fumando ao dia uma quantidade inferior a 20 cigarros (59,75%), ou seja, menos de um maço/dia. Grande parte já tentou deixar o fumo (67,48%), e muitos porque acreditam que fumar seja prejudicial à saúde (64,84%).

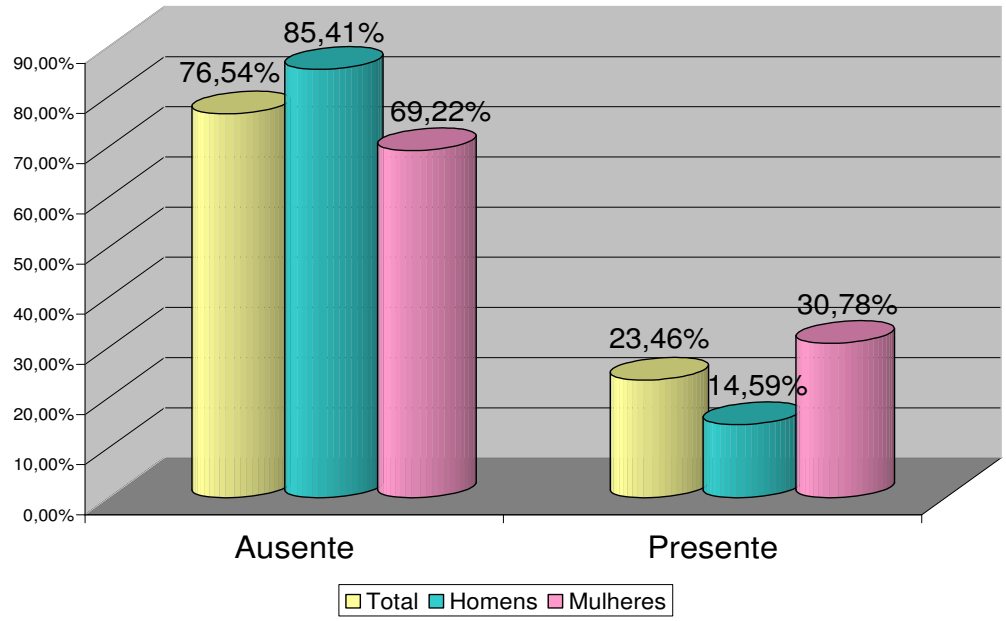
7.3 – PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM

Responderam ao bloco com informações referentes à saúde mental (Bloco M), 1996 sujeitos (956 homens e 1029 mulheres), todos com idade

igual ou superior a 16 anos. Considerando-se que a população com a referida idade no presente estudo foi de 2118 indivíduos, é importante destacar que 54 indivíduos encontraram-se impossibilitados de responder ao bloco com informações referentes à saúde mental, 6 indivíduos começaram a responder ao bloco porém não concluíram, e outros 62 indivíduos se caracterizaram como perda/recusa.

A prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) foi de 23,46%, no município de São Paulo no ano de 2003, mostrando-se significativamente maior no sexo feminino (30,71%), que no masculino (14,63%) (p<0,0001).

Figura 3. Prevalência de Transtorno Mental Comum, segundo sexo. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003.



Em relação às características demográficas e socioeconômicas não se encontrou diferença estatisticamente significante apenas nas variáveis

faixa etária (p=0,2928) e religião (p=0,0574). No entanto, vale destacar que a prevalência de TMC mostrou-se maior em indivíduos que têm alguma religião do que naqueles que referem não ter religião (Tabela 6).

Tabela 6. Prevalência de Transtorno Mental Comum segundo características demográficas e socioeconômicas. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003.

Variável		Ausente		Presente		Valor p**
		n	%*	n	%*	
Faixa etária	16 a 19 anos	358	81,89	78	18,11	0,2928
	20 a 39 anos	350	75,97	116	24,03	
	40 a 59 anos	206	75,17	73	24,83	
	60 anos e mais	598	76,96	207	23,04	
Escolaridade (em anos de estudo)	0 a 3 anos	281	63,12	143	36,88	**<0,0001**
	4 a 7 anos	394	69,2	156	30,8	
	8 a 11 anos	622	79,03	140	20,97	
	12 anos e mais	213	88,05	30	11,95	
Situação Conjugal	casado/unido	722	78,24	219	21,76	**<0,0001**
	solteiro	545	81,29	118	18,71	
	separado	74	54,15	46	45,85	
	viúvo	171	61,6	87	38,4	
Raça	branca	1001	78,29	283	21,71	**0,0369**
	não branca	483	72,09	184	27,91	
Religião	sem religião	118	83,47	26	16,53	0,0574
	católica	999	78,12	305	21,88	
	evangélica	250	69,36	101	30,64	
	espírita	55	69,85	17	30,15	
	outra	99	74,23	25	25,77	
Atividade Remunerada	trabalha	705	79,26	184	20,74	**0,0163**
	desempregado	91	66,76	46	33,24	
	outra	686	74,43	233	25,57	
Renda *per capita* (em salários mínimo)	< 1 sm	594	68,97	253	31,03	**<0,0001**
	1 a 4 sm	746	79,68	189	20,32	
	5 sm e mais	182	86,07	32	13,93	
Escolaridade do Chefe de família (em anos de estudo)	0 a 3 anos	326	71,51	141	28,49	**0,0001**
	4 a 7 anos	479	69,77	185	30,23	
	8 a 11 anos	452	79,3	109	20,7	
	12 anos e mais	244	87,27	33	12,73	

* Porcentagem da amostra ponderada

** Teste de associação pelo qui-quadrado

A baixa escolaridade do indivíduo mostrou-se associada à presença de TMC, sendo assim quanto menos anos de estudo maior a prevalência de TMC. Indivíduos que nunca estudaram ou estudaram até três anos apresentaram prevalência de TMC de 36,88%, enquanto indivíduos com 12 anos e mais de estudo apresentaram prevalência de 11,95% ($p<0,0001$).

Em relação à situação conjugal, a prevalência de TMC mostrou-se maior em indivíduos viúvos ou separados, 38,40% e 45,85% respectivamente ($p<0,0001$).

Pessoas não brancas também apresentaram uma prevalência maior de TMC (27,91%) do que as brancas (21,71%) ($p=0,0369$).

Estar desempregado (33,24%; $p=0,0163$), assim como renda *per capita* inferior à um salário mínimo (31,03%; $p<0,0001$) mostraram-se associados à alta prevalência de TMC.

A escolaridade do chefe mostrou-se significativa estatisticamente, com prevalência de TMC elevada para aqueles cujo chefe de família tinha até sete anos de estudo (4 a 7 anos 30,23%; e até 3 anos 28,49%; $p=0,0001$).

Seguindo, as variáveis de estilo de vida e estado de saúde (Tabela 7) mostraram-se estatisticamente significante em sua grande maioria, não apresentando significância apenas a variável IMC ($p=0,3385$).

Tabela 7. Prevalência de Transtorno Mental Comum segundo estilo de vida e estado de saúde. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003.

Variável		Ausente		Presente		Valor p**
		n	%*	n	%*	
Alcoolismo (CAGE)	Positivo	56	66,58	33	33,42	**0,0036**
	Negativo	704	82,13	164	17,87	
IMC	< 25 kg/m²	833	75,87	247	24,13	0,3385
	25 a 30 kg/m²	401	79,92	109	20,08	
	> 30 kg/m²	151	78,09	50	21,91	
Prática de Atividade Física	sim	358	82,37	85	17,63	**0,0245**
	não	1162	74,73	389	25,27	
Morbidade Referida (15 dias)	sim	349	62,91	198	37,09	**<0,0001**
	não	1173	81,78	276	18,22	
Doenças Crônicas (número de doenças)	0	657	89,68	77	10,32	**<0,0001**
	1	433	83,6	76	16,4	
	2 a 3	339	55,87	206	44,13	
	4 e mais	81	40,45	115	59,55	
Deficiência Física	sim	222	62,88	142	37,12	**<0,0001**
	não	1300	78,73	332	21,27	
Auto-avaliação em Saúde	ótima/excelente	589	86,65	78	13,35	**<0,0001**
	boa	870	75,89	265	24,11	
	ruim/péssima	63	28,86	131	71,14	

* Porcentagem da amostra ponderada

** Teste de associação pelo qui-quadrado

No presente estudo a prevalência de TMC em indivíduos com CAGE positivo (indicativo de dependência de álcool) foi mais elevada (33,42%) do que naqueles que apresentaram CAGE negativo (17,87%) (p=0,0036).

A prevalência de TMC se mostrou significativamente maior em indivíduos que não praticam atividade física (25,27%) do que em indivíduos que disseram praticar (17,63%) (p=0,0245).

Pessoas que referiram morbidade nos últimos 15 dias apresentaram maior prevalência de TMC (37,09%) que as que disseram não terem tido qualquer morbidade (18,22%) (p<0,0001).

A prevalência de TMC mostrou-se maior conforme o indivíduo referisse mais doenças crônicas, assim o indivíduo que referiu quatro ou mais doenças crônicas apresentou uma prevalência de 59,55%, enquanto o indivíduo que referiu não ter doença crônica alguma apresentou prevalência de TMC de 10,32% (p<0,0001).

A prevalência de TMC em deficientes físicos mostrou-se maior (37,12%) do que em pessoas que não relataram ter qualquer deficiência física (21,27%) (p<0,0001).

A auto-avaliação negativa ou insatisfação com a saúde mostrou-se associada a uma maior prevalência de TMC (71,14%; p<0,0001).

7.4 – ASSOCIAÇÃO ENTRE TABAGISMO E TRANSTORNO MENTAL COMUM

A associação entre tabagismo e Transtorno Mental Comum não apresentou-se estatisticamente significativa (p=0,2658) na população geral; entretanto se estratificada por sexo mostrou-se significativa para as

mulheres (p=0,045), continuando não significativa para os homens (p=0,9598) (Tabela 9).

Tabela 8. Associação entre Tabagismo e Transtorno Mental Comum, segundo sexo. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003.

Fumo / TMC	MULHERES					HOMENS				
	Ausente		Presente		Valor p**	Ausente		Presente		Valor p**
	n	%*	n	%*		n	%*	n	%*	
nunca fumou	557	71,81	193	28,19	**0,045**	426	85,83	92	14,17	0,9589
ex-tabagista	81	70,58	46	29,42		188	84,92	45	15,08	
tabagista	89	58,8	56	41,2		172	84,87	39	15,13	

* Porcentagem da amostra ponderada
** Teste de associação pelo qui-quadrado

Nas mulheres pode-se ver uma elevada prevalência de TMC entre as tabagistas (41,2%).

Nas questões específicas do fumo, tanto para ex-tabagistas como para tabagistas, não se encontrou diferença estatisticamente significativa segundo a presença de Transtorno Mental Comum, como pode ser visto nas próximas tabelas (Tabela 9 e Tabela 10).

Tabela 9. Características do hábito de fumar em ex-tabagistas, segundo presença de Transtorno Mental Comum. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003.

Variável		Ausente		Presente		Valor p**
		n	%*	n	%*	
Tempo em que deixou de fumar	< 1 ano	10	65,23	3	34,77	0,4866
	1 a 9 anos	89	82,67	25	17,33	
	10 anos ou mais	158	80,96	53	19,04	
Motivos* **	acha que faz mal	95	81,95	34	18,05	0,4634
	teve problema de saúde	59	69,12	30	30,88	0,0712
	restrição trabalho/locais públicos	3	98,04	1	1,95	0,0099
	restrição em casa	6	80,79	4	19,21	0,9075
	por vontade própria	76	81,44	22	18,56	0,6089
	outro	69	79,22	21	20,78	0,991
Apoio para deixar de fumar* **	não	226	80,37	76	19,63	0,4243
	sim, parente e amigo	20	84,42	5	15,58	0,5956
	sim, outros	21	55,76	13	44,24	0,0299
Número de cigarros que fumava por dia	< 20	115	79,46	37	20,54	0,9058
	20 ou mais	151	78,74	54	21,26	

* Porcentagem da amostra ponderada
** Teste de associação pelo qui-quadrado
*** o entrevistado podia responder mais de uma opção

Tabela 10. Características do hábito de fumar em tabagistas, segundo presença de Transtorno Mental Comum. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003.

Variável		Ausente		Presente		Valor p**
		n	%*	n	%*	
Tempo após acordar fuma o primeiro cigarro	< 30 minutos	111	66,4	53	33,6	0,1828
	30 a 60 minutos	62	79,28	13	20,72	
	> 60 minutos	70	74,97	22	25,03	
Número de cigarros que fuma por dia	< 20	148	73,78	51	26,22	0,4747
	20 ou mais	98	69,65	39	30,35	
Tentativa para deixar de fumar	sim	161	68,63	70	31,37	0,1717
	não	83	78,81	20	21,19	
Motivos* **	acha que faz mal	99	72,36	40	27,64	0,2556
	teve problema de saúde	23	55,58	10	44,42	0,2899
	restrição trabalho/locais públicos	2	36,81	1	63,19	0,2613
	restrição em casa	11	63,34	6	36,66	0,6687
	outro	48	64,41	28	35,59	0,4493

* Porcentagem da amostra ponderada
** Teste de associação pelo qui-quadrado
*** o entrevistado podia responder mais de uma opção

Para efeito de análise da associação entre tabagismo e Transtorno Mental Comum optou-se por dicotomizar a variável Tabagismo (Tabagista atual e Não Tabagista). Inicialmente, estratificando-se por sexo, as variáveis independentes foram analisadas isoladamente para avaliar a associação de cada um dos fatores associados à variável dependente, por meio de valores das razões de prevalência (brutas) com intervalo de confiança de 95%.

Tabela 11. Prevalência e Razão de Prevalência de tabagismo em mulheres. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003.

Variável		n	%*	RP Bruta ** (IC95%)	valor p***
TMC	presente	56	24,3	1,58 (1,06-2,37)	**0,0255**
	ausente	239	15,4	1	
Depressão/Ansiedade/ Problemas emocionais	sim	50	26	1,7 (1,13-2,54)	**0,0109**
	não	97	15,3	1	
Faixa etária	16 a 19 anos	24	11,2	1	**0,0012**
	20 a 39 anos	46	18,7	1,67 (1,1-2,53)	
	40 a 59 anos	35	24,2	2,16 (1,34-2,47)	
	60 anos e mais	42	9,3	0,83 (0,5-1,4)	
Raça	branca	87	17,8	1	0,732
	não branca	57	19	1,06 (0,74-1,52)	
Religião	católica	105	20,4	1	**0,0211**
	evangélica	16	9,1	0,45 (0,24-0,82)	
	outra	26	19,33	0,95 (0,6-1,51)	
Situação Conjugal	casado/unido	42	17,5	1,13 (0,72-1,77)	**0,1833**
	solteiro	54	15,5	1	
	separado	16	28,2	1,82 (0,98-3,37)	
	viúvo	32	17,7	1,14 (0,64-2,04)	
Escolaridade do Chefe de família (em anos de estudo)	0 a 3 anos	29	14,6	1	0,7285
	4 a 7 anos	54	20	1,37 (0,77-2,44)	
	8 a 11 anos	45	18,5	1,27 (0,74-2,17)	
	12 anos e mais	18	18,2	1,25 (0,64-2,43)	
Escolaridade (em anos de estudo)	0 a 3 anos	32	18,7	1	0,9899
	4 a 7 anos	43	18,5	0,99 (0,55-1,79)	
	8 a 11 anos	53	18,2	0,97 (0,55-1,72)	
	12 anos e mais	17	17	0,91 (0,46-1,82)	

continua

Tabela 11. Prevalência e Razão de Prevalência de tabagismo em mulheres. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003. *(continuação)*

Variável		n	%*	RP Bruta** (IC95%)	valor p***
Atividade Remunerada	trabalha	65	19,9	1	0,2037
	desempregado	14	24,6	1,23 (0,67-2,29)	
	outra	65	15,2	0,76 (0,51-1,12)	
Renda *per capita* (em salários mínimo)	< 1 sm	79	20,1	1	**0,0458**
	1 a 4 sm	49	14	0,7 (0,49-0,98)	
	5 sm e mais	19	23,1	1,15 (0,72-1,82)	
IMC	< 25 kg/m²	87	20,7	1	**0,1429**
	25 a 30 kg/m²	30	14,5	0,7 (0,45-1,1)	
	> 30 kg/m²	9	12,5	0,61 (0,26-1,43)	
Prática de Atividade Física	sim	24	17,3	1	0,813
	não	123	18,2	1,06 (0,66-1,7)	
Alcoolismo	CAGE positivo	12	67,7	3 (1,81-4,98)	**0,0005**
	CAGE negativo	67	22,5	1	
Doenças Crônicas (número de doenças)	nenhuma	40	16,7	1	0,4493
	apenas 1	27	14,9	0,89 (0,51-1,57)	
	2 a 3	53	21,3	1,28 (0,8-2,04)	
	4 e mais	19	18,3	1,1 (0,57-2,13)	
Deficiência Física	sim	33	22	1,27 (0,81-1,99)	0,2232
	não	114	17,3	1	
Auto-avaliação em Saúde	ótima/excelente	41	14,1	1	**0,1003**
	boa	83	19	1,35 (0,83-2,18)	
	ruim/péssima	23	25,4	1,8 (1,02,3,18)	
Morbidade Referida (15 dias)	sim	55	21,5	1,32 (0,91-1,91)	**0,1293**
	não	92	16,3	1	

* Porcentagem da amostra ponderada
** Razão de Prevalência Bruta
*** Teste de associação pelo qui-quadrado

Posteriormente, selecionou-se para o modelo de regressão de Poisson todas as variáveis independentes que tiveram um nível descritivo menor que 0,20: alcoolismo, faixa etária, depressão/ansiedade/ problemas emocionais, religião, TMC, renda *per capita*, auto-avaliação em saúde, morbidade referida, IMC e situação conjugal.

Entretanto, permaneceram no modelo apenas: alcoolismo, faixa etária, depressão/ansiedade/problemas emocionais e religião, uma vez que as demais variáveis, como a variável TMC, perderam efeito após o ajuste no modelo.

Tabela 12. Modelo de regressão de Poisson: variáveis associadas ao tabagismo em mulheres. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003.

Variável		**n**	**%***	**RP** Bruta (IC95%)**	**RP** Ajustada (IC95%)**
Alcoolismo	CAGE positivo	12	67,7	3 (1,81-4,98)	3,34 (2,10-5,29)
	CAGE negativo	67	22,5	1	1
Faixa etária	16 a 19 anos	24	11,2	1	1
	20 a 39 anos	46	18,7	1,67 (1,1-2,53)	1,13 (0,73-1,75)
	40 a 59 anos	35	24,2	2,16 (1,34-2,47)	1,88 (1,18-3,00)
	60 anos e mais	42	9,3	0,83 (0,5-1,4)	0,5 (0,21-1,17)
Depressão/Ansiedade/ Problemas emocionais	sim	50	26	1,7 (1,13-2,54)	1,76 (1,00-3,11)
	não	97	15,3	1	1
Religião	católica	105	20,4	1	1
	evangélica	16	9,1	0,45 (0,24-0,82)	0,4 (0,15-1,10)
	outra	26	19,33	0,95 (0,6-1,51)	0,81 (0,51-1,28)

* Porcentagem da amostra ponderada
** Razões de Prevalência

Nos resultados da análise múltipla para tabagismo em mulheres, após ajustes, aquelas com CAGE positivo apresentaram chance (RP) 3,34 vezes maior (IC95%: 2,10-5,29). Também se mostraram associadas ao tabagismo: faixa etária, sendo que as mulheres que têm entre 40 e 59 anos têm chance (RP) 1,88 vezes maior (IC95%: 1,18-3,00), e depressão/ansiedade/ problemas emocionais (RP: 1,76; IC95%: 1,00-3,11). A variável religião embora tenha perdido significância estatística permaneceu no modelo para ajuste.

Uma vez que a variável alcoolismo apresentou-se altamente associada ao tabagismo em mulheres, optou-se pela retirada da mesma num segundo modelo de regressão de Poisson – intitulado Modelo *Alternativo*, com intuito de se encontrar outras possíveis variáveis associadas ao tabagismo para o sexo feminino. Assim permaneceram nesse modelo: faixa etária, depressão/ansiedade/ problemas emocionais, religião e também renda *per capita*.

Tabela 13. Modelo *Alternativo* de regressão de Poisson: variáveis associadas ao tabagismo em mulheres. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003.

Variável		n	%*	RP** Bruta (IC95%)	RP** Ajustada (IC95%)
Faixa etária	16 a 19 anos	24	11,2	1	1
	20 a 39 anos	46	18,7	1,67 (1,1-2,53)	1,51 (1,00-2,29)
	40 a 59 anos	35	24,2	2,16 (1,34-2,47)	1,97 (1,16-3,33)
	60 anos e mais	42	9,3	0,83 (0,5-1,4)	0,76 (0,43-1,33)
Depressão/Ansiedade/ Problemas emocionais	sim	50	26	1,7 (1,13-2,54)	1,64 (1,10-2,45)
	não	97	15,3	1	1
Religião	católica	105	20,4	1	1
	evangélica	16	9,1	0,45 (0,24-0,82)	0,42 (0,22-0,80)
	outra	26	19,33	0,95 (0,6-1,51)	0,93 (0,61-1,42)
Renda *per capita* (em salários mínimo)	< 1 sm	79	20,1	1	1
	1 a 4 sm	49	14	0,7 (0,49-0,98)	0,69 (0,48-1,00)
	5 sm e mais	19	23,1	1,15 (0,72-1,82)	1,04 (0,65-1,68)

* Porcentagem da amostra ponderada
** Razões de Prevalência

No segundo modelo múltiplo, as mulheres com idade entre 40 e 59 anos apresentaram 1,97 vezes mais chances (RP) de serem tabagistas (IC95%: 1,16-3,33). Ter depressão/ansiedade/problemas emocionais também apresentou elevada associação com o tabagismo (RP: 1,64; IC95%: 1,10-2,45), além da renda per capita, onde as mulheres que recebem entre um a quatro salários mínimos apresentaram 30% menos chances (RP: 0,69; IC95%: 0,48-1,00) comparadas as que recebem até um salário mínimo. A variável religião, diferentemente do modelo anterior, também se mostrou

estatisticamente significativa, as evangélicas apresentaram 58% menos chances de serem tabagistas (RP: 0,42; IC95%: 0,22-0,80).

Para os homens, a análise isolada das variáveis independentes, com o objetivo de avaliar a associação de cada um dos fatores associados à variável dependente, por meio de valores das razões de prevalência (brutas) com intervalo de confiança de 95%, foi realizada da mesma forma que se fez para as mulheres (Tabela 14).

Tabela 14. Prevalência e Razão de Prevalência de tabagismo em homens. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003.

Variável		n	%*	RP Bruta ** (IC95%)	valor p***
TMC	presente	39	24,8	1,04 (0,64-1,69)	0,8577
	ausente	172	23,8	1	
Depressão/Ansiedade/ Problemas emocionais	sim	30	30,3	1,32 (0,8-2,19)	0,2771
	não	185	22,9	1	
Faixa etária	16 a 19 anos	28	12,8	1	**0,0262**
	20 a 23 anos	69	25,7	2 (1,27-3,16)	
	40 a 59 anos	38	26,2	2,04 (1,23-3,4)	
	60 anos e mais	89	20	1,56 (1-2,43)	
Raça	branca	136	23,8	1	0,8466
	não branca	75	23	0,97 (0,71-1,32)	
Religião	católica	158	25,7	1	0,4537
	evangélica	18	15,1	0,59 (0,3-1,16)	
	outra	13	23	0,89 (0,45-1,77)	
Situação Conjugal	casado/unido	129	25,6	1,3 (0,89-1,89)	**0,1074**
	solteiro	57	19,7	1	
	separado	15	38	1,93 (0,96-3,86)	
	viúvo	10	16,5	0,84 (0,46-1,53)	
Escolaridade do Chefe de família (em anos de estudo)	0 a 3 anos	51	19,4	1	**0,0457**
	4 a 7 anos	80	29,8	1,53 (1,02-2,3)	
	8 a 11 anos	59	25	1,29 (0,81-2,06)	
	12 anos e mais	24	16,9	0,87 (0,47-1,61)	
Escolaridade (em anos de estudo)	0 a 3 anos	48	23,1	1	**0,0559**
	4 a 7 anos	70	33,3	1,44 (0,88-2,38)	
	8 a 11 anos	70	22,6	0,98 (0,57-1,67)	
	12 anos e mais	26	17	0,73 (0,36-1,51)	

continua

Tabela 14. Prevalência e Razão de Prevalência de tabagismo em homens. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003. *(continuação)*

Variável		n	%*	RP Bruta ** (IC95%)	valor p***
Atividade Remunerada	trabalha	135	26,6	1	**0,0129**
	desempregado	17	20,7	0,78 (0,42-1,43)	
	outra	56	13,1	0,49 (0,31-0,79)	
Renda *per capita* (em salários mínimo)	< 1 sm	98	28,2	1	0,2012
	1 a 4 sm	92	20,5	0,73 (0,52-1,03)	
	5 sm e mais	25	23,6	0,84 (0,51-1,39)	
IMC	< 25 kg/m²	137	28	1	**0,0464**
	25 a 30 kg/m²	44	17	0,61 (0,38-0,96)	
	> 30 kg/m²	16	19,4	0,69 (0,36-1,33)	
Prática de Atividade Física	sim	42	16,2	1	**0,0084**
	não	173	26,3	1,62 (1,11-2,36)	
Alcoolismo	CAGE positivo	27	36,9	1,32 (0,82-2,12)	0,2516
	CAGE negativo	136	28	1	
Doenças Crônicas (número de doenças)	nenhuma	95	21,8	1	0,5808
	apenas 1	62	25,1	1,16 (0,81-1,66)	
	2 a 3	40	28,9	1,32 (0,87-2,03)	
	4 e mais	11	22,3	1,02 (0,35-3,04)	
Deficiência Física	sim	44	19,1	0,78 (0,53-1,17)	0,2052
	não	171	24,4	1	
Auto-avaliação em Saúde	ótima/excelente	72	21,1	1	0,3127
	boa	128	26	1,23 (0,91-1,66)	
	ruim/péssima	15	19	0,9 (0,38-2,14)	
Morbidade Referida (15 dias)	sim	48	20,6	0,84 (0,57-1,24)	0,3604
	não	167	24,5	1	

* Porcentagem da amostra ponderada
** Razão de Prevalência Bruta
*** Teste de associação pelo qui-quadrado

Do mesmo modo, para o sexo masculino, selecionaram-se para a regressão de Poisson todas as variáveis independentes que tiveram um nível descritivo menor que 0,20: atividade física, atividade remunerada, faixa etária, escolaridade do chefe, IMC, escolaridade do indivíduo e situação conjugal.

Permaneceram no modelo final apenas: atividade física, faixa etária e IMC, uma vez que as demais variáveis perderam efeito após o ajuste no modelo.

Tabela 15. Modelo de regressão de Poisson: variáveis associadas ao tabagismo em homens. ISA-Capital 2003, São Paulo, 2003.

Variável		n	%*	RP** Bruta (IC95%)	RP** Ajustada (IC95%)
Prática de Atividade Física	sim	42	16,2	1	1
	não	173	26,3	1,62 (1,11-2,36)	1,83 (1,20-2,78)
Faixa etária	16 a 19 anos	28	12,8	1	1
	20 a 23 anos	69	25,7	2 (1,27-3,16)	2,31 (1,42-3,76)
	40 a 59 anos	38	26,2	2,04 (1,23-3,4)	2,79 (1,62-4,81)
	60 anos e mais	89	20	1,56 (1-2,43)	1,94 (1,19-3,16)
IMC	< 25 kg/m²	137	28	1	1
	25 a 30 kg/m²	44	17	0,61 (0,38-0,96)	0,54 (0,33-0,87)
	> 30 kg/m²	16	19,4	0,69 (0,36-1,33)	0,63 (0,32-1,24)

* Porcentagem da amostra ponderada
** Razões de Prevalência

Nos resultados da análise múltipla para tabagismo em homens, após ajustes, os que referiram não praticarem atividade física apresentaram

chance (RP) 1,83 vezes maior (IC95%: 1,20-2,78). Também se mostraram associadas ao tabagismo: faixa etária, sendo que os homens com idade entre 40 e 59 anos têm chance (RP) 2,79 vezes maior (IC95%: 1,62-4,81), e IMC, com chance (RP) 37% vezes menor para os que têm IMC > 30 kg/m² (IC95%: 0,32-1,24).

8. DISCUSSÃO

Os estudos epidemiológicos possibilitam conhecer a saúde da população, os fatores de risco associados às diversas doenças e o impacto das ações de promoção em saúde (PEREIRA, 1995). Para tal, os inquéritos de saúde geram informações complementares às informações provenientes dos sistemas de informação de fluxo contínuo (ALMEIDA, 2006), comprovadamente úteis para obtenção de informações essenciais sobre as necessidades, comportamentos, gastos e condições de saúde dos indivíduos, além de levantar questões relacionadas aos serviços de saúde, especialmente nos indivíduos que não fazem uso dos serviços ou o fazem de maneira irregular (WHITE, 1985, apud CASTRO, 2006).

Antes de se discutir resultados encontrados em estudos científicos são necessários recursos e esforços extras, na tentativa de minimizar todas as possíveis fontes de erro. A interpretação dos resultados só deve ser feita após considerações sobre cada uma dessas possibilidades de erro.

8.1 – LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS DO ESTUDO

Em relação à seleção dos sujeitos para o estudo, não foram entrevistados indivíduos sem residência fixa e moradores de rua. Em um estudo desenvolvido com 83 moradores de rua da cidade de Juiz de Fora,

Minas Gerais, por HECKERT e colaboradores (1999 apud RATTO, 2000), encontrou-se uma prevalência de 9,6% de indivíduos com transtornos esquizofrênicos, 32,5% com transtornos do humor, 82% de dependentes de álcool e 31,3% dependentes de drogas, com uma prevalência de comorbidade entre quaisquer transtornos mentais de 78,3%.

A maior limitação quanto a possíveis vieses de seleção em inquéritos domiciliares diz respeito à alta proporção de não–resposta. As não-respostas podem resultar de recusa ou de problemas operacionais na coleta (VIACAVA, 2002). A não participação de alguns sujeitos além de impedir sua identificação, deixa sem resposta como teriam se comportado caso respondessem ao questionário (LIMA, 2004). Vale ressaltar que para o cálculo da amostra do presente estudo estimou-se um tamanho mínimo de pessoas para cada um dos domínios, já incluindo a este valor as possíveis perdas (SEGRI, 2008). Ainda assim, a taxa de perda/recusa foi pequena: 3,4% para hábito de fumar e 5,8% para TMC.

Todas as informações foram obtidas diretamente com os entrevistados ou, em caso de impossibilidade desses, por seus representantes. Não foi utilizada nenhuma outra fonte de dados objetiva, como informações de prontuários médicos ou realização de testes biológicos, para detecção do uso de substâncias psicoativas, por exemplo. Isto pode ter implicado em subestimação do consumo de cigarros entre os tabagistas e na menor prevalência de TMC encontrada entre os homens. Sabe-se que ao se tratar de sintomas psicológicos/emocionais há uma diferença significativa de gênero, as mulheres comumente têm maior

facilidade em identificar sintomas mentais e/ou referir-los, o que não é visto entre os homens (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Outro ponto a ser considerado é que o SRQ-20, elaborado pela WHO (1994) para rastrear possíveis casos de transtorno mental em serviços de atenção primária e na comunidade, não fornece diagnósticos formais, evidenciando casos suspeitos de TMC, além disso, coloca em um mesmo grupo indivíduos com transtornos mentais distintos.

Por último é necessário ressaltar que a grande limitação dos estudos transversais é a dificuldade de estabelecer causalidade, uma vez que, tratando-se de um corte no tempo, os possíveis determinantes e o desfecho são vistos em um mesmo momento, impossibilitando a utilização da temporalidade como critério causal. Além disso, os estudos de corte transversal são incapazes de medir a incidência (SEGRI, 2008).

8.2 – PREVALÊNCIA DE TABAGISMO

Considerado uma doença crônica que surge devido à dependência da nicotina, o tabagismo está classificado pela Organização Mundial da Saúde (CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª. revisão), desde 1997, no grupo dos Transtornos Mentais e de Comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (OLIVEIRA, 2008), sendo reconhecido como a maior causa de morte evitável e de maior crescimento no mundo (CASTRO et al., 2007).

Atualmente existem inúmeros trabalhos científicos comprovando os malefícios do tabagismo à saúde do fumante e do não fumante exposto à fumaça do cigarro (OLIVEIRA, 2008). No entanto a prevalência de tabagismo na população do município de São Paulo ainda é alta (20,58%).

A prevalência de tabagismo na população do estudo foi significativamente maior entre os homens (23,60%) que entre as mulheres (18,04%). A literatura traz que a população feminina tabagista tem crescido com o passar dos anos, uma vez que as propagandas das indústrias tabageiras têm dado atenção especial para esse público (BORGES; BARBOSA, 2009). Tratando-se de um estudo de corte transversal, onde as variáveis de interesse independentemente de serem de desfecho ou exposição, são medidas em um único momento no tempo (SEGRI, 2008), os resultados encontrados não podem afirmar esse crescimento na população feminina. Contudo, os achados do estudo confirmam a afirmação de ROSEMBERG (2003), segundo ele o sexo feminino entrou em contato com a nicotina, historicamente, muito tempo depois de o sexo masculino. Até a Segunda Guerra Mundial a mulher fumava pouco, conseqüentemente, na atualidade, o número de mulheres fumantes em comparação com o homem é ainda relativamente pequeno.

Ainda quanto às mulheres, segundo o INCA (BRASIL, 2004b), nos países em desenvolvimento o grande desafio a ser enfrentado é o evidente aumento da iniciação e conseqüente aumento da prevalência neste grupo.

O aumento da idade mostrou-se associado ao aumento na prevalência de tabagismo até a fase adulta, tendo uma enorme queda nos

indivíduos com 60 anos e mais (13,56%). Isso pode ser reflexo da prevalência de ex-tabagistas que também aumenta conforme a idade do indivíduo, principalmente após os 40 anos (25,67%; e 24,91% para indivíduos com 60 anos e mais), o que nos faz refletir sobre a importância e eficácia do aumento de programas de cessação ao tabagismo implantado e reforçado no país nos últimos anos.

O desenvolvimento de projetos, desenvolvidos pelo INCA a partir de 1996, para testar metodologias e gerar modelos de implantação de ações educativas continuadas em unidades de saúde, ambientes de trabalho e escolas, vem contribuindo para uma significativa mudança de paradigma, onde o tabagismo, de um comportamento elegante e charmoso, está transformando-se progressivamente num comportamento indesejável (BRASIL, 2001).

A literatura aponta que pessoas ligadas a alguma forma de religião, principalmente os jovens, fazem menor uso de drogas. Quando se tem algum tipo de religião e suas normas são seguidas, geralmente se tem mais força para enfrentar situações difíceis, sentir-se mais seguro, amparado e direcionado (PIRES, 2002). Neste estudo os evangélicos foram aqueles que apresentaram menor prevalência de tabagismo (11,23%), reforçando dados da literatura.

De acordo com PIRES (2002), o fato de adolescentes pertencerem a famílias que possam proporcionar melhores condições de acessos a informações, esclarecimentos, cultura, melhor qualidade de vida, pelo menos

material, não é o suficiente para protegê-los do uso de substâncias psicoativas como tabaco.

A prevalência de tabagismo segundo presença de alguma deficiência física, auditiva ou visual, não apresentou diferença estatística significativa (p=0,1371). Entretanto em pesquisa sobre o uso de serviços de saúde por deficientes, CASTRO (2006) encontrou a maior porcentagem de fumantes entre os deficientes físicos e a menor entre os deficientes auditivos. De acordo com o autor esses dados talvez denotem uma situação diferenciada dos deficientes físicos, devendo esses, serem um grupo que necessite de especial atenção no que tange o tabagismo.

O alcoolismo, também classificado pela CID-10 no capítulo dos Transtornos Mentais e de Comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, mostrou-se associado ao tabagismo (44,30%). Segundo a literatura o alcoolismo é preditor de consumo persistente de cigarros (LEMOS; GIGLIOTTI, 2007). Além disso, segundo alguns autores o transtorno por uso de álcool, abuso ou dependência pode aumentar a probabilidade de dependência de tabaco ao longo do processo de desenvolvimento humano (CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006). Ainda de acordo com a literatura, a associação do fumo com a ingestão de álcool aumenta a eliminação da nicotina, uma vez que o álcool acidifica a urina. Isso explica porque os tabagistas, quando tomam álcool, têm necessidade de encurtar o intervalo entre os cigarros fumados, visto que níveis sanguíneos daquele alcalóide caem mais rapidamente havendo necessidade de recompô-los e assim fumando mais (ROSEMBERG, 2003).

De modo geral, segundo ECHER (2006), um em cada dez fumantes pode ganhar de 11 a 13,5 kg ao parar de fumar, ficando a média de ganho de peso em torno de 2 a 4 kg. De acordo com a autora é normal um ganho de peso de até 2 kg, pois o paladar vai melhorando, o metabolismo se normaliza e a fome pode aumentar. Tal afirmação pode ser comprovada ao analisarmos a prevalência de ex-tabagistas na população em estudo, maior em indivíduos com IMC de 25 a 30 kg/m² (23,69%) e acima de 30 kg/m² (21,29%) do que naqueles cujo IMC não alcança 25 kg/m² (12,03%) (p=0,0002).

Segundo dados da literatura, a prática regular da atividade física pode auxiliar o fumante e o ex-fumante a obter uma maior aptidão física, melhorando sua qualidade de vida, diminuindo o risco de doenças crônicas, como problemas cardíacos que estão relacionados intimamente com o tabaco; auxiliar no controle de peso e também no processo da abstenção, favorecendo o aumento da auto-estima e no controle da ansiedade (NAHAS, 2001, apud OLIVEIRA, 2008). Vale ressaltar que os indivíduos que referiram praticar atividade física foram também os que apresentaram menor prevalência de tabagismo (16,71%).

Para a OMS o tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de mortes prematuras e limitações físicas (WHO, 2004). As doenças crônicas, além de proporcionarem limitações físicas podem acelerar o processo de morte do indivíduo, principalmente se não tratadas adequadamente; tal tratamento pode ser muito prejudicado se o indivíduo, por exemplo, associar o uso do tabaco.

Diversas doenças crônicas foram referidas no estudo; entre elas havia Depressão/Ansiedade/Problemas emocionais. O tabagismo apresentou associação com tal patologia, com prevalência de 27,13%. Diversos autores relacionam o tabagismo a aspectos negativos da afetividade, tais como tensão, ansiedade, irritabilidade, e sintomas depressivos em geral (MALBERGIER; OLIVEIRA JR, 2006). Além disso, de acordo com a literatura, os fumantes com história de sintomas depressivos teriam mais dificuldade para deixar o fumo.

8.2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO HÁBITO DE FUMAR EM TABAGISTAS E EX-TABAGISTAS

A literatura afirma que há uma comprovação de que as pessoas que começam a fumar entre 14 e 16 anos desenvolvem muito maior dependência da nicotina, em comparação com aqueles que fumaram o primeiro cigarro depois dos 20 anos de idade (ROSEMBERG, 2003). No presente estudo a grande maioria dos indivíduos iniciaram o fumo com idade inferior a 20 anos (83,67%). Ainda de acordo com a literatura, recentemente verificou-se a importância da idade em que se começa a fumar no desenvolvimento mais intenso da dependência da nicotina. Cerca de 90% dos que se iniciam no tabagismo em torno dos 14 anos de idade, tornam-se dependentes aos 19 anos; desenvolvem altos graus de dependência da nicotina, escravizando-os ao consumo e, levando-os ao maior consumo de cigarros quando adultos (ROSEMBERG, 2003).

A prevalência de ex-tabagistas encontrada no estudo foi de 16,38%, entretanto não foi possível avaliar as estratégias utilizadas pelo indivíduo para abandonar o fumo. Segundo ROSAS e BAPTISTA (2002) o processo para deixar o tabagismo pode seguir duas estratégias distintas: uma parada repentina e definitiva ou uma redução gradual do consumo a curto prazo. Parar repentinamente, embora eficaz em alguns casos, na maioria das vezes pode provocar um desconforto acentuado (síndrome de abstinência), o que, para as autoras, não é ideal. Por outro lado, os programas de redução gradual mais tradicionais utilizam diversas técnicas como os auto-registros e o reforço social, que ajudam o fumante a reduzir o consumo. Ainda segundo as autoras, nesta perspectiva não importa o como e quando deixar, nem a motivação para deixar de fumar, mas apenas a redução da quantidade de cigarros num determinado período de tempo.

Quanto aos motivos pelo qual as pessoas deixam de fumar, os estudos referem que aproximadamente 60% prendem-se a questões de saúde e cerca de 25% a fatores psicossociais (ORLEANS, 1993 apud ROSAS; BAPTISTA, 2002). Em estudo sobre estratégias de intervenção psicológica para a cessação tabágica, ROSAS e BAPTISTA (2002) verificaram que a maioria dos tabagistas apontaram razões de saúde para deixar de fumar, outros referiram a pressão familiar (como por exemplo ser mau exemplo para filhos adolescentes) e outros razões econômicas. Neste estudo grande parte dos indivíduos ex-tabagistas (38,42%) deixaram de fumar por acreditarem que o tabagismo faz mal a saúde, e a maioria dos

tabagistas (64,84%) também já tentaram abandonar o fumo pelo mesmo motivo.

Ainda assim, segundo traz a literatura, o uso da droga se mantém independentemente do conhecimento do dano físico ou psicológico que causa: a maioria dos fumantes já teve ou tem algum problema físico relacionado ao cigarro, e, apesar disso, continua fumando (ECHER, 2006).

Os resultados encontrados no presente estudo reforçam a discussão a cerca da proibição do fumo em locais públicos, como estipulado recentemente pela Lei Estadual Anti Fumo (lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009). Apenas 1,83% dos indivíduos ex-tabagistas referiram como motivo para abandono do tabagismo a restrição no trabalho ou em locais públicos. Vale destacar que a coleta de dados do presente estudo foi anterior a criação da lei no Estado de São Paulo.

O apoio social é uma variável importante no processo de deixar de cessação do fumo. O apoio dos amigos e familiares está muito relacionado com o êxito que os tabagistas podem ter nos programas de tratamento (ROSAS; BAPTISTA, 2002). Infelizmente a grande maioria dos ex-tabagistas não contou com apoio para deixar de fumar (82,95%), o que pode ter dificultado nessa conquista ou ainda pode trazer um insucesso na manutenção da abstinência.

Conforme ROSEMBERG (2003) os que fumam nos primeiros 30 minutos após acordar, têm, em geral, forte dependência à nicotina. O que pode ser confirmado nos dados da pesquisa, onde a maioria dos indivíduos

tabagistas fuma o primeiro cigarro do dia antes dos primeiros 30 minutos após acordarem (45,05%).

De acordo com a literatura os consumidores de 20 cigarros/dia, geralmente, estão nicotino-dependentes e sujeitos a fortes sintomas ao cessar de fumar (ROSEMBERG, 2003). Curiosamente a maior parte dos indivíduos tabagistas no estudo referiu fumar menos de 20 cigarros/dia (59,75%), enquanto os que disseram terem abandonado o fumo referiram que costumavam fumar mais de 20 cigarros/dia (59,15%). Tal informação nos leva a questionar o quanto o próprio fumante minimiza sua dependência ao tabaco, uma vez que a vontade em deixar o tabagismo é grande, mas a dificuldade é muitas vezes maior ainda. A grande maioria dos tabagistas já tentou deixar o fumo (67,48%) e não obteve sucesso nas tentativas. Segundo a Associação Psiquiátrica Americana (2002), aproximadamente 80% dos tabagistas gostariam de abandonar o fumo, 35% param a cada ano, mas menos de 5% alcançam esse objetivo sem auxílio externo.

8.3 – PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM

Como referido anteriormente, o conceito de TMC é muito utilizado em inquéritos populacionais, fornecendo uma melhor visualização do *status* da saúde mental da comunidade (COELHO, 2006). Para o *screening* desses transtornos a OMS recomenda que se utilize o SRQ-20 (BARROS, 2005), instrumento utilizado no presente estudo.

Diferentes estudos realizados em diversos países apontam alguns fatores associados aos TMC: gênero feminino, estado civil separado ou viúvo, baixa escolaridade, baixa renda e classe social, regiões de grande desigualdade sócio-econômica, eventos de vida produtores de estresse, entre outros (COELHO et al, 2009; ALMEIDA-FILHO et al, 1997).

A prevalência de TMC encontrada entre as mulheres (30,71%) foi maior do que a encontrada nos homens (14,63%). Em acordo com a literatura, os resultados do estudo reforçam a teoria de que as mulheres comumente apresentam mais sintomas de angústia psicológica e desordens depressivas do que o homem (LENNON, 1995 apud PINHO, 2006).

Alguns autores concordam com o fato de que a escolaridade aumenta a possibilidade de escolhas na vida, além de influenciar aspirações, auto-estima e aquisição de novos conhecimentos, que podem motivar atitudes e comportamentos. Assim, influencia as condições socioeconômicas futuras e sua inserção na estrutura ocupacional, logo, seu papel social. Para eles, atentando-se à tais considerações, a sua falta diminui o poder de decisão do indivíduo, gerando uma relativa incapacidade de influenciar o meio e, conseqüentemente, dano à saúde psicológica (MARAGNO et al, 2006; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002). Isso pode explicar a menor prevalência de TMC nos indivíduos com 12 ou mais anos de estudo (11,95%).

Os eventos de vida produtores de estresse, como morte de ente querido, divórcio, perda de emprego, entre outros, podem, segundo a literatura, contribuir para a ocorrência de TMC (BARROS, 2005). No entanto não há consenso na literatura quanto à associação TMC e estado civil

(MARAGNO et al, 2006), embora muitos estudos afirmem uma associação entre TMC e indivíduos solteiros ou viúvos. Neste estudo a maior prevalência de TMC foi encontrada em indivíduos que não têm um companheiro, ou porque esse companheiro faleceu (viúvos, 38,40%) ou porque ocorreu uma separação (45,85%).

PEREIRA, MORITA e BARROS (2008) afirmam que o acesso limitado ao emprego e as condições precárias de renda são favoráveis a presença de TMC. Assim, pessoas desempregadas e/ou com renda inferior a um salário mínimo foram as que apresentaram maior prevalência de TMC (33,24% e 31,03%, respectivamente).

Além de freqüente, uma associação preocupante apontada pela literatura, entre doenças e distúrbios mentais e o consumo excessivo de álcool e outras drogas (BARROS, 2005, LIMA, 2004), pôde ser confirmado no estudo. Aproximadamente 34% dos indivíduos com CAGE positivo apresentaram o transtorno estudado.

A prática regular da atividade física é um excelente auxílio na melhoria do estado psicológico, como por exemplo, no controle da ansiedade (NAHAS, 2001, apud OLIVEIRA, 2008). Indivíduos que referiram praticar atividade física apresentaram menor prevalência de TMC (17,63%) do que os inativos (23,27%).

Ser portador de uma doença crônica significa cuidados, muitas vezes diários, com alimentação, medicamentos, e outros. A prevalência de TMC encontrada nos portadores de doenças crônicas mostrou-se elevada na medida em que o indivíduo referiu maior número de doenças (16,4% para os

que referiram 1 doença crônica e 59,55% para os que referiram 4 ou mais doenças crônicas). Por isso, esse tipo de transtorno mental tem especial importância na atenção primária e na prática médica não psiquiátrica, uma vez que a comorbidade com outras doenças leva a um pior prognóstico de ambas, tanto por piora do quadro clínico principal, como por aderência inadequada aos tratamentos propostos (FERNANDEZ; LEVY, 1990, apud SANTOS, 2002).

Em pesquisa sobre o perfil epidemiológico de deficientes físicos no estado de São Paulo, calculando-se a razão de prevalência ajustada por idade e sexo, percebeu-se que entre os deficientes houve 67% mais casos de TMC que entre os não deficientes. Segundo o autor o processo incapacitante pode ser causa coadjuvante de uma patologia; para ele o indivíduo ficaria mais sujeito a desenvolver a moléstia psicológica em virtude da deficiência (CASTRO, 2006). No presente estudo a prevalência de TMC em deficientes físicos também mostrou-se maior (37,12%) comparada aos não-deficientes (21,27%).

Ao analisar a auto-avaliação em saúde, auto-classificação global que o indivíduo se atribui, tem-se uma avaliação empírica de como a saúde desse indivíduo é percebida. De acordo com a literatura, a presença TMC interfere de forma expressiva na qualidade de vida do indivíduo, atuando negativamente em seu pragmatismo, humor, pensamento, bem-estar físico-emocional, entre outras funções e atividades (FIGUEIREDO, 2006). Análogo a literatura, a prevalência de TMC encontrada nos indivíduos que referiram

insatisfação com sua saúde (ruim/péssima) foi significativamente elevada (71,14%).

8.4 – ASSOCIAÇÃO ENTRE TABAGISMO E TRANSTORNO MENTAL COMUM

Embora recentes estudos indiquem que há uma prevalência elevada de tabagismo em pacientes com transtornos psiquiátricos (FREIRE et al., 2007) essa associação não foi encontrada no presente estudo em relação aos Transtornos Mentais Comuns na população geral. Também não houve associação de TMC com questões específicas do fumo, como: tempo em que abandonou o fumo, quantidade de cigarros que costuma fumar por dia, entre outras.

A literatura afirma que as mulheres estão mais sujeitas a distúrbios de humor, como depressão e ansiedade, ou a sentimentos como tristeza e solidão, sendo o tabaco, muitas vezes, usado como alívio e automedicação para questões que deveriam ser enfrentadas de outras formas (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007). Outras razões, como o estresse causado pela dupla jornada de trabalho, a desigualdade de oportunidades de emprego e salário, a violência doméstica, ou mesmo questões estéticas impostas pelos padrões de beleza vigentes, podem também levar à iniciação do fumar e reforçar a manutenção do tabagismo (BORGES; BARBOSA, 2009).

Historicamente, como relembra BORGES e BARBOSA (2009), o movimento feminista começou a despontar no período da Revolução Francesa quando se deu o deslocamento do trabalho produtivo do espaço doméstico-familiar para o espaço público, levando as mulheres para o mercado de trabalho e com isso criando condições para a participação da mesma na sociedade. Essa mudança possibilitou as mulheres organizarem-se para lutar por seus direitos. Contudo, as reivindicações femininas por igualdade nem sempre foram aceitas. Neste período, fumar ainda era um ato masculino, embora, nesta época, as mulheres já "se articulassem, no ocidente, no movimento sufragista pelo direito ao voto, movimento este considerado a 'primeira onda' do feminismo" (p. 1134). Atualmente, segundo as autoras, podemos inferir que o cigarro desempenha, de forma concreta e simbólica, um importante papel no alívio da ansiedade e angústia decorrente das contradições de gênero ainda vividas pelas mulheres. Embora a literatura explique o fato do tabagismo funcionar como "automedicação" para os sentimentos de tristeza ou humor negativo (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007), outros estudos acreditam que é possível que a sobrecarga de responsabilidades familiares e de trabalho externos influenciem a maior adesão ao fumo, não apenas como alívio de tensões, mas também como uma fonte de prazer (BORGES; BARBOSA, 2009).

Com esse respaldo da literatura, pode-se compreender a associação encontrada, apenas nas mulheres, entre tabagismo e TMC, de 41,20% (p=0,045). A associação entre ex-tabagismo e TMC também foi estatisticamente significativa, 29,42%. Entretanto, é importante ressaltar,

segundo a literatura, que a ansiedade e a depressão são fatores que dificultam a cessação do tabagismo em mulheres, sendo, muitas vezes, preditores de recaída (BORGES; BARBOSA, 2009).

A partir disso optou-se pela análise estatística múltipla de regressão de Poisson, estratificando-se por sexo, com intuito de se encontrar os fatores associados ao tabagismo, e principalmente analisar a associação do TMC nas mulheres, uma vez que nos homens a associação não foi significativa estatisticamente já na análise univariada, e por isso não entrando no modelo múltiplo.

Nos resultados da análise múltipla a variável TMC perdeu significância estatística, não permanecendo então no modelo. Como referido anteriormente, estudos afirmam que as mulheres estão mais sujeitas a distúrbios de humor e se utilizam do tabaco, muitas vezes, como alívio e automedicação para tais questões (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007). Entretanto não há na literatura referência aos Transtornos Mentais Comuns ao se tratar de tabagismo.

Para o segundo modelo múltiplo, para o sexo feminino, a opção pela retirada da variável alcoolismo se deu por a mesma ter apresentado elevada associação ao tabagismo (RP: 3,34; IC95%: 2,10-5,29), e por ser principalmente tal associação demasiadamente relatada na literatura. Segundo ROSEMBERG (2003) cerca de 70% dos alcoólicos são fumantes pesados. Acredita-se que por ser também um Transtorno Mental e de Comportamento decorrente do uso de substância psicoativa, sua associação pode “mascarar” outras variáveis associadas ao tabagismo.

Assim, nesse modelo, para as mulheres, encontrou-se como fatores associados ao tabagismo: faixa etária, depressão/ansiedade/ problemas emocionais, religião e renda *per capita*. Acredita-se que o fato da variável depressão/ansiedade/problemas emocionais estar associada ao tabagismo no sexo feminino explique a hipótese de associação entre tabagismo e saúde emocional nas mulheres. A literatura a respeito de associações do tabagismo com problemas psiquiátricos como depressão ou ansiedade é vasta (FREIRE et al, 2007, LEMOS; GIGLIOTTI, 2007, RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007, CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006, MALBERGIER; OLIVEIRA JR, 2005).

Nos homens não encontrou-se nenhuma associação entre tabagismo e saúde emocional, tanto na análise univariada como na análise múltipla. Para eles as variáveis TMC e depressão/ansiedade/problemas emocionais não apresentaram significância estatística já na análise univariada, por isso não entrando no modelo de regressão de Poisson.

Inicialmente o uso do tabaco era restrito aos homens. Segundo a literatura, até pouco tempo após a Revolução Francesa fumar ainda era um ato tipicamente masculino (BORGES; BARBOSA, 2009). Além dessa iniciação do fumo entre os homens, estudos a respeito de drogas psicoativas chamam a atenção para as diferenças de comportamento entre homens e mulheres. Embora todos sejam expostos ao consumo de drogas, com o tempo, os homens passam a usar muito mais essas substâncias do que as mulheres (PIRES, 2002). Com relação ao tabagismo, não há como, no presente estudo, afirmar quais os fatores psicológicos (se existentes) levam

o homem ao tabagismo, mas é nítida a diferença entre os fatores associados para cada sexo.

No modelo de regressão de Poisson para tabagismo em homens, apresentaram associação as variáveis: atividade física, faixa etária e IMC. Esses dados mostram que a o uso do tabaco em homens, diferentemente das mulheres, não se mostrou associado a fatores psicológicos.

Segundo a literatura o processo agressivo de propaganda e marketing (Organização Pan Americana de Saúde, 1992 apud BRASIL, 2001) foi decisivo na representação social positiva dado ao comportamento de fumar. As indústrias tabageiras sempre utilizaram em sua publicidade de associação entre o consumo de derivados do tabaco e o ideal de auto-imagem, como beleza, sucesso, liberdade. Colocando o cigarro como objeto de desejo de milhões de pessoas (BRASIL, 2001). Ou seja, o contexto social positivo criado pela propaganda foi (e talvez ainda seja, apesar das proibições das propagandas de cigarros), muitas vezes, idealizador do comportamento de fumar.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que o conhecimento dos fatores psicológicos e psiquiátricos associados ao tabagismo é de suma importância para a compreensão da singularidade do indivíduo, o que pode ser de grande valia na criação de programas de saúde voltados ao cuidado desses, como os programas cessação do tabagismo.

Programas governamentais anti-tabágicos, como Lei Estadual Anti Fumo (lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009), que proíbe fumar em locais públicos, apesar de contribuírem positivamente para o combate ao fumo, acabam por não darem a atenção devida aos aspectos emocionais de cada indivíduo usuário/dependente do tabaco.

As características psíquicas do indivíduo são determinantes na iniciação e manutenção da dependência ao tabaco, e por isso é importante que faça parte desses programas de combate um profissional da saúde capaz de realizar uma avaliação do perfil psicológico e da presença ou não de distúrbios psiquiátricos antes de iniciar o tratamento anti-tabágico. Assim, faz-se necessária a presença do profissional de saúde mental nesses programas, uma vez que o mesmo pode contribuir de modo relevante para a modificação de tal comportamento. Lembrando que o tabagismo é um problema mundial de saúde pública associado a altas taxas de morbimortalidade, e considerado pela Organização Mundial da Saúde a maior causa de morte evitável e de maior crescimento no mundo.

A partir do exposto torna-se imprescindível refletir sobre os aspectos emocionais do hábito de fumar, sendo imperativa a necessidade de novas pesquisas a respeito da iniciação e manutenção do tabagismo e da saúde mental desses indivíduos. Que este trabalho seja um ponto de partida para demais estudos a fim de produzir conhecimentos que subsidiem uma discussão consciente sobre a problemática do tabagismo como um problema sério e atual de saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHUTTI, A.; MENEZES, A. M. B. Epidemiologia do tabagismo. In: ACHUTTI, A. *Guia nacional de prevenção e tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: Vitrô; 2001. p. 9-24.

ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J. J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J. F.; FERNANDES, J.; ANDREOLI, S. B. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Br J Psychiatry 1997; 171: 524-529.

ALMEIDA, M. F. Saúde e condição de vida em São Paulo: Inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo - ISA/SP. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, 2006.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. Psiq. Clín.* 33 (2); 43-54, 2006.

[APA] Associação Psiquiátrica Americana. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: texto revisado - DSM-IV-TRTM. 4ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2002.

ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.,* Recife, v. 5, n. 3, 2005.

BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. *Rev. Bras Otorrinolaringol.* V.71, n.6, 820-7, nov./dez. 2005.

BANDEIRA, M; FREITAS, L. C.; CARVALHO FILHO, J. G. T. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, 2007.

BARROS, M. B. A. Transtorno Mental Comum. IN: CESAR, L. G. C.; CARANDINA, L.; ALVES, M. C. G. P.; BARROS, M. B. A.; GOLDBAUM, M. *Saúde e condição de vida em São Paulo.* São Paulo: USP/FSP, 2005.

BARROS, M. B. A. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. Rev. Bras. Epidemiol. 2008; 11 (supl 1): 6-19.

BARROS, A. J. D.; HIRAKATA, V. Alternatives for logistic regression in cross sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology London* 2003; 3(21): 11-16.

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). *Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. *A ratificação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco pelo Brasil:* mitos e verdades. Rio de Janeiro: INCA; 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer – INCA. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis.* Rio de Janeiro: INCA, 2004b.

BORGES, M. T. T.; BARBOSA, R. H. S. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4):1129-1139, 2009.

CABANA, M. C. F. L. et. al. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, 2007.

CALHEIROS, P. R. V.; OLIVEIRA, M. S.; ANDRETTA, I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. *Aletheia* 23, jan./jun. 2006

CARVALHO, J. T. *O Tabagismo visto sob vários aspectos*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2000.

CASTRO, M. G. et al. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. *Rev. Psiq. Clín*. 34 (2); 61-67, 2007.

CASTRO, M. G. T. et al. Relação entre gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas. *Rev. Psiquiatr RS*. 2008; 30(1):25-30.

CASTRO, S. S. *Perfil epidemiológico e de uso de serviços de saúde por deficientes físicos em áreas do Estado de São Paulo*: um estudo multicêntrico. [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP, São Paulo, 2006.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Rev. Psiq. Clín.* 32 (5); 283-300, 2005.

CESAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de são Paulo, 1989-1990. Cad Saúde Pública 1996; 12(2): 59-70.

COELHO, F. M. C. *Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em adultos da cidade de Pelotas, RS*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2006.

COELHO, F. M. C. et al. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(1):59-67, jan, 2009.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 21(1):73-79, jan-fev, 2005.

COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev. Bras. Epidemiol.* vol 5, no.2, pp. 164-173, 2002.

ECHER, I. C. *Fatores de sucesso no abandono do tabagismo*. [Tese de Doutorado] Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, Porto Alegre, RS, 2006.

FIGUEIREDO, C. R. D. L. *Saúde e doença mental no município de São Paulo:* desafios para a atenção primária. [Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em epidemiologia para Serviços de Saúde] Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP, São Paulo, 2006.

FREIRE, R. C. R. et al. Tabagismo e o transtorno do pânico: gravidade e comorbidades. *Rev. Psiquiatr RS*. 2007; 29(3).

[IBGE] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2000:* documentação dos microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em: <http://econ.duke.edu/pub/timmins/Censo_2000_microdados/Documenta%e7%e3o/Documenta%e7%e3o.doc> Acesso em: abr/2010.

[IBGE] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE:* versão 1.0. CONCLA/IBGE. Rio de Janeiro, 2003.

LEMOS, T.; GIGLIOTTI, A. P. Transtornos psiquiátricos e tabagismo. IN: VIEGAS, C. A. A. *Tabagismo:* do diagnóstico à Saúde Pública. São Paulo: Atheneu, 2007. pp. 185-200.

LIMA, M. C. P. *Transtornos mentais comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu - SP:* um estudo de co-morbidade e utilização de serviços. [Tese de Doutorado] Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FM/USP, São Paulo, 2004.

LIMA, M. C. P.; DOMINGUES, M. S.; CERQUEIRA, A. T. A. R. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 6, 2006.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. M. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev. Saúde Pública,* São Paulo, 36:213-21, 2002.

MALBERGIER, A.; OLIVEIRA JR, H. P. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Rev. Psiq Clin*, 32(5):276-82, 2005.

MALBERGIER, A.; OLIVEIRA JR, H. P. Dependência de nicotina e comorbidades psiquiátricas. IN: FOCCHI, G. R. A.; MALBERGIER, A.; FERREIRA, M. P. *Tabagismo:* dos fundamentos ao Tratamento. São Paulo: Lemos Editorial, 2006. pp. 87-97.

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; CÉSAR, C. L. G. Prevalência de transtornos mentais em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(8): 1639-1648, ago, 2006.

MARI, J. J.; WILLIMS, P. A Validity of a psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the city of São Paulo. *British Jornal of Psychiatry*, 148, 23-26, 1986.

MARQUES, A. C. P. R.; CAMPANA, A.; GIGLIOTTI, A. P.; LOURENÇO, M. T. C.; FERREIRA, M. P.; LARANJEIRA, R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev. Bras Psiquiatr.* 2001;23(4):200-14.

MORAES, M. A. Avaliação da Implantação do Programa de Controle do Tabagismo no Hospital Santa Cruz – São Paulo [Tese de Doutorado] Faculdade de Serviços de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP, São Paulo, 2006.

MASUR, J. et al. Detecção Precoce do Alcoolismo em Clínica Médica através do Questionário CAGE. *J Bras Psic,* 34(1): 31-34, 1985.

OLIVEIRA, J. D. F. *Avaliação da qualidade de vida de um grupo de tabagistas participantes de um programa interdisciplinar em centro de saúde:* a questão da atividade física [Dissertação de Mestrado] Campinas, SP: [s.n], 2008.

[OMS] Organização Mundial da Saúde. *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995.

PEREIRA, A. R. S.; MORITA, M.; BARROS, M. B. A. Transtorno Mental Comum. In: BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GODBAUM, M. *As dimensões da saúde:* Inquérito populacional em Campinas. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

PINHO, P. S. *Sobrecarga doméstica e Transtornos Mentais Comuns em mulheres*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, 2006.

PIRES, C. F. *Uso do tabaco e do álcool por estudantes adolescentes de escola pública e particular de Teresina – PI.* [Dissertação de Mestrado] UNICAMP, Campinas SP, 2002.

PLANETA, C. S.; CRUZ, F. C. Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco. *Rev. Psiq. Clín.* 32 (5); 251-258, 2005.

PONTES, R. M. F. *Perfil de usuários do fumo na Universidade de Brasília*. [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

RATTO, L. R. C. *Prevalência da Comorbidade entre Transtornos Mentais Graves e Transtornos Devido ao Uso de Substâncias Psicoativas em São Paulo, Brasil.* [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FM/USP, São Paulo, 2000.

RONDINA, R. C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *J Bras Pneumol*. 2007; 33(5):592-601.

ROSAS, M.; BAPTISTA, F. Desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológica para a cessação tabágica. *Análise Psicológica* (2002), 1 (XX): 45-56.

ROSEMBERG, J. *Pandemia do tabagismo:* enfoques históricos e atuais. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, Centro de Vigilância Epidemiológica, 2002.

ROSEMBERG, J. *Nicotina: droga universal.* São Paulo: INCA/MS, 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf> Acesso em: dez/2009.

SANTOS, M. G. S. B. *Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de retrovirais no estado de São Paulo, Brasil.* [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FM/USP, São Paulo, 2002.

SEGRI, N. J. *Comparação entre moradores com e sem telefone fixo no domicílio, entrevistados em inquérito domiciliar de saúde. São Paulo – 2003*. [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo – FSP/USP, São Paulo, 2008.

SOUZA, J. J. G. *Hipertensão arterial referida e uso de anti hipertensivos em adultos na cidade de São Paulo, 2003:* um estudo de base populacional. [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo – FSP/USP, São Paulo, 2006.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4):607-621, 2002.

VOLCAN, S. M. A.; SOUZA, P. L. R.; MARI, J. J.; HORTA, B. L. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37(7): 440-445.

[WHO] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A user´s guide to the self reporting questionnaire* (SRQ). Geneva; 1994.

[WHO] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World no tobacco day 2004 materials.* Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2004/em>.

ANEXOS

LEI Nº 13.541, DE 7 DE MAIO DE 2009

Proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:
Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei:

Artigo 1º - Esta lei estabelece normas de proteção à saúde e de responsabilidade por dano ao consumidor, nos termos do artigo 24, incisos V, VIII e XII, da Constituição Federal, para criação de ambientes de uso coletivo livres de produtos fumígenos.

Artigo 2º - Fica proibido no território do Estado de São Paulo, em ambientes de uso coletivo, públicos ou privados, o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco.
§ 1º - Aplica-se o disposto no "caput" deste artigo aos recintos de uso coletivo, total ou parcialmente fechados em qualquer dos seus lados por parede, divisória, teto ou telhado, ainda que provisórios, onde haja permanência ou circulação de pessoas.

§ 2º - Para os fins desta lei, a expressão "recintos de uso coletivo" compreende, dentre outros, os ambientes de trabalho, de estudo, de cultura, de culto religioso, de lazer, de esporte ou de entretenimento, áreas comuns de condomínios, casas de espetáculos, teatros, cinemas, bares, lanchonetes, boates, restaurantes, praças de alimentação, hotéis, pousadas, centros comerciais, bancos e similares, supermercados, açougues, padarias, farmácias e drogarias, repartições públicas, instituições de saúde, escolas, museus, bibliotecas, espaços de exposições, veículos públicos ou privados de transporte coletivo, viaturas oficiais de qualquer espécie e táxis.

§ 3º - Nos locais previstos nos parágrafos 1º e 2º deste artigo deverá ser afixado aviso da proibição, em pontos de ampla visibilidade, com indicação de telefone e endereço dos órgãos estaduais responsáveis pela vigilância sanitária e pela defesa do consumidor.

Artigo 3º - O responsável pelos recintos de que trata esta lei deverá advertir os eventuais infratores sobre a proibição nela contida, bem como sobre a obrigatoriedade, caso persista na conduta coibida, de imediata retirada do local, se necessário mediante o auxílio de força policial.

Artigo 4º - Tratando-se de fornecimento de produtos e serviços, o empresário deverá cuidar, proteger e vigiar para que no local de funcionamento de sua empresa não seja praticada infração ao disposto nesta lei.

Parágrafo único - O empresário omisso ficará sujeito às sanções previstas no artigo 56 da Lei federal n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990 - Código de Defesa do Consumidor, aplicáveis na forma de seus artigos 57 a 60, sem prejuízo das sanções previstas na legislação sanitária.

Artigo 5º - Qualquer pessoa poderá relatar ao órgão de vigilância sanitária ou de defesa do consumidor da respectiva área de atuação, fato que tenha presenciado em desacordo com o disposto nesta lei.
§ 1º - O relato de que trata o "caput" deste artigo conterá:
1 - a exposição do fato e suas circunstâncias;
2 - a declaração, sob as penas da lei, de que o relato corresponde à verdade;
3 - a identificação do autor, com nome, prenome, número da cédula de identidade, seu endereço e assinatura.

§ 2º - A critério do interessado, o relato poderá ser apresentado por meio eletrônico, no sítio de rede mundial de computadores - "internet" dos órgãos referidos no "caput" deste artigo, devendo ser ratificado, para atendimento de todos os requisitos previstos nesta lei.

§ 3º - O relato feito nos termos deste artigo constitui prova idônea para o procedimento sancionatório.

Artigo 6º - Esta lei não se aplica:
I - aos locais de culto religioso em que o uso de produto fumígeno faça parte do ritual;
II - às instituições de tratamento da saúde que tenham pacientes autorizados a fumar pelo médico que os assista;
III - às vias públicas e aos espaços ao ar livre;
IV - às residências;
V - aos estabelecimentos específica e exclusivamente destinados ao consumo no próprio local de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, desde que essa condição esteja anunciada, de forma clara, na respectiva entrada.

Parágrafo único - Nos locais indicados nos incisos I, II e V deste artigo deverão ser adotadas condições de isolamento, ventilação ou exaustão do ar que impeçam a contaminação de ambientes protegidos por esta lei.

Artigo 7º - As penalidades decorrentes de infrações às disposições desta lei serão impostas, nos respectivos âmbitos de atribuições, pelos órgãos estaduais de vigilância sanitária ou de defesa do consumidor.

Parágrafo único - O início da aplicação das penalidades será precedido de ampla campanha educativa, realizada pelo Governo do Estado nos meios de comunicação, como jornais, revistas, rádio e televisão, para esclarecimento

sobre os deveres, proibições e sanções impostos por esta lei, além da nocividade do fumo à saúde.

Artigo 8º - Caberá ao Poder Executivo disponibilizar em toda a rede de saúde pública do Estado, assistência terapêutica e medicamentos antitabagismo para os fumantes que queiram parar de fumar.

Artigo 9º - Esta lei entra em vigor no prazo de 90 (noventa) dias após a data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 7 de maio de 2009.

JOSÉ SERRA

Luiz Antônio Guimarães Marrey
Secretário da Justiça e da Defesa da Cidadania

Luiz Roberto Barradas Barata
Secretário da Saúde

Guilherme Afif Domingos
Secretário do Emprego e Relações do Trabalho

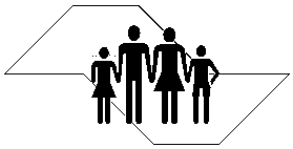
Aloysio Nunes Ferreira Filho
Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa, aos 7 de maio de 2009.

É proibido fumar neste local.

Para informar o descumprimento da lei, ligue 0800 771 3541 ou acesse www.leiantifumo.sp.gov.br
Lei 13.541/2009 de 07 de maio de 2009.

ISA-CAPITAL 2003



PLANO DE AMOSTRAGEM

A população de estudo refere-se à população residente em área urbana do Município de São Paulo no período de realização do inquérito.

Considerando os objetivos da pesquisa, foram fixados oito domínios de estudo formados pelos grupos sexo/idade: menores de um ano, de 1 a 11 anos de idade, mulheres de 12 a 19; 20 a 59 e 60 ou mais, e homens, nas mesmas faixas etárias. Para cada um desses domínios, foi planejada a realização de 420 entrevistas, perfazendo um tamanho de amostra total de 3360 indivíduos.

Para calcular o tamanho da amostra, considerou-se a expressão algébrica utilizada na estimação de proporções: $n_0 = \frac{P(1-P)}{(d/z)^2} \cdot deff$. Os valores aplicados a ela foram: *z=1,96* o valor na curva normal reduzida, correspondente ao nível de confiança de 95%; *d=0,06* a erro de amostragem admitido; *deff=1,5* o efeito do delineamento e *P=0,50* a proporção a ser estimada. Tomou-se esse valor para P por ser o que leva à obtenção de tamanhos de amostras conservadores, uma vez que várias proporções serão estimadas no estudo. Dessa forma, $n_o = 400$.

A seguir, fixou-se em 7 o número de pessoas a serem entrevistadas em cada unidade primária de amostragem (UPA), arredondando para 60 o número de setores a ser sorteado (400/7=57,2). Esses valores elevaram a amostra para 420 (60x7=420), significando um erro de amostragem de 0,0586.

Tabela 1. Tamanho de amostra planejado, segundo grupo sexo/idade. ISA-Capital 2003, 2002.

Grupo sexo/idade	Nº. Pessoas
Menor 1 ano	420
1 a 11 anos	420
Mulheres de 12 a 19 anos	420
Homens de 12 a 19 anos	420
Mulheres de 20 a 59 anos	420
Homens de 20 a 59 anos	420
Mulheres de 60 anos ou mais	420
Homens de 60 anos ou mais	420
Total	3360

A amostra foi sorteada em estágios: setores censitários e domicílios. O município foi estratificado segundo escolaridade do chefe de família, considerando o percentual de chefes com nível universitário em três níveis: até 5%, 5% (inclusive) a 25% e 25% ou mais, conforme divisão utilizada no ISA-SP.

O ponto de partida para o sorteio foi a PNAD-2002 que amostrou no Município de São Paulo 264 setores censitários urbanos, não pertencentes ao estrato de novas construções, entre os quais foram sorteados 60 setores para compor a amostra do ISA-Capital 2003, sendo 15, 28 e 17, respectivamente, nos estratos 1, 2 e 3. Essa partição seguiu a distribuição dos setores censitários da PNAD pelos estratos.

Em cada setor, planejou-se a obtenção de 7 entrevistas de cada grupo sexo/idade de interesse e para se precaver da perda de 20% de unidades da amostra em função da não resposta, foi previsto o sorteio de 8,75 pessoas em cada grupo sexo/idade (7/0,8=8,75).

Considerando as razões pessoas/domicílios observadas no Censo-2000 (Tabela 2), foi determinado o número de domicílios que precisariam ser visitados para se encontrar o número planejado de pessoas. Com base nos domínios menos freqüentes, o de homens de 60 anos ou mais no estrato 1 e

o de menores de um ano nos estratos 2 e 3, foi determinado que seriam visitados 130, 170 e 245 domicílios, nos estratos 1, 2 e 3, respectivamente, valores que correspondem à divisão de 8,75 pelas razões 0,07; 0,0518 e 0,0362 (arredondados para cima).

Tabela 2. Razão pessoas / domicílios, segundo estrato e grupo idade/sexo. Município de São Paulo, 2000.

Grupo Idade/sexo	Estrato 1	2	3
<1	0,0879	0,0518	0,0362
1 a 11	0,9298	0,5626	0,3865
12 a 19-M	0,3085	0,2467	0,1873
12 a 19 – F	0,3388	0,2531	0,1918
20 a 59 – M	1,0189	0,9160	0,8421
20 a 59 – M	1,0487	1,0354	1,0000
60 e + – M	0,0700	0,1563	0,1822
60 e + – F	0,1005	0,2182	0,2706
Total	3,903	3,439	3,097

Fonte: Censo 2000.

Na Tabela 3 estão indicados os números de unidades de amostragem sorteadas.

Tabela 3. Unidades de amostragem sorteadas, segundo estrato. ISA-Capital 2003

Estrato (%ch.NU)	Setores	Domicílios por setor	Domicílios na amostra	Pessoas
<5%	15	130	1950	1092
5% |– 25%	28	170	4760	1972
25% e mais	17	245	4165	1206
Total	60		10875	4270

Essa amostra de 10875 domicílios foi denominada amostra principal. Porém, para que no conjunto desses domicílios fosse selecionado somente o número planejado de pessoas de cada domínio, foram calculados os intervalos de amostragem a serem utilizados em novo sorteio de domicílios dentro da amostra principal (Tabela 4). Esses números (intervalos amostrais) indicaram a fração de domicílios nos quais as pessoas dos diferentes domínios deveriam ser buscadas. Como exemplo, no estrato 1, foram selecionados os homens de 20 a 59 anos que residiam em um a cada 13,2837 domicílios da amostra principal.

Tabela 4. Intervalo entre os domicílios da amostra principal para seleção de pessoas nos domínios.

GRUPO IDADE/SEXO	ESTRATO		
	1	2	3
Menor 1	1,2560	1	1
1 a 11	13,2837	10,8511	10,6667
Homens / 12 a 20	4,4083	4,7360	5,1696
Mulheres / 12 a 20	4,8408	4,8820	5,2924
Homens /20 a 59	14,5571	17,6657	23,2398
Mulheres / 20 a 59	14,9827	19,9691	27,5965
Homens / 60 e mais	1	3,014	5,0292
Mulheres / 60 e mais	1,436	4,2079	7,4678

Os estágios de seleção da amostra principal em cada estrato e as respectivas frações de amostragem foram:

1º. estágio $\rightarrow$ sorteio de setores censitários da PNAD (a_1 setores) com probabilidade proporcional ao tamanho *Mi*, expresso pelo número de domicílios do setor no Censo2000, $f1 = \frac{a_1 M_i}{M}$, sendo *M* o número de domicílios do estrato;

2º. estágio $\rightarrow$ sorteio de setores censitários do ISA-Capital 2003 (a_2 setores) com probabilidade fixa, $f2 = \frac{a_2}{a_1}$;

3º. estágio $\rightarrow$ sorteio de domicílios (b) com probabilidade inversa o tamanho atual do setor, $f3 = \frac{b}{M'_i}$.

A fração global de amostragem foi: $f = \frac{a_1 M_i}{M} \cdot \frac{a_2}{a_1} \cdot \frac{b}{M'_i} = \frac{a_2 b}{M} \cdot \frac{M_i}{M'_i}$.

Os domicílios da amostra principal foram selecionados com essas frações de amostragem. Para os domínios (grupos sexo/idade) em que houve novo sorteio de domicílios, as frações foram multiplicadas pelo inverso dos intervalos indicados na Tabela 4.

Os dados da amostra foram ponderados para compensar as diferentes probabilidades de seleção. Na tabela 5 consta, para cada setor censitário, o peso referente ao emprego de distintas frações de amostragem nos estratos (peso1=$\frac{M}{a_2 b}$) e à correção devida ao uso de medidas desatualizadas dos tamanhos dos setores censitários (peso 2=$\frac{M'_i}{M_i}$) e o produto entre eles, correspondente ao peso de cada setor na amostra principal.

Tabela 5. Setores censitários sorteados e pesos.

	Código Distrito	Setor	Distrito	Peso 1	Peso2	Peso am. principal
1	13	17	Cachoeirinha	469,6031	1,3738	645,1416
1	17	176	Campo Limpo	469,6031	1,1924	559,9603
1	18	31	Cangaíba	469,6031	1,3493	633,6271
1	19	51	Capão Redondo	469,6031	1,2632	593,1828
1	22	177	Cidade Ademar	469,6031	1,2978	609,4287
1	23	127	Cidade Dutra	469,6031	1,2308	577,9730
1	30	244	Grajaú	469,6031	1,2828	602,3874
1	36	246	Itaim Paulista	469,6031	1,0959	514,6572
1	36	188	Itaim Paulista	469,6031	1,2199	572,8835
1	37	253	Itaquera	469,6031	1,0038	471,3886
1	43	73	Jardim Ângela	469,6031	0,9794	459,9205
1	44	153	Jardim Helena	469,6031	1,0881	510,9671
1	76	115	Sapopemba	469,6031	1,1417	536,1302
1	84	169	Vila Curuçá	469,6031	1,0302	483,8004

1	3396	5292	Iguatemi/Lageado	469,6031	1,0964	514,8947
2	1	29	Água Rasa	235,4261	1,1983	282,1054
2	2	9	Alto de Pinheiros	235,4261	1,1495	270,6186
2	4	45	Aricanduva	235,4261	1,1337	266,8939
2	5	83	Artur Alvin	235,4261	1,1755	276,7508
2	11	117	Brasilândia	235,4261	0,9159	215,6305
2	14	46	Cambuci	235,4261	1,4356	337,9879
2	21	14	Casa Verde	235,4261	1,0413	245,1544
2	23	81	Cidade Dutra	235,4261	1,1627	273,7350
2	24	6	Cidade Líder	235,4261	1,2232	287,9765
2	27	84	Cursino	235,4261	1,1287	265,7284
2	29	143	Freguesia do Ó	235,4261	1,1333	266,8162
2	30	288	Grajaú	235,4261	1,2171	286,5383
2	34	128	Ipiranga	235,4261	1,1883	279,7595
2	42	5	Jaraguá	235,4261	1,1003	259,0448
2	43	264	Jardim Ângela	235,4261	0,9292	218,7587
2	46	98	Jardim São Luiz	235,4261	1,0683	251,4976
2	59	166	Penha	235,4261	1,2791	301,1263
2	63	71	Pirituba	235,4261	1,1255	264,9734
2	68	170	Sacomã	235,4261	1,1214	263,9972
2	72	9	São Lucas	235,4261	1,1895	280,0331
2	77	170	Saúde	235,4261	1,2160	286,2781
2	78	36	Sé	235,4261	1,6855	396,8068
2	81	14	Tremembé	235,4261	1,2892	303,5109
2	84	62	Vila Curuçá	235,4261	1,2346	290,6606
2	86	10	Vila Guilherme	235,4261	1,7388	409,3602
2	87	148	Vila Jacuí	235,4261	1,1369	267,6517
2	89	86	Vila Maria	235,4261	1,2208	287,4160
2	92	133	Vila Medeiros	235,4261	1,2560	295,6951
3	7	26	Bela Vista	190,0262	1,3211	251,0508
3	12	48	Butantã	190,0262	1,1856	225,3005
3	26	48	Consolação	190,0262	1,1382	216,2843
3	32	132	Moema	190,0262	1,4258	270,9358
3	35	31	Itaim Bibi	190,0262	1,5221	289,2310
3	38	180	Jabaquara	190,0262	1,2134	230,5805
3	45	118	Jardim Paulista	190,0262	1,3808	262,3792
3	51	1	Mandaqui	190,0262	1,1704	222,4049
3	53	47	Mooca	190,0262	1,1149	211,8535
3	60	123	Perdizes	190,0262	1,2199	231,8050
3	62	51	Pinheiros	190,0262	1,1729	222,8878
3	66	86	República	190,0262	1,2193	231,6930
3	70	34	Santana	190,0262	1,3563	257,7230
3	79	40	Socorro	190,0262	1,1032	209,6277
3	82	110	Tucuruvi	190,0262	1,1176	212,3822
3	91	26	Vila Matilde	190,0262	1,1725	222,8124
3	94	62	Vila Sônia	190,0262	2,0467	388,9252

Os dados sofreram ainda outra ponderação referente ao ajuste de pós-estratificação pela escolaridade (anos de estudo) dos chefes dos domicílios, considerando 4 grupos: com menos de 3, de 4 a 7, de 8 a 11 e com 12 ou mais anos de estudo. Essa ponderação visou ajustar a distribuição da amostra, já ponderada pelos pesos apresentados anteriormente, à observada no Censo-2000. Para isso, foram calculadas as razões entre as proporções de pessoas da amostra do ISA-Capital 2003 nos novos estratos criados e as observadas no Censo-2000 (Tabela 6).

Tabela 6. Pesos para ajuste de pós-estratificação por escolaridade do chefe ISA-Capital 2003

ANOS DE ESTUDO	ESTRATO		
	1	2	3
Até 3 anos	0,7631	0,7498	0,6747
De 4 a 7 anos	1,2298	1,1904	1,0714
De 8 a 11 anos	1,0178	1,0656	0,9282
12 ou mais anos	1,3598	1,4198	1,6509

Na Tabela 7 estão indicados os números de pessoas entrevistadas.

Tabela 7. Número de pessoas entrevistadas, segundo estrato e grupo idade/sexo. ISA-Capital 2003.

GRUPO	ESTRATO			
IDADE/SEXO	1	2	3	Total
<1	146	188	74	408
1 a 11	132	216	87	435
12 a 19-M	137	197	106	440
12 a 19 – F	126	183	98	407
20 a 59 – M	125	159	98	382
20 a 59 – M	139	193	81	413
60 e + – M	151	175	95	421
60 e + – F	148	207	96	451
Total	1104	1518	735	3357

Na Tabela 8 estão indicados os números de pessoas entrevistadas por domínio com a sua distribuição percentual, após a aplicação dos pesos finais (do delineamento e de pós-estratificação), e para fins de comparação, os percentuais observados no Censo-2000.

Tabela 8. Distribuição por idade/sexo e estrato.
ISA-Capital 2003 e Censo-2000

Grupo	ISA-Capital 2003		Censo-2000
Idade/sexo	No.	% ponderado	%
<1	408	1,51	1,64
1 a 11	435	18,27	17,51
12 a 19 – M	440	7,64	7,21
12 a 19 – F	407	7,41	7,40
20 a 59 – M	382	25,25	26,67
20 a 59 – F	413	29,51	29,87
60 e + – M	421	4,13	3,93
60 e + – F	451	6,29	5,77
Total	3357	1	100,00

São Paulo, 25 de março de 2006.

Maria Cecilia Goi Porto Alves

Inquérito de Saúde no Município de São Paulo

USP, UNICAMP, UNESP e SMS-SP

FOLHA DE CONTROLE

BLOCO B

B 01.	B 02.	B 03.
Questionário: __ __ __ __ __ __ __	**Setor:** __ __ __ __ __	**Número de ordem:** __ __/__ __

Distrito: _____ Bairro: _____ Tel.: _____

End.: _____ Nº: _____ Compl.: _____

Nome completo do entrevistado: _____

B 04. Data de nascimento: __ __/__ __/__ __ __ __

B 05. Sexo: masculino **1**
feminino **2**

B 06. Qual é a sua cor ou raça?

branca . . . **1**
preta **2**
parda **3**
amarela . . **4**
indígena . . **5**
NS/NR . . . **9**

B 07. Qual é a sua religião ou culto? ___ ___

_____

_____

visita	data	hora	nome do entrevistador	observações:	resultado da visita
1	/				
2	/				
3	/				

1 realizada
2 adiada
3 morador ausente
4 recusa total
5 recusa parcial
6 outros, especif.: _____

B 08. **Resultado das visitas:** ___ **B 09. Nº. de visitas:** ___ **B 10. Entrevistador:** __ __ __

B 11. Quem respondeu? o próprio / o responsável . . **1** **B 12. Data da entrevista**: __ __/__ __/__ __ __ __
outro **2**

Observações:_____
_____
_____

controle	revisão	cód. geral	CID	medica/o	bebidas	serviço	ocupação	digitação	pg

MORBIDADE DE 15 DIAS

BLOCO C

C 01. O(a) sr.(a) teve algum problema de saúde, nos últimos quinze dias?

passe p/ questão **D 01.**	☞	não	**1**
		sim	**2**
passe p/ questão **D 01.**	☞	NS/NR	**9**

DOENÇAS CRÔNICAS

BLOCO D

O(a) sr.(a) tem alguma doença crônica, uma doença de longa duração ou que se repete com alguma freqüência?

	não	sim	NS/NR
D 02. Hipertensão (pressão alta)	**1**	**2** *preencha o bloco **D***	**9**
D 03. Diabetes	**1**	**2** *preencha o bloco **D***	**9**
D 04. Doença de pele	**1**	**2**	**9**
D 05. Alergia	**1**	**2**	**9**
D 06. Anemia	**1**	**2**	**9**
D 07. Doença de coluna/ costas (séria, importante)	**1**	**2**	**9**
D 08. Artrite/ reumatismo/ artrose	**1**	**2**	**9**
D 09. Doença renal crônica	**1**	**2**	**9**
D 10. Acidente vascular cerebral (derrame cerebral)	**1**	**2**	**9**
D 11. Depressão/ ansiedade/ problemas emocionais	**1**	**2**	**9**
D 12. Enxaqueca/ dor de cabeça	**1**	**2**	**9**
D 13. Osteoporose	**1**	**2**	**9**
D 14. Cirrose	**1**	**2**	**9**
D 15. Epilepsia (ataque)	**1**	**2**	**9**
D 16. Doença de Chagas	**1**	**2**	**9**
D 17. Hanseníase	**1**	**2**	**9**
D 18. Tuberculose	**1**	**2**	**9**
D 19. Esquistossomose (barriga d'água)	**1**	**2**	**9**
D 20. Câncer (tumor maligno), especif.: _____	**1**	___ ___ ___ . ___ ___ ___ ___ . ___	**9999** **9999**
D 21. Doença do coração, especif.: _____	**1**	___ ___ ___ . ___ ___ ___ ___ . ___	**9999** **9999**
D 22. Doença crônica do pulmão (asma/ bronquite/ enfisema), especif.: _____	**1**	___ ___ ___ . ___ ___ ___ ___ . ___	**9999** **9999**
D 23. Doença digestiva crônica (úlcera/ gastrite), especif.: _____	**1**	___ ___ ___ . ___ ___ ___ ___ . ___	**9999** **9999**
D 24. e D 25. Alguma outra doença crônica, especif. _____	**1**	___ ___ ___ . ___ ___ ___ ___ . ___	**9999** **9999**

DEFICIÊNCIA FÍSICA

BLOCO E

E 02. O(a) sr.(a) tem algum desses problemas?
Pode haver mais de uma resposta *(leia as alternativas para o entrevistado)*

	dificuldade de enxergar, mesmo com óculos/ lentes	**01**
	cegueira de um olho	**02**
	cegueira de dois olhos	**03**
	dificuldade de ouvir	**04**
	surdez de um ouvido	**05**
	surdez de dois ouvidos	**06**
	paralisia total ou parcial de membros. especif.: _____	**07**
	perda de membros ou parte deles. especif.: _____	**08**
	outro, especif.: _____	**09**
passe p/ questão **F 02.** ☞	não	**10**
	NS/NR	**99**

AVALIAÇÃO EM SAÚDE

BLOCO N

PARA TODAS AS PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS

O Bloco se aplica a este entrevistado? **sim** . . . . . **1** **não** **2**

N 01. Em geral, o(a) sr.(a) diria que sua saúde é:
(leia as alternativas para o entrevistado)

excelente **1**
muito boa **2**
boa **3**
ruim **4**
muito ruim **5**

ESTILO DE VIDA

BLOCO L

PARA TODAS AS PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS.

O Bloco se aplica a este entrevistado? **sim** . . . . . **1** **não** **2**

HÁBITO ALIMENTAR

L 02. Qual a sua altura?

___ m. e ___ ___ cm.

NS/NR 9/ 99

L 03. Qual o seu peso?

___ ___ ___ Kg. e ___ ___ ___ gr.

NS/NR **999/ 999**

ATIVIDADE FÍSICA

Seção 4 – ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

As próximas perguntas se referem as atividades físicas que o(a) sr.(a) fez na última semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente naquelas atividades físicas que o(a) sr.(a) fez por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u>. Não inclua atividades que já tenha citado.

L 17a. Sem contar qualquer caminhada que o(a) sr.(a) já tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana o(a) sr.(a) caminhou por <u>pelo menos 10 minutos seguidos</u> no seu tempo livre?

___ **dias**

passe p/ questão **L 18a.** ☞ nenhum **0**

NS/NR **9**

FUMO

☞ *PARA TODAS AS PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS.*

O Bloco se aplica a este entrevistado? **sim** . . . . . **1** **não** **2**

L 22. O(a) sr.(a) já fumou alguma vez, ao menos algum cigarro por dia, todos os dias durante ao menos um mês?

passe p/ questão **L 33.** ☞ não **1**

sim **2**

NS/NR **9**

L 23. Que idade o(a) sr.(a) tinha quando começou a fumar regularmente?

___ ___ **anos**

NS/NR **99**

L 24. O(a) sr.(a) fuma atualmente?

não **1**

passe p/ questão **L 29.** ☞ sim, cigarro **2**

sim, charuto **3**

passe p/ questão **L 34.** ☞ sim, cachimbo **4**

sim, cigarro de palha **5**

NS/NR **9**

L 25. Há quantos meses ou anos o(a) sr.(a) deixou de fumar?

___ ___ **anos** ___ ___ **meses**

NS/NR **99/ 99**

L 26. Por que o(a) sr.(a) deixou de fumar?
Pode haver mais de uma resposta.

acha que faz mal para saúde **1**
teve algum problema de saúde **2**
restrição ao fumo no trabalho/locais públicos **3**
restrição em casa **4**
por vontade própria **5**
outro, especif.: _____ **6**
NS/NR **9**

L 27. Contou com algum tipo de apoio quando deixou de fumar?
Pode haver mais de uma resposta

não **1**
sim, grupo de apoio em serviço de saúde **2**
sim, local de trabalho **3**
sim, parente e amigo **4**
sim, usou acupuntura **5**
sim, algum tipo de tratamento *(ex: adesivo),* especif.*:*
_____ **6**
outro, especif.: _____ **7**
NS/NR **9**

L 28. Quantos cigarros em média o(a) sr.(a) fumava por dia?

passe p/ questão **L 33.** ☞ ___ ___ **cigarros**

NS/NR **99**

L 29. Quanto tempo após acordar o(a) sr.(a) fuma o primeiro cigarro?

na primeira meia hora **25**
na segunda meia hora **26**
após: . . . . . ___ ___ **horas**
NS/NR **99**

L 30. Atualmente quanto o(a) sr.(a) fuma por dia?

___ ___ cigarros

NS/NR **99**

L 31. O(a) sr.(a) já tentou parar de fumar?

passe p/ questão **L 34.** ☞

não **1**

sim **2**

NS/NR **9**

L 32. Por que?

Pode haver mais de uma resposta.

passe p/ questão **L 34.** ☞

acha que faz mal para saúde **1**

teve algum problema de saúde **2**

restrição ao fumo no trabalho/locais públicos **3**

restrição em casa **4**

outro, especif.: _____ **5**

NS/NR **9**

ÁLCOOL

☞ ***PARA TODAS AS PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS.***

"PARA OS QUE BEBEM"

L 37. Alguma vez o(a) sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

não **1**
sim **2**
NS/NR **9**

L 38. As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

não **1**
sim **2**
NS/NR **9**

L 39. O(a) sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

não **1**
sim **2**
NS/NR **9**

L 40. O(a) sr.(a) fica chateado ou se sente culpado pela maneira como costuma beber?

não **1**
sim **2**
NS/NR **9**

SAÚDE EMOCIONAL

BLOCO M

PARA TODAS AS PESSOAS COM 16 ANOS OU MAIS.

O Bloco se aplica a este entrevistado? **sim** . . . . . **1** **não** **2**

Entrevistado impossibilitado de responder 3

O(a) sr.(a) teve algum destes problemas, nos últimos 30 dias?

	não	sim
M 01. Tem dores de cabeça freqüentes?	**0**	**1**
M 02. Tem falta de apetite?	**0**	**1**
M 03. Dorme mal?	**0**	**1**
M 04. Assusta-se com facilidade?	**0**	**1**
M 05. Tem tremores nas mãos?	**0**	**1**
M 06. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	**0**	**1**
M 07. Tem má digestão?	**0**	**1**
M 08. Tem dificuldade de pensar com clareza?	**0**	**1**
M 09. Tem se sentido triste ultimamente?	**0**	**1**
M 10. Tem chorado mais do que de costume?	**0**	**1**
M 11. Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?	**0**	**1**
M 12. Tem dificuldades para tomar decisões?	**0**	**1**
M 13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)	**0**	**1**
M 14. É incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida?	**0**	**1**
M 15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	**0**	**1**
M 16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	**0**	**1**
M 17. Tem tido a idéia de acabar com a vida?	**0**	**1**
M 18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	**0**	**1**
M 19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	**0**	**1**
M 20. Você se cansa com facilidade?	**0**	**1**

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS

(INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO)

BLOCO O

PARA TODAS AS PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS.

(SE FOR CHEFE DE FAMÍLIA PASSE PARA O BLOCO P)

O 05. Qual é a sua situação conjugal?

casado(a)	**1**
união conjugal estável	**2**
solteiro(a)	**3**
separado(a)	**4**
desquitado(a) ou divorciado(a)	**5**
viúvo(a)	**6**
NS/NR	**9**

O 06. Até que ano da escola o(a) sr.(a) completou?

nunca freqüentou, não sabe ler e escrever	**01**
nunca freqüentou, sabe ler e escrever	**02**
1º grau ou primário (ano/série) .(11 - 14)	**1 __**
1º grau ou ginásio (ano/série) .(15 - 18)	**1 __**
2º grau ou colegial (ano/série) .(21 - 23)	**2 __**
cursos técnicos de nível médio incompletos	**25**
cursos técnicos de nível médio completos	**26**
curso superior incompleto	**30**
curso superior completo	**31**
NS/NR	**99**

O 07. Atualmente o(a) sr.(a) exerce alguma atividade seja ela remunerada ou não remunerada de trabalho?

	sim, em atividade	**01**
	sim, mas afastado por motivo de doença	**02**
	sim, e também aposentado	**03**
	não, desempregado	**04**
	não, aposentado	**05**
	não, dona de casa	**06**
	não, pensionista	**07**
passe p/ questão **P 01.** ☞	não, só estudante	**08**
	outros	**09**
	NS/NR	**99**

O 12. Quanto o(a) sr.(a) ganhou com esse trabalho, aposentadoria ou pensão no mês passado?

salário líquido	**R$: ___ ___ ___ ___ ___**
NS/NR	**99999**

O 13. Além desse trabalho o(a) sr.(a) tem algum outro tipo de trabalho remunerado? (fixo ou eventual)

passe p/ questão **O 15.** ☞	não	**1**
	sim,	**2**
	NS/NR	**9**

O 14. Quanto o(a) sr.(a) ganhou com este trabalho no mês passado?

salário líquido	**R$: ___ ___ ___ ___ ___**
NS/NR	**99999**

O 15. O(a) sr.(a) tem algum outro tipo de rendimento além do(s) declarado(s) anteriormente?

renda líquida	**R$: ___ ___ ___ ___ ___**
não	**00000**
NS/NR	**99999**

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS

(INFORMAÇÕES DO CHEFE DA FAMÍLIA)

BLOCO Q

Q 08. Até que ano da escola o(a) sr.(a) completou?

nunca freqüentou, não sabe ler e escrever	**01**
nunca freqüentou, sabe ler e escrever	**02**
1º grau ou primário (ano/série) . . . . . .(11 - 14)	**1 __**
1º grau ou ginásio (ano/série) . . . . . .(15 - 18)	**1 __**
2º grau ou colegial (ano/série) . . . . . .(21 - 23)	**2 __**
cursos técnicos de nível médio incompletos	**25**
cursos técnicos de nível médio completos	**26**
curso superior incompleto	**30**
curso superior completo . , ...	**31**
NS/NR	**99**

Q 14. Quanto o(a) sr.(a) ganhou com esse trabalho, aposentadoria ou pensão no mês passado?

salário líquido	**R$: ___ ___ ___ ___ ___**
NS/NR	**99999**

Q 15. Além desse trabalho o(a) sr.(a) tem algum outro tipo de trabalho remunerado? (fixo ou eventual)

passe p/ questão **Q 17.** ☞

não	**1**
sim	**2**
NS/NR	**9**

Q 16. Quanto o(a) sr.(a) ganhou com este trabalho no mês passado?

salário líquido	**R$: ___ ___ ___ ___ ___**
NS/NR	**99999**

Q 17. O(a) sr.(a) tem algum outro tipo de rendimento além do(s) declarado(s) anteriormente?

renda líquida	**R$: ___ ___ ___ ___ ___**
não	**00000**
NS/NR	**99999**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/125/09

PROTOCOLO	*1952*
PROJETO DE PESQUISA	*PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E O USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS MENTAIS MENTAIS COMUNS: UM ESTUDO A PARTIR DO INQUÉRITO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (ISA-CAPITAL)*
PESQUISADOR(A)	*Danuta Medeiros*
ÁREA TEMÁTICA	*Grupo III*

São Paulo, 24 Abril de 2009.

Prezado(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP ***analisou****, em sua* ***3.º/09 Sessão Ordinária****, realizada em* ***17/04/2009****, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa acima intitulado e o considera* ***APROVADO****.*

Cabe lembrar que conforme Resolução CN /196/96, são deveres do (a) pesquisador (a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;

2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;

3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;

4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;

5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Claudio Leone
Professor Associado
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.º Sr.
Prof. Tit. Chester Luiz Galvão Cesar
Departamento de Epidemiologia
Faculdade de Saúde Pública

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Assessoria Acadêmica - CEP: 01246-904 – São Paulo – SP
Telefones: (55-11) 3061-7779 /7742 e-mail: coep@fsp.usp.br site www.fsp.usp.br

Chester Luiz Galvão Cesar

Links para Outras Bases:
SciELO - Artigos em texto completo

Possui graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1970), mestrado em Medicina Social - University of London (1980) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1989). Atualmente é professor titular da Universidade de São Paulo e Diretor da Faculdade de Saúde Pública da USP. Publicou 36 artigos em periódicos especializados e 122 trabalhos em anais de eventos. Possui 13 capítulos de livros e 4 livros organizados ou edições. Orientou 15 mestrados e 6 doutorados. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia e serviços de saúde, inquéritos de saúde, morbidade referida, acesso e uso de serviços de saúde. É atualmente Diretor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização em 22/04/2010

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Endereço para acessar este CV:
http://lattes.cnpq.br/1095496876534667

Dados Pessoais

Nome Chester Luiz Galvão Cesar

Nascimento 19/06/1944 - Guaratinguetá/SP - Brasil

CPF 41110803834

Formação Acadêmica/Titulação

1997 Livre Docência
Universidade de São Paulo, USP, Sao Paulo, Brasil
Título: MORBIDADE REFERIDA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA GRANDE SÃO PAULO - O PERFIL DA DESIGUALDADE EM SAÚDE, Ano de obtenção: 1997

1982 - 1989 Doutorado em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, Sao Paulo, Brasil
Título: FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A MORTALIDADE INFANTIL EM COTIA E V.G.PAULISTA-SP,1984 -1985, Ano de obtenção: 1989
Orientador: SABINA LÉA DAVIDSON GOTLIEB

1978 - 1980 Mestrado em Medicina Social.
University of London, UL, London, Inglaterra
Título: UTILIZACION OF MATERNITY AND INFANT CARE IN AN URBAN DISTRICT IN BRASIL, Ano de obtenção: 1980
Orientador: GODFREY J.A.WALKER

1972 - 1972 Especialização em Medicina Tropical.
Universidade de São Paulo, USP, Sao Paulo, Brasil

1972 - 1972 Especialização em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, Sao Paulo, Brasil

1971 - 1971 Especialização em Residência Médica.
Universidade de São Paulo, USP, Sao Paulo, Brasil

1964 - 1970 Graduação em Medicina.
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Sao Paulo, Brasil, Ano de obtenção: 1970

Formação complementar

2007 - 2007 Curso de curta duração em Auto-avaliação Continuada da Gestão Publica.
Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, MPOG, Brasília, Brasil

2003 - 2003 Curso de curta duração em Planejamento Estratégico.
Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ/RJ, Rio De Janeiro, Brasil

Danuta Medeiros

Possui graduação em Licenciatura em Psicologia pelo Centro Universitário Salesiano de São Paulo U.E. Lorena (2005), e Formação de Psicólogo na mesma instituição (2006). Especialista em Psicologia Hospitalar pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (2007). Atualmente mestranda em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), departamento de Epidemiologia. Tem experiência na área de Psicologia da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: psicologia hospitalar, atenção à saúde mental e saúde coletiva.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização em 02/06/2010

Endereço para acessar este CV:
http://lattes.cnpq.br/1949201953530751

Dados Pessoais

Nome Danuta Medeiros

Nascimento 01/03/1984 - Guaratinguetá/SP - Brasil

CPF 32605712800

Formação Acadêmica/Titulação

2008 Mestrado em Mestrado em Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública USP, FSP-USP, Brasil
Título: Tabagismo e Transtorno Mental Comum na população de São Paulo: um estudo a partir do Inquérito de Saúde no Município de São Paulo (ISA-Capital)
Orientador: Chester Luiz Galvão César
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

2007 - 2008 Especialização em Especialização em Psicologia Hospitalar.
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, SCM/SP, Sao Paulo, Brasil
Título: Visita Médica à beira do leito: a percepção de pacientes internados em um Hospital-Escola
Orientador: Davi Pimentel Silva

2002 - 2006 Graduação em Psicologia.
Centro Universitário Salesiano de São Paulo, UNISAL, Americana, Brasil
Título: A estruturação do ego de profissionais da saúde no contexto hospitalar: um estudo apartir do Questionário Desiderativo
Orientador: Dr. Antonio Augusto Pinto Junior
Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

Formação complementar

2009 - 2009 Curso de curta duração em Análise de Modelos de Regressão.
Faculdade de Saude Pública USP, FSP-USP, Brasil

2008 - 2008 Curso de curta duração em Atualiazação em Psicopatologia.
Instituto de Psiquiatria FMUSP, IPQHCFMUSP, Brasil

2008 - 2008 Curso de curta duração em Análise de Dados Epidemiológicos - STATA.
Universidade de São Paulo, USP, Sao Paulo, Brasil

2006 - 2006 Curso de curta duração em A psicossomática no hospital.
Psicologia: Ciência & Profissão, CFP, Brasil

2005 - 2005 Curso de curta duração em Introdução a Psicofarmacologia.
Centro Universitário Salesiano de São Paulo, UNISAL, Americana, Brasil

2005 - 2005 Curso de curta duração em Perda e Morte no Hospital.
Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, SBPH, Belo Horizonte, Brasil

2003 - 2003 Curso de curta duração em Formação de Brinquedista e Org. de Brinquedotecas.
Centro Universitário Salesiano de São Paulo, UNISAL, Americana, Brasil

Atuação profissional