



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

TÂNIA REGINA FERREIRA VILHENA

**FATORES QUE INFLUENCIAM O TABAGISMO ENTRE ADOLESCENTES
ESCOLARES NO MUNICÍPIO DE MACAPÁ-AP**

Macapá-AP

2013

TÂNIA REGINA FERREIRA VILHENA

**FATORES QUE INFLUENCIAM O TABAGISMO ENTRE ADOLESCENTES
ESCOLARES NO MUNICÍPIO DE MACAPÁ-AP**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de Concentração Epidemiologia e Saúde Pública.

Orientadora Prof^a Dr^a Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco

Macapá-AP

2013

V711f Vilhena, Tânia Regina Ferreira.

Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP/ Tânia Regina Ferreira Vilhena - Macapá: UNIFAP, 2013.

XIV, 124p. il.

Dissertação (Mestrado) do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá.

Orientadora: Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco

TÂNIA REGINA FERREIRA VILHENA

**FATORES QUE INFLUENCIAM O TABAGISMO ENTRE ADOLESCENTES
ESCOLARES NO MUNICÍPIO DE MACAPÁ-AP**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de Concentração Epidemiologia e Saúde Pública.

Aprovado em 04 de Outubro de 2013.

BANCA AVALIADORA

Dr^a Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco – Universidade Federal do Amapá
Orientadora – Presidente da Banca

Dr. Álvaro Augusto Ribeiro de Almeida Couto – Faculdade Estácio – SEAMA
Membro I – Convidado

Dr^a Rosemary Ferreira de Andrade – Universidade Federal do Amapá
Membro II – Convidada

Dr. Eduardo Augusto da Silva Costa – Universidade Federal do Pará
Membro III – Convidado

Dr^a Anneli Mercedes Celis de Cárbenas – Universidade Federal do Amapá
Suplente

Aos estudantes que colaboraram na pesquisa e para os quais esta foi elaborada, na tentativa de entender o tabagismo neste grupo e, a partir dos resultados, contribuir para melhorias na execução da política de promoção à saúde, no município de Macapá.

A todos os fumantes e ex-fumantes, como incentivo para buscar apoio e tratamento.

A todos os profissionais de saúde que acreditam nas práticas da promoção à saúde.

AGRADECIMENTOS

À **Deus** pela persistência para comigo!

À minha família, pela paciência e compreensão, apoio e superação nos momentos em que me fiz ausente. Às minhas meninas, **Tainá Vilhena e Ana Flávia Balieiro**, vocês são a razão de todo esforço, sem vocês minha vida seria triste e sem sentido. Pelo sonho que sonhamos juntas, lembrem sempre, amo vocês! A você, **Carlos Balieiro**, pela paciência e apoio, à seu próprio modo, obrigada pela cumplicidade nos momentos mais difíceis, sei que posso contar com você sempre. À minha prima-irmã, **Nedilete Negrão** e minha sobrinha e filha de coração, **Isabella (Bel)**, vocês são parte de minha caminhada e trajetória de vida, nunca esqueçam, muito obrigada por tudo!

A minha mãe, **Benedita Ferreira Vilhena**, mulher guerreira, detentora de uma sabedoria imensa que só é menor que seu coração.

Aos amigos que apoiaram e acreditaram sempre, me fazendo crer que era somente mais um obstáculo a ser superado e uma nova vitória a ser conquistada, em especial às queridas amigas **Dulcinês Amorim (Deide)**, **Josiany Sousa**, **Francisca Pinheiro**, **Ivana Rovená**, **Luiza Cruz** e **Clíbia Torres**, cada uma foi tão importante em momentos únicos. Muito Obrigada!

À Prof^a **Rosilda Chamilco**, pelo conhecimento, sábias e oportunas palavras e orientações, em momentos de dúvidas e incertezas;

À Prof^a **Sânzia Fernandes** pelas valorosas contribuições.

À todos os colegas desta jornada, mas em especial **Rafael Cleison**, **Clodoaldo Cortes** e **Gabriela Lima**, pelo apoio, estímulo, incentivo, conversas e troca de idéias;

Às instituições **SEED/GEA** e **SEMED/PMM**, e à todas as **Escolas (públicas e privadas)**, **Diretores**, **Coordenadores Pedagógicos**, **Professores** e claro, **pais e estudantes**, pela participação e colaboração nesta pesquisa.

Às queridas **Andréa Lima**, **Nilza Soares** e **Vanja Orico**, pelas oportunidades e acessos que me ajudaram a alcançar.

Aos meus alunos pela torcida, estímulo, confiança, incentivo, vocês me mostram sempre o quanto é bom acreditar e acima de tudo realizar sonhos!

A todos que contribuíram de alguma forma, mesmo que apenas na torcida, para esta pesquisa, muito obrigada!

“Todas as epidemias têm um meio de contágio, um vetor que dissemina doença e morte. Para a epidemia do tabagismo o vetor não é um vírus, uma bactéria ou outro microrganismo – é a indústria e suas estratégias de negócio”

(Organização Mundial de Saúde, 2008).

RESUMO

O tabagismo é uma doença, classificada pela Organização Mundial de Saúde, como Síndrome tabaco-dependência, atinge atualmente mais de um bilhão de pessoas no mundo todo e está relacionado com no mínimo 50 doenças, dentre as quais câncer, hipertensão arterial e diabetes, levando a morte algo em torno de cinco milhões de pessoas, anualmente. No Brasil, aproximadamente 200 mil vidas são ceifadas por ano por apresentarem correlação com o hábito de fumar, dados do VIGITEL, coletados em 2011, informam que 14,8% da população brasileira maior de 18 anos são fumante, no estado do Amapá, este percentual corresponde a 10,9%. Diversos autores afirmam que a dependência pelo tabaco inicia-se antes dos 19 anos, desta forma este trabalho tem como objetivo principal: Identificar os fatores determinantes para o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá, e para atingir tal propósito, visa caracterizar o perfil do adolescente escolar quanto aos riscos para desenvolver o hábito de fumar, avaliar os estímulos para o uso do tabaco recebidos pelos adolescentes e identificar ações de enfrentamento do tabagismo, desenvolvidas pelas escolas junto aos escolares. A pesquisa tem um caráter descritivo, com abordagem qualiquantitativa, e foi realizada em 10 escolas, entre públicas e privadas no município de Macapá, entre os meses de novembro e dezembro de 2011, com um total de 1630 alunos, entre 11 e 19 anos que cursavam, entre a 5ª série do ensino fundamental e o 3º ano do ensino médio. O intervalo de confiança foi de 95%, com nível de significância de 0,05. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAP e apontou que 17% dos adolescentes informaram fazer uso do cigarro constantemente, que receberam o primeiro cigarro de amigos, 51,5% convivem diariamente com fumantes por até 4 horas/dia, 61,7% já ingeriu bebida alcoólica no período de trinta dias que antecedeu a pesquisa, 58,8% costuma praticar esportes e 71,3% informam ter recebido orientações sobre prevenção ao fumo, mas não participam (54%) de forma efetiva das ações desenvolvidas pelas escolas com foco na prevenção ao uso do tabaco. Define-se desta forma como fatores que influenciam ao tabagismo entre adolescentes escolares: a influência de amigos ou familiares fumantes, hábitos de vida como a ingestão de álcool e a pouca aplicabilidade das informações repassadas quanto aos malefícios do cigarro.

Palavras-chave: Tabagismo. Adolescente. Estudantes

ABSTRACT

Smoking is a disease classified by the World Health Organization, as tobacco-dependence syndrome, currently reaches more than one billion people worldwide and it is related to at least 50 diseases, among them cancer, hypertension and diabetes, leading to death around five million people annually. In Brazil, about 200 hundred thousand lives are snuffed out every year because they have a correlation with smoking, VIGITEL data, collected in 2011, reported that 14.8% of the population over 18 are smoker, in the state of Amapá, this percentage corresponds to 10.9%. Several authors claim that tobacco addiction begins before age 19, so this work aims to identify the main factors for smoking among adolescent students in the city of Macapá, and to achieve this purpose, intends to characterize the profile of teen school about risks to develop the habit of smoking, to evaluate the stimuli received by adolescents to use tobacco and identify actions to fight smoking, developed by schools. The research is a descriptive study, with qualitative and quantitative approach, and was conducted in 10 schools, public and private from Macapá city, during the months of November and December 2011, a total of 1630 students, between 11 and 19 years attending, between 5th grade and 3^d year of high school. The confidence interval was 95%, with a significance level of 0.05. The study was approved by the Ethics in Research committee of UNIFAP and pointed out that 17% of adolescents reported making use of cigarettes constantly and that they received their first cigarette from friends, 51.5% live daily with smokers for up to 4 hours/day, 61.7% had consumed alcohol within thirty days preceding the survey, 58.8% usually play sports and 71.3% report having received guidance on smoking prevention, but do not take effectively part on (54%) the actions undertaken by schools with a focus on prevention of tobacco use. Therefore it is set up the following factors that influence smoking among school adolescents: The influence of friends or family smoking, lifestyle habits such as drinking alcohol and poor applicability of the information passed on about the harm of smoking.

Keywords: Smoking. Adolescents. Students

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Folha e variedade de flor do tabaco	26
Figura 2 – Representação da molécula da Nicotina	27
Figura 3 – Compostos do cigarro	29

LISTA DE GRÁFICOS E QUADRO

Gráfico 1 – Prevalência do uso do tabaco em adultos nos 14 países que utilizam a Pesquisa Global do Tabaco Adulto (GATS), 2008-2010.	31
Quadro1 – Proporção de mortalidade atribuída ao uso do tabaco	32
Gráfico 2 – Evolução da prevalência de fumante atual no Brasil e segundo sexo. VIGITEL, 2006-2011.	34
Gráfico3 – Percentual de fumantes, em uma amostra de (n=1630) estudantes. Macapá-AP, 2011.	67
Gráfico 4 – Avaliação da prevalência do tabagismo entre gêneros (n=1630). Macapá-AP, 2011.	68
Gráfico 5 – Distribuição da quantidade de estudantes que já experimentaram cigarro, em uma amostra de (n=1350) sujeitos. Macapá-AP, 2011.	70
Gráfico 6 – Distribuição da quantidade de estudantes que já sentiram vontade de fumar cigarro, em uma amostra de (n=1287) sujeitos. Macapá-AP, 2011.	72
Gráfico 7 – Distribuição da quantidade de cigarros consumidos diariamente, pelos estudantes que afirmavam ser fumantes, em amostra de (n=280) sujeitos. Macapá-AP, 2011.	73
Gráfico 8 – Distribuição do tempo de fumante, em uma amostra de (n=280) estudantes fumantes. Macapá-AP, 2011.	74
Gráfico 9 – Distribuição da vontade de parar de fumar, em uma amostra de (n=280 estudantes fumantes). Macapá-AP, 2011.	75
Gráfico 10 – Informação sobre quem ofereceu o primeiro cigarro, em uma amostra de (n=1630) estudantes. Macapá-AP, 2011.	76
Gráfico 11 – Distribuição do entendimento de que o fumo é prejudicial à saúde, em uma amostra de (n=1630) estudantes. Macapá-AP, 2011.	77
Gráfico 12 – Informação sobre o entendimento se o fumo vicia, em uma amostra de (n=1630) estudantes. Macapá-AP, 2011.	79
Gráfico 13 – Respostas à pergunta “Você sabe o que é fumo passivo?”, em uma amostra de (n=1630) estudantes. Macapá-AP, 2011.	80
Gráfico 14 – Prevalência de contato dos adolescentes com fumantes por n=1630 estudantes. Macapá-AP, 2011.	82

Gráfico 15 – Avaliação a associação entre hábito de fumar em relação a pratica esportes, em n=1630 estudantes. Macapá-AP, 2011.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Consolidado de pesquisas realizadas sobre percentual do tabagismo no Brasil entre os anos de 1989 a 2008.	33
Tabela 2 – Características gerais do aluno (n=1630). Macapá-AP, 2011.	63
Tabela 3 – Avaliação do risco de ter o hábito de fumar em relação ao convívio com pessoas fumantes, em n=1630 estudantes. Macapá-AP, 2011.	83
Tabela 4 – Tempo de duração diária do convívio com pessoas fumantes, em n=840 estudantes que convivem com fumante. Macapá-AP, 2011.	83
Tabela 5 – Especificação do local ou grupo de convivência com fumantes (n=840) estudantes. Macapá-AP, 2011.	84
Tabela 6 – O que mais chama atenção no cigarro segundo 1630 estudantes adolescentes. Macapá-AP, 2011.	84
Tabela 7 – Avaliação a associação entre hábito de fumar e a ingestão de bebida alcoólica, em n=1630 estudantes. Macapá-AP, 2011	86
Tabela 8 – Tempo decorrido da última ingestão de bebida alcoólica respondida por 1005 estudantes que já desenvolveram esta prática. Macapá-AP, 2011.	87
Tabela 9 – A avaliação a associação entre hábito de fumar e a participação em grupo de jovens e religião de n=1630 estudantes. Macapá-AP, 2011.	88
Tabela 10 – Distribuição da participação social, fatores que chamam atenção e formas de lazer, conforme o sexo (n= 280) estudantes fumantes, Macapá-AP, 2011.	90
Tabela 11 – Distribuição da participação social, fatores que chamam atenção e formas de lazer, entre fumantes e não-fumantes do sexo masculino, Macapá-AP, 2011.	91
Tabela 12 – Distribuição da participação social, fatores que chamam atenção e formas de lazer, entre fumantes e não-fumantes do sexo feminino, Macapá-AP, 2011.	92
Tabela 13 – Informação sobre ter recebido orientação quanto à prevenção ao tabagismo. Macapá-AP, 2011.	94
Tabela 14 – Informação sobre o principal local da orientação quanto à	

prevenção ao tabagismo. Macapá-AP, 2011.	95
Tabela 15 – Desenvolvimento de atividades de prevenção ao fumo pelas escolas, na percepção do aluno. Macapá-AP, 2011.	96
Tabela 16 – Participação do adolescente em atividades educativas desenvolvidas pelas escolas. Macapá-AP, 2011.	96
Tabela 17 – Aplicabilidade pelos adolescentes das orientações recebidas nas escolas. Macapá-AP, 2011.	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C – Antes de Cristo

AMS – Assembleia Mundial da Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AP – Amapá

ART. – Artigo

BIOSTAT – Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Bio-Médicas

CAP – Capítulo

CDC – Centro de Controle de Doenças

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFB – Constituição Federal do Brasil

CID – Classificação Internacional de Doenças

CO – Monóxido de Carbono

CQCT – Convenção Quadro de Controle do Tabaco

DAB – Departamento de Atenção Básica

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

ECA – Estatuto da Criança e Adolescente

ESF – Estratégia/Equipe Saúde da Família

FAT – Fumaça Ambiental do Tabaco

FR – Folha de Rosto

FSM – Fumaça de Segunda Mão

GATS – Pesquisa Global do Tabaco Adulto

GEA – Governo do Estado do Amapá

HAB. – Habitante

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICD – Instrumento de Coleta de Dados

IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

INCA – Instituto Nacional do Câncer

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada

Km² – Quilômetro ao quadrado

LDB – Leis de Diretrizes e Bases

MEC – Ministério de Educação e Cultura
mg – Miligrama
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
O₂ – Molécula de Oxigênio
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PCN – Parâmetro Curricular Nacional
PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PMM – Prefeitura Municipal de Macapá
PMS – Pesquisa Mundial de Saúde
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNPS – Política Nacional de Promoção à Saúde
PNSN – Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PPP – Projeto Político Pedagógico
PSE – Programa Saúde na Escola
RDC – Resolução de Diretoria Colegiada
SAS – Secretária de Atenção à Saúde
SBPT – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
SEED – Secretaria Estadual de Educação
SEMED – Secretaria Municipal de Educação
SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde
SM – Salário Mínimo
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNIFAP – Universidade Federal do Amapá
VIGESCOLA - Inquérito de Tabagismo em Escolares
VIGITEL – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico
WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 OBJETO DE ESTUDO	20
1.2 QUESTÕES NORTEADORAS	20
1.3 OBJETIVOS	20
1.3.1 Geral	20
1.3.2 Específicos	20
1.4 JUSTIFICATIVA	21

CAPITULO II

2 REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1 ASPECTOS GERAIS DO TABAGISMO	22
2.1.1 Aspectos históricos do uso do tabaco	22
2.1.1.1 Período da antiguidade a idade média – a.C ao Século XV	22
2.1.1.2 Da idade moderna à contemporânea – Século XVI aos dias atuais.	23
2.1.2 As substâncias constituintes do tabaco	25
2.1.3 Panorama epidemiológico do tabagismo	30
2.1.3.1 Âmbito mundial	31
2.1.3.2 Âmbito nacional	33
2.1.3.3 Âmbito local	35
2.2 FATORES PREDISPOONENTES PARA O TABAGISMO ENTRE ADOLESCENTE	36
2.2.1 O impacto do tabagismo na adolescência	36
2.2.2 Fatores associados ao uso do tabaco entre adolescentes	38
2.2.2.1 Fatores sociais	38
2.2.2.1.1 Baixo poder aquisitivo	38
2.2.2.1.2 Influência dos pais, irmãos e amigos	39
2.2.2.2 Fatores culturais	40
2.2.2.3 Fatores comportamentais	40
2.2.2.4 Influência da mídia e indústria do tabaco	42
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE	43
2.3.1 Âmbito mundial	44

2.3.1.1 Convenção-Quadro para Controle do Tabaco	44
2.3.2 Âmbito nacional	46
2.3.2.1 Programa Nacional de Controle do Tabagismo	46
2.3.2.2 Política Nacional de Promoção à Saúde	48
2.3.2.2.1 Programa Saúde na Escola	50
2.4 A ESCOLA COMO ESPAÇO SOCIAL E DE SAÚDE	51
2.4.1 Aspetos gerais	51
2.4.2 Medidas protetivas contra o uso do tabaco	53
CAPÍTULO III	
3 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS	55
4.1 TIPO DE PESQUISA	55
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA	55
4.3 SUJEITO DA PESQUISA	57
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	58
4.5 OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA	58
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA	60
CAPÍTULO IV	
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO	62
4.1 PERFIL DA AMOSTRA DE ADOLESCENTES ESCOLARES	62
4.2 FATORES QUE INFLUENCIAM PARA A PRÁTICA DO TABAGISMO ENTRE ADOLESCENTES ESCOLARES	67
4.2.1 Caracterização dos adolescentes quanto a relação com o tabagismo	67
4.2.2 Fatores determinantes para o desenvolvimento do tabagismo entre adolescentes	81
4.2.2.1 Análise comparativa entre gêneros	89
4.3 AÇÕES DE ENFRENTAMENTO E PROTEÇÃO ESCOLAR COM FOCO NA PREVENÇÃO DO TABAGISMO	93
CAPÍTULO V	
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	102
ANEXO	
Anexo I – Certidão de Aprovação da Pesquisa no CEP/UNIFAP	114

APÊNDICE

Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	116
Apêndice II – Instrumento de Coleta de Dados – Questionário	117

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma síndrome pandêmica de classificação psiquiátrica, e que, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) atinge em torno de um bilhão e duzentos milhões de pessoas no mundo. No Brasil apesar de estudos mostrarem que a prevalência de fumantes de modo geral tem sofrido acentuada queda nos últimos anos, sua ocorrência entre mulheres e adolescentes ainda é preocupante, assim pesquisas voltadas a prevenção da iniciação precoce e o incentivo a estratégias de enfrentamento ao tabagismo entre adolescentes, em especial, deve ser a tônica das políticas de promoção a saúde, adotadas por municípios e estados, para melhorar os indicadores de saúde que têm doenças tabaco relacionadas.

Considerando que a prevenção ao tabagismo é uma política de saúde pública adotada mundialmente, inclusive tendo sido ratificada através da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), pelo Brasil, que foi o segundo país do mundo a assiná-la e o centésimo a ratificá-la em outubro de 2005, e ainda, que a atuação junto às escolas, no sentido de fortalecer as práticas de promoção à saúde, que vem sendo adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), e Ministério da Educação (MEC), institui, não somente o combate ao uso do tabaco, mas também a disseminação de ações contra o uso de álcool e outras drogas junto a crianças e adolescentes, utilizando para tal de estratégias como o Programa Saúde do Escolar (PSE). Ressalta-se que, a integração escola e equipe de saúde fortalece a política de promoção em saúde nas diversas interfaces, não apenas quanto à prevenção ao uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, mas também direcionado aos hábitos de vida e alimentação saudáveis, assim como práticas de atividades físicas e sexualidade segura.

Não se pode esquecer que o tabaco é uma droga socialmente aceita e consumida por bilhões de pessoas no mundo, e ainda que, apesar de o Brasil ser o segundo maior produtor e o primeiro exportador mundial deste produto, as ações, voltadas a prevenção, devem pautar por todas as políticas intersetoriais e transversais no sentido de discutir o consumo do tabaco como um grave problema de saúde pública tanto no território nacional quanto local

1.1 OBJETO DE ESTUDO

A adolescência na sua singularidade e busca por identidade social e moral tornou-se objeto de estudo nesta pesquisa, que buscou aprofundar o entendimento sobre este período etário e sua relação com drogas, em especial o tabaco e identificar especificamente quais os fatores que influenciam o fumo entre adolescentes escolares no âmbito do município de Macapá-AP.

1.2 QUESTÕES NORTEADORAS

Tendo em vista a necessidade de identificar e avaliar os fatores que influenciam à iniciação ao tabagismo entre adolescentes escolares em Macapá e assim poder subsidiar a estrutura de promoção à saúde adotada pelos serviços responsáveis no âmbito da gestão pública de educação e também saúde, com foco na prevenção ao uso do tabaco, o estudo buscou responder as seguintes questões:

- a) A exposição do adolescente ao fumo em ambiente familiar, escolar/trabalho ou comunitário influencia na iniciação ao tabagismo?
- b) A propaganda e marketing do cigarro ainda têm influência sobre a iniciação ao uso do tabaco entre os adolescentes escolares?
- c) As ações de promoção à saúde, com foco em medidas preventivas, têm surtido o efeito de limitar a iniciação ao tabagismo entre os adolescentes?
- d) O adolescente percebe a escola como elaboradora e executora de ações que visam a promoção à saúde?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

Identificar os fatores determinantes para o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá.

1.3.2 Específicos

Caracterizar o perfil do adolescente escolar quanto aos riscos para desenvolver o hábito de fumar;

Avaliar os estímulos para o uso do tabaco recebidos pelos adolescentes escolares;

Identificar ações de enfrentamento do tabagismo, desenvolvidas pelas escolas junto aos adolescentes.

1.4 JUSTIFICATIVA

A realização do estudo buscou responder aos questionamentos que relacionam a exposição do adolescente aos fatores de risco inerentes à prática do fumar, como o aumento na potencialidade de envolvimento com outras drogas psicoativas e entorpecentes, além das complicações advindas das doenças tabaco relacionadas, desta forma torna-se imprescindível intensificar a adoção de políticas públicas locais já existentes destinadas à prevenção da iniciação ao fumo. Ressalta-se que, apesar de haver no país uma política bem estruturada de controle do tabagismo, e da existência de um tratado global de saúde pública cujo objetivo é reduzir o impacto do adoecimento e morte causados pelo consumo e exposição à fumaça do tabaco, esta não é adotada em todo o território nacional com a unicidade e seriedade que o assunto requer.

Em se tratando do Estado do Amapá e do município de Macapá a política local de combate ao tabaco ainda é incipiente, uma vez que, quanto à oferta de assistência voltada para a cessação ao fumo, poucos estabelecimentos de saúde municipal oferecem o tratamento gratuito aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e quanto à prevenção ao uso esta ganha maior destaque apenas em datas pontuais de comemoração nacional, com poucas ações de continuidade tanto no âmbito da saúde quanto da educação.

Assim, tendo em vista a realidade local de ações pontuais na prevenção e ainda pouca expressão no tratamento para cessação, é de extrema significância identificar os fatores que podem vir a influenciar para que ocorra a iniciação ao fumo entre um dos grupos mais vulneráveis que é identificado como aquele de maior prevalência entre os iniciantes, que se trata do adolescente, comprovadamente público prioritário da indústria tabageira.

CAPÍTULO II

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ASPECTOS GERAIS DO TABAGISMO

2.1.1 Aspectos históricos do uso do tabaco

De acordo com a Enciclopédia Barsa (2001, p.462) o termo tabaco que vem do “árabe *tabaq ou tubaq* (plantas que tonteavam e adormeciam), deriva de um vegetal do gênero *Nicotiana*, a qual também pertence o tomate, a batata, a berinjela e o pimentão, e compõem à família das *Solenáceas*”. Rosemberg (2003) informa que, sendo o cigarro o principal dispositivo de nicotina, é produzido com a mistura das folhas desta planta e a fumaça é resultante da combustão de matéria orgânica.

2.1.1.1 Período da antiguidade a idade média – a.C ao Século XV

A origem do tabaco é incerta, relatos apontam que pode ter sido no continente Asiático, na Pérsia ou mesmo na Austrália, no entanto, pesquisas (PINHO, 1919; ROSEMBERG, 2003; ISAQUE, 2011), mostram que esta erva foi provavelmente descoberta e utilizada, primeiramente na América Central, por volta do ano 1000 a.C. Quando da ocorrência do descobrimento da América, a frota de Colombo já encontrou os indígenas do novo continente fumando grossos e longos rolos de uma folha que posteriormente seria conhecida como o tabaco, partindo desta data, os primeiros registros escritos da existência desse produto no continente europeu, no final do Século XV, que descreviam cenas dos indígenas em contato com a substância, a exemplo da assertiva de Mahn-Lot (1999, p.56, *apud* SOUZA, 2004, p.89) ao relatar que, “encontraram muitas pessoas, homens e mulheres, que iam para suas aldeias, com um tição aceso na mão, com o qual acendiam ervas, cujas fumaças aspiravam”.

A folha era usada por indígenas, como erva, em rituais religiosos, no objetivo de entrar em transe e falar com espíritos e entidades, a fumaça era considerada purificadora e também se destinava a proteção e fortalecimento dos guerreiros das tribos, além do poder de predição do futuro, que lhe era atribuído, quando para tal os

pajés utilizavam doses excessivas da erva o que, segundo Silva (1990, p.15), acabavam por levar “a quadros de intoxicação aguda (náuseas, dificuldades respiratórias, vômitos, tremores, convulsão e momentos de alucinação)”. Candin (1939, p.152, *apud* SOUZA, 2004) descreve que;

“A alguns faz muito mal e os atordoa e embebeda; a outros faz bem e lhes faz deitar muitas reimas pela boca. As mulheres também o bebem, mas são as velhas e enfermas, porque ele é muito medicinal, principalmente para os doentes de asma, cabeça ou estômago, e daqui vêm grande parte dos portugueses beberem este fumo, e o tem por vício ou preguiça, e imitando os índios, gastam nisso dias e noites”.

Com origem, provavelmente no novo continente, recém descoberto, a planta ganha a Europa no final do Século XVI, disseminando-se por vários e importantes países do continente e alcançando cada vez mais adeptos.

2.1.1.2 Da idade moderna à contemporânea – Século XVI aos dias atuais.

Rosemberg (2003), relata que, o consumo do tabaco na Europa, continente responsável pela disseminação do tabagismo, se deu por volta do Século XVI, quando a Espanha, seguida de Portugal, França e Inglaterra, começou a usar a folha, primeiramente com intuito medicinal, o qual se acreditava, a planta continha. Tal pressuposto tem respaldo nos registros de que, em 1560, Jean Nicot, médico e então embaixador da França em Portugal, após conhecê-la, através de Damião Góes, ex-embaixador em Flandres, a utilizou para tratamento de uma úlcera na perna. E também que a Rainha Catarina de Médice, da França, por intermédio de Nicot, usou-a para cura de enxaqueca.

Ainda segundo Rosemberg (2003, p.13-16) no decorrer dos Séculos XVI e XVII, o hábito de fumar alcançou, além dos segmentos sociais, também a igreja, quando, até mesmo padres, desenvolviam esta prática durante as missas, chegando a ponto de o “Papa Urbano VIII tomar uma decisão drástica, editando bula com interdição aos fumantes e condenando-os à excomunhão”.

“A partir do Século XVIII, o uso do produto disseminou-se em todo o território europeu, passou a figurar em encontros sociais e de negócios, quando nobres e pessoas de posses costumavam utilizá-lo em tabacarias, chamadas de Tabagies”, no entanto, esta prática era comum a todas as classes sociais e, desta forma,

também plebeus, soldados e marinheiros costumavam utilizar cachimbo e ou mesmo aspirar rapé, outra forma usada para consumir a erva (ROSEMBERG 2003, p.13).

Ainda, baseado no autor supracitado (2003) o tabaco era utilizado nas mais diversas formas, inicialmente fumado através do cachimbo, depois aspirado como rapé, usando para tal as tabaqueiras, que de acordo com seu material de fabricação, ostentavam as posses do proprietário depois, volta a ser fumado utilizando-se o charuto e por fim o cigarro, já no Século XIX, o qual mostrou ser a forma mais prática e popular de utilização do produto e que é, até hoje, amplamente usado.

Nos Estados Unidos, houve verdadeira explosão do cigarro na década de 1880, quando se inventou uma máquina que produzia duzentas unidades por minuto. Logo, surgiram máquinas produzindo centenas de milhões por dia. O cigarro teve sua expansão por ser mais econômico mais cômodo de carregar e usar do que o charuto ou o cachimbo (ROSEMBERG, 2003, p.17).

O cigarro inspirou também uma inusitada transculturação mundial através da vinculação do produto ao caráter filosófico ocorrido em decorrência da música, teatro, literatura e pintura, produzida por diversos e renomados artistas no decorrer dos Séculos XIX e XX, uma vez que se acreditava que o mesmo possuía um “potencial relaxante, que libertava pensamentos e estimulava idéias” (BRASIL, 1998, p.10).

Entre o final do Século XIX e início do Século XX, o processo da rápida industrialização e conseqüente crescimento urbano mundial interferiram nos hábitos das pessoas. E assim, neste período, ocorreu uma explosão no consumo do cigarro baseado em dois principais fatores: a produção em escala industrial, que elevou o potencial econômico das indústrias fumageiras, e a intensificação de ações de propaganda e marketing que “foi decisiva para dar ao ato de fumar uma representação social positiva, através da associação entre o consumo de derivados do tabaco e o ideal de autoimagem, como beleza, sucesso e liberdade” (CARVALHO, 2009, p.25).

Cabe ressaltar o papel desenvolvido pelas duas grandes guerras por qual passou a humanidade no início do Século XX e que têm significativa importância para o aumento no consumo do produto, Rosemberg (2003, p. 17) destaca que “a primeira grande expansão mundial foi após a Primeira Guerra Mundial, de 1914 a 1918. Entretanto, sua difusão foi praticamente no sexo masculino. A difusão entre as mulheres cresce após a Segunda Guerra Mundial, de 1939 a 1945”.

A percepção de que o uso do cigarro traria mais malefícios que benefícios aos usuários, foi desenvolvida apenas no final da década de 1950, quando evidências científicas começam a relacionar o consumo de tabaco ao câncer de pulmão e outras doenças. Atualmente, o conhecimento sobre os malefícios do cigarro, subsidiado através de pesquisas científicas, possibilita aos meios de comunicação o respaldo necessário e adequado para o repasse das informações sobre os riscos do uso do produto a população em geral, no entanto, o poderio da indústria fumageira, que através do marketing tem investido em países em desenvolvimento e nestes, em crianças, adolescentes e mulheres, para propagar seu consumo, vem tentando contrapor tais evidências científicas, na tentativa de se manter ativa e forte no mercado consumidor (FIGUEIREDO, 2007).

Destaca-se que foi em homenagem a Jean Nicot, que o produto ativo do tabaco passou a ser denominado de Nicotina, em 1737 por intermédio de Lineu, na primeira classificação científica das plantas, tendo esta, variedades e nomenclaturas diversas, entre as quais “*Nicotiana tabacum*”, “*Nicotiana rústica*”, “*Nicotiana glutinosa*” e “*Nicotiana penicilata*” (ROSEMBERG, 2003, p.14).

2.1.2 As substâncias constituintes do tabaco

O tabaco é composto por cerca de 4720 substâncias, os constituintes são muitos e complexos, sendo em torno de 68 deles já identificados como reconhecidamente carcinogênicos, além de grande número de irritantes e intoxicantes, a fumaça produzida pela queima do produto possui componentes gasosos e particulados, com destaque para as seguintes substâncias: Nicotina, Alcatrão e Monóxido de Carbono, consideradas as mais perigosa (INSTITUTO, 2007).

Estudos de Rosemberg (2003) mostram que a Nicotina é um alcalóide vegetal e tem como fonte principal a planta do tabaco, que pode atingir até dois metros de altura, sendo sintetizada nas raízes, sobe pelo caule e chega até as folhas, que podem alcançar em média, 60 a 70 centímetros de comprimento, possui ainda flores que podem ser vermelhas, amarelas ou brancas (FIGURA 1).

De acordo com Moreira (2007), a nicotina, quanto à estrutura química (FIGURA 2, p.27), também pode ser descrita como;

A formação de um composto orgânico, uma amina terciária composta de anéis de piridina e pirolidina, de forma molecular $C_{10}H_{14}N_2$ com estrutura correspondente, possui consistência líquida à temperatura ambiente, incolor, inodora e oleosa e quando exposta à luz ou calor adquire uma coloração marrom e odor característico do tabaco. (MOREIRA, 2007, p.3).

Ressalta-se assim que, a Nicotina é então uma substância psicoativa que causa dependência, “capaz de estimular, deprimir ou perturbar o sistema nervoso central e todo o organismo, dependendo da dose e da frequência com que é utilizada” (MARQUES *et al*, 2001, p.202).

Figura 1 – Folha e variedades de flor do tabaco.

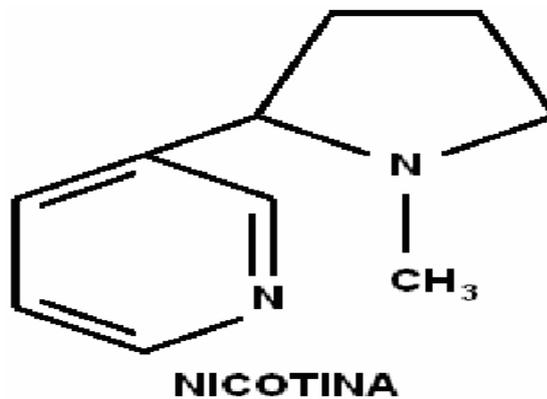


Fonte: Flor do tabaco, (ADVIVO, 2012).

Ao ser inalada, esta substância tem a potencialidade de alcançar o cérebro humano, cerca de dez segundos após o fumante dar uma tragada, podendo atingir o pico máximo de concentração no organismo em até dez minutos, portanto, o usuário rapidamente sente o prazer provocado pelo fumo, com sensações de diminuição da

ansiedade, aumento da capacidade mental e melhora da atenção (MARQUES *et al*, 2001, p.202), porém, esta droga tem meia vida relativamente curta, de até duas horas, o que provoca a necessidade de novo contato em curto espaço de tempo com o produto. Nos fumantes regulares, a concentração subsequente de Nicotina pode ser de seis a oito horas após a última tragada. Cabe ressaltar que neste grupo a quantidade da substância no sangue arterial chega a ser dez vezes maior do que no sangue venoso (ROSEMBERG, 2003).

Figura 2 - Representação da molécula da nicotina.



Fonte: MOREIRA, 2007.

Rosemberg (2003, p.56) afirma também que, estudos mais recentes, têm mostrado que os fumantes que apresentam elevada sensibilidade à nicotina sofrem sintomas adversos ao experimentar a erva pela primeira vez, como “salivação, náuseas, vômitos, tontura, dor de cabeça, mal estar geral, porém, que insistindo em fumar, desenvolve-se tolerância à nicotina”.

A dependência à substância, que acomete o usuário, se dá, pois, a droga ao se ligar aos receptores colinérgicos nicotínicos, localizados no cérebro e coluna vertebral, e ser inalada, devido ao uso continuado do produto, faz com que haja um aumento no número dos receptores locais, ao nível do sistema nervoso central, o que acarreta uma mudança da fisiologia neuronal e leva ao quadro de dependência (KIRCHENCHTEJN; CHATKIN, 2004, p.14). “Os receptores nicotínicos também podem ser encontrados em regiões mais periféricas do corpo humano, como os gânglios autonômicos, as supra-renais, nervos sensitivos e musculatura esquelética” (MARQUES *et al*, 2001, p.202). Assim, o uso continuado do tabaco e a inalação de nicotina podem resultar, segundo Rosemberg (2003) nas seguintes consequências;

(...) Hipertensão, aterosclerose, espessamentos da parede das artérias e sua obliteração, provocando, conforme as regiões, gangrena das extremidades (doença de Reynaud), impotência, doenças coronárias, angina do peito, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, indiretamente a droga participa do processo oncogênico (ROSEMBERG, 2003, p.31).

O Alcatrão, existente na fumaça do tabaco, de acordo com Delfino (2000, p.06-07), é um “composto de 43 substâncias cancerígenas, entre as quais o Arsênico, Níquel, Benzopireno, além de substâncias radioativas, como o Polônio 210, o Carbono 14 e Rádio 226, entre outras”, que são absorvidas pelo fumante e também pelo não fumante quando o cigarro é aceso, o produto também é responsável pela coloração amarelada dos dentes e entre os dedos. Cavalcante (2002, *apud* OLIVEIRA, 2007, p. 79) afirma que o Alcatrão atua causando a “irritação dos órgãos respiratórios, favorecendo a ocorrência de doenças como bronquite e enfisema pulmonar”.

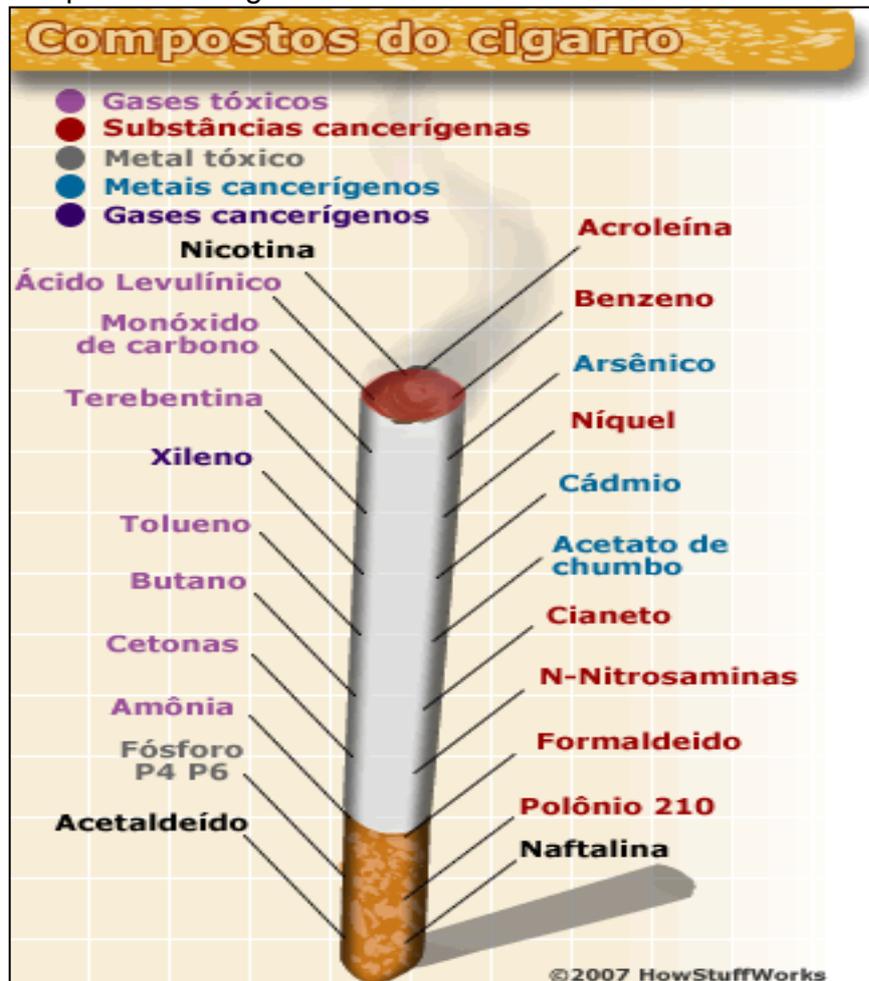
Quanto ao Monóxido de Carbono (CO), segundo Evans (1999) trata-se de um gás incolor e inodoro que ao ser inalado, penetra no sangue e pode se combinar com as moléculas de hemoglobina, com uma facilidade até 300 vezes maior que o próprio oxigênio (O₂), formando a carboxihemoglobina e dificultando assim o transporte e a distribuição desta substância, que é realizada pelas hemácias e hemoglobinas, para as células do organismo, levando a diminuição da resistência física, além de prejudicar a atividade mental. O autor destaca ainda que baixos níveis de CO no organismo humano resultam em palpitações cardíacas, que podem ter sérios efeitos sobre pessoas com problemas cardíacos prévios e que o excesso pode levar a morte considerando que os fumantes têm níveis de carboxihemoglobina circulante de duas a 15 vezes maiores que os não-fumantes.

Baseado nos riscos que estes componentes proporcionam ao organismo humano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu através da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 46/2001, que os valores máximos de Nicotina, Alcatrão e Monóxido de carbono contidos em um cigarro, são respectivamente de 1, 10 e 10 mg (BRASIL, 2001).

Destaca-se que diversas outras substâncias compõem o cigarro, como as amidas, cetonas, alcoóis, fenóis, nitritos e metais pesados (FIGURA 3), e a “inalação da fumaça resultante da queima de derivados do tabaco por não fumantes, constitui o chamado tabagismo passivo”, levando ao risco de adoecimento quem de modo

involuntário, convive habitualmente ou divide espaço, mesmo que esporadicamente, com o fumante, SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT, 2010).

Figura 3 – Compostos do Cigarro.



Fonte: Substâncias do cigarro ([ANARCOFAGIA, 2012](#))

Marques *et al* (2001), afirma também que o processo da dependência envolve vários fatores: ambientais, biológicos e psicológicos, além dos definidos como fatores não-farmacológicos, que têm importância na determinação dos problemas relacionados ao uso e a prevalência do tabaco, no entanto, o grau de tolerância e a dependência à substância são resultantes dos fatores farmacológicos, ou seja, do contato direto com a droga.

Cientificamente o tabagismo é um grave problema de saúde pública no âmbito mundial e o enfrentamento desta pandemia requer envolvimento político, econômico e social, com o objetivo de atuar na prevenção ao uso do tabaco.

2.1.3 Panorama epidemiológico do tabagismo

2.1.3.1 Âmbito mundial

O tabaco, de onde ocorre a produção de nicotina, é hoje o “causador de uma das maiores pandemias que assolam a humanidade, tornando-se o maior fator de risco de morte prematura evitável nos países industrializados” (FABRIS, 2008, p.11). Para a SBPT (2010, p.134) o tabagismo é “considerado um problema de saúde pública em razão da alta prevalência de fumantes e da mortalidade decorrente das doenças relacionadas ao tabaco”.

Segundo a World Health Organization (WHO, 2007, p.8) “fumar pode ser definido como o ato de manipular um produto derivado do tabaco aceso, independente de estar sendo inalado de forma ativa ou passiva”. Assim, a prática de fumar é conhecida como tabagismo e também, de acordo com a WHO (2010b, p.59), este termo designa “uma desordem mental e de comportamento em razão da síndrome da dependência à nicotina”, sendo reconhecido pela entidade, através da inclusão no Código Internacional de Doenças (CID10), pela denominação de “Síndrome Tabaco Dependência”.

O tabaco pode também atingir diretamente mesmo aquele que não o consome (fumante passivo), levando-o a apresentar doenças tabaco-relacionadas em proporções próximas as do fumante. De acordo com estudos do INCA (2007, p.8) o tabagismo passivo é a “terceira causa de morte evitável no mundo e o maior responsável pela poluição em ambientes fechados”. O fumo passivo pode ser classificado como a “inalação da fumaça de derivados do tabaco, por indivíduos não fumantes, que convivem com fumantes em ambientes fechados” (CARVALHO, 2009, p.28).

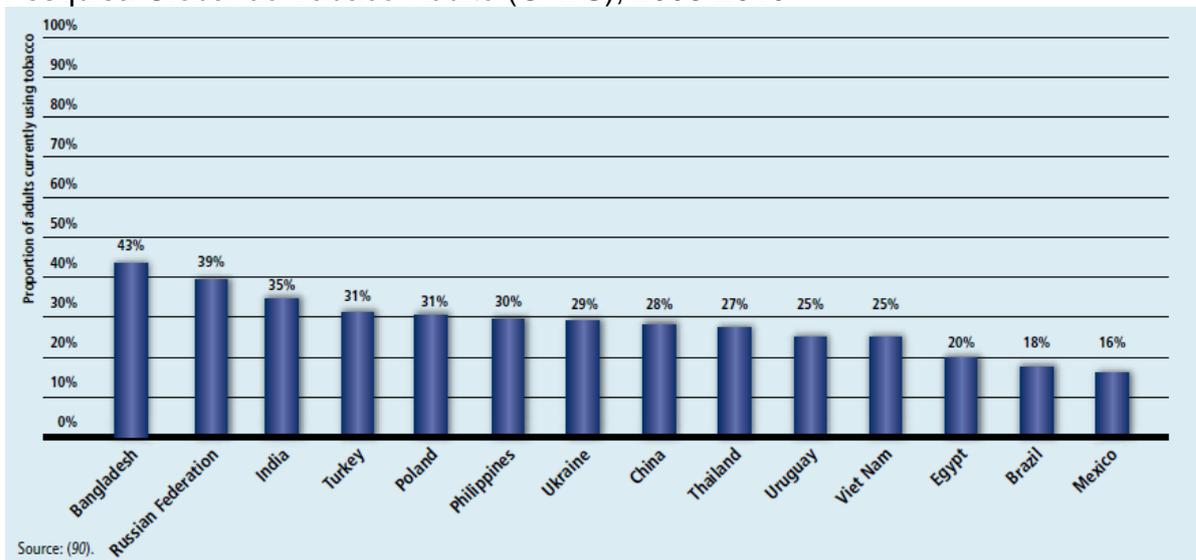
A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2008) afirma que, embora a preocupação prevalente na sociedade, principalmente quanto aos riscos para a saúde, seja no âmbito do tabagismo ativo, os males advindos do contato dos fumantes passivos com o cigarro são motivos de crescente investigação e estão cientificamente consolidadas.

A exposição à fumaça ambiental do tabaco produz mortes prematuras e enfermidades em crianças e adultos não fumantes. Recém nascidos expostos a esse tipo de fumaça têm risco aumentado de serem acometidos

pela síndrome da morte súbita. Crianças quando expostas à poluição tabagística desenvolvem infecções agudas do trato respiratório, enfermidades do ouvido e episódios de asma mais severos (OPAS, 2008, p. 10).

Dados do Banco Mundial, no ano de 2009, registravam cerca de um bilhão de pessoas fumantes no mundo (CARVALHO, 2009). Atualmente, de acordo com a WHO (2011b, p. 8) estima-se que um terço da população mundial adulta, isto é, um bilhão e duzentos milhões sejam fumantes, sendo que o tabaco continua a ser o líder global de causas de mortes evitáveis, acometendo cerca de seis milhões de pessoas mundialmente, incluindo mais de 600.000 não-fumantes que sucubem em decorrência da exposição passiva à fumaça do tabaco, a maioria em países em desenvolvimento, com possibilidades de, se as tendências atuais continuarem, em 2030 chegar a mais de oito milhões de mortes mundiais a cada ano. A Pesquisa Global do Tabaco Adulto (GATS), realizada com 14 países e desenvolvida pela OMS, aponta a prevalência do tabagismo entre estes países no período de 2008 e 2010 (GRÁFICO 1).

Gráfico 1 – Prevalência do uso do tabaco em adulto nos 14 países que utilizam a Pesquisa Global do Tabaco Adulto (GATS), 2008-2010.



Fonte: WHO. 2011b.

A importância de controlar o tabagismo desde a adoção de ações focadas na prevenção até o tratamento, perpassando pela adequada intervenção legal junto à taxação de impostos, é refletida quando da necessidade da discussão mundial frente à epidemia do quadro das doenças não transmissíveis, com destaque para as

cardiovasculares, respiratórias crônicas, câncer e diabetes, nas quais o tabaco, além de outros comportamentos de risco, tem papel de suma importância frente aos graus cada vez mais complexos de complicações que podem resultar em mortes prematuras. A WHO (2011a) vem discutindo a necessidade de adoção de medidas preventivas contra estes agravos a saúde.

Estas quatro doenças são a maiores assassinos do mundo, causando cerca de 35 milhões mortes a cada ano - 60% de todas as mortes no mundo todo - com 80% em países de baixa e média renda. Estas doenças são evitáveis e poderiam ser prevenidos através da eliminação de fatores de risco como o tabaco, dietas não saudáveis, sedentarismo e uso nocivo de álcool (WHO, 2011a, p.5).

Cabe destacar que a WHO (2012) lançou recentemente um estudo do levantamento de mortalidade associada com o uso do tabaco que mostra que a Europa e as Américas são os continentes onde ocorre a maior proporção de mortalidade atribuída ao tabagismo, decorrente do uso prolongado deste produto nestes continentes (QUADRO1).

Quadro 1 – Proporção de mortalidade atribuída ao uso do tabaco

WHO Region	Proportion of all deaths attributable to tobacco (%)		
	Men	Women	All adults
African	5	1	3
Americas	17	15	16
Eastern Mediteranean	12	2	7
European	25	7	16
South East Asian	14	5	10
Western Pacific	14	11	13
Global	16	7	12

Fonte: WHO, 2012.

Considerando o fato de compor o bloco dos países americanos, o Brasil possui uma relação com o tabagismo que vem sendo desmontada, no sentido da melhoria de ações preventivas, educativas, de tratamento e acima de tudo no âmbito legislativo e econômico, com abrangência nacional e mostrando resultados que aos poucos já desenham indicadores mais favoráveis.

2.1.3.2 Âmbito nacional

Segundo o INCA (2011, p.9) no Brasil o tabaco é a segunda droga mais consumida entre os estudantes. A dependência pela nicotina pode ser tratada também como uma doença pediátrica, ou seja, age diretamente causando grandes males a pessoas cada vez mais jovens e tem fator de risco para cerca de 50 doenças, ocasionando a morte anualmente de cerca de 200 mil pessoas no Brasil (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA – IPEA, 2008).

Conforme dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), (BRASIL, 2011b, p.34), o país vem apresentando, nos últimos anos, um decréscimo na proporção de fumantes com idade maior de 18 anos, baseado em grandes pesquisas nacionais e internacionais desenvolvidas por instituições especializadas (TABELA 1), o que reflete o esforço da sociedade civil organizada e instituições governamentais para que ocorra a redução gradual, mas progressiva, desta prática em âmbito nacional.

Tabela 1 – Consolidado de pesquisas realizadas sobre percentual do tabagismo no Brasil entre os anos de 1989 a 2008.

Pesquisa	Ano	(%)
Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN)	1989	32
Pesquisa Mundial de Saúde (PMS)	2003	21
Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)	2008	17,2

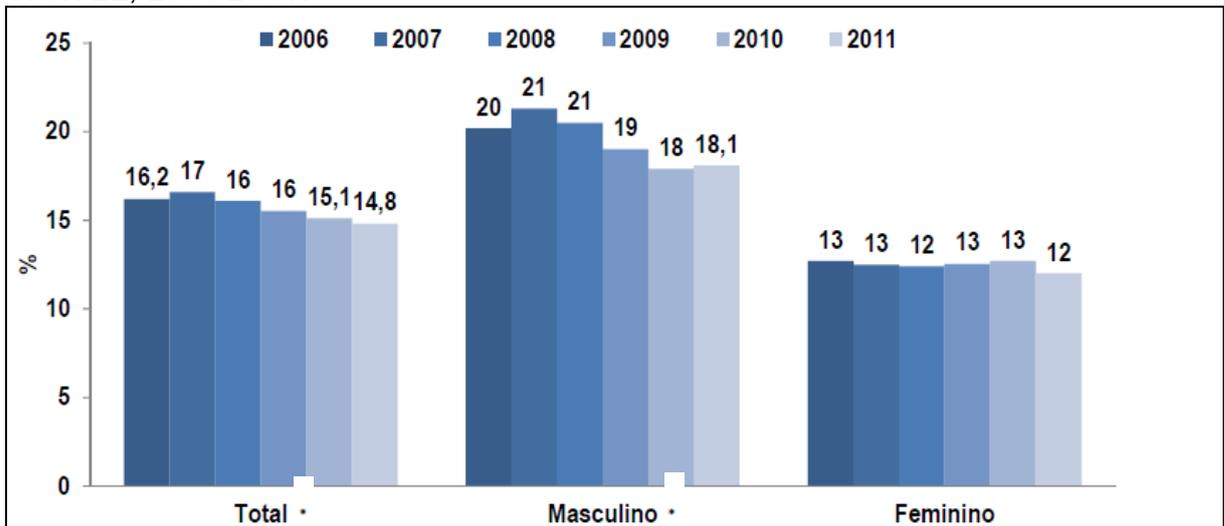
Fonte: BRASIL, 2011b.

A série histórica de prevalência do tabagismo realizada pelo VIGITEL mostra uma redução de 16,2% em 2006 (ano em que se iniciou a pesquisa) para 14,8% em 2011. Na análise por sexo, no mesmo período, pessoas do sexo masculino apresentaram um percentual que variou, de modo decrescente entre 20 a 18,1% de fumantes, enquanto que no sexo feminino a variação foi oscilatória, entre 13 e 12%, o que pode refletir certa vulnerabilidade neste grupo, considerando que, se por um lado não houve aumento significativo na prevalência no uso do tabaco, por outra a estagnação mostra que também não esta se conseguindo atingir uma diminuição significativa e progressiva (GRÁFICO 2).

A WHO (2010a, p.8) afirma que o aumento na prevalência do tabagismo entre as mulheres tem um impacto negativo e considerável na família, tanto no

âmbito financeiro quanto da saúde e que, enquanto entre os homens, a epidemia do uso do tabaco tem se mantido estável, entre as mulheres esta tem tendência a aumentar.

Gráfico 2 – Evolução da prevalência de fumante atual no Brasil e segundo sexo. VIGITEL, 2006-2011.



Fonte: BRASIL, 2011b.

Para Lombardi (2011, p.119), a “tendência de aproximação cada vez maior das taxas de consumo tabágico entre homens e mulheres é influenciada pelo marketing agressivo da indústria do tabaco, com foco sobre a população feminina”. Tais estratégias, apesar de antigas, ainda visam despertar a sensação de independência, elegância e modernidade no público feminino, objetivando manter a fidelização ao consumo do produto e buscando atender ao comportamento peculiar, e as reações individuais a cada estímulo ofertado, desde cores, design, nomes, até a composição do cigarro, com especificações como “*light*” e “*ultralight*” e também a venda de cigarros aditivados com sabor.

Políticas públicas de saúde vêm sendo executadas pelas instituições governamentais e também através da sociedade civil organizada com foco na prevenção do tabagismo e redução do consumo entre os indivíduos tabaco-dependentes, estas políticas que envolvem educação, aconselhamento, tratamento, monitoramento, além das ações econômicas e legislativas têm abrangência nacional e são executadas em escola, instituições de saúde e ambientes de trabalho (BRASIL, 2003, p.8-10).

2.1.3.3 Âmbito Local

O Estado do Amapá, em especial a capital Macapá, apresenta uma prevalência, levantada pelo VIGITEL (BRASIL, 2011b, p.32), de 10,9% da população maior de 18 anos que informa ser tabagista, sendo, 14,9% no sexo masculino e 7,2% no sexo feminino. Em análise dos resultados encontrados pela pesquisa VIGITEL pôde-se observar que há uma diminuição significativa no quadro do tabagismo no Estado, nos últimos seis anos de avaliação epidemiológica (2006 a 2011), com variações bem perceptíveis e significativas de um ano a outro, principalmente entre a população masculina, que passou de 29,4% no ano de 2006 para os percentuais atuais.

Não existem estudos locais que reflitam o perfil do tabagismo no Amapá, desta forma os resultados encontrados são de pesquisas nacionais às quais o estado compôs amostragem, tendo já participado além das de âmbito do VIGITEL também da Pesquisa Nacional de Saúde do Adolescente (PeNSE).

Quanto ao público adolescente, de acordo com os resultados da PeNSE, o percentual de escolares até o nono ano do ensino fundamental (média de 13 a 15 anos) em Macapá, que informaram já ter experimentado o cigarro alguma vez na vida, foi de 24,8%, ressalta-se que este percentual é maior do que em outras grandes capitais da região norte, como Belém e Manaus, mas se manteve próximo da média nacional de 24,2% de experimentação entre adolescentes. Ao serem questionados sobre o contato com o tabaco em domicílios, 31,3% informa que, pelo menos um dos pais ou responsáveis, faz uso de cigarro, caracterizando assim a exposição precoce também ao fumo passivo e todos os consequentes agravos (IBGE, 2009).

Destaca-se que segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em 2004, a idade de iniciação ao tabaco foi de 12,8 anos, comprovando o uso precoce da droga (IBGE, 2009, p. 34). Cabe lembrar que o tabaco leva não somente a prejuízos de cunho pessoal, mas também coletivo, ao se avaliar o impacto ecológico do manejo do produto, que vai desde o cultivo até a cura da folha do tabaco

Segundo dados existentes no portal online do INCA as ações de desmatamento para a produção do fumo de tabaco contribuem de forma significativa para o desmatamento global, correspondendo a aproximadamente 5% do total

desmatado nos países em desenvolvimento. Para cada 300 cigarros produzidos, uma árvore é queimada.

A SBPT (2010, p.135) afirma que a fumicultura leva ao empobrecimento do solo, pelo uso de pesticidas e fertilizantes, além do impacto da destruição na floresta nativa, com a derrubada de árvores e como a causa de focos de incêndios, todos avaliados como problemas de ordem social e que acabam por ser subestimados, ao se mensurar os reais prejuízos que o cigarro pode causar à saúde de um indivíduo.

2.2 FATORES PREDISPONENTES PARA O TABAGISMO ENTRE ADOLESCENTE

Várias definições podem ser dadas ao grupo etário da adolescência, dentre as entidades mais importantes destaca-se a da WHO (1986, p.11), que afirma ser a adolescência o período que compreende dos 10 aos 19 anos de idade, já a nível nacional o Estatuto da Criança e Adolescência (ECA), (BRASIL, 1990, p.4) define adolescente como a pessoa na faixa etária de 12 a 18 anos, que corresponde à transição entre a fase de criança e a adulta. Dentro do ramo da Hebiatria, Crespim (2007, p.10) define o termo adolescência como aquele que “deriva de *adolescere*, o latim *adulescere*, o que significa crescer, desenvolver”.

2.2.1 O impacto do tabagismo na adolescência

Tendo em vista a peculiaridade desta faixa etária e, a vulnerabilidade para a exposição a situações de agravos externos à saúde, Malcon e Menezes (2002, p.81), afirmam que, o tabagismo na adolescência é;

Resultado de um desejo de contestação, da necessidade de experimentação do novo e de identificação com o grupo, além do fácil acesso à droga e do estabelecimento da dependência à nicotina num curto espaço de tempo.

Como o uso dos derivados do tabaco inicia-se, na grande maioria dos casos, na adolescência, entre os 12 aos 15 anos, aos 19 anos de idade, mais de 90% dos indivíduos deste grupo já estão dependentes da nicotina, levando o adolescente a manter esta dependência mesmo quando adulto. Desta forma o “tabagismo também pode ser considerado como uma doença pediátrica” (ROSEMBERG, 2003, p.40-41,

163), e assim, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p.10), seguindo critérios adotados pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) e pela própria OMS, caracteriza o fumo entre jovens, “como a prática de fumar cigarro em um ou mais dias nos últimos trinta dias”.

Tendo em vista os riscos que podem advir do contato e uso precoce do tabaco, Granville-Garcia *et al* (2008, p.31) informa que “adolescentes fumantes são acometidos com maior frequência por infecções respiratórias, comprometimento da saúde bucal, redução da capacidade física e pela própria dependência da nicotina”. Já Dall'Agnol *et al* (2011, p.46) citam ainda que sejam impactos do uso do tabaco entre crianças e adolescentes, “além dos problemas respiratórios e alergias, também a redução na taxa de crescimento, da produção de histamina e o aumento da disfunção erétil”.

Considerando os sérios problemas de saúde decorrentes do uso do tabaco por adolescentes, deve-se destacar a importância da instituição de medidas que objetivem proteção deste público a serem desenvolvidas pelo poder público, organizações não governamentais, família, escola e sociedade em geral, visando à diminuição da possibilidade de contato de crianças, adolescentes e jovens com o fumo, em qualquer idade, e o enfrentamento adequado para os casos de exposição precoce, tendo em vista a redução dos riscos resultantes deste encontro.

Para Silva (2004, p.37) “o fumo pode ser descrito como ‘droga de entrada’, o que significa que, a maioria dos jovens que usam drogas mais fortes, como maconha, cocaína ou heroína, tem experiência prévia do tabagismo”. Já Macedo; Precioso (2006), afirmam que o fato de se começar a desenvolver este hábito cada vez mais cedo poderá conduzir ao aparecimento, em idades adultas, porém, mais precoces, dos problemas de saúde ligados às doenças e agravos não transmissíveis como câncer, infartos, e doenças co-relacionadas, a exemplo do diabetes e da hipertensão arterial, consideradas como o grupo de doenças de maior impacto de morbimortalidade no mundo pela WHO (2011a)

O fumo é fator causal de cinquenta doenças diferentes, sendo diretamente responsável por 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por doença coronariana, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica e 25% das mortes por doença cerebrovascular (GRANVILLE-GARCIA *et al*, 2008, p.31).

Tendo em vista os riscos já descritos da prática do tabagismo, cabe destacar quais os fatores que mais frequentemente são encontrados e que costumam ter influências para a constituição do hábito de fumar entre os adolescentes, a seguir descritos.

2.2.2 Fatores associados ao uso do tabaco entre adolescentes

Sargent; DiFranza (2003, p.103), afirmam que, as crianças não nascem sabendo como fumar, e que o tabagismo é um “hábito, costume ou vício adquirido, advindo do meio social, cultural e comportamental em que se está inserido”. Os autores afirmam ainda que as crianças adotam comportamentos que se formam através da observação e das influências familiares e sociais que recebem.

Assim, o levantamento dos fatores que influenciam no tabagismo entre os adolescentes, pode ser definido em vários segmentos que perpassam por questões sociais, avaliadas através do poder aquisitivo e do tipo de escola que frequentam, além da influência dos pais, amigos e irmãos; culturais e comportamentais, que envolvem grau de escolaridade, hábitos adquiridos e praticados, com destaque para a prática de atividade física e a adoção de um credo religioso, assim como a definição do gênero e a idade; além de influência da mídia, em suas mais diversas formas e das indústrias fumageiras, como a seguir descritos.

2.2.2.1 Fatores sociais

2.2.2.1.1 Baixo poder aquisitivo

Malcon *et al* (2003), Cavalcante (2005) e o CDC (2012) classificam como fator de risco para tabagismo entre adolescentes, influências de ordem socioeconômica. Para Londoño (1992) a diferença na prevalência de tabagismo entre adolescentes de diferentes níveis sociais, possivelmente obedecem a diferentes capacidades aquisitivas entre os grupos, o que pode, por um lado, retardar o contato do adolescente de menor poder aquisitivo com o cigarro, por outro, no entanto, ao se avaliar a prevalência do tabagismo entre grupos já fumantes, observa-se que estes têm uma prevalência maior do hábito de fumar que os que compõem o grupo contrário.

Ainda dentre os fatores socioeconômicos cabe destacar que, segundo o CDC (2012), a classificação de fatores de risco, para o uso do tabaco entre jovens, aponta além do baixo nível socioeconômico, também a presença de pais ou responsáveis fumantes e a baixa escolaridade dos próprios adolescentes e dos pais como condições que interferem na prática do tabagismo entre adolescentes.

2.2.2.1.2 Influência dos pais, irmãos e amigos

Silva *et al* (2011) destaca que a vontade de inserção social, é um fator que predispõem ao tabagismo, reforçando ainda que a influência familiar possa interferir de forma positiva ou negativa no seu uso, uma vez que os pais fumantes, em especial a figura da mãe, costumam influenciar filhos adolescentes, mais que qualquer outro familiar. Ainda no âmbito familiar, Fraga, Ramos e Braga (2006, p.625), ressaltam que a “ausência de um ou ambos os pais pode facilitar a prática do tabagismo entre adolescentes, se houver esta prática na família” e ainda que as “adolescentes do sexo feminino estejam mais expostas ao uso do tabaco, caso não morem com os pais”.

Quanto à influência de amigos, Sargent; DiFranza (2003, p.103) afirmam que “frente a um amigo que fuma o adolescente, ou jovem, esta até duas vezes mais propenso a experimentar o cigarro”, e que este também não assumirá que está sendo influenciado, adotando a postura de que optou voluntariamente pelo ato de fumar, visando assim conseguir o respeito do grupo no qual esta inserido. Malcon; Menezes (2002) também consideram ser um fator de risco, a influência de amigos e acrescentam ser o contato com irmãos fumantes um importante perigo a ser considerado para a predisposição ao fumo.

Outro fato importante apontado pela literatura é o maior risco para um adolescente tornar-se fumante tendo irmãos mais velhos fumantes. O mesmo acontece em relação ao grupo a que o adolescente pertence, ou seja, ter amigos fumantes favorece o tabagismo (MALCON, MENEZES, 2002, p.82)

Oliveira (2010), em resultados de pesquisa com adolescentes, encontrou que entre os grupos que informaram ter experimentado o fumo, 70% relataram que possuíam amigos fumantes em comparação a 28% dos que não haviam experimentado. Quanto à variável irmão mais velho fumante, 19% dos

experimentadores confirmaram a existência de irmãos contra 9% dos não experimentadores, assim, tais resultados são condizentes com demais dados da literatura ao impor a irmãos e amigos papel de grande influência para o tabagismo.

2.2.2.2 Fatores culturais

Quanto às questões culturais, estudos mostram que, os anos de escolaridade têm impacto no tabagismo, assim, de acordo com pesquisa realizada no país (BRASIL, 2011b, p.34) 18,8% das pessoas que informam ser fumantes e, maiores de 18 anos, possuem de zero a oito anos de estudo. Já Iglesias (2007, p 15) destaca que a “prevalência do tabagismo é de um e meio a duas vezes mais altas, entre aqueles que possuem pouca ou nenhuma educação, em comparação com os que possuem mais anos de escolaridade”.

Oliveira (2010) em seu estudo para identificar fatores de risco entre escolares encontrou que os alunos de escolas particulares tinham mais contato com o tabaco que alunos de escolas públicas, o que diferencia da maioria dos outros achados técnicos e científicos (SILVA, 2006; GRANVILLE-GARCIA *et al*, 2008; IBGE, 2009; MACHADO NETO, 2010), ao mostrarem que se o adolescente apresentar um poder aquisitivo menor e estudar em escolas públicas tem aumentado as chances de ter contato com o cigarro.

Silva *et al* (2011), afirma ainda que existam outros fatores que podem levar ao consumo do tabaco e que perpassam da simples curiosidade à reações/sensações frente ao seu uso. Já para Fraga, Ramos e Barros (2006), a ausência de prática de atividades físicas, e para Oliveira *et al* (2010), o seguimento dos dogmas de uma religião, também poderiam ser elencadas como potenciais fatores que impactam para o uso, ou não, do tabaco.

2.2.2.3 Fatores comportamentais

Segundo Silva *et al* (2011), sendo a adolescência um período de descobertas e experimentações, a grande maioria dos indivíduos busca adotar comportamentos, e atitudes que o fortaleçam no meio social em que está inserido. Araújo (2010) reforça a afirmação ao definir esta fase como um período cheio de contestações do adolescente contra as normas impostas pelos adultos.

A adolescência é a fase da vida que apresenta como características marcantes a busca pelo conhecimento, o aprendizado pela experimentação, o gosto pela aventura, o juízo crítico pelo questionamento e a rebeldia contra os valores pré-estabelecidos pelos adultos (ARAÚJO, 2010, p.671).

Desta forma, seguindo através das assertivas de Silva (2011), pode-se avaliar que a prática do tabagismo seria uma forma de torna-se diferente, destacado no círculo de amigos, o fumo para muitos serviria como auto-afirmação, aceitação social e até mesmo sendo visto como satisfação própria e independência, porém, tais condutas também estariam tornando o adolescente mais vulnerável à manutenção do hábito de fumar, que ainda, segundo o autor, acontece cada vez mais cedo.

Dados do portal *online* do CDC (2012) informam que o uso e a “aprovação do uso do tabaco pelos colegas ou irmãos, baixa autoimagem ou auto-estima, comportamento agressivo, além da falta de habilidades ou experiência para resistir às influências ao uso do tabaco” são fatores comportamentais que frequentemente estão associados à prática do tabagismo.

Estudos (MALCON *et al*, 2003; FABRIS, 2008; OLIVEIRA, 2010) mostram que no sexo masculino ocorre maior prevalência de tabagismo que no sexo feminino, já dados recentes apresentam que a diferença entre os sexos tende a diminuir, nas pesquisas do VIGITEL (BRASIL, 2011b) os índices de prevalência de tabagismo entre homens e mulheres têm se aproximado nos últimos anos, tanto no âmbito nacional (GRÁFICOS 2, p.34) quanto local.

Outro destaque importante dentro dos fatores comportamentais diz respeito à idade de iniciação no contato com o tabaco, estudo realizado pelo CEBRID em 2004, mostra uma prevalência de idade em 12,8 anos para entrar em contato pela primeira vez com o tabaco, já a PeNSE (IBGE, 2009) apresenta resultado de 24,2% da população de escolares, entre 13 e 15 anos, em média, que informam já ter experimentado cigarro alguma vez na vida.

Malcon *et al* (2003) traz valores de iniciação ao uso do tabaco entre adolescentes com a idade de treze a quinze anos no percentual de 55% e entre crianças e adolescentes entre sete e doze anos o total de 22,5%. Assim pode-se observar que a grande maioria dos levantamentos literários aponta a precocidade do contato com o cigarro por parte deste grupo etário.

Cabe destacar ainda o consumo de bebida alcoólica como um fator que costuma ter relação com o hábito de fumar, Machado Neto *et al* (2010) em estudo sobre determinantes da experimentação do cigarro entre adolescentes escolares encontrou que o consumo de bebidas alcoólicas pelo adolescente “no ano ou no mês anterior à aplicação do questionário representou um fator de risco importante para o uso experimental de cigarros”.

2.2.2.4 Influência da mídia e indústria do tabaco

Considerando que diversas situações do cotidiano acabam por incentivar o uso do tabaco e outros produtos e/ou comportamentos de risco ao usuário em geral, e em particular o adolescente. Araújo (2010) destaca o papel dos pais, mídia e indústrias como incentivadores, em idades cada vez mais precoces, de práticas que atendam as tendências do mundo contemporâneo, conforme explica o autor.

Esse mundo virtual mimetiza cada vez mais o mundo real, descortinando novas possibilidades que podem conduzir o jovem tanto para o desenvolvimento de seu potencial criativo, quanto podem levá-lo a buscar mecanismos compensatórios para os dramas próprios da idade. [...] As crianças representam o alvo perfeito nas primeiras adições, por exemplo, com o excessivo consumo de produtos de baixo valor nutritivo, os chamados fast-foods, sendo incentivadas pelos próprios pais. Assim ocorre também com as drogas, particularmente o tabaco e o álcool, que são apresentados às crianças no próprio seio familiar, quando os pais — modelo de comportamento — fazem uso dessas substâncias (ARAÚJO, 2010, p.671).

Ainda segundo o autor (2010) embora existam legislações específicas que proíbem a vinculação da propaganda de cigarros nos meios de comunicação, ela se mantém nas mídias através de jogos eletrônicos, telenovelas, seriados e filmes. Ressalta-se ainda que “é preciso considerar que a extensa e diversificada rede de pontos de venda — muitos situados estrategicamente junto às escolas, academias e clubes — aumenta a visibilidade e a oferta do produto” (ARAÚJO, 2010, p.671).

Para o CDC (2012) a exposição ao fumo na mídia direcionada ao jovem, a acessibilidade, disponibilidade e preço dos produtos do tabaco, além da baixa percepção dos riscos do uso do produto, por considerá-lo rotineiro, fazem com que estes fatores também possam ser classificados como de risco ao tabagismo,

Desta forma, cabe destacar, que a iniciação ao uso do tabaco entre adolescentes sofre influência da promoção e publicidade da indústria tabageira, uma

vez que é sabido que os fabricantes deste produto reconhecem que raramente alguém experimenta seu primeiro cigarro depois da infância e adolescência. Assim, atuam na elaboração de diferentes e massificadoras campanhas de marketing, voltadas para os jovens, como uma estratégia de sobrevivência no mercado (INCA, 2008).

“O primeiro cigarro é uma experiência ruim para o principiante. Para dar conta do fato de que o fumante iniciante tolerará as sensações desagradáveis (do primeiro cigarro) nós precisamos evocar motivos psicológicos. Fumar um cigarro para o iniciante é um ato simbólico. ‘Eu não sou mais a criança da minha mãe, eu sou forte, eu sou um aventureiro, eu não sou quadrado...’ À medida, em que a força do simbolismo psicológico diminui, o efeito farmacológico assume o papel de manter o hábito.” (Phillip Morris, 1969) – (TOBACCO FREEDOM, 2008, apud, INCA, 2008 p. 15)

Mesmo com todas as orientações pertinentes, referente ao uso nocivo do tabaco, segundo Castillo; Cordeiro (2009), há uma tendência entre os adolescentes para desvalorizar e minimizar as consequências do consumo do produto. Cabe, desta forma, estruturar serviços públicos que visem à prevenção do uso de tabaco, dentro da realidade e entendimento do público comprovadamente mais susceptível à iniciação ao uso do produto, que é a criança e adolescente, como afirma Brasil (2004, p.5) ao citar que “a adolescência é o grupo de idade de maior risco para se iniciar a fumar”.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE

A promoção da saúde é uma das estratégias atuais utilizada para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam a humanidade, parte da concepção ampla do processo saúde-doença e consequentes determinantes e, propõe ações articuladas entre os diversos saberes com o intuito de mobilizar, provocar adesão e enfrentamento de agravos e situações de saúde, buscando resoluções condizentes com a realidade local (BUSS, 2000, p.165). Segundo pesquisas realizadas em 2006, a promoção da saúde, pode ser entendida como;

Uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro e contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006, p.10).

O Brasil destaca-se mundialmente por oferecer um sistema de saúde pioneiro no que tange ao cuidado com os cidadãos, onde através de princípios doutrinários, organizativos e norteadores, oferece atenção à saúde, através da ação pautada na integralidade do sujeito e no respeito aos valores, crenças e costumes.

O SUS foi criado através da Constituição Federal do Brasil (CFB) em 1988 e, desde então, já sofreu inúmeras adaptações que visam atender as demandas técnicas, políticas e sociais necessárias para o seu pleno desenvolvimento, mas mantém no Capítulo II da Seguridade Social, Seção II da Saúde, o art. 196, que norteia toda e qualquer ação focada neste objetivo.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, CFB, Cap. II, Seção II, 2005, p.117).

Ao se buscar o histórico do SUS no âmbito da promoção à saúde, em especial quanto aos determinantes e condicionantes sociais, em particular o tabagismo, observa-se que na década de 70 as organizações médicas e a sociedade civil, da época, iniciaram várias atividades com o objetivo de controlar o tabagismo e as doenças relacionadas ao consumo do tabaco.

Desde então, muitas conquistas ocorreram e mostram o controle desta prática como uma política de saúde que busca o fortalecimento no âmbito da saúde coletiva, para tal, houve o surgimento de dois grandes marcos iniciais direcionados à luta na prevenção, controle e tratamento do tabagismo, um no contexto nacional e outro de abrangência internacional, respectivamente descrito sem ordem cronológica; a implantação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e da adesão brasileira ao Tratado Internacional da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT), que objetivavam atuar, nos vários momentos de contato do usuário com o tabaco, desde o cultivo, até o tratamento dos indivíduos tabaco-dependentes (MIRRA e ROSEMBERG, 2006).

2.3.1 Âmbito mundial

2.3.1.1 Convenção-Quadro para Controle do Tabaco

De acordo com a *American Cancer Society* (2003, *apud* CAVALCANTE 2005, p.285), mesmo o Brasil sendo o segundo maior produtor e o maior exportador mundial de tabaco, vem desenvolvendo ações visando o controle do tabagismo, e com tal atitude tem conseguido reconhecimento de liderança internacional nessa área

A CQCT, primeiro tratado mundial sobre o tabagismo, celebrado entre países membros da OMS, foi proposta durante a 52ª Assembléia Mundial da Saúde (AMS) e tem como principal objetivo “proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas, geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco”, tal acordo já foi ratificado pelo Brasil em 2005, sendo que, desde maio de 2011, conta com a assinatura e ratificação de outros 173 países (WHO, 2011b, p.8).

Para desenvolvimento do tratado, a OMS orienta a adoção, entre outras, de medidas que devem ser seguidas pelos países membros da CQCT, com destaque para a necessidade de regulamentação do preço e dos impostos, proteção contra a propaganda e marketing do cigarro, regulamentação quanto ao conteúdo do produto e a oferta ao consumidor através da rotulagem e embalagem, assim como sensibilização da população quanto à prevenção para não iniciação, entre adolescentes e jovens do uso do tabaco e a redução de oferta com ações que coíbam o comércio ilegal (IGLESIAS, 2007).

Tendo em vista a significativa epidemia do tabaco existente no mundo e a relação do produto com as doenças não transmissíveis, além da gravidade do cigarro figurar como fator de risco para seis, das oito principais causas de morte mundial, a OMS lançou em 2008 um pacote de medidas que visam fortalecer e implementar a CQCT frente à prevenção ao tabagismo, a ser adotada pelos países membros. Tais medidas são denominadas de MPOWER¹ descritas a seguir;

Monitoramento da epidemia do tabaco;
Proteção da fumaça de segunda mão;
Oferta do tratamento ao usuário de tabaco;
Advertências sobre os malefícios do tabagismo;
Cumprimento da proibição da publicidade, promoção e patrocínio por produtos do tabaco;
Aumento de impostos e preços sobre os produtos do tabaco (OMS, 2008, p.23).

¹Significado equivalente às iniciais das ações (OMS, 2008, p.23).

A prevenção ao uso do tabaco, junto com demais fatores de risco modificáveis, figura entre as ações prioritárias instituídas pela OMS (2011) e que, os países devem adotar para combater os quatro principais grupos de doenças não transmissíveis (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes). Para tal, pode se utilizar de programas e políticas de saúde, através de um conjunto de ações que visam à promoção à saúde.

2.3.2 Âmbito nacional

2.3.2.1 Programa Nacional de Controle do Tabagismo

O PNCT foi instituído pelo MS, através do INCA em 1989, e posteriormente descentralizado para estados e municípios, tem segundo Brasil (2007, p.12), como principal objetivo “reduzir a prevalência de fumantes no país, e, por conseguinte, os índices de morbimortalidade por doenças tabaco-relacionadas”, tal intuito busca apoio em um conjunto de ações e metas estratégicas desenvolvidas nacionalmente com a parceria da rede de controle do tabagismo e a seguir descritas;

Prevenção da iniciação ao tabagismo,
Proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco,
Promoção e apoio à cessação de fumar e regulação dos produtos de tabaco através de ações educativas e de mobilização de políticas e;
Iniciativas legislativas e econômicas (INCA, 2007, p.12).

Com foco na prevenção à iniciação do uso do tabaco, as ações objetivam divulgar e promover no país, atividades relacionadas à prevenção do tabagismo nos mais diferentes aspectos, atuando para tal, junto às escolas, visando, em especial, o público de crianças e adolescentes, assim como nas unidades de saúde e nos próprios ambientes de trabalho. As práticas, no âmbito educacional e social, contam com comemorações de datas pontuais objetivando a “sensibilização da população quanto aos riscos da dependência ao ato de fumar, além de atuação nos locais de trabalho, buscando fomentar práticas educativas e regulatórias para promoção de ambientes livre do tabaco” (INCA, 2007, p.13).

Quanto às ações com foco na diminuição da prevalência do tabagismo, o programa objetiva criar um contexto social que estimule a cessação e, que, ao

mesmo tempo informe as estratégias para deixar de fumar, todo tratamento é ofertado pelo SUS e dá ênfase à abordagem cognitivo-comportamental, podendo ser desenvolvido em qualquer unidade de atendimento credenciada ao sistema de saúde, desde que obedeça aos critérios técnicos padronizados, assim como atenda a necessidade de credenciamento definidos pelo plano de implantação do programa (INCA, 2007).

Referente à legislação de amparo ao controle do tabagismo no Brasil, Iglesias (2007, p. 72) afirma que o país possui um das “melhores legislações do mundo quanto à regulamentação dos produtos derivados da folha do tabaco”. A proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça do tabaco ganha apoio legal através da Lei nº 9294/96, revogada os art. 2º, 3º e 5º, através da lei 12.546/2011, art. 49º quanto ao estabelecimento da proibição do uso de qualquer derivado do tabaco em recintos fechados, privados ou públicos (BRASIL, 1996; 2011c).

Segundo a OPAS (2008), tal ação é recomendada pela OMS, pois o impacto decorrente da fumaça ambiental do tabaco (FAT), resultado da fumaça exalada pelo fumante, também conhecida como fumaça de segunda mão (FSM) é a maior causa de poluição em ambientes fechados e a terceira maior causa de morte evitável no mundo. Sendo cientificamente comprovado que a exposição ao fumo passivo aumenta as chances de partos prematuros, crianças desenvolverem problemas respiratórios, evoluir para síndrome da morte súbita e, também de os adultos apresentarem aumento considerável (até 30%) de risco de morte por problemas circulatórios.

Quanto às leis direcionadas ao público jovem a RDC nº 14/2012 da ANVISA restringe o uso de aditivos em produtos derivados do tabaco, tendo em vista que cigarro com sabor torna-se mais atrativo para o jovem, tal resolução deverá ser cumprida na totalidade, dentro do território nacional, no prazo máximo de dezoito meses, a contar de março de 2012 (BRASIL, 2012).

Já no âmbito econômico, o aumento da taxação de impostos sobre o cigarro, é uma medida que segundo informações contidas no portal *online* do INCA, é capaz de reduzir o consumo do tabaco em países com baixa ou média renda, destacando ainda que, o Brasil é um dos países cujo preço do cigarro é um dos menores do mundo. Desta forma, técnicos responsáveis pela política econômica fiscal do Brasil têm estudado formas de aumentar a taxação da venda do produto, visando refletir tal aumento no preço ao consumidor final que, estima-se, pode ser em torno de 20%.

Estes preços podem sofrer novo reajuste nos anos de 2013 e 2015, e devem elevar o valor final do cigarro em 55%. Tais medidas visam diminuir os níveis de incidência e prevalência de tabagismo entre os brasileiros, nos próximos dez anos (BRASIL, 2012).

2.3.2.2 Política Nacional de Promoção à Saúde

A Carta de Ottawa (1986) foi o marco referencial na instituição de políticas de promoção à saúde em âmbito internacional, e tem por definição desta estratégia a “capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlar a saúde, no sentido de melhorá-la”, ressaltando que “a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do setor saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar” (BRASIL, 2002, p.20).

Para Brasil (2006, p.10), a saúde resulta da forma de organização da produção, trabalho e sociedade no contexto histórico em que esta inserida e nem todo o aparato biomédico consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, se não houver um envolvimento do indivíduo, governo e sociedade, para cuidar da vida de modo a reduzir quadros de vulnerabilidade de adoecer, além, das chances de que este seja produtor de incapacidade, sofrimento crônico e morte prematura de indivíduos e população

Assim, a nível nacional, criou-se a PNPS, aprovada através da Portaria nº 687 de 30 de março de 2006, e que tendo como principal objetivo;

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006, p.17).

Quanto à saúde, considerando sua produção social, determinação múltipla e complexa, esta requer uma participação ativa dos sujeitos envolvidos, desde o usuário até gestores, envolvendo trabalhadores e movimentos sociais com vistas à melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2006, p.12).

Considerando tal cenário a Política de Promoção à Saúde tem entre ações específicas, dentre outras, a prevenção e controle do tabagismo, e para atingir tais objetivos, usa das seguintes estratégias; articulação com os meios de comunicação e marketing, para vinculação de propagandas destinadas a prestar informações

relevantes para o controle do tabagismo à população em geral, e com os meios sociais, comunitários e laborais buscando estimular a execução de ações contínuas que possibilitem aos usuários informações pertinentes sobre os riscos adquiridos com o hábito de fumar, assim como, a exposição à FTA, além de facilitar o acesso do fumante ao tratamento preconizado e adequado a cada situação e ainda buscar articulação no âmbito legislativo e econômico, junto aos órgãos e instâncias responsáveis (BRASIL, 2006).

O tabagismo, como já citado, é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Em 2008, este grupo de doenças respondeu por 63% dos óbitos mundiais, no Brasil corresponde a 72% das causas de mortes. É também notório que os países de menor renda, e a população mais carente, assim como os demais grupos vulneráveis (idoso, crianças, mulheres, indígenas), são os mais fortemente atingidos por estes agravos (BRASIL, 2011a).

Frente a esta realidade a OMS convocou, em 2010, os países membros para uma discussão técnica e solicitou engajamento dos líderes de Estado e Governo na luta contra as DCNT, bem como a inserção deste tema como prioridade dentro das políticas públicas de saúde, visando assim atingir as metas pactuadas para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Como resultado desta reunião, surge à necessidade de elaboração de planos nacionais de controle das doenças crônicas não transmissíveis, a ser desenvolvidos pelos países, no enfrentamento deste grupo de doenças (WHO, 2011a).

Segundo Brasil (2011a), os eixos estruturantes do plano de ação no país versam sobre a vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e cuidado integral e para tal a prevenção do uso do tabaco se encontra dentre as atribuições a serem desenvolvidas para o alcance da promoção à saúde, devendo seguir através das seguintes ações:

Adequação da legislação nacional que regula o ato de fumar em recintos coletivos.

Ampliação das ações de prevenção e de cessação do tabagismo em toda a população, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis (jovens, mulheres, população de menor renda e escolaridade, indígenas e quilombolas).

Fortalecimento da implementação da política de preços e de aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco e álcool, com o objetivo de reduzir o consumo.

Apoio a intensificação de ações fiscalizatórias em relação à venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos.
 Fortalecimento do Programa Saúde na Escola (PSE), ações educativas voltadas à prevenção e redução do uso de álcool e tabaco.
 Apoio a iniciativas locais de legislação específica em relação a controle de pontos de venda de álcool e horário noturno de fechamento de bares e outros pontos correlatos de comércio. (BRASIL, 2011a, p.75)

Quanto às ações, direcionadas especificamente ao grupo de crianças e adolescentes, as estratégias que envolvem as escolas têm sido priorizadas, no intuito de captar este jovem susceptível em seu ambiente de formação e, através de parcerias inter e multidisciplinar poder ofertar ao aluno as orientações pertinentes, mas também contínuas e interligadas ao processo do ensino-aprendizagem.

2.3.2.2.1 Programa Saúde na Escola (PSE)

O PSE foi instituído através de Decreto Presidencial nº 6286, de 5 de dezembro de 2007 e o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, baseado nos preceitos do informe Lalonde, que define quatro componentes na constituição do conceito no campo da saúde, além da biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e também a organização da atenção, recomendou a criação de espaços e ambientes saudáveis nas escolas, com o objetivo de integrar as ações de saúde na comunidade educativa à saúde, desta forma o PSE tem como objetivo, dentre outros:

(...) Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de educação básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; (...) Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes (BRASIL, 2009, p.12).

Entre as ações que devem ser desenvolvidas pelo PSE, estão as do âmbito da promoção, prevenção e assistência à saúde, mas em particular, destaca-se a promoção à saúde, através do controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer (BRASIL, 2009). O programa tem seu campo de ação na escola, desta forma, deverá buscar parcerias no intuito de fomentar as atividades de promoção à saúde neste campo. Para Marcondes (1972, p.90).

(...) à escola cabe transmitir aos alunos conhecimentos atualizados e úteis, estimular atitudes positivas e dinâmicas, em relação à saúde e desenvolver neles as habilidades necessárias para que promovam educação sanitária nas próprias famílias, assim como nas profissões que escolheram.

Segundo Brasil (2009, p. 11), nas escolas, todo trabalho de promoção da saúde, deve ser voltado tanto para os estudantes, como também para professores e funcionários, e precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”, para, a partir deste momento, cada um passar a desenvolver a capacidade de interpretar seu próprio cotidiano e assim atuar de modo a “incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade devida”.

De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica, vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS) até o ano de 2009, um total de 640 municípios, entre os quais Macapá-AP, executavam ações do PSE, atendendo à 6.560.649 escolas públicas em todo o país. No Amapá 74.065 alunos, distribuídos nos sete municípios que aderiram ao programa, foram beneficiados com o atendimento e ações de prevenção de agravos e promoção à saúde nas respectivas escolas (BRASIL, 2012a).

2.4 A ESCOLA COMO ESPAÇO SOCIAL E DE SAÚDE

2.4.1 Aspectos gerais

O SUS é pautado em princípios doutrinários e organizativos que possibilitam o desenvolvimento de uma atenção voltada para o cuidado holístico e organizado em todo seu contexto, e a inserção da escola como elemento ativo neste processo permite vislumbrar que a educação é um fortíssimo instrumento nas práticas de promoção a saúde e prevenção de agravos.

De acordo com Maciel *et al* (2010), como entendimento de escolas promotoras de saúde pode-se afirmar que;

É o que consiste em um conjunto de ações e processos destinados a capacitar os indivíduos para exercerem um maior controle sobre sua saúde e sobre os aspectos que podem afetá-la, reduzindo os fatores que podem resultar em risco e favorecendo os que são protetores e saudáveis (MACIEL *et al*, 2010, p. 390).

Por educação em saúde entende-se um “conjunto de experiências de aprendizagem que levam a ações voluntárias que conduzem a um estado de saúde” (CANDEIAS, 1997, p.210). Já Bicudo-Pereira *et al* (2003), afirma que a educação e a saúde, através das ações voltadas para a promoção à saúde, possuem uma estreita relação, considerando que a educação é um dos componentes e recursos necessários para que aquela seja efetivada, tendo em vista que para lograr êxito nas atividades desenvolvidas, se faz imperioso atuar junto aos sujeitos envolvidos, possibilitando o entendimento e o saber baseado em questões problematizadoras e transformadoras da realidade vivenciada, respeitando os saberes e culturas de todos os atores envolvidos no processo.

Sendo saúde considerada então como uma das vertentes da qualidade de vida, encontra-se vinculada aos direitos humanos, ao trabalho, à moradia, à educação, à alimentação e ao lazer. A visão da escola passa desta forma a ser de um espaço onde se permite constituir os cidadãos desses direitos, “por meio de práticas realizadas por sujeitos sociais críticos e criativos, capazes de construir conhecimentos, relações e ações que fortalecem a participação das pessoas na busca de vidas mais saudáveis” (BRASIL, 2005, p.6).

Há necessidade do educador, pensar e inserir a saúde no contexto escolar, por meio do Projeto Político Pedagógico (PPP), e em atendimento aos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) que postulam a importância do aluno, desde o ensino fundamental, “conhecer e cuidar do próprio corpo, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde coletiva” (BRASIL, 1997, p.69).

A adoção de ações e estratégias de promoção a saúde, são orientações já adotadas pelos Ministérios da Educação e Saúde, através do PSE, com foco no aumento da potencialidade dos profissionais de ensino para obtenção de subsídios quanto à abordagem do aluno, família e comunidade no âmbito da saúde. Albuquerque (2004, p.207) afirma que a “educação é socialização, quando se aprende a ser membro da sociedade”, e ainda, que não há uma educação única, com aprendizado isolado, a integração do homem no meio social o faz participante e, integrante ativo, da comunidade à qual faz parte.

O professor então teria um papel de destaque neste processo, serviria de exemplo, seria mediador de ideias, buscaria despertar no aluno o entendimento não apenas formativo, mas, sobretudo, integrativo ao meio social vigente. Assim, o

“principal papel do professor deixa ser o de ensinar e passa a ser o de ajudar o aluno a aprender” (ALBURQUEQUE, 2004, p.207).

2.4.2 Medidas escolares protetivas contra o uso do tabaco

Buss (1999) considera que a adequada informação sobre boas práticas de saúde pode ajudar a fomentar comportamentos que marcarão o processo de saúde e doença de um indivíduo e da sociedade em que este está inserido, uma vez que, possibilitará um melhor entendimento dos determinantes do contexto de saúde e a construção do senso crítico, político e reivindicatório dos direitos sociais e de saúde da população.

Considerando a particularidade do início do hábito de fumar em idade muito precoce, que coincide com escolaridade nos anos iniciais, estariam, escola, em especial, na pessoa do professor e família, juntos, servindo de sustentação a criança e adolescente no intuito de muni-lo com informações e orientações necessárias para não adquirir tal hábito. Malcon; Menezes (2002, p.82), afirmam que;

Professores, pais e jovens devem estar mobilizados a tornar a escola um ambiente livre da fumaça do cigarro e ainda que, a sociedade deve se comprometer na prevenção da drogadição, tanto de drogas lícitas como ilícitas, diminuindo a passividade em relação à venda de cigarros a menores, assim como seu consumo..

Para tal, cabe lembrar que todos os esforços direcionados para não iniciação ao uso do tabaco por crianças e adolescentes, têm amparo legal, onde se pode destacar desde leis que vigoram há mais de duas décadas, como o ECA (Lei n.º 8.069/1990), passando pela lei máxima referente ao ensino brasileiro, Lei de Diretrizes e Bases (LDB) de 1996, (BRASIL, 2010, p.10), em seu título III, do direito a educação e do dever de educar, art.4º, parágrafo VIII, que trata sobre “atendimento ao educando, no ensino fundamental público, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde”; até a RDC nº14/2012 (BRASIL, 2012) que regulamenta o uso de aditivos nos derivados do tabaco. Cabendo, no entanto, a efetivação e o cumprimento das normas legais, além do apoio social em prol dos benefícios advindos com a implantação e implementação da legislação vigente.

Segundo Harada (2003) a Escola, como Promotora da Saúde deve procura desenvolver os conhecimentos e as habilidade necessárias para aprimoramento do autocuidado em saúde, a fim de auxiliar na prevenção dos fatores de risco em toda oportunidade educativa que se imponha. Deve considerar também a necessidade do estímulo ao espírito crítico e reflexivo sobre os principais valores de vida em sociedade, buscando melhorias de condição de vida e conseqüentemente desenvolvimento humano. E será mais resolutiva se abranger um maior número de integrantes da própria comunidade escolar, auxiliando assim na promoção de relações socialmente igualitárias entre as pessoas.

Finalmente, a educação em saúde, sob o legado de “educação para a saúde com enfoque integral” responde às inquietações e necessidades que cada aluno apresenta, ao longo de cada etapa de seu desenvolvimento. Visa à saúde como uma construção social, abordando a inter-relação dos problemas de saúde com os respectivos fatores determinantes, dentro de cada contexto (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003, p.8-9).

CAPÍTULO III

3 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

O estudo foi desenvolvido através de uma pesquisa de campo, com caráter descritivo e uma abordagem quali-quantitativa. Lakatos (2010, p.169) define pesquisa de campo como “aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimento acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta ou de uma hipótese, que se queira comprovar”.

Para Santos (2005, p.53) pesquisa descritiva é “aquela que observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los”. Quanto à abordagem quali-quantitativa esta requer uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais, apoiada no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo e da ação social, face à configuração das estruturas sociais em que esta inserida. Matias-Pereira (2010, p.71) explica pesquisa qualitativa como;

(...) Aquela que parte do entendimento de que existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do indivíduo, (...) a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicos no processo da pesquisa qualitativa.

Ainda segundo o autor (2010, p.71), pesquisa quantitativa é “aquela cujo enfoque pode ser mensurado, traduzidos em números, opiniões e informações para classificá-las e analisá-las”.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Macapá é o município mais importante do Amapá, sendo a capital, sede do governo e dos demais poderes que regem a administração, é ainda o município mais estruturado, social, econômica e politicamente do Estado. Está localizada a margem esquerda do Rio Amazonas, é cortada pela linha do equador. Possui uma extensão territorial de 6.408,517 km² e densidade populacional de 62,15 hab/Km², com uma estimativa populacional de 398.204 habitantes, sendo 87.873 pessoas na faixa etária

de 10 a 19 anos, o que corresponde a 22% da população total do município (IBGE, 2010).

No âmbito da saúde o município é habilitado na gestão plena da Atenção Básica, desenvolvendo os programas de saúde recomendados pelo Ministério da Saúde (MS). Possui um teto de 154 Equipes de Saúde da Família (ESF) aprovadas pelo MS, das quais 63 equipes já se encontram atuando, perfazendo uma cobertura de 41% da população do município informada pelo IBGE. A sede do município possui uma rede de assistência estruturada com 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 02 Postos de Saúde, além da ESF e 08 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2012).

No âmbito da educação, de acordo com dados do Censo Escolar de Educação Básica, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacional – INEP (2009), e que serviu de base para este estudo, o Município de Macapá possuía um total de 372 escolas, que informaram atividade educativa no ano em pesquisa. Com relação à especificidade de ensino, 88 atuavam com as séries de pré-escolar, 233 ofereciam o ensino fundamental e 51 ofertavam ensino médio. Considerando, em especial, às que ofereciam ensino no nível fundamental e/ou médio, um total de 172 estavam localizadas na Zona Urbana e 112 na Zona Rural do município. Quanto à gestão, o Governo do Estado através da Secretaria Estadual de Educação (SEED/GEA) respondia por 203 escolas, e a Prefeitura Municipal de Macapá, através da Secretaria Municipal de Educação (SEMED/PMM) por 110 estabelecimentos escolares, enquanto que 59 escolas eram dirigidas por instituições de âmbito particular (IBGE, 2010).

Dados recentes, divulgados pelo MEC, quanto aos resultados do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB, referentes ao ano de 2011, mostram que apesar de vir atingindo um desempenho crescente nos indicadores, o município ainda apresenta um rendimento escolar abaixo da média nacional, tanto no ensino fundamental quanto o ensino médio (BRASIL, 2011d).

Quanto à inserção das escolas no município de Macapá em programas sociais e de saúde a Secretária Municipal de Saúde (SEMSA/MACAPÁ, 2011) informa que desenvolve ações do PSE, com um planejamento para o ano de 2012, de atendimento de 54 escolas entre gestão estadual e municipal de ensino. Não há registro na referida secretaria quanto atendimento nas escolas privadas.

Tendo em vista a necessidade da definição amostral para o desenvolvimento do estudo em questão, optou-se por trabalhar com um total de dez escolas, sendo seis da gestão estadual, duas da gestão municipal e duas de caráter particular, escolhidas através de sorteio simples, realizado no grupo da gestão à qual estavam inseridas.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em escolas públicas e privadas, localizadas na zona urbana do município de Macapá e contou, para amostragem, com estudantes que se encontravam na faixa etária classificada como adolescentes.

Considerando o total de 87873 adolescentes residentes no município realizou-se o cálculo amostral simplificado sem reposição, que mostrou um valor de 1365 alunos, posteriormente acrescido de um percentual de perdas ou recusas de 25%, o que finalizou com o total de 1707 estudantes para compor a amostragem. Os sujeitos então foram escolhidos nas escolas que compunham a amostragem escolar, em todas as salas de aulas que se encontravam com o horário de aula vago no momento da visita, nos três turnos, manhã, tarde e noite, afim de não atrapalhar o planejamento de aulas desenvolvido pela escola e professores.

Como critério de inclusão para o estudo foi elencados os seguintes requisitos, ser adolescente na faixa de 11 a 19 anos, de ambos os sexos, estar cursando da 5ª série do ensino fundamental até o 3º ano do ensino médio, para os menores de 18 anos a autorização prévia dos pais ou responsáveis legais, ou do próprio estudante em caso de maiores de 18 anos, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação na pesquisa (APÊNDICE A), estudar em escolas da zona urbana de Macapá que tenham sido previamente selecionadas.

Cada aluno recebeu um questionário que continha um código que o identificou apenas na pesquisa (A1E1, A2E1, A3E1.....AnEn), onde a letra “A” corresponde ao aluno e a letra “E” a escola.

Foram excluídos, os alunos da zona rural de Macapá, aqueles para os quais não foi dada autorização na participação da pesquisa pelos pais ou responsáveis, os que cursavam séries iniciais do ensino fundamental (1ª a 4ª série), maiores de 19 anos ou menores de 11 anos, alunos de escola que não tenha sido selecionada para

a amostragem e alunos que tenham composto a amostra do pré-teste aplicado para validação do instrumento.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário elaborado pela pesquisadora considerando as questões norteadoras para identificação de variáveis sócio-culturais relativas ao tripé, aluno, família e escola, e a avaliação das execuções de ações padronizadas pelos Ministérios da Educação e Saúde no tocante a promoção à Saúde dentro da escola, baseado nos pressupostos do Programa Saúde na Escola.

Marconi e Lakatos (2010, p.45) informam que “questionário é um instrumento de coleta de dados constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador”.

Desta forma, tendo em vista o número da amostragem, os questionários foram entregues para respostas individuais pelos alunos, após a prévia autorização para participação no estudo, sob supervisão direta da pesquisadora que permanecia na sala de aula até a entrega do último instrumento, no intuito de esclarecer quaisquer dúvidas ou questionamentos que pudessem ocorrer.

O instrumento continha um total de 44 perguntas, de fácil entendimento para o público escolhido, sendo 26 de caráter objetivo com a opção de múltipla escolha, na qual o aluno, dependendo do questionamento, poderia marcar mais de uma alternativa, seis de caráter subjetivo, onde o aluno era convidado a escrever a resposta, emitindo opinião sobre o questionamento e 12 mistas, com opção de escolha em modelo de múltipla escolha, mas também com a possibilidade de complementação da respostas, se o estudante assim o desejasse. A aplicação do instrumento só foi realizada após testagem prévia para validação do instrumento.

3.5 OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida entre os meses de novembro e dezembro de 2011, em escolas públicas e particulares do município de Macapá, escolhidas através de sorteio simples, correspondendo a uma amostragem aleatória, definida

por Arango (2005, p.15) como aquela em que “a cada elemento da população é garantido à mesma chance de participação”.

A amostragem escolar contou com um total de dez escolas, sendo seis de gestão estadual, duas municipais e duas de caráter particular.

O nível de confiança do estudo foi definido em 95% com erro amostral de 5%. Considerando o tamanho da população de adolescentes, entre 10 e 19 anos, em Macapá igual a 87873 pessoas (IBGE, 2010), o cálculo para amostragem simples mostrou a necessidade de 1365 alunos para atender aos requisitos estatísticos, acrescido de 25% pela possibilidade de perda ou recusa, totalizando desta forma 1707 estudantes, todos entre 11 e 19 anos, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão definidos no estudo.

Para validação do instrumento de coleta de dados, foi realizado um pré-teste em duas escolas (uma municipal e uma particular), com um quantitativo de 146 alunos, escolhidos obedecendo aos mesmos critérios amostrais da pesquisa e que foram excluídos do quantitativo final, tal ação objetivava melhor avaliar os questionamentos e permitir adequações que se fizessem necessárias.

A entrada nas escolas ocorria somente após a apresentação da pesquisa a cada Direção e Coordenação Pedagógica, com discussão sobre os objetivos do estudo, entrega da cópia do parecer de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá (CEP/UNIFAP) e apresentação da metodologia de escolha dos alunos, duas escolas sorteadas não aceitaram participar do estudo e foram substituídas por outras da mesma gestão (particular), não houve recusa nas escolas de gestão pública.

A entrada em cada sala de aula deu-se respeitando as normas da escola, já que a pesquisa ocorreu no final do ano letivo e várias turmas estavam em período de provas finais, principalmente nas escolas particulares. Em acordo com as coordenações pedagógicas, a visita à turma era agendada sempre no dia anterior para que ocorresse no dia seguinte em comum acordo com o professor do horário, que cedia o período para a devida aplicação do questionário, assim em cada escola totalizou-se uma média de duas turmas sendo visitadas por turno, o que perfaz um total médio de seis turmas por escola (mínimo de três e máximo de nove). Quanto ao número de alunos, obteve-se uma média de 25 alunos por turma (mínimo de 13 e máximo de 37).

Frente aos alunos, a pesquisadora era apresentada pela Coordenação Pedagógica e explanava os objetivos da pesquisa, entregando a todos os presentes, na faixa etária escolhida, um TCLE para que fosse ou assinado pelo próprio aluno (maiores de 18 anos) ou levado para casa para assinatura dos pais ou responsáveis, a aplicação do questionário dava-se no dia posterior, após o recolhimento dos termos de consentimento. Dos 1707 estudantes necessários para avaliação amostral, houve a perda de 77, totalizando 4,5% do total, cujos pais não autorizaram a participação na pesquisa, o aluno não quis participar do estudo ou o preenchimento dos dados deu-se de modo incompleto, o que levou a finalização da amostra com um número de 1630 alunos, divididos em 10 escolas entre públicas e privadas no município de Macapá.

O Estudo gerou uma série de dados qualiquantitativos e categorizados que segundo Arango (2005, p. 226) são aqueles que se referem “à contagem de frequência de uma variável classificada ou subdividida em categorias”.

Desta forma para avaliar as características apresentadas na pesquisa foram aplicados métodos estatísticos descritivos e inferenciais. As variáveis quantitativas foram apresentadas por meio de medidas de tendência central e de variação. Enquanto que as variáveis qualitativas foram apresentadas por meio de distribuições proporcionais. Na estatística inferencial foram aplicados testes de hipótese baseados em métodos paramétricos e não-paramétricos. As variáveis quantitativas foram comparadas pelo teste t de Student, já na distribuição das variáveis qualitativas foi inicialmente utilizado o teste do Qui-quadrado, quando este não foi possível, alternativamente, foi aplicado o teste G de Aderência (AYRES *et al.*, 2011, p.121).

Após leitura sistematizada dos formulários, para validação dos preenchimentos e descartes de possíveis inconsistências de respostas, foi realizada a digitação em programas Microsoft Word e Excel, versões 2007 e 2010, do sistema operacional Windows, realizando o processamento estatístico no software BIOESTAT, versão 5.3.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Considerando a importância de preservação da integridade física, psicológica, social e cultural dos indivíduos envolvidos em pesquisas de caráter científico e,

atendendo a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre pesquisas com seres humanos, o presente estudo, então em forma de projeto, foi submetido à avaliação pelo CEP/UNIFAP.

A coleta de dados iniciou somente após parecer de aprovação pelo respectivo Comitê através de certificado emitido da FR – 4672877 (ANEXO B). O contato com os adolescentes deu-se após prévia autorização das escolas envolvidas, a todos os participantes foi garantido o sigilo quanto à identificação, através da designação de um código elaborado pela pesquisadora.

Para todos os sujeitos da pesquisa, foi apresentado os objetivos que a norteavam, bem como feito a entrega e, orientada a finalidade, do TCLE, considerando que, mediante a assinatura, estaria claro a anuência de participação no estudo, na integridade ou de forma parcial, se assim houvesse o desejo, sem prejuízos de qualquer ordem ao aluno.

CAPÍTULO IV

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Após a coleta dos dados foi realizada a consolidação para facilitar a análise e discussão dos resultados encontrados, visando à verificação do alcance do objetivo proposto para o estudo. Tal análise foi dividida em identificação do perfil da amostragem, identificação dos fatores que influenciam para a prática do tabagismo entre os adolescentes e as ações de enfrentamento e proteção escolar, percebidos e referenciados pelos próprios estudantes.

4.1 PERFIL DA AMOSTRA DE ADOLESCENTES ESCOLARES

Os dados apresentados na tabela 3 descrevem as características de perfil etário, familiar e escolar de n=1630 estudantes de ambos os sexos com idade entre 11 e 19 anos. As seguintes características obtiveram p-valor <0.05, portanto, foram consideradas como significativamente predominantes: Idade entre 15 e 16 anos (41,8%), sexo feminino (54,5%), moram com ambos os pais (51,2%), não trabalham (85,3%), tem renda familiar maior que quatro salários mínimos (31,2%), moram em casa com quatro a seis cômodos (52,1%) e com quatro a seis pessoas (57,2%). Quanto à escolaridade estão cursando o 1º ano do ensino médio (31,9%), no turno da manhã (54,5%), estudando na escola pesquisada há um ou dois anos (68,8%).

As pessoas estão mais propensas a desenvolver dependência pelo ato de fumar se iniciarem esta prática ainda em idade muito precoce, como na infância e adolescência. Quanto ao sexo, apesar de o masculino apresentar uma prevalência maior que o feminino no quesito tabagismo, esta condição tem crescido entre as mulheres, em especial entre as que vivem em países em desenvolvimento. A convivência com os pais, os exemplos recebidos em convívio domiciliar e o poder aquisitivo tem papel comprovadamente de destaque na decisão de fumar entre os adolescentes e por fim a escola assume um papel de grande influência no desenvolvimento intelectual e moral do indivíduo, contribuindo para a formação de um cidadão, inclusive na formação dos hábitos e costumes, apreendido no convívio com amigos e professores.

Tabela 2 – Características gerais do aluno (n=1630), Macapá-AP, 2011.

	n	%	p-valor
Idade (anos)			<0.0001*
11 a 12	77	4.7	
13 a 14	195	12.0	
15 a 16	681	41.8	
17 a 18	605	37.1	
19	72	4.4	
Sexo			0.0003*
Feminino	889	54.5	
Masculino	741	45.5	
Mora com			<0.0001*
Ambos os pais	835	51.2	
Outra pessoa (não pais/parentes)	39	2.4	
Outro parente	157	9.6	
Somente mãe	497	30.5	
Somente pai	102	6.3	
Trabalha			<0.0001*
Não	1390	85.3	
Sim	240	14.7	
Renda familiar			<0.0001*
Até 1sm	224	13.7	
1-2 sm	486	29.8	
3-4 sm	396	24.3	
Mais que 4 sm	524	32.1	
Quantos cômodos na casa			<0.0001*
Até 3	277	17.0	
De 4-6	849	52.1	
6 ou +	504	30.9	
Mora com quantas pessoas em casa			<0.0001*
Até 3	376	23.1	
4 a 6	932	57.2	
6 ou +	322	19.8	
Série que cursa			<0.0001*
5º série - E. Fundamental	28	1.7	
6º série- E. Fundamental	62	3.8	
7º série- E. Fundamental	74	4.5	
8º série- E. Fundamental	118	7.2	
1º ano - E. Médio	520	31.9	
2º ano - E. Médio	382	23.4	
3º ano - E. Médio	446	27.4	
Turno			<0.0001*
Manhã	889	54.5	
Noite	226	13.9	
Tarde	515	31.6	
Tempo estuda nessa escola		0.0	<0.0001*
1 a 2 anos	1122	68.8	
3 a 4 anos	381	23.4	
5 a 6 anos	76	4.7	
7 ou +	51	3.1	

* Qui-quadrado.

Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

De acordo com o censo do IBGE (2010) o Brasil possui 18% da população geral na faixa etária de 10 a 19 anos, classificada pela WHO (1986, p.11), como adolescentes, no Estado do Amapá este percentual é de 23% e no Município de Macapá é de 22%, o que pode caracterizá-los com uma densidade populacional ainda jovem, mas que seguindo o perfil demográfico dos últimos anos, esta em processo de envelhecimento, decorrente da diminuição das taxas de natalidade e de mortalidade, tendo como um dos fatores o incremento das políticas públicas que vêm sendo implantadas a nível nacional e regional, em particular na última década.

Uma vez que o processo de envelhecimento é uma realidade no meio social, é importante e até mesmo essencial, que se alcance esta etapa de vida com as condições necessárias para gozá-la com saúde e bem estar, assim toda ação pautada para o alcance de um envelhecimento saudável deveria perpassar por uma infância, adolescência e juventude saudável e com bons hábitos, que poderiam se perpetuar com o avançar da idade.

Desta forma, a Política de Promoção à Saúde elenca o indivíduo, a sociedade e o estado como responsáveis pelo processo de saúde e doença ao qual o cidadão está exposto. Buss (2000, p.165) afirma que esta política se dá em uma “concepção ampla do processo saúde-doença e consequentes determinantes, e que necessita de uma articulação entre os saberes técnicos e o popular”, ratificando a necessidade de mobilização dos recursos, do nível institucional ao comunitário, assim como entre o público e privado, buscando o enfrentamento e a resolução da situação instalada.

Para Brasil (2006) o modo de viver de uma pessoa tem reflexos no individual e no coletivo, as pessoas escolhem as opções de viver que melhor lhes convêm, que atenda as próprias necessidades e este processo se dá no contexto de vida em que o indivíduo esta inserido.

Com foco nas afirmativas do INCA (2007), deve-se considerar então a necessidade da não exposição precoce a fatores de risco que tendem a contribuir para o processo de adoecimento de caráter agudo ou crônico, mas que interfere na saúde do indivíduo, como, por exemplo, o cigarro, “comprovadamente fator de risco para em torno de 50 doenças, entre elas as do sistema cardiovascular e câncer, que respondem por significativas causas de morte no Brasil e no Mundo”. (INCA, 2007, p.7)

Tendo em vista o crescimento observado nos últimos dados censitários em que o sexo feminino corresponde a 51% da população brasileira, percebe-se a

necessidade de repensar o cuidado com este público no quesito exposição a fatores de risco social e de saúde, a mulher tem saído cada vez mais de casa e passa a assumir a responsabilidade pelo lar e família, atuando em duplas e até mesmo triplas jornadas de trabalho, exposta ao estresse da vida moderna e aos riscos da adoção de hábitos nocivos como o cigarro (IBGE, 2010).

Dados recentes da pesquisa VIGITEL mostram que 12,0% da população feminina investigada, afirmam ser fumante, valor este que se mantém quase que estagnado nos últimos quatro anos, quando a prevalência do tabagismo neste grupo oscilou entre 11,9 a 12,5% (BRASIL, 2011b)

Ainda de acordo com o IBGE (2010), 39% dos domicílios informados como compartilhados, tinham como responsável principal a mulher, sendo que, ao se avaliar a variável sem responsabilidade compartilhada, ou seja, quando a mulher assumia integralmente a responsabilidade pelo lar, o percentual aumenta para 40%. Desta forma, está a mulher mais exposta a situações que demandam estresse e ansiedade. Segundo Carvalho (2011, p.2096), “há evidências de que a exposição a condutas de risco como o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas e o uso de drogas está associado ao estresse psicossocial em adultos.”

Ressalta-se também que a indústria fumageira, mesmo com a proibição explícita de propaganda de cigarro, ainda investe na mulher como grande usuária, junto com crianças e adolescentes, considerando até mesmo a maior dependência que esta pode apresentar frente ao consumo do cigarro. “Os motivos pelos quais a mulher inicia e se mantém fumando variam conforme a idade, os fatores psicológicos, socioeconômicos, demográficos e culturais, assim como pela ação da propaganda da indústria do tabaco” (LOMBARDI, 2011, p.121)

Esta nova estrutura familiar, na qual a mulher vem se sobressaindo, com a formação de famílias em que assume a responsabilidade pelo lar, sem a presença de um cônjuge, contrapõem os conceitos de família como uma das organizações sociais mais antigas e com regras mais bem definidas, onde co-habitam a figura paterna, materna e os filhos advindos ou não deste relacionamento. No entanto, de acordo com dados da pesquisa sobre indicadores sociais da condição e vida da população brasileira, mesmo com o crescimento do número de famílias chefiadas por mulheres (de 16,5% pela PNAD de 1997 para 17,4%) ainda se destaca o modelo convencional, formado por casais com filhos (48,9%) (IBGE, 2008b, p.88). No estudo ora apresentando os resultados encontrados, junto aos adolescentes pesquisados,

confirmam a tendência da moradia junto com ambos os pais (51,2%) contra 30,5% que informam morar apenas com a mãe.

No quesito renda, a média de rendimentos do brasileiro é de dois salários mínimos (IBGE, 2010), na pesquisa o destaque foi de quatro salários mínimos (31,2%), o dobro da média nacional, tal resultado pode ser explicado, considerando que os adolescentes estimaram os rendimentos da família, sem que tal pudesse ser confirmado com os pais ou responsáveis, podendo ter ocorrido superestimação do valor. Dados ainda do IBGE, mostram que a região norte possui o segundo mais baixo rendimento do país, à frente apenas da região nordeste.

Ao se avaliar atividade laboral, observa-se que somente 14,7% informam desenvolver alguma atividade laboral. Estudos realizados nos últimos anos, sobre fatores que influenciam ao uso do tabaco, mostram que o trabalho tem pequena influência sobre o adolescente, na aquisição do hábito de fumar (BARBOSA *et al*, 1989; MALCON *et al*, 2003; SILVA, *et al*, 2006; GRANVILLE-GARCIA *et al*, 2008).

Quanto à avaliação da moradia, dados da PNAD, do ano de 2007, mostram que, a média nacional de moradores por domicílio era de 3,4, sendo que no Amapá chegou a 4,2 (IBGE, 2008b, p.75). A pesquisa confirma esta média amapaense, onde 57,2% dos entrevistados, afirmam que convivem em domicílio com um total de quatro a seis pessoas.

Na avaliação do perfil de escolaridade, o censo do IBGE (2010) mostra que do ano 2000 para 2010, a taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais de idade declinou de 9,6% para 6,8% (área urbana). No grupo etário de 15 anos ou mais de idade este indicador diminuiu de 10,2% para 7,3% e no grupo de 10 a 14 anos de idade, a redução foi de 4,6% para 2,9%.

O Estado do Amapá apresentou um percentual de 7,9% de taxa de analfabetismo, sendo este o melhor desempenho na região norte, empatado com o Estado de Rondônia, porém ainda acima da média nacional (IBGE, 2010).

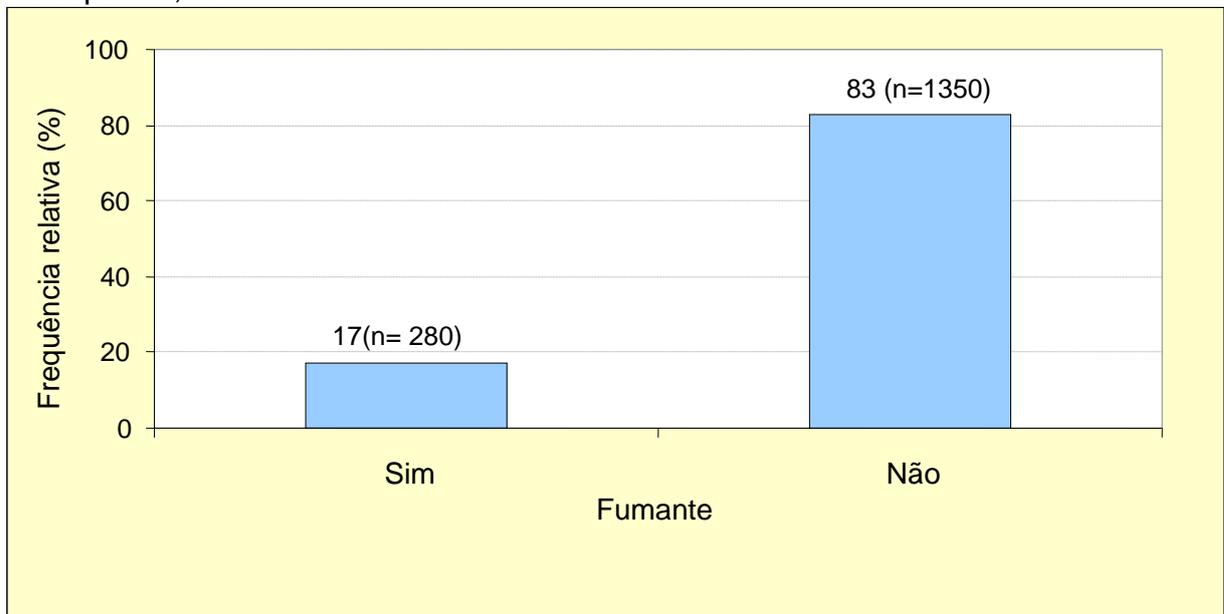
Na avaliação com fatores que influenciam o tabagismo, a baixa escolaridade aparece com certa prevalência nos estudos encontrados, assim como as repetências (MALCON *et al*, 2003) e até a prática do estudo no turno noturno são fatores que podem ser relacionados à prática do tabagismo entre escolares (SILVA *et al*, 2006).

4.2 FATORES QUE INFLUENCIAM PARA A PRÁTICA DO TABAGISMO ENTRE ADOLESCENTES ESCOLARES

Nesta seção será apresentada a prevalência do tabagismo entre os adolescente e identificação dos fatores que colaboram para o desenvolvimento desta prática junto ao grupo alvo.

4.2.1 Caracterização dos adolescentes quanto à relação com o tabagismo

Gráfico 3 – Percentual de fumantes, em uma amostra de (n=1630) estudantes. Macapá-AP, 2011.



Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011.

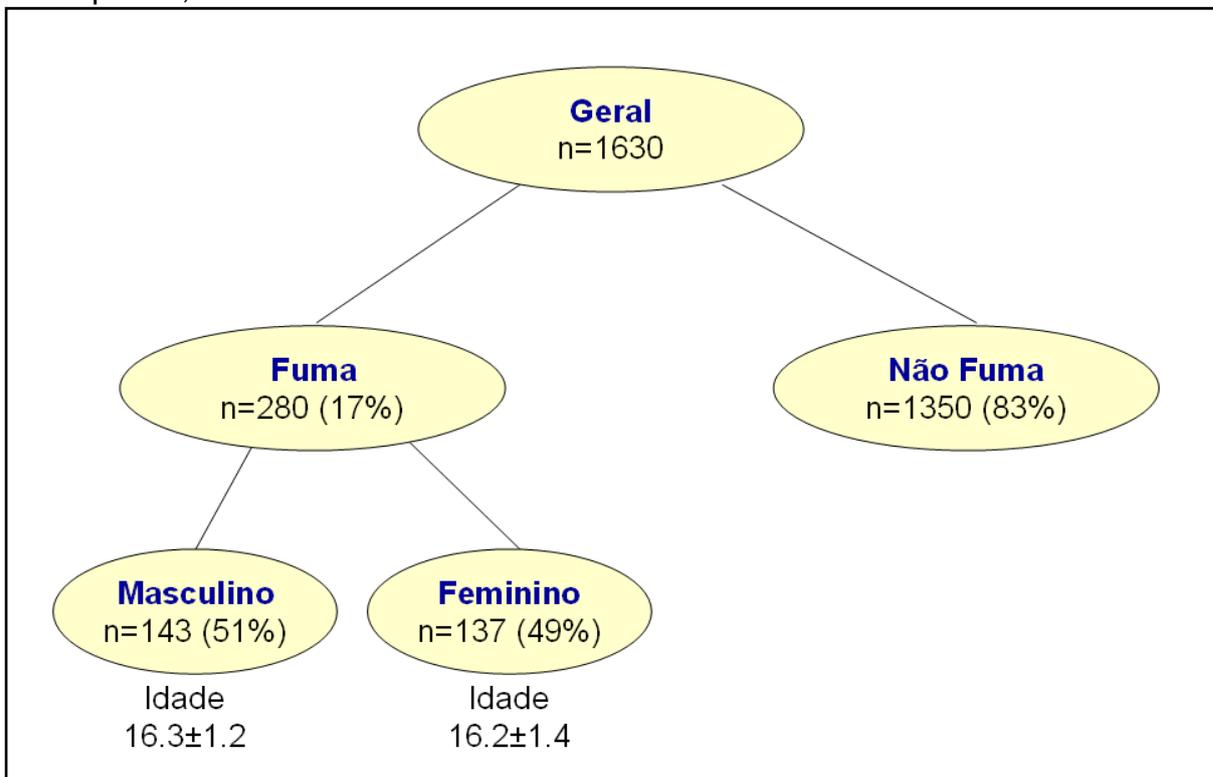
No âmbito desta pesquisa foi utilizada a definição de Brasil (2004, p.10) em consonância com a OMS e o CDC que caracteriza o fumo entre jovens, “como a prática de fumar cigarro em um ou mais dias nos últimos trinta dias”. Desta forma na análise da distribuição das respostas observadas no gráfico 3, que dentre os 1630 estudantes entrevistados, a prevalência de tabagismo foi de 17%, ou seja, 280 estudantes com idade entre 11 e 19 anos informam ser fumantes.

Dados levantados pela PeNSE, realizada em 2009, pelo MS em parceria com o IBGE, mostram que, no Município de Macapá, a prevalência de adolescentes na faixa etária de 13 a 15 anos (cursando o nono ano do ensino fundamental), que afirmavam já ter experimentado o cigarro alguma vez na vida foi de 24,8%, assim o

resultado ora encontrado (17%) esta bem abaixo do que a literatura apresenta até então para o Município. Não foram encontrados outros estudos de âmbito local para comparação, no entanto dentre os de ordem regional, Pinto e Ribeiro (2007) apontam que em Belém-Pará a prevalência entre estudantes adolescentes em escolas públicas e privada foi de 44,7%, sendo maior na escola pública (52,1%) que na privada (36,7%). Outro estudo (ABREU; CAIAFFA, 2011) de âmbito nacional, com base no Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis realizado entre 2002 e 2003, aponta na região norte, Belém com uma prevalência de 10,2%, Palmas com 10,9% e Manaus com 12,7%. O Município de Macapá não participou da amostragem.

O presente estudo observou ainda, como demonstrado no gráfico 4 que entre os 280 fumantes, 143 (51%) pertencem ao sexo masculino e 137 ao sexo feminino (49%). A idade dos estudantes fumantes de sexo masculino (16.3 ± 1.2 anos) não apresenta diferença (p -valor = 0.7328, não significativa) com relação à do sexo feminino (16.2 ± 1.4 anos).

Gráfico 4 – Avaliação da prevalência do tabagismo entre gêneros (n=1630). Macapá-AP, 2011.



Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

O tabagismo é uma prática conhecidamente prejudicial à saúde, atua frente a um grupo de doenças de caráter crônico e não transmissíveis que respondem pela liderança no quadro de morbimortalidade mundial e deve ser encarado como um sério agravo, de caráter pediátrico, por acometer crianças e adolescentes em idades bem precoces, estudo do CEBRID em 2004 informa o primeiro contato com o produto aos 12,8 anos (IBGE, 2009, p. 34), que coincide com a maioria dos estudos nacionais e internacionais sobre o tema, e cabe ressaltar que esta precocidade do contato com o tabaco traz consequências sérias ao organismo da criança ou adolescentes uma vez que já esta, cientificamente consolidado, a identificação dos malefícios advindos do uso do tabaco por este grupo etário.

Os males diretamente relacionados ao consumo de cigarro podem ser listados em infecções respiratórias, comprometimento da saúde bucal, redução da capacidade física e pela própria dependência da nicotina, além, também da redução na taxa de crescimento, da produção de histamina e o aumento da disfunção erétil, dentre outros agravos e complicações (GRANVILLE-GARCIA *et al*, 2008, p.31; DALL'AGNOL, *et al*, 2011, p.46).

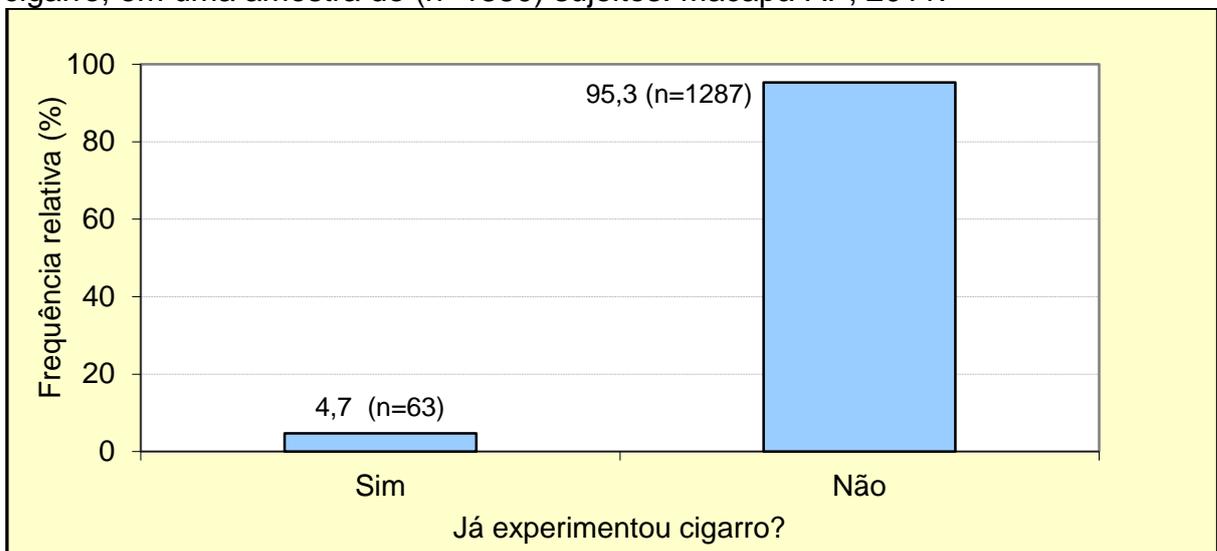
Mesmo com esta realidade a prática do tabagismo entre adolescentes, pode ainda ser considerado como bastante incidente, tendo em vista o poderio da indústria fumageira em atrair este público promissor para a dependência da nicotina, principalmente nos países em desenvolvimento, além de também ser relacionada, segundo Silva (2004, p.37) como a “droga de entrada”, a partir do qual a inserção na drogatização será feita com maior facilidade.

Deve-se destacar que cabe ao poder público e a sociedade em geral, adotar medidas protetivas eficientes e eficazes, que dificultem o contato do adolescente com o cigarro, focando na escola e família como principais parceiras nesta ação, buscando a sensibilização para a disseminação de informações reais e condizentes com o entendimento e percepção do público alvo, visando conseguir a adesão necessária, ao objetivo proposto.

Dentre os 1350 alunos, que informaram no gráfico 3 (p.67) não serem fumantes, questionou-se se estes já haviam experimentado o cigarro, e obteve-se os dados descritos no gráfico 4 (p.68), onde apenas 4,7% (n=63) afirmaram que sim, sem que, no entanto, este ato fosse percebido pelo adolescente como fumo constante ou contínuo, levando-os desta forma a não se inserir na classificação de fumantes, discutida no gráfico 3.

Ao avaliar a experimentação do fumo, a maioria quase que absoluta, por sua vez, informou que nunca haviam experimentado o produto em questão, correspondendo a 95,3% (n=1287) dos sujeitos amostrais, como descrito no gráfico 5. Deve-se ressaltar que dados da literatura especializada mostram que a idade de experimentação costuma ser precoce. Segundo Araújo (2010, p.671), “experimentação está associada à busca de identidade e de espaço no mundo adulto, o que ocorre na pré-puberdade”.

Gráfico 5 – Distribuição da quantidade de estudantes que já experimentaram cigarro, em uma amostra de (n=1350) sujeitos. Macapá-AP, 2011.



Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

A primeira experiência com o cigarro pode não ser prazerosa, pois, de acordo com Rosemberg (2003, p.56) fumantes que apresentam elevada sensibilidade à nicotina sofrem sintomas adversos ao experimentar a erva pela primeira vez, como “salivação, náuseas, vômitos, tontura, dor de cabeça, mal estar geral, porém, que insistindo em fumar, desenvolve-se tolerância à nicotina”.

Considerando esta realidade e a indústria do fumo atenta ao mercado consumidor, sabendo da necessidade de manter o usuário dependente da nicotina, desde a infância e/ou adolescência, institui aditivos no cigarro com o intuito de deixá-lo mais atraente e apreciável a este grupo, mas também às mulheres, outro público prioritário quanto ao uso do tabaco. Assim, o INCA (2011, p.13) avaliando a estratégia mercadológica da indústria, afirma que;

[...] qualquer estratégia mercadológica ou tecnológica voltada para aumentar a capacidade dos produtos de causar dependência, facilitar a experimentação entre adolescentes e ampliar o seu consumo deveria ser considerada um grave problema de saúde pública e, como tal, ser combatido.

Os aditivos passaram a ser usados como um instrumento poderoso das indústrias visando mascarar os efeitos negativos do tabaco, e diminuir a sensação de irritação da fumaça, desta forma alguns produtos foram incorporados na produção do cigarro, com destaque para o açúcar (sabor mais agradável) e o mentol (efeito anestésico), esta estratégia começou a ser combatida mundialmente através da instituição da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco em 2003, e em âmbito nacional através da Resolução - RDC nº 14 de março de 2012/ANVISA (BRASIL, 2012, p.12), que inclusive traz como definição para o termo aditivo a assertiva de que se trata de;

Qualquer substância ou composto, que não seja tabaco ou água, utilizado no processamento das folhas de tabaco e do tabaco reconstituído, na fabricação e no acondicionamento de um produto fumígeno derivado do tabaco, incluindo açúcares, adoçantes, edulcorantes, aromatizantes, flavorizantes e melhorantes.

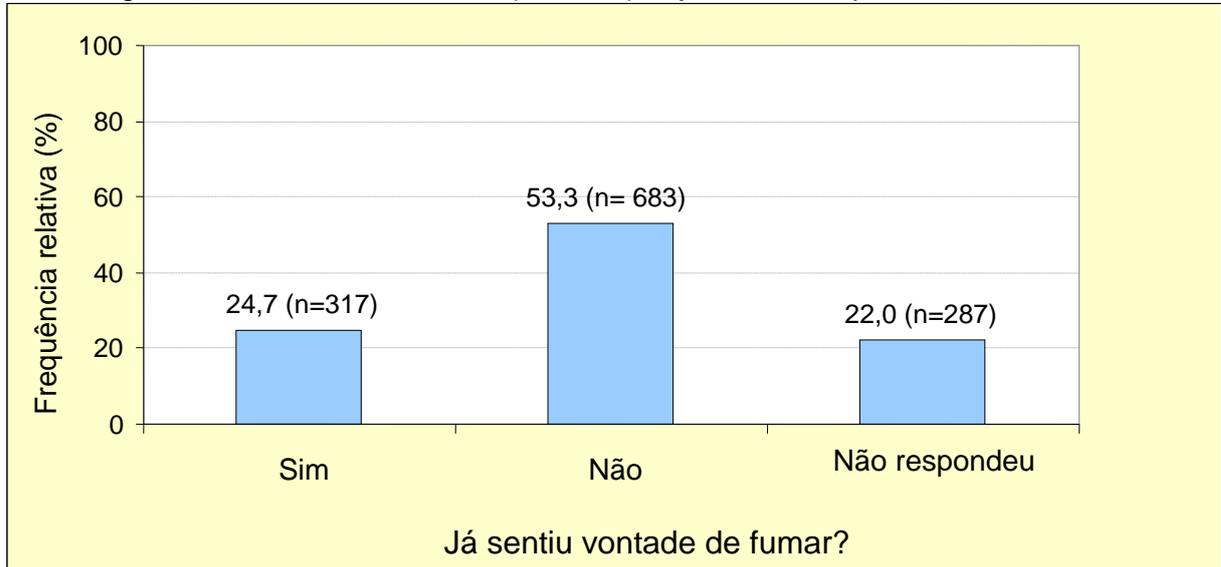
Tal resolução instituiu um prazo máximo de dezoito meses, a contar da data da publicação, para adequações da indústria fumageira às atuais exigências. Constata-se que tal atitude foi um ganho para a saúde pública, tendo em vista que a retirada do aditivo do cigarro o leva a uma consequente exposição, sem nenhum artifício e atrações para os novos usuários, o que comprovadamente era uma grande vantagem para a droga.

Destaca-se, no entanto, que outras formas de oferta, como os cigarros eletrônicos, por exemplo, proibidos no Brasil desde 2009 e a facilidade de acesso ao produto devem ser consideradas e trabalhadas, assim como a mídia que faz alusão implícita ao uso do cigarro, os baixos preços executados no comércio nacional, a ilegalidade da venda através de mercado paralelo, a facilidade de compra pelo adolescente, mesmo como leis proibitivas, entre outras posteriormente detalhadas.

Para os 1287 alunos, que no gráfico 5 (p.70), informaram que ainda não haviam experimentado o cigarro foi questionado se os mesmos já tinham sentido vontade de fumar anteriormente, obtendo assim os dados constantes no gráfico 6, em que 317 (24,7%) afirmavam ter sentido tal desejo, enquanto que 683 (53,3%)

negavam a vontade e 287 (22%) optaram por não responder ao questionamento.

Gráfico 6 – Distribuição da quantidade de estudantes que já sentiram vontade de fumar cigarro, em uma amostra de (n=1287) sujeitos. Macapá-AP, 2011.



Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

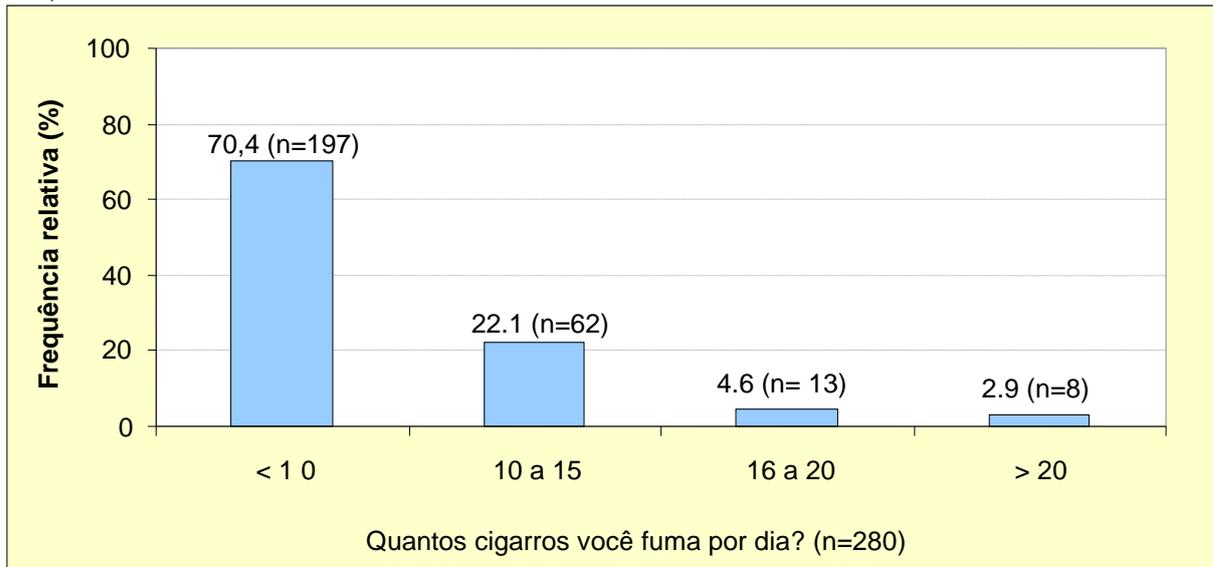
A vontade de fumar do adolescente pode ter vários fatores motivadores, mas cabe destaque para a presença de fumantes em casa, pais e irmãos mais velhos, amigos que possuem esta dependência, facilidade de acesso à droga e consumo de bebida alcoólica. Todas estas condições requerem ações efetivas por parte dos gestores, sociedade civil organizada, escola e família, objetivando proteger o adolescente do contato com o produto, de modo consciente e responsável, fazendo-o conhecedor dos riscos a que está exposto, sem adoção de medidas extremas que o faça entender a proteção como algo a ser contestado e superado.

Vale ressaltar a afirmação de Silva (2004, p.37) para qual “o fumo pode ser descrito como ‘droga de entrada’, o que significa que, a maioria dos jovens que usam drogas mais fortes, como maconha, cocaína ou heroína, tem experiência prévia do tabagismo”.

Malcon e Menezes (2002, p.81) já afirmavam que o tabagismo na adolescência é “resultado de um desejo de contestação, da necessidade de experimentação do novo e de identificação com o grupo”, então se a ação protetiva for vista como uma forma de coação o adolescente pode não aceitar a real necessidade de se manter longe do cigarro e ver em seu uso a forma de enfrentar e desafiar algo que lhe desagrade. Araújo (2010) também ressalta que a adolescência

é uma fase de busca pelo conhecimento, do gosto pela aventura, da instituição do juízo crítico, advindo do questionamento e de quadros de rebeldia que se interpõe frente aos valores que adultos podem pré-estabelecer.

Gráfico 7 – Distribuição da quantidade de cigarros consumidos diariamente, pelos estudantes que afirmavam ser fumantes, em amostra de (n=280) sujeitos. Macapá-AP, 2011.



Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

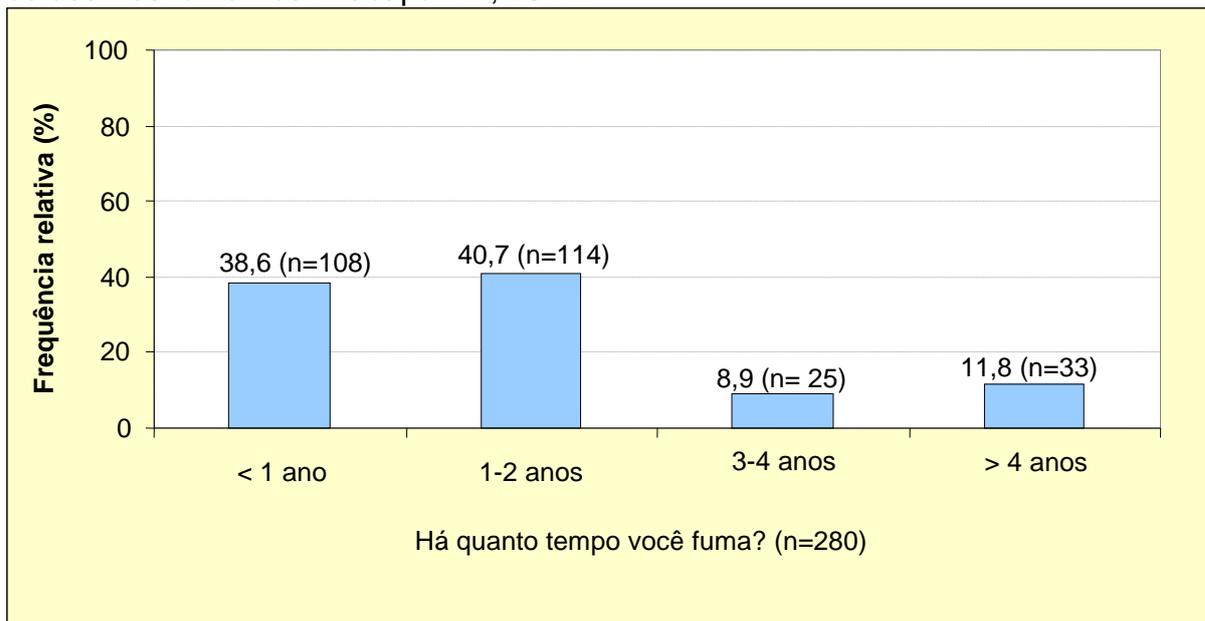
Dentre os 280 alunos (17,2%), descritos no gráfico 7, que informaram fazer uso diariamente do cigarro, enquadrando-se na prática de ter fumado cigarro em um ou mais dias nos últimos trinta dias (BRASIL, 2004), 197 (70,4%) afirmavam consumir menos de 10 cigarros por dia. Diversos estudos mostram que o consumo do tabaco entre adolescentes é um grave problema de saúde pública que precisa ser controlado, tendo em vista os riscos advindos desta exposição precoce. Como fumante diário o IBGE (2008a, p.219) define a “pessoa que faz uso diário de pelo menos um dos produtos do tabaco que emite fumaça, independentemente de há quanto tempo fuma diariamente”.

Ainda de acordo com o IBGE (2008a, p.61), dados apontavam que 15,1% da população de 15 anos ou mais é fumante diário, não foi encontrado nenhum estudo que informe esta prevalência em um público exclusivamente composto por adolescentes.

Cabe ressaltar que a prevalência de número de cigarros consumidos por dia entre os adolescentes investigados, apresenta resultados parecidos com os de

outros estudos que investigam a mesma linha (MALCON *et al* 2003; NOGUEIRA, 2004; PIETROBON *et al*, 2007). Desta forma, apesar de o número de cigarros consumidos por dia pelos adolescentes fumantes não mostrar altos números, não deixa de trazer preocupação, considerando a possibilidade de a dependência vir a se consolidar para a vida adulta.

Gráfico 8 – Distribuição do tempo de fumante, em uma amostra de (n=280) estudantes fumantes. Macapá-AP, 2011.

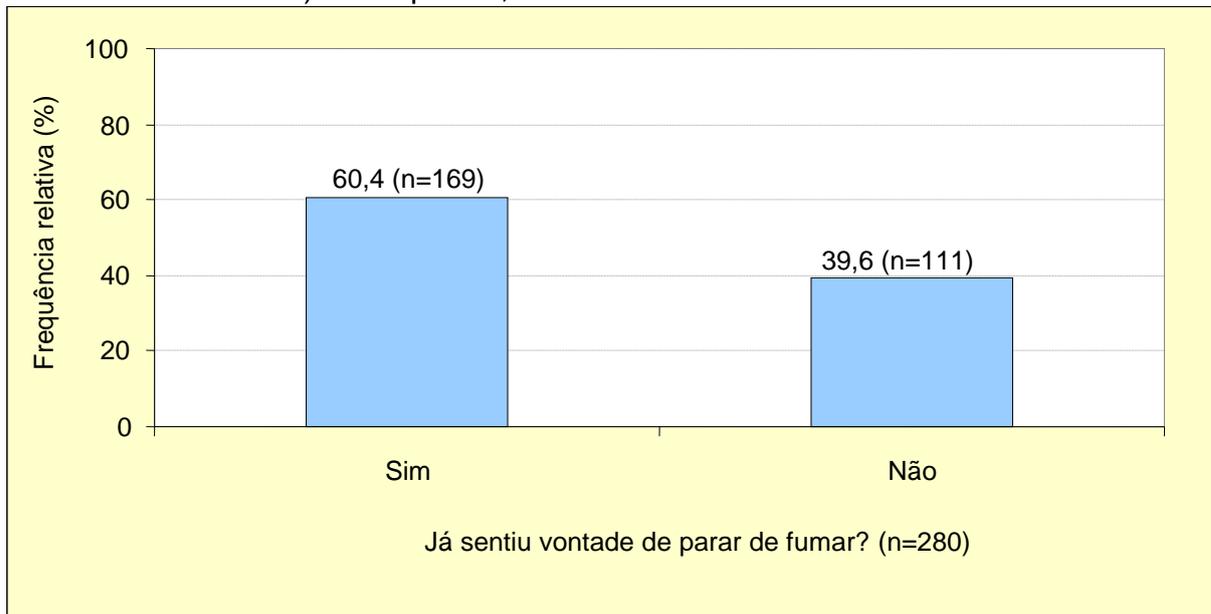


Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

No universo de 280 adolescentes fumantes, apresentados no gráfico 8, 40,7% informam que o fazem há um ou dois anos, enquanto que 11,8% informam um período maior de quatro anos. Rosenberg (2003, p.41) afirma que “adolescentes a partir dos 12 aos 13 anos, que fumam poucos cigarros por dia, aos 19 anos, cerca de 90% já estão tabaco-dependentes”.

Estudo de Malcon *et al* (2003) sobre prevalência e fatores de risco para o tabagismo entre adolescentes traz dados parecidos com os encontrados na presente pesquisa, onde 37,4 dos entrevistados afirmavam fumar de um a dois anos. O tabagismo quanto mais precoce, comprovadamente maior risco trará ao seu usuário, tratando-se assim de um grave problema de saúde pública, de ordem pediátrica, que merece receber as medidas preventivas eficientes e eficazes, além de intercalar ações de foro inter e multidisciplinar, objetivando controlar esta epidemia no meio da sociedade, em especial entre os adolescentes e jovens.

Gráfico 9 – Distribuição da vontade de parar de fumar, em uma amostra de (n=280 estudantes fumantes). Macapá-AP, 2011.



Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

O gráfico 9 mostra que dentre 280 adolescentes que informam o hábito de fumar, 169 (60,4%) demonstram interesse em parar com a prática, contra 111 (39,6%) que afirmavam não ter tal interesse. O fumo traz graves consequências tanto ao fumante ativo, quanto ao passivo, desta forma o adolescente parece reconhecer os malefícios advindos do ato de fumar, que passam desde o trato respiratório, circulatório, endócrino, até o cognitivo-comportamental. No entanto, parte deste grupo etário, segundo Castillo e Cordeiro (2009), parece desvalorizar e minimizar as consequências do consumo do produto, relatos dos alunos quando questionados o porquê da vontade ou não de parar de fumar, apresentam como respostas, respectivamente;

Em prol da cessação do tabagismo afirmam que;

“Tenho falta de ar” – A33E1

“É difícil conviver com o cigarro” – A54E1

“Pelo mal que causa a saúde” – A26E6.

No contraponto destacam;

“Fumar não causa vício se souber como fumar” – A13E6

“Fumar não é problema para mim” – A63E6

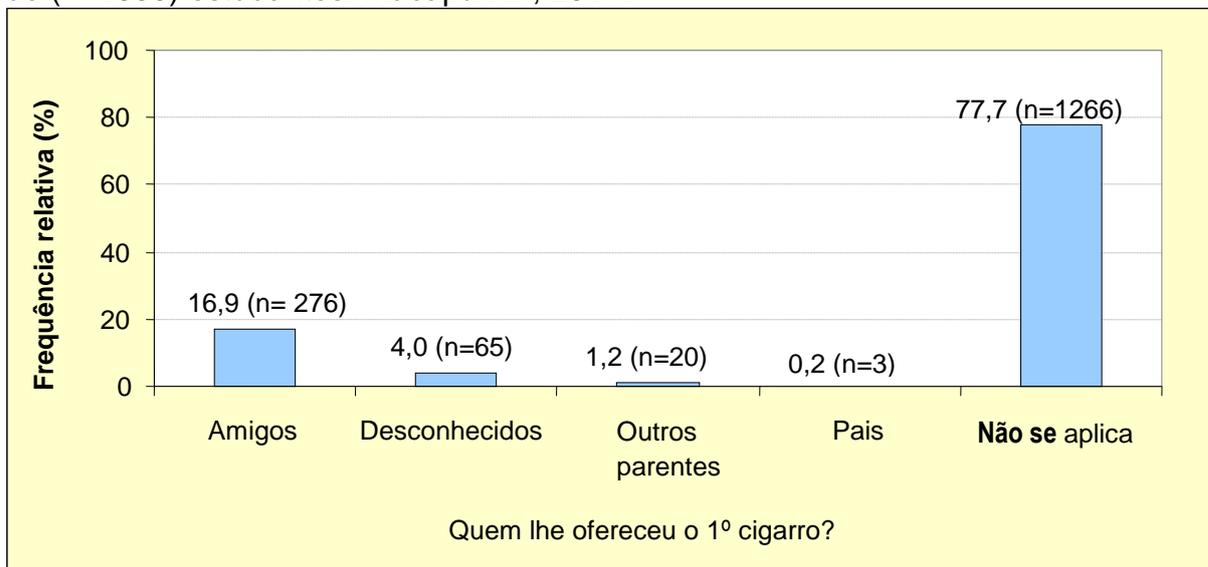
“Porque, por enquanto, quero curtir um pouco, depois paro” – A221E8

Um dos principais problemas associados à precocidade do hábito de fumar é a dificuldade de parar (FRAGA, RAMOS e BARROS, 2006). Parte dos adolescentes vivencia o ato de fumar como uma prática sem consequências, esta atitude é bem

propicia do grupo etário uma vez que este grupo costuma perceber suas ações sempre com muito otimismo, assim como ter “uma visão muito positiva de si próprios, a despeito da visão que os adultos e a sociedade em geral têm deles” (ASSIS, 2003, p.678).

Diversos estudos, já apresentados, comprovam ainda que a prevalência do tabagismo entre adolescentes é diretamente proporcional a alguns estímulos como a presença de pais, irmãos e amigos fumantes, uma vez que estaria então o adolescente, principalmente entre os pares, sendo diferenciado, no contexto social, do meio em que está inserido.

Gráfico 10 – Informação sobre quem ofereceu o primeiro cigarro, em uma amostra de (n=1630) estudantes. Macapá-AP, 2011.



Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

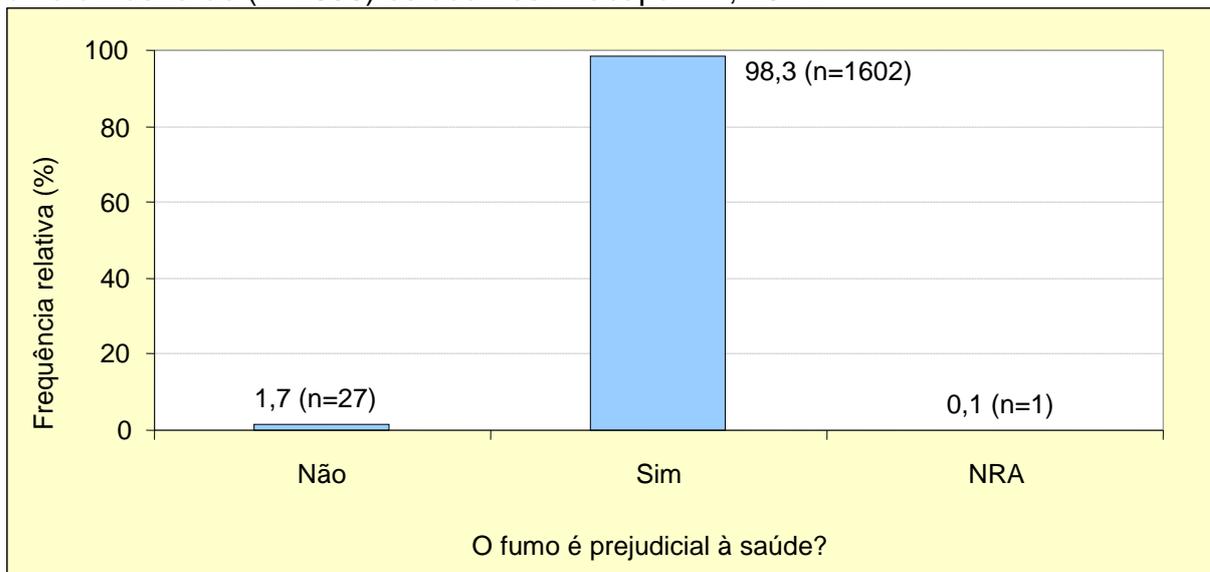
No gráfico 10, há a demonstração de que entre 1630 adolescentes questionados sobre os hábitos e fatores que poderiam interferir para a prática do tabagismo, 276 (16,9%) alunos afirmaram que foi um amigo a primeira pessoa a oferecer um cigarro, seguido de desconhecidos (4,0%). A grande maioria (77,7%) informa que nunca recebeu esta oferta até a data da realização do estudo. Ressalta-se que qualquer adolescente, fumante ou não, pode ter recebido a oferta, estando, portanto, apto a responder este questionamento.

Os resultados encontrados coincidem com diversos achados da literatura que apontam ser de fato o amigo uma das principais influências para o uso do tabaco (MALCON *et al*, 2003; FRAGA, RAMOS, BARROS, 2006; PINTO; RIBEIRO, 2007 e

ABREU; CAIAFFA, 2011).

A interferência de pessoas próximas ao adolescente aumenta consideravelmente no desenvolvimento deste hábito, fazendo com que a manutenção desta prática se torne uma constante que resultará na dependência já a partir desta idade, enveredando a partir daí pela vida adulta.

Gráfico 11 – Distribuição do entendimento de que o fumo é prejudicial à saúde, em uma amostra de (n=1630) estudantes. Macapá-AP, 2011.



Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

A maioria dos estudantes (1602) afirma entender que o uso do tabaco é prejudicial à saúde, correspondendo a 98,3% (GRÁFICO 11), este entendimento é de primordial importância para adoção de medidas estratégicas que permitam evitar ou minimizar o contato do adolescente com o tabaco. Para a SBPT (2010, p.134) o tabagismo é “considerado um problema de saúde pública em razão da alta prevalência de fumantes e da mortalidade decorrente das doenças relacionadas ao tabaco”. Cabe ressaltar que o fumo passivo é tão nocivo à saúde quanto o ativo. Segundo a WHO (2007, p.4), “o fumo passivo é derivado do tabaco, sendo a combinação de fumaça, emitida a partir da extremidade de combustão de um cigarro ou outros derivados do produto básico e exalada pelo fumante”. A fumaça de segunda mão contém milhares de produtos químicos conhecidos, dos quais, pelo menos 250, têm efeitos carcinogênicos ou tóxicos.

Os adolescentes demonstram ser sabedores dos riscos que correm, expostos direta ou indiretamente com o cigarro, mesmo dentre os 17,4% que se definem

como fumantes, os argumentos sobre os riscos do fumo são;

“Porque o cigarro causa mortes e muitas doenças” – A81E1

“Porque causa problemas ao pulmão, traz impotência sexual e vários outros” – A38E2

“Por ser um vício, que além de trazer problemas psicossociais, afeta a nossa saúde, podendo nos levar a morte” – A213E5.

Os relatos deixam claro que os escolares sabem identificar os malefícios do uso do cigarro, o que se supõe, deveria atuar em prol do afastamento do usuário deste produto de consumo, o que não costuma acontecer, considerando a demanda de jovens, ainda existente neste mercado de consumo. Dados da pesquisa VIGESCOLA, realizada em 2004 pelo INCA em parceria com o MS (BRASIL, 2004, p.7), que teve como público alvo os escolares que cursavam a 7ª e 8ª séries do Ensino Fundamental e 1ª série do Ensino Médio, de escolas públicas e privadas, de 12 capitais brasileiras, mostravam a cidade de Fortaleza com uma prevalência mais alta para o sexo masculino (27%) e Porto Alegre (24%) para o sexo feminino. Enquanto que os menores percentuais estavam nas cidades de Curitiba (11% para o sexo masculino) e Vitória (9% junto ao sexo feminino).

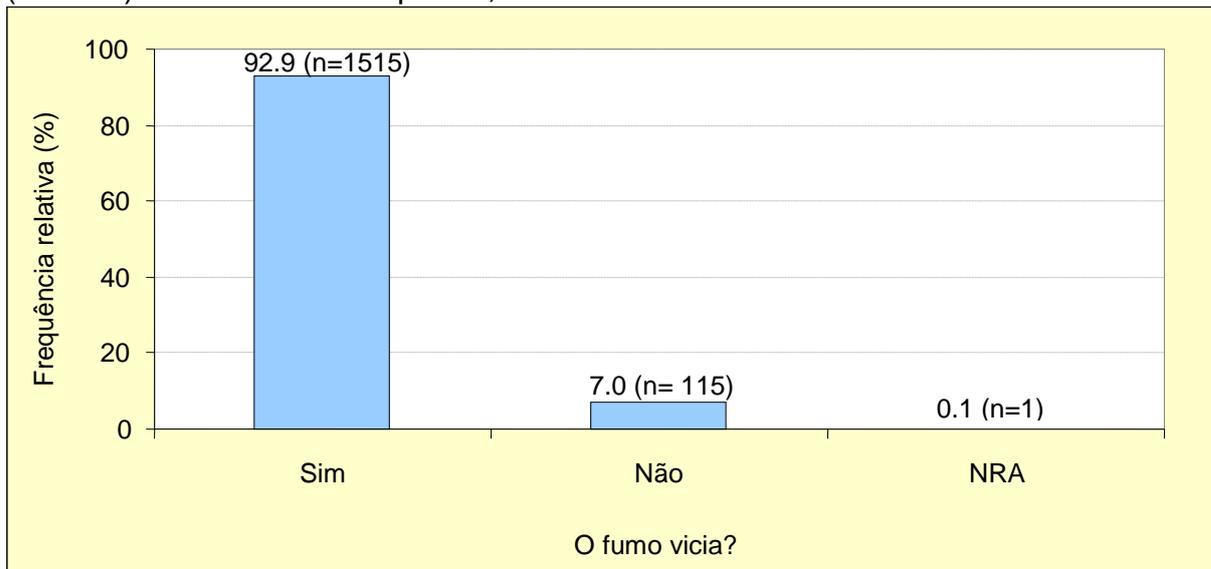
Dados mais atuais da PeNSE de 2009, divulgados pelo IBGE, englobando as capitais e o Distrito Federal, mostram um total médio no Brasil de 24,8%, onde a prevalência para o sexo feminino é de 24% enquanto que para o sexo masculino é de 24,4% (IBGE, 2009).

Percebe-se que, apesar de pequena e lenta, está ocorrendo certa tendência ao declínio nos valores encontrados entre os anos em análise, uma vez que a comparação não pode ser feita em sua totalidade considerando a divergência entre os aspectos metodológicos adotados, mas os resultados permitem visualizar a necessidade do poder público, sociedade civil organizada, escolas, família e instituições que atuem na conscientização sobre os riscos do tabagismo, atuarem para evitar a entrada de novos usuários neste mercado de consumo.

A necessidade de conscientização e sensibilização, associada à educação contínua, fidedigna e acima de tudo que possibilite ao estudante ser protagonista de sua história, voltada ao jovem no intuito de se manter longe do contato com substâncias que podem desencadear a dependência é peça chave no sucesso da prevenção ao uso do tabaco. Assim questionou-se sobre o conhecimento dos adolescentes quanto à possibilidade de dependência dos usuários ao tabaco e dados apresentados no gráfico 12, apresentado abaixo, mostram que, dentre os

estudantes questionados 1515 (92,9%) afirmam que o hábito de fumar causa dependência, no entanto, uma pequena parcela composta por 115 adolescentes (7%) acredita que o ato de fumar tem esta característica.

Gráfico 12 – Informação sobre o entendimento se o fumo vicia, em uma amostra de (n=1630) estudantes. Macapá-AP, 2011.



Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

Frente ao exposto, percebe-se que o adolescente reconhece a capacidade que a droga tem de causar dependência, mas que este conhecimento não o impede de consumi-la, uma vez que, parece crer que não haverá danos para si mesmo a prática deste ato, esta situação fica clara quando se apresentou os resultados descritos no gráfico 9 (p.75), onde se questionou entre os fumantes, se já haviam sentido vontade de parar, apesar de a maioria afirmar que sim, entre os que discordaram houve a afirmação de que o fumo não causava dependência, assim seria fácil parar, como a seguir descrito;

“Comecei a fumar há pouco tempo, não sou viciada” – A74E6

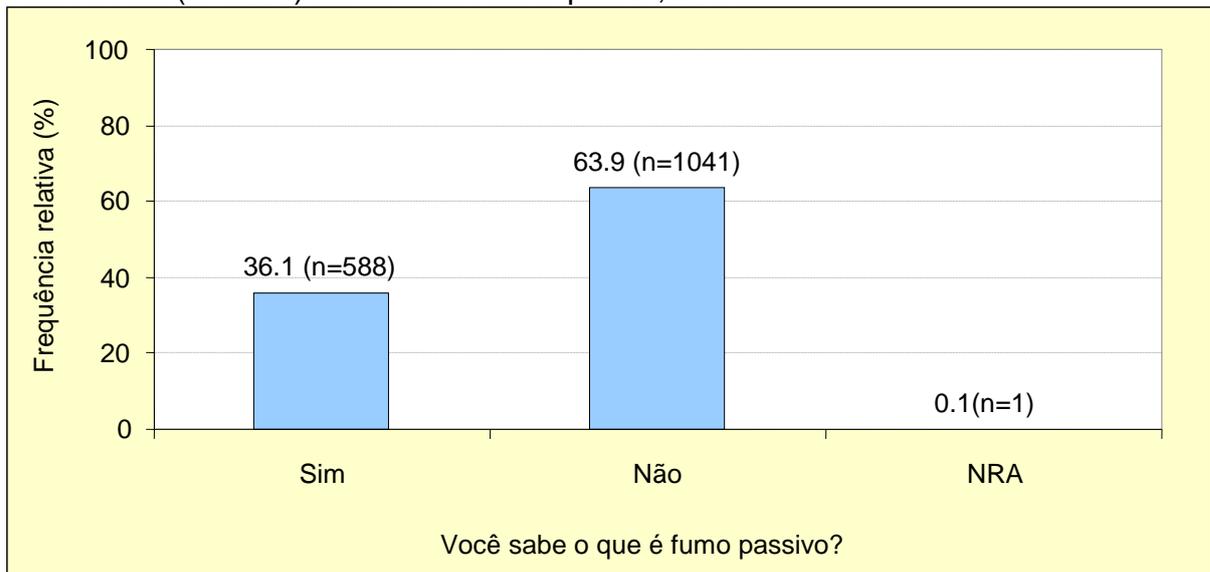
“Não me sinto mal, no momento, com o cigarro” – A170E6

“Não tenho dificuldade de parar, já parei e voltei duas vezes” – A35E9

Dados da literatura mostram que ao ser inalada, a nicotina tem a potencialidade de alcançar o cérebro humano, cerca de dez segundos após o fumante dar uma tragada, podendo atingir o pico máximo de concentração no organismo em até dez minutos, portanto, o usuário rapidamente sente o prazer

provocado pelo fumo, com sensações de diminuição da ansiedade, aumento da capacidade mental e melhora da atenção (MARQUES; CAMPANA; GIGLIOTTI, 2001), porém, esta droga tem meia vida relativamente curta, de até duas horas, o que provoca a necessidade de novo contato em curto espaço de tempo com o produto. Nos fumantes regulares, a concentração subsequente de Nicotina pode ser de seis a oito horas após a última tragada (ROSEMBERG, 2003, p.20-21).

Gráfico 13 – Respostas à pergunta “Você sabe o que é fumo passivo?”, em uma amostra de (n=1630) estudantes. Macapá-AP, 2011.



Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

O consolidado apresentado no gráfico 13 mostra que do total amostral 1041 estudantes (63,9%) informaram desconhecer o significado da expressão “fumo passivo”, dentre os 588 (36,1%) que informam saber do que se trata se obteve respostas condizentes com o preconizado pela literatura, mas também algumas respostas que mostram que o conhecimento expresso não condiz com a realidade, cabe ressaltar que a criança e o adolescentes, estão entre os grupo mais vulneráveis para o tabagismo passivo, ações pactuadas pela CQCT já mostravam a necessidade de intervenção educativa e legal para afastar este risco, em âmbito geral e o desconhecimento ou não entendimento deste conceito pode tornar este grupo ainda mais fragilizado na exposição à este risco ambiental.

“É a pessoa que apesar de não fumar, respira ou convive com outro que usa o cigarro” – A8E1
“Quem inala apenas a fumaça solta por outros fumantes por perto” –

A113E8

“É a convivência com pessoas que fumam, mas sem usar o cigarro” –

A145E8

“É fumar só de vez em quando, sem adquirir vício” – A196E5

“Se fumar um vai dando vontade de outro até se tornar viciado” – A156E5

“É aquela pessoa que sabe ser controlada” – A143E5

Segundo a OPAS (2008), embora a preocupação prevalente na sociedade, principalmente quanto aos riscos para a saúde, seja no âmbito do tabagismo ativo, os males advindos do contato dos fumantes passivos com o cigarro são motivos de crescente investigação e estão cientificamente consolidadas, seguindo a entidade afirma ainda que.

A exposição à fumaça ambiental do tabaco produz mortes prematuras e enfermidades em crianças e adultos não fumantes. Recém nascidos expostos a esse tipo de fumaça têm risco aumentado de serem acometidos pela síndrome da morte súbita. Crianças quando expostas à poluição tabagística desenvolvem infecções agudas do trato respiratório, enfermidades do ouvido e episódios de asma mais severos (OPAS, 2008, p.10).

De acordo com a WHO (2007) as evidências sobre os efeitos adversos para a saúde, quando da exposição à fumaça ambiental ou de segunda mão, vêm sendo levantadas há quase 50 anos, quando os primeiros estudos mostravam o impacto do fumo passivo em fetos, filhos de mães fumantes, e posteriormente se estendeu para demais crianças e adultos e as graves consequências advindas deste contato.

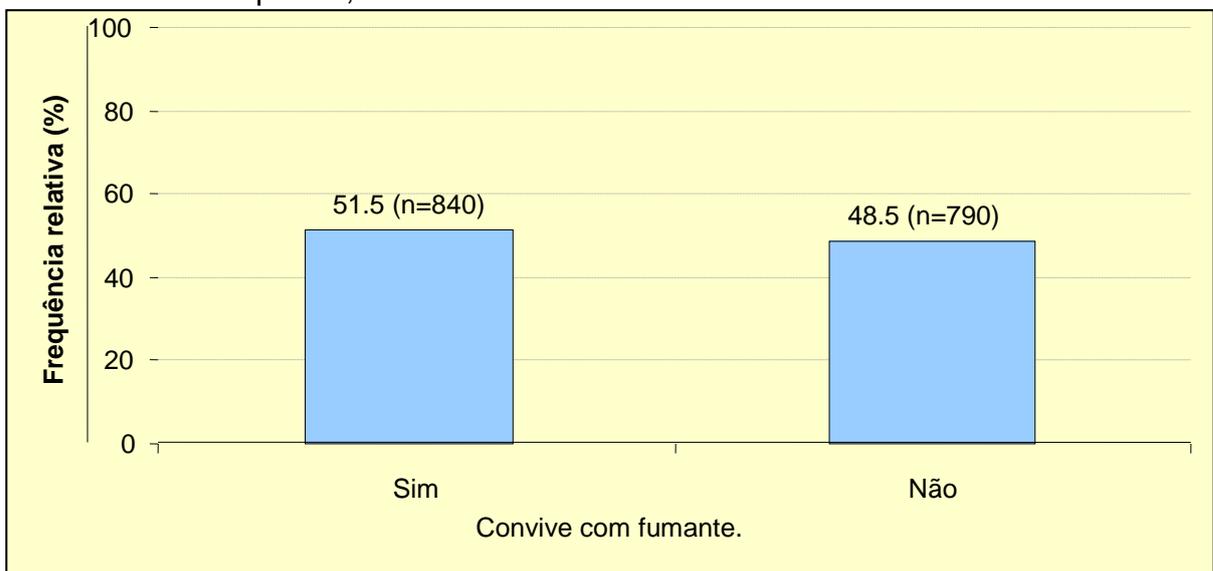
Assim, cabe ressaltar a importância da adoção de medidas, desde a informação adequada, em escolas, casas e junto a sociedade em geral, para reconhecimento por parte dos adolescentes dos riscos inerentes a esta exposição. Assim como a adoção de técnicas e ações preventivas visando diminuir ou mesmo anular a prática do fumo em locais públicos e fechados, e também locais de trabalho, medidas estas que já se encontram devidamente legalizadas, em todo o Brasil, havendo, no entanto, a necessidade da fiscalização adequada e permanente e cumprimento de acordo com os preceitos exigidos.

4.2.2 Fatores determinantes para o desenvolvimento do tabagismo entre adolescentes.

Já estão bem definidos pela literatura especializada os fatores que influenciam na prática do tabagismo entre adolescentes, no presente estudo, serão

avaliados os seguintes fatores: convivência com fumantes, hábitos desenvolvidos (prática de atividade física, ingestão de bebida alcoólica e religião), influência do marketing do cigarro e participação em grupo de jovens/amigos. Dentre os resultados encontrados cabe ressaltar que os adolescentes que usam tabaco apresentaram algumas características com significativa predominância (p -valor $<0.05^*$) para os não fumantes, com destaque para a ingestão de bebida alcoólica e convivência com fumantes.

Gráfico 14 – Prevalência de contato dos adolescentes com fumantes por n=1630 estudantes. Macapá-AP, 2011.



* p -valor <0.0001 , Qui-quadrado

Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

Dados da literatura e outras pesquisas sobre o tema confirmam que o convívio com fumantes tem significativa influência na decisão do adolescente vir a fumar, principalmente se este convívio vir do contato com pais, irmãos ou amigos mais próximos, considerando que a aceitação de outros fumantes possibilita a criação de oportunidades para novas e contínuas ofertas e certa dificuldade em parar com o hábito. Os dados encontrados neste estudo mostram que 51,5% dos adolescentes estão expostos ao convívio frequente com fumantes e assim com grandes possibilidades de vir a desenvolver este hábito (GRÁFICO 14).

A avaliação do convívio com fumantes como fator de risco para o hábito de fumar resultou no p -valor $<0.0001^*$ (altamente significativo), o qual indica que o convívio com fumantes realmente está associado ao hábito, pois, entre o grupo de fumantes, 84,6% convivem com outros fumantes, e este percentual é bem menor

entre os não fumantes (44.7%), como apresentado na tabela 3.

Tabela 3 - Avaliação do risco de ter o hábito de fumar em relação ao convívio com pessoas fumantes, em n=1630 estudantes. Macapá-AP, 2011.

Convive com fumante	Fuma		Não Fuma		Total	
	N	%	n	%	N	%
Sim	237	84.6	603	44.7	840	51.5
Não	43	15.4	747	55.3	790	48.5
Total	280	100.0	1350	100.0	1630	100.0

Qui-quadrado <0.0001*

Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

Entre os estudantes que convivem com fumantes predominam (p-valor <0.0001*, altamente significativa) os que ficam expostos por até 4 horas/dia, (TABELA 4) e esses são 56.2% do subgrupo formado por 840 estudantes.

Tabela 4 – Tempo de duração diária do convívio com pessoas fumantes, em n=840 estudantes que convivem com fumante. Macapá-AP, 2011.

Tempo de convivência diária (h)	n	%
Até 4 horas/dia	472	56.2
De 5 a 8 /horas/dia	194	23.1
Mais que 8 horas/dia	174	20.7
Total	840	100.0

* p-valor <0.0001, Qui-quadrado

Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

Os resultados ora encontrados mostram que a convivência se dá na própria casa do estudante, no ambiente escolar e entre amigos (TABELA 5), o que traduz o fumo passivo a que este estudante está exposto, tendo em vista a alta prevalência, também entre os estudantes que não fumam, de contato com quem é fumante (44,7% - TABELA 3), mostrando assim a necessidade da adoção de medidas com foco na sensibilização aos usuários do cigarro quanto ao risco do fumo involuntário.

A PeNSE realizada em 2009, pelo MS em parceria com o IBGE, mostra que o convívio de adolescentes com o fumo passivo tem alta prevalência no Brasil, onde 31% dos estudantes questionados afirmaram conviver com pelo menos um dos pais ou responsáveis fumando no domicílio (IBGE, 2009).

Tabela 5 – Especificação do local ou grupo de convivência com fumantes (n=840) estudantes. Macapá-AP, 2011.

Onde	N	%
Casa	368	43,8
Escola	159	19
Amigos	127	15,1
Casa e Escola	62	7,4
Casa e Amigos	41	4,9
Outros**	83	9,8
Total	840	100

* p-valor <0.0001, Qui-quadrado ** Vizinhos, festas, trabalho, casa de outros parentes

Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

Na pesquisa aqui apresentada a prevalência foi de 43,8%, destaca-se também a escola com uma prevalência de 19%, não tendo sido especificado pelo adolescente se o contato se dá com colegas, professores ou demais profissionais atuantes no estabelecimento. Cabe lembrar que o fumante passivo comprovadamente corre os mesmo risco de contato com o cigarro que o fumante regular.

Tabela 6 – O que mais chama atenção no cigarro segundo 1630 estudantes adolescentes. Macapá-AP, 2011.

O que mais chama atenção	Fuma		Não Fuma		Total	
	n	%	n	%	n	%
Forma de adquirir	37	13.2	110	8.1	147	9.0
Mensagem de advertência	85	30.4	641	47.5	726	44.5
O status de fumar	55	19.6	122	9.0	177	10.9
Pessoas famosas fumando	21	7.5	60	4.4	81	5.0
Nada	5	1.8	238	17.6	243	14.9
Outras respostas	77	27.5	179	13.3	256	15.7
Total	280	100.0	1350	100.0	1630	100.0

* p-valor <0.0001, Qui-quadrado

Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

A distribuição das respostas quanto ao questionamento quanto ao que mais chama atenção no cigarro (TABELA 6) mostrou que a resposta “Mensagem de advertência” apresenta-se proporcionalmente mais frequente entre os não fumantes (47.5%) em relação aos fumantes (30.4%), e essa diferença é estatisticamente significativa (p-valor <0.0001*).

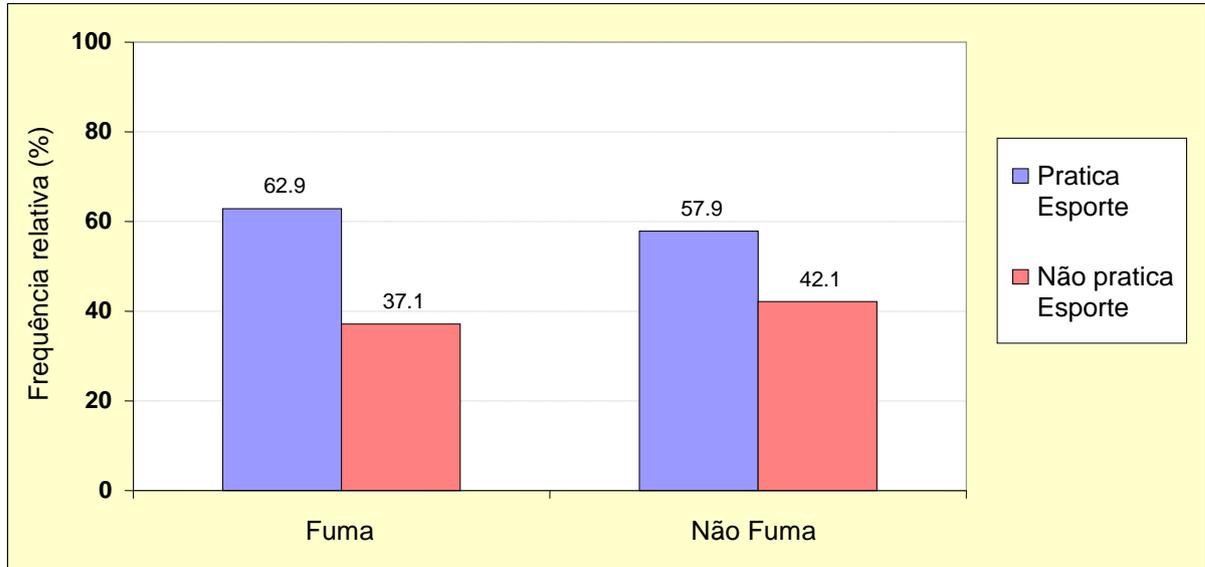
As mensagens de advertência surgem como um contraponto ao marketing do cigarro produzido pelas indústrias fumageiras, os primeiros exemplos deste tipo de ação surgem no Brasil em 2001, e atualmente contam com três grupos de advertência (BRASIL, 2008, p.12). Pesquisa realizada no Canadá, em 2005, mostrou que as tais imagens sanitárias adotadas naquele país nas embalagens do cigarro costumam aumentar o entendimento da população sobre a real dimensão dos danos causados por este produto, além de atuarem na mudança da imagem glamorosa e inofensiva que a indústria responsável tenta passar, em especial para adolescentes e adultos jovens, assim como auxilia no aumento, junto aos fumantes, na motivação para o abandono do consumo (HEALTH, 2005). No âmbito nacional, vários estudos (CAVALCANTE, 2005; SILVEIRA, 2007; CARVALHO, 2009; SANTOS, 2011) medem o impacto das ações adotadas através da Política de Controle do Tabagismo no intuito de averiguar sua efetividade na execução de tal estratégia.

Sem dúvida a prevenção perpassa pela educação e as mensagens de advertências parecem ter este foco, educar, orientar a população quantos aos malefícios do cigarro, focada em crianças, adolescentes e jovens, busca além da orientação particular e individual, contar com um disseminador de conhecimento. Os resultados do presente estudo comprovam que as mensagens cumprem um dos seus papéis que é chamar a atenção e despertar a curiosidade.

Por outro lado, principalmente entre os fumantes, se há a atenção pelos malefícios advindos da prática de fumar, ainda é observada a valorização do ato de fumar pelo jovem, quando 19,6% dos fumantes percebem esta prática como status, termo este entendido como a posição superior de uma pessoa perante outra (DICIONÁRIO ELETRÔNICO RIEEDEL), assim o uso do tabaco poderia ser entendido pelo adolescente como a oportunidade de ter poder e superioridade.

Dentre os outros fatores que costumam influenciar o tabagismo no grupo de adolescente foi realizada a avaliação da prática de esportes, que não se mostrou como fator de proteção contra para o hábito de fumar, resultando no p-valor =0.1385 (não significante). Portanto, não existe real associação entre a prática de esporte e o hábito de fumar, pois entre os fumantes há 62.9% que praticam esporte. Por outro lado, entre os não fumantes os praticantes de esporte são 59.9% (GRÁFICO 15).

Gráfico 15 – Avaliação a associação entre hábito de fumar em relação a pratica esportes, em n=1630 estudantes. Macapá-AP, 2011.



Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

Em estudo de Oliveira *et al* (2010) não foi observada diferença estatística entre experimentadores e não-experimentadores do cigarro, mesmo resultado encontrado por Malcon *et al* (2003), cujo estudo não mostrou significância entre fumantes e não fumantes na prática de atividade física.

Apesar de acreditar-se que o esporte pode inibir o desenvolvimento de hábitos nocivos, em especial o tabagismo, pesquisas têm mostrado que esta medida não tem sido tão protetiva, havendo um número de fumantes que vem realizando exercícios, sem que haja uma definição clara de tais motivos, levando a suspeita que tal conduta serviria como um escape compensatório ao hábito, adotado pelo fumante de modo consciente ou não.

Tabela 7 – Avaliação a associação entre hábito de fumar e a ingestão de bebida alcoólica, em n=1630 estudantes. Macapá-AP, 2011.

Já ingeriu bebida alcoólica	Fuma		Não Fuma		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	212	75.7	793	58.7	1005	61.7
Não	68	24.3	557	41.3	625	38.3
Total	280	100.0	1350	100.0	1630	100.0

*p-valor <0.0001, Qui-quadrado

Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

A avaliação de ingestão de bebida alcoólica como fator de risco para o hábito

de fumar resultou no p -valor $<0.0001^*$ (altamente significativa). Portanto, constata-se que existe real associação entre o consumo de bebida alcoólica e o hábito de fumar, pois entre os fumantes há 75,5% que já ingeriram bebida alcoólica. Por outro lado, entre os não fumantes os que já ingeriram bebida alcoólica são 58,7% (TABELA 7).

Comprovadamente a associação álcool e fumo é frequente e duradoura, o consumo de ambos é social e legalmente aceito no país e vem trazendo graves consequências para os serviços públicos de saúde, e em paralelo, educação e segurança. Em estudo sobre associação de álcool e tabaco, Oliveira *et al* (2010, p.202) traz que entre os experimentadores de cigarro a prevalência de consumo de álcool foi de 91% contra 58% dos não experimentadores.

Tabela 8 – Tempo decorrido da última ingestão de bebida alcoólica respondida por 1005 estudantes que já desenvolveram esta prática. Macapá-AP, 2011.

Bebeu há quanto tempo?	N	%
Até 1 mês atrás	511	50.8
Entre 1 a 3 meses	424	42.2
Há mais que 3 meses	70	7.0
Total	1005	100.0

* p -valor $<0.0001^*$, Qui-quadrado

Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

A tabela 8 traz que dentre os 1005 estudantes que já ingeriram bebida alcoólica prevalece o consumo realizado há até um mês, com 50.8%, o qual obteve p -valor $<0.0001^*$ (altamente significativa). Oliveira (2010, p.204) traz como parâmetro de tempo o período de uma semana da última dose ingerida, encontrando que, entre o grupo de experimentadores de tabaco o intervalo em dias é menor que entre os não experimentadores.

O consumo de álcool em adolescentes escolares (13 a 15 anos) no município de Macapá tem uma prevalência de 55,1%, no âmbito nacional chega a 71,4%, valores muito altos, que refletem a exposição precoce a esta substância, quando questionados sobre a ingestão nos últimos 30 dias a prevalência brasileira cai para 27,3% e a municipal para 16,1%, ambas bem abaixo dos dados encontrados neste estudo (IBGE, 2009).

Por se tratar de uma espécie de epidemia, o controle do consumo de álcool deve ser visto como uma necessidade de caráter de emergência dentro dos serviços de saúde, que têm de estar preparados técnica e logisticamente para atender esta

clientela, cada vez mais jovem e dependente, que carrega consigo não só a dependência psíquica, mas todas as sequelas advindas desta e às quais o sujeito está exposto, a saber, desde a interação social, de cunho familiar ao profissional e em especial ao pessoal. Associado ao alcoolismo o tabagismo tem seu grau de risco potencializado e a cronificação aumentada quanto aos agravos à saúde, em especial doenças cardiovasculares, diabetes, cânceres e quadros respiratórios, consideradas pela OMS os males do século, decorrente de sua considerável prevalência mundial.

Tabela 9 – A avaliação a associação entre hábito de fumar e a participação em grupo de jovens e religião de n=1630 estudantes. Macapá-AP, 2011.

	Fuma		Não Fuma		p-valor
	n	%	n	%	
Participa de grupo de jovens					
Sim	84	30.0	384	28.4	0.6006
Não	196	70,0	966	71,6	
Onde é o grupo de jovens?					
Igreja	40	14.3	237	17.6	0.0254*
Escola	20	7.1	87	6.4	
Projeto social	4	1.4	7	0.5	
Outro	20	7.1	53	3.9	
Segue religião					
Sim	176	62.9	1027	76.1	<0.0001*
Não	104	37,1	323	23,9	

* Qui-quadrado

Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

A avaliação da associação entre hábito de fumar e a participação em grupo de jovens e religião apresentados na tabela 9, mostra que a simples participação em grupo de jovens não indica real diferença de comportamento (p-valor = 0.6006, não significativa). Entretanto, quando avaliada a influência da igreja (p-valor <0.0001*, altamente significativa) e da localização do grupo de jovens ser na igreja (p-valor =0.0254*, estatisticamente significativa), fica evidente a diferença proporcional entre os jovens que seguem religião: Fumantes (62.9%) e Não Fumantes (76.1%).

A avaliação sobre religião neste estudo não entrou em detalhes quanto às crenças ou valores religiosos adotados, o questionamento baseava-se na identificação de afiliação religiosa, ou seja, seguimento de algum dogma ao qual o adolescente manifestasse ligação. Em estudo sobre religião e o uso de drogas Dalgalarrondo *et al* (2004) afirma outras pesquisas aponta relação inversamente proporcional entre o uso de drogas e a frequência a cultos e missas, mas que em

seu estudo tal fato não foi observado, os resultados ora apresentados contradizem o autor referenciado, uma vez que observamos relação entre fumar e a não afiliação religiosa.

Tendo em vista que a relação entre gêneros, focada na prática de fumar, é algo que vem se destacando e requer cuidados especiais, uma vez que o crescimento do fumo entre as mulheres traz implicações de cunho social, doméstico, familiar e pessoal, foi realizada uma análise comparativa os dois grupos visando identificar variáveis significantes que expusessem os riscos do tabagismo a cada sexo, a saber, a idade e os principais hábitos sociais.

4.2.2.1 Análise comparativa entre gêneros

Na análise dos dados geral, apresentados na tabela 10, as diferenças de contato com o tabaco mostram algumas influências do gênero, em especial quanto ao perfil social que inclui moradia, formas de lazer e atividades esportivas, que como já apresentado, trazem pouca influência para o desenvolvimento do hábito de fumar, não foi observada diferença significativa no que chama atenção no cigarro.

Na participação social a diferença entre os sexos evidencia-se em ações como morar com os ambos os pais, pois a proporção no sexo masculino (60.1%) em adotar esta atitude é maior que no feminino (38.7%), sendo, desta forma, esta diferença altamente significativa ($p\text{-valor} = 0.0003^*$). No que diz respeito à distribuição dos fatores que mais chamam atenção no hábito de fumar, não foi observada real diferença entre os sexos, pois em todas as formas de chamar atenção a comparação realizada pelo teste Binomial resultou em $p\text{-valor} > 0.05$, o qual indica que não existe significativa diferença entre fumantes de sexo masculino e feminino nesta prática.

Quanto à distribuição das formas de lazer, observou-se que existem diferenças estatisticamente significantes ($p\text{-valor} < 0.05^*$) nos seguintes aspectos: passatempo preferido, TV ou Internet junto ao sexo feminino (30.7%) contra 16.8% no sexo masculino. A prática de esportes é maior no sexo masculino (39.9%) em relação ao feminino (12.4%), e a leitura é mais comum no sexo feminino (13.9%) em relação ao masculino (3.5%).

Tabela 10 – Distribuição da participação social, fatores que chamam atenção e formas de lazer, conforme o sexo (n= 280) estudantes fumantes, Macapá-AP, 2011.

	Fumante Masculino (n=143)		Fumante Feminino (n=137)		p-valor
	n	%	n	%	
Participação social					
Trabalha	40	28.0	28	20.4	0.1417
Mora com ambos os pais	86	60.1	53	38.7	0.0003*
Convive com Fumante	122	85.3	114	83.2	0.6288
O que mais chama atenção					
Mensagem de Advertência	39	27.3	46	33.6	0.2515
Status de Fumar	32	22.4	34	24.8	0.6006
Pessoas Fumando	16	11.2	7	5.1	0.0640
Forma de adquirir	22	15.4	16	11.7	0.3654
Nada	3	2.1	2	1.5	0.6869
Prazer	7	4.9	8	5.8	0.7257
Sensação de alívio	12	8.4	18	13.1	0.1992
Influência	1	0.7	1	0.7	0.9757
Dependência	7	4.9	3	2.2	0.2227
Formas de lazer					
Passatempo TV Internet	24	16.8	42	30.7	0.0063*
Esportes	57	39.9	17	12.4	<0.0001*
Ler	5	3.5	18	13.1	0.0033*
Estar com Amigos	56	39.2	60	43.8	0.4313

* Teste Binomial

Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

Na análise isolada do gênero masculino (TABELA 11), dentre os aspectos da participação social, foram observadas reais diferenças no tocante a participação no mercado de trabalho que é significativamente mais frequente (p-valor =0.0017*) entre os fumantes de sexo masculino (28%) em relação aos não fumantes (16.6%). Também foram observadas significativas diferenças (p-valor <0.0001*) no convívio com pessoas fumantes uma vez que entre fumante de sexo masculino este convívio é de 85.3% e entre os não Fumantes é de 44.4%. No tocante “o que mais chama atenção” houve diferença estatisticamente significativa (p-valor <0.0001*) a favor dos não fumantes, no item “Mensagem de advertência” com 46.7%, o qual é o principal fator desmotivador do hábito de fumar.

Para os fumantes de sexo masculino “o que mais chama atenção” apresenta

diferença estatisticamente significativa (p-valor <0.05*) para os itens: status de Fumar (22.4%), Pessoas famosas Fumando (11.2%), Forma de adquirir (15.4%), Sensação de alívio (8.4%) e Dependência (4.9%).

Tabela 11 – Distribuição da participação social, fatores que chamam atenção e formas de lazer, entre fumantes e não-fumantes do sexo masculino, Macapá-AP, 2011.

NO SEXO MASCULINO	Fumante (n=143)		Não Fumante (n=598)		p-valor
	n	%	n	%	
Participação social					
Trabalha	40	28.0	99	16.6	0.0017*
Mora com ambos os pais	86	60.1	328	54.9	0.1532
Convive com Fumante	122	85.3	265	44.4	<0.0001*
O que mais chama atenção					
Mensagem de Advertência	39	27.3	279	46.7	<0.0001*
Status de Fumar	32	22.4	78	13.1	0.0049*
Pessoas Fumando	16	11.2	26	4.4	0.0015*
Forma de adquirir	22	15.4	46	7.7	0.0043*
Nada	3	2.1	149	25.0	<0.0001*
Prazer	7	4.9	9	1.5	0.0124
Sensação de alívio	12	8.4	1	0.2	<0.0001*
Influência	1	0.7	0	0.0	0.9876
Dependência	7	4.9	2	0.3	<0.0001*
Formas de lazer					
TV e Internet	24	16.8	155	26.0	0.0213*
Esportes	57	39.9	237	39.7	0.9117
Ler	5	3.5	41	6.9	0.1377
Estar com Amigos	56	39.2	164	27.5	0.0060*

* Teste Binomial

Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

Entre fumantes e não fumantes de sexo masculino, as diferenças nas formas de lazer que obtiveram diferença estatisticamente significativa (p-valor <0.05*) são: a TV e a Internet (Fumante 16.8%, Não Fumante 26%) e Lazer com amigos (Fumante 39%, Não Fumante 27.5%).

Quanto à avaliação específica ao sexo feminino (TABELA 12), nos aspectos da participação social foram observadas reais diferenças no tocante a participação no mercado de trabalho que é significativamente mais frequente (p-valor =0.0003*) entre os fumantes de sexo feminino (20.4%) em relação as não fumantes (9.7%).

Tabela 12 – Distribuição da participação social, fatores que chamam atenção e formas de lazer, entre fumantes e não-fumantes do sexo feminino, Macapá-AP, 2011.

NO SEXO FEMININO	Fumante (n=137)		Não Fumante (n=752)		p-valor
	n	%	n	%	
Participação social					
Trabalha	28	20.4	73	9.7	0.0003*
Mora com ambos os pais	53	38.7	367	48.8	0.0271*
Convive com Fumante	114	83.2	337	44.8	<0.0001*
O que mais chama atenção					
Mensagem de Advertência	46	33.6	361	48.0	0.0018*
Status de Fumar	34	24.8	66	8.8	<0.0001*
Pessoas Fumando	7	5.1	37	4.9	0.9252
Forma de adquirir	16	11.7	66	8.8	0.2803
Nada	2	1.5	196	26.1	<0.0001*
Prazer	8	5.8	9	1.2	0.0003*
Sensação de alívio	18	13.1	2	0.3	<0.0001*
Influência	1	0.7	4	0.5	0.7756
Dependência	3	2.2	0	0.0	0.0635
Formas de lazer					
TV e Internet	42	30.7	287	38.2	0.0941
Esportes	17	12.4	70	9.3	0.2613
Ler	18	13.1	64	8.5	0.0851
Amigos	60	43.8	331	44.0	0.9619

* Teste Binomial

Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

Também foram observadas significativas diferenças (p-valor <0.0001*) no convívio com pessoas fumantes (83.2%) que entre as não fumantes (44.8%). Na moradia com ambos os pais (fumantes 38.7%, não fumantes 48.8%) o qual apresentou p-valor =0.0271* (estatisticamente significativa) e em Ações na Escola (Fumante 38%, Não Fumante 49.9%) que apresentou p-valor=0.0103* (estatisticamente significativa).

No tocante “ao que mais chama atenção” houve diferença estatisticamente significativa (p-valor =0.0018*) a favor dos Não Fumantes de sexo feminino no item “Mensagem de advertência” com 48%, o qual é o principal fator desmotivador do hábito de fumar.

Para os fumantes de sexo feminino “o que mais chama atenção” apresenta

diferença estatisticamente significativa (p-valor <0.05*) para os itens: Status de Fumar (24.8%), Prazer (5.8%), Sensação de alívio (13.1%) e Dependência (4.9%).

Entre fumantes e não fumantes de sexo feminino, não houve reais diferenças no tocante às formas de lazer, pois, para todos os itens avaliados o p-valor >0.05 indica que não existe diferença significativa.

4.3 AÇÕES DE ENFRENTAMENTO E PROTEÇÃO ESCOLAR COM FOCO NA PREVENÇÃO DO TABAGISMO

A escola é considerada como espaço de informação, cultura e troca de experiências, onde o indivíduo tem sua formação social e política em fase inicial. Brasil (2010), através da LDB (1996), informa que no país, o ensino atende por níveis de complexidade e é dividido em pré-escolar, fundamental, médio e superior, com oferecimento de cursos para desenvolvimento de pesquisas e criação artística, individualmente. Ainda de acordo com Brasil (2010);

A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais (LDB, Título I Art.1º. BRASIL, 2010, p.7)

Brasil (2010, p.8) segue afirmando que a educação é “dever tanto da família quanto do estado e deve ser inspirada nos preceitos da liberdade de expressão, visando à formação e preparo do indivíduo para a vida em sociedade e para o trabalho”.

Para Silva *et al* (2010) a condição de saúde e doença de uma pessoa perpassa pela escola, que tem um papel fundamental, neste processo, considerando seu envolvimento na formação do indivíduo. A autora segue explanando que é em decorrência do fortalecimento das ações educativas que se proporcionam melhorias na qualidade de vida do cidadão, tornando-os mais conscientes e responsáveis dos seus direitos, o que acaba por repercutir na melhoria geral do padrão de saúde da sociedade e conseqüentemente na desoneração do sistema de saúde.

Considerando assim a importância do papel da escola e mais da própria educação no âmbito da prevenção de doenças e promoção à saúde questionou-se junto aos escolares sobre o recebimento de informações com foco na prevenção do uso do tabaco, de acordo com os dados expressos na tabela 13, uma porcentagem

considerável e com alta significância (p-valor <0,0001*) informou que sim (71,3%) haviam recebido orientações focadas na prevenção ao tabagismo. Ao se investigar a proporção entre fumantes e não fumantes observou-se que os fumantes também haviam sido informados (72,3%) sobre formas de prevenção ao tabaco, mas o que se pode concluir é que as informações recebidas não lograram êxito no sentido de desmotivá-los ao uso do produto, assim receber informações não teve impacto na prevenção do tabagismo.

Tabela 13 – Informação sobre ter recebido orientação quanto à prevenção ao tabagismo. Macapá-AP, 2011.

Recebeu orientação	Total		Fumantes		Não fumantes		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Sim	1163	71,3	208	72,3	955	70,7	<0.0001*
Não	467	28,7	72	25,7	395	29,3	
Total	1630	100,0	280	100,0	1350	100,0	

*Qui-quadrado

Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

O entendimento do termo informação, segundo o Dicionário Eletrônico Riddel é “ação ou efeito de informar; indagação; transmissão de notícias; instrução; direção”, a orientação que anteriormente se esperava vir das escolas é a de cunho eminentemente formativo, uma vez que através do PCN (1997) estão definidas as disposições sobre as quais o professor deve versar seu plano de aula. Com o surgimento do Programa Saúde na Escola, antecedido por uma série de outros programas (Saúde e Prevenção e Saber Saúde, por exemplo) que focavam a prevenção de doenças e a promoção à saúde neste ambiente, a inserção de temas transversais sobre saúde tornou-se parte integrante dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) no intuito de otimizar tempo e espaço, além de possibilitar ao aluno a discussão do assunto formativo dentro da sua realidade temporal, familiar e social, é a integralidade do saber e do cuidado, assim o MS (BRASIL, 2009, p.18) afirma que;

Uma estratégia fundamental para garantir a institucionalização e sustentabilidade das ações e projetos é o trabalho participativo com a direção e o corpo de professores, além de estimular a inserção da promoção da saúde no projeto político pedagógico da escola. Isso exige uma relação próxima entre os profissionais de saúde e da educação, para reflexão conceitual da proposta e otimização de ações no cotidiano programado pela instituição.

Toda informação oferecida deve ser clara, na linguagem do adolescente e agregada de significância para que o entendimento seja maior. Moran (2012) afirma que a educação é um processo que envolve toda a sociedade e não somente a escola, uma vez que afeta a todos e continuamente, seja no âmbito individual, social ou profissional, das mais diversas formas. A educação permite a manifestação e troca de idéias, valores e conhecimentos e pode ser processar pelos mais diversos canais e sempre de modo compartilhado, ao mesmo tempo em que se ensina também se aprende.

Tabela 14 – Informação sobre o principal local da orientação quanto à prevenção ao tabagismo. Macapá-AP, 2011.

Local	Total	
	n	%
Escola atual	476	29,2*
Casa e família	361	22,1*
Mídia (jornal, TV, internet, outras leituras)	198	12,1*
Outras escolas	71	4,4
Palestras fora de escolas	32	2,0
Outros (**)	25	1,5
Não receberam	467	28,7
Total	1630	100,0

*Qui-quadrado (p-valor <0,0001) /** Igrejas, vizinhos, conversas de rua, projetos sociais.

Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

Os adolescentes afirmavam ter recebido informações sobre o não uso do tabaco, e que o local principal seria a escola atual (29,2%) seguida de sua casa, com familiares para 22,1% dos alunos e outro meio de informação prevalente foi através da mídia com 12,1% das respostas oferecidas (TABELA 14). Percebe-se que orientações foram feitas, porém aparentemente pouco assimiladas pelos estudantes fumantes, uma vez que a maioria 72,3% (TABELA 13, p.92) apesar de orientados, consumaram o ato de fumar.

No universo de alunos questionados, a tabela 15 mostra que 54% (p-valor com significância <0,0001) informam que as escolas não desenvolvem atividades preventivas ao uso de cigarro. Marcondes (1972, p.89) já afirmava que “contribuir para o desenvolvimento integral da criança durante o período escolar é uma das responsabilidades da escola”.

Tabela 15 – Desenvolvimento de atividades de prevenção ao fumo pelas escolas, na percepção do aluno. Macapá-AP, 2011.

Desenvolve ações	Total		p-valor
	n	%	
Sim	755	46,0	<0.0001*
Não	875	54,0	
Total	1630	100,0	

*Qui-quadrado

Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

No entanto o impacto das orientações recebidas no âmbito da escola, com foco na educação em saúde, segundo Bartlett (1981, p.1384) “mostram-se muito eficazes no aumento do conhecimento, pouco eficaz na melhoria de atitudes, e, com poucas exceções, geralmente ineficazes em mudar as práticas de saúde”. Deve-se ressaltar no entanto que o aluno deve se sentir motivado a participar, percebendo a importância da atividade e a significância para sua própria vida. Êlmor (2009, p.46) afirma que a “eficácia pedagógica muitas vezes é resultado da cooperação dos alunos e de suas famílias”, e ainda que não adianta somente o empenho e competência profissional, é necessário que o aluno sinta vontade de aprender, estudar ou mesmo participar do ambiente escolar.

Tabela 16 – Participação do adolescente em atividades educativas desenvolvidas pelas escolas. Macapá-AP, 2011.

Participação em atividades	Total		p-valor
	n	%	
Sim	395	24,2	<0.0001*
Não	1235	75,8	
Total	1630	100,0	

*Qui-quadrado

Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

Questionados sobre suas participações nas atividades educativas e orientadoras quanto à prevenção do tabagismo, 75,8% (alta significância) admitiram não participar dos eventos (TABELA 16). Tal resultado mostra que o adolescente critica a escola por não oferecer orientações de promoção à saúde, mas que, no entanto, deixa de participar quando lhe é garantida tal ação. O descompromisso, a falta de percepção da importância do momento ou mesmo a desmotivação são condições que devem ser trabalhadas pela escola no sentido de reverter e incluir o

jovem no ambiente paradidático, permitindo além da educação formal, também a social e participativa, uma vez que, destaca-se já não cabe o modelo de educação tradicional, combatida pelo maior nome da educação brasileira, Paulo Freire, do professor-aluno, no sentido de submissão do segundo para com o primeiro, sem que haja diálogo, interpretações, aplicação, avaliação e validação de idéias e saberes.

Tabela 17 – Aplicabilidade pelos adolescentes das orientações recebidas nas escolas. Macapá-AP, 2011.

Aplicação	Total		p-valor <0.0001*
	n	%	
Permite a prevenção do fumo	560	34,4	
Auxilia na sensibilização quanto ao tema	397	24,4	
Aumenta o conhecimento sobre o assunto	321	19,7	
Não respondeu	324	19,8	
Não achou importante	28	1,7	
Total	1630	100	

*Binominal

Fonte: ICD – Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP, 2011

Mesmo sem admitir o recebimento de orientações pertinentes á prevenção do uso do tabaco, a todos os alunos foi questionado sobre a importância destas informações (TABELA 17); tendo em vista a subjetividade das respostas, optou-se por categorizá-las atendendo aos conceitos esperados de educação em saúde: Prevenção, sensibilização e conhecimento, categorizadas as respostas mostraram que a prevenção é a principal percepção dos alunos frente às orientações sobre o tabaco;

“Mostrar ao jovem a situação de uma pessoa que fuma o que pode causar medo no jovem e ele não experimentar” - A170E8

“É importante saber, pois para que saibamos que fumar faz mal a saúde e não é bom” – A5E9

“Evitar que as pessoas se viciem na nicotina e destruam suas próprias vidas” – A79E4

“É importante, pois, tendo conhecimento do risco que ele tem as pessoas podem tomar consciência e não fumar” – A18E7.

Pimont (1977, p.15) já firmava que “dentro desses objetivos, teríamos em vista, após a etapa inicial de conhecimento, a mudança de comportamento a respeito da

saúde individual e da comunidade”.

O adolescente traz consigo a vontade de descobrir e explorar novas realidades, experiências, sentir sabores, usufruir de sensações e sentimentos únicos, cheios de nuances e encantamentos próprios da idade. Não cabem interferências sem sentido e desprovidas de razão com significância para o próprio adolescente, no entendimento e percepção próprios deles. Aos profissionais de saúde e educação cabe entender esta fase e acima de tudo investir em ações específicas para atender as demandas trazidas pelo próprio adolescente.

CAPÍTULO V

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escola é um espaço social, político e cultural que é trabalhado sob vários olhares e contextos, a busca de situações que favoreçam a fragilização ou o protagonismo dos indivíduos que lá se encontram permite que vários estudos possam ser realizados visando a busca de informações a fim da melhora de vida do sujeito homem.

Os adolescentes como ser em formação, em busca de identidade está exposto a uma série de riscos, nos mais diversos sentidos, e torna-se por diversas vezes sujeito de vários estudos que objetivam entender este, por vezes turbulento período de vida do ser humano, onde as dúvidas, certezas e incertezas afloram e a adoção de determinadas atitudes pode comprometer todo um percurso a ser tomado.

Nesta pesquisa o foco do estudo foi o adolescente, em um contexto social, econômico e cultural, Objetivou-se identificar dentre várias situações que poderiam ser avaliadas nesta fase etária o por que do contato do adolescentes com o cigarro, quais os fatores que o motivariam, influenciariam para esta ação, assim através de uma pesquisa de campo, com caráter qualiquantitativo 1630 alunos foram questionados sobre seu perfil social, cultural e comportamental quanto ao uso ou não cigarro.

Os dados encontrados mostram que o tabagismo entre adolescentes no estado do Amapá e em especial na capital Macapá vem diminuindo, tendo apresentado valores de 24,8% em 2009 pela pesquisa VIGITEL (BRASIL, 2009) e de 17% no estudo ora em análise, não foi observada diferença significativa entre os gêneros, e contrariando outras pesquisas onde as mulheres tem tido maior prevalência, nesta o sexo masculino despontou com maior número de fumantes se comparado ao sexo oposto, a idade média dos grupos é de 16 anos, o número médio de cigarros fumados é menor de dez por dia, o que os classifica como fumantes leves a moderados, os meninos costumam morar com a família em maior proporção que as meninas, ambos convivem com outros fumantes de modo rotineiro por até quatro horas no dia, com uma maior prevalência em suas próprias casas e tiveram o seu primeiro cigarro sendo oferecido por amigos.

O contato frequente e rotineiro com outros fumantes (51,5%) traduz que o fumo passivo é predominante entre os adolescentes, assim como a figura de um amigo fumante bem destacada no grupo em estudo, portanto, leva à avaliação de que se trata de uma situação de risco para quem não fuma. Em especial, junto aos não fumantes, os questionamentos sobre se já sentiram vontade de praticar tal ato mostrou um valor de destaque quando 24,7% informaram ter sentido este desejo.

Dentre os fumantes 60,4% manifesta o desejo de parar de fuma, uma vez que 98,3% sabem dos riscos que o cigarro proporciona ao corpo humano, seja através da dependência da nicotina, ou mesmo dos malefícios advindos das doenças tabaco-relacionadas. A propaganda para controle do tabaco, vinculada através das mensagens de advertência é destacada pelos adolescentes como um dos principais fatores que chama atenção no cigarro (30,4% para fumantes e 47,5% para não fumantes) e considerando o poder que a mídia tem de influenciar condutas e atitudes, prova ser um bom instrumento que precisa de aperfeiçoamentos, mas tende a auxiliar na prevenção ao uso do tabaco.

Ainda dentre os fatores elencados como potencialmente influenciadores para o desenvolvimento do tabagismo, a prática de atividade física não se mostrou como uma mediada protetiva eficaz, uma vez que sua prevalência foi maior entre os fumantes (62,9%) que entre os não-fumantes (57,9%), já a ingestão de bebida alcoólica mostrou ter relação direta com o tabagismo, quando 75,5% dos fumantes afirmaram que também fizeram uso do álcool. A prática religiosa mostrou ser uma medida protetiva moderada, uma vez que 62,9% dos fumantes afirmavam seguir uma doutrina religiosa contra 76,1% de não fumantes.

Quanto às medidas de proteção adotadas pelas escolas, as avaliações dos alunos são inconsistentes, afirmam ser na escola o local em que recebem informações quanto ao não uso do tabaco, junto com as orientações em casa e a família, mas afirmam que a escola não realiza ações com este foco, e que também não costuma participar de ações educativas paradidáticas planejadas pela escola, mas que percebem estas ações como a possibilidade de prevenção, conhecimento e educação quanto aos assuntos abordados.

Assim, a avaliação dos objetivos desta pesquisa mostra que os resultados encontrados praticamente não diferem do restante das pesquisas já realizadas. Quanto a caracterização do perfil do adolescente para o risco do tabagismo encontrou-se: o adolescente ser do sexo masculino, trabalhar, ter em torno de 16

anos. Quanto aos estímulos recebidos para o uso do tabaco, este adolescente convive com fumantes, em especial amigo, que foi quem lhe ofereceu o primeiro cigarro, ingere bebida alcoólica, conhece os riscos que o tabaco pode acarretar ao organismo e manifesta o desejo de parar de fumar. Com relação às medidas protetivas foi destaque as próprias mensagens de advertência que chamam a atenção dos adolescentes, mas também a identificação de que a escola oferece informações, mesmo que o aluno não participe, apesar de achá-las importantes para a prevenção do uso do tabaco.

Esta pesquisa versa sobre o uso do tabaco entre adolescentes, o assunto está longe de ser esgotado e sem dúvida ainda deve gerar muitos questionamentos, uma vez que o tabaco não pode ser visto apenas no âmbito da saúde, ele atualmente está relacionado à educação e economia do país e políticas públicas nesta área devem ser transversais neste sentido, buscando entender e estender ações que fomentem práticas executáveis, pautadas nas diversas realidades sociais, ora apresentadas, não se deve jamais partir para a defesa deste produto, no entanto, o entendimento macro da pandemia do tabaco vai além da sintomatologia física e biológica do indivíduo, deve avaliar o ser humano de modo de fato holístico, dentro do contexto atual em que está inserido.

O estudo levantado busca dar subsídios para que se possa implementar políticas públicas de saúde e educação, atendendo as necessidades do grupo alvo, melhorar as práticas educativas com foco na promoção à saúde, fomentar parcerias com instituições governamentais e não governamentais de apoio à criança e ao adolescente objetivando a implementação de projetos de ação de prevenção ao uso do tabaco, mas também de outras drogas e também o álcool, instrumentalizar profissionais de educação e saúde quanto informações locais voltadas ao tabagismo, empoderar os adolescentes quanto às estratégias de preservação de saúde e melhoria da qualidade de vida, oportunizar a discussão técnico - científica amparada no legado da política sadia e democrática do direito a todos à saúde e educação de qualidade e acima de tudo responsável, com base em dados reais e estruturados frente a uma realidade locorregional.

REFERÊNCIAS

ABREU, Mary Natali Silva, CAIAFFA, Waleska Teixeira. Influência do entorno familiar e do grupo social no tabagismo entre jovens brasileiros de 15 a 24 anos. **Rev Panam Salud Publica**. v.30, n.1, p.22–30, 2011. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n1/v30n1a04.pdf>> Acesso: 13 jun.2012.

A flor do tabaco. Disponível em: <<http://www.advivo.com.br/blog/luisnassif/a-flor-do-tabaco>> Acesso: 02 set.2012

ALBUQUERQUE, Irineu Lima. O professor e seu papel social. **Rev. bras. de Promoção à Saúde**. v.17, n.4. p. 206-210, 2004. Disponível em <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/701/2069>> Acesso: 03 mai. 2011.

ARANGO, Hector Gustavo. **Bioestatística: teórica e computacional**. 2.ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005.

ARAÚJO, Alberto José. Tabagismo na adolescência: Por que os jovens ainda fumam? **J.Bras Pneumol**. v.36, n.6, p. 671-673, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n6/v36n6a02.pdf>> Acesso: 02 mai.2012.

ASSIS, Simone G. et al. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.3, p.669-680, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17448.pdf>>. Acesso: 12 fev.2012.

AYRES, Manuel; AYRES JR, Manuel; AYRES, Daniel Lima; SANTOS, Alex de Assis Santos. **BioEstat 5.3: Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas**. 5ª ed. Belém-PA: Publicações Avulsas do Mamirauá, 2011. 361 p.

BARBOSA, Maria Tereza Serrano, et al. O uso de tabaco por estudantes de primeiro e segundo grau em dez capitais brasileiras: possíveis contribuições da estatística multivariada para compreensão do fenômeno. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo. v.23, n.5, p.401-409, 1989. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v23n5/07.pdf>> Acesso: 15 mai.2012.

BARTLETT, Edward. The Contribution of School Health Education to Community Health Promotion: What Can We Reasonably Expect? **Am J Public Health** v.71, n.12, p.1384-1391.1981. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1619951/pdf/amjph00672-0090.pdf>> Acesso: 01 set. 2012.

BICUDO-PEREIRA, Isabel Maria, et al. Escolas promotoras de saúde: onde está o trabalhador professor? **Saúde em Revista**, Piracicaba, v.5, n.11, p.29-34, 2003. Disponível em <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude11art04.pdf>>. Acesso: 12 abr. 2012.

BRASIL, Ministério da Justiça. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. Brasília (DF), 1990.

_____, Congresso Nacional. **Lei nº 9294 de 15 de julho de 1996**. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. Brasília, DF, 1996. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9294.htm > Acesso: 07 jun. 2010.

_____, Ministério da educação e Cultura. **Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais / Secretaria de Educação Fundamental**. – Brasília: MEC/SEF, 1997. 126p. Disponível em < <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro01.pdf> >, acesso: 29 ago.2012.

_____, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Saber saúde: Prevenção do tabagismo e outros fatores de risco de câncer**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 1998.

_____, **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 46, de 28 de março de 2001**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - Estabelece os teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono presentes na corrente primária da fumaça, para os cigarros comercializados no Brasil. Brasília, 2001. Disponível em < http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/46_01rdc.htm > Acesso: 13 jun. 2012.

_____, Ministério da Saúde. Carta de Ottawa. In: **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em < http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf > Acesso em 23 ago. 2009.

_____, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional do Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer: modelo lógico e avaliação**. 2.ed. Ministério da Saúde, 2003. Disponível em < http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=programa_e_tabagismo.pdf > Acesso em 23 ago. 2009.

_____, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **VIGESCOLA: vigilância de tabagismo entre escolares** – Brasília: Ministério da Saúde, v.1, 2004. Disponível em < <http://www.inca.gov.br/tabagismo/31maio2004/vigescola.pdf> > Acesso: 19 mar. 2010.

_____, Ministério da Saúde. **A educação que produz saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 16 p. Disponível em < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/educacao_que_produz_saude.pdf > Acesso: 12 mar. 2010.

_____, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 46/2005 e pelas Emendas

Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. – Brasília: Senado Federal, 2005. 437p.

_____, Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n.24. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/9/2/129-CAB_24_saude_na_escola.pdf> Acesso: 23 de jun. 2010.

_____, LDB (1996) - **Lei de diretrizes e bases da educação nacional**. 5ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2010. Disponível em <<http://www.ufal.edu.br/unidadeacademica/igdema/institucional/documentos/ldb-lei-de-diretrizes-e-bases-da-educacao-nacional>>, Acesso: 29 ago.2012

_____, Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 148p. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/plano_acao_dcnt_julho.pdf> Acesso:12 de jan. 2012

_____, **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL**, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Abr/10/vigitel_100412.pdf> Acesso: 10 de jan. 2011.

_____, Congresso Nacional. **Lei nº 12546 de 14 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre instituição do Regime Especial de Reintegração de Valores Tributários para as Empresas Exportadoras, dispõe sobre a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) à indústria automotiva, [...] altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996 e [...] dá outras providências. Brasília, DF, 2011c. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12546.htm> Acesso: 03 abr. 2012.

_____, Ministério da Educação. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB 2011d**. Disponível em <<http://ideb.inep.gov.br/resultado/>>. Acesso: 10 ago. 2012.

_____, ANVISA. **Resolução - RDC nº 14, de 15 de março de 2012**. Dispõe sobre os limites máximos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono nos cigarros e a restrição do uso de aditivos nos produtos fumígenos derivados do tabaco, e dá outras providências. Brasília, DF, 2012. Disponível em <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=16/03/2012&jornal=1&pagina=176&totalArquivos=280>> Acesso: 03 set. 2012.

_____, Ministério da Saúde. **Lei eleva preço do cigarro e proíbe fumódromos, 2012**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3755/162/lei-do-fumo-proibe-fumodromos-%3Cbr%3Ee-aumenta-preco-do-cigarro.html>> Acesso: 21 jan. 2012.

_____, Ministério da Saúde. Portal Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde na Escola**. 2012 Disponível em: <<http://www.dab.saude.gov.br>>. Acesso: 25 jul. 2012.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, Sup. 2, p.177-185, 1999. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1299.pdf>> Acesso: 22 jun. 2010.

_____. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.5, n.1, p.163-177, 2000. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087>> Acesso: 05 jun. 2009.

CANDÉIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n. 2, p. 209-213, 1997. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2249.pdf>> Acesso: 14 mar. 2012.

CARVALHO, Cleide Regina da Silva. “**O Instituto Nacional do câncer e o Controle do Tabagismo**: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS”. 2009. Dissertação (Mestrado Profissional na Área de Política e Gestão em Ciência, Tecnologia e Inovação) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – ENSP – FIOCRUZ. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/Carvalhocrsm.pdf>. Acesso: 12 mai. 2011.

CARVALHO, Priscila Diniz, et al. Condutas de risco à saúde e indicadores de estresse psicossocial em adolescentes estudantes do Ensino Médio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.11, p.2095-2105, nov. 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/03.pdf>> Acesso: 13 ago. 2012.

CASTILLO, José Garcia A.; CORDEIRO, Andréia. Percepção do risco associado ao consumo de álcool, tabaco e drogas. **Health and Addictions/Salud y drogas**, v.9, n.1, p. 57-78, 2009. Disponível em < http://www.haaj.org/sites/default/files/percepcao_do_risco.pdf> Acesso: 10 abr. 2012.

CAVALCANTE, Tânia Maria. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Psiq. Clín.** v. 32, n.5, p.283-300, 2005. Disponível em < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n5/index.html>> Acesso: 12 jul.2010.

CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS – CDC. **Tabagismo e o uso do tabaco**: juventude e o uso do tabaco. 2012. Disponível em <<http://www.cdc.gov/tobacco/youth/index.htm>> Acesso: 25 mai. 2012.

CRESPIN, Jacques; REATO, Lígia de Fátima Nóbrega. **Herbiatria: medicina da adolescência**. São Paulo: Roca, 2007.

DALGALARRONDO, Paulo, et al. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Rev Bras Psiquiatr.** v.26, n.2, p.82-90, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n2/a04v26n2.pdf>> Acesso: 23 ago.2012.

DALL'AGNOL, Marinel Mór; et. al. A associação entre trabalho de crianças e adolescentes e tabagismo: um estudo transversal no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública** v.27 n.1 Rio de Janeiro: janeiro, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000100005&script=sci_arttext> acesso: 30 jun.2012

DELFINO, Lúcio. **Responsabilidade Civil e tabagismo no código de defesa do consumidor**. Minas Gerais: Del Rey, 2000

EVANS, John. Monóxido de Carbono: mais do que somente um gás letal. Atualidades em química. **Rev. Química Nova na Escola**, n.9, maio de 1999. p.3-5. Disponível em < <http://qnesc.sbq.org.br/online/qnesc09/>>. Acesso: 21 jun. 2012.

ÊLMOR, Maisa Rose Domenico. **Tabagismo sob a ótica da promoção à saúde: reflexão do professor sobre sua prática**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Disponível em < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-09042009-143034/pt-br.php>> Acesso: 21 ago. 2012.

FABRIS, Diego Buzanello. **Prevalência e fatores de risco para tabagismo em Adolescentes de Criciúma – SC**. 2008. Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Disponível em < http://200.18.15.7/medicina/tcc/2008_1/2008_01_t143.pdf> Acesso: 15 de mai. 2010.

FIGUEIREDO, Valeska Carvalho. **Um panorama do tabagismo em 16 capitais brasileiras e Distrito Federal: tendências e heterogeneidades**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em < http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/549_Tese_Doutorado_Figueiredo_Valeska_C.pdf > Acesso: 12 jun. 2010.

FRAGA, Silvia; RAMOS, Elisabete; BARROS, Henrique. Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. **Rev Saúde Pública**. v. 40, n.4, p.620-626, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/10.pdf>> Acesso: 02 jun. 2012.

GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia et al. Ocorrência de tabagismo e fatores associados em escolares. **Rev. da Faculdade de Odontologia**, UPF. v. 13, n. 1, p. 30-34, janeiro/abril 2008. Disponível em < http://www.upf.br/site/download/editora/revistas/rfo/v14n2/rfo_v14n2_pg_7-13.pdf> Acesso: 27 abr. 2012.

HARADA, Jorge. Introdução. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. **Escola Promotora de Saúde**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2003. Disponível em <<http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>>. Acesso: 01 ago. 2012

HEALTH CANADA. **Wave 9 surveys: the health effects of tobacco and health warning messages on cigarette packages.** Survey of adults and adults smokers. Ontario: Environics Research Group; 2005. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/por-rop/impact_2005-eng.php>. Acesso: 05 set. 2012

IGLESIAS, Roberto; et al, **Controle do tabagismo no Brasil: Documento de discussão.** Banco Mundial, 2007. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf>> Acesso: 08 fev. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um Panorama da Saúde no Brasil:** acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008a. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/panorama.pdf>> Acesso: 20 fev. 2012.

_____, IBGE. **Síntese dos indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2008b. 280p. Disponível em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/sintese_indic/indic_sociais2008.pdf> Acesso: 12 ago.2012.

_____, IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE.** Rio de Janeiro: IBGE; 2009.138 p. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>> Acesso: 15 jun. 2010.

_____, IBGE. **Censo demográfico 2010.** Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso: 23 de jun. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **Tabagismo um grave problema de saúde pública.** Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf> Acesso: 30 ago. 2011.

_____, INCA. **Brasil:** advertências sanitárias nos produtos de tabaco 2009. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____, INCA. **Aditivos em cigarros:** Notas Técnicas para Controle do Tabagismo. Brasil: Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/4a8412004bc2716c9494de37823ecfd1/aditivos_cigarros_notas_tecnicas.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=4a8412004bc2716c9494de37823ecfd1>. Acesso: 19 ago. 2012.

_____, INCA. **Economia e Legislação:** aspectos econômicos do tabaco. <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=economia&link=brasil.htm>>. Acesso: 21 mar. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS – INEP.

Censo escolar 2009. Disponível em <<http://www.inep.gov.br>>. Acesso: 25 set. 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA – IPEA. Saúde. In **Políticas Sociais – acompanhamento e análise**, 2008. cap.5. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_15/16_completo.pdf> Acesso: 15 ago. 2012.

IPPOLITO-SHEPHERD. Josefa. A Promoção da Saúde no Âmbito Escolar: A Iniciativa Regional. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2003. Disponível em <<http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>>. Acesso: 01 ago. 2012

ISAQUE, Elizângela. Tabaco: definição e histórico. **Revista Medicando: saúde em movimento**. v. 1, n. 4, abril, 2011. Disponível em <<http://www.medicando.com.br/revista/>> Acesso: 10 ago. 2012.

KIRCHENCHTEJN, Ciro e CHATKIN, José Miguel. Dependência da nicotina. In: VIEGAS, Carlos Alberto de Assis (Coord.). Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 30, supl. 2, p. S11-S18, 2004. Disponível em: <http://www.sielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1806-37132004000800002&lng=en&nrm=isso> Acesso: 22 jul 2012.

LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7.ed – São Paulo: Atlas, 2010.

LOMBARDI, Elisa Maria Siqueira, et al. O tabagismo e a mulher: Riscos, impactos e desafios. **J Bras Pneumol**. v.37, n.1, p.118-128, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n1/v37n1a17.pdf>> Acesso: 06 ago. 2012.

LONDOÑO, Juan Luis. Factores relacionados con el consumo de cigarrillos en escolares adolescentes de la Ciudad de Medellín. **Bol. Of. Sanit. Panam**. v.112, n.2, 1992. Disponível em <<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v112n2p131.pdf>> Acesso: 01 set.2012.

MACAPÁ, Secretaria Municipal de Saúde. **Termo de compromisso municipal – PSE**. Macapá: SEMSA, 2011.

MACEDO, Manuel; PRECIOSO, José. Evolução da epidemia tabágica em adolescentes portugueses escolarizados e vias para o seu controle – uma análise baseada nos dados do Health Behaviour in School – Aged Children (HBSC). **Rev. Portuguesa de Pneumologia**. v.12, n.5, p.525-538, Set./Out., 2006. Disponível em <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/pne/v12n5/v12n5a03.pdf>> Acesso: 13 jul. 2012.

MACHADO NETO, Adelmo de Souza, et al. Determinantes da experimentação do cigarro e do início precoce do tabagismo entre adolescentes escolares em Salvador (BA). **J Bras Pneumol**. 2010; v.36, n.6, p.674-682. Disponível em <

http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/2010_36_6_3_portugues.pdf> Acesso 05 set. 2012.

MACIEL, Ethel Leonor Noia, et al. Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.389-396, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a14.pdf>> Acesso: 04 jul. 2012

MALCON, Maura; MENEZES, Ana Maria Baptista. Tabagismo na adolescência. **Pediatria**. São Paulo. v. 24, n.3/4, p.81-82, 2002. Disponível em <<http://www.pediatrinsaopaulo.usp.br/upload/pdf/557.pdf>> Acesso: 10 jun. 2010.

_____, Maura, et al. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. **Rev Saúde Pública**. v.37, n.1, p.1-7, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n1/13538.pdf>> Acesso: 18 mai. 2010.

MARCONDES, Ruth Sandoval. Educação em saúde na escola. **Rev. Saude públ.**, S. Paulo. v.6, p.89-96, 1972. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v6n1/10.pdf>> Acesso: 09 set. 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisas: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7ª ed. São Paulo. Editora Atlas S.A, 2010.

MARQUES, Ana Cecília P. R.; CAMPANA, Angelo; GIGLIOTTI, Analice de Paula. et al. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Rev Bras Psiquiatr**, vol. 23 n. 4, p. 200-214, dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7168.pdf>> Acesso: 12 set. 2010.

MATIAS-PEREIRA, José. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MIRRA, Antônio Pedro, ROSEMBERG, José. **A história da luta contra o tabagismo no Brasil: trinta anos de ação**. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2006. Disponível em: <<http://www.sbpt.org.br>> Acesso: 02 fev. 2010.

MORAN, José Manoel. **A educação está mudando radicalmente**. [entre 2007 e 2012] Disponível em <<http://www.eca.usp.br/moran/mudando.htm>> Acesso: 01 set. 2012.

MOREIRA, Edilene Dantas Teles. **Classificação de cigarros usando espectrometria NIRR e métodos quimiométricos de análise**. 2007. Dissertação submetida ao programa de pós-graduação em química, da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. Disponível em: <http://www.quimica.ufpb.br/posgrad/dissertacoes/Dissertacao_Edilene_Oliveira.pdf> Acesso: 28 ago. 2012.

NOGUEIRA, Katia Telles; FUMO, Cynthia Maria; SILVA, Mariano da. Tabagismo em

adolescentes numa escola da rede pública do estado do Rio de Janeiro. **Rev. Adolescência & Saúde**. v1. n. 4. Dezembro. 2004. Disponível em <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=199>, Acesso: 12 ago. 2012.

NOVA ENCICLOPÉDIA BARSA. Macropédia. São Paulo: Barsa Consultoria, 2001. v.6

OLIVEIRA, Jane Domingues de Faria. Aspectos epidemiológicos do tabagismo. In. VILARTA, Roberto (Org.). **Saúde coletiva e atividade física: conceitos e aplicações** dirigidos à graduação em educação física. 1 ed. Campinas: IPES, 2007. Disponível em: <www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000399260> Acesso: 13 jun 2012.

OLIVEIRA, Halley Ferraro, et al. Fatores de risco para uso do tabaco em adolescentes de duas escolas do município de Santo André, São Paulo. **Rev Paul Pediatr**. v.28, n.2, p.200-207, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n2/v28n2a12.pdf>> Acesso: 10 ago. 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. **Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008**: plan de medidas MPOWER. Geneva, OMS, 2008. Disponível em <<http://www.who.int>> Acesso: 27 mai. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Ambientes 100% livres do tabaco**: guia para elaboração e implantação de políticas públicas. Brasília: OPAS, 2008. Disponível em <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/tabaco_ambientes.pdf> Acesso: 11 ago. 2011.

PIETROBON, Rosa Cecília, BARBISAN, Juarez Neuhaus, MANFROI, Waldomiro Carlos. Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência. **Rev HCPA**. v.27, n.3, 2007. Disponível em <<http://www.psicocardiologia.com.br/wp-content/uploads/2011/03/Fagerstrom.pdf>>. Acesso: 21 jun.2012.

PIMONT, Rosa Pavone. A educação em saúde: conceitos, definições e objetivos. **Boletín de la oficina sanitaria panamericana**. 1977. Disponível em <<http://hist.library.paho.org/spanish/Bol/v82n1p14.pdf>> Acesso: 14 jun 2012.

PINHO, Firmino de Jesus. **Tabagismo**: breves noções. Dissertação (Faculdade de Medicina de Porto). Porto: 1919. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16235/3/174_2_FMP_I_01_P.pdf> Acesso: 14 set. 2011.

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**. v.33, n.5, p.558-564. 2007. Disponível em <http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/2007_33_5_11_portugues.pdf>. Acesso: 21 de jul.2012.

RIDEEL. **NOVO DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA**. Editora Rideel. Versão eletrônica.

ROSEMBERG, José. **Nicotina. droga universal**. São Paulo: SES/CVE, 2003, Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/DCNT_PUBLI.htm> . Acesso: 02 fev. 2010.

SANTOS, Izequias Estevam. **Manual de métodos e técnicas de pesquisa científica**. 5. ed. rev. – Niterói, RJ: Impetus, 2005.

SANTOS, Juliana Dias Pereira. **Avaliação da efetividade do programa de tratamento do tabagismo no sistema único de saúde**. 2011 (Dissertação de Mestrado) – Programa de Pós graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/31883/000785897.pdf?sequence=1>> Acesso: 03 jun.2012.

SARGENT, James; DIFRANZA, Joseph. Tobacco Control for clinicians who treat adolescents. **CA Cancer J. Clin.**, Atlanta, v. 53, n. 2, p. 102-123, mar/abr 2003. Disponível em: <<http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/53/2/102>>. Acesso: 25 jul 2012.

SILVA, José Rodrigo; et al. Fatores predisponentes ao tabagismo na adolescência. **EFDeportes.com**, Revista Digital. Buenos Aires, Ano 16, n. 161, Outubro de 2011. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd161/tabagismo-na-adolescencia.htm>>. Acesso: 20 mai. 2012.

SILVA, Maria Alyde, et al. Prevalência e variáveis associadas ao hábito de fumar em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria** – v. 82, n.5, p. 365-370, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v82n5/v82n5a10.pdf>> Acesso: 13 fev. 2012.

SILVA, Paula Simões, et al. **Educação em Saúde: a dose certa para uma vida saudável**. Brasília: ANVISA, 2010. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/premio_medica/2010/mencoes/trabalho_completo_p_aula_simoes_silva.pdf> Acesso: 29 jul. 2012.

SILVA, Vera Luiza da Costa. Tabagismo: um problema de saúde pública no Brasil. **J.B.M.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2. p. 14-23, 1990.

_____, Vera Luiza da Costa. Uso e controle do tabagismo: determinantes do consumo, estratégias de intervenção e papel da indústria do fumo. In BRASIL, Ministério da Saúde. **Tabaco e pobreza, um círculo vicioso - a convenção-quadro de controle do tabaco**: uma resposta. Brasília: 2004. p. 29-57.

SILVEIRA, Andréa Fernanda. **Tabagismo e políticas públicas: uma análise sobre a lógica de diferentes estabelecimentos do ramo de entretenimento sobre a proibição de fumar em ambientes fechados**. 2007. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível em <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/354_Tese_ALTPUCSP.pdf> Acesso:01 mai. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Tabagismo: parte 1. In Diretrizes em foco. **Rev Assoc Med Bras**. São Paulo: 2010, v.56, n.2, p.127-143. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0104-42302010000200005> Acesso: 05 abr. 2012.

SOUZA, Ricardo Luiz. O uso de drogas e tabaco em ritos religiosos e na sociedade brasileira: uma análise comparativa. **Saeculum** - Revista de História. v.11; João Pessoa, ago-dez. 2004. Disponível em <http://www.cchla.ufpb.br/saeculum/saeculum11_art06_souza.pdf> Acesso: 03 ago.2012.

Substâncias do cigarro. Disponível em <<http://anarcofaqia.com/paraparardefumar/substancias-do-cigarro/>> Acesso: 21 jun. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Yong people's health – a challenger for society**. Geneva: WHO, 1986. Disponível em <<http://www.who.int>> Acesso: 01 out. 2010.

_____. WHO. **Protection from exposure to second-hand tobacco smoke: Policy recommendations**. Geneva: 2007, p.56. Disponível em <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/pol_recommendations/en/index.html> Acesso: 22 mar. 2012.

_____. WHO. **Gender, women, and the tobacco epidemic**. Geneva: 2010a. Disponível em <<http://www.who.int>> Acesso: 02 abr. 2012.

_____. WHO. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**. 10th Revision. Geneva, WHO, 2010b. Disponível em <<http://www.who.int>> Acesso: 02 abr. 2012.

_____. WHO. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011a. Disponível em <<http://www.who.int>> Acesso: 31 mar. 2012.

_____. WHO. **Report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco**. Geneva: WHO, 2011b. Disponível em <<http://www.who.int>> Acesso: 01 abr. 2012.

_____. WHO. **Mortality attributable to tobacco**, Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf>. Acesso: 01 set.2012.

ANEXO

ANEXO A

Certidão de Aprovação da Pesquisa no CEP/UNIFAP

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA****CERTIFICADO**

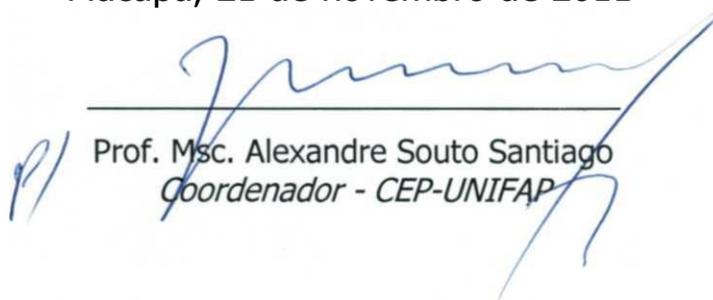
Certificamos que o Protocolo no. FR-467287/011 - CEP sobre "**Fatores que influenciam o tabagismo entre escolares no Município de Macapá-AP**", sob a responsabilidade de **Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco**, está de acordo com os Princípios Éticos na Experimentação Humana, adotados pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), em reunião realizada em 21/11/2011.

Data para apresentação do relatório no CEP-UNIFAP: 21/11/2012

CERTIFICATE

We certify that the protocol number FR-467287/011 - CEP about "**Fatores que influenciam o tabagismo entre escolares no Município de Macapá-AP**", **Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco** is in agreement with the Ethical Principles in Human Research adapted by National Ethical Committee (CONEP) and was approved by the Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) - Ethical Committee for Research (CEP) in 21/11/2011.

Macapá, 21 de novembro de 2011



Prof. Msc. Alexandre Souto Santiago
Coordenador - CEP-UNIFAP

APÊNDICES

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Seu (sua) filho (a) está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa descritiva, com abordagem quali-quantitativa, intitulada “**Fatores que influenciam o tabagismo entre escolares no município de Macapá-AP**” que será realizado pela Pesquisadora Orientadora Dr^a Rosilda Chamilco e Pesquisadora Mestranda Tânia Vilhena, tal pesquisa tem como objetivo geral **Identificar e avaliar os fatores determinantes para o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá**; e específicos: **Caracterizar o perfil do adolescente escolar com riscos para desenvolver o hábito de fumar; Avaliar os estímulos para o uso do tabaco recebidos pelos adolescentes escolares; Identificar ações de enfrentamento do tabagismo, desenvolvidas pelas escolas junto aos adolescentes.** Os sujeitos serão adolescentes na faixa etária entre 10 e 19 anos, estudantes das escolas públicas e particulares do município de Macapá.

Sua participação não é obrigatória, sendo que a qualquer momento poderá haver sua desistência em participar e a saída da pesquisa. Sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo com relação a escola, a pesquisadora ou a UNIFAP

A participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas feitas com a máxima sinceridade e concentração. Através de um formulário de múltiplas respostas. Não existem riscos relacionados com o estudo e seus benefícios possibilitarão esclarecimentos quanto aos fatores que podem influenciar para a iniciação ao tabagismo, no intuito de assegurar possíveis estratégias de intervenção dos programas de controle de tabagismo local em escolas do município.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e garantiremos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação havendo para isso um código que lhe será dado durante a consolidação dos resultados.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam as formas de contato com a pesquisadora e o endereço da instituição de origem da pesquisa, além do contato do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) onde houve a aprovação do projeto, caso queira tirar alguma dúvida sobre o mesmo ou a participação do (a) entrevistado (a), agora ou a qualquer momento.

Eu, _____ RG nº _____
responsável legal por _____ RG nº _____
declaro que recebi as devidas orientações e entendi o objetivo e benefícios da participação de meu (minha) filho (a) na pesquisa e concordo com sua participação, como voluntário (a), respondendo aos questionamentos realizados.

Tânia Regina Ferreira Vilhena
Pesquisadora Responsável

Telefone para contato: (96) 8111.1250
Email - tania.vilhena@uol.com.br

Prof^a Dr^a Rosilda Chamilco
Pesquisadora Orientadora

Telefone para contato: (96) 81230667
Email - chamilco@yahoo.com.br

Instituição da Pesquisa - UNIFAP – Rod. JK, tel.33121740 (Departamento de Pós-Graduação) -
CEP da UNIFAP tel. 3312-1700.

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Projeto de Pesquisa: Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de Macapá-AP

Código do Aluno: A ____ E ____

1. Idade: () 10 () 11 () 12 () 13 () 14 () 15 () 16 () 17 () 18 () 19
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Você mora com: () Ambos os Pais () Somente mãe () Somente o pai
() Outro parente () Outra pessoa que não pais/parentes.
4. Você esta cursando: () 5ª série () 6ª série () 7ª série () 8ª série
() 1º ano () 2º ano () 3º ano
5. Em que turno você estuda na Escola?
() Manhã () Tarde () Noite
6. Você trabalha? () Sim () Não (Passe para a pergunta 08)
7. Com o quê? _____
8. Você pode definir abaixo qual o salário total de sua família (inclusive com o seu se houver) – Salário Mínimo de R\$ 545,00
() Até 1 salário mínimo () De 1-2 salários mínimos
() De 3-4 salários mínimos () Mais de 4 salários mínimos
9. Qual o bairro em que você mora? _____
10. Quantos cômodos existem na sua casa?
() Até 3 () De 4-6 () Mais de 6
11. Quantas pessoas moram na sua casa (conte com você)?
() Até 3 () De 4-6 () Mais de 6
12. Há quanto tempo você estuda nesta escola?
() menos de 1 ano () De 1- 2anos () 3-4 anos
() 5-6 anos () 7 ou + anos
13. Você fuma?
() Sim (passe para a pergunta 17) () Não (passe para a pergunta 14)
14. Você já experimentou o cigarro alguma vez na vida?
() Sim (passe para a pergunta 20) () Não (passe para a pergunta 15)

15. Você já sentiu vontade de fumar antes?
 Sim (passe para a pergunta 16) Não (passe para a pergunta 16)
16. O que poderia lhe levar a fumar? (passe para a pergunta 21)
-
-
-

17. Quantos cigarros por dia?
 Menos de 10 10 -15 16-20 Mais de 20
18. Há quanto tempo você fuma?
 Menos de 1 ano 1-2 anos 3-4 anos Mais de 4 anos.
19. Já sentiu vontade de parar?
 Sim Não

Por quê? _____

20. Quem lhe ofereceu o primeiro cigarro?
 Pais Amigos
 Outros parentes Desconhecidos
21. Você convive com alguém que fuma?
 Sim Não (passe para a pergunta 24)
22. Onde? Casa Escola Trabalho
 Outros _____
-
23. Quantas horas por dia?
 Até 4 5-8 hs Mais de 8 hs
24. Pra você o que chama mais a atenção no cigarro?
 A embalagem pelas cores e ilustrações
 A embalagem pelas mensagens de advertência
 O status de fumar
 Pessoas famosas fumando
 A forma de adquirir
 Outros _____
-
25. Você pratica esportes?
 Sim. Qual? _____
 Não
26. Você já ingeriu bebida alcoólica alguma vez na vida?
 Sim Há quanto tempo? () até 1 mês atrás, () 1-3 meses () + de 3 meses
 Não
27. Você participa de grupos de jovens?
 Sim, onde? _____
 Não
28. Você segue alguma religião?
 Sim, qual? _____
 Não
29. Qual o seu passatempo preferido?
 Praticar esportes Ler
 Assistir televisão/internet Estar com os amigos

30. Você tem alguns dos problemas de saúde abaixo relacionados (marque mais de uma alternativa se necessário)
- () Pressão alta () Problemas de coração
() Diabetes () Problemas de estômago
() Alergias de pele () Sangramento na boca
() Alergias respiratórias () Asma
() Outros problemas respiratórios. Qual? _____
31. Você está grávida (Apenas para o sexo feminino)
- () Sim; com quantos meses? _____ () Não
32. Você já recebeu orientações quanto ao uso do cigarro?
- () Sim Onde? _____
() Não
33. A escola desenvolve ações voltadas para orientação quanto o não uso do cigarro? () Sim () Não
34. Você participa/participou de alguma ação desenvolvida pela escola sobre o não uso do cigarro? () Sim () Não
35. Para você qual a importância destas orientações?
- _____
- _____
36. Para você a frase “O fumo é prejudicial à saúde” é?
- () Verdadeira () Falsa
Por quê? _____
- _____
37. Para você o fumo vicia? () Sim () Não
38. Você sabe o que é fumo passivo?
- () Sim Poderia explicar? _____

- () Não
39. A exposição à fumaça do cigarro pode causar doenças em não fumantes?
- () Sim () Não
40. Quais dos locais abaixo você considera como permitidos para o fumo
- () Casa () Lanchonetes
() Bares () Boates
() Restaurantes () Escola/Trabalho
() Apenas locais abertos, sem passagens de pessoas
41. Em sua opinião o que é mais importante saber sobre o cigarro?
- _____
- _____
- _____
42. Onde você acredita ser um lugar ideal para receber orientações sobre o uso do cigarro?
- () Escola () Casa
() Internet () Hospital/Centro de Saúde

43. Você já ouviu falar ou sabe de leis sobre o uso do cigarro?

() Sim. Poderia escrever algo sobre ela (s) _____

() Não

44. Em sua opinião qual a importância de não fumar?
