



UFAM



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS E MARIA
DEANE/FIOCRUZ - CPQLMD
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ – UFPA
MESTRADO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA
AMAZÔNIA**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE
TABACO ENTRE ESTUDANTES DO INTERIOR DO
AMAZONAS**

ADENILDA TEIXEIRA ARRUDA

**MANAUS
2009**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS E MARIA DEANE/FIOCRUZ -
CPQLMD
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ – UFPA
MESTRADO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

ADENILDA TEIXEIRA ARRUDA

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE TABACO
ENTRE ESTUDANTES DO INTERIOR DO AMAZONAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Multi-institucional, UFAM, FIOCRUZ e UFPA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, com área de concentração em Epidemiologia das Farmacodependências.

ORIENTADORA: Prof^ª. Dra. Ana Cyra dos Santos Lucas
CO - ORIENTADORA: Prof^ª. Dra. Rosana Cristina Pereira Parente

MANAUS
2009

Ficha Catalográfica
Biblioteca do ILMD

A779u

Arruda, Adenilda Teixeira.

Prevalência e fatores associados ao consumo de tabaco entre estudantes do interior do Amazonas. Adenilda Teixeira Arruda.- Manaus : UFAM/UFPA/ILMD, 2009.

109p. Ilust.

Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade Endemias na Amazônia) – Universidade Federal do Amazonas, 2009.

Orientador: Prof^ª Dra. Ana Cyra dos Santos Lucas.

Co-orientador: Prof^ª Dra.. Rosana Cristina P. Parente.

1. Tabagismo 2. Saúde do Adolescentes 3. Saúde escolar I. Lucas, Ana Cyra dos Santos II. Parente, Rosana Cristina Pereira III. Título

CDD 616.869
22. ed.

ADENILDA TEIXEIRA ARRUDA

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE TABACO
ENTRE ESTUDANTES DO INTERIOR DO AMAZONAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Multi-institucional, UFAM, FIOCRUZ e UFPA como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, com área de concentração em Epidemiologia das Farmacodependências.

Aprovada em 18 de março de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Ana Cyra dos Santos Lucas
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr. Worney Silva Miranda Braga
Fundação de Medicina Tropical do Amazonas

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti Pires
Universidade Federal de Santa Catarina

Ao Alexandre Douglas, meu marido, e
Laísa e Sérgio, meus filhos.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Ana Cyra dos Santos Lucas, orientadora desta dissertação, por toda competência, pelos ensinamentos e orientações, pelas horas de leituras gastas no meu trabalho e, acima de tudo, por sua exigência.

À Profa. Dra. Rosana Cristina Pereira Parente, co-orientadora desta dissertação, por sua sabedoria e ajuda na análise estatística.

Ao Prof. Dr. José Aldemir de Oliveira, pelo apoio de seu grupo de pesquisa, particularmente Danielle Costa, pela elaboração do mapa de distribuição de prevalência.

À minha família, obrigada por vocês existirem e por depositarem em mim a confiança para todas as horas.

Aos meus amigos, que desde o início acompanharam e apoiaram o meu trabalho, incentivando-me sempre, em especial Taciana Lemos Barbosa, companheira de turma, pelo apoio incondicional nas horas difíceis.

Aos colegas de turma e a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para o resultado final do meu trabalho, que se preocuparam, foram solidárias e que torceram por mim.

À Universidade Federal do Amazonas, ao Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane/Fiocruz e a Universidade Federal do Pará pela oportunidade, o meu muito obrigado.

À Fundação de Apoio a Pesquisa do Amazonas pelo auxílio financeiro para a realização da pesquisa.

À Secretaria de Justiça e Direitos Humanos do Estado do Amazonas e o Conselho de Políticas Públicas sobre Drogas pelo apoio ao projeto.

À Secretaria de Estado da Educação e Qualidade de Ensino do Amazonas pelo apoio, aos Diretores e Professores das Unidades que participaram da pesquisa pela atenção e colaboração.

Aos estudantes que aceitaram participar da pesquisa, pela disponibilidade e atenção com que responderam ao questionário.

Resumo

Este levantamento teve como objetivo estimar a prevalência do uso do tabaco e identificar os fatores associados entre estudantes do ensino fundamental (5.^a à 8.^a séries) e médio da rede pública de ensino em 18 municípios do interior do Estado do Amazonas, Brasil, no período entre 2004 e 2006. É um estudo quantitativo com corte do tipo transversal. O instrumento utilizado foi um questionário anônimo padronizado de autopreenchimento, de aplicação coletiva. A amostra foi composta por 11.075 alunos. Para a análise estatística, utilizou-se a análise univariada para descrição das variáveis estudadas, análise bivariada para verificar a associação entre elas e o uso na vida de tabaco com teste do qui-quadrado e teste exato de Fisher, além da análise multivariada por meio de regressão logística múltipla para identificar as variáveis que mais influenciam o uso frequente de tabaco pelos estudantes. Verificou-se que a prevalência de uso na vida do tabaco foi de 35,62% para a população estudada, principalmente entre os alunos do sexo masculino (44,19%), do período noturno (38,91%) e que possuíam trabalho remunerado (42,94%) com resultados estatisticamente significativos. O uso frequente mostrou-se principalmente associado com o sexo masculino, possuir trabalho remunerado, estar no ensino médio, no turno noturno, com um ano ou mais de defasagem escolar e conviver com alguém que fuma. Apesar das particularidades regionais, os resultados de prevalência do uso do tabaco se assemelham aos dados nacionais sobre o tema. Os dados obtidos na análise multivariada permitiram conhecer os fatores principais influenciadores sobre o uso frequente de tabaco dos escolares do interior do Amazonas, sendo uma informação importante para o planejamento de ações preventivas direcionadas a essa população.

Palavras-chave: Tabagismo; Estudantes; Amazonas.

Abstract

The aim of his survey was to determine the prevalence of the use of tobacco and to identify associated factors among elementary and high school students in a sample of public schools in 18 inland cities of the Amazon State, Brazil, between 2004 and 2006. This is a quantitative cross-sectional study using an standard anonymous self-administered questionnaire, of collective application. The sample consisted of 11,075 students. For the statistical analysis, univariate analysis was used to describe the variables studied, bivariate analysis was used to verify the association between those variables and the lifetime use of tobacco with chi-square test and Fisher's exact test, and the multivariate analysis using the logistic regression analysis was utilized to identify the main factors that influenced the frequent use of tobacco by the students. Lifetime tobacco use was reported by 35.62% students, more frequently by males (44.19%), of evening courses (38.91%), with remunerated jobs (42.94%), with results statistically significant. The frequent use of tobacco was mainly associated with males, remunerated Jobs, being in high school, on evening courses, with one year or more of school failure, live with smokers. Despite regional characteristics the results of prevalence for lifetime use of tobacco are similar to the national data in other studies. The data of the multivariate analysis allowed to know about the most important factors for the frequent use of tobacco among these students, and this information is useful to prevention actions over this population.

Keywords: Tobacco, students, Amazonas.

LISTA DE FIGURAS E QUADRO

Figura 1	- Modelo da Epidemia Tabagística, segundo Lopez et al, 1994	19
Quadro 1	- Diretrizes diagnósticas do CID-10 para dependência de nicotina	26
Figura 2	- Mapa do Estado do Amazonas com suas mesorregiões	52
Figura 3	- Mapa do Estado do Amazonas e os municípios que participaram da pesquisa	54
Figura 4	- Mapa do Estado Amazonas com os municípios participantes do estudo e as prevalências do uso do tabaco pelos estudantes em faixas de percentagens.	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Total de alunos matriculados na rede pública de ensino nas mesorregiões do Estado do Amazonas	55
Tabela 2	- Total de alunos matriculados na rede pública de ensino distribuídos nos municípios estudados das mesorregiões do Estado do Amazonas	55
Tabela 3	- Número de alunos para a amostra mínima da rede pública de ensino nos municípios estudados das mesorregiões do Estado do Amazonas	56
Tabela 4	- Distribuição do percentual e amostra mínima de alunos previstos após ajuste dos municípios estudados	58
Tabela 5	- Agrupamento de categorias para o tratamento multivariado dos dados	62
Tabela 6	- Distribuição da amostra prevista e atingida por mesorregião e município	64
Tabela 7	- Dados demográficos dos estudantes do ensino fundamental (5a. a 8a. série) e médio da rede pública dos municípios do interior do Amazonas, Brasil, 2004 a 2006 (n = 11075)	65
Tabela 8	- Análise de confiabilidade do instrumento. Valor do Alfa de Cronbach	66
Tabela 9	- Prevalências e Intervalos de Confiança para uso de tabaco entre estudantes de 18 municípios do Estado do Amazonas	67
Tabela 10	- Uso de tabaco, segundo a classificação da OMS, nos municípios das mesorregiões do Amazonas, Brasil, 2004-2006	67
Tabela 11	- Uso na vida de Tabaco, segundo as características dos estudantes do ensino fundamental (5a. a 8a. série) e médio, de acordo com o turno, série,	

sexo, idade, estado civil e trabalho remunerado, nas mesorregiões do Estado do Amazonas, Brasil, 2004-2006

69

Tabela 12 - Uso na vida de Tabaco por estudantes da rede pública de ensino, de acordo com a situação conjugal dos pais, relacionamento familiar e opinião dos alunos sobre os pais, nas mesorregiões do Estado do Amazonas, Brasil, 2004-2006

72

Tabela 13 - Uso na vida de Tabaco dos estudantes do ensino fundamental (5a. a 8a. série) e médio, de acordo com a convivência com tabagista e defasagem escolar, idade que fumou o primeiro cigarro e número de cigarros fumados diariamente nas mesorregiões do Estado do Amazonas, Brasil, 2004-2006

74

Tabela 14 - Uso na vida de tabaco, de acordo com a opinião dos estudantes do ensino fundamental (5a. a 8a. série) do interior do Estado do Amazonas sobre as diferentes drogas psicotrópicas, segundo as mesoregiões, 2004-2006

75

Tabela 15 - Resultados da regressão logística multivariável. Amostra de estudantes do interior do Amazonas (2004-2006) que fizeram “uso freqüente” do tabaco, segundo características sociodemográficas (n = 11075)

77

Tabela 16 - Resultado do teste de Hosmer e Lemeshow, para o ajuste da regressão logística

78

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	16
3	REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1	Aspectos gerais	17
3.2	Efeitos nocivos à saúde	20
3.3	Critérios de dependência	24
3.4	Fatores de risco e proteção	27
3.5	Estudos epidemiológicos	31
3.5.1	Dados internacionais	31
3.5.2	Dados nacionais	38
3.5.2.1	Estudos de base populacional	38
3.5.2.2	Estudos com populações específicas	41
3.6	Prevenção e tratamento	47
3.7	Caracterização do Amazonas	51
4	METODOLOGIA	53
4.1	Tipo de estudo	53
4.2	Local da pesquisa	53
4.3	Plano amostral	54
4.4	Cálculo do tamanho da amostra	55
4.5	Método de coleta de dados	59
4.5.1	Questionário para a coleta de dados	59
4.5.2	Coleta de dados	59
4.6	Análise estatística	59
4.7	Aspectos éticos	63
5	RESULTADOS	64
6	DISCUSSÃO	79
7	CONCLUSÃO	88
8	REFERÊNCIAS	90
9	ANEXOS	98

1. INTRODUÇÃO

Existe, atualmente, um vasto conhecimento científico acumulado acerca dos graves prejuízos ocasionados pelo consumo do tabaco, abrangendo tanto a saúde quanto o desenvolvimento econômico, social e a sustentabilidade ambiental (OMS, 2003). Apesar dessas evidências, o consumo global aumentou aproximadamente 50% no período entre 1975 e 1996, à custa do crescimento do uso nos países em desenvolvimento onde ocorrem 80% da iniciação global do consumo entre jovens (WORLD BANK, 1999).

Dessa forma, é entre os países de baixa e média condição econômica que a utilização do tabaco está aumentando, principalmente entre jovens e mulheres, onde o controle do tabagismo ainda é incipiente, tornando-se vulneráveis aos objetivos de expansão das grandes indústrias do cigarro (OMS, 2003).

O uso do tabaco está diretamente associado às doenças respiratórias, cardiovasculares e a diversos tipos de cânceres (WHO, 2008), e é a maior causa evitável de morbidade e mortalidade. Um terço da população com idade acima de quinze anos é fumante e esse consumo é responsável pela morte de aproximadamente cinco milhões de pessoas, anualmente. O hábito de fumar é considerado, nos dias atuais, um dos maiores problemas de saúde pública mundial.

A China é o maior produtor mundial de tabaco, seguido pelo Brasil, em segundo lugar, mas primeiro como exportador do produto. Muitos países acreditam que a redução do uso do tabaco possa trazer prejuízos com a redução dos benefícios econômicos gerados com a indústria, exportação e tributação do cigarro. No entanto, sabe-se que saúde e educação são as bases da produtividade econômica, contribuindo fundamentalmente para o crescimento econômico e a redução da pobreza (BANCO MUNDIAL; OMS, 2003).

Além dos evidentes problemas provocados pelo tabaco na saúde do fumante, também há implicações no desenvolvimento econômico, social e para o meio ambiente (OMS, 2003). Cada vez mais está se associando o cultivo do tabaco ao desmatamento do planeta, pois se usa madeira como combustível para curar suas folhas. Nesse sentido, há um impacto importante sobre os ecossistemas.

Um outro problema não relacionado ao hábito de fumar, mas que atinge os trabalhadores ao colherem o tabaco, é a possibilidade de adquirir a ‘doença do tabaco verde’, quando mantêm contato constante no processo da colheita com as substâncias presentes naturalmente na planta (OMS, 2003).

O Banco Mundial e a OMS (2003) mostram que há uma relação direta entre pobreza e um maior consumo do tabaco. Conseqüentemente, a população de poder aquisitivo menor sofrerá maiores prejuízos pelo hábito de fumar do que os mais ricos. A Organização Mundial de Saúde (2003) afirma que a indústria do tabaco é a única que produz uma mercadoria que mata a metade de seus consumidores habituais.

Um estudo realizado sobre o tabagismo na América Latina (COSTA E SILVA; KOIFMAN, 1998) aponta que o Brasil, assim como os demais países dessa região, encontra-se no estágio dois da “Epidemia do Tabaco”. Nessa fase ocorre o início do crescimento do consumo entre as mulheres, com elevação efetiva do consumo entre os homens. Entretanto, a mortalidade atribuída ao hábito de fumar ainda não se encontra no pico histórico da prevalência.

No Brasil, 2,8 milhões de fumantes são crianças e adolescentes, provavelmente por conta da contribuição do cigarro brasileiro ser o sexto mais barato do mundo e pela facilidade de acesso ao produto, permitindo a experimentação e a iniciação nessa faixa etária (CAVALCANTE, 2005). Além disso, o mercado ilegal de cigarros, que é 35% do consumo

nacional de cigarros e ainda mais barato, potencializa a iniciação de jovens brasileiros no tabagismo (BRASIL, 2003).

O consumo de tabaco por adolescentes vem aumentando muito em todo o mundo (PINSKY; BESSA, 2004). Estudos apontam que 90% dos fumantes iniciam o uso com idade entre cinco e 19 anos.

O cigarro é a droga que mais atrai usuários experimentais na adolescência, daí a importância de ações preventivas ainda na infância (ZANINI *et al*, 2006). A Organização Mundial de Saúde já considera o tabagismo como uma doença pediátrica em expansão e por isso são importantes os estudos sobre o consumo de tabaco nessa faixa etária, sendo a abordagem mais frequente na literatura as pesquisas entre estudantes da rede de ensino fundamental e médio (WHO, 2007).

Segundo Schenker e Minayo (2005), o uso de drogas envolve uma complexidade de questões individuais, familiares e sociais que podem combinar-se e aumentar as possibilidades de consumo. As pessoas estão inseridas numa rede de relações, num contexto sociocultural e histórico que não devem ser desconsideradas. Dessa forma, no hábito de fumar, como em outras drogas, “é relevante pensar que há uma estrutura e uma organização dos diferentes fatores, formando uma *síndrome do comportamento de risco*, o que remete às premissas do paradigma sistêmico: os comportamentos de risco co-variam e estão inter-relacionados” (p. 711).

Nos últimos anos, alguns trabalhos foram realizados com o objetivo de levantar informações sobre o uso de drogas psicotrópicas, inclusive o tabaco, entre estudantes brasileiros do ensino fundamental (5.^a à 8.^a séries) e médio. Entre esses trabalhos podemos citar os estudos nacionais do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Cebrid da Universidade Federal de São Paulo (CARLINI-COTRIM *et al*, 1987; GALDURÓZ *et al*, 1994, 1997 e 2004b; CARLINI *et al*, 1990 e 2005) além de Galvão *et al*, (1993; 1999), em

Manaus-AM, Lucas *et al*, (2000b), em Coari-AM, Machado Neto e Cruz (2003) em Salvador-BA e Zanini *et al* (2006) em Santa Maria-RS.

No recente estudo em 27 capitais brasileiras, realizado pelo Cebrid com estudantes da rede pública de ensino, Manaus apresentou o maior índice entre todas as capitais da Região Norte, com uma percentagem de 32% de uso na vida de tabaco, sendo que a média dessa região foi de 24,9% (CARLINI *et al*, 2005).

Diante de tais informações, o presente estudo pretende estimar a prevalência do consumo de tabaco entre alunos da rede pública de 5.^a à 8.^a séries do ensino fundamental e do ensino médio em 18 municípios do Amazonas, e os fatores associados a esse consumo, como primeira aproximação da realidade sobre o uso do tabaco no interior do Estado.

2. OBJETIVOS

Objetivo geral

Estimar a prevalência e os fatores associados ao consumo de tabaco entre os estudantes do nível fundamental (5.^a à 8.^a séries) e médio da rede pública estadual de ensino dos municípios do interior do Amazonas no período entre 2004 e 2006.

Objetivos específicos

- Descrever a prevalência do uso de tabaco entre alunos da rede pública de ensino fundamental (5.^a à 8.^a séries) e médio do interior do Estado do Amazonas;
- Traçar o perfil sociodemográfico da população estudada;
- Verificar a presença de associação entre o uso de tabaco e o perfil sociodemográfico;
- Verificar as características do consumo do tabaco: idade que fumou pela primeira vez, quantidade de cigarros utilizados diariamente;
- Verificar a opinião sobre o uso do tabaco e saúde;
- Verificar a presença de associação entre o uso de tabaco e características do relacionamento familiar e o uso de tabaco na família.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Aspectos gerais

O tabaco tem origem americana. As espécies do gênero *Nicotiana* são nativas de regiões intertropicais e subtropicais do Novo Mundo, embora os europeus já fumassem outras ervas. Por outro lado, sabe-se que há 3.000 anos antes de Cristo alguns arqueólogos encontraram cachimbos da Idade do Bronze (SILVA, 1998). Ainda, segundo o autor, ao chegarem à América os espanhóis observaram o uso do fumo de rolo que recebia o nome de *tabaco*. Várias espécies foram encontradas, indicando que a planta havia se subdividido e, portanto, o uso deveria ser muito antigo nas Américas.

Goodman e Gilman (1998) escreveram que a tripulação de Colombo foram os primeiros europeus a observar o tabaco sendo fumado. No século seguinte esse hábito se espalhou por todo o mundo. Jean Nicot foi homenageado com seu nome na planta do tabaco *Nicotiana tabacum*, uma vez que promoveu a importação e cultivo, acreditando em seu valor medicinal.

Segundo Escohotado (1998), não há na humanidade um costume que se disseminou tão ampla e rapidamente como o uso do tabaco. O hábito de fumar e mascar a planta invadiu todos os continentes, as cidades e o campo, antes do final do século 17. Nesse período, a Virgínia, as Carolinas e Maryland, territórios meridionais da Europa, produziram intensamente a planta do tabaco ou ‘erva nicotiana’.

“O tabaco é uma planta da família das Solanáceas da qual existem diversas variedades; a principal é a *Nicotiana tabacum*” (OGA, 1996, p. 309). Pode produzir 500 constituintes quando queimado, dependendo da região de cultivo, do solo, secagem e armazenamento. Nela, 4.720 (quatro mil setecentos e vinte) componentes já foram isolados. Para melhorar as

características do cigarro são adicionadas substâncias como agentes umectantes, flavorizantes e aglutinantes.

A fumaça é composta por uma fase gasosa e por partículas que dependem da composição do tabaco, da densidade que é embalado, do filtro, do papel e da temperatura em que é queimado (GOODMAN; GILMAN, 1998). Ainda, segundo os autores, os componentes do tabaco que mais contribuem para os riscos à saúde são o monóxido de carbono, elemento da fase gasosa, a nicotina e o alcatrão, substâncias das partículas da fumaça.

Segundo Goodman e Gilman (1998), a nicotina é um alcaloide líquido natural, uma base volátil e incolor, que se torna marrom e adquire o odor do tabaco na exposição do ar. Esse alcaloide possui fases estimulantes e depressoras de ação. A nicotina tem uma ação farmacológica que atua em locais neuroefetores e quimiossensíveis. Causa uma descarga de adrenalina, acelerando a frequência cardíaca e elevando a pressão arterial. Essas respostas se devem ao estímulo dos gânglios simpáticos e da medula adrenal.

A nicotina é rapidamente absorvida pelo trato respiratório, mucosas orais e pele. A absorção intestinal é mais eficiente do que pelo estômago. A nicotina é alterada no corpo principalmente no fígado, mas também no rim e pulmão. Tem uma vida de aproximadamente duas horas depois de inalada e é rapidamente eliminada pelo rim. Pode ser excretada também no leite das lactantes que fumam.

Em 1994, Lopes *et al* elaboraram um modelo da “Epidemia tabagística”, cuja transição ocorre por meio de estágios. Os critérios prevalência, consumo e taxas de mortes entre fumantes são usados para definição das quatro fases da epidemia. A prevalência é considerada o mais relevante marcador para propósitos da saúde pública e o consumo varia de acordo com preços e impostos. No modelo apresentado, as taxas de morte por câncer de pulmão foram utilizadas como um índice da mortalidade total atribuída ao fumo. A seguir, o gráfico da “epidemia tabagística”:

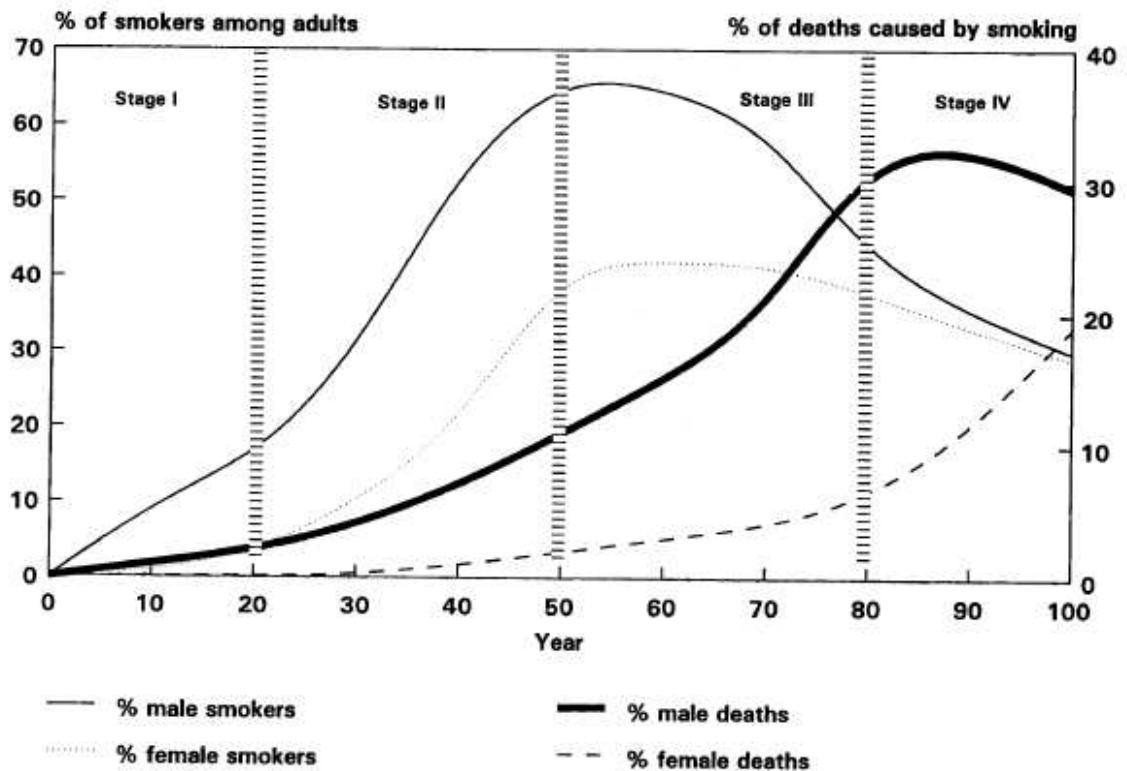


Figura 1 – Modelo da Epidemia Tabagística, segundo Lopez *et al*, 1994.

A fase I é o começo da epidemia onde se caracteriza por uma maior prevalência de fumantes entre os homens. Nas mulheres, as taxas raramente excedem 10%, uma vez que fatores socioculturais desencorajam o fumo nesse gênero. As doenças e mortes em decorrência do tabaco ainda não são tão evidentes.

No estágio II, a prevalência entre os homens continua a subir, atingindo o seu pico e a prevalência entre as mulheres também começa a aumentar rapidamente. Ainda não há atividades mais efetivas de controle ao tabagismo, não há sistematização de informações e educação sobre os perigos do hábito de fumar. No final dessa fase, o uso de tabaco já está causando em torno de 10% das mortes masculinas, no entanto comparativamente menos em mulheres.

No estágio III da epidemia tabagística a prevalência masculina começa a cair para 40%, possivelmente após exceder 60% por um extenso período. A prevalência tende a ser

menor entre homens de meia-idade e mais velhos, uma vez que muitos se tornaram ex-fumantes. O final dessa fase é caracterizado por uma queda inicial da prevalência entre as mulheres. O conhecimento sobre os perigos do tabaco na saúde é mais difundido nesse estágio. A característica mais dominante desse período é o rápido aumento na mortalidade atribuída ao fumo, sendo as mortes femininas em decorrência do tabaco comparativamente menores do que as dos homens, mas subindo. Inicia-se a legalização de ações de controle de tabaco, inclusive com campanhas nas escolas, além de medidas que proíbem o fumo em locais públicos. Nessa fase, fumar está deixando de ser um comportamento socialmente aceitável.

No estágio IV, a prevalência de fumantes para ambos os sexos continua a diminuir mais ou menos em paralelo. O aumento na mortalidade por fumar chegar a seu pico nesse período, além de que a mortalidade feminina estaria subindo rapidamente. A proibição do fumo em ambientes privados torna-se questão-chave nessa fase.

Segundo orientação de Lopez *et al*, (1994), os países com taxas mais baixas de prevalência de fumantes precisam agir rapidamente para prevenir seu crescimento e reduzi-la depois. Na ausência de um programa nacional de controle do tabaco realmente efetivo e na ausência de pressão social significativa, que desencoraje o uso do tabaco, essa transição epidemiológica descrita é virtualmente certa de ocorrer.

3.2 Efeitos nocivos à saúde

O tabaco é a droga psicoativa que mais causa dependência. Eleva o ritmo cardíaco e a pressão arterial. O hábito de fumar é responsável por mais mortes do que todas as outras drogas psicoativas juntas (INABA; COHEN, 1991).

Os efeitos nocivos do fumo são causados pelas substâncias nocivas como o alcatrão e a nicotina. Esta última é absorvida pelo organismo, chegando rapidamente ao sistema nervoso central, agindo como estimulante. Nesse sentido, a nicotina pode facilitar a atenção e a

memória, causando um padrão de alerta no eletroencefalograma (GRAEFF, 1989). Ainda, segundo o autor, também produz relaxamento da musculatura estriada e pode provocar náusea e vômito.

De modo semelhante, os autores Goodman e Gilman (1998) escrevem que a nicotina facilita a memória e a atenção, diminui a irritabilidade e reduz o ganho de peso, efeitos reforçadores que envolvem os neurônios dopaminérgicos mesolímbicos. É rapidamente absorvida pelos pulmões e chega ao cérebro dentro de oito segundos após inalada. O conteúdo da nicotina no tabaco pode variar de 0,2 a 5%, no tabaco do cigarro geralmente fica entre 1 e 2%. Causa náuseas e vômitos e, no fumante típico, aumenta o tremor das mãos, provoca ativação no EEG e, ao mesmo tempo, diminui o tônus em alguns músculos esqueléticos.

Após fumar-se um cigarro, a concentração plasmática da nicotina tem um pico máximo de 25 a 50 ng/ml. Essa concentração diminui em cinco a dez minutos. Seu principal metabólico é a cotinina (GOODMAN; GILMAN, 1998).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2008), cem milhões de pessoas morreram em todo o mundo em decorrência do consumo do tabaco no século vinte. Atualmente, 5,4 milhões de vidas são perdidas todos os anos. Se medidas urgentes não forem tomadas até o ano de 2030, haverá mais de oito milhões de mortes anualmente e, no final do século vinte e um, aproximadamente um bilhão de pessoas morrerão prematuramente por doenças relacionadas ao hábito de fumar.

O consumo do tabaco é um fator de risco para seis das oito causas principais de morte no mundo: doenças cardíacas isquêmicas, acidentes vasculares cerebrais, infecções das vias aéreas inferiores, doença pulmonar obstrutiva crônica, tuberculose e cânceres de pulmão, traqueia e brônquio.

Usado de qualquer forma (cigarro, cachimbo, rapé), é responsável por 90% de todos os cânceres de pulmão. Também traz prejuízos para a saúde daqueles que são fumantes passivos,

e para bebês de mães fumantes que podem nascer prematuramente ou com baixo peso (WHO, 2008).

Em estudo realizado por Malbergier e Oliveira Jr. (2005) aponta para uma maior prevalência de transtornos mentais nos tabagistas do que na população geral, sendo difícil o tratamento da dependência da nicotina nesses pacientes. Neste artigo de revisão da literatura verificou-se uma associação positiva entre os quadros de depressão e o tabagismo, com elevada probabilidade de fracasso no tratamento desses pacientes.

Hughes *et al* (1986) relatam que 80% dos pacientes com esquizofrenia são fumantes e, segundo Goff *et al* (1992), o tabagismo se apresenta com maior gravidade quando associado, ao início precoce dos sintomas, entre os mais jovens, a uma maior quantidade de hospitalização e a doses mais altas de medicação antipsicótica.

Nos transtornos de ansiedade, há uma prevalência de 47% de tabagistas entre as pessoas com esse diagnóstico, percentual elevado se comparado com a população geral (HUGHES *et al*, 1986), principalmente os transtornos do pânico e agorafobia. Brodsky (1985) relata que os pacientes utilizam-se do uso do tabaco para controle das crises de pânico e, dessa forma, pode-se recorrer ao consumo da nicotina para aliviar as situações de estresse.

Segundo Pomerleau *et al* (1995), os adultos que têm diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade – TDAH apresentam uma maior prevalência do hábito de fumar, assim como mais dificuldade para aderir a programas de tratamento para o tabagismo.

Em Pelotas, no Rio Grande do Sul, foi realizado um estudo, em 1996 (ZAMBONATO, 2004), para investigar os fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para a idade gestacional. O resultado mostra que as mães que fumaram durante a gestação apresentavam uma maior razão de prevalência, de 2,13%, para terem filhos pequenos ao nascer. As crianças cujas mães pararam de fumar apresentavam as mesmas chances de ter

bebês de menor crescimento uterino que as gestantes não fumantes e o número de cigarros consumidos aumentava o risco para se nascer pequeno.

Um estudo de base populacional realizado na cidade de Rio Grande-RS, por Prietsch *et al* (2002), para investigar a prevalência de doenças das vias aéreas inferiores e fatores associados em crianças menores de cinco anos, mostrando uma relação significativa entre esses problemas de saúde com o tabagismo durante a gestação e o uso de tabaco materno atual. Trinta e sete por cento das mães eram fumantes e consumiam, em média, 14 cigarros por dia. Ficou evidente que quanto maior o número de cigarros fumado, maiores os riscos da criança adoecer das vias aéreas inferiores. Da mesma forma, o número de cigarros consumidos pela gestante estava associado com o adoecimento atual nas crianças.

A fumaça ambiental dos cigarros também é responsável por causar danos à saúde, principalmente em asmáticos, crianças e adultos com tendência às doenças cardíacas (SEELIG *et al*, 2005). A poluição da fumaça contribui para a concentração e exposição de partículas cujos componentes químicos são tóxicos ou cancerígenos, comprometendo significativamente a qualidade do ar. Entretanto, a indústria do tabaco e empresas como bares e restaurantes divulgam, como solução para o problema, a ventilação dos ambientes fechados para diminuir os riscos a que estariam submetidos aqueles que frequentam esses ambientes. Contudo, estudos mostram que a única solução para tal problema seria a proibição do fumo em locais fechados, sendo essa uma questão de saúde pública (CAINS *et al*, 2004; MILLER ; NAZARROF, 2001; OTT *et al*, 2003).

No Brasil, desde 1996, o fumo é proibido por lei em recintos fechados e essa medida “representa a alternativa mais eficiente em termos de custos, aplicabilidade e redução de risco para o controle da fumaça ambiental do cigarro” (SEELIG, *et al*, 2005, p. 87).

O Banco Mundial e a Organização Mundial de Saúde (1999) mostram que o cigarro mata, hoje, um a cada dez adultos, podendo atingir um a cada seis daqui há 30 anos e,

provavelmente, esta será a principal causa de morbidade em todo o mundo. Portanto, um dos objetivos principais dessas organizações é contribuir com a redução do hábito de fumar, direcionando todos os esforços para políticas eficazes no controle do tabagismo. As crianças e jovens, em especial, devem ser priorizados com programas que reduzam o sofrimento e as perdas associadas ao tabaco e que diminuam o seu devastador impacto na saúde da população.

3.3 Critérios de dependência

Drogas em geral fazem parte da maioria das civilizações e são apontadas como fator integrante de valores e comportamentos da humanidade (CARMO *et al*, 2005). Quando o tabaco é fumado, a nicotina leva aproximadamente sete segundos para alcançar os pulmões, entrar na corrente sanguínea e atingir o cérebro. Portanto, o usuário do tabaco rapidamente sente o prazer provocado pelo fumo, diminuindo sua ansiedade, aumentando sua capacidade mental e melhorando sua atenção.

A dependência da nicotina, escrevem Planeta e Cruz (2005), apresenta um processo farmacológico e de conduta semelhante a substâncias psicoativas como a cocaína, os opioides e o etanol. O sistema dopaminérgico faz parte do sistema de recompensa. A nicotina aumenta as concentrações de dopamina, de preferência no núcleo acumbens, efeito comum das drogas que causam dependência (PONTIERE *et al*, 1995).

Segundo Carmo *et al* (2005), praticamente todas as substâncias que liberam dopamina no cérebro geram dependência, tendo a capacidade de apresentar uma ação de recompensa no circuito cerebral humano. Desse modo, propicia condutas repetitivas e normalmente atua como reforçadores positivos e negativos. No caso da nicotina, há a sensação do aumento da energia, do prazer, da capacidade de concentração (reforço positivo) e o relaxamento e alívio das tensões, ansiedades e frustrações (reforço negativo).

De modo semelhante, Planeta e Cruz (2005) escrevem que existe um mecanismo biológico da dependência da nicotina que é semelhante às outras drogas de abuso. No Sistema Nervoso Central a nicotina funciona como um reforçador positivo na medida em que atua no sistema dopaminérgico mesolímbico além de exercer ações sobre outros sistemas neurotransmissores que originam a síndrome de abstinência. Há uma complexidade de alterações de ordem comportamental, neuroquímica e molecular na ingestão do tabaco, sendo importante, portanto, estudos que sejam realizados para compreender esse processo, fornecendo-se assim maiores possibilidades para o tratamento do tabagismo.

Para se entender o hábito de fumar, além da dependência física, deve-se considerar que o fumante passa a receber estímulos sociais e culturais que funcionam como coadjuvantes para uma dependência psicológica. Dessa forma, associam-se estímulos ambientais ao hábito de fumar como os rituais diários para acender o cigarro e guardar o pacote no bolso, ou mesmo ambientes, como bares, festas, encontros com amigos, entre outros. Nesse sentido, tanto existe o componente físico como também o psicológico que mantêm o hábito de fumar (CARMO *et al*, 2005).

Os mais atuais estudos de investigação populacional sobre o consumo de substâncias psicotrópicas (BARRENECHEA *et al*, 2007; BARBOSA *et al*, 1989; PITARQUE *et al*, 2007; NOTO *et al*, 2003; SILVA *et al*, 2006b) adotam a seguinte classificação, segundo a OMS (2007):

- Uso na vida: quando a pessoa fez uso de qualquer droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida;

- Uso no ano: quando a pessoa fez uso da droga psicotrópica pelo menos uma vez nos doze meses que antecederam a pesquisa;
- Uso no mês: quando a pessoa fez uso da droga psicotrópica pelo menos uma vez nos trinta dias que antecederam a pesquisa;
- Uso frequente: quando a pessoa fez uso da droga psicotrópica seis ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa;
- Uso pesado: quando a pessoa fez uso da droga psicotrópica vinte ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa.

Dessa forma, as pesquisas são estruturadas para facilitar e permitir a comparação dos dados entre grupos populacionais diferenciados, mas com critérios de avaliação semelhantes.

Apresenta-se a seguir as diretrizes para diagnóstico da dependência da nicotina, segundo o CID-10, Classificação Internacional de Doenças, da OMS (1994):

a.	Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
b.	Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
c.	Um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma substância intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
d.	Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
e.	Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor de uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
f.	Persistência do uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas. Deve-se fazer esforços para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano.
Somente se três ou mais requisitos estão presentes durante o último ano (F 15).	

Quadro 1 – Diretrizes diagnósticas do CID-10 para dependência de nicotina.

Fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, CID-10 (WHO, 1994).

Segundo o DSM IV (1995), Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, segue a síntese dos sintomas e sinais da síndrome de abstinência de nicotina:

“psicológicos: humor disfórico ou deprimido, insônia e sonolência diurna, irritabilidade, frustração ou raiva, ansiedade, dificuldade para concentrar-se e para manter a atenção, inquietação, “Fissura” ou *craving*. Biológicos: frequência cardíaca diminuída, pressão arterial diminuída, aumento do apetite, ganho de peso, incoordenação motora e tremores. Sociais: relacionamento social instável em consequência do estado ansioso” (p. 128).

Segundo Goodman e Gilman (1998), a síndrome de abstinência ocorre com a cessação do uso do tabaco e sua intensidade varia de pessoa para outra. Os sintomas poderão, até certo ponto, serem suprimidos com a reposição da nicotina na forma de goma de mascar, emplastos transdérmicos ou aerossol nasal.

Estudo realizado por Munafò e Johnstone (2007), com gêmeos e adotados para verificar a influência da genética molecular (DNA), verificou que fatores genéticos têm papel importante na etiologia do tabagismo. Os autores afirmam que o comportamento de fumar é complexo e não pode ser comprovado em um cromossomo específico, mas futuramente a genética poderá ser usada para facilitar o tratamento individualmente, com base no conhecimento da estrutura do DNA.

3.4 Fatores de risco e proteção

Em artigo de revisão da literatura sobre prevalência e fatores associados ao tabagismo na América Latina, Malcon *et al* (2003a) apontam alguns indicadores de risco para o adolescente: sexo, idade, rendimento escolar, nível socioeconômico, pais, irmãos e amigos fumantes, separação dos pais e trabalho remunerado. Essas características, porém, mostraram-se, às vezes, inconsistentes. Dessa forma, quanto ao gênero, na maioria dos estudos analisados, ficou demonstrado que o sexo masculino fuma mais, noutros o sexo feminino e

alguns não havia diferença significativa entre homens e mulheres. Quanto mais jovem e quanto melhor o desempenho escolar menor era a prevalência do hábito de fumar, fatores esses apresentados com associação significativa na maioria dos estudos encontrados na revisão.

Ainda, segundo Malcon *et al* (2003a), diversos estudos indicam que o consumo de tabaco pelos pais dos adolescentes é fator de risco para o hábito de fumar, mas em pesquisa realizada em Brasília (MUZA; COSTA, 1993), na rede privada de ensino, não houve associação entre essa característica.

A família, segundo Schenker e Minayo (2003), é uma instituição que tem como função fundamental realizar a socialização primária, incluindo-se práticas educativas, básicas para o desenvolvimento de crianças e adolescentes. O uso indevido de drogas é um sintoma que surge a partir do contexto familiar e sociocultural, que oferecem condições para tal. Dessa forma, a família pode ser fonte de condições favoráveis para o uso de drogas, mas também pode ter papel de proteção para os seus membros, inclusive quando o problema está instalado: pode funcionar como o antídoto, sendo, muitas vezes, utilizada nos tratamentos do consumo abusivo de psicotrópicos.

Hoffmann e Cerboneb (2002) também enfatizam a importância da família no consumo abusivo de substâncias psicoativas, mostrando que há um maior risco quando se está inserido num contexto de baixa coesão familiar. Pavani *et al* (2007), em concordância com os autores, apontam que uma família harmoniosa pode funcionar como fator de proteção ao uso de drogas.

Quanto à convivência com amigos e irmãos fumantes, também foi encontrada uma associação significativa em praticamente todas as pesquisas publicadas recentemente (COSTA *et al*, 2007; PITARQUE *et al*, 2007; FRAGA *et al*, 2006; MALCON *et al*, 2003b).

Os estudos que investigavam o nível socioeconômico como fator de risco para o tabagismo não apresentaram resultados consistentes, mas três estudos (BARBOSA *et al*, 1989; SCHIO *et al*, 1992 e MUZA; COSTA, 1993) relacionando o hábito de fumar e a existência de trabalho remunerado apontaram associação significativa.

Considerando os aspectos biopsicossociais das pessoas, é fundamental também refletir sobre fatores de proteção que seriam um bom relacionamento familiar, a religiosidade e a disponibilidade de informações sobre as drogas, como a dependência e consequências do uso indevido (SILVA *et al*, 2006b).

O contexto individual, escolar, grupo de amigos, a mídia e a comunidade onde se está inserido o adolescente vão contribuir na construção de risco e proteção para o uso indevido de drogas. Em todos os contextos, a visão da situação não poderá ser de forma simplista. A relação que o jovem estabelece com a droga influencia e é influenciada pelas suas interações; com isso, fatores individuais, familiares e sociais vão se combinar, podendo intensificar a probabilidade do uso abusivo de substâncias psicoativas (SCHENKER; MINAYO, 2005). Ainda, segundo as autoras, o contexto sociocultural vai contribuir significativamente nas representações sociais sobre o consumo de drogas; portanto, a adesão ou a condenação do uso vai depender também da sociedade em geral, inclusive em sua configuração geográfica e histórica.

Oetting *et al* (1998) também mostram, de modo semelhante às autoras citadas acima, que há uma complexidade de fatores relacionados ao uso de cigarros que envolvem elementos individuais e do entorno micro e macrosocial, sendo a família, a escola e os amigos fontes principais de influência para o processo de socialização, onde valores, atitudes e comportamento vão ser construídos e interiorizados, inclusive o hábito de fumar.

Em 2004 foi realizado um trabalho em Guayaquil, no Equador (CHAVEZ; ANDRADE, 2005), com a finalidade de identificar os fatores de risco e proteção para o

consumo de álcool e tabaco em escolares do ensino básico do 5.º, 6.º e 7.º anos, onde professores e alunos foram entrevistados. Os resultados mostraram que a baixa autoestima, problemas familiares, fracasso escolar e a repetição de anos são fatores importantes para a vida das crianças e jovens, podendo levar a sentimentos de inferioridade, considerados, portanto, fatores de risco para o consumo de álcool e tabaco.

As pessoas com bom conceito de si mesmas, independentes e seguras são mais capazes de enfrentar situações novas e frustrações, desta forma protegendo-se do uso de substâncias psicoativas. A escola tem papel fundamental na vida dos alunos, podendo ser fator de proteção ou de risco: desta forma, a escola que desperta interesse nos alunos e favorece o desenvolvimento pessoal e grupal pode contribuir como proteção a práticas inadequadas. Nesse estudo, os professores identificam como causas do uso de drogas o descuido dos pais, problemas familiares, falta de comunicação e excesso de dinheiro e de liberdade entre as crianças e adolescentes (CHAVEZ; ANDRADE, 2005).

Num estudo realizado no Rio Grande do Sul, no município de Pelotas, por Horta *et al* (2006) que avaliou o uso de drogas por adolescentes, foi observado que quando o jovem não coabita com os pais, ou mesmo reside com apenas um deles, apresenta maior chance de consumir tabaco do que aquele que mora com ambos os pais e que a chance de se fumar quando o pai ou a mãe é fumante é de 1,99 e quando ambos são usuários de tabaco é de 3,92 vezes maior do que aquele jovem cujos pais não usam o cigarro.

Utilizando-se a base de dados de estudo realizado em 2001, pelo Conselho Nacional para o Controle de Entorpecentes (Conace) do Chile, desenvolveu-se uma pesquisa para investigar sobre o consumo precoce de tabaco e álcool como fator de risco para o uso de maconha, com 54.001 escolares de até 20 anos de idade. Os resultados mostraram que a probabilidade de se consumir maconha entre os fumantes é quase dez vezes maior do que entre os não fumantes. Os usuários do tabaco que não bebem têm seis vezes mais chances de

usar maconha, enquanto que as chances sobem para dez vezes entre os alunos que bebem e também fumam. Outro dado importante identificado no estudo é que a cada ano que se retarda o início do consumo de álcool e tabaco diminui-se o risco do consumo de maconha (IGLESIAS *et al*, 2007)

3.5 Estudos Epidemiológicos

A expansão de uso de droga é descrita frequentemente como uma epidemia em virtude da semelhança com uma doença, num jogo complexo de comportamentos sociais, contágio e portadores de doença. Estudos epidemiológicos ajudam a responder várias perguntas fundamentais que fornecem o conhecimento do problema, com informações atuais do padrão de uso das drogas, permitindo identificar os fatores que facilitam ou dificultam a disseminação do uso de substâncias psicoativas (WHO, 2000).

Os estudos epidemiológicos sobre o consumo de substâncias psicoativas entre estudantes têm sido frequentes em muitos países e também no Brasil e podem mostrar a magnitude do problema, as características dos usuários e as tendências de uso, fornecendo dados importantes para a estruturação de políticas públicas de prevenção e educação (CARLINI-CONTRIM; BARBOSA, 1993), além de planejamento, implementação e avaliação destes programas (WHO, 2000).

3.5.1 Dados Internacionais

Em pesquisa realizada na Cidade do Porto, em Portugal, os resultados apontaram uma prevalência de 19,9% de adolescentes com 13 anos de idade que já haviam fumado alguma vez na vida, 1,8% fumavam ocasionalmente e 1,3% usavam diariamente o cigarro. As meninas apresentaram uma proporção maior do que os meninos, tanto no que se refere a experimentação do tabaco, como entre aqueles que fumavam regularmente. A razão mais

apontada para tal uso foi a curiosidade, seguido por ter um amigo que fuma. Outro dado importante encontrado neste estudo revela que o local onde mais se fuma é a escola (FRAGA *et al*, 2006).

Nebot *et al* (2002) realizaram um estudo em Barcelona, Espanha, com estudantes do ensino secundário obrigatório para conhecer os fatores associados à intenção de fumar e o início do hábito do tabagismo, onde 98,2% dos alunos tinham a idade entre 12 e 13 anos. Foi identificado que o consumo de cigarro está associado negativamente à prática de esportes e positivamente com a pressão exercida pelos amigos e irmãos dos alunos. Entre os meninos que fumavam, 61,4% declararam que tinham intenção de continuar no futuro; entre as meninas fumantes o percentual foi maior: 73,3%. Outro resultado importante mostra que os estudantes com maior disponibilidade semanal de dinheiro apresentaram maior hábito de fumar.

Um estudo realizado por Barrenechea *et al*, (2007), na Espanha, sobre a prevalência do consumo de cigarros entre adolescentes de 12 a 18 anos pertencentes a escolas públicas e particulares da Comarca de Bizkaio, no período entre 2002 e 2003, teve como objetivo verificar a associação deste consumo com o entorno familiar. Entre os jovens da amostra, 51,6% já haviam experimentado o tabaco alguma vez na vida, 29,9% eram fumantes habituais, ou seja, tinham fumado nos últimos trinta dias e destes, 50,4% fumavam diariamente. A média diária de cigarros era de $6,8 \pm 4,8$. A experimentação aumentava com a idade.

Ainda nesta pesquisa, as mulheres apresentaram maior prevalência de fumantes diários, com 38,3% e os homens com taxa de 26,1%. No entanto, o sexo feminino começou a fumar mais tarde do que o sexo masculino, com médias de idade de $13,3 \pm 1,6$ e $12,9 \pm 4,9$ respectivamente. Neste estudo foi observado que o consumo de álcool e tabaco tem relação muito estreita, onde mais de 90% dos alunos que tinham feito uso alguma vez na vida de

tabaco também haviam experimentado o álcool. Os escolares que moravam com os pais apresentaram uma menor prevalência de fumantes diários (28,8%) do que aqueles que moravam com apenas um dos pais (43,8%) ou com pais separados/divorciados (35%).

Segundo Faou *et al* (2007), o tabagismo entre os adolescentes com idades entre 15 e 19 anos na França é estimada em 31%. Estudo conduzido entre 2001 e 2005 com jovens que participavam de um programa para tratamento de tabagistas, aponta para uma predominância maior entre as meninas fumantes, com 56,4% e um consumo médio de 15,3 cigarros por dia. A média de idade de início do uso de cigarros foi de $13,2 \pm 2$ anos. Notou-se, uma diminuição do consumo do tabaco entre 1999 e 2004. Os autores apontam algumas medidas importantes, adotadas desde 1970, possivelmente responsáveis por esta redução no consumo e consequentemente para a proteção dos jovens do tabagismo: a proibição do fumo em locais públicos; proibição de distribuição gratuita de cigarros; aumento do preço do produto e a sensibilização para os riscos do uso do tabaco nas escolas.

Estudo realizado na França comparando a evolução do tabagismo entre 1977 e 1995 (GRIZEAU *et al*, 1997) encontrou uma prevalência entre adolescente com idades entre 12 e 18 anos de 48% de fumantes entre os meninos e 43% entre as meninas, em 1977. Em 1995, as taxas foram semelhantes para ambos os sexos, mas inferiores em relação ao ano de 1977, com 35% de tabagistas. A idade média de início do consumo de tabaco foi de 14,1 anos antes dos anos setenta, mas com início mais precoce em 1995, com média de 13,2 anos.

Um estudo longitudinal (PHYLLIS *et al*, 2001) foi realizado nos Estados Unidos, com estudantes da Califórnia e Oregon, com o objetivo de comparar adolescentes não fumantes, experimentadores de tabaco e fumantes no período de cinco anos, do 7.º e 12.º graus, e o envolvimento desses jovens com outros problemas. Os resultados mostraram que os experimentadores precoces de cigarros tinham três vezes mais chances de apresentarem dificuldades acadêmicas, comportamentos delinquentes e uso de substâncias psicoativas mais

pesadas. Vários fatores podem contribuir para tal coexistência: a interações entre pares que exponham o adolescente, uma personalidade rebelde além de uma necessidade de transmitir uma imagem de dureza e maturidade para os outros. Uma implicação desses resultados é a obtenção de informações particularmente úteis para identificar jovens em risco para outros problemas comportamentais.

Em estudo também realizado nos Estados Unidos (DAVID *et al*, 2006) sobre as tendências nacionais do consumo de tabaco entre adultos e adolescentes no período de 1987 a 2000 mostrou que tanto os adultos como os adolescentes do sexo feminino apresentaram poucas mudanças no hábito de fumar, mas foi identificado um declínio na prevalência entre os homens, principalmente naqueles da faixa etária entre 18 e 24 anos e acima de 65 anos. O grupo masculino com idades que variam de 25 a 44 anos tem, atualmente, a maior prevalência do uso do tabaco entre todos os grupos etários adultos. Esta diminuição no consumo espelha, de certa forma, uma redução no volume de vendas do tabaco de 11% entre 1986 e 2003 (MAXWELL, 2004).

Chen, *et al* (2008), utilizando os dados do “Global Youth Tobacco Survey” – GYTS, descreveu em seu artigo sobre o consumo do tabaco na Tailândia por estudantes das escolas geral júnior, geral sênior e profissional sênior, identificando 47,1% experimentadores do tabaco, na totalidade dos alunos. Encontrou-se uma taxa de 5,5% de tabagistas nas escolas do tipo geral júnior, mas no ensino profissional este percentual sobe para 15,9%. Em todos os níveis escolares os homens fumavam mais do que as mulheres, embora o sexo feminino tenha sido identificado como mais suscetível do que os rapazes para experimentar o tabaco. Em termos gerais, 4,0% dos estudantes da escola geral júnior, 5,5% da escola geral sênior, e 5,9% da escola profissional sênior atualmente utilizavam produtos do tabaco que não cigarros.

Na Índia, Gururaj e Girish (2007), em estudo realizado entre 2003 e 2004 com escolares com idades entre 13 e 15 anos, identificaram uma taxa de tabagismo de 4,9%. O uso

atual do tabaco foi predominantemente no sexo masculino, com um percentual quase quatro vezes maior para os meninos, com 8%, e as meninas com taxa de 2,1%. A pesquisa comparou o consumo do tabaco nas áreas rural, metropolitana e transitória, identificando respectivamente os resultados de 4,7, 10,1 e 8,3%. Da população estudada, 30,8% relataram que tinham comprado o tabaco em uma loja. Os entrevistados também descreveram ter testemunhado um grande número de anúncios publicitários do tabaco na televisão (33,5%), em jornais e revistas (28,5%). Os alunos residentes na metrópole foram os mais expostos a propaganda dos produtos do tabaco, com 52,2%.

Estudo descritivo transversal (MPABULUNGI; MUULA, 2006) foi realizado em 2001, no Distrito de Arua, na Uganda, com estudantes do ensino médio de idades entre 13 e 15 anos, verificando que, do total dos alunos que participaram da pesquisa, 506 (33,1%) nunca tinha experimentado qualquer produto derivado do tabaco, enquanto que 334 (21,9%) eram fumantes de cigarros, 324 (21,2%) usavam outros produtos do tabaco como cigarrilhas, charutos, cachimbos e tabaco para mascar. No que diz respeito ao tabagismo atual, definido como ter fumado pelo menos uma vez nos últimos 30 dias, 12,2% eram do sexo feminino e 25,5% do sexo masculino. Os dados mostram uma elevada exposição à propaganda e a facilidade para se adquirir os produtos do cigarro no comércio, isto podendo ser explicado pelo fato do distrito depender fortemente do cultivo do tabaco.

Uma revisão sistemática da literatura sobre a prevalência do tabagismo em adolescente na América do Sul (MALCON *et al*, 2003a) aponta que o Brasil e o Chile já desenvolveram diversos estudos na área, tanto de base escolar como de base populacional. No entanto, as definições de faixa etária e de fumante variam, dificultando, desta forma uma comparação mais precisa. No Brasil as prevalências variaram entre 3 a 15,8%, no Chile de 10,6 a 58,3%, na Argentina entre 28,7 a 35,3% e na Colômbia entre 4,6 a 24,9%, considerando-se uso regular como fumar no último mês, uso diário ou uso atual.

Realizou-se um estudo na região metropolitana do Chile (IVANOVIC *et al*, 1997) com alunos da educação básica e média entre os anos de 1986 e 1987. A prevalência de alunos tabagistas foi de 10,6%, com percentual maior entre as mulheres, mas com diferença não significativa. No entanto, os homens consumiam um maior número de cigarros diários ($3,7 \pm 6,1$) do que as mulheres ($2,3 \pm 2,8$). Com relação à idade, houve uma relação significativa para um maior percentual do consumo de tabaco entre os alunos mais velhos. Algumas variáveis independentes também se mostraram relacionadas com o consumo de cigarros como o nível socioeconômico: alto 14,0%, médio 11,7% e baixo 6,6% e a área geográfica onde moravam: aqueles que viviam em área urbana 11,8% e em área rural 2,7%. Também foi verificada uma correlação negativa e significativa entre rendimento escolar e o consumo de cigarros. Quanto maior o grau de consciência dos alunos sobre os prejuízos causados à saúde pelo tabaco menor o risco relativo (RR = 27,0) para o hábito de fumar.

Valdivia *et al*, (2004), realizaram um levantamento nacional no Chile em amostra de estudantes do ensino básico e médio sobre a prevalência e características do consumo de tabaco em crianças e jovens. Dos escolares pesquisados, 64,1% relataram que já haviam experimentado cigarros alguma vez na vida. As mulheres apresentaram um percentual maior de uso na vida, com 67,7%, enquanto os homens tiveram taxas de 60,4%, com elevação das percentagens em ambos os sexos conforme o aumento da idade e escolaridade dos alunos. A idade média do primeiro contato com o tabaco foi de 12,34 anos. Entre aqueles que se declaravam fumantes, 46% consumiam menos de cinco cigarros por dia.

Ainda neste estudo (VALDIVIA *et al*, 2004), os estudantes de nível socioeconômico baixo apresentaram maior risco de se tornar tabagistas do que os alunos dos níveis médio e alto. Quanto à localidade no Chile, os escolares da região central mostraram maior probabilidade de uso do tabaco e aqueles residentes na região sul menores chances de consumo de cigarros. A pesquisa também apontou uma relação entre o hábito de fumar dos

pais e um maior risco de tabagismo entre os filhos escolares. A existência de regras restringindo a utilização do cigarro reflete em uma redução de 34% na prevalência do uso do tabaco, portanto, quando os pais são permissivos, há um risco maior de consumo de cigarros pelos filhos. Ter amigos fumantes é um fator de risco, triplicando a probabilidade de experimentação dos alunos.

Uma pesquisa realizada no Distrito de La Costa, em Buenos Aires, na Argentina, por Bolzán e Peleteiro, (2003) teve como objetivo determinar a prevalência do tabagismo em escolares adolescentes com idade entre 11 e 15 anos além de conhecer os fatores de risco do jovem se tornar fumante. Trinta por cento dos adolescentes tinham experimentado o cigarro, de modo ocasional ou como fumantes declarados. A prevalência de tabagistas foi de 15,1% na população global, ainda que apenas 9% tenham afirmado já ser um fumante. A pressão dos pais e a presença de fumantes no círculo familiar (pai, mãe, irmão) constituíram fatores estatisticamente significativos. Os alunos que afirmaram que o cigarro não está incluído aos denominados “vícios”, apresentaram um duplo risco de ser fumantes.

Em estudo mais recente na Argentina sobre prevalência e fatores associados ao tabagismo (PITARQUE *et al*, 2007), com adolescentes estudantes entre 11 e 14 anos da cidade de Olavarría, os homens fizeram um maior percentual de uso na vida (61,5%) do que as mulheres (38,5%) e a maioria dos pesquisados experimentou o cigarro entre 10 e 13 anos. Quarenta por cento dos escolares que fizeram uso na vida continuaram fumando. A presença de pais e amigos fumantes foram os maiores fatores de risco para o início prematuro do hábito de fumar. Quanto à exposição à fumaça do cigarro durante todos os dias da semana, 43% dos fumantes e 11% dos não fumantes estavam expostos ao fumo ambiental, expressando uma diferença qualitativa no entorno do ar respirado pelos jovens fumantes e não fumantes.

No estado de Lara, na Venezuela, Granero e Sánchez, (2006) realizaram um estudo para investigar sobre o uso de tabaco e fatores associados, comparando dois momentos: os

anos de 2000 e 2003. A população estudada era composta de alunos do sexto ao nono ano da educação básica. O uso na vida do tabaco foi de 22,8% nos dois anos da pesquisa, assim como também os homens experimentaram mais o cigarro do que as mulheres, embora com diferença não significativa. Em 2000, 64,4% dos fumantes desejavam parar de fumar e em 2003 este número subiu para 77,4%. No entanto, entre os homens este desejo aumentou de 62,6% para 84,7%, diferença significativa, mas entre as mulheres variou de 64,4% para 67,2%, valor estatístico não significativo. Investigando-se os fatores de risco para o fumo, quatro a cada dez participantes tinham pelo menos um dos pais fumantes e mais de 50% não havia recebido aulas sobre os perigos do hábito de fumar. Em 2000, 9,5% dos escolares haviam recebido cigarros gratuitamente e em 2003 este percentual aumentou para 13,2%.

3.5.2 Dados Nacionais

3.5.2.1 Estudos de base populacional

No início da década de 80, a OMS começou a desenvolver medidas para normatizar inquéritos sobre o uso de drogas e, com isso, facilitar a comparação e integração entre os diversos países. Tais inquéritos da população são realizados com as pessoas que habitam determinada área definida em termos de política ou limites geográficos, como um país ou uma aldeia. Usualmente estes levantamentos envolvem grandes populações e utiliza-se de amostra de entrevistados, cientificamente selecionada, a partir da qual se podem fazer generalizações para o universo daquela localidade (WHO, 2000).

Malcon *et al* (2003b) declaram que os estudos de base populacional são mais abrangentes, uma vez que fornecem medidas mais precisas do que aqueles com base escolar, podendo, desta forma, subestimar o problema. Como exemplo, pode-se observar em pesquisa domiciliar realizada na zona urbana de Pelotas-RS, uma prevalência do consumo de tabaco

entre os adolescentes que estão fora da escola de 36,2%, índice bem maior do que aqueles que estudavam: 7,7%.

Ainda neste estudo Malcon *et al* (2003b) encontraram uma prevalência de 12,1% para tabagismo (fumar pelo menos um cigarro nos últimos trinta dias) e para uso na vida de 26,7% entre os adolescentes. A maioria (55%) começou a fumar entre 13 e 15 anos e 56% fumavam acima de cinco cigarros por dia. As taxas de prevalência foram similares entre homens e mulheres; as variáveis renda familiar, escolaridade do chefe de família, cor, reprovação escolar e prática de esportes não apresentaram significância estatística.

O primeiro levantamento domiciliar sobre o uso de psicotrópicos no Brasil aconteceu em 2001 em 107 cidades, realizado pelo Cebrid (CARLINI *et al*, 2002). Neste, 41,1% dos entrevistados afirmaram já ter feito uso na vida do tabaco e 9% apresentavam dependência, sugerindo que mais de 4 milhões de brasileiros são usuários habituais do cigarro. Entre os jovens de 12 a 17 anos, 2,2% evidenciaram dependência pela droga.

Os dados deste mesmo estudo revelam que Manaus teve a segunda maior estimativa brasileira de dependentes da nicotina com um percentual de 10,0% e uma porcentagem de uso na vida maior para o sexo masculino em todas as faixas etárias, mas idênticas para a dependência do tabaco entre homens e mulheres.

O segundo levantamento domiciliar sobre o uso de psicotrópicos em 108 cidades brasileiras (CARLINI *et al*, 2006) apontou que 44% da população brasileira já fizeram uso na vida do cigarro e 10,1% são considerados dependentes da nicotina. Na Região Norte, 37,1% já usaram alguma vez e 8,1% mostraram ser dependentes do hábito de fumar. Sendo assim, a cada quatro pessoas, homens ou mulheres, que fizeram uso na vida de tabaco, um tornou-se dependente.

O Sistema de Vigilância de Tabagismo em Escolares – Vigescola, do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer – Inca (2004) realizou um levantamento de base

escolar, em 12 capitais brasileiras, entre 2002 e 2003, com estudantes da 7.^a e 8.^a séries do ensino fundamental e 1.^o ano do ensino médio, como uma de suas estratégias para auxiliar no controle do tabagismo no país. Foram identificados como fumantes aqueles que usaram um ou mais cigarros nos últimos 30 dias.

Nesse levantamento, em dez dos municípios estudados a prevalência de experimentação de cigarros foi maior no sexo masculino do que no feminino, com exceções em Curitiba e Porto Alegre, onde houve uma inversão desta relação, as meninas experimentaram em proporção mais elevada e Porto Alegre apresentou o maior percentual entre as alunas fumantes, com 24% e Fortaleza a maior taxa entre os fumantes do sexo masculino, com 27%. Entre aqueles que já experimentaram o tabaco, 39,1% dos escolares de Vitória e 37,9% de Boa Vista o fizeram com até 11 anos de idade. Apesar da proibição da propaganda no Brasil, desde 2001, o estudo mostra que um alto percentual dos estudantes vira anúncios pró-tabaco nos últimos 30 dias, variando de 70,5% em Palmas a 87,3% em Porto Alegre (VIGESCOLA, 2004).

Outro estudo realizado na zona urbana da cidade de Pelotas-RS (HORTA *et al*, 2001), de base populacional, com adolescentes com idades entre 12 e 18 anos mostrou que 11,1% dos entrevistados eram fumantes, sendo estes os que fumavam pelo menos um cigarro por semana no último mês. As variáveis com associação significativa para o consumo de tabaco foram idade, pais separados, uso e abuso de bebidas alcoólicas, repetência escolar e o fato do adolescente não estudar. Por outro lado, a escolaridade, o sexo, o nível socioeconômico e o tabagismo dos pais não estiveram associados ao hábito de fumar dos jovens.

Também em Pelotas, em 2007, foi desenvolvido um estudo (HORTA *et al*, 2007), com adolescentes entre 15 e 18 anos, para investigar a relação entre gênero e o consumo de drogas psicoativas. Quarenta e três por cento desta população já fizeram uso pelo menos uma vez na vida de tabaco e este uso foi mais frequente entre aqueles com mais de 17 anos, das classes

sociais D e E, com menor escolaridade e com reprovação escolar. Entre os jovens, 16,6% fazem uso contínuo do cigarro, fumando pelo menos uma vez por semana, sendo que 19,5% entre as meninas e 13% entre os meninos, mantendo-se equivalente para a experimentação. Há uma razão de prevalência de 2,6:1 para a experimentação e uso contínuo, portanto, para cada 2,6 pessoas que experimentaram, uma se tornou usuária habitual do cigarro.

Uma pesquisa realizada com uma amostra da população geral de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (CHAIEB; CASTELLARIN, 1998), procurou identificar se existe uma associação entre a dependência do álcool e do tabaco. Entre os alcoolistas, 67% eram fumantes e, no grupo não alcoolista, 44% fumavam, com p valor igual a 0,002. Os não fumantes, em sua maioria (74%), também não eram alcoolistas. Foi encontrado que entre os dependentes do álcool há uma tendência, mesmo não sendo estatisticamente significativa, a se iniciar mais cedo a fumar, a fazer uso de um maior número de cigarros e a se manter o hábito por mais tempo.

3.5.2.2 Estudos com populações específicas

Os estudos epidemiológicos não se limitam a população geral, mas incluem a pesquisa de grupos populacionais especiais para aprofundar sobre a prevalência e padrão de uso de drogas em populações que podem estar em maior risco de desenvolver problemas com o uso de substâncias psicoativas como adolescentes, crianças em situação de rua, adultos sem teto, prisioneiros, entre outros. Estes apresentam desafios específicos, uma vez que vivem, frequentemente, em situações particularmente difíceis (WHO, 2000).

Adolescência é um período de risco e vulnerabilidade, é neste momento que os jovens procuram alcançar a sua independência, autonomia e estabelecerem-se como adultos. O início do uso de drogas geralmente começa nesta etapa da vida. O principal motivo, então, do inquérito com estudantes, é avaliar a incidência, ou taxa de novo casos, que ocorrem em uma

área geográfica bem definida. Os inquéritos escolares fornecem informações que são úteis para orientar as intervenções (WHO, 2000).

O Global Youth Tobacco Survey – GYTS (ALMEIDA *et al*, 2008) foi desenvolvido para fornecer dados sobre o uso de tabaco entre jovens escolares para o Programa Nacional de Controle do Tabaco. Os dados neste trabalho mostram uma variação no consumo atual de cigarros entre 6% a mais de 17% em 18 cidades brasileiras. O uso de outros produtos derivados do tabaco varia de menos de 5% em 14 cidades para mais de 10% em Boa Vista. Apesar de todos os esforços no Brasil, os dados do GYTS mostram que a prevalência de uso atual do tabaco não diminuiu e não foi observado aumento no desejo de parar ou de paradas com sucesso entre 2002 e 2005. Uma grande proporção de crianças compra tabaco em lojas, mesmo o Brasil possuindo uma lei proibindo a venda de tabaco para menores. Essa situação não mudou entre 2002 e 2005.

No Brasil, quatro levantamentos nacionais foram realizados sobre o consumo de drogas entre estudantes da rede pública de ensino, de nível fundamental e médio, em dez capitais brasileiras, nos anos de 1987 (CARLINI-COTRIM *et al*, 1987), 1989 (CARLINI *et al*, 1990), 1993 (GALDUROZ, *et al*, 1994) e 1997 (GALDUROZ, *et al*, 1997) e, o mais atual, em 2004 (GALDUROZ, *et al*, 2004b), nas 27 capitais brasileiras.

Galduroz *et al*, (2004a) realizaram uma comparação entre estas primeiras pesquisas, deixando evidente que não houve uma variação significativa sobre o uso do tabaco nos quatro momentos investigados. As taxas para “uso na vida” permaneceram semelhantes no período de dez anos, o mesmo sendo observado para o uso frequente do tabaco, com pequeno decréscimo que varia de 7,0% em 1987 para 6,2% em 1997, valores estatisticamente não significativos.

Um levantamento nacional realizado nas 27 capitais brasileiras sobre o consumo de drogas entre meninos em situação de rua (NOTO *et al*, 2003) aponta para uma estimativa de

49,9% de uso na vida do tabaco na população estudada da Região Norte do país e um índice mais alto, 62,1%, na cidade de Manaus.

Um estudo feito em Salvador-BA (MACHADO NETO; CRUZ, 2003), com adolescentes estudantes de escolas particulares e públicas da 8.^a série do ensino fundamental até a 3.^a série do ensino médio, com idade entre 13 e 20 anos, mostrou que a frequência de experimentação do cigarro foi de 46% e a prevalência de fumantes de 9,6%, sendo maior entre os meninos e estando associado à influência parental, chegando a apontar como um fator de proteção o fato de nenhum dos pais fumarem. Entre aqueles que experimentaram 20,4% desenvolveram o hábito de fumar.

Ainda em Salvador (ALMEIDA; MUSSI, 2006), foi desenvolvida uma pesquisa entre alunos de escola estadual de ensino médio com os objetivos de conhecer o perfil do jovem fumante, os hábitos e atitudes em relação ao uso de cigarros e avaliar o grau de dependência, utilizando-se o questionário de Fagerström como instrumento de medida da magnitude da dependência do tabaco (HALTY *et al*, 2002). Dez por cento dos escolares eram tabagistas, sendo que 94,5% tinham pessoas próximas também fumantes como familiares, amigos ou namorada(o).

A maioria dos alunos nessa pesquisa tinha conhecimento sobre o prejuízo do fumo à saúde, sabia que fumar contribui para a perda de peso, mas não participava de discussão nas aulas sobre as razões que se leva a fumar ou sobre os efeitos do tabaco no organismo. A pontuação obtida pelos alunos no Teste de Fagerström mostrou baixo nível de dependência a nicotina para 90,9% dos jovens e médio para 9,1 % deles. Os estudantes também relataram que faziam uso de cigarros quando associado à bebida alcoólica ou quando estavam sozinhos ou em qualquer situação. O motivo apontado pela maioria para o início do uso foi a curiosidade e a maior parte desejava parar de fumar (ALMEIDA; MUSSI, 2006).

Outra pesquisa realizada na Bahia, em Feira de Santana (COSTA *et al*, 2007), sobre a experimentação e uso regular de álcool, cigarros e outras drogas psicoativas na adolescência demonstrou que 23,3% dos alunos participantes já fizeram uso de tabaco e destes, 38,1% experimentaram quando tinham idade entre dez e 14 anos. Ainda, segundo o estudo, a principal causa da experimentação foi a curiosidade. Entre os estudantes que usaram pelo menos uma vez na vida o tabaco 27,8% mantinham o hábito de fumar, e destes, 24,7% fumavam diariamente de um a dez cigarros. O uso na vida foi maior entre os homens (31,3%) do que entre as mulheres (20,6%) e a prevalência do hábito de fumar foi maior entre aqueles que tinham pais, irmãos mais velhos e amigos fumantes.

Em Maceió - AL, os dados de uma pesquisa realizada em 2001 (SILVA *et al*, 2006b), com alunos de escolas públicas e privadas de nível fundamental e médio mostraram uma prevalência de 2,4% para os indivíduos entre sete e 17 anos. No entanto, as taxas aumentam com a idade, com o histórico de repetência, no turno noturno e com a experimentação prévia de cigarros.

Ainda neste trabalho as variáveis sexo, tipo de escola, trabalho do aluno, nível fundamental ou médio, classe econômica, pai e mãe fumantes e pais vivendo juntos ou separados não apresentaram associação significativa. Os autores afirmam que o início do hábito de fumar ocorre em 90% antes dos 19 anos, portanto os pediatras consideram uma doença da infância, necessitando de cuidados como prevenção, diagnóstico e tratamento.

Pesquisa realizada entre estudantes do ensino médio de escolas estaduais de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, em 2002 (ZANINI *et al*, 2006), encontrou uma prevalência de uso na vida de tabaco de 18%. A média de idade para o início do uso é de 14 anos, as mulheres apresentaram um maior percentual de fumante, com 20,4% contra 16,7% dos homens, mas com diferença estatística não significativa. 74,4% dos fumantes mantinham o hábito há mais de um ano e fumavam, em média, 9,3 cigarros por dia. Os fatores associados

ao consumo de tabaco seriam: a influência dos amigos que fumam, a idade e a renda familiar mensal, mostrando que quanto maior a renda maior o percentual de tabagismo entre os alunos.

Em São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, Silva *et al* (2006a) realizaram um estudo, em 2003, sobre a prevalência do uso de drogas entre alunos do ensino médio de escolas públicas. Em relação ao uso na vida de tabaco, 28,7% da amostra já havia experimentado o cigarro. Comparando-se o álcool e tabaco, a bebida alcoólica é a droga mais consumida, mas no item “uso pesado” o tabaco apresenta taxa mais elevada (4,3%) do que o álcool (1,4%). Quanto ao sexo, não houve diferença significativa para o hábito de fumar entre homens e mulheres. Os alunos do turno noturno apresentaram um maior percentual de “uso na vida” do tabaco (35,9%) do que os escolares do turno diurno (23,8%).

Foi realizado um estudo em Cuiabá-MT, com uma amostra de estudantes trabalhadores e não trabalhadores, da rede estadual de ensino, concluindo haver uma relação significativa entre o fato de o aluno adolescente trabalhar e um maior consumo recente de tabaco, se comparado com aquele que não trabalha (SOUZA; SILVEIRA FILHO, 2007). Observou-se também, que os alunos não trabalhadores começam a fumar mais cedo do que aqueles que trabalham. Há uma proporção mais elevada de uso recente de tabaco entre o grupo de trabalhadores com idades entre 15 e 20 anos, pertencentes a níveis socioeconômicos menos favorecidos. O consumo de cigarros também foi maior entre os alunos trabalhadores que apresentavam defasagem escolar e que faltavam às aulas, com Razão de odds de 1,73 (0,85-3,52) e de 1,56 (0,90-2,72), respectivamente.

Um estudo foi realizado em Belém, no Pará, com estudantes do ensino médio de escola pública e particular para investigar as variáveis que estariam relacionadas com a iniciação ao tabagismo (PINTO; RIBEIRO, 2007). Os resultados mostram um percentual de 44,7% de alunos que já fizeram uso pelo menos uma vez na vida de cigarros, sendo que na escola pública a taxa é de 52,1%, maior que a escola particular com 36,7%. Não houve

diferença significativa entre homens e mulheres quanto à experimentação de cigarros. Os escolares fumantes declararam que a curiosidade (62,1% da escola pública e 73,1% da escola particular) foi a principal influência para o consumo do tabaco, seguido da influência de amigos, pais, irmãos e a mídia. Entre aqueles alunos fumantes houve uma associação significativa ao fato dele se considerar um estudante regular ou ruim, também se associou significativamente o baixo rendimento escolar com experimentação de cigarros, mas apenas entre os escolares da escola pública.

Em Manaus já foram realizados três levantamentos sobre o uso de psicotrópicos entre estudantes do ensino fundamental (5.^a à 8.^a séries) e médio da rede pública estadual de ensino, proporcionando as primeiras informações obtidas sobre o consumo de drogas entre a população do Amazonas e colaborando para a elaboração de medidas preventivas adotadas nos anos seguintes por entidades educativas.

O primeiro destes estudos foi realizado em 1992 (GALVÃO *et al*, 1993), mostrando uma prevalência de 12,28% de fumantes. As mulheres (4,89%) fumavam menos do que os homens, estes com um percentual de 7,36%. A maioria dos alunos que fumava consome de um a cinco cigarros por dia, estava na faixa etária acima de 18 anos e o nível de escolaridade dos pais era de ensino fundamental incompleto.

O segundo levantamento foi realizado em 1994 (GALVÃO, 1999), apontando uma prevalência do hábito de fumar de 11,94% entre os alunos pesquisados. Destes, 6,96% são homens e as mulheres são 4,83%. A maioria, 64,02%, consome de 1 a 5 cigarros por dia, 13,9% fumaram seu primeiro cigarro com idade entre dez e 12 anos e, entre os fumantes atuais, 36,69% tinham mais de 18 anos. A maior taxa de não fumantes encontra-se entre os alunos que não convivem com tabagistas (26,09%).

No III levantamento sobre o consumo de drogas realizado em Manaus (LUCAS *et al*, 2000a) os dados mostram que existe uma maior proporção entre os alunos do ensino médio

que fumam (14,87%) do que entre aqueles do ensino fundamental de 5.^a à 8.^a séries (11,07%), a maioria dos fumantes estudava no turno noturno, encontra-se na faixa etária acima de 18 anos (53,36%), mas 25,3 % dos fumantes tinham menos de 15 anos. Entre a população pesquisada na capital amazonense 25,03% eram ex-fumantes e 12,51% fumantes. Dos homens, 17,91% fumavam e apenas 7,18% das mulheres eram consumidoras de tabaco. Em relação à defasagem escolar, foi observado que, com o aumento desta também se vê um maior número de fumantes. Outro fator associado com o hábito de fumar é o convívio com fumantes, neste caso, constatou-se que 75,64% dos alunos que usam o tabaco têm familiares que também fumam. Entre os alunos fumantes e a renda familiar não foi verificado uma associação significativa. Observou-se que o primeiro contato com o tabaco se deu principalmente na faixa etária de 13 a 15 anos (48,31%), sendo que 23,19% experimentaram pela primeira vez na faixa etária de dez a 12 anos.

Embora com sua imensa área geográfica, a única pesquisa já publicada sobre o consumo de drogas por estudantes do ensino fundamental (5.^a à 8.^a séries) e médio em municípios do interior do Amazonas ocorreu em Coari (LUCAS, 2000b). Nesse estudo, 11,9% dos alunos tinham o hábito de fumar e 15,3% eram ex-fumantes, sendo assim 27,2% dos estudantes já haviam feito uso contínuo desta substância. Entre os homens 14,55% são usuários do tabaco e entre as mulheres este número é menor, 6,98%. Quanto à idade que experimentou pela primeira vez o tabaco 31,9% estavam com idade entre dez e 12 anos e 8,5% com menos de dez anos de vida.

3.6 Prevenção e tratamento

A WHO (2008) elaborou um pacote com seis políticas para minimizar os males provocados pelo consumo do tabaco. A primeira delas trata sobre o monitoramento do uso do

cigarro para conhecimento da epidemia tabagística e, a partir daí, traçar políticas de prevenção e tratamento. A segunda tem como objetivo proteger as pessoas não fumantes e incentivar os fumantes a deixar o hábito, promovendo espaços livres da fumaça do cigarro. Outras medidas referem-se à oferta de serviços que auxiliem os fumantes que desejam parar de fumar e as advertências sobre os males provocados pelo tabaco nos maços de cigarro. A quinta política trata da proibição de propaganda e promoção do fumo, sabendo-se que a publicidade também contribui para o hábito de fumar. Por último, o aumento do preço do cigarro, uma vez que pesquisas apontam a eficiência na diminuição do consumo na medida em que a taxaço do tabaco sobe. Todas estas medidas podem ajudar significativamente para que pessoas parem de fumar e na prevenção da iniciação ao consumo do tabaco.

Ainda, segundo a WHO (2008), o aumento no preço do tabaco gera uma diminuição no consumo de cigarros, principalmente em países de menor poder econômico. Também é importante ressaltar que apenas 5% da população mundial estão cobertas por legislação contra o fumo e mais da metade dos países não dispõe de informações de monitoramento sobre o tabaco.

O governo brasileiro adotou a Convenção-Quadro sobre o Controle do Uso do Tabaco, também adotado pelos países membros da Organização Mundial de Saúde, pelo Decreto n.º 5.658, de janeiro de 2006, com o objetivo de dar prioridade à proteção à saúde pública, com estratégias direcionadas a redução da demanda, da oferta e dos danos causados pelo consumo do tabaco (BRASIL, 2006).

As medidas para a redução da demanda do tabaco estão relacionadas a preços e impostos uma vez que já está comprovado que o aumento do custo é eficaz na redução do consumo, principalmente entre a população jovem. Outra medida refere-se à proteção contra a exposição à fumaça em locais fechados, onde a ciência demonstrou a relação entre esta fumaça e a causa de mortes, doenças e incapacidades.

Também no Decreto n.º 5.658 (BRASIL, 2006) ficou estabelecido que as embalagens e etiquetas dos produtos do tabaco não podem promover qualquer informação falsa, equivocada ou enganosa como as expressões “light” e “baixo teor de alcatrão” e devem conter advertências sobre os efeitos nocivos do uso.

O amplo acesso a programas eficazes de educação, proporcionando a conscientização da população sobre os riscos para a saúde e os benefícios que se alcançam com o abandono do consumo do tabaco é considerado como fundamental na Convenção-Quadro, inclusive com o desenvolvimento de treinamento e sensibilização para trabalhadores da área de saúde e educação e com a criação e implementação de programas que ajudem no abandono do consumo bem como o tratamento a aqueles que desenvolveram a dependência ao tabaco (BRASIL, 2006).

Ainda como estratégias estão às proibições de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco além de medidas que combatem o contrabando e restringe o acesso do jovem ao fumo. A Convenção-Quadro também trata de medidas para proteger o meio ambiente, relacionadas às questões da responsabilidade civil e incentiva parcerias técnicas, pesquisas científicas e intercâmbio de informações.

Um estudo realizado para investigar os efeitos das propagandas antifumo na intenção de fumar em adolescentes (PECHMANN; REIBLING, 2006) mostrou a dificuldade de se criar anúncios eficazes. Sete dos oito tipos investigados falharam, sem reduzir significativamente a intenção de fumar dos jovens. O único anúncio com resultado efetivo foi o tipo que mostra o sofrimento causado pelas doenças devastadoras relacionadas ao tabaco, evidenciando vítimas jovens. Contudo, até mesmo este tipo não foi capaz de reduzir a intenção de fumar entre adolescentes com transtorno de conduta, que constituíram 19% da amostra. Ressalta também a importância de evocar-se empatia pelas vítimas ao invés da repulsão pelo tabaco.

Segundo Focchi e Braun (2005), nas últimas duas décadas têm sido desenvolvidas terapias farmacológicas para o tratamento do tabagismo, sendo a terapia de reposição de nicotina (TRN), a bupropiona e a nortriptilina os fármacos mais reconhecidos como eficazes no tratamento da dependência da nicotina.

Raw *et al* (2002) indicam que atualmente existem seis produtos a base da nicotina para a TRN: goma de mascar, adesivos transdérmicos, inalador, aerosol, pastilhas sublinguais e comprimidos. No Brasil, encontram-se apenas sistemas transdérmicos e gomas disponíveis no mercado. A administração da nicotina, que é o principal componente reforçador do hábito de fumar, auxilia na extinção da dependência (FOCCHI; BRAUN, 2005).

A bupropiona é uma aminocetona que atua como antidepressivo (HOLM; SPENCER, 2000), inibindo a recaptção da noradrenalina e da dopamina nas sinapses. Tem apresentado resultados benéficos no tratamento do tabagismo, assim como a nortriptilina que também atua como antidepressivo, sendo constituída de amina tricíclica. Este último medicamento tem se mostrado promissor na terapêutica, embora ainda sejam necessárias pesquisas para se comprovar sua eficácia no tratamento da dependência da nicotina (FOCCHI; BRAUN, 2005).

Sutherland (2003) considera o tabagismo uma doença que requer uma variedade de elementos em seu tratamento para ser abordada em sua complexidade, necessitando, portanto, além da utilização de remédios, medidas psicossociais que são tão importantes quanto o aspecto biológico na dependência da nicotina. Os componentes físico, psicológico e social interagem entre si, sendo desta forma, fundamentais de serem considerados no tratamento do paciente fumante.

Em revisão das técnicas psicossociais utilizadas no tratamento do tabagismo, Presman *et al* (2005) identificaram práticas que têm se mostrado eficazes. Entre elas estão o aconselhamento médico, onde o profissional dá orientações para se parar de fumar e, desta forma, adquirir saúde e melhor qualidade de vida. Além disso, aconselhamento telefônico,

terapia comportamental e materiais de auto-ajuda: escritos, em áudio, vídeo e programas para computadores aumentam a probabilidade de se interromper o hábito de fumar, principalmente quando estão associados a tratamento farmacológico.

3.7. Caracterização do Amazonas

O Estado do Amazonas localiza-se na Amazônia Ocidental e faz fronteira da seguinte forma: ao norte com o Estado de Roraima e a Venezuela; ao leste com o Pará; ao sul com os estados de Mato Grosso e Rondônia; ao oeste com a Colômbia e o Peru (VALVERDE, 1997), estando na rota do tráfico internacional de drogas, segundo o Relatório Anual da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE, 2007).

No estado localiza-se uma imensa bacia fluvial que determina a principal via de acesso aos municípios, povoados e comunidades ribeirinhas, apesar do transporte fluvial ser pouco estruturado em razão das localidades serem distribuídas de forma dispersa, as distâncias serem longas e o poder aquisitivo da população ser baixo. Alguns municípios possuem pista de pouso, mas a mobilidade da população por excelência é feita através de barco (NOGUEIRA *et al.*, 1997), sendo este meio de transporte também muito utilizado para o tráfico de drogas (ABIN, 2008).

Os 62 municípios do Estado são divididos em quatro mesorregiões: Centro, Norte, Sudoeste e Sul. O Amazonas tem uma população estimada para 2005 de 3.232.330 habitantes (IBGE, 2007) sendo que 1.688.524 residente em Manaus. Possui apenas 1,4% da população brasileira, mas ocupa 18,38% (1.570.745,680 km²) do território brasileiro, sendo o maior Estado do país (IBGE, 2007).

A Figura 2 mostra o Estado do Amazonas, suas divisões em mesorregiões e suas fronteiras.



Figura 2 – Mapa do Estado do Amazonas com suas mesorregiões.
Fonte: Wikipédia, 2009.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo transversal, onde foram utilizados questionários de autopreenchimento sobre o consumo de drogas, respondidos por estudantes da rede pública do ensino fundamental (5.^a à 8.^a séries) e médio em municípios do interior do Estado do Amazonas. A aplicação do questionário foi realizada no período entre junho de 2004 e março de 2006. As informações obtidas que se referem ao uso de tabaco e os fatores associados ao hábito de fumar, foram utilizadas neste trabalho.

4.2 Local da pesquisa

Os municípios participantes do interior do Amazonas foram: Mesorregião Centro: Manacapuru, Maués, Tefé, Coari, Parintins e Itacoatiara; Mesorregião Norte: Santa Isabel, Barcelos e São Gabriel da Cachoeira; Mesorregião Sudoeste: Fonte Boa, Eirunepé, Santo Antônio de Iça e Tabatinga e na Mesorregião Sul: Manicoré, Borba, Humaitá, Boca do Acre e Lábrea.

A seguir, o mapa com as localidades que compuseram a amostra da pesquisa (Figura 3):

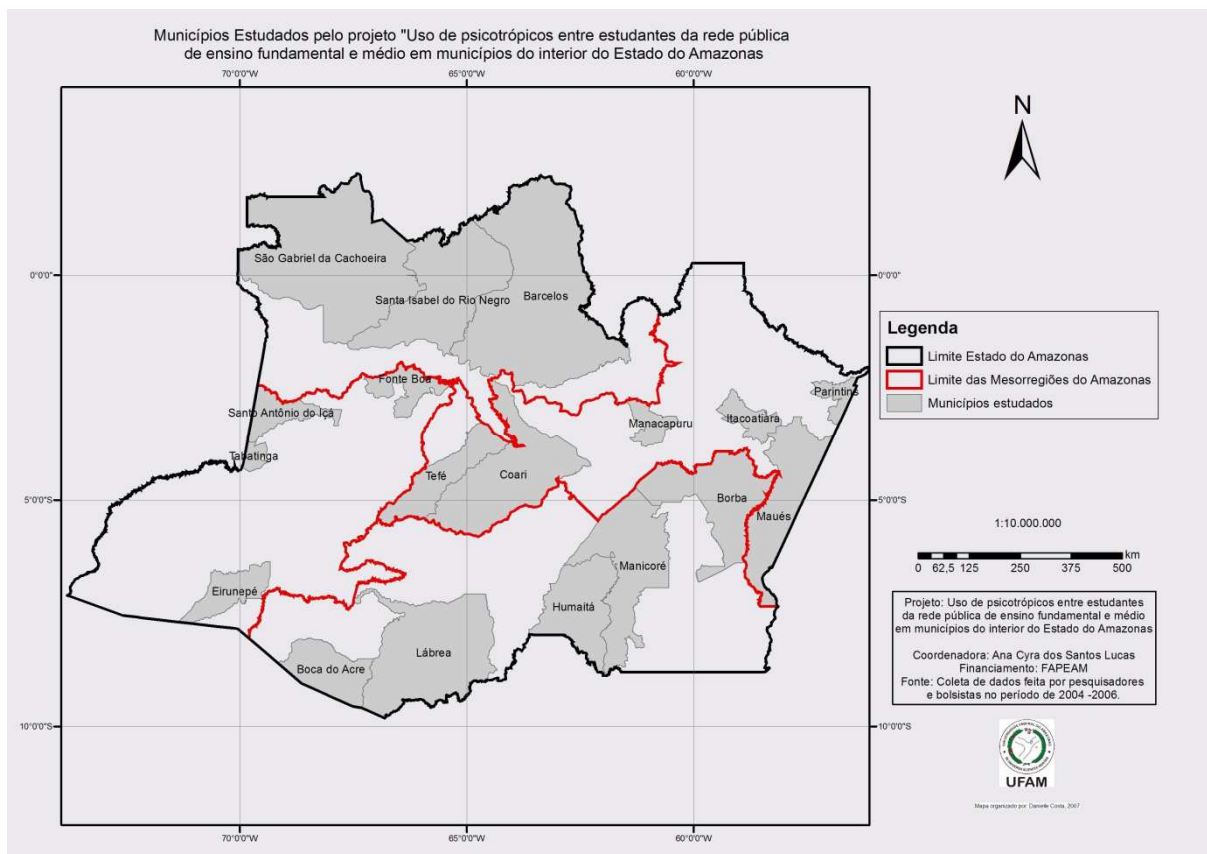


Figura 3 – Mapa do Estado do Amazonas e os municípios que participaram da pesquisa.

4.3 Plano amostral

Inicialmente o Estado do Amazonas foi pré-estratificado por mesorregião. Em cada uma delas ficou estabelecido que participariam da amostra todos os municípios cujo percentual de estudantes fosse maior ou igual a 10% do total da mesorregião.

Em cada município foram feitos os seguintes sorteios: primeiramente a escola, em seguida a série e, por último, a turma. O sorteio das escolas foi feito de forma ponderada, em função do número total de alunos em cada uma delas, de modo que as escolas com maior número de alunos tivessem maiores chances de participar.

4.4 Cálculo do tamanho da amostra

Para o cálculo inicial do tamanho da amostra levou-se em conta primeiramente a distribuição de alunos matriculados por mesorregião (Tabela 1) e, em seguida, a composição percentual do número de municípios em cada mesorregião (Tabela 2).

Mesorregião	Alunos matriculados	Percentual
Centro-Amazonense	84.717	56,5%
Norte-Amazonense	8.815	5,9%
Sudoeste-Amazonense	30.391	20,3%
Sul-Amazonense	26.077	17,4%

Tabela 1 – Total de alunos matriculados na rede pública de ensino nas mesorregiões do Estado do Amazonas.

Mesorregião	Município	Total de Matrículas	%de matriculados em relação a mesorregião
Centro-Amazonense	Parintins	12.835	15,2%
Centro-Amazonense	Itacoatiara	9.661	11,4%
Centro-Amazonense	Manacapuru	9.011	10,6%
Norte-Amazonense	São Gabriel da Cachoeira	3.900	44,2%
Norte-Amazonense	Barcelos	1.806	20,5%
Norte-Amazonense	Novo Airão	1.293	14,7%
Sudoeste-Amazonense	Tabatinga	5.121	16,9%
Sudoeste-Amazonense	Eirunepé	3.940	13,0%
Sudoeste-Amazonense	Benjamin Constant	3.067	10,1%
Sul-Amazonense	Humaitá	5.208	20,0%
Sul-Amazonense	Lábrea	4.463	17,1%
Sul-Amazonense	Manicoré	3.501	13,4%
Sul-Amazonense	Borba	3.178	12,2%
Sul-Amazonense	Boca do Acre	3.109	11,9%

Tabela 2 – Total de alunos matriculados na rede pública de ensino distribuídos nos municípios estudados das mesorregiões do Estado do Amazonas.

Levou-se em consideração para estimativa do tamanho da amostra para cada município, em cada mesorregião os valores de prevalência do “uso na vida” para maconha, cocaína, tabaco e álcool, obtidos na pesquisa do Cebrid (GALDUROZ *et al*, 1997) utilizando-se o valor que produziu a maior amostra. Primeiro foi calculado a amostra para população

infinita com erro amostral admitido de 5% e valor de z de 1,96. Em seguida, a amostra foi corrigida admitindo-se população finita.

As equações utilizadas para obtenção da amostra foram:

Eq População Infinita

$$n = z_{\alpha/2}^2 \frac{\pi(1-\pi)}{\varepsilon^2}$$

Onde:

n = amostra

PI = prevalência % convertida a fração

$Z_{\alpha/2} = 1,96$ (nível de confiança de 95%)

E = erro absoluto = 2%

Eq. População Finita

$$n^* = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

Onde:

n^* = amostra

n = amostra para pop infinita

N = tamanho da população estudada

A Tabela 3 apresenta como ficou definido o tamanho da amostra para cada município.

Mesorregião	Município	Total	%de matriculados/meso	Amostra
Centro-Amazonense	Parintins	12.835	15,2%	349
Centro-Amazonense	Itacoatiara	9.661	11,4%	346
Centro-Amazonense	Manacapuru	9.011	10,6%	345
Norte-Amazonense	São Gabriel da Cachoeira	3.900	44,2%	329
Norte-Amazonense	Barcelos	1.806	20,5%	299
Norte-Amazonense	Novo Airão	1.293	14,7%	281
Sudoeste-Amazonense	Tabatinga	5.121	16,9%	335
Sudoeste-Amazonense	Eirunepé	3.940	13,0%	329
Sudoeste-Amazonense	Benjamin Constant	3.067	10,1%	321
Sul-Amazonense	Humaitá	5.208	20,0%	336
Sul-Amazonense	Lábrea	4.463	17,1%	332
Sul-Amazonense	Manicoré	3.501	13,4%	325
Sul-Amazonense	Borba	3.178	12,2%	322
Sul-Amazonense	Boca do Acre	3.109	11,9%	321
				4570

Tabela 3 – Número de alunos para a amostra mínima da rede pública de ensino nos municípios estudados das mesorregiões do Estado do Amazonas.

Com o objetivo de atingir o maior número de alunos matriculados, observando principalmente a aplicação em todas as mesorregiões do estado, alguns ajustes foram necessários para que o trabalho fosse possível de conclusão. Uma vez no município da pesquisa, sempre que o período de estadia e a facilidade de acesso permitiram, a amostra foi aumentada.

Alguns dos municípios da Mesorregião Centro são os mais próximos da capital do estado (base física da pesquisa). Essa proximidade física, aliada ao acesso relativamente fácil e a regularidade de transporte aos mesmos, permitiu a inclusão de mais três para a amostra. Assim, foram incluídos, além dos já definidos, os seguintes municípios: Coari, Tefé e Maués, sempre obedecendo à representatividade de alunos matriculados.

Na Mesorregião Sudoeste amazonense o município de Benjamin Constant foi substituído por dois outros. Isso porque, o meio de transporte viável para este, era por via aérea até o município mais próximo e depois por barco e, durante o período de realização da pesquisa, o transporte apresentava-se de forma irregular quanto à sua frequência. Assim sendo, os municípios que passaram a integrar a pesquisa foram: Fonte Boa e Santo Antônio do Içá.

Na Mesorregião Norte amazonense também pela logística o município de Novo Airão foi substituído pelo de Santa Isabel do Rio Negro.

Na Mesorregião Sul-Amazonense não houve substituição de municípios.

Em apenas quatro (4) dos municípios se atingiu menos de 100% da amostra planejada, em três deles o percentual de questionários válidos pode ser considerado apropriado para a desagregação da informação para o município, ficando apenas um deles (Barcelos) com percentual de preenchimento que não permite desagregação da informação para inferência.

Assim, ao invés dos quatorze (14) municípios definidos inicialmente, fizeram parte da pesquisa dezoito (18) municípios do estado do Amazonas. E, em cada um novo município que passou a integrar a pesquisa foi calculado o tamanho de amostra para ele, bem como todo o procedimento para a obtenção da amostra. A Tabela 4 apresenta a amostra prevista em cada município após as alterações citadas acima.

Mesorregião	Município	Total	%de matriculados /meso	Amostra
Centro-Amazonense	Parintins	12.835	15,2%	349
Centro-Amazonense	Itacoatiara	9.661	11,4%	346
Centro-Amazonense	Manacapuru	9.011	10,6%	345
Centro-Amazonense	Coari	7.160	8,5%	342
Centro-Amazonense	Tefé	6.894	8,1%	341
Centro-Amazonense	Maués	4.376	5,2%	332
Norte-Amazonense	São Gabriel da Cachoeira	3.900	44,2%	329
Norte-Amazonense	Barcelos	1.806	20,5%	299
Norte-Amazonense	Santa Isabel do Rio Negro	824	9,3%	250
Sudoeste-Amazonense	Tabatinga	5.121	16,9%	335
Sudoeste-Amazonense	Eirunepé	3.940	13,0%	329
Sudoeste-Amazonense	Fonte Boa	2.759	9,1%	318
Sudoeste-Amazonense	Santo Antônio do Içá	2.389	7,9%	312
Sul-Amazonense	Humaitá	5.208	20,0%	336
Sul-Amazonense	Lábrea	4.463	17,1%	332
Sul-Amazonense	Manicoré	3.501	13,4%	325
Sul-Amazonense	Borba	3.178	12,2%	322
Sul-Amazonense	Boca do Acre	3.109	11,9%	321
TOTAL				5.863

Tabela 4 – Distribuição do percentual e amostra mínima de alunos previstos após ajuste dos municípios estudados.

4.5 Método de coleta de dados

4.5.1 Questionário para a coleta de dados

O instrumento utilizado foi um questionário padronizado de autopreenchimento e não identificado, utilizado nos levantamentos nacionais do Cebrid (1990, 1994, 1997, 2004) de pesquisas com escolares, contendo 75 questões, dividido em cinco partes (Anexo 1). A primeira explicava a pesquisa e apresentava o convite para dela participar. A segunda parte compreendia perguntas sobre dados sociodemográficos. Na terceira, havia o questionamento sobre o uso de drogas, a quarta parte do questionário consistia em um detalhamento sobre o uso abusivo de álcool e a quinta, indagações sobre o relacionamento entre os pais e os estudantes entrevistados além da opinião destes sobre o uso das drogas. Os dados a serem trabalhados no presente estudo são aqueles referentes ao uso do tabaco.

4.5.2 A coleta de dados

O grupo envolvido com a coleta dos dados foi selecionado e treinado pela coordenadoria do estudo. Fez-se prévio agendamento da turma sorteada, onde houve a apresentação dos objetivos do trabalho e a obtenção do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) encontrado no Anexo 2, junto ao diretor da Escola. Os questionários foram distribuídos aos alunos para o preenchimento e a devolução foi feita em uma urna à saída da sala, assegurando-se o anonimato e a liberdade de decidir em preencher ou deixar em branco as questões.

4.6. Análise estatística

Os questionários foram submetidos à supervisão, para detecção de erros de negligência ou de interpretação e codificação das respostas, para a inserção dos dados em planilha Excel

(Microsoft Corporation, Estados Unidos). Houve verificação da digitação dos dados através de conferência por amostragem de 5%.

Para a análise estatística utilizou-se o programa R versão 2.8.0 com os seguintes procedimentos:

- Análise univariada com a descrição da distribuição das variáveis dependentes e independentes com proporções;

- Análise bivariada constando do cruzamento das variáveis dependentes com as independentes. Para verificar as associações entre as diversas variáveis, hábito de consumo de tabaco, sexo, idade, estado civil, defasagem escolar (considerando que o aluno deveria cursar a 1.^a série do ensino fundamental com sete anos) e trabalho remunerado foi utilizado o teste do χ^2 ou razão de verossimilhança, segundo o caso e para tabela 2 X 2 utilizou-se o teste Exato de Fisher. Para os testes o nível de significância foi de 0,05.

Com a análise bivariada buscou detectar separadamente a existência de relações entre as diversas variáveis independentes e a variável de interesse (uso de tabaco). Permite identificar, por exemplo, que o uso do tabaco está relacionado com a idade, ou com o fato do estudante possuir um trabalho remunerado, mas não permite compor de que forma estes e outros fatores se complementam ou interagem na influência que exercem sobre as chances do estudante fazer ou não parte do grupo de fumantes (BARBOSA *et al*, 1989).

- Análise multivariada, por meio de regressão logística múltipla. Análise multivariável verificando o efeito conjunto das variáveis independentes sobre o desfecho, elaborando-se um modelo de regressão logística que permite estimar a chance de um estudante do ensino fundamental e médio das escolas públicas estaduais do interior do Amazonas fazer uso frequente de tabaco, em função das variáveis que se mostraram significativas no nível de 5% e que foram incluídas no modelo ajustado. A significância estatística, entre os modelos ajustados, foi avaliada pelo teste da razão de verossimilhança. Foram considerados como

desfecho os “usuários frequentes” de tabaco (classificação da OMS) e os “não usuários” foram considerados grupo controle. O ajuste do modelo final foi verificado pelo teste de Hosmer and Lemeshow.

Com a análise multivariada, procurou-se identificar quais as combinações de categorias das variáveis medidas que caracterizam uma situação de risco do estudante ser fumante (variável resposta). Com o ajuste de um modelo de regressão logística, deseja-se descrever como as chances de fazer uso frequente de tabaco estão relacionadas com as variáveis escolhidas, ou seja, construir um modelo para prever a probabilidade de o estudante fumar frequentemente a partir do conhecimento das categorias em que se situa nas diversas variáveis em estudo.

Para a execução das análises faz-se necessário definir os tipos de variáveis que serão utilizadas.

Variável dependente

Para o uso do tabaco foram investigadas as seguintes categorias, de acordo com a classificação da OMS:

- Uso na vida – uso pelo menos uma vez na vida;
- Uso no ano – uso pelo menos uma vez nos 12 meses que antecederam a pesquisa;
- Uso no mês – uso pelo menos uma vez nos 30 dias que antecederam a pesquisa;
- Uso frequente – uso 6 ou mais vezes nos 30 dias que antecederam a pesquisa;
- Uso pesado – uso 20 ou mais vezes nos 30 dias que antecederam a pesquisa.

Variável independente

Para a análise múltipla foram dicotomizadas as variáveis apresentadas na Tabela 5.

Categorias	Alternativas	Códigos para Ajuste de regressão
Sexo	Masculino	1
	Feminino	0
Idade (anos)	18 anos e menos	0
	19 anos ou mais	1
Se é chefe da família	Sim	1
	Não	0
Se possui trabalho remunerado	Não	0
	Sim/Às vezes	1
Série que cursa	Ensino Fundamental	0
	Ensino Médio	1
Turno que estuda	Diurno	0
	Noturno	1
Defasagem nos estudos	Sem	0
	1 ano ou mais	1
Série que o pai estuda/estudou	Até Ensino Médio Incompleto	0
	Ensino Médio Completo e Superior	1
Série que a mãe estuda/estudou	Até Ensino Médio Incompleto	1
	Ensino Médio Completo e Superior	0
Convive com alguém que usa tabaco	Não convive	0
	Convive	1
Idade que começou a fumar	18 anos e menos	0
	19 anos ou mais	1
Relacionamento com o pai	Ótimo/Bom	0
	Regular/Ruim/Péssimo	1
Relacionamento com a mãe	Ótimo/Bom	0
	Regular/Ruim/Péssimo	1
Como vivem os pais	Juntos	0
	Outros	1
Relacionamento entre os pais	Ótimo/Bom	0
	Regular/Ruim/péssimo	1
Opinião sobre o pai	Autoritário/Muito Autoritário/Moderado	0
	Liberal/Muito Liberal	1
Opinião sobre a mãe	Autoritário/Muito Autoritário/Moderado	0
	Liberal/Muito Liberal	1
Opinião sobre o tabaco	Não faz mal	1
	Faz mal	0

Tabela 5 – Agrupamento de categorias para o tratamento multivariado dos dados.

Para as questões relativas ao uso do tabaco, a consistência interna dos instrumentos preenchidos foi avaliada através do alfa de Cronbach. Valores de alfa maiores ou iguais a 0,7 admitem a consistência entre os dados. Verificou-se ainda a correlação item-total e alfa de Cronbach com itens excluídos para o questionário aplicado.

4.7. Aspectos éticos

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – Hemoam, por meio do Processo n.º 019/2003 (Anexo 3) e foi desenvolvido de acordo com a Resolução n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

5. RESULTADOS

Obtiveram-se as informações de 11.075 questionários para análise sobre o consumo de tabaco entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino de 18 municípios do interior do Amazonas, distribuídos nas quatro mesorregiões do Estado. Foram registrados 2,5% de perdas.

A distribuição da amostra, por mesorregião, município, a quantidade de questionários aplicados e o percentual da amostra atingido estão apresentados na Tabela 6.

Mesorregião	Município	Total	% de matriculados /meso	Amostra	Questionários aplicados	Percentual da amostra atingida	Amostra planejada por meso	Amostra efetivada por meso	% da meta atingida
Centro-Amazonense	Parintins	12.835	15,2%	349	898	257,3%			
Centro-Amazonense	Itacoatiara	9.661	11,4%	346	750	216,8%			
Centro-Amazonense	Manacapuru	9.011	10,6%	345	770	223,2%			
Centro-Amazonense	Coari	7.160	8,5%	342	604	176,8%			
Centro-Amazonense	Tefé	6.894	8,1%	341	586	171,8%			
Centro-Amazonense	Maués	4.376	5,2%	332	383	115,5%	2.054	3.991	194,3%
Norte-Amazonense	São Gabriel da Cachoeira	3.900	44,2%	329	860	261,7%			
Norte-Amazonense	Barcelos	1.806	20,5%	299	133	44,4%			
Norte-Amazonense	Santa Isabel do Rio Negro	824	9,3%	250	315	125,9%	878	1.308	149,0%
Sudoeste-Amazonense	Tabatinga	5.121	16,9%	335	905	269,9%			
Sudoeste-Amazonense	Eirunepé	3.940	13,0%	329	295	89,6%			
Sudoeste-Amazonense	Fonte Boa	2.759	9,1%	318	610	192,1%			
Sudoeste-Amazonense	Santo Antônio do Içá	2.389	7,9%	312	396	126,9%	1.294	2.206	170,5%
Sul-Amazonense	Humaitá	5.208	20,0%	336	1197	356,7%			
Sul-	Lábrea	4.463	17,1%	332	1091	328,5%			

Amazonense									
Sul-Amazonense	Manicoré	3.501	13,4%	325	764	234,7%			
Sul-Amazonense	Borba	3.178	12,2%	322	241	74,7%			
Sul-Amazonense	Boca do Acre	3.109	11,9%	321	277	86,4%	1.636	3.570	218,2%
							5.863	11.075	188,9%

Tabela 6 – Distribuição da amostra prevista e atingida por mesorregião e município.

A Tabela 7 apresenta as principais características sociodemográficas da amostra dos alunos. Na distribuição por gênero há um predomínio do sexo feminino, com 51,6% e o sexo masculino com 48,4%. As maiores proporções por idade estão na faixa etária dos 15 aos 17 anos (34,6%) e acima dos 17 anos (33,6%). A maioria dos alunos é solteira (89,8%) e não tem trabalho remunerado (62,8%). Mais da metade dos escolares estudava no turno diurno (62,1%) e, da totalidade da amostra, 57% estavam no ensino fundamental e 43% no ensino médio.

Características	N.º de alunos	%
Mesorregião		
Centro	3.991	36,0
Norte	1.308	11,8
Sudoeste	2.206	19,9
Sul	3.570	32,2
Turno		
Matutino	3.430	31,0
Vespertino	3.444	31,1
Noturno	4.200	37,9
Série		
5ª. Série	1.484	13,4
6ª. Série	1.676	15,1
7ª. Série	1.502	13,6
8ª. Série	1.650	14,9
1º. Ano	1.811	16,4
2º. Ano	1.530	13,8
3º. Ano	1.417	12,8
Sexo		
Masculino	5.307	48,4
Feminino	5.647	51,6
Idade – anos		
Menor que 11	483	4,5

11 a 14	2.961	27,3
15 a 17	3.755	34,6
Maior que 17	3.643	33,6
Estado Civil		
Solteiro	9.544	89,8
Casado	632	5,9
Separado	156	1,5
Outros	293	2,8
Trabalho		
Remunerado		
Não	6.674	62,8
Sim	1.811	17,0
Às vezes	2.147	20,2

Tabela 7 – Dados demográficos dos estudantes do ensino fundamental (5.^a à 8.^a séries) e médio da rede pública dos municípios do interior do Amazonas, Brasil, 2004 a 2006 (n = 11075).

Os resultados referentes a análise de confiabilidade do instrumento, relativamente às questões do uso de tabaco, testadas a partir da consistência interna (Tabela 8), encontrando-se um alfa de Cronbach padronizado de 0,91. A exclusão de itens no questionário não aumentou o alfa de Cronbach, com exceção da pergunta P11.

Alfa de Cronbach padronizado 0,91		
	Correlação com o total	Alpha se excluído
P. 8 – Você fuma (cigarro comum)?	0,82	0,88
P. 9 – Quantos cigarros fuma por dia?	0,82	0,88
P. 10 – Já fumou alguma vez?	0,78	0,89
P. 11 – Quantos anos tinha quando fumou seu primeiro cigarro?	0,57	0,92
P. 12 – De um ANO pra cá você fumou algum cigarro?	0,78	0,89
P. 13 – De um MÊS pra cá você fumou algum cigarro?	0,72	0,90

Tabela 8 – Análise de confiabilidade do instrumento. Valor do Alfa de Cronbach.

As prevalências para o uso de tabaco entre toda a amostra de estudantes estão apresentadas na tabela 9, com a frequência do uso acumulada entre as categorias.

Os resultados da amostra total dos alunos participantes (n=11.075) apontam para uma ocorrência de 35,62% para o uso na vida do tabaco entre a amostra de alunos do estudo. Entre os escolares 20,36% utilizaram cigarros pelo menos uma vez no último ano e 13,53 usaram no mínimo uma vez nos últimos 30 dias. Os usos frequente e pesado ocorreram respectivamente em 6,03 e 3,31% dos estudantes participantes da pesquisa.

Uso de Tabaco	Frequência	Prevalência	Intervalo de Confiança	
			LI	LS
Uso na vida	3.904	35,62	34,72	36,52
Uso no ano	1.804	20,36	19,52	21,20
Uso no mês	1.107	13,53	12,79	14,27
Uso frequente	455	6,03	5,49	6,57
Uso pesado	243	3,31	2,90	3,72

Tabela 9 - Prevalências e Intervalos de Confiança para uso de tabaco entre estudantes de 18 municípios do Estado do Amazonas.

A Tabela 10 apresenta os dados com o uso de tabaco dos alunos, segundo a OMS, distribuídos por municípios e pelas mesorregiões investigadas, sem o acúmulo nas categorias de uso, permitindo observar os padrões de uso separadamente.

Mesorregião	Município	Uso na Vida		Uso no Ano		Uso no Mês		Uso Frequente		Uso Pesado	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	N	(%)	N	(%)
Centro	Itacoatiara	170	22,85	39	5,24	31	4,17	5	0,67	8	1,08
	Manacapuru	184	23,90	40	5,19	38	4,94	12	1,56	16	2,08
	Maués	94	24,67	26	6,82	18	4,72	9	2,36	5	1,31
	Parintins	192	21,55	76	8,53	63	7,07	29	3,25	23	2,58
	Coari	122	20,40	42	7,02	33	5,52	8	1,34	6	1,0
	Tefé	143	24,40	27	4,61	34	5,80	8	1,37	12	2,05
	Total	905	22,80	250	6,30	217	5,47	71	1,79	70	1,76
Norte	Barcelos	26	20,16	19	14,73	14	10,85	5	3,88	6	4,65
	Santa Isabel	75	24,59	23	7,54	32	10,49	15	4,92	5	1,64
	São Gabriel	147	17,50	57	6,79	74	8,81	19	2,26	16	1,90
	Total	248	19,47	99	7,77	120	9,42	39	3,06	27	2,12
Sudeste	Tabatinga	138	15,27	47	5,20	13	1,44	9	1,00	8	0,88
	Eirunepé	61	20,82	23	7,85	21	7,17	7	2,39	14	4,78
	Fonte Boa	69	11,48	40	6,66	43	7,15	14	2,33	10	1,66
	Sto. Antônio	84	21,54	27	6,92	30	7,69	12	3,08	5	1,28
	Total	352	16,09	137	6,26	107	4,89	42	1,92	5	1,69
Sul	Boca do Acre	48	17,45	8	2,91	17	6,18	4	1,45	5	1,82
	Borba	39	16,53	12	5,08	13	5,51	4	1,69	3	1,27
	Manicoré	120	15,89	47	6,23	47	6,23	8	1,06	17	2,25
	Humaitá	212	17,88	59	4,97	73	6,16	18	1,52	3	2,78
	Lábrea	176	16,37	85	7,91	58	5,40	26	2,42	51	4,74
	Total	595	16,87	211	5,98	208	5,90	60	1,70	109	3,09
Total		2100	19,2	697	6,4	652	5,9	212	1,9	243	2,2

p = 0,001 por mesorregião e por município

Tabela 10 – Uso de tabaco, segundo a classificação da OMS, nos municípios das mesorregiões do Amazonas, Brasil, 2004-2006.

Comparando-se as mesorregiões do Amazonas (Tabela 10), segundo o padrão de uso do tabaco, observou-se com associação significativa ($p=0,001$), que o maior percentual de não usuários encontra-se na Mesorregião Sudoeste (69,15%) e o menor está na Mesorregião Norte (58,16%). O maior valor para uso frequente do tabaco foi identificado na Mesorregião Norte (3,06%) e para uso pesado na Mesorregião Sul (3,09%).

Quanto aos municípios investigados observa-se que a maior taxa de uso na vida do tabaco está em Maués (24,67%), seguido por Santa Isabel (24,50%) e Tefé (24,40%). Santa Isabel também apresenta o mais alto índice de uso frequente (4,92%) e o maior valor de uso pesado está em Eirunepé (4,78%). Adiante o mapa do Estado do Amazonas (Figura 4), com os municípios participantes da pesquisa e faixas de percentuais do uso na vida do tabaco pelos alunos.

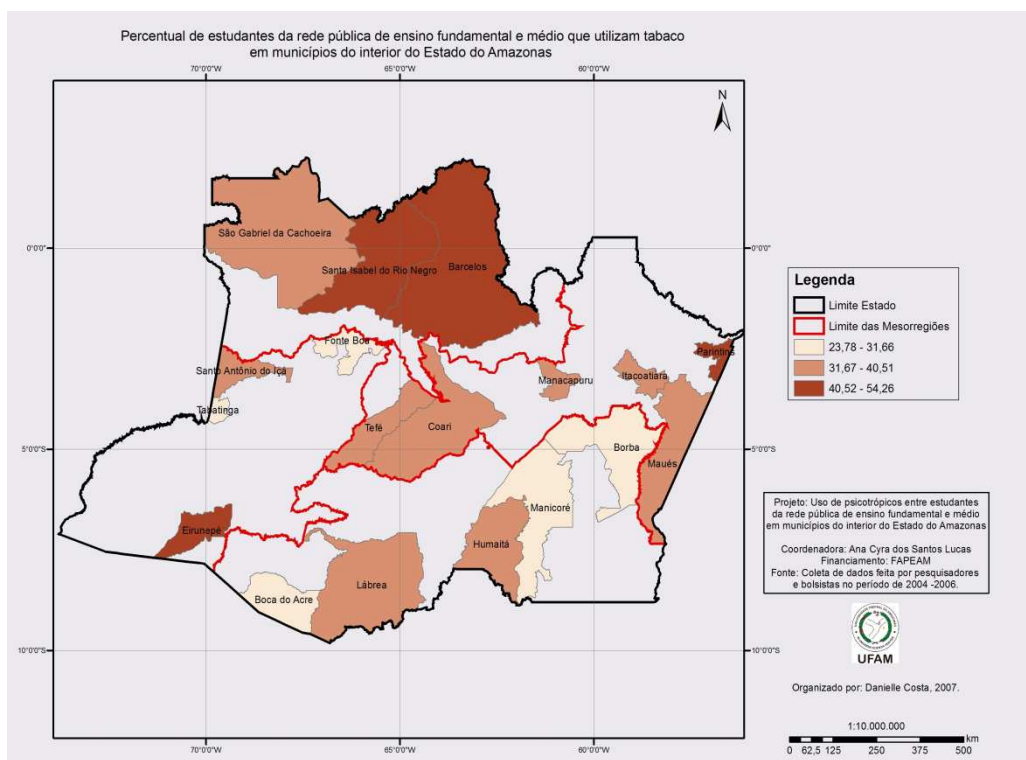


Figura 4 – Mapa do Estado Amazonas com os municípios participantes do estudo e as prevalências do uso do tabaco pelos estudantes em faixas de percentagens.

Para a análise bivariada os alunos foram agrupados em duas categorias “não usuário” e “uso na vida”, esta última com a reunião de todos os padrões de uso, permitindo assim a verificação de associação entre as devidas variáveis estudadas.

Os números percentuais na Tabela 11 mostram o padrão de uso na vida do tabaco entre os estudantes participantes da pesquisa, incluindo-se o total de alunos que fizeram uso no ano, uso no mês, uso frequente e uso pesado, segundo as variáveis turno, série, sexo, idade, estado civil e trabalho remunerado distribuídos entre as mesorregiões do Estado do Amazonas, todas com o $p < 0,005$ (teste qui-quadrado).

VARIÁVEL	Centro		Norte		Sudoeste		Sul		Total	
Turno	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Matutino	331	27,61	127	27,14	84	11,57	292	24,50	834	21,39
Vespertino	496	33,60	207	43,49	340	27,35	505	49,32	1.548	39,70
Noturno	685	52,94	199	60,30	247	45,09	386	29,44	1.517	38,91
p valor	0,001		0,001		0,001		0,001		0,001	
Série	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
5.ª Série	79	24,38	44	19,91	34	11,89	119	19,01	276	18,94
6.ª Série	109	25,53	56	28,87	90	19,82	155	26,45	410	24,68
7.ª Série	164	31,78	68	34,00	79	31,98	170	32,76	481	32,46
8.ª Série	262	38,93	73	47,10	126	35,49	160	35,40	621	37,98
1.º Ano	342	44,82	117	55,71	148	44,71	207	42,51	814	45,45
2.º Ano	288	45,83	102	67,51	104	36,62	193	42,70	687	45,17
3.º Ano	268	42,47	73	51,41	94	40,69	179	44,42	614	43,64
p valor	0,001		0,001		0,001		0,001		0,001	
Sexo	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	888	45,89	329	53,67	391	38,64	708	42,12	2.316	44,19
Feminino	605	30,83	201	30,64	278	24,05	459	25,51	1.543	27,52
p valor	0,001		0,001		0,001		0,001		0,001	
Idade – anos	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menor que 11	10	10,53	1	1,79	10	9,71	9	4,02	30	6,28
11 a 14	165	19,83	131	26,52	86	13,54	179	18,43	561	19,13
15 a 17	614	37,35	179	52,49	236	36,59	409	37,52	1.438	38,66
Maior que 17	690	51,60	210	58,50	327	42,86	545	47,52	1.772	49,15
p valor	0,001		0,001		0,001		0,001		0,001	
Estado Civil	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Solteiro	1.308	37,53	442	40,70	582	29,66	960	32,76	3.292	34,79
Casado	100	43,10	32	55,17	42	40,00	92	40,53	266	42,77
Separado	28	53,85	8	61,54	12	52,17	27	39,71	75	48,08
Outros	41	47,67	24	61,54	24	54,55	53	44,17	142	49,13
p valor	0,009		0,005		0,001		0,005		0,001	
Trabalho	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	762	33,07	288	37,65	381	27,27	603	27,96	2.034	30,71

Sim	324	44,38	96	50,79	117	38,36	235	40,94	772	42,94
Às vezes	374	45,89	125	47,89	162	37,85	297	47,75	958	45,06
p valor	0,001		0,001		0,001		0,001		0,001	

Tabela 11 – Uso na vida de Tabaco, segundo as características dos estudantes do ensino fundamental (5.^a à 8.^a séries) e médio, de acordo com o turno, série, sexo, idade, estado civil e trabalho remunerado, nas mesorregiões do Estado do Amazonas, Brasil, 2004-2006.

Em três das mesorregiões investigadas o uso na vida do tabaco foi maior no turno noturno, sendo o maior percentual na Mesorregião Norte (60,30%) e o menor na Mesorregião Sul (29,44%). Portanto, diferentemente das outras, foi no turno vespertino (49,32%) da Mesorregião Sul o maior uso na vida do tabaco entre os estudantes. Em todas as mesorregiões, no turno matutino houve um maior percentual de alunos que nunca fizeram uso do tabaco.

Quanto ao percentual de uso na vida do tabaco em relação à série que o aluno cursava foi sempre maior em todas as séries do ensino médio, se comparados com os alunos das séries do ensino fundamental, resultado que ocorreu nas quatro mesorregiões. No entanto, nas mesorregiões Centro e Norte percebeu-se uma diminuição do percentual de uso na vida do tabaco entre o 2.^o e o 3.^o anos do ensino médio e na Mesorregião Sudoeste também decresce entre o 1.^o e o 2.^o ano. Os menores valores do uso na vida do tabaco foram encontrados na 5.^a série de todas as mesorregiões estudadas e na Mesorregião Sul este valor foi menor ainda (11,89%). No 2.^o ano da Mesorregião Norte ocorreu o maior percentual de uso na vida (67,51%) para todas as séries estudadas.

Quanto ao sexo, em todas as mesorregiões, os homens apresentaram maior uso na vida da substância comparados as mulheres, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$), com uma maior prevalência na Mesorregião Norte (53,67%) e a menor na Mesorregião Sudoeste (38,64%). Entre as mulheres, a mesorregião Sudoeste apresentou o menor percentual de uso na vida (24,05%) e a Mesorregião Centro o maior valor (30,83%).

Houve associação significativa da idade dos estudantes e o uso na vida de tabaco. Quanto maior a idade dos estudantes maior o percentual do uso na vida do tabaco, nas quatro mesorregiões. Dessa forma, as crianças de toda a população estudada com idade abaixo de 12 anos apresentaram uma taxa de menor uso na vida do tabaco (6,28%), se comparadas com os alunos com idade entre 11 e 14 anos (19,13%), entre aqueles com 15 a 17 anos (38,66) e os estudantes com 18 anos ou mais (49,15%).

Em relação ao estado civil, em todas as mesorregiões os solteiros tiveram o menor percentual de uso na vida de tabaco, mas foi na Mesorregião Norte onde encontrou-se a maior prevalência (40,70%). A Mesorregião Norte apresentou os maiores percentuais de uso na vida em todos os estados civis quando comparados as outras mesorregiões. A menor taxa de prevalência para uso na vida entre os solteiros encontra-se na Mesorregião Sudoeste (29,66%).

Em todas as mesorregiões os alunos que tinham trabalho remunerado, mesmo que às vezes, apresentaram um maior percentual de uso na vida do tabaco, do que aqueles que não tinham fonte de renda. O maior valor encontrado para o uso na vida entre os alunos que trabalhavam está na Mesorregião Norte (50,79%) e o menor percentual de uso na vida está na Mesorregião Sudoeste entre os alunos que não têm trabalho remunerado (27,27%).

Há uma associação significativa entre o uso do tabaco e a situação conjugal dos pais nas mesorregiões Centro, Norte e Sul. Os menores percentuais para uso na vida estão entre aqueles cujos pais vivem juntos.

As associações entre o uso na vida de tabaco e o relacionamento familiar são apresentadas na Tabela 12. A forma de relacionamento dos escolares com o pai, a mãe e entre os pais apresentou associação significativa para todas as mesorregiões com um p valor igual a 0,001. Quanto ao relacionamento do aluno com o pai fica evidente em todas as mesorregiões estudadas que entre aqueles que declararam ter um contato ótimo ou bom há menores

percentuais de uso na vida do tabaco ($p = 0,001$), com taxa mais baixa ainda na Mesorregião Sudoeste (27,82%). Na medida em que o relacionamento entre o pai e o aluno ‘piora’ o percentual de uso na vida do tabaco aumenta. O mesmo acontece se considerado o relacionamento com a mãe e entre os pais dos alunos.

Os dados de todas as mesorregiões mostram que o maior percentual de uso na vida está nos alunos que consideram os pais muito liberais. Comparando-se as mesorregiões neste tipo de percepção do pai, é no Norte onde há um maior uso na vida (54,84%). Também em todas as regiões estudadas o menor percentual de uso na vida de tabaco encontra-se entre os alunos que vêem o pai como muito autoritário ou um pouco autoritário.

Em relação à forma de como os alunos percebem a mãe, de modo semelhante à figura paterna, nota-se que os maiores percentuais de uso na vida do tabaco encontram-se entre os escolares cujas mães são consideradas como liberais ou muito liberais. O menor número percentual de uso na vida do tabaco está entre os alunos cujas mães são vista como muito ou um pouco autoritária, com associação significativa ($p < 0,05$) em todas as mesorregiões, exceto no Norte ($p < 0,105$).

Característica	Centro		Norte		Sudoeste		Sul		Total	
Situação conjugal/pais	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vivem juntos	847	34,25	346	39,14	420	29,07	680	31,38	2.293	32,90
Separados	366	42,56	95	46,12	149	32,32	280	35,67	890	38,49
Não tem pai	137	53,94	46	53,49	36	31,86	95	37,85	314	44,60
Não tem mãe	26	38,81	8	61,54	10	37,04	18	51,43	62	43,66
Não tem pais	10	38,46	1	14,29	7	46,67	11	52,38	29	42,03
Não vive c/ pais	87	45,79	15	39,47	35	39,77	59	44,70	196	43,75
p valor		0,001		0,021		0,147		0,001		0,001
Relacionamento c/ pai	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ótimo	678	31,61	239	35,15	335	27,82	539	28,76	1.791	30,34
Bom	369	42,22	153	49,20	140	30,63	271	35,80	933	38,89
Regular	124	52,35	30	61,22	56	35,00	97	47,55	307	47,23
Ruim	39	56,52	12	54,55	20	47,62	23	43,40	94	50,54

Péssimo	25	58,14	7	46,67	9	31,03	27	58,70	68	51,13
Sem contato	140	42,68	38	40,86	56	42,11	106	44,35	340	42,88
p valor		0,001		0,001		0,001		0,001		0,001
Relacionamento c/ mãe	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ótimo	919	34,11	311	36,33	417	27,86	705	30,75	2.352	32,04
Bom	335	45,77	131	51,37	127	33,78	253	38,63	846	41,92
Regular	83	54,97	17	77,27	37	37,37	59	51,75	196	50,78
Ruim	26	53,06	7	46,67	9	50,00	19	55,88	61	52,59
Péssimo	12	57,14	8	57,14	13	65,00	13	39,39	46	52,27
Sem contato	49	46,23	19	54,29	19	44,19	29	41,43	116	45,67
p valor		0,001		0,001		0,001		0,001		0,001
Relacionamento dos pais	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ótimo	604	31,81	212	33,44	305	27,23	497	27,95	1.618	29,79
Bom	388	42,73	193	49,61	140	32,63	287	37,13	1.008	40,34
Regular	90	47,37	26	72,22	44	43,56	70	46,36	230	48,12
Ruim	35	47,30	13	56,52	23	51,11	35	43,75	106	47,75
Péssimo	21	48,84	6	35,29	12	46,15	17	41,46	56	44,09
Sem contato	311	45,87	64	47,41	126	31,34	209	41,06	710	41,18
p valor		0,001		0,001		0,001		0,001		0,001
Como é o pai	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Muito autoritário	385	35,65	178	40,18	201	29,05	307	30,52	1.071	33,25
Autoritário	303	35,15	105	35,84	129	28,60	220	31,34	757	32,80
Moderado	378	37,72	121	46,36	136	32,69	245	34,95	880	36,97
Liberal	177	41,07	41	47,13	88	32,00	156	38,52	462	38,56
Muito Liberal	50	46,73	17	54,84	30	37,04	56	38,89	153	42,15
p valor		0,046		0,038		0,364		0,014		0,001
Como é a mãe	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Muito autoritária	313	33,98	171	40,43	160	26,32	293	31,27	937	32,43
Autoritária	335	37,10	114	36,77	131	28,54	222	30,08	802	33,28
Moderada	454	37,93	137	45,51	170	33,66	289	36,82	1.050	37,66
Liberal	234	45,17	43	49,43	117	33,62	188	39,50	582	40,73
Muito Liberal	53	43,09	15	46,88	31	37,35	54	34,18	153	38,64
p valor		0,001		0,105		0,020		0,002		0,001

Tabela 12 – Uso na vida de Tabaco por estudantes da rede pública de ensino, de acordo com a situação conjugal dos pais, relacionamento familiar e opinião dos alunos sobre os pais, nas mesorregiões do Estado do Amazonas, Brasil, 2004-2006.

Há evidências de um maior uso na vida de tabaco entre aqueles alunos que convivem com pessoas que são fumantes, como mostra a tabela 13, com associação significativa para

todas as mesorregiões ($p = 0,001$). A Mesorregião Norte apresentou a maior taxa, com 45,87%, de alunos com uso na vida do tabaco e que convivem com tabagista, enquanto que a Mesorregião Sudoeste dispõe da menor proporção com 34,57%.

Convivência com Tabagista	Centro		Norte		Sudoeste		Sul		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não convive	400	28,59	104	30,50	195	26,14	234	23,12	933	26,67
Convive	1025	43,36	422	45,87	430	34,57	894	37,74	2.771	40,18
p valor	0,001		0,001		0,001		0,001		0,001	
Defasagem escolar	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	S/ defasagem	240	25,67	96	26,67	81	16,50	183	20,07	600
1 ano defas.	293	32,34	102	36,82	114	28,01	165	25,62	674	30,17
2 anos defas.	225	34,78	100	46,73	92	26,59	186	36,12	603	35,02
3 anos ou +	755	50,94	235	55,56	388	41,10	649	44,57	2.027	47,08
p valor	0,001		0,001		0,001		0,001		0,001	
Idade fumou 1º cigarro	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Menor que 10	50	4,4	12	2,7	21	4,3	40	4,7	123
10 a 12 anos	224	19,7	93	21,2	100	20,3	203	23,7	620	21,2
13 a 15 anos	489	43,0	202	46,0	195	39,6	364	42,5	1250	42,7
16 a 18 anos	309	27,2	114	26,0	139	28,2	198	23,1	760	26,0
Maior que 18	66	5,8	18	2,7	38	7,7	51	6,0	173	5,9
p valor	0,001		0,001		0,001		0,001		0,001	
N.º cigarros que fuma diariamente	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Até 10 cigar	235	94,8	170	92,9	144	89,4	269	85,1	818
De 11 a 20	12	4,8	11	6,0	14	8,7	41	13,0	78	8,6
De 21 a 40	1	0,4	2	1,1	2	1,2	6	1,9	11	1,2
Mais de 40	0	0	0	0	1	0,6	0	0	1	0,1
p valor	0,001		0,001		0,001		0,001		0,001	

Tabela 13 - Uso na vida de Tabaco dos estudantes do ensino fundamental (5.^a à 8.^a séries) e médio, de acordo com a convivência com tabagista e defasagem escolar, idade que fumou o primeiro cigarro e número de cigarros fumados diariamente nas mesorregiões do Estado do Amazonas, Brasil, 2004-2006.

Quanto à defasagem escolar, ficou evidente que em todas as mesorregiões o uso na vida do tabaco foi maior entre os alunos com defasagem escolar, com p valor igual a 0,001, e as taxas foram maiores à medida em que cresceu o número de anos de defasagem. Os percentuais maiores foram encontrados nas mesorregiões Norte e Centro com 55,56% e 50,94%, respectivamente, no grupo de escolares com 03 anos ou mais de defasagem escolar.

Observou-se entre os alunos que já fizeram uso de tabaco que o hábito foi iniciado principalmente com idades entre 13 e 15 anos (42,7%), com idade mínima relatada para o primeiro uso de cinco e máxima de 40 anos. Apenas 5,9% do primeiro uso do tabaco ocorreu com idade acima de 18 anos, concluindo-se, desta forma, que a grande maioria dos alunos experimentou o tabaco antes da maioridade.

Noventa por cento dos escolares participantes da pesquisa que tinham o hábito de fumar consumiam menos de dez cigarros diariamente. Entre as mesorregiões, o Sul apresentou o maior percentual de consumo de 11 a 20 cigarros por dia, com 13% e também a maior taxa de uso de 21 a 40 cigarros com 1,9%. Nestas categorias de quantidade de cigarros fumados diariamente os menores percentuais encontram-se na Mesorregião Centro (4,8%, de 11 a 20 cigarros e 0,4% de 21 a 40 cigarros por dia).

A Tabela 14 apresenta a opinião dos escolares participantes da pesquisa sobre o consumo de álcool, tabaco, medicamentos usados sem receita médica e drogas ilícitas.

Mesorregião	Opinião	Tabaco		Álcool		Medicamentos sem Receita		Outras (Drogas Ilícitas)	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Centro	Não Faz mal à saúde	132	10,53	96	7,57	119	9,57	46	3,71
	Faz mal à saúde	640	51,08	638	50,32	418	33,63	168	13,54
	Faz muito mal à saúde	384	30,65	426	33,60	452	36,36	819	66,00

	Não sei	97	7,74	108	8,52	254	20,43	208	16,76
Norte	Não Faz mal a saúde	69	16,27	27	6,40	40	9,85	22	5,39
	Faz mal à saúde	217	51,18	193	45,73	142	34,98	58	14,22
	Faz muito mal à saúde	107	25,24	173	41,00	128	31,53	241	59,07
	Não sei	31	7,31	29	6,87	96	23,65	87	21,32
Sudoeste	Não Faz mal à saúde	73	13,75	47	8,75	47	9,06	24	4,55
	Faz mal à saúde	276	51,98	256	47,67	174	33,53	75	14,23
	Faz muito mal à saúde	156	29,38	185	34,45	198	38,15	343	65,09
	Não sei	26	4,90	49	9,12	100	19,27	85	16,13
Sul	Não Faz mal à saúde	120	12,28	74	7,54	100	10,45	34	3,56
	Faz mal à saúde	487	49,85	487	49,59	308	32,18	145	15,20
	Faz muito mal à saúde	303	31,01	357	36,35	375	39,18	606	63,52
	Não sei	67	6,86	64	6,52	174	18,18	169	17,71

Tabela 14 – Uso na vida de tabaco, de acordo com a opinião dos estudantes do ensino fundamental (5.^a à 8.^a séries) do interior do Estado do Amazonas sobre as diferentes drogas psicotrópicas, segundo as mesorregiões, 2004-2006.

A maioria dos estudantes reconheceu que o álcool, tabaco e outras drogas fazem mal ou muito mal à saúde em todas as mesorregiões do Estado. Entretanto, os percentuais são maiores quando se trata de substâncias ilícitas. Vale ressaltar que na Mesorregião Norte 16,27%, e na Mesorregião Sudoeste 13,75%, dos alunos responderam que o tabaco não faz mal à saúde e que 7,74% e 4,9%, respectivamente, não sabem responder sobre os males provocados à saúde pelo consumo do tabaco.

Para a análise multivariada utilizou-se amostra de estudantes classificados como “usuários frequente” do tabaco, uma vez que também englobava aqueles classificados como uso pesado e que não poderiam ser analisados separadamente pelo tamanho reduzido da amostra, em alguns de seus cruzamentos.

Posteriormente, para selecionar as variáveis que permaneceriam em cada modelo ajustado, considerou-se o nível de significância de 5%. Após várias outras análises, incluindo e excluindo as variáveis que apresentaram significância estatística, ajustou-se o modelo,

apresentado a seguir. Nessa análise, verificou-se que não existe interação significativa entre as variáveis, ou seja, o efeito de uma não modifica a outra em relação ao desfecho.

Em relação às outras variáveis, não foi identificada nenhuma interação significativa. Após a análise final, obteve-se o modelo, cujas variáveis preditivas para o consumo frequente de tabaco entre os estudantes de escolas estaduais do interior do Estado do Amazonas são mostradas na tabela já referida, em termos de probabilidade:

$$P(Y/X_1, X_2, X_3, X_4, X_5, X_6, X_7) = 1/(1+e^{-z})$$

$$= 1 / \{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \beta_7 X_7)}\}$$

Substituindo os coeficientes estimados, na regressão logística multivariável, obteve-se o seguinte modelo:

$$= 1 / \{1 + e^{(-7,67 + 1,50 X_1 + 0,93 X_2 + 1,15 X_3 + 0,98 X_4 + 0,95 X_5 + 1,18 X_6 + 0,40 X_7)}\}$$

Tendo o modelo de regressão utilizado o desfecho “fuma frequentemente”, e o grupo controle os não usuários, essa forma de uso do tabaco descrita, mostrou-se associada com sexo masculino (4,49 mais chance), estar no ensino médio (2,538 mais chance), estudar no turno noturno (3,147 mais chance), estar defasado em um ano ou mais nos estudos (2,659 mais chance), conviver com alguém que fuma (2,591 mais chance), o relacionamento com o pai (3,271 mais chance), e acreditar que o cigarro não faz nenhum mal à saúde (1,491 mais chances). Os dados encontram-se apresentados na Tabela 15.

Parâmetros	Coefficientes de regressão	Erro padrão	Estatística Wald	p-valor	OR	Intervalo de Confiança 95%
Sexo	1,5015	0,1659	81,9246	<,0001	4,489	3,243 6,213
Série	0,9314	0,1892	24,2229	<,0001	2,538	1,752 3,678

Turno	1,1464	0,1832	39,1705	<,0001	3,147	2,198	4,506
Defasagem no estudo	0,9778	0,2789	12,2933	0,0005	2,659	1,539	4,592
Convive com alguém que fuma	0,9519	0,1887	25,4345	<,0001	2,591	1,79	3,75
Relacionamento com o pai	1,1851	0,2089	32,1937	<,0001	3,271	2,172	4,925
Opinião sobre o uso do tabaco	0,3996	0,2088	3,6621	0,0557	1,491	0,99	2,246
Constante	-7,6725	0,4407	303,0361	<,0001			

Tabela 15 – Resultados da regressão logística multivariável. Amostra de estudantes do interior do Amazonas (2004-2006) que fizeram “uso frequente” do tabaco, segundo características sociodemográficas (n = 11075).

O resultado encontrado para o teste de Hosmer & Lemeshow, indicou que não há problema de ajuste (Tabela 16).

Hosmer and Lemeshow Goodness-of-Fit Test		
Qui-quadrado	gl	p-valor
7,5908	8	0,4744

Tabela 16 – Resultado do teste de Hosmer e Lemeshow, para o ajuste da regressão logística

6. DISCUSSÃO

A maioria das pesquisas sobre o consumo do tabaco é realizada com alunos do ensino fundamental e/ou médio por facilitar o estudo de campo no que diz respeito à possibilidade de se coletar os dados simultaneamente com grande número de sujeitos, de forma programada e com baixos encargos financeiros (PINTO; RIBEIRO, 2007). Tal preocupação com esta população deve-se ao fato de que os estudantes começam cedo a fazer uso do tabaco (PINSKY; BESSA, 2004).

No presente estudo, a proporção de alunos do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino que já experimentou o tabaco pelo menos uma vez na vida, no interior do Amazonas, foi 35,62%, valor superior quando comparado com os dados do quinto levantamento nacional sobre o uso de drogas entre estudantes (CARLINI *et al*, 2005), onde a taxa de prevalência de uso na vida no Brasil foi 24,9%, na Região Norte de 26,1% e em Manaus de 32,0%. Possivelmente esta diferença se deva a ausência de ações efetivas como campanhas informativas e preventivas e a falta de aplicabilidade das leis antitabagísticas vigentes no país (BRASIL, 2006).

Os alunos do interior do Amazonas estão expostos aos prejuízos ocasionados pelo uso do tabaco, como em outras regiões, mas o fato do Amazonas ser reconhecido como rota de tráfico e drogas (JIFE, 2007) pode facilitar a população a ter mais acesso a substâncias psicotrópicas, inclusive o tabaco, podendo, desta forma, aumentar as taxas de uso no Estado.

Além disso, este alto consumo também pode estar associado ao baixo custo dos cigarros que, no Brasil, é considerado um dos mais baratos do mundo. Como agravante, o tabaco é comumente contrabandeado, diminuindo ainda mais seu preço (BRASIL, 2003).

Estudos mais atuais têm demonstrado que as mulheres estão fumando de modo semelhante aos homens (MALCON, 2003; SILVA *et al*, 2006a; PITARQUE *et al*, 2007; PINTO; RIBEIRO, 2007; ZANINI *et al*, 2006). No entanto, os homens da população

investigada neste trabalho apresentaram 4,48 mais chances de fazer uso frequente de tabaco do que as mulheres. Nos três estudos anteriores realizados na capital do Amazonas com estudantes (LUCAS, 2000a; GALVÃO, 1994 e GALVÃO, 1992) os alunos do sexo masculino também fumavam mais do que aquelas do sexo feminino, assim como também em outros estudos no Brasil e no exterior (MACHADO NETO; CRUZ, 2003; CARLINI *et al*, 2005; MPABULUNGI; MUULA, 2006).

Por sua vez, em estudos realizados no Chile (IVANOVIC *et al*, 1997), em Portugal (FRAGA *et al*, 2006) e na Espanha (NEBOT *et al*, 2002) a proporção de escolares do sexo feminino que relataram já ter feito uso na vida do tabaco foi superior aos jovens do sexo masculino. Em Barcelona, na Espanha (NEBOT *et al*, 2002), as meninas tinham 1,5 mais chances de ser fumantes do que os meninos e em Biskaia, também na Espanha (BARRENECHEA *et al*, 2007), as chances das alunas fazerem uso do tabaco eram de 2,18, em comparação aos meninos.

Dessa forma, confirma-se que nos países mais desenvolvidos economicamente as mulheres já começam a fazer maior uso do tabaco, em comparação aos homens e que o Brasil encontra-se na fase dois da 'Epidemia do Tabaco', aproximando-se da fase seguinte. Neste período a preocupação maior é com o rápido aumento de mortes atribuídas ao fumo, daí a necessidade de se agir rapidamente com ações para prevenir o aumento do consumo e, desta forma, reduzir morbidades e mortalidades associadas a tal uso (LOPES *et al*, 1994).

Confirmando uma tendência observada em outros estudos (LUCAS *et al*, 2000a; IVANOVIC *et al*, 1997), os dados desta pesquisa sugerem que o nível escolar dos estudantes está positivamente associado ao uso de tabaco. Os escolares do ensino médio tinham 2,53 mais chances de fazerem uso frequente quando comparados com aqueles do ensino fundamental.

Sendo assim, seria importante que estas instituições de ensino promovessem uma abordagem ao tema, dando oportunidade de discutir os motivos que levam o escolar a fumar e os efeitos do tabaco no organismo. Há lacunas nas escolas no que diz respeito ao tabagismo, segundo Almeida e Mussi (2006), menos de 50% recebem estas informações em relação aos perigos do uso do tabaco.

Por outro lado, os autores Almeida e Mussi (2006) também mostram que apenas as informações sobre os prejuízos do tabaco à saúde não são capazes de mudar comportamento, sendo necessárias intervenções mais efetivas.

O período de estudo noturno está associado, no presente trabalho, a um maior uso na vida do tabaco. Os alunos que frequentavam a escola à noite têm 3,14 mais chances de fazer uso frequente de cigarros do que aqueles do período diurno. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em São José do Rio Preto-SP (SILVA *et al*, 2006a), em Manaus-AM (LUCAS *et al*, 2000a) e em Maceió-AL (SILVA *et al*, 2006b). Este último estudo indicava que o aluno do turno noturno tem 5,43 vezes mais chances de ser fumante do que aquele do curso diurno. Possivelmente os escolares que frequentam a escola à noite são os mais velhos e que possuem trabalho remunerado, portanto, seria o grupo com mais oportunidades e mais fácil acesso aos produtos do tabaco.

Estudos desenvolvidos no Brasil mostram uma associação positiva entre a faixa etária e o consumo de tabaco (MALCON *et al*, 2003b; SILVA *et al*, 2006a; HORTA, *et al*, 2007; SILVA *et al*, 2006b; HORTA *et al*, 2001, LUCAS, 2000a; GALVÃO, 1994 e GALVÃO, 1992), assim como em outros países como a Espanha (BARRENECHEA *et al*, 2007), o Chile (IVANOVIC *et al*, 1997) e a Argentina (PITARQUE *et al*, 2007), com índices semelhantes aos encontrados no presente estudo. Apesar das faixas etárias nas diversas pesquisas não serem equivalentes, estas mostram que quanto mais velho o aluno maior é percentual do hábito de fumar tabaco.

Considerando-se a idade de início do uso do tabaco, o maior percentual está entre os alunos com idade entre 13 e 15 anos, com 42,7%, consistente com estudos realizado em Pelotas (MALCON *et al*, 2003b), onde a maioria dos adolescentes da pesquisa (55%) começou a fumar nesta mesma faixa etária e em Feira de Santana-BA (COSTA *et al*, 2007) com o percentual de 38,1% dos alunos usando pela primeira vez com idades entre 10 e 14 anos. No Brasil (GALDUROZ *et al*, 2004b), a média de idade do primeiro uso de tabaco foi de 12,8 anos e em Salvador-BA, a experimentação do tabaco ocorreu, em média, aos 13,4 anos (ALMEIDA; MUSSI, 2006). Em Buenos Aires, na Argentina, a maioria dos estudantes pesquisados fez uso pela primeira vez na faixa etária entre dez e 13 anos.

Dessa forma, 94,1% dos estudantes experimentaram o tabaco com idade até 18 anos, coincidindo com a maioria dos estudos (MALCON *et al*, 2003b; COSTA *et al*, 2007; MACHADO NETO; CRUZ, 2003), mostrando uma consonância com a OMS (2007) que aponta o tabagismo como uma doença pediátrica em expansão e com as observações de Zanini *et al* (2006), relatando que o tabaco é a substância psicotrópica que mais atrai experimentadores na adolescência. Embora sendo observada uma tendência de maior uso na vida entre os escolares acima de 17 anos (49,15%), é fundamental se pensar em estratégias de prevenção com enfoque na faixa etária dos mais jovens, uma vez identificado a precocidade desta prática.

Quando comparado o percentual de menores de 12 anos que já iniciaram o uso de tabaco entre os estudantes do Amazonas – 25,4% no interior e 28,99% na capital (LUCAS *et al*, 2000b) – com os dados nacionais de Carlini *et al* (2005), 11,8%, observa-se que é mais que o dobro do percentual do Brasil, demonstrando a magnitude do problema neste Estado. Pode-se supor que os estudantes têm acesso fácil ao produto, comprando livremente o produto em estabelecimentos comerciais como padarias e bares, embora a legislação brasileira proíba a venda do tabaco a menores de idade. (CAVALCANTE, 2005).

Estas taxas de consumo ressaltam a urgência em trabalhar a prevenção do uso do tabaco entre as crianças no Estado do Amazonas, que segundo a OMS (2008), este uso ocorre como resultado principalmente de estratégias de propaganda de produtos do tabaco dirigida aos jovens.

Embora no Brasil a propaganda de produtos do tabaco seja proibida por lei assim como a venda a menores de idade (BRASIL, 2006), muito cedo crianças e adolescentes têm acesso ao produto, como afirma a pesquisa realizada por Pinto e Ribeiro (2007) com estudantes, onde 68,7% dos fumantes menores de 18 anos compram pessoalmente os cigarros, sem nunca receberem recusa dos vendedores, demonstrando o acesso fácil e, conseqüentemente, incentivando a manutenção do uso.

A prevalência encontrada neste estudo para alunos que nunca fizeram uso do tabaco foi maior para aqueles cujos pais vivem juntos, do que entre aqueles com os pais separados, divorciados ou com famílias onde há apenas um dos pais, indicando que há uma influência da situação conjugal dos pais sobre o consumo de tabaco. Esta associação também foi identificada em estudo de base populacional em Pelotas-RS (HORTA *et al*, 2001) e com estudantes na Espanha (BARRENECHEA *et al*, 2007).

Estes resultados estão em consonância com o que escrevem Schenker e Minayo (2005) que a família é o núcleo básico responsável pela socialização dos indivíduos e tem papel importante no desenvolvimento saudável dos filhos. Parvani *et al* (2007) também mostram que uma família harmoniosa possivelmente funciona como fator de proteção ao uso de drogas.

As autoras Schenker e Minayo (2003) apontam, ainda, que famílias disfuncionais podem ter dificuldades para transmitir na criação de seus filhos normas sociais saudáveis, podendo repassar também modelos de comportamento desviantes. Portanto, o núcleo familiar está diretamente envolvido no desenvolvimento saudável ou adoecido de seus filhos. Valdivia

et al (2007) também mostraram que filhos de familiares que restringem o uso de tabaco fumam menos do que aquelas famílias cujos pais são permissivos.

Em relação ao trabalho remunerado dos alunos, foi possível verificar uma associação positiva com o uso na vida de cigarros, encontrando-se um maior percentual de usuários entre aqueles que tem alguma atividade remunerada. Desse modo, o fato de o aluno não trabalhar pode ser fator de proteção para o hábito de fumar. Resultados semelhantes foram apresentados na pesquisa de Souza e Silveira-Filho (2007) entre estudantes adolescentes da rede estadual de educação de Cuiabá-MT que verificou maiores percentuais para uso recente (uso no mês) de tabaco entre os alunos trabalhadores (13,6%) e menores para os não trabalhadores (7,3%), com associação estatística significativa. Em Manaus-AM (LUCAS *et al*, 2000a), 56,77% dos alunos que possuíam vinculação a trabalho já haviam feito uso do tabaco.

Possivelmente os alunos que tem mais disponibilidade de dinheiro podem ter mais facilidade de obter os produtos derivados do tabaco além do que a atividade remunerada geralmente acontece entre os escolares mais velhos, portanto grupo que teve mais oportunidade de fazer uso do tabaco.

Quanto à influência do convívio com tabagistas sobre o consumo de tabaco, há um consenso na maioria dos estudos. A presente pesquisa aponta para 2,59 mais chances do aluno fazer uso frequente entre aqueles que convivem com fumantes, assemelhando-se a alguns estudos nacionais como o de Barbosa *et al*, (1989), Machado Neto e Cruz, (2003), Almeida e Mussi, (2006) e Malcon *et al*, (2003b). Desta forma, a condição de ter um modelo de conduta que fuma pode estar associada a uma maior chance de uso do tabaco entre os estudantes.

É fundamental também considerar, porém, outros elementos de influência no uso de drogas: o envolvimento com os amigos considerados modelo de comportamento, o ambiente escolar, a mídia e todo o contexto sociocultural onde as pessoas estão inseridas. Por conseguinte, os fatores de risco para o consumo de drogas, de um modo geral, estão

relacionados e são complexos, não devendo ser tratados de forma isolada, independente e fragmentada (SCHENKER; MINAYO, 2005). Barbosa *et al* (1989) ainda afirmam que o grupo social é tão ou mais importante do que a família no que diz respeito aos riscos de se fazer uso de tabaco, havendo um consenso entre os estudos que este consumo tem multideterminação.

A curiosidade inerente aos adolescentes e jovens (ALMEIDA; MUSSI, 2006; FRAGA *et al*, 2006) associada ao convívio com tabagistas, sejam seus pares ou familiares, podem favorecer a experimentação e uso do tabaco, sugerindo-se assim a hipótese de que o consumo de tabaco, assim como em outras drogas, está relacionado a uma complexidade de fatores (SCHENKER; MINAYO, 2003) e que a família pode ter papel parcial na determinação de tal uso.

Estudos internacionais também apresentaram resultados similares ao nosso como o de Bolzán e Peleteiro (2003), Nebot *et al*, (1998) e Fraga *et al* (2006) que verificaram, entre alunos de ambos os sexos, uma frequência maior de uso na vida do tabaco quando os pais fumam ou fumaram, ou quando há amigos fumantes, confirmando, desta forma, que o grupo social o qual o jovem pertence parece contribuir para a adoção do hábito de fumar.

Segundo Hoffmann e Cerboneb (2002), o consumo de drogas por adolescentes está associado a ter amigos que fazem uso de substâncias psicoativas, ressaltando que na fase da adolescência os pares contribuem de modo marcante a transmissão de normas e regras sociais. Do mesmo modo, Pinto e Ribeiro (2007) também afirmam que a influência de irmãos e amigos na adolescência é particularmente forte no início do uso do tabaco, uma vez que a experimentação frequentemente ocorre com estes grupos específicos, havendo uma necessidade de se identificar com seus pares nessa fase da vida.

Houve também uma associação positiva entre a defasagem escolar dos alunos e um maior uso na vida do tabaco, destacando-se, ainda, uma chance de 2,65 maior para o uso

frequente entre escolares com um ano ou mais de defasagem escolar. De forma semelhante, esta associação também foi encontrada em estudos nacionais com estudantes brasileiros (BARBOSA *et al*, 1989; CARLINI *et al*, 2005), e em pesquisa realizada em Cuiabá-MT com estudantes trabalhadores e não trabalhadores (SOUZA; SILVEIRA FILHO, 2007).

Possivelmente a defasagem escolar possa ser considerada um fator significativo na vida dos escolares. Segundo Pinto e Ribeiro (2007), a auto-percepção do rendimento escolar do aluno como regular ou ruim está associada a uma maior predisposição ao hábito de fumar, concordando, com Chavez e Andrade (2005) que mostraram que a baixa autoestima e sentimentos de inferioridade podem ser considerados fatores de risco para o consumo de tabaco e outras drogas.

Comparando-se o número de cigarros fumados diariamente pelos estudantes no interior do Amazonas com outros estudos verificou-se que em Salvador, na Bahia, esta quantidade era, em média, seis ou sete cigarros (MACHADO NETO; CRUZ, 2003), mas em Santa Maria, no Rio Grande do Sul, esse número sobe para 9,3. Nas quatro mesorregiões do interior do Amazonas, 90% dos alunos fumavam até dez cigarros por dia, quantidade semelhante aos estudos citados acima.

Assim, é possível constatar, no presente estudo, que há um menor risco de se fazer uso do tabaco aqueles alunos que frequentam a escola no turno diurno, não estão defasados nos estudos, não possuem trabalho remunerado, tem idade de 15 anos ou menos e cujos pais e familiares não são fumantes. Estes resultados estão de acordo com estudo realizado em 10 capitais brasileiras (BARBOSA *et al*, 1989), inclusive salientando-se a importância de se investigar as possibilidades de se traçar e combinar variáveis para se conhecer as chances de se fazer uso do tabaco, admitindo-se determinantes complexos para o fenômeno.

Nos Estados Unidos (DAVID *et al*, 2006) e na França (FAOU *et al*, 2007), estudos mais recentes mostram um declínio no consumo de tabaco em determinados seguimentos da

população, fato este atribuído possivelmente a fatores como a proibição do uso em locais públicos, aumento do preço do produto e a campanhas nas escolas de sensibilização para os males provocados pelo hábito de fumar, evidenciando a importância e eficácia de medidas para minimizar os males provocados pelo tabaco.

Malcon e colaboradores (2003a) realizaram uma revisão da literatura que tratava sobre tabagismo na adolescência em países da América do Sul. Foram avaliados 45 estudos, ficando claro que não há um consenso entre as definições de tabagismo e nem na faixa etária empregada além de serem adotadas diferentes metodologias nos diversos trabalhos. Embora com limitações, destaca-se aqui a necessidade de conhecer sobre o consumo de tabaco entre jovens, uma vez que se sabe que o tabagismo é uma doença pediátrica em expansão (OMS, 2007). A partir daí, é fundamental desenvolver-se ações de prevenção e combate ao uso do tabaco, principalmente naquelas regiões onde este consumo é mais elevado.

O consumo do tabaco é fator de risco para as principais causas de doenças e mortes em todo o mundo (OMS, 2008), portanto, os resultados deste trabalho sugerem a necessidade de estudos adicionais para se aprofundar o conhecimento sobre diversos fatores que envolvem tal uso e assim tornar possível adotar políticas públicas mais eficazes, com estratégias de enfrentamento para se evitar o hábito de fumar.

Os estudos epidemiológicos sobre o uso de drogas, inclusive álcool e tabaco, são relevantes para se conhecer a magnitude do problema e subsidiar políticas públicas de tratamento e prevenção. Com base em tais evidências fazem-se necessárias medidas efetivas de prevenção e reabilitação que minimizem os prejuízos à saúde ocasionados pelo uso do tabaco, particularmente entre crianças e adolescentes, população mais vulnerável ao uso de drogas.

7. CONCLUSÃO

Este é o primeiro levantamento de dados realizado sobre o uso de tabaco no interior do Amazonas no período de 2004 a 2006, entre os estudantes do ensino fundamental (5.^a à 8.^a séries) e médio da rede pública de ensino. Até então, no Amazonas, a maioria dos estudos desta natureza foi realizado na capital, portanto, pouco se conhecia sobre a realidade do consumo do tabaco no interior do estado. A partir desta pesquisa ampliou-se o conhecimento sobre o hábito de fumar entre estudantes nos 18 (dezoito) municípios investigados e os fatores associados.

A prevalência de uso na vida do tabaco entre os estudantes foi 35,62%, percentual elevado quando comparado com outras regiões brasileiras, evidenciando que no interior do Amazonas, de forma semelhante ao âmbito mundial, o consumo de tabaco por jovens é uma questão importante de saúde pública.

É possível concluir, no presente estudo, que o uso frequente do tabaco entre os estudantes esteve associado positivamente às variáveis sexo, nível de escolaridade, turno, defasagem escolar, trabalho remunerado e entre aqueles que convivem com fumantes. Em 90% dos escolares que declararam fazer uso atual de tabaco o uso era de até 10 cigarros diariamente.

Em torno de 25% dos alunos com até 12 anos de idade fizeram uso do tabaco pelo menos uma vez na vida, evidenciando o início precoce do consumo. Destaca-se, portanto, a importância de se investir em ações preventivas neste grupo de risco.

Os alunos cujos pais vivem juntos apresentaram menores taxas de uso na vida do tabaco assim como também aqueles estudantes que tinham um ótimo ou bom relacionamento com pai e/ou mãe.

De outra forma, foram encontradas maiores prevalências de uso na vida do tabaco entre os escolares cujos pais não conviviam e entre aqueles que consideravam o relacionamento com o pai e/ou mãe regular, ruim ou péssimo.

Entre os escolares que consideravam os pais liberais ou muito liberais as taxas de uso na vida foram maiores do que entre aqueles autoritários ou muito autoritários.

Nos resultados deste estudo ressaltam-se alguns fatores que podem ser de utilidade para elaboração de políticas públicas de controle e prevenção, enfatizando-se a necessidade de ações conjuntas e articuladas entre família, escola, trabalho e a comunidade, a partir das informações regionais obtidas.

8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Aline Farias de; MUSSI, Fernanda Carneiro. Tabagismo: conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 40, n. 4, 2006.

ALMEIDA, Liz Maria *et al.* Linking Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Data to the WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC): The Case for Brazil. *Preventive Medicine* 47 (2008) p. S4-S10.

APA - American Psychiatric Association - DSM – IV *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Ed. Artes Médicas.1995.

BANCO MUNDIAL e ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Aspectos Econômicos do Tabagismo & do Controle do Tabaco em países em Desenvolvimento*. Instituto Nacional do Câncer/ Ministério da Saúde, 2003.

BARRENECHEA, M. A. *et al.* Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes. Influencia del entorno familiar. *Anales de Pediatría*, Barcelona, vol. 66, nº4, 2007.

BARBOSA M.T.S; CARLINI-COLTRIN B.; SILVA FILHO A.R. O uso de tabaco por estudantes de primeiro e segundo graus em dez capitais brasileiras: possíveis contribuições da estatística multivariada para compreensão do fenômeno. *Rev Saude Publica*. 1989; 23(5):401–409.

BOLZAN, Andrés; PELETEIRO, Rafael. Tabaquismo durante la adolescencia temprana: estudio en escolares argentinos. *J. Pediatr.* (Rio J.), Porto Alegre, v. 79, n. 5, 2003.

BRASIL – AGÊNCIA BRASILEIRA DE INTELIGÊNCIA. *Rios viram principal rota do tráfico de drogas no Brasil*. www.abin.gov.br/modules/articles/article.php. Acessado em fevereiro de 2009.

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE / INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. – *Por Um Mundo Livre de Tabaco - Por que aprovar a Convenção Quadro para Controle do Tabaco?* 2003.

BRASIL. Decreto n.º 5.658, de 02 de janeiro de 2006. *Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003*. Legislação Federal e marginalia, Brasília. 2006.

BRODSKY, L. - Can nicotine control panic attacks? *Am J Psychiatry* 142:524, 1985.

CAINS T; CANNATA S; POULOS R; FERSON M.J. e STEWART B.W.. *Designated "no smoking" areas provide from partial to no protection from environmental tobacco smoke*. *Tobacco Control* 13(1):17-22, 2004.

CARLINI-COTRIM, B.; BARBOSA, M. T. S. *Pesquisas epidemiológicas sobre o uso de drogas entre estudantes: um manual de orientações gerais*. São Paulo; Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid). 1993.

CARLINI-COTRIM, B.H. R. S.; CARLINI, E. A.; SILVA FILHO, A. R.; BARBOSA, M. T. S. *O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de 1o e 2o graus da rede pública estadual, em dez capitais brasileiras*. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde; 1987. (Série C: Estudos e Projetos).

CARLINI, E.A.; CARLINI-COTRIM, B.; SILVA-FILHO, A.R.; BARBOSA, M.T.S. – *Levantamento Nacional sobre o Uso de Psicotrópicos em Estudantes de 1o e 2o graus, 1989*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), Departamento de Psicobiologia, Escola Paulista de Medicina, 1990.

CARLINI E. A, GALDUROZ J.C.F., NOTO A.R., NAPPO S.A. *I Levantamento domiciliar sobre drogas psicotrópicas no Brasil. Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país-2001*. São Paulo: CEBRID . Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP . Universidade Federal de São Paulo; 2002.

CARLINI E. A. *et al. V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2004*. CEBRID . Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2005.

CARLINI E. A, GALDUROZ J.C.F., NOTO A.R., NAPPO S.A. *II Levantamento domiciliar sobre drogas psicotrópicas no Brasil. Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país-2005*. São Paulo: CEBRID . Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP . Universidade Federal de São Paulo; 2006.

CARMO, J.T., PUEYO, A.A., LOPES E.A .La evolución del concepto de tabaquismo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(4):999-1005, 2005

CAVALCANTE, Tânia Maria. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 32, n. 5, out. 2005.

CHAIEB, José A.; CASTELLARIN, Cassio. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 3, 1998 .

CHAVEZ, Luz María Carvajal; ANDRADE, Denise de. La escuela básica en la prevención del consumo de alcohol y tabaco: retrato de una realidad. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. spe, 2005.

CHEN P.L. *et al.* Prevalence of Tobacco Use Among Junior High and Senior High School Students in Taiwan. *Journal of School Health* , Taiwan, Vol. 78, No. 12, 2008.

COSTA E SILVA, Vera Luíza da; KOIFMAN, Sérgio. Smoking in Latin America: a major public health problem. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1998.

COSTA, Maria Conceição O. *et al.* Experimentação e uso regular de bebidas alcoólicas, cigarros e outras substâncias psicoativas/SPA na adolescência. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, 2007.

DAVID E. *et al.* Trends in Smokeless Tobacco Use Among Adults and Adolescents in the United States. *American Journal of Public Health*, Vol 96, No. 5, 2006.

ESCOHOTADO, A. *História General de las Drogas*. Ed. Espasa Calpe, Madrid, 1998.

FAOU A.L; PLARD C; RODON N; LAGRUE G. Caractéristiques des adolescents fumeurs s'adressant aux consultations de tabacologie. *Archives de Pédiatrie*, Paris, vol. 14, n° 9 2007.1062–1068.

FOCCHI, Guilherme Rubino de A.; BRAUN, Ivan Mário. Tratamento farmacológico do tabagismo. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 32, n. 5, out. 2005 .

FRAGA, S.; RAMOS, E.; BARROS, H. Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, 2006.

GALDURÓZ, J.C.F., D'ALMEIDA, V., CARVALHO, V., CARLINI, E.A. – III *Levantamento Sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1^o e 2^o Graus em Dez Capitais Brasileiras – 1993*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1994.

GALDURÓZ, J.C.F. *et al.* Trends in drug use among students in Brazil: analysis of four surveys in 1987, 1989, 1993 and 1997. *Braz J Med Biol Res*, Ribeirão Preto, v. 37, n. 4, 2004a.

GALDURÓZ, J.C.F., NOTO, A.R., CARLINI, E.A. – IV *Levantamento Sobre o Uso de Psicotrópicas em Estudantes de 1^o e 2^o Graus, em Dez Capitais Brasileiras*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1997.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; FONSECA, A. M.; CARLINI E.A V *Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo, 2004b.

GALVÃO, J.F.; BORRÁS, M.R.L.; LUCAS, A.C.S.; OLIVEIRA, G.M.D. *Uso de psicotrópicas em estudantes de 1^o e 2^o graus da rede pública de ensino da cidade de Manaus-AM – 1992*. *Rev. U.A: Série Ciências da Saúde*, 1993, 1:91-138.

GALVÃO, J.F. ; LUCAS, A.C.S. II *Levantamento sobre o uso de psicotrópicas em estudantes de 1^o e 2^o graus da rede pública de ensino da cidade de Manaus-AM – 1994*. Manaus-AM: Universidade do Amazonas e CONEN/AM, 1999, 58p.

GOODMAN, A. *et al.* *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*. 8ª Ed., Guanabara Koogan, 1998.

GRAEFF, F.G. *Drogas psicotrópicas e seu modo de ação*. 2a ed. São Paulo: EPU, 1989, 135p.

GRANERO, Ricardo; SANCHEZ, Magda. Cambios en el uso de tabaco y factores relacionados en estudiantes del sexto al noveno grado, Estado Lara, Venezuela, años 2000 y 2003. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, 2006.

GRIZEAU D, BAUDIER F. and ALLEMAND H. Opinions et comportements des adolescents français face au tabac en 1995. *Archives de Pédiatrie*, Paris, vol. 04, 1079-1086, 1997.

GURURAJ G. e. GIRISH N. Tobacco Use Amongst Children in Karnataka. *Indian Journal of Pediatrics*, Karnataka, Vol 74, 2007.

HALTY LS, *et al.* Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. *J Pneumol.* 2002;28(4):180-6.

HOFFMANN J. e CERBONEB F.G. Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: an event history analysis. *Drug and Alcohol Dependence* 66(3):255-264, 2002.

HOLM, K.J.; SPENCER, C.M. - Bupropion: a review of its use and the management of smoking cessation. *Drugs* 59:1007-24, 2000.

HORTA, Rogério Lessa; HORTA, Bernardo Lessa; PINHEIRO, Ricardo Tavares. Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, 2006.

HORTA, Bernardo Lessa *et al.* Tabagismo em adolescentes de área urbana na região Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 2, 2001.

HORTA, Rogério Lessa *et al.* Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, 2007.

HUGHES, J.R.; HATSUKAMI, D.K.; MICTHELL, J.E.; DHALGREN, L.A. - Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 143:993-7, 1986.

IGLESIAS, Verónica *et al.* Consumo precoce de tabaco y alcohol como factores modificadores del riesgo de uso de marihuana. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 4, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em www.ibge.gov.br. Acessado em abril de 2007.

INABA, B.S.; Cohen, W.E. *Drogas: estimulantes, depressoras, alucinógenos, efeitos físicos e mentais das drogas psicoativas*. Rio de Janeiro: J. Zahar Ed., 1991, 255 p.

IVANOVIC, M. D; CASTRO, G.C.; IVANOVIC, M. R.. Factors affecting chilean elementary and high school children's smoking. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 1, 1997.

JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE ENTORPECENTES. *Relatório Anual da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes – JIFE 2007*. Disponível em www.unodc.org/pdf/brazil/JIFE/PrincipaisPontosJIFE.pdf. Acessado em fevereiro de 2009.

LOPEZ AD, COLLISHAW NE, PIHA T. *A descriptive model of cigarette epidemic in developed countries*. *Tob Control*, 3:242-7, 1994.

LUCAS, A.C.S. *et al.* *III Levantamento sobre o uso de psicotrópicos entre estudantes da rede pública de ensino fundamental (5ª à 8ª série) e médio de Manaus - 2000*. Ed. UFAM. Manaus, 2000a.

LUCAS, A.C.S *et al.* *Levantamento sobre o uso de psicotrópicos entre estudantes da rede pública de ensino fundamental (5a. a 8a. séries) e médio de coari-am – 2000*. Ed. UFAM, Manaus, 2000b.

MACHADO Nº. A. S., CRUZ A.A. Tabagismo em amostra de adolescentes escolares de Salvador-Bahia. *J Pneumol.* 29(5) – set-out de 2003.

MALBERGIER, André; OLIVEIRA, JR, Hercílio Pereira da. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 32, n. 5, out. 2005 .

MALCON, Maura C. *et al.* . Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v. 13, n. 4, 2003a.

MALCON, Maura C; MENEZES, Ana Maria B; CHATKIN, Moema. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 1, 2003b.

MAXWELL J.C. Jr. *The Maxwell Report: The Smokeless Tobacco Industry in 2003*. Richmond, Va: John C. Maxwell Jr; 2004.

MILLER S.; NAZAROFF W. Environmental tobacco smoke particles in multizone indoor environments. *Atmospheric Environment* 35(12):2053-2067, 2001.

MPABULUNGI,L; MUULA A.S. Tobacco use among high school students in a remote district of Arua, Uganda. *Rural Remote Health*. Oct-Dec;6(4):609, 2006.

MUNAFÒ R.M. e JOHNSTONE C.E. Genes and cigarette smoking. *Addiction*, Volume 103, Number 6, June 2008 , pp. 893-904(12)

MUZA GM; COSTA MP. Aspectos sociofamiliares do consumo de tabaco por adolescentes escolares da rede privada do Distrito Federal. *Revista ABP-APAL*. 1993;15(1):31–36.

NEBOT, M. *et al.* Factors associated with smoking and the intention to smoke in secondary school pupils: results of the ESFA project in Barcelona, Spain. *Gac. Sanit.* , Barcelona, v. 16, n. 2, 2002.

NOGUEIRA, R. J. B.; PEITER, P.; RIBEIRO, M. A. C. *Mobilidade da população e fluxos econômicos*. Espaço & ciência: um olhar sobre o Amazonas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

NOTO, *et al.* *Levantamento nacional sobre o uso de drogas adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2003.

OETTING E.R.; DEFFENHACHER J.L.; DONNERMEYER J.F. *Primary Socialization Theory: the royal played by personal traits in the etiology of drug use and deviance:II* *Subst Use & Misuse*. 33:1337-66, 1998.

OGA, S. *Fundamentos da Toxicologia*. São Paulo, Atheneu, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10*. São Paulo, EDUSP, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Tabagismo e Saúde nos países em Desenvolvimento*. Instituto Nacional do Câncer/ Ministério da Saúde do Brasil, 2003.

OTT W.; KLEPEIS N; SWITZER P Analytical solutions to compartmental indoor air quality models with application to environmental tobacco smoke concentrations measured in a house. *Journal of the Air & Waste Management Association* 53(8):918-936, 2003.

PAVANI, Rafael Augusto Borges *et al.* . Caracterização do consumo de maconha entre escolares do ensino médio de São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2003. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 10, n. 2, jun. 2007.

PECHMANN, Cornelia; REIBLING, Ellen T. Antismoking Advertisements for Youths: An Independent Evaluation of Health, Counter-Industry, and Industry Approaches. *American Journal of Public Health*, Maio 2006, vol. 96, no. 5, p. 906-13.

PHYLLIS L. *et al.* High-Risk Behaviors Associated With Early Smoking:Results From a 5-year follow-up. *journal of adolescent health*; vol.28,465–473, 2001.

PINTO, Denise da Silva; RIBEIRO, Sandra Aparecida. Variáveis relacionadas à iniciação do tabagismo entre estudantes do ensino médio de escola pública e particular na cidade de Belém - PA. *J. bras. pneumol.* , São Paulo, v. 33, n. 5, 2007.

PITARQUE, Raúl; BOLZAN, Andrés; GATELLA, María Esther *et al.* Tabaquismo en adolescentes escolarizados de la ciudad de Olavarría, Buenos Aires: Prevalencia y factores asociados. *Arch. Argent. Pediatr.* [online]. mar./abr. 2007, vol.105, no.2

PINSK, I.; BESSA, M.A. (orgs.) *Adolescência e Drogas*. São Paulo: Contexto, 2004.

PLANETA, Cleopatra S.; CRUZ, Fábio C.. Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco. *Rev. psiquiatr. clín.* , São Paulo, v. 32, n. 5, 2005.

POMERLEAU, O.; DOWNEY, K.; STELSON, F.; POMERLEAU, C. - Cigarette smoking in adults patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *J Subst Abuse* 7:373-8, 1995.

PONTIERI, F.E.; TANDA, G.; ORZI, F.; DI CHIARA, G. - Effects of Nicotine on the Nucleus Accumbens and Similarity to those of Addictive Drugs. *Nature* 18;382(6588):255-7, 1995.

PRESMAN, Sabrina; CARNEIRO, Elizabeth; GIGLIOTTI, Analice. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 32, n. 5, out. 2005 .

PRIETSCH, Silvio O.M. *et al* . Doença aguda das vias aéreas inferiores em menores de cinco anos: influência do ambiente doméstico e do tabagismo materno. *J. Pediatr.* (Rio J.), Porto Alegre, v. 78, n. 5, oct. 2002 .

RAW, M.; ANDERSON, P.; BATRA, A. *et al* . - WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. *Tobacco Control*, v. 11, p. 44-6, 2002.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciênc. saúde coletiva* , Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

SCHIO C; *et al*. O tabagismo entre estudantes secundaristas da zona urbana de Porto Alegre. *Rev HCPA*, 1992;12(2):117-120.

SEELIG, Marina Fonseca; CAMPOS, Cláudia Rejane Jacondino de; CARVALHO, Jonas da Costa. A ventilação e a fumaça ambiental de cigarros. *Ciênc. saúde coletiva* , Rio de Janeiro, 2005.

SILVA, Elissandro de Freitas *et al* . Prevalência do uso de drogas entre escolares do ensino médio do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 2006a.

SILVA, Maria Alayde M. da *et al* . Prevalência e variáveis associadas ao hábito de fumar em crianças e adolescentes. *J. Pediatr.* (Rio J.), Porto Alegre, v. 82, n. 5, 2006b.

SILVA, M.S.; *Se liga, O livro das drogas*. 3ª ed., Rio de Janeiro, Editora Record, 1998.

SOUZA, Delma P. Oliveira de; SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier da. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. *Rev. bras. epidemiol.* , São Paulo, v. 10, n. 2, 2007 .

SUTHERLAND, G. - *Smoking: can we really make a difference?* *Heart* 89 (Suppl II):1125-7, 2003.

VALDIVIA C. *et al*. Consumo de tabaco en población menor de 18 años: estudio de prevalencia en escolares de Chile. *Rev. méd. Chile*. [online]. feb. 2004, vol.132, no.2, p.171-182

VALVERDE, O. *O ambiente natural*. In: ROJAS, L. B. I.; TOLEDO, L. M. Espaço & ciência: um olhar sobre o Amazonas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

VIGESCOLA. *Vigilância de tabagismo em escolares: dados e fatos de 12 capitais brasileiras*. v.1 / Vigescola. Rio de Janeiro; INCA; 2004. [37] p.

WIKIPÉDIA. *Enciclopédia Livre*. www.wikipedia.org/wiki/Categoria:Mesorregiões_do_Amazonas (acessado em 18/fev/2009).

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guide to Drug Abuse Epidemiology*, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The tobacco atlas:deaths.
<http://www.who.int/tobacco/en/atlas11.pdf> (acessado em 30/Mar/2007).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Who Report On The Global Tobacco Epidemic, 2008*
http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf. (acessado em 13/Jun/2008).

ZAMBONATO, Ana Maria Krusser *et al* . Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. *Rev. Saúde Pública* , São Paulo, v. 38, n. 1, 2004.

ZANINI, R.R. *et al*. Prevalência e fatores associados ao consumo de cigarros entre estudantes de escolas estaduais do ensino médio de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2002, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(8):1619-1627, 2006.

QUESTIONÁRIO SOBRE O USO DE DROGAS

TURNO

SÉRIE

O questionário que você, gentilmente, irá responder é de grande importância para a sociedade, pois através desta pesquisa será possível verificar a realidade do uso de drogas em nossas unidades e traçar os futuros programas de prevenção ao seu uso indevido.

Você não deve colocar seu nome no questionário, pois ele é anônimo. Ou seja, não poderemos saber quem respondeu cada questionário.

Lembramos que caso você não queira responder basta deixar o questionário em branco. **O preenchimento do mesmo autoriza o uso das informações prestadas para a pesquisa e futura divulgação dos resultados finais.**

Contamos com sua colaboração respondendo sinceramente todas as questões.

Coordenação do Projeto

Universidade Federal do Amazonas

P.0. Quem é o chefe da sua família (a pessoa que mais contribui na renda) ?

- (1) Você mesmo (2) Cônjuge (3) Pai (4) Mãe
(5) Irmão/Irmã (6) Outra pessoa

P.0.a. Cite o grau de escolaridade do chefe família, caso não sejam seus pais (marque com um X)

- (1). Não estudou
(2). 1^a. a 4^a. série incompleta
(3). 1^a. a 4^a. série completa
(4). 5^a. a 8^a. série incompleta
(5). 5^a. a 8^a. série completa
(6). 2^o. grau incompleto
(7). 2^o. grau completo
(8). Faculdade incompleta
(9). Faculdade completa
(10). Não sei

P.1 . Qual o seu sexo ? 1. () Masculino 2. () Feminino

P.2. Qual a sua idade ?anos

P.3. Qual o seu estado civil:

1.() Solteiro 2.() Casado 3.() Separado 4.() Outros:.....

P.4. Seus pais vivem:

1. () Juntos 2. () Separados 3. () Não tenho pai
4. () Não tenho mãe 5. () Não tenho pai nem mãe 6. () Não vivo com meus pais

P.5. Cite o grau de escolaridade de seus pais (marque com um X)

	Meu Pai	Minha Mãe
1. Não estudou	()	()
2. 1ª. a 4ª. série incompleta	()	()
3. 1ª. a 4ª. série completa	()	()
4. 5ª. a 8ª. série incompleta	()	()
5. 5ª. a 8ª. série completa	()	()
6. 2º. grau incompleto	()	()
7. 2º. grau completo	()	()
8. Faculdade incompleta	()	()
9. Faculdade completa	()	()
10. Não sei	()	()

P.6. Na sua casa tem:

	Não	Sim (Quanto?)
1. Televisão (+6)	()	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. Rádio (+6)	()	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. Aspirador de pó (+6)	()	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. Máquina de lavar roupa (5) (6) (+6)	()	(1) (2) (3) (4)
5. Automóvel (+6)	()	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
6. Empregado(a) que recebe salário (5) (6) (+6)	()	(1) (2) (3) (4)
7. Banheiro com água encanada (+6)	()	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
8. Aparelho de videocassete e/ou DVD (+6)	()	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
9. Computador (+6)	()	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
10. Geladeira com ou sem freezer acoplado (+6)	()	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
11. Freezer (ap. independente ou parte da geladeira duplex) (+6)	()	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

P.7. Você possui trabalho remunerado?

1. () Não 2. () Sim 3. () Às vezes.

P.8. Você fuma (cigarro comum) ?

1. () Não 2. () Sim

P.9. Quantos cigarros fuma por dia ?

1. () Não fumo 2. () Fumo cigarros por dia

P.10. Já fumou alguma vez ?

1. () Não 2. () Sim, só uma vez 3. () Sim, várias vezes

P.11. Quantos anos tinha quando fumou seu primeiro cigarro ?

1. () Nunca fumei 2. () Eu tinha anos 3. () Não lembro

P.12. De um ANO pra cá você fumou algum cigarro?

1. () Não 2. () Sim

P.13. De um MÊS pra cá você fumou algum cigarro?

1. () Não 2. () Sim, fumei de 1 a 5 dias. 3. () Sim, fumei de 6 a 19 dias.
4. () Sim, fumei de 20 dias ou mais.

P.14. Da sua família alguém fuma ?

1. () Ninguém 2. () Pai 3. () Mãe
4. () Irmão/irmã 5.() Filho/filha 6.() Outros:.....

P.15. Você já bebeu alguma vez bebida alcoólica (tipo cerveja, vinho, pinga, cachaça, batida, aperitivos, cidra, uísque, etc) ?

1. () Não 2. () Sim, só uma vez 3. () Sim, várias vezes

P.16. Quantos anos tinha quando bebeu pela primeira vez ?

1. () Nunca bebi 2. () Tinha..... anos 3. () Não lembro

P.17. Local onde bebeu pela primeira vez?

1. () Nunca usei 2. () Escola 3. () Casa 4.() Universidade
5. () Bar 6. () Festas/Bailes 7.()Outros:

P.18. De um ANO pra cá você tomou alguma bebida alcoólica?

1. () Não 2. () Sim

P.19. De um MÊS pra cá você tomou alguma bebida alcoólica?

1. () Não 2. () Sim, tomei de 1 a 5 dias. 3. () Sim, tomei de 6 a 19 dias.
4. () Sim, tomei de 20 dias ou mais.

P.20. Da sua família alguém bebe ?

1. () Ninguém 2. () Pai 3. () Mãe
4. () Irmão/irmã 5.() Filho/filha 6.() Outros:.....

P.21. Você já experimentou maconha (ou haxixe)?

1. () Não 2. () Sim

P.22. De um ANO para cá você usou maconha?

1. () Não 2. () Sim

P.23. De um MÊS para cá você usou maconha?

1. () Não 2. () Sim, usei de 1 a 5 dias. 3. () Sim, usei de 6 a 19 dias.
4. () Sim, usei de 20 dias ou mais.

P.24. Que idade você tinha quando experimentou maconha pela primeira vez?

1. () Nunca usei 2. () Tinha..... anos 3. () Não lembro

P.25. Você já usou cocaína, crack, bazuka ou pasta de coca?

1. () Não 2. () Sim

P.26. De um ANO para cá você usou cocaína, crack, bazuka ou pasta de coca?

1. () Não 2. () Sim

P.27. De um MÊS para cá você usou cocaína, crack, bazuka ou pasta de coca?

1. () Não 2. () Sim, usei de 1 a 5 dias. 3. () Sim, usei de 6 a 19 dias.
4. () Sim, usei de 20 dias ou mais.

P.28. Que idade você tinha quando usou cocaína, crack, bazuka ou pasta de coca pela primeira vez?

1. () Nunca usei 2. () Tinha..... anos 3. () Não lembro

P.29. Você já usou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado sem receita médica? (Exemplos. Hipofagin. Moderex Glucoenergan, Inibex, Desobesi, Reactivan, Pervitin, Dasten, Isomeride, Moderine, Dualid, Preludin. NÃO VALE ADOÇANTE, NEM CHÁ)

1. () Não 2. () Sim

P.30. De um ANO para cá você usou remédio para emagrecer ou ficar acordado sem receita médica?

1. () Não 2. () Sim

P.31. De um MÊS para cá você usou remédio para emagrecer ou ficar acordado sem receita médica?

1. () Não 2. () Sim, usei de 1 a 5 dias. 3. () Sim, usei de 6 a 19 dias.
4. () Sim, usei de 20 dias ou mais.

P.32. Que idade você tinha quando usou remédio para emagrecer ou ficar acordado sem receita médica pela primeira vez?

1. () Nunca usei 2. () Tinha..... anos 3. () Não lembro

P.33. Se você já tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado sem receita médica escreva o nome do que você usou por último.

1. () Nunca usei 2. () O nome é

P.34. Você já tomou algum tranqüilizante, ansiolítico, calmante ou antidistônico sem receita médica? (Exemplos: Diazepam Dienpax, Lorium, Valium, Librium, Lorax, Rohypnol, Psicosedin, Somalium, Lexotan.)

1. () Não 2. () Sim

P.35. Que idade você tinha quando tomou tranqüilizante, ansiolítico, calmante ou antidistônico sem receita médica pela primeira vez?

1. () Nunca usei 2. () Tinha..... anos 3. () Não lembro

P.36. Se você já tomou algum tranqüilizante, ansiolítico, calmante ou antidistônico

sem receita médica escreva o nome do que tomou por último.

1. () Nunca usei 2. () O nome é

P.37. Você já tomou Artane, Asmoterona, Bentyl, Akineton ou Chá de Lírio (saia branca, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho) para sentir algum barato?

1. () Não 2. () Sim

P.38. De um ANO para cá você usou Artane, Asmoterona, Bentyl, Akineton ou Chá de Lírio (saia branca, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho) para sentir algum barato?

1. () Não 2. () Sim

P.39. De um MÊS para cá você usou Artane, Asmoterona, Bentyl, Akineton ou Chá de Lírio (saia branca, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho) para sentir algum barato?

1. () Não 2. () Sim, usei de 1 a 5 dias.
3. () Sim, usei de 6 a 19 dias. 4. () Sim, usei de 20 dias ou mais.

P.40. Que idade você tinha quando experimentou Artane, Asmoterona, Bentyl, Akineton ou Chá de Lírio (saia branca, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho) para sentir algum barato pela primeira vez?

1. () Nunca usei 2. () Tinha..... anos 3. () Não lembro

P.41. Se você já tomou Artane, Asmoterona, Bentyl, Akineton ou Chá de Lírio (saia branca, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho) para sentir algum barato, escreva o nome do que tomou por último.

1. () Nunca usei 2. () O nome é

P.42. Você já tomou algum sedativo ou barbitúrico sem receita médica? (Exemplos: Optalidon, Fiorinal, Gardenal.Tonopan, Nembutal Comital, Pentotal.)

1. () Não 2. () Sim

P.43. De um ANO para cá você usou algum sedativo ou barbitúrico sem receita médica? (Exemplos: Optalidon, Fiorinal, Gardenal.Tonopan, Nembutal Comital, Pentotal.)

1. () Não 2. () Sim

P.44. De um MÊS para cá você usou algum sedativo ou barbitúrico sem receita médica? (Exemplos: Optalidon, Fiorinal, Gardenal.Tonopan, Nembutal Comital, Pentotal.)

1. () Não 2. () Sim, usei de 1 a 5 dias.
3. () Sim, usei de 6 a 19 dias. 4. () Sim, usei de 20 dias ou mais.

P.45. Que idade você tinha quando experimentou algum sedativo ou barbitúrico sem receita médica pela primeira vez? (Exemplos: Optalidon, Fiorinal, Gardenal.Tonopan, Nembutal Comital, Pentotal.)

1. () Nunca usei 2. () Tinha..... anos 3. () Não lembro

P.46. Se você já usou algum sedativo ou barbitúrico sem receita médica, escreva o nome do que você tomou por último.

1. () Nunca usei 2. () O nome é

P.47. Você já usou Dolantina, Meperidina, Demerol, Algafan, Tylex, Heroína, Morfina

ou Ópio para sentir algum barato?

1. () Não 2. () Sim

P.48. Você já usou xaropes para sentir algum barato? (Exemplos: Pambenyl, Setux, Tussiflex, Gotas Binelli, Silentós, Belacodid, Eritós.)

1. () Não 2. () Sim

P.49. Você já cheirou algum produto para sentir um barato qualquer?

(Exemplos: lança-perfume, loló, cola, gasolina, benzina, acetona, removedor de tinta, thinner, água-raz, éter, esmalte, tinta. NÃO VALE COCAÍNA)

1. () Não 2. () Sim

P.50. De um ANO para cá você já cheirou algum produto para sentir um barato qualquer?

1. () Não 2. () Sim

P.51. De um MÊS para cá você já cheirou algum produto para sentir um barato qualquer?

1. () Não 2. () Sim, usei de 1 a 5 dias.
3. () Sim, usei de 6 a 19 dias. 4. () Sim, usei de 20 dias ou mais.

P.52. Que idade você tinha quando cheirou algum destes produtos para sentir um barato qualquer pela primeira vez?

1. () Nunca usei 2. () Tinha..... anos 3. () Não lembro

P.53. Se você já cheirou algum destes produtos, escreva o nome do que cheirou por último.

- 1.() Nunca usei 2.() O nome é

P.54. Quando você cheirou algum desses produtos onde você os conseguiu?

(Exemplos: lança-perfume, loló, cola, gasolina, etc.)

1. () Nunca cheirei 2. () Comprei 3. () Tinha em minha casa
4. () Ganhei de amigos 5. () Não lembro 6.() Outros.....

P.55. Onde você estava quando usou algum desses produtos pela primeira vez?

(Exemplos: lança-perfume, loló, cola, gasolina, benzina, acetona, esmalte, etc.)

1. () Nunca usei 2. () Escola 3. () Casa 4.() Universidade
5. () Bar 6. () Festas/Bailes 7.() Outros:

P.56. Você já usou LSD (ácido), Chá de Cogumelo ou Mescalina?

1. () Não 2. () Sim

P.57. Você já tomou Holoten, Carpinol ou Medavane sem receita médica?

1. () Não 2. () Sim

P.58. Você já usou algum dos remédios abaixo para sentir algum barato?

Periatin. Periavita, Cobavital, Buclina, Vibazina, Apetivit, Profol e Nutrimaiz

1. () Não 2. () Sim

P.59. Não há

P.60. O que o levou a usar essa(s) droga(s) ?

1. () Nunca usei 2. () Curiosidade

3. () Imitação 4. () Revolta
5. () Fuga de problemas 6. () Porque está na moda
7. () Outras razões:.....

P.61. Já usou alguma droga por via injetável?

1. () Não 2. () Sim

P.62. Quais drogas você já injetou na veia?

1. () Nunca injetei nada 2. () Injetei

P.63. Você já usou ou usa agora medicamento anabolizante para aumentar sua musculatura ou para dar mais força?

1. () Não 2. () Sim

P.64. Quem lhe aconselhou a usar este medicamento?

1. () Nunca usei 2. () Amigo da escola
3. () Amigo da academia de ginástica 4. () Parente
5. () Outros:.....

P.65. Onde conseguiu este medicamento?

1. () Nunca usei 2. () Farmácia
3. () Na academia 4. () Amigo/parente
5. () Outro:.....

P.66. Escreva o nome do medicamento que você usa/usou:

1. () Nunca usei 2. () O nome é

PEDIMOS SUA COLABORAÇÃO PARA RESPONDER MAIS ESTAS QUESTÕES SOBRE BEBIDAS ALCOÓLICAS.

P.67. Você já tomou alguma bebida alcoólica até se embriagar (“porre”)?

1. () Não 2. () Sim

P.68. De um MÊS para cá você tomou alguma bebida alcoólica até se embriagar (“porre”)?

1. () Não 2. () Sim, usei de 1 a 5 dias.
3. () Sim, usei de 6 a 19 dias. 4. () Sim, usei de 20 dias ou mais.

P.69. Qual bebida alcoólica você costuma tomar com mais frequência?

(CITE APENAS UMA)

1. () Não costumo beber 2. () Cerveja/Chopp 3. () Pinga 4. ()
Uísque 5. () Vodka 6. () Conhaque 7. () Licor
8. () Vinho
9. () Outro.....

P.70. Depois de beber você já (pode assinalar mais de uma alternativa):

1. () Brigou
2. () Sofreu acidente (atropelamento, quedas...)
3. () Dirigiu
4. () Faltou à escola
5. () Faltou ao trabalho

POR FIM RESPONDA ESTAS ÚLTIMAS QUESTÕES.

P.71. Como é o relacionamento com seu pai e com sua mãe:

	Com meu Pai	Com minha Mãe
1. Ótimo	()	()
2. Bom	()	()
3. Regular	()	()
4. Ruim	()	()
5. Péssimo	()	()
6. Não tenho contato com ele(a)	()	()

P.72. Como é o relacionamento entre seus pais:

1. () Ótimo 2. () Bom 3. () Regular
4. () Ruim 5. () Péssimo 6. () Não vivem juntos

P.73. Você considera seu pai e sua mãe:

	Pai	Mãe
1. Muito autoritário(a)	()	()
2. Um pouco autoritário(a)	()	()
3. Moderado(a)	()	()
4. Liberal	()	()
5. Muito liberal	()	()

P.74. Assinale com a letra indicada, segundo o que você acha de usar:

1. () Tabaco (cigarro comum) **A.** Não faz mal a saúde
2. () Álcool (bebidas alcoólicas) **B.** Faz mal a saúde
3. () Medicamentos (sem receita médica) **C.** Faz muito mal a saúde
4. () Outras drogas (solventes, maconha, cocaína, etc.) **D.** Não sei

P.75. Você já ouviu falar de outras substâncias/drogas, não citadas neste questionário, que as pessoas usam para “ficar legal”, “ficar numa boa”, “viajar” ?

1. () Não
2. () Sim, o nome é

FAVOR VERIFICAR SE NÃO FICOU ALGUMA QUESTÃO SEM RESPONDER

AGRADECEMOS SUA COLABORAÇÃO

Modelo CEBRID modificado

PROJETO DE PESQUISA
COORDENAÇÃO:UFAM
FINANCIAMENTO: FAPEAM
APOIO: CONEN/AM e SEDUC

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

AUTORIZO, com minha assinatura abaixo, que os alunos matriculados nesta escola pública estadual de ensino, caso sejam sorteados, participem da pesquisa através preenchimento do questionário anônimo, estando CIENTE DA METODOLOGIA a ser aplicada e BENEFÍCIOS para a comunidade, nos termos que se seguem:

O projeto de pesquisa USO DE PSICOTRÓPICOS ENTRE ESTUDANTES DA REDE PÚBLICA DE ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO EM MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO ESTADO DO AMAZONAS, tem como objetivo principal "Conhecer a atual situação do consumo de drogas entre estudantes da rede pública de ensino fundamental (5a a 8a séries) e médio de municípios do interior do estado do Amazonas".

Os alunos da escola participarão de um sorteio aleatório, baseado no número da pagela de frequência das turmas. Os alunos, de todas as turmas, sorteados serão reunidos em uma única sala onde será explicado o objetivo da pesquisa e aplicado o questionário. Estará assegurado ao participante o direito de retirar-se do recinto a qualquer momento, antes ou depois de receber o questionário, e deixá-lo em branco se assim o desejar.

Os questionário, não contém perguntas de identificação pessoal e em nenhum momento ficará registrado o nome dos alunos que foram sorteados, de forma que será impossível relacionar o questionário àquele que o preencheu. Ficarà assegurado, portanto, o ANONIMATO do aluno.

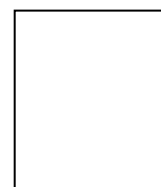
Os questionários devolvidos (preenchidos ou em branco) serão depositados em urna e levados ao Laboratório de Toxicologia da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus, serão manipulados somente pelos integrantes do Grupo de Pesquisa com a autorização e supervisão do Coordenador e Vice-Coordenador, e as respostas inseridas em base de dados informatizada. Então, os questionários serão reunidos e guardados sob lacre, por um prazo de 5 anos, conforme normas da Resolução 196-CONEP, não podendo serem utilizados para outra finalidade que a presente pesquisa, e ao final deste período serão destruídos

Os resultados serão submetidos à análise estatística de forma a permitir o estudo da relação entre as variáveis sócio-econômicas e o hábito de consumo de substâncias psicotrópicas. Este diagnóstico permitirá conhecer a situação e características atuais do consumo de drogas entre a população de alunos e orientará as campanhas de prevenção na área de farmacodependência, trazendo benefícios para a comunidade pesquisada. Os dados obtidos serão apresentados em eventos científicos e publicados em revistas científicas para universalização do conhecimento sobre o tema.

_____ de _____ de 200_____

Assinatura do Diretor/Responsável pela Escola

ou



IMPRESSÃO DATILOSCÓPICA

CONTATO COM A COORDENAÇÃO DO PROJETO:

Curso de Farmácia – Rua Com.Alexandre Amorim 330, Aparecida – Manaus-AM
69010-300 . Fone: (92) 232-6504 alucas@ufam.edu.br

ANEXO 03



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP PARECER – PROCESSO 0019/2003

I. Identificação

Título: Uso de psicotrópicos entre estudantes da rede pública de ensino fundamental e médio em municípios de Estado do Amazonas.

Instituição: Universidade Federal do Amazonas

Pesquisador responsável: Ana Cyra dos Santos Lucas

Data de apresentação ao CEP: 07.08.2003

II. Objetivos

Geral: Conhecer a atual situação do consumo de drogas entre estudantes da rede pública de ensino fundamental (5ª a 8ª séries) e médio de municípios do interior do Amazonas.

Específicos: Determinar o número de usuários de psicotrópicos entre estudantes da rede pública de ensino fundamental (5ª a 8ª séries) e médio dos Municípios: Coari, Itacoatiara, Manacapuru, Maués, Parintins, Tefé, Barcelos, Japurá, Maraã, Novo Airão, Santa Izabel do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Eirunepé, Fonte Boa, Santo Antonio do Içá, Tabatinga, Boca do Acre, Borba, Humaitá, Lábrea, Manicoré e Tapauá;

Levantar informações sobre os principais psicotrópicos que estão sendo utilizados pelos estudantes, e sua características de consumo;

Investigar sucintamente as principais causas relacionadas com a utilização destas substâncias.

III. Sumário do projeto

Descrição e caracterização da amostra: Trata-se conforme objetivo geral, de “conhecer a atual situação do consumo de drogas entre estudantes da rede pública de ensino fundamental (5ª a 8ª séries) e médio de municípios do interior do estado do Amazonas. Faz uso da literatura sobre a temática caracterizando o problema, inclusive de pesquisas anteriores na capital, Manaus. E agora quer estender esse estudo nos municípios do Estado.

Crerios de inclusão e exclusão: Inclusão: A amostra será representativa com a participação no mínimo de 8% do percentual populacional em cada mesorregião, cujos os municípios selecionados constam nos objetivos específicos acima. Outro critério utilizado para inclusão do município na amostra é a sua exposição (teoricamente) ao tráfego de drogas. O instrumento de coleta será o questionário segundo modelo aplicado por Galduróz e col.(1997).

Adequação da metodologia: a metodologia adotada é adequada aos objetivos propostos.



IV. Comentários do CEP

Pesquisa é relevante e bem construída com metodologia consistente que certamente trará contribuição científica nessa área, bem como aos governantes para formulação de políticas públicas para atender essa demanda.

V. Parecer do CEP

Frente a Resolução 196/96, **projeto aprovado**. Conforme determinado pela resolução 196/96 solicitamos apresentação de relatórios anuais com dados referentes a pesquisa, sendo o primeiro entregue a este comitê até Dezembro de 2004.

VI. Data da Reunião: 29.08.2003

VII. Data do parecer: 02/09/2003

KÁTIA LUZ TORRES SILVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa da Fundação Hemoam