



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

ADRIANA HENRIQUES RIBEIRO MENEZES

**PREVALÊNCIA DO USO REGULAR DE PRODUTOS  
DERIVADOS DO TABACO POR ADOLESCENTES DE  
ESCOLAS PÚBLICAS E FATORES ASSOCIADOS NO  
MUNICÍPIO DE LONDRINA - PR**

---

Londrina  
2012

ADRIANA HENRIQUES RIBEIRO MENEZES

**PREVALÊNCIA DO USO REGULAR DE PRODUTOS  
DERIVADOS DO TABACO POR ADOLESCENTES DE  
ESCOLAS PÚBLICAS E FATORES ASSOCIADOS NO  
MUNICÍPIO DE LONDRINA, PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. José Carlos Dalmas

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alexandrina  
Aparecida Maciel Cardelli

Londrina  
2012

**Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da  
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação**

M543p Menezes, Adriana Henriques Ribeiro.

Prevalência do uso regular de produtos derivados do tabaco por adolescentes de escolas públicas e fatores associados no município de Londrina, PR / Adriana Henriques Ribeiro Menezes. – Londrina, 2012.  
124 f. : Il.

Orientador: José Carlos Dalmas.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.

Inclui bibliografia.

1. Tabagismo – Teses. 2. Tabagismo – Adolescência – Teses. 3. Estudantes – Uso de fumo – Teses. 4. Fumo e juventude – Teses. 5. Adolescentes – Saúde e higiene – Teses. I. Dalmas, José Carlos. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 613.84-053.6

ADRIANA HENRIQUES RIBEIRO MENEZES

**PREVALÊNCIA DO USO REGULAR DE PRODUTOS DERIVADOS DO  
TABACO POR ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS E  
FATORES ASSOCIADOS NO MUNICÍPIO DE LONDRINA, PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. José Carlos Dalmas  
UEL – Londrina - PR

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alexandrina Aparecida Maciel  
Cardelli  
UEL – Londrina - PR

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Isabel Cristina Scarinci  
The University of Alabama at Birmingham

Londrina, 29 de julho de 2012.

*A Deus,  
Pelo infinito amor, pela fé, pela esperança, pela  
bondade e por todas as coisas boas que destes, Senhor  
Tu és o Mestre de todos os mestres, graças a ti aqui  
estou.*

*Ao José Luiz,  
Meu querido esposo, por participar desta importante  
escolha, por estar sempre ao meu lado, pelo incentivo  
diário, pelo apoio, por acreditar e principalmente  
pela paciência.  
A você muito mais que um agradecimento,  
A você todo o meu amor.*

## AGRADECIMENTOS

*Expresso meus sentimentos de gratidão a todos os que estiveram presentes nesta minha caminhada, me apoiaram e colaboraram em algum momento na construção deste estudo, de modo muito especial agradeço:*

*A Deus,*

*Que me guia e da força em todos os momentos*

*“Pois quando sou fraco, então é que sou forte” (2 Coríntios 12, 10);*

*À minha Família, meus filhos **Mateus, Gabriel e Guilherme** e meu **Esposo José Luiz,***

*Por estarem sempre ao meu lado, por compreender os momentos de ausência e principalmente pelo amor que recebo de vocês, vocês são a razão da minha vida;*

*Ao meu orientador, professor **José Carlos Dalmas,***

*Pela contribuição intelectual no desenvolvimento deste estudo;*

*À minha co-orientadora, professora **Alexandrina A. M. Cardelli,***

*Pelo seu apoio, paciência, sabedoria e carinho com que me conduziu.*

*A você o meu muito obrigado;*

*À professora **Maria do Carmo Haddad,** pelo esforço e garra, por transformar um sonho em realidade: o Curso de Mestrado em Enfermagem da UEL;*

*À professora **Isabel C. Scarinci,** por abraçar a causa na luta contra o tabagismo e pela valiosa contribuição com esta pesquisa;*

*À minha amiga **Marina,** pelo companheirismo, pela dedicação, por me acolher em sua aconchegante e agradável casa em várias tardes e noites para a realização de vários trabalhos;*

À amiga, **Silvana** que, com seu jeito acolhedor, dedicou horas de sua vida preparando aqueles deliciosos cafezinhos, presentes em todas as aulas;

Aos meus amigos e colegas de turma **a Talita Costa, André e Tai Li**, com quem dividi muitos trabalhos;

Aos meus **colegas de Mestrado**

Pela convivência, partilha, apoio, união e amizade;

Aos **Diretores das Escolas Estaduais e Alunos**, que aceitaram participar da pesquisa e contribuíram com as seus saberes para a realização deste trabalho;

Aos meus pais, **Bernardino e Francisca**, que sempre torceram pelo meu sucesso;

Aos meus **irmãos**, pelo apoio a todos os meus projetos de vida;

Aos **Colegas de Trabalho da Diretoria de Ações em Saúde**, pelo incentivo, pela ajuda, pela disponibilidade em estar presente quando eu estava ausente, por tornar possível esta conquista;

A **Seção de Pós-Graduação**, em especial a **Sandra**, que cuidou dos serviços administrativos e contribuiu para a realização deste Mestrado;

A **todos** aqueles que não citei aqui, mas que de alguma forma contribuíram para que eu trilhasse esse caminho;

*"Jovem, alegre-se na sua juventude e seja feliz nos dias da mocidade. Siga os impulsos do seu coração e os desejos dos olhos. Contudo, saiba que Deus vai pedir contas a você de todas essas coisas. Expulsa a melancolia do seu coração e afaste do seu corpo a dor, porque a juventude e os cabelos negros são fugazes."*  
*(Eclesiastes 11, 9-10)*

MENEZES, Adriana Henriques Ribeiro. **Prevalência do uso regular de produtos derivados do tabaco por adolescentes de escolas públicas e fatores associados no município de Londrina, PR.** 2012. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina - PR, 2012.

## RESUMO

As estratégias de controle do uso do tabaco têm reduzido o número de fumantes, entretanto, o acesso ao tabaco e o hábito de fumar têm ocorrido precocemente. O número de jovens fumantes vem aumentando devido à facilidade de acesso e às influências sociais, ambientais e genéticas. Diariamente, cerca de 100 mil adolescentes tornam-se fumantes. Sabe-se que 90% dos adultos fumantes iniciaram o hábito na adolescência e 75% dos adolescentes que fumam permanecem tabagistas quando adultos. Neste contexto, a presente pesquisa, que se caracteriza como estudo epidemiológico transversal, teve objetivo levantar a prevalência do uso regular de produtos derivados do tabaco por adolescentes de escolas públicas e identificar os fatores associados, no município de Londrina. A população do estudo, que foi realizado em 2011, foi composta por 517 alunos do 9º ano do ensino fundamental de escolas estaduais. Utilizou-se um questionário estruturado para a coleta de dados, que foram tabulados no programa *Microsoft Excel 2007* e pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*. Realizou-se análise descritiva e cálculos estatísticos (Odds Ratio – OR; *stepwise*). Observou-se que 48,7% (n=252) dos participantes eram do sexo masculino, a faixa etária compreendeu as idades entre 13 e 19 anos, sendo que 87,4% (n=452) tinham idade igual ou menor que 15 anos. Houve predominância das raças branca (51%, n=262) e parda (38%, n=195). A maioria dos alunos pertencia às classes B1, B2 e C1, com 19% (n=96), 44% (n=220) e 24% (n=121) respectivamente. O percentual de experimentação de cigarros foi de 38,7% (n=200), sendo maior entre as meninas (52%;n=104). A idade mínima de experimentação relatada foi de seis anos, e a maior frequência ocorreu nas idades de 12 (33%; n = 66) e 13 (25%; n=50) anos. O uso regular de cigarros industrializados foi relatado por 8,9% dos adolescentes e, dentre estes, 52,2% (n=24) eram meninos. O consumo de outros produtos derivados do tabaco, nos trinta dias que antecederam a pesquisa, foi de 23,4% (n=121), entre eles: o narguilé (93%, n=113), sendo este o produto mais consumido; o cachimbo (1%, n=1); o fumo de mascar (1%, n=1); e o cigarro de maconha 5% (n=6). A principal forma de aquisição do cigarro foi a compra pelo próprio adolescente (54% n=25), e o local com maior frequência de compra foram bares (57%, n=26); 69,6% (n=32) dos adolescentes menores de 18 anos não foram impedidos de comprar cigarros. Na análise estatística univariada, a idade  $\geq 15$  anos, possuir amigos fumantes, baixa escolaridade materna e experimentação de álcool apresentaram associação ao uso regular de cigarros; assim como, não possuir amigos fumantes e idade  $\leq 14$  anos constituíram fatores de proteção. O sexo, a raça, a classe social, morar ou não com o pai e a mãe, religião, atividade física e atividade remunerada não foram fatores, estatisticamente, associados ao uso regular de cigarros. Na análise multivariada, permaneceu associado a idade  $\geq 15$  anos e possuir amigos fumantes. Estes dados podem contribuir para a implementação de ações de controle do tabaco que envolvam entidades educacionais, família e sociedade, na promoção da saúde do adolescente.

**Palavras-chave:** Tabaco. Fatores de risco. Estudantes. Saúde do adolescente.

MENEZES, Adriana Henriques Ribeiro. **Prevalence of regular use of tobacco products among adolescents in public schools and associated factors in the municipality of Londrina, PR.** 2012. 124 p. Dissertation (Master's degree em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

## ABSTRACT

Implementation of tobacco control strategies has reduced the number of smokers; however access to tobacco products and smoking have occurred early and the number of young smokers is increasing due easy access, social influence, environmental and genetic. About 100,000 adolescents become smokers every day. It is known that 90% of adult smokers started the habit smoking during adolescence and 75% of adolescents who smoke remain smokers in adulthood. It is cross-sectional epidemiological study objective of identifying with the prevalence of regular use of tobacco products and associated factors among adolescents in public schools, in Londrina. The study population consisted of 517 students in 9th grade attending public schools in 2011. We used a structured questionnaire to collect data that were tabulated in Microsoft Excel 2007, converted using Statistical Package for Social Sciences (SPSS). We conducted descriptive and statistical analyses (odds ratio - OR, stepwise). It was observed that 48.7% (n = 252) of participants were males in the 13 and 19 years age range, and 87.4% (n = 452) were younger than 15 years of age. There was a predominance of the white race (51%, n = 262) and mixed race (38%, n = 195). Most of the students belonged to classes B1, B2 and C1, with 19% (n = 96), 44% (n = 220) and 24% (n = 121) respectively. The percentage of cigarette experimentation was 38.7% (n = 200), being greater the number of girls (52%, n = 104). The minimum age of experimentation was reported to be six years of age, and most often occurred at the age of 12 (33%, n = 66) and 13 (25%, n = 50). Regular use of manufactured cigarettes was reported by 8.9% of adolescents, and of these 52.2% (n = 24) were boys. The consumption of other tobacco products in the thirty days preceding the survey was 23.4% (n = 121), with hookah (93%, n = 113), being the most consumed products followed by; pipe (1% n = 1), chewing tobacco (1%, n = 1), and marijuana (5%, n = 6). The main form of acquisition was the purchase of cigarettes by adolescents themselves (54% n = 25), and the site with the highest frequency of purchase were bars (57%, n = 26); 69,6% (n = 32) of adolescents under 18 years of age were not prevented to buy cigarettes. In univariate analysis, the age  $\geq 15$  years, to have friends who smoke, the low maternal education and experimentation of alcohol were associated in regular use of cigarette; not having friends who smoke and age  $\leq 14$  years were protective factors. Sex, race, social class, living or not with the father and mother, religion, physical activity and paid work were not statistically associated with regular use of cigarettes. The multivariate analysis showed a positive association between regular use of cigarettes and aged  $\geq 15$  years and have friends who smoke. These findings may contribute to the implementation of actions tobacco control involving educational institutions, families and society in promoting adolescent health.

**Keywords:** Tobacco. Risk factors. Students. Adolescent health.

## LISTA DE FIGURAS

### Artigo 1

<b>Figura 1</b> – Distribuição da população do estudo, segundo idade. Londrina – PR, 2011.....	55
--	----

### Artigo 2

<b>Figura 1</b> – Distribuição da escolaridade materna referida por escolares do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas do município de Londrina, PR, 2011 .....	74
--	----

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Distribuição da estratificação dos alunos do 9º ano segundo escolas públicas estaduais e regiões geográficas, Londrina, 2010. ....	40
<b>Quadro 2</b> – Variáveis sociodemográficas .....	42
<b>Quadro 3</b> – Variáveis relacionadas à experimentação e uso regular de cigarros e outros produtos derivados do tabaco .....	43
<b>Quadro 4</b> – Fatores culturais relacionados ao uso regular de cigarros .....	43
<b>Quadro 5</b> – Fatores culturais relacionados a cessação do uso regular do cigarro.....	44
<b>Quadro 6</b> – Formas de Acesso ao cigarro .....	44
<b>Quadro 7</b> – Atitudes e pensamentos relacionados ao cigarro .....	45
<b>Quadro 8</b> – Conhecimentos relacionados ao cigarro.....	45
<b>Quadro 9</b> – Influência das relações sociais no uso regular de cigarros.....	46

## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1

- Tabela 1** – Distribuição dos adolescentes que relataram experimentação de cigarros, segundo gênero, faixa etária, uso regular de cigarros e idade de experimentação. Londrina, PR, 2011.....56
- Tabela 2** – Distribuição dos adolescentes que relataram uso regular de cigarros\*, segundo características relacionadas à dependência da nicotina. Londrina, PR - 2011 .....58

### Artigo 2

- Tabela 1** – Perfil sociodemográfico de estudantes do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas do Município de Londrina, PR, 2011.....73
- Tabela 2** – Relações sociais e comportamentos de risco/proteção de estudantes do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas do Município de Londrina, PR, 2011.....75
- Tabela 3** – Associação entre o uso regular de cigarros e características sociodemográficas em escolares do Município de Londrina, PR, 2011.....76
- Tabela 4** – Associação entre o uso regular de cigarros e relações sociais e comportamentos de risco/ proteção à saúde, em estudantes do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas do Município de Londrina, PR, Brasil, 2011 .....77

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ANVISA	Associação Nacional de Vigilância Sanitária
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID 10	Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CQCT	Convenção Quadro para o Controle do Tabaco
DANTs	Doenças e Agravos não Transmissíveis
DCNTs	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DVD	Digital Versatile Disc (Disco Digital Versátil)
HC	Hospital das Clínicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds Ratio
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PR	Paraná
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SAM	Smoking Attributable Mortality (Mortalidade Atribuída ao Fumo)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	Televisão
UEL	Universidade Estadual de Londrina
VHS	Video Home System (Sistema de Vídeo Doméstico)
VIGESCOLA	Vigilância do Tabagismo em Escolares
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>ESCOLHA DO TEMA</b> .....	<b>26</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>29</b>
3.1	OBJETIVO GERAL .....	30
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	30
<b>4</b>	<b>A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE E JOVEM COMO DIRECIONADORA DA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA</b> .....	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>36</b>
5.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	37
5.2	OBJETO DO ESTUDO .....	37
5.3	LOCAL DO ESTUDO .....	37
5.4	PERÍODO DE COLETA DE DADOS .....	38
5.5	CASUÍSTICA .....	38
5.6	AMOSTRA/AMOSTRAGEM .....	39
5.7	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS .....	40
5.8	ASPECTOS ÉTICOS .....	41
5.9	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	42
5.10	TRATAMENTO DOS DADOS .....	47
5.11	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS .....	48
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>49</b>
6.1	ARTIGO 1 .....	50
6.2	ARTIGO 2 .....	67
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO GERAL</b> .....	<b>86</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>89</b>

<b>APÊNDICES</b> .....	94
APÊNDICE A – Questionário de Pesquisa.....	95
APÊNDICE B – Folha de Respostas do Questionário.....	105
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	108
<b>ANEXOS</b> .....	109
ANEXO A – Normas de formatação da Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.....	110
ANEXO B – Normas de formatação periódico Cadernos de Saúde Pública .....	119

# *1. Introdução*

---

## 1 INTRODUÇÃO

O tabaco tem sido utilizado pela humanidade há séculos e, atualmente, é uma das drogas aditivas mais consumidas no mundo. Seu uso teve início nas Américas, onde era cultivado em todo o continente, e fazia parte da cultura indígena dessa região. A erva era utilizada em rituais de cura, pois os nativos acreditavam que esta tinha propriedades medicinais, além de ser consumida pelos sacerdotes, caciques ou pajés, por meio da aspiração do fumo do tabaco, durante as cerimônias religiosas, para que pudessem entrar em transe<sup>1-2</sup>.

Aos poucos, seu cultivo foi se espalhando por todo o mundo e a erva ganhou diferentes formas de apresentação e de uso, ou seja, passou a ser inalado, por exemplo, por meio de cigarro, charuto ou cachimbo; aspirado, como rapé; ou mascado, como o fumo-de-roló<sup>3</sup>.

Entre o final do século XIX e início do século XX, houve uma grande expansão do uso de cigarros, impulsionada pela revolução industrial que permitiu a produção destes em larga escala. O aperfeiçoamento das estratégias de publicidade e *marketing* desencadeou grandes alterações no contexto político-econômico de diversos países e possibilitou que a indústria fumageira se tornasse uma potência e, conseqüentemente, importante fonte de renda para os cofres públicos<sup>1</sup>.

Durante anos, o ato de fumar foi considerado como representação social positiva e de poder, que refletia autoafirmação, beleza, sucesso e liberdade, o que tornou o cigarro objeto de desejo de muitas pessoas, pois estas eram influenciadas pelas sofisticadas tecnologias publicitárias que criavam uma falsa imagem do mesmo, ao aliá-lo a necessidades da sociedade<sup>2</sup>.

Os males causados pelo uso do tabaco só começaram a ser conhecidos nos últimos 50 anos. Atualmente, seu uso é considerado como um dos principais causadores de diversas doenças crônicas evitáveis<sup>4</sup>.

Reconhecido como uma doença epidêmica resultante da dependência de nicotina, o tabagismo está classificado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)<sup>5</sup>.

A nicotina do tabaco é a principal responsável pela dependência químico-física, o que dificulta o seu abandono. Além da nicotina, outras substâncias

---

presentes no cigarro também estão relacionadas à dependência, por produzirem respostas dos receptores cerebrais, entre elas a 3-metilpiridil piroldina, os derivados nicotínicos N-metilado e a N-metileno-cotina<sup>1</sup>. Outros fatores, como características fisiológicas, orgânicas, psicológicas, genéticas, comportamentais, entre outras, podem determinar o grau de dependência de um indivíduo ao cigarro<sup>1,6</sup>.

A farmacologia do processo de dependência tabágica é bastante complexa, porém, o elemento principal é a nicotina, cujas características neurobiológicas classificam-na como uma droga psicoestimulante e cujo efeito de nicotino-dependência se assemelha ao da cocaína e da heroína, que liberam dopamina e aumentam a produção de norepinefrina. A nicotina age nos centros mesolímbicos, dopaminérgicos colinérgicos e nucleus acumbens, aumentando a liberação de dopamina e outros hormônios psicoativos. Estas substâncias possuem propriedades euforizantes e ansiolíticas que provocam a dependência. A dependência da nicotina pode ser verificada quando o fumante utiliza cigarros com baixos teores de nicotina e de alcatrão que fazem o tabagista fumar mais para elevar a concentração dos componentes do tabaco no plasma sanguíneo. Portanto, qualquer que seja o tipo ou a forma de consumo do tabaco, ele cria dependência e esta ocorre em poucas semanas<sup>1</sup>.

A OMS caracteriza o tabagismo como uma doença desencadeada pela publicidade, pois esta foi uma das principais responsáveis pela disseminação do uso de produtos derivados do tabaco no mundo e pelo estímulo ao hábito de fumar<sup>7</sup>. As indústrias tabagísticas investem, consideravelmente, em publicidade, a fim de atrair cada vez mais pessoas, elevar o consumo de tabaco e, conseqüentemente, aumentar seus lucros.

Estima-se que, aproximadamente, 1,1 bilhão de pessoas no mundo sejam fumantes, destas, cerca de 900 milhões (84%) vivem em países em desenvolvimento onde o consumo se mostra em crescimento, principalmente, entre a população de menor renda e menor nível de educação. Anualmente, cerca de 5 milhões de pessoas morrem devido ao fumo, sendo que, no Brasil, ocorrem 200 mil óbitos a cada ano. Se nada for feito para conter as tendências de expansão, este índice poderá chegar a 7 milhões/ano em todo o mundo, entre os anos de 2025 e 2030<sup>8</sup>.

A prevalência do uso de produtos derivados do tabaco, no Brasil, vem apresentando queda nos últimos anos. Uma Pesquisa Nacional Sobre Saúde e

---

Nutrição, realizada em 1989, mostrou que a prevalência era de, aproximadamente, 35%<sup>8-9</sup>. Em 2003, uma Pesquisa Mundial de Saúde revelou que, aproximadamente, 18% da população brasileira utilizavam, regularmente, produtos derivados do tabaco<sup>8-9</sup>. Uma Pesquisa Nacional por amostra de domicílios<sup>10</sup>, realizada no ano de 2008, com indivíduos de 15 anos ou mais, apontou uma percentagem de 17,5% de fumantes no Brasil, o que correspondia a quase 25 milhões de pessoas, das quais 21,6% eram homens e 13,1%, mulheres. Nesta pesquisa, o percentual mais elevado foi o da região sul (19%); o Paraná apontou 18,4%, ficando em oitavo lugar entre os estados com maior número de fumantes do Brasil<sup>10</sup>.

Com o intuito de monitorar a ocorrência e a distribuição das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), o Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que, desde 2006, vem levantando o perfil destas doenças nas principais capitais brasileiras. Em 2010, este estudo mostrou que a frequência do tabagismo, nas 27 capitais estudadas, foi de 15,1%, corroborando dados que sugerem diminuição do número de fumantes no país<sup>11</sup>.

O uso de produtos derivados do tabaco está associado a, aproximadamente, 50 diferentes tipos de doenças, com destaque para as cardiovasculares, o câncer e as respiratórias obstrutivas crônicas<sup>12</sup>.

O consumo de tabaco está associado a 45% das mortes por doenças coronarianas, 85% das mortes por doenças pulmonares, 25% das mortes por doenças cerebrovasculares e 30% das mortes por câncer; no caso do câncer de pulmão, 90% ocorrem em fumantes<sup>12</sup>.

Um artigo que analisou estudos publicados no período entre 1990 a 2006, sobre mortalidade atribuída ao uso do tabaco (Smoking Attributable Mortality – SAM), apontou que, dentre as doenças tabaco-relacionadas, as que mais contribuem para a SAM são o câncer de traquéia/brônquios/pulmão, a doença isquêmica do coração, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e as doenças cerebrovasculares<sup>13</sup>.

O uso do tabaco é considerado fator de risco importante para as mortes ocorridas por doenças isquêmicas do coração e cerebrais. Embora estes óbitos ocorram, com maior frequência, a partir dos 65 anos, a SAM para essas doenças, nesta faixa etária, apresenta um percentual menor quando comparado ao de associação a mortes ocorridas na faixa etária entre 35-64 anos, pois 40 a 60%

---

destas são atribuíveis ao tabaco. Esta é uma população de adultos jovens e economicamente ativos, que poderiam ter suas mortes evitadas por meio de políticas de promoção e prevenção do hábito de fumar<sup>13</sup>.

Os fumantes estão continuamente expostos a 4.720 substâncias tóxicas. Estas substâncias não expõem somente os fumantes, pois cerca de 400 delas são liberadas da ponta do cigarro ao meio ambiente, em concentrações ainda maiores que as tragadas, por não passarem pelo filtro, e, desse modo, prejudicam, também, quem não fuma<sup>14-15</sup>.

A inalação da fumaça ambiental do cigarro por indivíduos não fumantes é denominada tabagismo passivo e é a terceira causa de morte evitável no mundo<sup>16</sup>. O local de maior exposição à fumaça do cigarro é a própria residência do indivíduo, seguido do local de trabalho e de restaurantes<sup>10,16</sup>. Diversas doenças estão relacionadas ao tabagismo passivo, que expõe, principalmente, os filhos de fumantes. Sabe-se que o número de ocorrências de asma entre crianças expostas ao tabagismo ambiental, no domicílio, pode ser até duas vezes maior do que entre as não expostas<sup>17</sup>. Adultos expostos ao tabagismo passivo também apresentam maiores riscos de desenvolver tumores de pulmão, laringe e faringe<sup>18</sup>.

Um estudo desenvolvido em Portugal<sup>19</sup> realizou medições de nicotina em ambientes públicos e detectou a presença desta substância em 85% das amostras coletadas. Desse modo, considerando-se que não existe um nível de exposição ao cigarro comprovadamente seguro e que, quanto maior a concentração e o tempo de exposição, maior será o dano à saúde, deve-se reforçar a necessidade de implementação e cumprimento das leis contra o fumo em ambientes públicos, pois estas visam a proteger os não fumantes.

O declínio do número de fumantes tem ocorrido devido às diversas estratégias de controle da atualidade, entretanto, o acesso ao cigarro e o hábito do tabagismo têm ocorrido cada vez mais precocemente, e o número de fumantes entre mulheres e jovens tem aumentado progressivamente<sup>20</sup>.

As mudanças ocorridas no contexto social da mulher, como sua emancipação, maior participação no mercado de trabalho, aumento do poder aquisitivo e da autonomia para a tomada de decisão, acabaram por desencadear sintomas de ansiedade e depressão, o que a tem levado a recorrer à nicotina como forma de conforto, impulsionada pela indústria do tabaco, que, por meio da publicidade, divulga o cigarro como símbolo de independência e força<sup>20</sup>.

---

Entre os jovens, acredita-se que o uso de produtos derivados do tabaco ocorre devido à facilidade de acesso e às influências sociais, ambientais e genéticas, pois vem acontecendo entre grupos mais jovens<sup>20</sup>.

O uso do tabaco na adolescência tem se mostrado uma importante preocupação para a saúde pública. A OMS prevê que, diariamente, cerca de 100 mil crianças e adolescentes viram fumantes em todo o mundo<sup>21</sup>. Sabe-se que 90% dos adultos fumantes iniciaram o hábito na adolescência, e que 75% dos adolescentes que fumam permanecem tabagistas na fase adulta<sup>20-22</sup>. Um recente estudo nacional<sup>10</sup> apontou que 77,1% dos fumantes iniciaram o hábito de fumar, diariamente, antes dos 19 anos de idade.

A fase da adolescência, que, segundo a OMS, compreende dos 10 aos 19 anos de idade, constitui um período de maior vulnerabilidade para o tabagismo, pois o indivíduo se encontra em um processo de desenvolvimento físico, cognitivo e mental, de adaptação às mudanças de seu organismo e de evolução da sexualidade, assim, tem que trabalhar com os limites da dependência infantil e da autonomia da fase adulta. É nesta fase que se desenvolve o processo de construção da identidade e de formulação do caráter social, ideológico e vocacional<sup>23</sup>.

Devido a essas características, a atenção integral à saúde do adolescente exige um olhar diferente, com uma abordagem interdisciplinar, focada no sujeito, que englobe, também, suas necessidades biopsicossociais e culturais. Essa ação deve se fundamentar na compreensão da complexidade do fenômeno humano e de suas transformações, além de reconhecer a família como base para a construção, socialização, humanização e integração com a comunidade<sup>23</sup>.

Maakaroum e Souza<sup>23</sup> destacam alguns pontos relevantes que justificam a *Atenção Integral à Saúde na Adolescência*:

- *pelo seu contingente numérico expressivo, que corresponde a mais de 30% da população brasileira;*
- *pelo fato de vivenciarem um processo de crescimento e de desenvolvimento que se traduz em necessidades específicas de saúde, as quais repercutirão na sua qualidade de vida em fases posteriores da existência;*
- *pelas suas características próprias de conduta, que têm configurado estatísticas ascendentes de morbidade e mortalidade, denunciando o abandono e a carência de suporte de atenção à saúde e à educação para esses grupos etários;*

- 
- *pela necessidade de ações mais efetivas de promoção de saúde e melhoria da qualidade dos serviços de atendimento, de forma a facilitar o seu acesso e a sua participação ativa como cidadãos;*
  - *pelas tendências atuais de se prolongar a adolescência, por demandas geradas pelas necessidades crescentes de educação e derivadas do mercado de trabalho restrito, especializado e competitivo.* <sup>(23: 342)</sup>

As inúmeras transformações ocorridas, nas últimas décadas, podem desencadear um intenso estresse entre adolescentes e jovens, o que leva muitos deles a adiantar esta etapa e a assumir atitudes que consideram específicas dos adultos, dentre elas, o ato de fumar. É necessário ressaltar que o tabaco, na adolescência, constitui porta de entrada para outras drogas, como álcool, maconha, cocaína, cujas consequências, ao longo do tempo, são maiores, principalmente, se o vício é iniciado precocemente<sup>22</sup>.

Quando se procura entender quais os motivos que levam um adolescente a se torna fumante, é importante que sejam considerados tanto os fatores biológicos, quanto os sociais e psicológicos. O fato de o cigarro ser socialmente aceito e de suas consequências negativas ocorrerem tardiamente contribui para que os jovens venham a fumar. Outros fatores, como a curiosidade, o tédio, o estresse, a influência de amigos e a sensação de prazer e relaxamento, também interferem no comportamento de fumar dos jovens. Ter pais fumantes pode ser considerado um dos principais fatores para que adolescentes se tornem fumantes, além destes estarem expostos ao do tabagismo passivo<sup>24</sup>.

É evidente o papel da família na construção da personalidade do adolescente, pois é no contexto familiar que estão embutidos os valores, as crenças, e os aspectos culturais e cognitivos que contribuem para o desenvolvimento da personalidade do indivíduo. Estes fatores, que podem sofrer influências sociais, são transmitidos por meio da relação pais-filhos. Atualmente, as configurações familiares são variadas, tais como: só mãe ou pai; pais adotivos; famílias combinadas; entre outras, cujos membros, muitas vezes, não têm papéis bem definidos, o que pode impactar, negativamente, a formação do indivíduo<sup>25</sup>.

Como as razões que levam os adolescentes a fumar são específicas e diferentes das apresentadas pelos adultos, e como a abordagem e o abandono do tratamento são as principais dificuldades para a cessação do tabagismo na adolescência, é necessário que o acompanhamento seja realizado com grupos,

---

exclusivos, de adolescentes, o que pode facilitar a percepção e a compreensão dos fatores associados ao uso do tabaco<sup>26</sup>.

O uso do tabaco, assim como de outras drogas, na adolescência, afeta as condições de saúde e a qualidade de vida dos jovens, desse modo, é necessário que sejam desenvolvidos mecanismos de proteção, prevenção e acolhimento, de modo a dar suporte à curiosidade inerente a esta fase da vida, além de se investir em políticas públicas que estimulem escolhas saudáveis e de qualidade e que desmistifiquem a falsa autonomia que os adolescentes sentem ao experimentarem tais substâncias<sup>27</sup>.

Para tanto, é imprescindível que sejam implementadas ações sistemáticas e efetivas, voltadas para a prevenção e promoção da cessação do tabagismo, da redução da morbimortalidade por diversas doenças não transmissíveis e, conseqüentemente, da melhoria da qualidade de vida.

Algumas medidas são recomendadas pela OMS<sup>28</sup> para garantir a eficiência no controle do tabaco:

- Estabelecer políticas de prevenção e monitorar o uso do tabaco;
- Garantir proteção à população contra a fumaça do cigarro;
- Dar apoio aos tabagistas que desejam parar de fumar;
- Informar sobre os prejuízos causados pelo cigarro;
- Proibir publicidade, patrocínios e promoções relacionados ao tabaco;
- Aumentar os impostos sobre os produtos derivados de tabaco.

Durante a 52<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde, em 1999, 192 países-membros da OMS propuseram a adoção do primeiro tratado internacional com o objetivo de instituir um conjunto de medidas voltadas à prevenção e ao controle do tabagismo<sup>4</sup>.

Este tratado foi denominado *Convenção Quadro para o Controle do Tabaco* (CQCT) e, durante quatro anos, os países-membros negociaram os seus fundamentos e estabeleceram, como principal meta, proteger a população dos danos provocados pelo tabaco, com base em ações de: informação, regulamentação e aumento da tributação sobre o cigarro<sup>4</sup>.

---

A CQCT foi aprovada na 56ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2003, e o Brasil foi o segundo país a assinar, demonstrando seu compromisso com o controle desse grave problema social<sup>4</sup>.

No Brasil, desde a década de 1980, os governos federais, estaduais e municipais vêm implementando estratégias para conter a expansão desta epidemia com a elaboração de portarias, decretos e resoluções. O Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), iniciou, a partir de 1989, a organização do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), com o objetivo de diminuir o número de fumantes e, conseqüentemente, a morbimortalidade por doenças relacionadas ao cigarro<sup>4</sup>.

Por meio de ações educativas, legislativas e econômicas, o PNCT adota estratégias de: prevenção da iniciação do uso do tabaco; proteção da população da exposição à fumaça do cigarro; promoção e apoio à cessação do tabagismo; e regulamentação dos produtos derivados do tabaco. Para que essas ações alcancem todo o país, foi criada uma rede nacional de gerenciamento do programa, em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde; os 26 estados da federação e o Distrito Federal possuem uma coordenação do programa que, conforme a lógica do SUS, descentraliza as ações para seus municípios<sup>4,29</sup>.

As ações desenvolvidas pelo programa têm contribuído para a diminuição da aceitação social do uso de produtos derivados do tabaco e aumentado o desejo dos fumantes de parar de fumar. Pesquisas apontam que 80% dos fumantes têm intenção de parar de fumar e apenas 3% conseguem a cada ano<sup>21</sup>. Um estudo nacional mostrou que 52,1% dos fumantes pensavam ou planejavam parar de fumar e que 45,6% realizaram, pelo menos, uma tentativa nos últimos doze meses, entretanto, apenas 7,9% conseguiram abandonar o hábito<sup>10</sup>.

Diante desta situação, o PNCT tem como principal objetivo despertar nos fumantes o desejo de parar de fumar, dando-lhes apoio por meio de métodos eficazes para o tratamento da dependência da nicotina<sup>4,29</sup>.

A metodologia proposta pelo programa para a cessação do tabagismo é a abordagem cognitivo-comportamental utilizada em terapias individuais ou de grupo. Diversos estudos comprovam a eficácia deste método, visto que esse tipo de tratamento visa à mudança do estilo de vida, do modo de pensar e dos comportamentos relacionados ao ato de fumar<sup>2,22,26</sup>.

---

O programa também utiliza a farmacoterapia como apoio, em situações bem definidas, com a finalidade de complementar a abordagem cognitivo-comportamental. Estes medicamentos são divididos em nicotínicos ou não-nicotínicos, sendo que os medicamentos nicotínicos disponibilizados pelo programa se apresentam em forma de adesivos, gomas ou pastilhas, e o medicamento não-nicotínico disponível é o antidepressivo bupropiona<sup>2</sup>.

Em Londrina, o PNCT teve início por volta de 1992, numa parceria entre a 17ª regional de saúde e o município, e realizou diversas campanhas preventivas e a implantação de ambulatórios de tratamento ao fumante. Hoje, o município conta com, aproximadamente, quinze ambulatórios credenciados no PNCT, que funcionam em Unidades de Saúdes, na Policlínica Municipal e no Hospital das Clínicas (HC), pois estes locais possuem profissionais capacitados pelo INCA, conforme a proposta do programa.

Nos últimos anos, muito tem sido feito para se controlar a epidemia tabágica, entretanto, observa-se a necessidade de intensificação dos estudos dos indicadores relacionados ao uso do tabaco.

Um Estudo Global do Tabagismo entre os Jovens, realizado pela OMS em 46 países, divulgou um quadro preocupante de dependência prematura. No Brasil, este estudo, denominado VIGESCOLA<sup>30</sup>, foi realizado nos anos de 2002 e 2003, e questionou escolares de 12 capitais brasileiras. O estudo constatou uma prevalência de experimentação que variava entre 36 a 58%, no grupo de escolares do sexo masculino, e entre 31 a 55%, no do sexo feminino, entre as cidades pesquisadas; e que a prevalência de fumantes, na época, variava de 11 a 27% entre escolares do sexo masculino, e de 9 a 24%, entre os do sexo feminino.

No ano de 2009, o Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), desenvolveu a I Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)<sup>31</sup> que investigou diversos fatores de risco e proteção à saúde de escolares em 26 capitais estaduais e no Distrito Federal. Este estudo apontou que 24,2% dos estudantes, o que representa quase um quarto desta população, já haviam experimentado cigarro alguma vez na vida e que a prevalência do uso, na época, era de 6,3%, dado que confirmou as tendências de redução nos percentuais, no entanto, estes ainda são elevados, o que reforça a necessidade de medidas de prevenção e controle em todo o país.

---

É fundamental, assim, que os fatores que desencadeiam o uso do tabaco sejam identificados para que se possa elaborar estratégias de prevenção e tratamento do usuário de produtos dele derivados. A realização de estudos de prevalência do uso do tabaco permite uma avaliação mais concreta da dimensão deste problema na população, o que constitui uma importante ferramenta de diagnóstico. Levantamentos de dados sobre a história de exposição, como idade de início do hábito e consumo diário de cigarros, também são fatores essenciais para que se possa compreender os riscos e as consequências do tabaco para a saúde<sup>32</sup>.

Neste contexto, este estudo busca levantar a prevalência do uso de produtos derivados do tabaco entre jovens e adolescentes do município de Londrina, assim como, relacionar os fatores associados. Espera-se que a presente pesquisa contribua para a implementação de programas de promoção à saúde, principalmente, no ambiente escolar, pois o conhecimento da realidade de atuação propicia o desenvolvimento de ações adequadas, que envolvam não só as entidades educacionais, mas também a família e a sociedade como um todo, o que redundará em resultados positivos.

O objetivo principal deste estudo é compreender a relação entre o uso de produtos derivados do tabaco, na adolescência, e fatores como: dependência ao tabaco, poder de compra, intenção de cessação, estrutura familiar, convivência com outros fumantes (amigos, pais e parentes) e aceitação positiva do fumante na sociedade, pois se acredita que estas características desencadeiam uma maior prevalência do uso do tabaco, bem como, a experimentação precoce e a permanência regular do uso. Espera-se, também, conhecer o real índice de prevalência de jovens e adolescentes fumantes e a idade de início deste vício no município de Londrina, para que medidas preventivas possam ser intensificadas, precocemente, em grupos de maior risco.

---

## *2. Escolha do Tema*

---

---

## 2 ESCOLHA DO TEMA

O que me motivou a realizar este estudo foi a minha inserção no Programa Nacional de Controle do Tabagismo, como Coordenadora Municipal do mesmo. Graças a essa vivência, percebo que muito ainda há para se fazer no que diz respeito à melhoria do acesso ao tratamento, de modo especial, para as populações que tem se tornado alvo da indústria do tabaco e, conseqüentemente, têm apresentado considerável aumento da prevalência.

Outra percepção, durante minha atuação neste programa, foi a dificuldade de atuação, por parte de alguns profissionais de saúde, junto aos pacientes tabagistas, pois nem todos entendem o hábito de fumar como uma doença, assim, têm dificuldade para aconselhar e tratar o fumante.

É comum encontrar profissionais de saúde, de diversas categorias (do nível médio até o superior), que apresentam o seguinte pensamento sobre o tabagismo: “iniciar o uso do cigarro e permanecer fumante é uma escolha do próprio indivíduo e seu abandono depende exclusivamente de sua vontade individual em parar”.

O desejo do fumante em abandonar o hábito de fumar é essencial, porém, cabe ao profissional de saúde aconselhar o indivíduo a deixar o vício, orientando-o sobre os danos que pode vir a sofrer em decorrência do uso do cigarro, assim como, sobre os ganhos que a superação do hábito e o tratamento adequando lhe trarão.

Como o tabagismo é uma questão complexa, o profissional de saúde deve motivar e apoiar o paciente fumante que deseja abandonar o vício, além de reconhecer que para o sucesso da cessação do uso do tabaco é necessário que se utilize uma associação de estratégias que permitam identificar os motivos que levaram o indivíduo a fumar.

A escolha por trabalhar com adolescentes se deu porque é na adolescência, fase marcada por diversas transformações biopsicossociais, que são iniciadas as práticas e os comportamentos que acompanharão o indivíduo durante grande parte da sua vida. Assim, é necessário conhecer as características inerentes a esta população, suas relações com o tabaco e os fatores e comportamentos de risco associados ao uso do cigarro.

---

A compreensão destes aspectos, tão próprios da fase da adolescência, propicia a elaboração e a aplicação de políticas de prevenção e promoção à saúde, bem como, a eficácia e a efetividade destas.

A realização de ações voltadas para este público contribui para a redução dos índices de uso do tabaco no país, uma vez que inúmeros estudos constataram que o vício se inicia, geralmente, na adolescência. Assim, além de se prevenir o uso precoce, diminui-se os índices de morbimortalidade por Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs)

---

## *3. Objetivos*

---

---

---

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Levantar a prevalência do uso de produtos derivados de tabaco por adolescentes de escolas públicas e os fatores associados, na região urbana do município de Londrina-PR.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população do estudo segundo variáveis sociodemográficas;
- Identificar a experimentação do cigarro e o uso regular de produtos derivados do tabaco na população em estudo;
- Relacionar fatores culturais associados à experimentação de cigarros e ao uso regular de produtos derivados do tabaco na população em estudo;
- Descrever o conhecimento e as atitudes dos adolescentes em relação ao tabaco;
- Listar as formas de acesso ao cigarro pela população em estudo;
- Identificar o risco do uso regular de cigarros para adolescentes que já os experimentaram, na população em estudo;
- Determinar possíveis associações entre determinantes sociodemográficos e culturais e o uso regular de produtos derivados do tabaco, na população em estudo.

*4. A Política Nacional de  
Atenção Integral à Saúde  
do Adolescente e Jovem  
como direcionadora da  
investigação científica.*

---

#### 4 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE E DO JOVEM COMO DIRECIONADORA DA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA

Este estudo teve como base o manual **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**<sup>33</sup>, uma publicação do Ministério da Saúde, de 2010, que se fundamentou na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem.

Este manual visa a orientar os serviços de saúde em relação às ações e aos programas voltados à população de jovens e adolescentes e à elaboração de estratégias interfederativas e intersetoriais, com o objetivo de reconhecer as necessidades dessa população, dentro de uma visão holística e com uma abordagem sistêmica, de modo a minimizar os graus de vulnerabilidades e a promover o desenvolvimento saudável destes indivíduos.

O texto do manual, que está dividido em dez capítulos, inicia-se com uma contextualização do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo enfoque são os princípios básicos de universalidade, equidade e integralidade das ações e a elaboração do Pacto pela Saúde, que determina as prioridades de atuação das três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) com o objetivo de enfrentar os desafios do SUS.

Dentre as ações prioritárias estabelecidas pelo Pacto, relacionadas ao cuidado integral da saúde de adolescentes e jovens, ou seja, que visam à melhoria das condições de saúde desta população, destacam-se: a promoção da saúde, o fortalecimento da atenção básica e a redução da mortalidade materna e infantil. Para a elaboração destas ações, de novos programas e de políticas públicas, o manual reforça a necessidade de inclusão deste segmento populacional nas análises de situação de saúde local.

O segundo capítulo, intitulado *Análise da Saúde de adolescentes e Jovens*, subdivide-se em: A situação sociodemográfica; A escolaridade; O trabalho; e A situação de saúde. Este capítulo descreve dados de diversos estudos brasileiros e apresenta algumas características atuais dessa população, tais como: é a mais numerosa do Brasil, pois 30,3% da população nacional tem idades entre os 10 e 24 anos; e o aumento das taxas de mortalidade por causas externas, entre os

---

adolescente e jovens. A apresentação destes dados visa a fundamentar os capítulos subsequentes e a justificar a elaboração das diretrizes propostas no manual.

O capítulo três, *Um novo olhar para a adolescência e a juventude*, faz uma reflexão sobre essa faixa etária. A faixa etária proposta pelo Ministério da Saúde para a cobertura desta política compreende dos 10 aos 24 anos, ou seja, engloba as fases da adolescência (10 aos 19 anos) e da juventude (15 aos 24 anos), pois devem ser consideradas as diversidades de características destas populações e as influências culturais, sociais, étnicas, entre outras, que acompanham este segmento populacional e suas variações nas regiões do Brasil.

Neste capítulo, são ponderadas algumas dificuldades vividas pelos adolescentes que influenciam no seu processo de crescimento e desenvolvimento, tais como: o distanciamento dos pais pela busca de autonomia; a cobrança da sociedade e da família para se tornarem adultos; as necessidades inerentes ao processo de desenvolvimento; a vulnerabilidade desta população e a heterogeneidade dos fatores de vulnerabilidade nos espaços geográficos; a dificuldade de acesso a informações e serviços oferecidos; e as desigualdades sociais que refletem nos dados de morbimortalidade. Diante deste contexto, percebe-se que os serviços de saúde não consideram o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento como forma de prevenção de situações e comportamentos de risco para a ocorrência de agravos ou doenças entre jovens.

No capítulo quatro, são apresentados sete *Temas estruturantes para a atenção integral à saúde de adolescente e de jovens*:

1. Participação Juvenil
2. Equidade de Gêneros
3. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
4. Projeto de Vida
5. Cultura de Paz
6. Ética e Cidadania
7. Igualdade Racial e Étnica

A reflexão sobre esses temas propicia a apresentação de subsídios para o reconhecimento dos adolescentes e jovens como pessoas, com garantias e direitos, com responsabilidades e deveres, isto é, como indivíduos capazes de cooperar em situações da vida e de saúde.

---

O Marco Legal é abordado no capítulo cinco e este apresenta as ferramentas existentes que amparam tanto os adolescentes e jovens, como os gestores, os profissionais de saúde e os órgãos e instituições que atuam na área. O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Nº 8.069, de 13/07/1990) assim como a Legislação do SUS, por meio da Lei Orgânica de Saúde (Lei Nº 8.080 de 19/09/90 e Lei Nº 8.142, de 28/12/90) e da Lei orgânica da Assistência Social (Lei Nº 8.742, de 07/12/93), são os principais instrumentos legais que marcam as conquistas para a população, em especial, para os jovens.

Os capítulos seis e sete apresentam os objetivos e as diretrizes nacionais, respectivamente. As diretrizes estão subdivididas em dois grandes grupos.

1. Fortalecimento da Promoção da Saúde nas Ações para o Cuidado Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens;
2. Reorientação dos Serviços de Saúde para Favorecer a Capacidade de Respostas para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens.

Devido ao impacto dos vários tipos de violência na saúde de adolescentes e jovens, o capítulo oito aborda o tema de maneira sistematizada e reflete sobre: a violência doméstica; a violência sexual; e a mortalidade por causas externas. Dentre as causas externas, são citadas as agressões, os acidentes de trânsito e os suicídios. É importante que o profissional de saúde esteja atento para as populações mais vulneráveis, por meio da implementação de ações de prevenção que minimizem os riscos e os índices de morbidade e mortalidade decorrentes de situações de violência, tão frequentes nesse grupo populacional.

O capítulo nove descreve a importância do 'monitoramento e avaliação' dos serviços de saúde, apontando alguns recursos disponíveis que se utilizam de indicadores de saúde que refletem as condições de saúde de uma determinada população, indicando onde há a necessidade de novo planejamento ou de continuidade da ação.

Por fim, o capítulo dez, ao apresentar as considerações finais, ressalta a intersetorialidade como estratégia essencial na atenção integral à saúde, por compreender que o processo saúde-doença está relacionado a fatores multideterminados. Assim, o setor de saúde deve interagir com os demais setores que atendem jovens e adolescentes, como os da educação, cultura, esportes, lazer,

---

meio ambientes, associações e projetos socioeducativos, de modo a fomentar a participação destes na promoção e melhoria de sua saúde.

A presente pesquisa fez um recorte nesta complexa política, considerando os agravos resultantes do uso do tabaco. Desse modo, realizou-se um levantamento de dados que pode, de alguma maneira, contribuir para a implementação de um modelo de atenção à saúde do adolescente, voltado para suas necessidades reais em relação ao uso do tabaco na adolescência e focado não somente no tratamento, mas, principalmente, na promoção e prevenção do tabagismo, de modo a garantir uma melhoria na qualidade de saúde dessa população e, conseqüentemente, dos futuros adultos.

## *5. Metodologia*

---

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo de abordagem quantitativa, com delineamento epidemiológico transversal.

Os estudos transversais, também denominados estudos seccionais ou de prevalência, são muito utilizados em epidemiologia e se destacam pela economia, facilidade e rapidez na coleta dos dados. Este tipo de delineamento, que consiste na coleta de dados em um determinado espaço de tempo, busca determinar indicadores globais de saúde que descrevam as características da população, assim, proporciona a identificação de grupos de risco e colabora para o planejamento de ações em saúde<sup>34</sup>.

### 5.2 OBJETO DO ESTUDO

Consumo de produtos derivados do tabaco e fatores relacionados ao seu uso na adolescência.

### 5.3 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado em escolas públicas da região urbana no município de Londrina, PR.

Localizado na Região Norte do Estado do Paraná, Região Sul do Brasil, o município de Londrina é o segundo mais populoso do estado, com 50.6701 habitantes<sup>35</sup>. Surgiu em 1929, com a chegada de ingleses que pertenciam à Companhia de Terras Norte do Paraná. O nome Londrina significa 'Pequena Londres' e é uma homenagem à cidade inglesa, Londres, feita por um dos primeiros, o diretor da companhia, Dr. João Domingues Sampaio. Sua criação ocorreu no ano de 1934 por meio do Decreto Estadual nº2.519<sup>36</sup>.

Com uma população média de 144.214 estudantes<sup>37</sup>, o município de Londrina possui uma grande estrutura de ensino que, além de creches, pré-escolas e escolas profissionalizantes, dispõe de:

- 
- 192 estabelecimentos de Ensino Fundamental;
  - 67 estabelecimentos de Ensino Médio;
  - 14 estabelecimentos de Ensino Superior;
  - 8 estabelecimentos de Pós-Graduação.

#### 5.4 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

O período de coleta de dados compreendeu os meses de junho a outubro de 2011.

#### 5.5 CASUÍSTICA

A população escolhida para participar do estudo foi composta por alunos do 9º ano do ensino fundamental, antiga 8ª série, do período diurno, de escolas públicas.

Os alunos foram selecionados a partir do número de alunos matriculados no ano de 2010, informado pelo setor de Logística Educacional do Núcleo Regional de Educação de Londrina<sup>38</sup>, entidade pública que representa a Secretaria Estadual de Educação no município de Londrina.

Atualmente, são as escolas de domínio administrativo público da rede estadual de ensino que oferecem turmas do 9º ano do ensino fundamental. No ano de 2010, o município contava com 73 escolas estaduais, destas, 64 estavam localizadas na região urbana e 55 apresentavam cadastro de turmas de 9º ano, com um total de 6.362 alunos matriculados nesta série escolar<sup>38</sup>.

Optou-se por esta série escolar devido à faixa etária dos alunos, ou seja, entre 13 e 15 anos, grupo representativo de adolescentes/jovens expostos a diversos fatores de risco para o uso do tabaco, conforme importante estudo nacional<sup>31</sup>. Além disso, nesta idade, o aluno já apresenta melhor capacidade cognitiva, fator relevante para o preenchimento adequado do instrumento de coleta de dados.

---

## 5.6 AMOSTRA/AMOSTRAGEM

A representatividade da população do estudo foi garantida por meio de amostragem probabilística estratificada, pois foram selecionadas escolas pertencentes às cinco regiões geográficas do município: norte sul, leste, oeste e centro.

Para a seleção dos elementos da amostra, foi realizada uma primeira estratificação, que levantou a porcentagem total de alunos matriculados por região geográfica do município de Londrina. Posteriormente, foi realizada a segunda estratificação, que correspondeu ao levantamento da porcentagem de escolas públicas estaduais por região geográfica.

Em seguida, procedeu-se o cálculo da amostra proporcional tanto de alunos quanto de escolas a serem incluídos no estudo.

O tamanho da amostra foi calculado por meio da equação abaixo, considerando-se um nível de significância de 95% e uma margem de erro de 5%, o que totalizou um tamanho mínimo de 384 elementos.

$$n_0 = \frac{z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

Onde:

n = Número de indivíduos da amostra

Z = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado

p = Proporção populacional de indivíduos que pertencem à categoria de interesse do estudo

d = Margem de erro ou erro máximo de estimativa

Entretanto, optou-se por adotar o tamanho de amostra proporcional, obtido por meio do processo de estratificação, que resultou em N=600 (Quadro 1). Desta forma, foi garantido o tamanho mínimo dos elementos necessários, bem

como, o cuidado em relação à fidedignidade dos dados relacionados a possíveis perdas durante a coleta.

Foram sorteadas, aleatoriamente, 19 escolas, distribuídas, proporcionalmente, em cada região geográfica.

**Quadro 1** – Distribuição da estratificação dos alunos do 9º ano segundo escolas públicas estaduais e regiões geográficas, Londrina, 2010.

Região	Alunos			Escolas			Amostra final alunos	
	Total	%	Amostra	Total	Percentil	Amostra	Total	Percentil
Norte	1572	25	150	11	20%	4	129	25%
Sul	972	15	90	08	15%	3	78	15%
Leste	1190	19	114	12	22%	4	98	19%
Oeste	1017	16	96	10	18%	3	83	16%
Centro	1611	25	150	14	25%	5	129	25%
<b>Total</b>	<b>6362</b>	<b>100</b>	<b>600</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>517</b>	<b>100%</b>

Do total de 600 alunos selecionados, 83 foram excluídos; 76 por não concordarem em participar da pesquisa e sete por terem respondido incorretamente o instrumento de coleta de dados, o que significou uma perda de 14% e resultou em uma amostra final de 517 estudantes. No entanto, esta perda não interferiu nos resultados, uma vez que ocorreu de maneira proporcional em cada região e o total de alunos pesquisados excedeu o N amostral mínimo.

## 5.7 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A realização do estudo foi precedida de contato com o Núcleo Regional de Ensino de Londrina e com os diretores das escolas selecionadas para esclarecimento dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa e para solicitação de autorização para o desenvolvimento da mesma.

Mediante a aceitação da direção da escola quanto à realização da pesquisa, fez-se um primeiro contato com os alunos das turmas selecionadas para a apresentação da pesquisa e esclarecimentos sobre os objetivos e sobre a participação voluntária, com garantia de sigilo das informações. Os alunos interessados em participar deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) que foi fornecido naquele momento.

---

Os menores de 18 anos que aceitaram participar levaram o TCLE para assinatura e autorização dos pais. Por meio deste documento, os pais foram informados sobre as principais características da pesquisa, seus objetivos e sua importância.

O TCLE foi elaborado segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>39</sup>, em duas vias (uma para a pesquisadora e outra para o respondente).

Todos os alunos presentes em sala de aula no dia agendado para a realização da pesquisa, que trouxeram o TCLE devidamente assinado (pelo aluno e pelo responsável), foram convidados a participar.

Este estudo utilizou algumas estratégias para garantir a concentração dos alunos durante a aplicação dos questionários; foi elaborado um instrumento em formato de gabarito (Apêndice B), que continha apenas o número das questões e as respostas codificadas, onde o aluno assinalava as que correspondiam à sua opção de resposta.

A apresentação das questões, na íntegra, se deu por meio de um Monitor Educacional, uma tecnologia também conhecida como TV *pendrive*, que é um aparelho de televisão de 29 polegadas, com entrada VHS, DVD, cartão de memória, *pendrive*, saídas para caixas de som e projetor multimídia. Este recurso estava disponível em todas as salas de aula selecionadas.

Foi preparada uma apresentação no Programa *Microsoft Power Point*, compatível com a TV *pendrive*, com uma questão em cada *slide*. O pesquisador procedia a leitura acompanhado pelo aluno e, na medida em que este respondia, avançava a apresentação.

Esta estratégia de coleta dos dados facilitou o processo, pois permitiu que o pesquisador acompanhasse os alunos no preenchimento do questionário e esclarecesse dúvidas durante sua aplicação, além de possibilitar que todos os participantes iniciassem e acabassem juntos. Outra vantagem do uso do gabarito foi durante a digitação dos dados, pois as respostas já estavam codificadas.

## 5.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP/UEL), sob CAAE nº 0259.0.268.000-10.

## 5.9 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

As informações foram coletadas por meio de um questionário estruturado, não identificado, com questões fechadas e de autopreenchimento, aplicado nas salas de aula selecionadas. O instrumento de coleta de dados (Apêndice C) foi embasado no questionário utilizado pelo estudo VIGESCOLA<sup>30</sup> e adaptado aos objetivos desta pesquisa e à realidade local, o que possibilitou a comparação dos dados desta pesquisa com outros estudos nacionais.

Foram analisadas: variáveis sociodemográficas; experimentação e uso regular de cigarros e outros produtos derivados de tabaco; fatores culturais relacionados ao uso regular de cigarros; fatores culturais relacionados à cessação do uso regular do cigarro; formas de acesso ao cigarro; atitudes e pensamentos relacionados ao cigarro; conhecimentos relacionados ao cigarro; influência das relações sociais no uso regular de cigarros.

As variáveis foram categorizadas segundo os quadros abaixo:

<b>Quadro 2 – Variáveis sociodemográficas</b>	
2.1 Idade	Em anos
2.2 Sexo	Masculino Feminino
2.3 Números de pessoas com quem mora	Total de indivíduos
2.4 Números de cômodos da casa onde mora	Total de cômodos
2.5 Com quem mora	Pai Mãe Irmãos Avô Avó Outros
2.6 Cor ou raça	Branca Preta Parda Amarela Indígena
2.7 Escolaridade Materna	Nunca estudou Fundamental incompleto Fundamental completo Médio incompleto Médio completo Superior incompleto Superior completo
2.8 Religião	Não tem religião Católica Evangélica Espírita Judaica Outra
2.9 Atividade remunerada	Não

	Sim Às vezes
2.10 Quanto tem, em média, para gastar em um período de 30 dias?	Valor total em reais
2.11 Classificação econômica segundo ABEP <sup>40</sup> , que utiliza um sistema de pontos atribuídos a posse de itens (televisão, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar roupa, videocassete ou DVD, geladeira e freezer) e grau de instrução do chefe de família.	Classe: A1 A2 B1 B2 C1 C2 D E

**Quadro 3 – Variáveis relacionadas à experimentação e uso regular de cigarros e outros produtos derivados do tabaco**

3.1 Já fumou cigarros alguma vez na vida, mesmo uma ou duas tragadas (Experimentação)?	Sim. Não.
3.2 Idade em que fumou seu primeiro cigarro.	Em anos.
3.3 Nos últimos trinta dias, usou outros produtos que contêm tabaco, sem ser cigarro?	Não. Sim: qual.
3.4 Considera-se fumante?	Sim, por quê. Não, por quê.
3.5 Nos últimos trinta dias, em quantos dias você fumou cigarros (Tabagismo Regular)?	Em dias.
3.6 Nos últimos trinta dias, nos dias em que fumou, quantos cigarros você fumou em média por dia?	Em dias.
3.7 Idade em que começou a fumar cigarros diariamente.	Em anos.

**Quadro 4 – Fatores culturais relacionados ao uso regular de cigarros.**

4.1 O que leva em consideração quando escolhe a marca de cigarros?	A que os amigos fumam. A que tem a propaganda mais bonita. A com imagens de propaganda com que você se identifica. A mais barata. A que tem o melhor sabor. Não leva em consideração nada.
4.2 Tipo de cigarro mais fuma?	Baixos teores. Teores regulares. De bali. Outro: qual?
4.3 Local em que fuma com mais frequência.	Casa. Escola. Trabalho. Casa de amigos. Eventos sociais. Locais públicos. Outros: qual?
4.4 Relação entre a ingestão de bebida alcoólica e o fumo (é mais provável que fume depois de ter ingerido bebidas alcoólicas).	Fuma menos. Fuma mais. Fuma a mesma quantidade. Fuma, mas nunca bebe.
4.5 Relação entre o uso de outras drogas e o fumo (maconha, solventes, cocaína etc.)	Fuma menos. Fuma mais. Fuma a mesma quantidade. Fuma, mas nunca usa outras drogas.
4.6 Os pais sabem que fuma?	O pai.

	A mãe. O pai e a mãe. Os pais não sabem. Não tem pais. Não sabe.
4.7 Os pais permitem que fume?	Sim. Não. Não sei.

#### Quadro 5 – Fatores culturais relacionados à cessação do uso regular do cigarro.

5.1 Deseja parar de fumar ?	Sim Não
5.2 Neste ano que passou, alguma vez tentou parar de fumar cigarros?	Sim Não
5.3 Qual foi a principal razão para decidir parar de fumar cigarros?	Para melhorar a saúde. Para economizar dinheiro. Porque a família não gosta. Porque os amigos não gostam. Outro: _____
5.4 Acha que consegue parar de fumar se quiser?	Sim. Não.
5.5 Já recebeu ajuda ou dica para parar de fumar?	Não. Sim, de um profissional de saúde. Sim, de um amigo. Sim, de um membro da família. Sim, de profissional de saúde e/ou amigos e/ou membros da família.

#### Quadro 6 – Formas de acesso ao cigarro

6.1 Como conseguiu seus próprios cigarros?	Comprei. Dei dinheiro para alguém comprá-los. Pedi a alguém. Peguei escondido. Uma pessoa mais velha me deu. Conseguí de outro modo: qual.
6.2 Onde costuma comprar os cigarros?	Não compro. Bar ou boteco. Padaria. Supermercado. Vendedor ambulante. Outro: qual.
6.3 Quanto paga, habitualmente, por maço de cigarros?	Em reais.
6.4 Nos últimos dias, quanto acha que gastou em cigarros?	Em reais.
6.5 Alguém se recusou a lhe vender cigarros em função da sua idade?	Sim. Não.
6.6 Algum representante de cigarros já lhe ofereceu cigarros gratuitamente?	Não. Sim.

**Quadro 7 – Atitudes e pensamentos relacionados ao cigarro**

7.1 Se um de seus melhores amigos lhe oferecer um cigarro, você aceita?	Com certeza, não. Provavelmente, não. Provavelmente, sim. Com certeza, sim. Explique por quê.
7.2 Acha que vai fumar um cigarro em qualquer dia nos próximos 12 meses?	Com certeza, não. Provavelmente, não. Provavelmente, sim. Com certeza, sim. Explique por quê.
7.3 Acha que estará fumando cigarros daqui a 5 anos?	Com certeza, não. Provavelmente, não. Provavelmente, sim. Com certeza, sim. Explique por quê.
7.4 Acha que rapazes/meninas que fumam têm menos ou mais amigos?	Mais amigos. Menos amigos. Nenhuma diferença dos não fumantes.
7.5 O cigarro faz com que as pessoas se sintam menos ou mais à vontade em comemorações, festas ou outras reuniões sociais?	Mais à vontade. Menos à vontade. Nenhuma diferença dos não fumantes.
7.6 Acha que fumar cigarros torna os rapazes/meninas menos ou mais atraentes?	Mais atraentes. Menos atraentes. Nenhuma diferença dos não fumantes.
7.7 O que pensa quando vê um homem/mulher fumando?	Não tem confiança em si. Não é inteligente. É um perdedor/perdedora. É um vencedor/vencedora. É corajoso/sofisticada. Não pensa nada.
7.8 Acha que os fumantes devem pedir permissão para fumar perto de outras pessoas?	Sim. Não.
7.9 Se alguém pedir permissão para fumar perto de você, você permite?	Sim. Não.

**Quadro 8 – Conhecimentos relacionados ao cigarro**

8.1 Acha difícil alguém parar de fumar depois de começar a fumar?	Com certeza, não. Provavelmente, não. Provavelmente, sim. Com certeza, sim. Explique por quê.
8.2 Acha que o cigarro faz ganhar ou perder peso?	Ganhar peso. Perder peso. Não faz diferença.
8.3 Acha que fumar cigarros é prejudicial à saúde?	Com certeza, não. Provavelmente, não. Provavelmente, sim. Com certeza, sim.
8.4 Acha que fumar durante um ou dois anos e após esse tempo abandonar o cigarro, pode acarretar algum problema de saúde?	Com certeza, não. Provavelmente, não. Provavelmente, sim. Com certeza, sim.
8.5 Pessoas que fumam cigarros com baixo teor de alcatrão e nicotina têm menos doenças do que aquelas que fumam cigarros com alto teor de	Verdadeiro. Falso.

alcatrão e nicotina.	
8.6 É muito difícil deixar de fumar porque a nicotina é uma droga que causa dependência.	Verdadeiro. Falso.
8.7 Você acha que a fumaça do cigarro dos outros lhe é prejudicial?	Com certeza, não. Provavelmente, não. Provavelmente, sim. Com certeza, sim.
8.8 Pessoas que nunca fumaram e que passaram anos respirando a fumaça de cigarros de outras pessoas podem morrer de várias doenças associadas ao cigarro.	Verdadeiro. Falso.
<b>Quadro 9 – Influência das relações sociais no uso regular de cigarros</b>	
9.1 Alguém da família fuma?	Não, ninguém da família fuma. Sim, pai. Sim, mãe. Sim, avô. Sim, avó. Sim, irmão/irmã. Outro: qual? _____
9.2 É permitido fumar dentro de casa?	Sim. Não.
9.3 Os amigos mais próximos fumam cigarros?	Nenhum. Alguns, quantos? _____ A maioria, quantos? _____ Todos.
9.4 Nos últimos sete dias, em quantos dias fumaram em sua casa, em sua presença?	Em dias.
9.5 Nos últimos sete dias, em quantos dias fumaram em sua presença, fora de casa?	Em dias.
9.6 Nos últimos trinta dias, quantas mensagens antitabagismo viu através dos meios de comunicação?	Muitas. Poucas. Nenhuma
9.7 Quando vê televisão, vídeos ou filmes, com que frequência vê atores fumando?	Muitas. Poucas. Nunca.
9.8 A família já falou a respeito dos danos causados pelo cigarro?	Sim. Não.
9.9 No último ano letivo, em alguma aula, falaram sobre: - Os perigos do cigarro. - As razões pelas quais pessoas da sua idade fumam?	Sim. Não. Não lembra.
9.10 Qual foi a última vez que o cigarro e a saúde foram tema de aula?	Nunca Há quantos semestres?
9.11 Realiza alguma atividade física fora do horário de aula?	Não. Sim, 1 ou 2 vezes por semana. Sim, 3 ou 4 vezes por semana. Sim, 5 ou mais vezes por semana.
9.12 Já experimentou bebida alcoólica alguma vez na vida?	Sim. Não.
9.13 Nos últimos 30 dias, em quantos dias consumiu bebida alcoólica?	Em dias.

---

## 5.10 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram compilados em bancos de dados informatizados no programa *Microsoft Office Excel*<sup>®</sup> 2007 e, posteriormente, transportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS*, versão 15, onde foram analisados de maneira descritiva, com construção de tabelas e gráficos, e realizados cálculos de medidas estatísticas.

A variável dependente do estudo foi o 'uso regular de cigarros'. O presente estudo utilizou a mesma definição para 'uso regular de cigarros' descrita nas principais pesquisas nacionais sobre a prevalência desse uso<sup>30-31</sup>, considerando-se como uso regular quando o indivíduo refere ter fumado cigarros, pelo menos, um dia, nos últimos trinta dias.

Para avaliar os fatores de risco para o uso regular de cigarros procedeu-se à análise univariada para se obter a razão de *Odds Ratio* (OR) com intervalo de confiança de 95%. Para a realização deste teste, foram selecionadas as variáveis independentes: sexo, idade, raça, classe social, escolaridade materna, religião, morar com o pai e a mãe, pais e/ou irmãos fumantes, amigos fumantes, experimentação de álcool, atividade física e atividade remunerada. Posteriormente, realizou-se a análise multivariada com o modelo de regressão logística por meio do método *stepwise forward*, utilizando-se as variáveis que apresentaram associação na análise univariada; foi aceito o modelo que melhor explicou o uso regular de cigarros, com nível de significância de 0,05.

Este cálculo estatístico permite avaliar a probabilidade do indivíduo vir a ser fumante, se exposto ao risco, em comparação ao não exposto. O modelo matemático da regressão logística, que permite a interpretação dos valores em termos de probabilidade de sucesso, comparada com a de fracasso, é representado pela equação logística<sup>41</sup>, conforme segue:

$$P(\text{evento}) = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2 + \dots + b_k X_{kt})}}$$

---

## 5.11 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados serão apresentados em forma de dois artigos.

O primeiro artigo aponta os dados de prevalência da experimentação e uso regular de cigarros e outros produtos derivados do tabaco, assim como, as atitudes relacionadas ao uso do cigarro, como acesso, dependência, cessação, entre outros.

O segundo artigo trata da identificação dos fatores de risco e de proteção para o uso do tabaco na adolescência. Foi investigada a associação do uso regular de cigarros às variáveis: sexo, idade, raça, classe social, escolaridade materna, religião, morar com o pai e a mãe, pais e/ou irmãos fumantes, amigos fumantes, experimentação de álcool, atividade física e atividade remunerada.

---

## *6. Resultados e discussão*

---

## *6.1 Artigo 1*

---

## 6.1 ARTIGO 1

- **Submetido ao Periódico: Revista da Escola de Enfermagem da USP**

### **Uso regular de produtos derivados do tabaco: hábitos e atitudes na adolescência**

**Adriana Henriques Ribeiro Menezes<sup>1</sup>, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli<sup>2</sup>;  
José Carlos Dalmas<sup>3</sup>, Isabel Cristina Scarinci<sup>4</sup>**

**Resumo:** Estudo epidemiológico transversal com 517 alunos entre 13 e 19 anos, do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas. Objetivou-se delinear o perfil dos adolescentes e levantar dados sobre experimentação de cigarros e uso de produtos derivados do tabaco. Para coleta de dados, utilizou-se questionário que foi aplicado em sala de aula. A experimentação de cigarro foi relevante (38,7%), sendo maior entre as meninas (52%). A idade mínima de experimentação foi de seis anos, com maior frequência entre 12 e 13 anos. O consumo de outros produtos derivados do tabaco chamou atenção (23,4%), incluindo cachimbo (1%), fumo de mascar (1%), cigarro de maconha (5%), com destaque para o narguilé (93%). O uso regular do cigarro foi de 8,9%, sendo 52,2% entre os meninos. A principal forma de aquisição foi a compra, e bares e padarias foram os principais locais de compra; 69,6% não foram impedidos de comprar cigarros. Ressalta-se a necessidade de ações de prevenção do uso de produtos derivados do tabaco.

**Descritores:** Epidemiologia. Consumo de produtos derivados do tabaco. Saúde do adolescente. Enfermagem.

### **Tobacco products use: Behaviors and attitudes among adolescents**

**Abstract:** Cross-sectional epidemiological study among 517 9th grade students between the ages of 13 and 19 attending public schools. The purpose of this study was to describe the demographic profile, tobacco use, and cigarette experimentation among adolescents. Data collection was performed through a self-report questionnaire that was administered in the school classrooms. Cigarette experimentation was a relevant finding (38.7%), and it was higher among girls as compared to boys (52%). The lowest reported experimentation age was six years, and its peak was between the ages of 12 and 13. Use of other tobacco products deserves mention (23.4%), which included: narguile (93%) followed by pipe (1%) and chewing tobacco (1%). Self-report of marijuana use was 5%. The prevalence of current cigarette smoking on a regular basis was 8.9% overall, with 52.2% being boys. The primary way of acquiring cigarettes was through buying them with local bakeries and bars the primary source; 69.9% were not barred from buying cigarettes. This study shows the importance of efforts to prevent the uptake of tobacco products.

**Key words:** Epidemiology. Consumption of tobacco products. Adolescent health. Nursing.

### **Uso regular de productos derivados del tabaco: hábitos y actitudes en la adolescencia**

**Resumen:** Estudio epidemiológico transversal realizado con 517 alumnos entre 13 y 19 años del 9º año de la enseñanza primaria de escuelas públicas. El objetivo fue delinear el perfil de

---

los adolescentes y levantar datos sobre la exposición y el uso de productos derivados del tabaco. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario en las salas de aula. El cigarrillo fue relevante (38,7%), mayormente en niñas (52%). La edad mínima fue seis años, con mayor frecuencia entre los 12 y 13 años. El consumo de otros productos derivados del tabaco llamó la atención (23,4%) incluyendo pipa (1%), tabaco de mascar (1%), marihuana (5%), destacándose el narguilé (93%). El uso regular del cigarrillo fue del 8,9%: el 52,2% eran niños. La principal forma de adquisición fue la compraventa, principalmente en bares y panaderías; el 69,6% no fue impedido de comprarlos. Se resalta la necesidad de acciones preventivas para el uso de productos derivados del tabaco.

**Descriptor:** Epidemiología. Consumo de productos derivados del tabaco. Salud del adolescente. Enfermería.

## **Introdução**

Algumas dificuldades vividas pelos adolescentes, como o distanciamento dos pais em busca de autonomia; a cobrança da sociedade e da família para se tornarem adultos; as necessidades inerentes ao processo de desenvolvimento; a vulnerabilidade desta população; a heterogeneidade dos fatores de vulnerabilidade nos espaços geográficos; as desigualdades sociais e a dificuldade de acesso a informações e aos serviços oferecidos, influenciam o seu processo de crescimento e amadurecimento e se refletem nos dados de morbimortalidade<sup>1</sup>.

Este contexto, que se caracteriza como uma situação de pressão social, somado às transformações ocorridas na adolescência, pode desencadear um intenso estresse e, conseqüentemente, levar alguns jovens a procurar adiantar esta etapa, assumindo atitudes que consideram específicas de adultos, dentre elas, o ato de fumar<sup>2</sup>.

Segundo dados da OMS, todos os dias, quase 100 mil crianças e adolescentes iniciam o hábito de fumar<sup>3</sup>. Um Estudo Global do Tabagismo entre os Jovens, realizado em 46 países, divulgou um quadro preocupante de dependência prematura. No Brasil, este estudo, denominado VIGESCOLA, *Vigilância de tabagismo em escolares*<sup>4</sup>, foi realizado nos anos de 2002 e 2003. Ao questionar adolescentes de 12 capitais brasileiras, o estudo apontou uma prevalência de experimentação de 36 e 58%, entre escolares do sexo masculino, e de 31 a 55%, entre os do sexo feminino; o consumo regular de produtos derivados de tabaco girou em torno de 11 a 27%, entre estudantes do sexo masculino, e de 9 a 24%, entre os do sexo feminino. Sabe-se que 75% dos adolescentes fumantes mantêm o hábito quando adultos<sup>2,3</sup>.

Destaca-se que o uso do tabaco, na adolescência, constitui porta de entrada para outras drogas, como álcool, maconha e cocaína, e que as conseqüências deste, ao longo do tempo, são maiores e mais graves quando iniciado precocemente<sup>2</sup>. O uso tanto do tabaco

---

como de outras drogas interfere, negativamente, nas condições de saúde e na qualidade de vida dos jovens, o que aponta para a necessidade de realização de ações de proteção, prevenção e acolhimento<sup>5</sup>.

Percebe-se que os serviços de saúde apresentam fragilidades no que diz respeito à implementação da política de saúde do adolescente e que, por sua vez, os profissionais de saúde desconhecem a necessidade de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento desses indivíduos, como forma de prevenção de situações e comportamentos de risco para a ocorrência de agravos ou doenças, no presente ou no futuro<sup>1</sup>.

Por apresentar características específicas, a fase da adolescência requer a elaboração de estratégias sistemáticas e efetivas, em especial, no que diz respeito ao uso do tabaco, pois este influencia os dados de morbimortalidade por doenças não transmissíveis. No intuito de contribuir para a elaboração destas ações, este estudo teve como objetivo delinear o perfil epidemiológico de adolescentes e levantar dados sobre experimentação de cigarros e uso regular de produtos derivados do tabaco. Foram analisadas variáveis como: idade de início do hábito e consumo diário de cigarros, formas de acesso, tipo de cigarro consumido e intenção de cessação.

Entende-se que estas informações são essenciais para se compreender os riscos e as consequências do uso do tabaco para a saúde dessa população. Neste contexto, os resultados desta pesquisa fornecem subsídios à enfermagem para a inclusão do adolescente em seu processo de trabalho, por meio da garantia ao atendimento integral e da possibilidade de intervenção em face da detecção de situações de risco.

## **Método**

Este estudo epidemiológico transversal foi desenvolvido no ano de 2011, em escolas públicas estaduais da região urbana do município de Londrina-PR, Brasil, com alunos do 9<sup>a</sup> ano do ensino fundamental, matriculados no período diurno.

A escolha desta série escolar teve como referência um importante estudo nacional<sup>31</sup> e o fato de que a maioria dos alunos se encontrava com idades entre 13 e 15 anos, fase em que já há melhor capacidade cognitiva, o que possibilitou o preenchimento adequado do instrumento de coleta de dados; além disso, nesta faixa etária, os adolescentes encontram-se expostos a diversos fatores de risco para o uso do tabaco.

A representatividade da população foi garantida por meio de amostragem probabilística estratificada. Para a seleção dos elementos da amostra, foi realizada uma

---

primeira estratificação que levantou a porcentagem total de alunos matriculados por região geográfica do município. Posteriormente, realizou-se a segunda estratificação, que correspondeu ao levantamento da porcentagem das escolas públicas estaduais por região geográfica. Em seguida, procedeu-se o cálculo da amostra proporcional tanto de alunos quanto de escolas a serem incluídos no estudo. O tamanho da amostra foi calculado considerando-se um nível de significância de 95% e uma margem de erro de 5%. Foram sorteadas 19 escolas pertencentes às cinco regiões geográficas e selecionadas, aleatoriamente, as turmas participantes, que compuseram uma amostra de 600 alunos. Destes, 83 foram excluídos; 76 por não concordarem em participar da pesquisa e sete por responderem incorretamente o instrumento de coleta de dados, o que significou perda de 14%, resultando em uma amostra final de 517 estudantes.

A pesquisa atendeu aos aspectos éticos e legais preconizados pela Resolução nº 196/96 do Conselho nacional de Saúde, recebendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL) sob CAAE nº 0259.0.268.000-10. Participaram todos os alunos que, após convite, apresentaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devidamente assinado por eles e/ou seus responsáveis.

O instrumento de coleta de dados foi baseado no estudo VIGESCOLA<sup>4</sup>, adaptado aos objetivos desta pesquisa e aplicado a todos os alunos presentes em sala de aula no dia agendado. O questionário foi construído de forma a resgatar variáveis independentes que poderiam interferir na variável dependente, que, neste estudo, foi ‘uso regular de produtos derivados do tabaco’.

As variáveis independentes levantadas foram: sociodemográficas; experimentação do cigarro, entendida como relato de já ter fumado cigarro alguma vez na vida, mesmo que apenas uma ou duas tragadas<sup>4,7</sup>; uso regular de cigarros, definido como relato de ter fumado cigarros pelo menos um dia nos últimos trinta dias<sup>4,7</sup>; fatores relacionados ao uso de produtos derivados de tabaco; e formas de acesso ao cigarro.

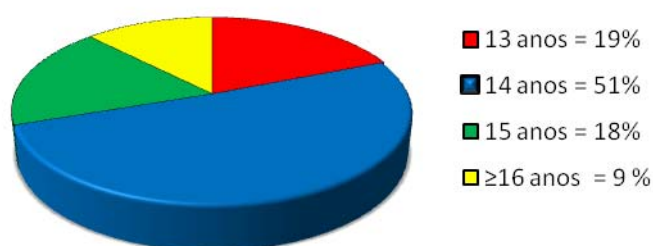
Os dados foram, inicialmente, organizados no programa *Microsoft Office Excel*<sup>®</sup> 2007 e, posteriormente, transportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS*, versão 15. Os resultados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas, o que possibilitou uma análise descritiva e a comparação com a literatura pertinente.

---

## Resultados

O presente estudo foi realizado com um total de 517 estudantes [51% (n=265) do sexo feminino e 49% (n=252) do masculino], entre 13 e 19 anos, sendo a maioria (87%, n=451) com idade igual ou menor a 15 anos (Gráfico 1). A distribuição segundo as classes sociais<sup>6</sup> apontou 4,6% (n=24) das classes A1 e A2; 19,4% (n=100) da B1; 43,3% (n=224) da B2; 24% (n=124) da C1; 7,7% (n=40) da C2; e 1% (n=5) das classes D e E. A raça branca foi predominante (50,7%, n=262); seguida da raça parda (37,9%, n=195).

**Figura 1** – Distribuição da população do estudo, segundo idade. Londrina – PR, 2011



Houve prevalência de 38,7% (n=200) de adolescentes que mencionaram ter experimentado cigarros, com número um pouco maior entre as meninas (52%, n=104) do que entre os meninos (48%, n=96). A idade mínima de experimentação relatada foi de seis anos, e a maior frequência ocorreu entre as idades de 12 (33%; n = 66) e 13 (25%; n=50) anos (Tabela 1).

**Tabela 1** - Distribuição dos adolescentes que relataram experimentação de cigarros\*, segundo gênero, faixa etária, uso regular de cigarros e idade de experimentação. Londrina, PR - 2011.

Variáveis	Masculino	Feminino	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Faixa etária			
13	15 (15,6)	12 (11,5)	27 (13,5)
14	40 (41,7)	58 (55,8)	98 (49,0)
15	22 (22,9)	16 (15,4)	38 (19,0)
16 ou mais	19 (19,8)	18 (17,3)	37 (18,5)
Uso regular de cigarros			
Sim	24 (25,0)	22 (21,2)	46 (23,0)
Não	72 (75,0)	82 (78,8)	154 (77,0)
Idade de experimentação			
< 10 anos	11 (11,4)	08 (7,7)	19 (9,5)
10 a 13 anos	69 (71,9)	83 (79,8)	152 (76,0)
14 a 15 anos	16 (16,7)	11 (10,6)	27 (13,5)
> 15 anos	00 (0,0)	02 (1,9)	02 (1,0)

Neste estudo, 8,9% (n=46) dos alunos informaram ter consumido cigarros nos últimos 30 dias, sendo 52% (n=24) meninos e 48% (n=22) meninas. Entretanto, ressaltase que, quando questionados se entendiam-se como fumantes, apenas 39% (n=18) dos que indicaram consumir cigarros nos últimos 30 dias assinalaram a opção sim e 61% (n=28) não se consideraram fumantes. Observou-se que, dos 200 adolescentes que experimentaram cigarro alguma vez na vida, quase um quarto (23%) manteve-se fumante regular (Tabela 1). A idade em que estes adolescentes se tornaram fumantes regulares foi informada por 57% (n=26) e variou entre 10 e 16 anos; a maior frequência foi aos 13 anos de idade (27%, n=7).

\* Relato de ter experimentado cigarro alguma vez na vida. N = 200.

O consumo de outros produtos derivados do tabaco, nos últimos 30 dias, foi informado por 23,4% (n=121) dos adolescentes; destes, 22,3% (n=27) também eram fumantes regulares de cigarro. O narguilé foi o produto mais utilizado (93%, n=113); 5% (n=6) referiram ter feito uso de cigarro de maconha; 1% (n=1), de cachimbo; e 1% (n=1), de fumo de mascar.

Os locais onde esses adolescentes costumavam fumar cigarros, em sua maioria, foram: os ambientes públicos (33%; n=15), como ruas e praças; na escola (23%;

---

n=11), espaço onde é proibido fumar; 23% (n=11) costumavam fumar na casa dos amigos; e 21% (n=9) fumavam em outros locais, como trabalho, eventos sociais ou cursos.

A principal forma de aquisição do cigarro foi a compra pelo próprio adolescente (54%; n=25) seguida dos que pediam para outras pessoas (15%; n=7). Os locais com maior frequência de compra foram: bares (57%; n=26); padarias (15%, n= 7); posto de gasolina (11%; n=5); e lojas de conveniência, vendedores ambulantes, mercados e tabacarias 17% (n=8). Ressalta-se que 69,6% (n=32) dos adolescentes menores de 18 anos não foram impedidos de comprar cigarros nesses estabelecimentos.

Quando questionados sobre o que levam em consideração quando compram seus cigarros, 33% (n=15) relataram não se importar com a marca; 11% (n=5) compravam o mesmo que os amigos fumavam; 2% (n=1) a marca mais barata; e 54% (n=25) escolhiam a marca com melhor sabor. O tipo de cigarro mais fumado foi o regular (48%; n=22); seguido do com sabor (28%; n=13); e do *light* (24%; n=11).

Quanto ao número de dias que fumaram nos últimos trinta dias, mais da metade (54%; n=25) relatou ter fumado até cinco dias; e 18% (n=8) fumaram entre 28 e trinta dias neste período.

A dependência da nicotina, nestes adolescentes, foi avaliada questionando-se: o desejo de fumar ao acordar; quanto tempo após acordar fazia uso do primeiro cigarro; e o número de cigarros fumados por dia, que variou de 1 a 20 unidades. A maioria (65%) informou ter consumido três ou menos cigarros/dia; 50% (n=23) dos fumantes referiram não sentir vontade de fumar quando acordavam; 34,8% (n=16), eventualmente, sentiam; e 15,2% (n=7) sempre sentiam vontade de fumar quando acordavam. Observou-se que 73,9% (n=34) fumavam após a primeira hora do dia, o que demonstrou que estes adolescentes apresentavam poucas características de dependência da nicotina (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição dos adolescentes que relataram uso regular de cigarros\*, segundo características relacionadas à dependência da nicotina. Londrina, PR - 2011.

Variáveis	n	%
Tempo que demora para acender o primeiro cigarro do dia		
≤ 5 minutos	01	2,2
Entre 6 e 30 minutos	06	13,0
Entre 31 e 60 minutos	05	10,9
Após 60 minutos	34	73,9
Número de cigarros fumados por dia		
≤ 10 unidades	40	86,9
De 11 a 20	06	13,1
De 21 a 30	00	0,0
Mais de 31	00	0,0
Vontade de fumar quando acorda		
Não	23	50,0
Sim, às vezes	16	34,8
Sim	07	15,2

\*Relato de ter consumido pelo menos um cigarro nos últimos 30 dias. N = 45.

A intenção de cessação do hábito de fumar foi positiva para 61% (n=28) dos alunos fumantes e 59% (n=27) tentou parar de fumar no último ano. As principais motivações para o abandono do cigarro foram: a saúde (56%; n=26) e a família (22%; n=10). Para 22%, (n=10) outros motivos, como a economia de dinheiro, a não aceitação dos amigos, parentes e namorados ou a religião, influenciaram esta atitude. Entre os alunos fumantes pesquisados, 91% (n=42) acreditavam que conseguiriam parar de fumar se quisessem, sendo que 35% (n=16) informaram já ter recebido orientações de um profissional de saúde para parar de fumar e apenas 5% (n=2) foram aconselhados pela família. Ressalta-se que 45% (n=21) nunca receberam nenhuma orientação que os ajudasse a cessar o hábito de fumar.

Os pais de 54% (n=25) dos adolescentes que fumam desconheciam este hábito dos filhos; 31% (n=14) tinham conhecimento; 13% (n=6) dos alunos não sabiam sobre a ciência dos pais; e 2% (n=1) não tinham pais. A maioria dos pais dos alunos fumantes (67%; n=31) não permitia o uso do cigarro pelos filhos e 26% (n=12) não sabiam se os pais aprovariam o ato de fumar.

---

## Discussão

A análise dos dados apresentados mostra que a experimentação do cigarro, neste estudo, foi elevada (38,7%) e ocorreu antes dos 13 anos de idade para mais da metade (58%) dos adolescentes. Esta percentagem foi maior do que a encontrada em outros estudos<sup>8-10</sup>. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)<sup>7</sup>, realizada em 26 capitais brasileiras, no ano de 2009, identificou prevalência de 24% de experimentação. Entretanto, outros estudos<sup>11-14</sup> corroboram os dados encontrados nesta pesquisa e apontam que o alto índice de experimentação é um importante problema, por constituir fator de risco para o uso regular do tabaco. Estudo<sup>11</sup> realizado em 2002, em uma capital da região sul do Brasil, apresentou valor próximo ao encontrado na presente pesquisa (41,6%).

Neste estudo, observou-se que quase um quarto (23%) dos adolescentes que experimentaram cigarros acabaram se tornando fumantes regulares. O consumo regular de cigarros, identificado entre os adolescentes/sujeitos desta pesquisa (8,9%; n=46), foi menor do que o encontrado no estudo VIGESCOLA<sup>4</sup>, cuja prevalência foi de 10,0% em Vitória, capital do Estado do Espírito Santo; e de 22,1% no município de Fortaleza, Ceará. Outros estudos<sup>8,14</sup> apresentaram, porém, prevalência menor. Na PeNSE<sup>7</sup> este índice foi de 6,3%, no entanto, os números aumentaram com a idade, chegando a 14,4% entre os estudantes com 16 anos ou mais. Entre os sexos, estes percentuais foram semelhantes, assim como em outros estudos nacionais<sup>7-8</sup>. Estes dados confirmam outros estudos que apontam queda da prevalência do uso regular de produtos derivados do tabaco em todo país, no entanto, os números demonstram diferenças entre as regiões geográficas e entre os grupos de idade, o que sugere a adoção de medidas de controle voltadas às diferentes populações e às diversas realidades locais<sup>4,7,14</sup>.

A idade em que os adolescentes tiveram seu primeiro contato com o cigarro foi muito precoce, assim como, a idade em que iniciaram o uso regular de produtos derivados do tabaco. A maioria dos estudos que levantou as idades de início do uso do tabaco apresentou resultados semelhantes, ou seja, que o contato com o tabaco ocorre muito precocemente, ainda no início da adolescência, período de maior vulnerabilidade para adoção de comportamentos de risco<sup>9,16-17</sup>. Sabe-se que, em crianças e adolescentes, os danos causados pelo tabaco podem desencadear reações imediatas, como asma, rinite ou pneumonias, e que, quanto mais cedo ocorre o uso, maiores serão as complicações futuras, o que evidencia a importância da intensificação do trabalho preventivo junto a essa população<sup>18-19</sup>.

A utilização de outros produtos que continham tabaco pela população estudada foi, acentuadamente, elevada. Dentre os produtos utilizados, destaca-se o narguilé,

---

usado com mais frequência, provavelmente, por se desconhecer as substâncias nele contidas e os danos causados em decorrência do seu uso. Este dado foi semelhante ao do estudo que utilizou dados provenientes do VIGESCOLA<sup>4</sup> e apontou alta prevalência de consumo de outros produtos do tabaco, principalmente do narguilé<sup>20</sup>.

Originário da Índia, atualmente, o narguilé popularizou-se nos países ocidentais, dentre eles, o Brasil, e vem sendo consumido, principalmente, pelos jovens, razão de preocupação para a saúde pública, pois as quantidades tanto das substâncias que compõem este produto quanto das inaladas são ainda maiores que as do cigarro<sup>21</sup>. Estudos sobre as formas não habituais do tabaco<sup>21</sup> apresentam algumas informações alarmantes sobre o narguilé. O conteúdo estimado de nicotina encontrado no narguilé é de 2% a 4%, enquanto o do cigarro é de 1% a 3%; o percentual de monóxido de carbono presente na fumaça do narguilé é maior que o do cigarro e ainda é acrescido pela queima do carvão utilizado nesta modalidade; o período de exposição à fumaça é maior em uma sessão de narguilé do que quando se fuma cigarros. Uma sessão de narguilé equivale ao consumo de, aproximadamente, 100 cigarros<sup>21</sup>.

A compra pelo próprio adolescente foi a principal forma de aquisição do cigarro identificada no presente estudo, e a maioria, entre os menores de 18 anos, não foi impedida de comprá-lo devido à sua idade. Uma pesquisa de Pinto e Ribeiro<sup>13</sup> apresentou resultados semelhantes. Diversas são as leis que visam à proteção da população adolescente, como referência, pode-se citar a Lei N.º 8.069, de 13 de julho de 1990, artigo 81, do Estatuto da Criança e do Adolescente, que proíbe vender, fornecer ou entregar a crianças ou a adolescentes produtos que possam causar dependência física ou psíquica. A Lei N.º 10.702, de 14 de julho de 2003, proíbe a venda a menores de 18 anos de produtos derivados do tabaco; a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N.º 335, de 21 de novembro de 2003, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em seu 9º. Artigo, proíbe o uso de frases como "Somente para adultos" ou "Produto para maiores de 18 anos", devido ao seu duplo sentido, e estabelece que todas as embalagens dos produtos fumígenos derivados do tabaco deverão apresentar a seguinte frase "Venda proibida a menores de 18 anos - Lei 8.069/1990 e Lei 10.702/2003"<sup>22-23</sup>.

Os dados encontrados nesta pesquisa refletem as fragilidades destas leis e apontam para a necessidade de se incrementar ações de fiscalização e conscientização dos estabelecimentos que vendem cigarros, principalmente, dos bares, padarias e postos de gasolina, por serem estes os locais de compra preferenciais dos adolescentes.

---

A escolha da marca do cigarro está relacionada a alguns fatores. Neste estudo, observou-se que um terço dos adolescentes referiu não se importar com a marca, isso demonstra que os mesmos não estavam sendo influenciados pela publicidade, entretanto, a oferta de produtos alternativos e cigarros com sabores tem relevância, pois mais da metade (54%) dava preferência a cigarros com melhor sabor. Ressalta-se que 28% e 24% dos adolescentes entrevistados consumiam os cigarros com sabores ou *light*, respectivamente.

Estudo apontou dado semelhante sobre o uso de cigarros *light*<sup>24</sup>. Rosenberg<sup>25</sup> apresenta resultados de diversas pesquisas sobre cigarros de baixos teores de nicotina os quais apontam que, além destes não diminuïrem os riscos de adoecimento, levam o indivíduo a aumentar o número de cigarros fumados por dia para compensar a redução da nicotina. Outro achado deste autor foi que, para aumentar o consumo de cigarros e atrair os adolescentes, a indústria de tabaco acrescenta aditivos para melhorar o odor e o sabor, porém, vários destes são hepatotóxicos ou cancerígenos, quando queimados, e muitos outros não tiveram sua toxidez estudada.

A indústria tabaqueira tem conhecimento deste perfil de consumo dos jovens e, assim, investe pesadamente em *Marketing*, passando a ideia de que estes produtos não são nocivos<sup>25-26</sup>. Diante deste contexto, com o intuito de reduzir a iniciação do uso de tabaco, principalmente entre os jovens, a ANVISA publicou, em março de 2012, a RDC 14/2012, que restringe o uso de aditivos em produtos derivados de tabaco em território brasileiro<sup>27</sup>.

Comprar a mesma marca que os amigos usam também foi fator de influência na escolha do cigarro. A adolescência é caracterizada pela busca crescente de independência dos pais e familiares e construção de identidade com o fortalecimento do relacionamento com os amigos. Muitas vezes, para ser aceito pelo grupo, o adolescente procura reproduzir os comportamentos e atitudes de seus amigos, como consumir álcool e tabaco. Estudos identificaram uma estreita relação entre o ato de fumar e a aceitação e permanência do jovem em determinados grupos sociais<sup>8,28</sup>.

Um estudo realizado na cidade do Porto, Portugal, apontou a escola como o local de maior frequência para o consumo do tabaco<sup>10</sup>. Na presente pesquisa, a escola foi o segundo local mais citado, juntamente com a casa de amigos, atrás apenas dos locais públicos. Este fato merece especial atenção, principalmente, em relação à escola, espaço onde é proibido fumar, mas esta prática ocorre, o que reflete a necessidade de ações em educação, entre os serviços de saúde e escola, mas que também envolvam a família.

---

Quanto ao número de dias que fumaram nos últimos trinta dias que antecederam a coleta dos dados, observou-se que a maioria fumava ocasionalmente, o que confirma dados levantados por outras pesquisas, que identificaram grande porcentagem dos adolescentes fumantes que não utilizavam cigarros diariamente<sup>10,16</sup>. Entretanto, um estudo<sup>29</sup> que avaliou os sintomas de dependência da nicotina, observou que os adolescentes apresentavam alguns destes sintomas mesmo sem fumar diariamente, ou seja, a dependência da nicotina não depende do uso diário de tabaco.

Para avaliar o grau de dependência da nicotina, as diretrizes de tratamento ao fumante sugerem a realização do Teste de Fagerstrom<sup>30</sup>. Este teste consiste em uma avaliação composta por seis questões e a cada alternativa é atribuída uma pontuação; a soma dos pontos classifica a dependência como: muito baixa, baixa, média, elevada e muito elevada. As duas principais perguntas deste teste foram incluídas no presente estudo, para verificar os níveis de dependência dos adolescentes pesquisados. Observou-se que a maioria apresentava características como: baixo número de cigarros fumados por dia e fumar o primeiro cigarro do dia após a primeira hora do dia, que sugerem baixo grau de dependência neste grupo. Estes dados foram semelhantes aos encontrados em outros estudos que também identificaram baixo nível de dependência à nicotina na maioria dos jovens e baixo consumo diário de cigarros<sup>16,24</sup>, porém, deve-se ressaltar que, mesmo em pequenas quantidades, a nicotina, devido a seus fatores farmacológicos, provoca tolerância e dependência, de modo progressivo, crônico e recorrente, constituindo um importante fator de risco para os diferentes tipos de doenças relacionadas ao tabaco<sup>30,31</sup>.

O desejo de cessação do uso de cigarros, levantado neste estudo, corrobora a literatura, que aponta um elevado índice de fumantes que anseiam e procuram abandonar o hábito<sup>4,24,32</sup>. A saúde foi o principal motivo elencado para o desejo de abandono do cigarro, seguido da família.

A Pesquisa Nacional por Domicílios de 2008 (PNAD)<sup>32</sup> identificou que 45,6% dos pesquisados tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, e que 52,1% pensavam em parar no momento da pesquisa. Ficou evidente, no presente estudo, que os adolescentes desconheciam as dificuldades que o fumante enfrenta quando deseja parar de fumar, pois 91% acreditavam que conseguiriam parar se tentassem. O uso do cigarro está relacionado não só à dependência química causada pela nicotina, mas também à dependência psicológica e comportamental, o que requer abordagens específicas para a obtenção de resultados positivos na cessação do uso do tabaco<sup>30,33</sup>.

---

Os resultados deste estudo apontam algumas fragilidades na relação do adolescente com a família, pois o hábito ocorreu mesmo sem a permissão da maioria dos pais dos alunos fumantes. Observou-se, também, que poucos foram orientados pela família sobre o abandono do cigarro, talvez porque a maior parte dos pais desconhecia o hábito de fumar dos filhos. A família possui papel essencial no desenvolvimento do indivíduo, porém, sabe-se que, na fase da adolescência, ocorre um distanciamento entre os pais ou responsáveis e o adolescente, o que torna as relações familiares mais distantes e, às vezes, conflituosas. Entretanto, aspectos inerentes a esta fase precisam ser compreendidos e trabalhados pelos pais, para que possam garantir o estabelecimento da função familiar, proporcionar segurança e equilíbrio e esclarecer os limites a seus filhos<sup>34</sup>.

Pode-se considerar como fator limitador do estudo o fato de o mesmo ter sido realizado em escolas públicas, com alunos do 9º ano do período diurno, pois outros dados poderiam ser encontrados caso a população do estudo incluísse adolescentes de escolas privadas, do período noturno e de outras séries escolares.

## **Conclusão**

Entre os adolescentes avaliados, a frequência de experimentação de cigarros foi elevada (38,7%), assim como, o uso regular (8,9%). Observou-se que os adolescentes dão preferência a cigarros com melhores sabores (54%); além dos cigarros, os adolescentes têm consumido outros produtos derivados do tabaco (23,4%), principalmente, o narguilé, uma recente preocupação para a saúde pública, pois este é mais nocivo do que o cigarro.

A facilidade de acesso, identificada neste estudo, foi evidente, o que converge para a necessidade de incremento na fiscalização e de conscientização dos estabelecimentos que vendem cigarros.

Uma vez que o uso de produtos derivados do tabaco irá repercutir nos dados de morbimortalidade por doenças relacionadas, faz-se necessário identificar os motivos que influenciam o uso do tabaco e estabelecer prioridades de ação, bem como, estratégias que envolvam as escolas, a família e outras entidades sociais, em busca da redução de riscos potenciais. Da mesma forma, os profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros, precisam mudar seu olhar sobre a saúde do adolescente e compreender os aspectos fazem deste um indivíduo com características e necessidades específicas, com o objetivo de aprimorar as ações de enfrentamento dos indicadores locais.

---

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p.
2. Scivoletto S. **Abordagem de populações especiais:** adolescentes. In: Gigliotti AP, Presman S, editores. Atualização no tratamento do tabagismo. 1. ed. Rio de Janeiro: Copyright ABP – Saúde; 2006 p 135-145.
3. Cinpricini PM, et al. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. *Journal of the National Cancer Institute*, v. 89, n. 24, dec. 1997.
4. Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção a Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância.** Vigescola: Vigilância de tabagismo em escolares, dados e fatos em 12 capitais brasileiras. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro, 2004. 32p.
5. Silva CS; Ramos BEO; Kobel JL; Neves MBP; Guerra AB; Santos MLM; et al. Escola promotora de Saúde: uma nova forma de fazer saúde escolar. In: Lopez FA, Campos-Júnior D, (Org.) **Tratado de Pediatria:** Sociedade Brasileira de Pediatria. 1. ed. Barueri, SP: Manole; 2007. p. 171-198.
6. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. CCEB 2009 - **Critério de Classificação Econômica Brasil.** Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302> Acesso 23 mar. 2012.
7. Barreto SM; Giatti L; Casado L; Moura L; Crespo C; Malta DC. Exposição ao tabagismo entre escolares no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva** 2010; 15(Supl. 2): 3027-3034.
8. Vieira PC; Aerts DRGC; Freddo SL; Bittencourt A; Monteiro L. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro 2008; 24(11): 2487-2498.
9. Machado Neto AS; Andrade TM; Napoli C; Abdon LCSL; Garcia MR; Bastos FI. Determinantes da experimentação do cigarro e do início precoce do tabagismo entre adolescentes escolares em Salvador (BA). **Jornal Brasileiro de Pneumologia.** 2010; 36(6): 674-682.
10. Fraga S; Ramos E; Barros H. Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. **Revista Saúde Pública**, 2006; 40(4): 620-626.
11. Cordeiro EAK; Kupek E; Martini JG. Prevalência do tabagismo entre escolares de Florianópolis, SC, Brasil e as contribuições da enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília 2010; 63(5): 706-711.

- 
12. Silva MP; Silva RMVG; Botelho C. Fatores associados à experimentação do cigarro em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 2008; 34(11): 927-935.
  13. Pinto DS, Ribeiro AS. Variáveis relacionadas à iniciação do tabagismo entre estudantes do ensino médio de escola pública e particular na cidade de Belém – PA. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 2007; 33(5): 558-564.
  14. Silva MAM, Rivera IR, Carvalho ACC, Guerra-Júnior AH, Moreira TCA. Prevalência e variáveis associadas ao hábito de fumar em crianças e adolescentes. **J. Pediatr.** 2006; 82(5): 365-370.
  15. Zanini RR, Moraes AB, Trindade ACA, Riboldi J, Medeiros LR. Prevalência e fatores associados ao consumo de cigarros entre estudantes de escolas estaduais do ensino médio de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2002. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro 2006, 22(8): 1619-1627.
  16. Costa MCO, Alves MVQM, Santos CAST, Carvalho RC, Souza KEP, Sousa HL. Experimentação e uso regular de bebidas alcoólicas, cigarros e outras substâncias psicoativas/SPA na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2007; 12(5): 1143-1154.
  17. Oliveira HF, Martins LC, Reato LFN, Akerman. Fatores de risco para uso do tabaco em adolescentes de duas escolas do município de Santo André, São Paulo. **Revista Paulistana Pediatria**, 2010; 28(2): 200-207.
  18. Gonçalves-Silva RMV, Valente JG, Lemos-Santos MGF, Sichieri R. Tabagismo no domicílio e doença respiratória em crianças menores de cinco anos. **Caderno Saúde Pública**. 2006; 22(3): 579-586.
  19. Oliveira AF, Valente JG, Leite IC. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. **Revista Saúde Pública**. 2008; 42(2): 335-345.
  20. Szklo AS, Sampaio MMA, Fernandes EM, Almeida LM. Perfil de consumo de outros produtos de tabaco fumado entre estudantes de três cidades brasileiras: há motivo de preocupação?. **Caderno Saúde Pública**. 2011; 27(11): 2271-2275.
  21. Viegas CAA. Formas não habituais de uso do tabaco. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 2008; 34(12): 1069-1073.
  22. Hallal ALL. **Fatores associados ao tabagismo em escolares da Região Sul do Brasil** (Tese) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; São Paulo 2008.
  23. Albanesi-Filho FM. A legislação e o fumo. **Arquivos Brasileiros Cardiologia**. 2004; 82(5): 407-408.
  24. Almeida AF, Mussi FC. Tabagismo: conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador. **Revista da Escola Enfermagem USP** 2006; 40(4): 456-463.

- 
25. Rosemberg J; Rosemberg AMFA; Moraes MA. **Nicotina:** droga universal. São Paulo: Secretaria da Saúde, Centro de Vigilância Epidemiológica, 2003.
  26. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. INCA - **Jovens e mulheres na mira da indústria do tabaco.** Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=namira.htm>> Acesso em 10 abr 2012.
  27. Brasil. RDC n. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 53, 16 mar. 2012. Seção I, p176. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=16/03/2012&jornal=1&pagina=176&totalArquivos=280>> Acesso em: 10 abr 2012.
  28. Abreu MNS, Caiaffa WT. Influência do entorno familiar e do grupo social no tabagismo entre jovens brasileiros de 15 a 24 anos. **Revista Panamericana Salud Publica.** 2011; 30(1): 22-30.
  29. DiFranza JR; Rigotti NA; McNeill AD; Ockene JK; Savageau JA; St Cyr D; Coleman M. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. **Tab Control** 2000; 9(3):313-319.
  30. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001**, Rio de Janeiro: INCA, 2001.
  31. Balbani APS, Montovani JC. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Revista Brasileira Otorrinolaringol**, 2005; 71(6): 820-827.
  32. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD). **Tabagismo**, 2008. Rio de Janeiro, 2009.
  33. Reichert J; Araújo AJ; Gonçalves CC; Godoy I; Chatkin JM; Sales MPU; et al. Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. **Jornal Brasileiro Pneumologia.** 2008; 34(10): 845-880.
  34. Wagner A; Falcke D; Silveira LMBO; Mosmann CP. A comunicação em famílias com filhos adolescentes. **Psicologia em Estudo.** 2002; 7(1), 75-80.

---

---

## *6.2 Artigo 2*

---

---

---

---

---

## 6.2 ARTIGO 2

- **Submetido ao Periódico: Cadernos de Saúde Pública**

### **Fatores de risco e de proteção para o uso regular de cigarros na adolescência**

**Adriana Henriques Ribeiro Menezes<sup>1</sup>, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli<sup>2</sup>, José Carlos Dalmas<sup>3</sup>, Isabel Cristina Scarinci<sup>4</sup>**

**Resumo:** Este estudo epidemiológico transversal teve como objetivo identificar fatores de risco e proteção para o uso regular de cigarros por adolescentes. O estudo utilizou um questionário estruturado como instrumento de coleta de dados para analisar variáveis sociodemográficas, relações sociais, comportamentos de risco e proteção à saúde. Participaram 517 alunos do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas. Relataram uso de cigarros pelo menos um dia nos últimos trinta dias 8,9%. Fatores como escolaridade materna e experimentação de álcool estiveram associados ao uso do cigarro somente na análise univariada; na multivariada, permaneceram associados a idade  $\geq 15$  anos e possuir amigos fumantes. Sexo, raça, classe social, morar com pai e mãe, religião, atividade física e atividade remunerada não apresentaram significância estatística. Estes dados podem subsidiar a elaboração de estratégias junto aos jovens no início da adolescência e indicam a necessidade de realização de parcerias, principalmente, com escolas, visando a melhorar os indicadores de saúde.

**Descritores:** Fatores de risco. Tabaco. Estudantes. Adolescente. Saúde do adolescente.

### **Risk factors and protective for the regular use of cigarettes in adolescence**

**Abstract:** This cross-sectional epidemiological study aimed at identify in risk and protective factors for the regular use of cigarettes among adolescents. We used a structured questionnaire to collect data which included sociodemographic, social relationships, health risk and protective behaviors. A total of 517 students attending the 9th grade in public elementary schools. Participated in the study, 8,9% reported using cigarettes at least one day in the last thirty days. Maternal education and experimentation of alcohol use were associated with smoking only in univariate analysis. In the remain significantly associated with smoking multivariate analysis only age  $\geq 15$  years and having friends who smoke. Gender, race, social class, living with father and mother, religion, physical activity and paid work were not statistically significant. These findings support need for development of strategies among youth in early adolescence, and indicate the need for establishment of partnerships, especially with schools to improve health indicators.

**Key Words:** Risk factors. Tabacco. Students. Teen. Adolescent health.

### **Introdução**

O declínio do número de fumantes deve-se às diversas estratégias de controle desenvolvidas nas últimas décadas, entretanto, o acesso a produtos derivados do

---

tabaco e o hábito de fumar têm ocorrido cada vez mais precocemente, assim, tem havido um aumento progressivo do número de jovens fumantes<sup>(1)</sup>.

O uso do tabaco na adolescência tem se mostrado uma importante preocupação para a saúde pública, fato que a desafia a propor e implantar ações específicas para este agravo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que, diariamente, cerca de 100 mil crianças e adolescentes tornam-se fumantes em todo o mundo<sup>(2)</sup>. Sabe-se que 90% dos adultos fumantes iniciaram o hábito na adolescência e 75% dos adolescentes que fumam permanecem tabagistas na fase adulta<sup>(1-3)</sup>. Recente estudo brasileiro<sup>(4)</sup> apontou que 77,1% dos fumantes iniciaram o hábito de fumar diariamente antes dos 19 anos de idade.

A adolescência, fase que compreende dos 10 aos 19 anos, constitui período de maior vulnerabilidade para o uso de produtos derivados do tabaco, pois o indivíduo se encontra em processo de desenvolvimento físico, cognitivo e mental. Esta é uma fase de adaptação a mudanças orgânicas e da sexualidade e o adolescente transita entre os limites da dependência infantil e a autonomia da fase adulta. Este momento caracteriza-se pela construção da identidade e pela formulação do caráter social, ideológico e vocacional<sup>(5)</sup>.

Diante deste contexto, a atenção integral à saúde dos adolescentes requer um olhar diferente, com abordagem interdisciplinar, focada no sujeito e voltada às suas necessidades biopsicossociais e culturais, de maneira a facilitar a compreensão da complexidade do fenômeno humano e suas transformações, com o reconhecimento da família como base para a construção, socialização, humanização e integração com a comunidade<sup>(5)</sup>.

Quando se procura entender os motivos que levam um adolescente a se tornar fumante, é importante que se considere tanto os fatores biológicos como os sociais e psicológicos. O fato de o cigarro ser socialmente aceito e de suas consequências negativas ocorrerem tardiamente contribui para que os jovens venham a fumar<sup>(6)</sup>. O Ministério da Saúde aponta que o tabagismo entre os jovens ocorre devido à facilidade do acesso ao tabaco e às influências sociais, ambientais e genéticas<sup>(1)</sup>.

Estudo de revisão sistemática levantou que fatores como curiosidade, tédio, estresse, influência de amigos e sensação de prazer e relaxamento também interferem no comportamento de fumar por parte dos jovens, assim como, ter pais fumantes foi considerado um dos principais fatores para que adolescentes se tornem fumantes, além do tabagismo passivo ao qual ficam expostos<sup>(6)</sup>.

As razões que levam o adolescente a fumar são específicas e diferentes das apresentadas pelos adultos, e a abordagem e o abandono do tratamento são as principais dificuldades para a cessação do tabagismo na adolescência. Portanto, é fundamental o

---

acompanhamento de grupos exclusivos que permitam a percepção e a compreensão dos fatores associados ao uso do tabaco, na adolescência, com o objetivo de alcançar maior adesão às ações programáticas<sup>(7)</sup>.

Conhecer os fatores de risco e de proteção que influenciam o uso do tabaco é imprescindível para a elaboração de estratégias de prevenção, tratamento e redução dos índices de morbimortalidade relacionados ao uso desse produto. Estudos sobre a prevalência do tabagismo permitem que se avalie a dimensão deste problema na população e constituem, assim, uma importante ferramenta de diagnóstico da realidade para a adoção de medidas de controle<sup>(8)</sup>.

Neste contexto, este estudo teve por objetivo identificar fatores de risco e de proteção para o uso regular de cigarros industrializados por adolescentes e sua relação com variáveis sociodemográficas, como: sexo, raça/cor, idade e classe social; escolaridade materna; estrutura familiar; relações sociais e comportamentos de risco e proteção, como convivência com outros fumantes (amigos, pais e irmãos); religião; atividade física; atividade remunerada; e experimentação de bebidas alcoólicas, por acreditar que estas características podem desencadear o uso do tabaco.

Espera-se, com este estudo, contribuir para o planejamento e implementação de programas de promoção à saúde escolar e para o incremento de ações que possibilitem a obtenção de indicadores positivos, por meio de parcerias intersetoriais que envolvam as entidades educacionais, a família e a sociedade como um todo.

## **Materiais e Métodos**

Trata-se de estudo com delineamento epidemiológico transversal, realizado em escolas públicas da região urbana no município de Londrina, Paraná, Brasil, no ano de 2011. A população foi composta por alunos matriculados no período diurno do 9º ano do ensino fundamental. Optou-se por esta série escolar devido à faixa etária dos alunos, ou seja, entre 13 e 15 anos, grupo representativo de adolescentes/jovens expostos a diversos fatores de risco para o uso do tabaco, conforme importante estudo nacional<sup>(9)</sup>. Além disto, nesta idade, o aluno já apresenta melhor capacidade cognitiva, fator relevante para o preenchimento adequado do instrumento de coleta de dados.

O tamanho da amostra foi calculado considerando-se um nível de significância de 95% e uma margem de erro de 5%. A seleção dos sujeitos da pesquisa ocorreu a partir do número de alunos matriculados no ano de 2010, informado pelo setor de

---

Logística Educacional do Núcleo Regional de Educação de Londrina<sup>(10)</sup>. A representatividade da população foi garantida por meio de amostragem estratificada, pois, em um primeiro momento, foram sorteadas, proporcionalmente, 19 unidades do total de escolas pertencentes às cinco regiões geográficas do município. Posteriormente, foram selecionadas, aleatoriamente, as turmas participantes, o que resultou em uma amostra de 600 alunos. Entretanto, 76 destes não concordaram em participar da pesquisa e sete foram excluídos por responderem incorretamente o instrumento de coleta de dados, o que resultou em uma população final de N = 517 estudantes.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP/UUEL), sob CAAE nº 0259.0.268.000-10. Participaram todos os alunos que, após convite, apresentaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devidamente assinado por eles e/ou seus responsáveis.

As informações foram coletadas por meio de um questionário baseado no estudo VIGESCOLA<sup>(11)</sup> e adaptado aos objetivos desta pesquisa, o que possibilitou uma comparação com a literatura. O instrumento, composto por questões fechadas e de auto-preenchimento e caracterizado como confidencial e não-identificado, foi aplicado em sala de aula.

A variável dependente do estudo foi ‘uso regular de cigarros’. O presente estudo utilizou a mesma definição para ‘uso regular de cigarros’ descrita nas principais pesquisas nacionais<sup>(8-9)</sup>, considerando-se como uso regular quando o indivíduo refere ter fumado cigarros pelo menos um dia nos últimos trinta dias.

Para avaliar os fatores de risco associados ao uso regular de cigarros, as variáveis independentes foram selecionadas com base na literatura consultada e agrupadas, por afinidade, em dois blocos de covariáveis, sendo o primeiro constituído pelas variáveis sociodemográficas e o segundo, pelas variáveis caracterizadas como relações sociais e de comportamentos de risco ou proteção para o uso do tabaco.

Os dados foram compilados no programa *Microsoft Office Excel*<sup>®</sup> 2007 e, posteriormente, transportados para o programa *SPSS*, versão 15, onde foram, inicialmente, analisados, de maneira descritiva ou por meio de cálculos de medidas estatísticas com construção de tabelas e gráficos, para a apresentação das informações mais relevantes.

Para avaliar a associação entre as variáveis independentes e a dependente, procedeu-se à análise univariada para se obter a razão de *Odds Ratio* (OR) com intervalo de confiança de 95%. Para a realização deste teste, foram selecionadas as variáveis independentes: sexo, idade, raça, classe social, escolaridade materna, religião, morar com o

---

pai e a mãe, pais e/ou irmãos fumantes, amigos fumantes, experimentação de álcool, atividade física e atividade remunerada. Posteriormente, realizou-se a análise multivariada com o modelo de regressão logística, por meio do método *stepwise forward*, e se utilizou as variáveis que apresentaram associação na análise univariada. Foi aceito o modelo que melhor explicou o uso regular de cigarros, com nível de significância de 0,05.

## Resultados

Dos 517 estudantes que participaram desta pesquisa, 48,7% (n=252) eram do sexo masculino e 51,3% (n=265), do feminino. A faixa etária compreendeu as idades entre 13 e 19 anos (M=14 anos; Dp=1), sendo que 87,4% (n=452) dos alunos tinham idade igual ou menor que 15 anos. Houve predominância da raça/cor branca (51%, n=262) e da parda (38%, n=195).

Foram encontrados alunos pertencentes a todas as classes sociais<sup>(12)</sup>, no entanto, a maioria pertencia às classes: B1, B2 e C1, com 19% (n=100); 43% (n=224); e 24% (n=124) respectivamente (Tabela 1). Do total da população do estudo, 8,9% (n=46) dos alunos informaram ter consumido cigarros nos últimos 30 dias, dos quais, 52,2% (n=24) eram meninos e 47,8% (n=22), meninas.

Considerou-se como estrutura básica familiar a composta pelo pai e mãe, por ser esta a mais tradicional, em que cada membro possui papel definido<sup>(13)</sup>. Observou-se que 64% (n=332) dos pesquisados moravam com o pai e a mãe e 25% (n=128), apenas com a mãe. Foram semelhantes os percentuais de estrutura básica da composição familiar de adolescentes fumantes (63%; n=29) e não fumantes (64%; n=293).

Quanto à escolaridade materna, 23,6% (n=122) dos alunos não sabiam referi-la; 1,2% (n=6) das mães nunca frequentaram a escola; 24,2% (n=125) não concluíram o ensino fundamental; 7% (n=36) completaram o ensino fundamental; 14,5% (n=75) iniciaram o ensino médio e não chegaram a concluí-lo; 17,4% (n=90) o concluíram; e apenas 7,5% (n=39) completaram o ensino superior.

**Tabela 1** – Perfil sociodemográfico dos estudantes do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas do Município de Londrina, PR, 2011.

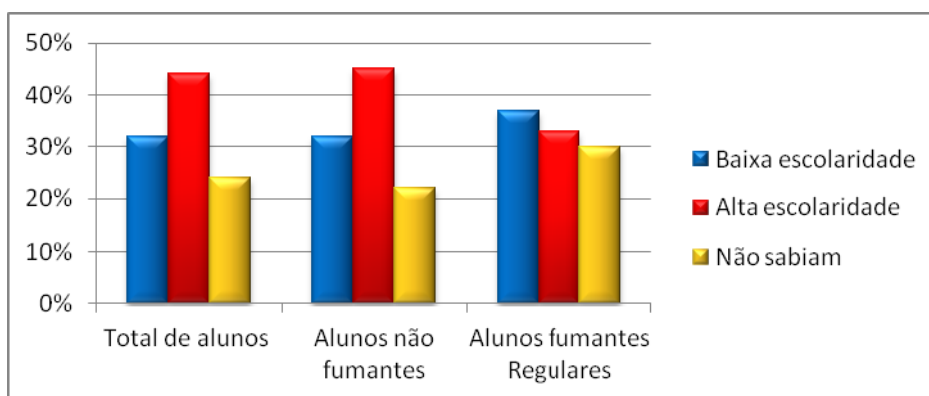
Características sociodemográficas	Uso Regular de cigarros*				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Masculino	24	52,2	228	48,5	252	48,7
Feminino	22	47,8	243	51,5	265	51,3
Idade						
13	05	10,9	91	19,3	96	18,6
14	17	37,0	248	52,7	265	51,2
15	10	21,7	81	17,2	91	17,6
16 ou mais	14	30,4	51	10,8	65	12,6
Raça/cor						
Branca	26	56,4	239	50,7	265	51,3
Preta	01	2,2	39	8,3	40	7,7
Parda	17	37,0	179	38,0	196	37,9
Amarela	01	2,2	09	1,9	10	1,9
Indígena	01	2,2	05	1,1	06	1,2
Classe Social						
A (A1, A2)	02	4,3	22	4,2	24	4,3
B (B1, B2)	25	54,4	299	63,9	324	63,0
C (C1, C2)	19	41,3	145	30,8	164	31,7
D	0	0,0	04	0,9	04	0,8
E	0	0,0	01	0,2	01	0,2
Mora com o pai e a mãe						
Sim	29	63,0	293	62,2	322	62,3
Não	17	37,0	178	37,8	125	37,7
Escolaridade materna						
Baixa (menos de 9 anos)	17	37,0	150	31,9	167	32,4
Alta (9 anos ou mais)	15	32,6	213	45,2	228	44,1
Não souberam informar a escolaridade da mãe.	14	30,4	108	22,9	122	23,5

\*Relato de ter fumado cigarros pelo menos um dia nos últimos trinta dias anteriores à realização da pesquisa.

A baixa escolaridade materna (32,4%; n=167) esteve presente entre os alunos pesquisados, no entanto, o percentual foi maior entre os usuários regulares de cigarros (37%; n=17) (Figura 1). Ainda entre os usuários regulares de cigarros, identificou-se que 21,8% (n=10) das mães não concluíram o ensino fundamental; 15,2% (n=7) completaram o ensino fundamental; 8,7% (n=4) não completaram o ensino médio; 13% (n=6) completaram o

ensino médio; 10,9% (n=5) completaram o superior; e 30,4% (n=14) adolescentes não souberam informar a escolaridade materna. Ressalta-se que, entre os 395 (76%) adolescentes que informaram estes dados, 33% (n=131) tinham mães que se caracterizavam como analfabetas funcionais (escolaridade de até 3 anos de estudos completos)<sup>(14)</sup>.

**Figura 1** – Distribuição da escolaridade materna referida por escolares do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas do Município de Londrina, PR, 2011



Esta pesquisa revelou um grande percentual de adolescentes expostos à fumaça tabágica, pois 35% (n=179) relataram ter pai, mãe e/ou irmãos fumantes e 49% (n=246), amigos fumantes (Tabela 2). A convivência com familiares tabagistas foi, percentualmente, igual entre os adolescentes fumantes e não fumantes. Por outro lado, a maioria dos adolescentes usuários regulares de cigarro possuía amigos fumantes, conforme apresentado na tabela 2.

Em 82% (n=429) das residências dos adolescentes entrevistados, o consumo de cigarros não era permitido. Entretanto, 37% (n=192) informaram que ficam expostos à fumaça do cigarro dentro do domicílio, pelo menos um dia da semana; a exposição diária ocorreu para 24% (n=122) dos adolescentes. Fora de casa, esta exposição também ocorreu diariamente (22%; n=115). Para 90% (n=467) dos adolescentes, a proibição de fumar em locais públicos deveria ocorrer, e 93% (n=479) concordavam com a necessidade da solicitação de permissão para fumar próximo a outras pessoas; apenas 33% (n=169) permitiriam que alguém acendesse um cigarro ao seu lado.

Quanto à religião, 7% (n=36) referiram ser ateus. A maioria dos estudantes (93%; n= 481), entretanto, seguia alguma religião, sendo 52% (n= 269) católicos; 37,5% (n=194) evangélicos; e 3,5% (n= 18) divididos entre espíritas, adventistas, budistas, místicos, mórmons, testemunhas de Jeová e seguidores da Igreja de Cristo. Entre os fumantes, as

porcentagens de adolescentes que referiram seguir alguma religião foram semelhantes às dos não fumantes, ou seja, o consumo de cigarro estava presente mesmo entre os que seguiam uma religião.

**Tabela 2** – Relações sociais e comportamentos de risco/proteção de estudantes do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas do Município de Londrina, PR, 2011.

Relações sociais e comportamentos de risco/proteção	Uso Regular de Cigarros*				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Pais ou irmãos fumantes						
Sim	16	34,8	163	34,7	179	35,6
Não	30	65,2	308	65,3	338	65,4
Amigos fumantes						
Sim	42	91,1	204	43,3	256	47,6
Não	04	8,9	267	56,7	271	52,4
Religião						
Sim	44	95,6	437	92,8	481	93,0
Não	02	4,4	34	7,2	36	7,0
Atividade remunerada						
Sim	15	32,6	135	28,7	150	29,0
Não	31	67,4	336	71,3	367	71,0
Atividade física						
Sim	24	52,2	276	58,6	300	58,0
Não	22	47,8	195	41,4	217	42,0
Experimentação de álcool						
Sim	44	95,6	418	88,7	462	89,4
Não	02	4,4	53	11,3	55	10,6

\*Relato de ter fumado cigarros pelo menos um dia nos últimos trinta dias anteriores à realização da pesquisa.

A maioria (71%; n=367) dos entrevistados referiu não realizar atividades remuneradas; 12,4% (n=64) realizavam eventualmente; e apenas 16,6% (n=86), habitualmente; estes percentuais não apresentaram diferenças entre os fumantes e os não fumantes. No entanto, a pesquisa apontou que os adolescentes dispunham de algum outro tipo de recurso financeiro, pois, entre os 84,5% (n=437) que responderam a questão: ‘Quanto tem em média para gastar no mês consigo mesmo?’, a maioria (66%; n=289) referiu ter mais de cinquenta reais; 23,8% (n=104), entre 10 e 50 reais; 5,2% (n=23) menos que dez reais; e somente 5% (n=21) mencionaram não ter nenhum recurso. Como um maço de cigarros pode

ser comprado por um valor médio de quatro reais, considera-se que grande parte dos adolescentes pesquisados poderia utilizar seu dinheiro para ter acesso ao cigarro, se assim o desejasse.

Esta pesquisa mostrou que a prática de atividade física ainda não estava inserida no cotidiano dos adolescentes pesquisados, pois 42% (n=217) referiram não realizar nenhuma atividade física fora do horário de aula; 29,6% (n=153) realizavam até duas vezes por semana; 14,9% (n=77), de três a quatro vezes; e somente 13,5% (n=70), mais de cinco vezes por semana.

A experimentação do uso de álcool pelos adolescentes participantes deste estudo foi muito elevada, pois a maioria (89%; n=462) informou ter experimentado algum tipo de bebida alcoólica e 47% (n=241) referiram ter consumido nos últimos trinta dias. Entre os adolescentes usuários regulares de cigarro, o percentual de experimentação foi ainda maior (96%; n=45), sendo que 72% (n=33) deles haviam consumido bebida alcoólica nos últimos trinta dias.

**Tabela 3** – Associação entre o uso regular de cigarros e características sociodemográficas em escolares do Município de Londrina, PR, 2011.

<b>Fatores de risco/proteção</b>	<b>OR</b>	<b>(IC95%)</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	1,076	(0,803-1,440)
Feminino	0,929	(0,678-1,272)
<b>Idade</b>		
≤ 14 anos	0,670	(0,493-0,911)
≥ 15 anos	1,824	(1,335-2,493)
<b>Raça/Cor</b>		
Branca	1,102	(0,842-1,441)
Outras	0,893	(0,634-1,258)
<b>Classe Social</b>		
Baixa (C, D e E)	0,746	(0,374-1,487)
Alta (A e B)	1,187	(0,847-1,663)
<b>Morar com os pais (pai e a mãe)</b>		
Sim	1,036	(0,697-1,540)
Não	0,980	(0,778-1,235)
<b>Escolaridade materna</b>		
Baixa	1,355	(1,041-1,764)
Alta	0,729	(0,512-1,038)

Na tabela 3, são apresentados os resultados da análise univariada entre o uso regular de cigarros e as características sociodemográficas. Nesta análise, as variáveis: sexo, raça, classe social e estrutura familiar (morar com o pai e a mãe), não apresentaram associação estatística. A baixa escolaridade materna (OR=1,355, IC95%: 1,041-1,764) e a faixa etária de 15 anos ou mais (OR=1,824, IC95%: 1,335-2,493) apresentaram-se como fatores de risco. Entretanto, a idade de 14 anos ou menos (OR= 0,670, IC95%: 0,493-0,911) caracterizou-se como fator protetor.

A tabela 4 apresenta os resultados da análise univariada entre o uso regular de cigarros e as relações sociais e os comportamentos de risco e proteção. Observou-se que ter pais ou irmãos fumantes, seguir alguma religião, praticar atividade física e realizar atividade remunerada foram fatores que não apresentaram associação. No entanto, ter amigos fumantes (OR=2,018, IC95%: 1,749-2,329) e experimentar bebida alcoólica (OR=1,077, IC95%: 1,003-1,156) constituíram fatores de risco. Não ter amigos fumantes foi fator de proteção (OR=0,195, IC95%: 0,085-0,447) para os adolescentes pesquisados.

**Tabela 4** – Associação entre o uso regular de cigarros e relações sociais e comportamentos de risco/ proteção à saúde, em estudantes do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas do Município de Londrina, PR, Brasil, 2011.

<b>Relações sociais e comportamentos de risco/proteção</b>	<b>OR</b>	<b>(IC95%)</b>
Pais ou irmãos fumantes		
Sim	1,005	(0,664-1,522)
Não	0,997	(0,800-1,244)
Amigos fumantes		
Sim	2,018	(1,749-2,329)
Não	0,195	(0,085-0,447)
Experimentação de álcool		
Sim	1,077	(1,003-1,156)
Não	0,394	(0,099-1,564)
Religião		
Sim	1,031	(0,965-1,102)
Não	0,600	(0,149-2,416)
Atividade física		
Sim	0,894	(0,671-1,191)
Não	1,149	(0,834-1,583)
Atividade remunerada		
Sim	1,138	(0,733-1,765)
Não	0,945	(0,767-1,164)

---

Após a análise multivariada dos fatores de risco que apresentaram significância no primeiro momento, apenas a idade  $\geq 15$  anos ( $p=0,004$ ) e possuir amigos fumantes ( $p=0,000$ ) foram fatores que mantiveram associação com o uso regular de cigarros.

## Discussão

A literatura descreve como fatores de risco as variáveis que, estatisticamente, elevam a probabilidade de o indivíduo ser acometido por alguma situação indesejável ou agravo e de sofrer consequências negativas para o seu desenvolvimento, advindas da exposição às mesmas<sup>(15)</sup>. Os fatores de proteção são aqueles que diminuem o efeito do risco e que prenunciam consequências positivas e resguardam o indivíduo de situações que possam agredi-lo física, psíquica ou socialmente, o que proporciona melhor qualidade de vida<sup>(15)</sup>.

Na análise estatística, o uso regular de cigarros não apresentou associação com a variável ‘morar com o pai e a mãe’, dado este que diverge de outros estudos que avaliaram a estrutura familiar como risco para o uso do tabaco e que apresentaram resultados que evidenciam a associação entre o uso do tabaco e a instabilidade do relacionamento dos pais, observando maior risco para o uso do tabaco entre os adolescentes com pais separados<sup>(16,17)</sup>. É evidente o papel da família na construção da personalidade do adolescente, pois é no contexto familiar que são transmitidos os valores, as crenças e os aspectos culturais e cognitivos, por meio da relação entre pais e filhos. Estes fatores, que podem sofrer influências sociais, contribuem para o desenvolvimento da personalidade do indivíduo<sup>(18)</sup>.

Em decorrência do processo de desenvolvimento da humanidade, as famílias sofreram alterações em sua composição e, atualmente, as configurações são variadas, tais como: só mãe ou pai; pais adotivos; famílias combinadas, entre outras, cujos membros, muitas vezes, não têm papéis bem definidos, o que pode tornar o ambiente familiar disfuncional e, neste caso, impactar negativamente a formação do indivíduo<sup>(13,18)</sup>. Por outro lado, não se pode afirmar que uma composição familiar diferente da tradicional, que é definida socialmente como normal, necessariamente, desencadeie efeitos nocivos sobre seus componentes. Nesta perspectiva, modelos positivos também ocorrem, pois indivíduos que vivem em situações adversas podem criar mecanismos de superação e desenvolver uma vida saudável, numa atitude de resiliência<sup>(15)</sup>.

A baixa escolaridade materna apresentou associação com o uso regular do cigarro apenas na análise univariada. Um estudo identificou a influência da escolaridade

---

materna no uso do tabaco, ou seja, o menor nível de escolaridade da mãe apresentou-se fortemente associado à experimentação de cigarros<sup>(16)</sup>. Entretanto, estes resultados diferem dos levantados por outros estudos, que não encontraram esta associação<sup>(9,17)</sup>.

A escolaridade materna pode ser considerada como fator positivo no desenvolvimento saudável do indivíduo. A mãe com maior nível de escolaridade pode assimilar, com mais facilidade, as orientações recebidas e, conseqüentemente, as transmitirá com mais clareza aos filhos. Um estudo que avaliou a qualidade dos estímulos e o desempenho cognitivo de 350 crianças de até 5 anos, comprovou a relação entre a escolaridade materna e a qualidade dos estímulos dispensados à criança, fator que exerce impacto positivo no desempenho cognitivo das mesmas<sup>(19)</sup>.

O fato de ter pais ou irmãos fumantes não apresentou associação ao uso regular de cigarros pelos adolescentes pesquisados, resultado que corroborou dados levantados por um estudo realizado por Zanini<sup>(20)</sup>. Esse resultado é muito diferente do de inúmeras outras pesquisas, que identificaram a influência dos pais e irmãos fumantes sobre o hábito de fumar do adolescente<sup>(21-23)</sup>. Um estudo apontou que ter ambos os pais fumantes dobra o risco de experimentação de cigarro<sup>(24)</sup>.

A presente pesquisa revelou dado importante sobre a exposição ambiental dos adolescentes à fumaça do cigarro. A inalação da fumaça ambiental gerada pelo cigarro por indivíduos não fumantes é denominada tabagismo passivo e é a terceira causa de morte evitável no mundo<sup>(25)</sup>; este estudo constatou que o local de maior exposição à fumaça do cigarro é a própria residência do indivíduo, seguida pelo local de trabalho e restaurantes<sup>(4)</sup>. Diversas doenças estão relacionadas ao tabagismo passivo, que expõe, principalmente, os filhos de fumantes. Sabe-se que a ocorrência de asma em crianças expostas ao tabagismo ambiental, no domicílio, pode ser até duas vezes maior do que entre as não expostas<sup>(26)</sup>, e que os adultos expostos ao tabagismo passivo também apresentam maiores riscos de desenvolver tumores de pulmão, laringe e faringe<sup>(27)</sup>.

Um estudo desenvolvido em Portugal<sup>(28)</sup> realizou medições de nicotina em ambientes públicos e detectou a presença desta substância em 85% das amostras coletadas. Como não existe um nível de exposição ao cigarro comprovadamente seguro e como quanto maior for a concentração e maior o tempo de exposição, maior será o dano à saúde, reforça-se a necessidade de implementação ações e do cumprimento das leis contra o fumo em ambientes públicos, pois estas visam à proteção dos não fumantes.

Esta pesquisa mostrou que a prática de atividade física ainda não está inserida no cotidiano dos adolescentes pesquisados, pois muitos referiram não realizar

---

nenhuma atividade física fora do horário de aula. A atividade física pode ser considerada como um fator de proteção à saúde e contra comportamentos de risco, dentre eles, o uso do tabaco em idade precoce<sup>(9)</sup>.

A religião, a atividade física e a atividade remunerada não foram estatisticamente associadas ao uso regular de cigarros. Estes dados diferem dos levantados por outros estudos. A PeNSE<sup>(9)</sup> verificou associação protetora entre o uso do tabaco e a prática de atividade física. Silva, Silva e Botelho<sup>(16)</sup> identificaram que o risco de experimentar o tabaco é maior entre os que não realizam atividade física, os que não têm religião e os que possuem alguma forma de remuneração.

O percentual de adolescentes que havia experimentado álcool foi maior do que o apresentado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, em levantamento realizado em 27 capitais brasileiras no ano de 2004 (65,2%)<sup>(29)</sup>. Entre os adolescentes usuários regulares de cigarros, o percentual de experimentação foi ainda maior, no entanto, a associação estatística com o uso regular de cigarros só ocorreu na análise univariada. Outras pesquisas identificaram associação entre os comportamentos de fumar e o uso de álcool<sup>(9,22,29-30)</sup>.

Em relação à idade, observou-se que, pela análise univariada, há associação protetora entre o uso de cigarros e a idade de 14 anos ou menos, pois a probabilidade é diminuída. A idade de 15 anos ou mais constituiu fator de risco e permaneceu como risco na análise multivariada. Tais resultados são compatíveis com outras pesquisas, que revelaram que, quanto mais velho o adolescente for, maior será o risco para o tabagismo<sup>(9,16,20,31)</sup>.

Ter amigos fumantes permaneceu como fator de risco para o uso do tabaco, na forma de cigarros, na análise multivariada, pois aumentou as chances do uso regular dos mesmos. Pela análise univariada, não ter amigos fumantes foi fator de proteção para o uso regular de cigarros. Estes dados concordam com os de outros estudos encontrados na literatura<sup>(21-23)</sup>. O risco de se tornar fumante, entre os que têm amigos fumantes, foi levantado em pesquisa e se mostrou até quatro vezes maior em comparação aos que não têm<sup>(20)</sup>. Pesquisa que avaliou, qualitativamente, os fatores socioculturais associados à iniciação e cessação do tabagismo, mostrou que a pressão dos amigos foi um dos mais importantes fatores de influência para a iniciação e uso regular do cigarro<sup>(32)</sup>.

Entretanto, poucos estudos analisam as amizades como fator de proteção em relação ao uso de drogas, como, por exemplo, do tabaco. Desse modo, é fundamental que pais e educadores estejam vigilantes e busquem conhecer os amigos dos filhos, para apoiá-los na manutenção das influências positivas e na superação das negativas<sup>(29)</sup>.

---

Entre as limitações deste estudo, ressalta-se o fato da pesquisa ter sido realizada somente em escolas públicas e com alunos do 9º ano do período diurno, portanto, outros dados poderiam ser encontrados caso fossem incluídas escolas privadas, alunos de outras faixas etárias e do período noturno, o que comprova a necessidade de desenvolvimento de outras pesquisas que analisem outras populações.

O uso do tabaco na adolescência, assim como de outras drogas, afeta as condições de saúde e a qualidade de vida dos jovens. É importante lembrar que o uso do tabaco constitui porta de entrada para as drogas ilícitas, que desencadeiam consequências flagelantes na vida do adolescente. Assim, é necessário o desenvolvimento de mecanismos de proteção, prevenção e acolhimento, que deem suporte à curiosidade inerente a esta fase da vida, por meio da implementação de políticas públicas que estimulem escolhas de vida saudáveis e de qualidade, desmistificando a falsa autonomia propiciada pelas substâncias tóxicas<sup>(5)</sup>.

## **Conclusão**

Observou-se, por meio da análise univariada, que o uso regular de cigarros apresentou associação com idade  $\geq 15$  anos, baixa escolaridade materna, amigos fumantes e experimentação de bebidas alcoólicas. Entretanto, o refinamento da análise, por meio da regressão logística, evidenciou que apenas a idade  $\geq 15$  anos e possuir amigos fumantes confirmaram-se como fatores de risco. O sexo, a raça, a classe social, morar ou não com o pai e a mãe, seguir alguma religião, realizar atividade física e atividade remunerada não foram fatores, estatisticamente, associados ao uso regular de cigarros.

Este estudo evidenciou que, na adolescência, o uso de produtos derivados do tabaco, com ênfase nos cigarros, é multideterminado, pois sofre influência de fatores tanto individuais, quanto sociais e comportamentais, o que aponta para a necessidade de outros estudos, com abordagens qualitativas, que possam aprofundar o entendimento do assunto, com o objetivo de levantar os motivos que levam o adolescente a fumar e de compreender os fatores de proteção relacionados ao uso do tabaco.

Os fatores de proteção para o uso regular de produtos derivados do tabaco, identificados neste estudo, foram: não ter amigos fumantes e idade  $\leq 14$  anos. Estes dados podem subsidiar a elaboração de estratégias direcionadas aos jovens no início de sua adolescência, por meio de parcerias entre o serviço de saúde e, principalmente, as escolas,

---

pois este local concentra os círculos de amizades do adolescente, além de constituir um espaço de construção da autoestima e do autodesenvolvimento.

Assim, é necessário que os profissionais de saúde promovam uma reflexão sobre o uso de produtos derivados do tabaco e suas consequências para o desenvolvimento do adolescente, e que possam sua importância na articulação de diversos setores, como saúde, educação e sociedade, para a implementação de novas ações que visem ao público mais jovem, de modo a melhorar os indicadores de saúde relacionados ao uso do tabaco.

---

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. INCA - **Jovens e mulheres na mira da indústria do tabaco.** Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=namira.htm>> Acesso em 27 mar 2012.
2. Cinpricini PM; et al. **Tobacco addiction:** implications for treatment and cancer prevention. *Journal of the National Cancer Institute*, v. 89, n. 24, dec. 1997.
3. Scivoletto S. Abordagem de populações especiais: adolescentes. In: Gigliotti AP; Presman S, (Ed.). **Atualização no tratamento do tabagismo.** 1. ed. Rio de Janeiro: Copyright ABP – Saúde; 2006 p 135-145.
4. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD). **Tabagismo**, 2008. Rio de Janeiro, 2009.
5. Maakaroum MF, Souza RCP. A consulta do Adolescente. In: Lopez FA; Campos Júnior D, (Org.) **Tratado de Pediatria:** Sociedade Brasileira de Pediatria. 1. ed. Barueri, SP: Manole; 2007. p. 341-347.
6. Moolchan E, Ernst M, Henningfield JE. A review of tobacco smoking in adolescents: treatment implications. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.** 2000; 39(6): 682-693
7. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia.** 2008; 34(10): 845-880.
8. Hallal ALL. **Fatores associados ao tabagismo em escolares da Região Sul do Brasil** (Tese). São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2008.
9. Barreto SM; Giatti L; Casado L; Moura L; Crespo C; Malta DC. Exposição ao tabagismo entre escolares no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva** 2010; 15(Supl. 2): 3027-3034.
10. Secretaria de Educação do Estado do Paraná. **Núcleo Regional de Educação de Londrina** Disponível em : <<http://www.nre.seed.pr.gov.br/londrina>> Acesso em: 21 mar. 2012.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Vigescola: Vigilância de tabagismo em escolares, dados e fatos em 12 capitais brasileiras. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Coordenação de Prevenção e Vigilância.** Rio de Janeiro, 2004. 32p.
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. CCEB 2009 - **Critério de Classificação Econômica Brasil.** Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302>> Acesso em: 23 mar. 2012.

- 
13. Pratta EMM, Santos MA. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, 2007; 12(2), 247-256.
  14. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Séries Estatísticas**. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=PD384&sv=8&t=taxa-de-analfabetismo-funcional>> Acesso em: 03 abr. 2012.
  15. Sapienza G, Pedromônico MRM. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá 2005 Mai/Ago; 10(2): 209-216.
  16. Silva MP; Silva RMVG; Botelho C. Fatores associados à experimentação do cigarro em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. 2008; 34(11): 927-935.
  17. Horta BL; Calheiros P; Pinheiro RT; Tomasi E; Amaral KC. Tabagismo em adolescentes de área urbana na região Sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, 2001; 35(2):159-164.
  18. Sauer MTN, Eisenstein E, Quadros JC. Sexualidade na Adolescência. In: Lopez FA; Campos Júnior D. (Org.) **Tratado de Pediatria**: Sociedade Brasileira de Pediatria. 1 ed. Barueri, SP: Manole; 2007. p. 365-373.
  19. Andrade SA, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRM, Almeida-Filho N, Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Revista Saúde Pública**. 2005; 39(4): 606-611.
  20. Zanini RR; Moraes AB; Trindade ACA; Riboldi J; Medeiros LR. Prevalência e fatores associados ao consumo de cigarros entre estudantes de escolas estaduais do ensino médio de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2002. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro 2006, 22(8): 1619-1627.
  21. Pinto DS, Ribeiro AS. Variáveis relacionadas à iniciação do tabagismo entre estudantes do ensino médio de escola pública e particular na cidade de Belém – PA. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. 2007; 33(5): 558-564.
  22. Vieira PC; Aerts DRGC; Freddo SL; Bittencourt A; Monteiro L. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro 2008; 24(11): 2487-2498.
  23. Oliveira HF; Martins LC; Reato LFN; Akerman. Fatores de risco para uso do tabaco em adolescentes de duas escolas do município de Santo André, São Paulo. **Revista Paulista de Pediatria**, 2010; 28(2): 200-207.
  24. Cordeiro EAK; Kupek E; Martini JG. Prevalência do tabagismo entre escolares de Florianópolis, SC, Brasil e as contribuições da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 2010; 63(5): 706-711.
  25. Passos VMA; Giatti LBSM. Tabagismo passivo no Brasil: resultados da Pesquisa Especial do Tabagismo, 2008. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2011; 16(9): 3671-3678.

- 
26. Gonçalves-Silva RMV; Valente JG; Lemos-Santos MGF; Sichieri R. Tabagismo no domicílio e doença respiratória em crianças menores de cinco anos. **Caderno Saúde Pública**, 2006; 22(3): 579-586.
  27. Wunsch-Filho V, Mirra AP, López RVM, Antunes LF. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Revista Brasileira Epidemiologia**, 2010; 13(2): 175-187.
  28. Precioso J, Lopez MJ, Calheiros JM, Macedo M, Ariza C, Sanchez F, et al . Poluição do ar interior provocada pelo fumo do cigarro em locais públicos de Portugal. **Revista Saúde Pública**, 2007; 41(5): 808-813.
  29. Schenker M; Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2005; 10(3): 707-717.
  30. Rodrigues MC; Viegas CAA; Gomes EL; Moraes JPMG; Zakir JCO. Prevalência do tabagismo e associação com o uso de outras drogas entre escolares do Distrito Federal. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 2009; 35(10): 986-991.
  31. Malcon MC, Menezes AMB, Chatkin M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. **Revista Saúde Pública**, 2003; 37(1): 1-7.
  32. Scarinci IC; Silveira AF; dos Santos DF; Beech BM. Sociocultural factors associated with cigarette smoking among women in Brazilian worksites: a qualitative study. **Health Promot Int**. 2007; 22(2): 146-54.

## *7. Conclusão Geral*

---

## 7 CONCLUSÃO GERAL

A partir dos resultados pode-se concluir que:

- Dos 517 estudantes que participaram desta pesquisa, 48,7% (n=252) eram do sexo masculino e 51,3% (n=265) do feminino, com faixa etária entre 13 e 19 anos. Havia alunos pertencentes a todas as classes sociais, porém a maioria era pertencente às classes B1, B2 e C1, com 19% (n=100); 43% (n=224); e 24% (n=124) respectivamente.
- A frequência de experimentação de cigarros foi elevada (38,7%), assim como o uso regular (8,9%).
- Observou-se que os adolescentes dão preferência aos cigarros com melhores sabores e muitos procuram consumir a mesma marca que os amigos.
- Os adolescentes vêm consumindo outros produtos derivados do tabaco, principalmente o narguilé, uma recente preocupação para a saúde pública, pois apresenta-se mais nocivo.
- Foi evidente a facilidade de acesso, o que converge para a necessidade de melhora na fiscalização e conscientização dos estabelecimentos que vendem os cigarros.
- A baixa escolaridade materna e experimentação de bebidas alcoólicas apresentaram significância apenas na análise univariada. Na análise multivariada o uso regular de cigarros esteve associado com idade  $\geq 15$  anos e possuir amigos fumantes. O sexo, a raça, a classe social, morar ou não com o pai e a mãe, possuir religião, praticar atividade física e realizar atividade remunerada não foram estatisticamente associados ao uso regular de cigarros.
- Os fatores de proteção para o uso regular do cigarro identificados foram não possuir amigos fumantes e a idade  $\leq 14$  anos.

Estes dados apontam que o uso de produtos derivados do tabaco na adolescência é multideterminado, sofrendo influências de fatores tanto individuais, quanto sociais e comportamentais, o que abaliza para a necessidade de outros

---

estudos, incluindo abordagens qualitativas, que possam aprofundar o entendimento do assunto, com enfoque aos motivos que levam o adolescente a fumar e compreensão dos fatores de proteção relacionados ao uso do tabaco.

Uma vez que o uso de produtos derivados do tabaco irá repercutir nos dados de morbimortalidade por doenças relacionadas, faz-se necessário identificar os motivos que influenciam o uso do tabaco e estabelecer prioridades de ação, bem como, estratégias que envolvam as escolas, a família e outras entidades sociais, na busca de redução de riscos potenciais.

Considera-se necessária a reflexão sobre o uso do tabaco, suas consequências no desenvolvimento do adolescente e sugere-se a realização de parcerias entre saúde, educação, sociedade e outros setores, em especial com as escolas, pois é o local onde estão concentrados os círculos de amigos do adolescente e porque o ambiente escolar constitui espaços de construção da autoestima e do autodesenvolvimento.

Assim destaca-se a importância do envolvimento dos profissionais de saúde e educação nas políticas de controle e na mudança do olhar sobre a saúde do adolescente para compreender que o adolescente é um indivíduo com características e necessidades específicas e que necessita ser acolhido, para melhor enfrentamento dos indicadores locais, onde encontra-se inserido o adolescente.



# *Referências*

---

## REFERÊNCIAS

- 1 ROSEMBERG J; ROSEMBERG AMFA; MORAES MA. **Nicotina: droga universal**. São Paulo: Secretaria da Saúde, Centro de Vigilância Epidemiológica, 2003
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer - INCA**. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer - INCA**. Falando sobre tabagismo. Rio de Janeiro: INCA, 1996.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Tabaco e pobreza, um círculo vicioso – a convenção-quadro de controle do tabaco: uma resposta / Brasil. Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 5 Organização Mundial da Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID10)**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 1997
- 6 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria **Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer**. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp). Ajudando seu paciente a deixar de fumar. Rio de Janeiro INCA, 1997.
- 7 Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil, avanços e desafios. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.32, n. 5, p. 283-300, set./out. 2005.
- 8 IGLESIAS, R.; JHA, P.; PINTO, M.; SILVA, V.L.C; GOLDINHO, J. **Controle do tabagismo no Brasil**. 2007. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2012.
- 9 MONTEIRO, C. A.; CAVALCANTE, T. M.; MOURA, E. C., CLARO, R. M., SZWARCOWALD, C.L. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil. (1989-2003). **Bulletin of the World Health Organization**, v.85, p.527-534, 2007. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862007000700010&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862007000700010&script=sci_arttext)> Acesso em: 08 abr. 2012.
- 10 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD). **Tabagismo**, 2008. Rio de Janeiro, 2009.
- 11 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. VIGITEL Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério d Saúde, 2011. 152p.

- 
- 12 BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer**. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer. Modelo lógico e avaliação. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2003.
- 13 OLIVEIRA, A. F.; VALENTE, J. G.; LEITE, I. C. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. **Revista Saúde Pública**. 2008; 42(2): 335-345
- 14 MEIRELLES, R. H. S. A ratificação da convenção-quadro para o controle do tabaco pelo Brasil: uma questão de saúde pública. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, 2006;32(1):2-3.
- 15 BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer**. Tabagismo Disponível em:<<http://www.inca.gov.br/tabagismo/apoio/inicial.asp?pagina=importancia.htm&item=apoio>> Acesso em 07 abr 2012.
- 16 PASSOS, V. M. A.; GIATTI, L. B. S. M. Tabagismo passivo no Brasil: resultados da Pesquisa Especial do Tabagismo, 2008. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2011; 16(9): 3671-3678.
- 17 GONÇALVES SILVA, R. M. V; VALENTE, J. G.; LEMOS SANTOS, M. G. F., SICHIERI, R. Tabagismo no domicílio e doença respiratória em crianças menores de cinco anos. **Caderno Saúde Pública**, 2006; 22(3): 579-586.
- 18 WÜNSCH FILHO, V.; MIRRA, A. P; LÓPEZ, R. V. M; ANTUNES, L. F. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2010; 13(2): 175-187.
- 19 PRECIOSO, J.; LOPEZ, M. J.; CALHEIROS, J. M.; MACEDO, M.; ARIZA, C.; SANCHEZ, F.; et al . Poluição do ar interior provocada pelo fumo do cigarro em locais públicos de Portugal. **Revista Saúde Pública**, 2007; 41(5): 808-813.
- 20 BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer**. **INCA** - Jovens e mulheres na mira da indústria do tabaco. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=namira.htm>> Acesso em: 27 mar 2012.
- 21 CINPRICINI, P. M.; et al. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 89, n. 24, dec. 1997.
- 22 SCIVOLETTO, S. Abordagem de populações especiais: adolescentes. In: GIGLIOTTI, A. P.; PRESMAN, S. (Ed.). **Atualização no tratamento do tabagismo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Copyright ABP – Saúde; 2006 p 135-145.
- 23 MAAKAROUM, M. F.; SOUZA, R. C. P. A consulta do Adolescente. In: LOPEZ, F. A.; CAMPOS JÚNIOR, D. (Org.) **Tratado de Pediatria**: sociedade brasileira de pediatria. 1 ed. Barueri, SP: Manole; 2007. p. 341-347.

- 
- 24 MOOLCHAN, E.; ERNST, M.; HENNINGFIELD, J. E. A review of tobacco smoking in adolescents: treatment implications. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent**, 2000; 39(6): 682-693
- 25 SAUER, M. T. N.; EISENSTEIN, E.; QUADROS, J. C. Sexualidade na Adolescência. In: LOPEZ, F. A.; CAMPOS JÚNIOR, D. (Org.) **Tratado de Pediatria**: sociedade brasileira de pediatria. 1 ed. Barueri, SP: Manole; 2007. p. 365-373.
- 26 REICHERT, J.; ARAÚJO, A. J.; GONÇALVES, C. C.; GODOY, I., CHATKIN, J. M.; SALES, M. P. U.; et al. Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. 2008; 34(10): 845-880.
- 27 SILVA, C. S.; RAMOS, B. E. O.; KOBEL, J. L.; NEVES, M. B. P.; GUERRA, A. B.; SANTOS, M. L. M.; et al. Escola Promotora de Saúde: uma nova forma de fazer saúde escolar. In: LOPEZ, F. A.; CAMPOS JÚNIOR, D. (Org.) **Tratado de Pediatria**: sociedade brasileira de pediatria. 1. ed. Barueri, SP: Manole; 2007. p. 171-198.
- 28 Organización Mundial de la Salud (OMS). **MPOWER**: um plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Ginebra: OMS, 2008.
- 29 BRASIL, **Portaria SAS/MS/Nº. 442 de 13 de agosto de 2004**. Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e da média complexidade do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ed. 158, 17 de agosto de 2004, Seção 1, p. 62, 2004.
- 30 BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer – INCA**. Vigescola - Vigilância de tabagismo em escolares: dados e fatos de 12 capitais brasileiras. v. 1. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
- 31 BARRETO, S. M.; GIATTI, L.; CASADO, L.; MOURA, L.; CRESPO, C.; MALTA, D. C. Exposição ao tabagismo entre escolares no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2010; 15(Supl. 2): 3027-3034.
- 32 HALLAL, A. L. L. **Fatores associados ao tabagismo em escolares da Região Sul do Brasil** (Tese) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; São Paulo, 2008.
- 33 BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- 34 ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

- 
- 35 **IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Cidades. 2010 Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 20 mar. 2012.
- 36 **Prefeitura Municipal de Londrina.** A Cidade. História da Cidade. Disponível em: <[http://www1.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3&Itemid=5](http://www1.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=5)> Acesso em: 20 mar. 2012.
- 37 **Prefeitura Municipal de Londrina.** A Cidade. Londrina em Dados. 2008. Disponível em: <[http://www1.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=115&Itemid=31](http://www1.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=115&Itemid=31)> Acesso em: 20 mar. 2012.
- 38 Secretaria de Educação do Estado do Paraná. **Núcleo Regional de Educação de Londrina Disponível** em : <<http://www.nre.seed.pr.gov.br/londrina>> Acesso em: 21 mar. 2012.
- 39 \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 196/96-CNS-MS, de 16 de outubro de 1996.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.
- 40 **Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP.** São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. CCEB 2009 - Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302>> Acesso em: 23 mar. 2012.
- 41 DIAS FILHO, J. M.; CORRAR, L. J. Regressão Logística. In: CORRAR, L. J.; PAULO, E.; DIAS FILHO, J. M. (Coord.) **Análise multivariada:** para os cursos de administração, ciências contábeis e economia/ FIPECAFI – Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiras. 1. ed. 2. reimp. São Paulo: Atlas; 2009 p 280-323.

---

---

# *Apêndices*

---

---

---

## APÊNDICE A QUESTIONÁRIO

TÍTULO DA PESQUISA: **Prevalência do uso regular de produtos derivados do tabaco em adolescentes de escolas públicas e fatores associados no município de Londrina, PR**

1. Quantos anos você tem? \_\_\_\_\_
2. Qual é seu sexo?
  - 1- Masculino
  - 2- Feminino
3. Quantas pessoas moram com você em sua casa? \_\_\_\_\_
4. Quantos cômodos têm a casa onde você mora? \_\_\_\_\_
5. Você mora com (*pode assinalar mais que uma das alternativas*):
  - 1- Seu pai
  - 2- Sua mãe
  - 3- Seus irmãos
  - 4- Seu avô
  - 5- Sua avó
  - 6- Outros: \_\_\_\_\_
6. Qual sua raça ou cor?
  - 1- Branca
  - 2- Preta
  - 3- Parda
  - 4- Amarela
  - 5- Indígena
7. Sua mãe estudou até que série?
  - 1- Nunca estudou
  - 2- Fundamental incompleto
  - 3- Fundamental completo
  - 4- Médio incompleto
  - 5- Médio completo
  - 6- Superior incompleto
  - 7- Superior completo
  - 8- Não sei/ não lembro
8. Qual a sua religião?
  - 1- Não tenho religião
  - 2- Católica
  - 3- Evangélica

- 
- 4- Espírita
  - 5- Judaica
  - 6- Outra: \_\_\_\_\_
9. Você realiza alguma atividade em que recebe dinheiro?
- 1- Não
  - 2- Sim, qual? \_\_\_\_\_
  - 3- Às vezes, qual? \_\_\_\_\_
10. No período de 30 dias, quanto você tem em média para gastar com você? (mesada ou outros) \_\_\_\_\_
11. Você realiza alguma atividade física fora do horário de aula?
- 1- Não
  - 2- Sim, 1 ou 2 vezes por semana
  - 3- Sim, 3 ou 4 vezes por semana
  - 4- Sim, 5 ou mais vezes por semana
12. Você já fumou cigarros alguma vez na sua vida, mesmo uma ou duas tragadas?
- 1- Sim
  - 2- Não
13. Quantos anos você tinha quando fumou seu primeiro cigarro? \_\_\_\_\_
14. Nos últimos 30 dias (um mês), você usou outros produtos que contém tabaco, sem ser cigarros (exemplo: fumo de mascar, charutos, cigarrilhas, cachimbo ou narquilé)?
- 1- Não
  - 2- Sim: Qual? \_\_\_\_\_
15. Você acha que é um fumante?
- 1- Sim, por quê? \_\_\_\_\_
  - 2- Não, por quê? \_\_\_\_\_
16. Nos últimos 30 dias (um mês) em quantos dias você fumou cigarros? \_\_\_\_\_
17. Nos últimos 30 dias (um mês) nos dias em que fumou, quantos cigarros você fumou em média por dia? \_\_\_\_\_
18. Quantos anos você tinha quando começou a fumar cigarro diariamente? \_\_\_\_\_
19. Nos últimos 30 dias (um mês), em geral, como você conseguiu seus próprios cigarros?
- 1- Eu os comprei
  - 2- Dei dinheiro para alguém comprá-los para mim
  - 3- Eu os pedi a alguém

- 
- 4- Eu peguei escondido
  - 5- Uma pessoa mais velha me deu
  - 6- Eu os consegui de outro modo: Qual? \_\_\_\_\_

20. Onde você costuma comprar seus cigarros?

- 1- Eu não compro
- 2- No bar ou boteco
- 3- Na padaria
- 4- No supermercado
- 5- Com um vendedor ambulante (Camelô)
- 6- Outro: Qual? \_\_\_\_\_

21. Quando você escolhe uma marca de cigarros, o que você mais leva em consideração?

- 1- A marca que os amigos fumam
- 2- A marca que a propaganda mais bonita
- 3- A marca com imagens de propaganda com que você se identifica
- 4- A marca mais barata
- 5- A marca que tem o melhor sabor
- 6- Não levo em consideração nada

22. Quanto você paga habitualmente por maço de cigarros? \_\_\_\_\_

23. Nos últimos 30 dias (um mês), quanto você acha que gastou com cigarros? \_\_\_\_\_

24. Nos últimos 30 dias (um mês), alguém se recusou a lhe vender cigarros em função de sua idade?

- 1- Sim, alguém se recusou a me vender cigarros em função de minha idade
- 2- Não, minha idade não me impediu de comprar cigarros

25. Que tipo de cigarro você fuma mais?

- 1- Baixos teores (Suave/light)
- 2- Teores regulares (Normal)
- 3- De bali (Cravo)
- 4- Outro, qual? \_\_\_\_\_

26. Em que local você fuma ou fumava com mais frequência?

- 1- Em casa
- 2- Na escola
- 3- No trabalho
- 4- Na casa de amigos
- 5- Em eventos sociais
- 6- Em locais públicos (praças, shopping, calçadas)
- 7- Outros: Qual? \_\_\_\_\_

27. É mais provável que você fume depois de ter ingerido bebidas alcoólicas?

- 
- 1- Não, fumo menos quando bebo álcool
  - 2- Sim, fumo mais quando bebo álcool
  - 3- Fumo a mesma quantidade quando bebo álcool
  - 4- Eu fumo, mais nunca bebo álcool

28. É mais provável que você fume depois de ter usado outras drogas? (maconha, solventes, cocaínas, estimulantes, esteroides, etc.)

- 1- Não, fumo menos quando uso outras drogas
- 2- Sim, fumo mais quando uso outras drogas
- 3- Fumo a mesma quantidade uso outras drogas
- 4- Eu fumo, mais nunca uso outras drogas

29. Seus pais sabem que você fuma cigarros?

- 1- Sim, meu pai
- 2- Sim, minha mãe
- 3- Sim, meu pai e minha mãe
- 4- Não, meus pais não sabem que eu fumo
- 5- Não tenho pais
- 6- Não sei

30. Seus pais permitem que você fume?

- 1- Sim
- 2- Não
- 3- Não sei

31. Você fuma cigarro ou sente vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã?

- 1- Não, não fumo nem sinto vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã
- 2- Sim, às vezes fumo ou tenho vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã
- 3- Sim, sempre fumo ou tenho vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã

32. Quanto tempo após acordar, você fuma seu primeiro cigarro do dia? \_\_\_\_\_

33. Você deseja parar de fumar agora?

- 1- Sim
- 2- Não

34. Neste ano que passou você alguma vez tentou parar de fumar cigarros?

- 1- Sim
- 2- Não

35. Qual foi a principal razão para você decidir parar de fumar cigarros?

- 1- Para melhorar minha saúde
- 2- Para economizar dinheiro
- 3- Porque minha família não gosta
- 4- Porque meus amigos não gostam
- 5- Outro: \_\_\_\_\_

---

36. Você acha que consegue parar de fumar se quiser?

- 1- Sim
- 2- Não

37. Você já recebeu alguma ajuda ou dica para parar de fumar?

- 1- Não
- 2- Sim, de um profissional de saúde
- 3- Sim, de um amigo
- 4- Sim, de um membro da família
- 5- Sim, de profissional da saúde e/ou amigos e/ou membros da família

38. Algum representante de cigarros já lhe ofereceu cigarros gratuitamente?

- 1- Não
- 2- Sim

39. Se um de seus melhores amigos lhe oferecer um cigarro, você aceita?

- 1- Com certeza não
- 2- Provavelmente não
- 3- Provavelmente sim
- 4- Com certeza sim

Explique por quê? \_\_\_\_\_

40. Você acha que vai fumar um cigarro em qualquer dia nos próximos 12 meses?

- 1- Com certeza não
- 2- Provavelmente não
- 3- Provavelmente sim
- 4- Com certeza sim

Explique por quê? \_\_\_\_\_

41. Você acha que daqui 5 anos estará fumando cigarros?

- 1- Com certeza não
- 2- Provavelmente não
- 3- Provavelmente sim
- 4- Com certeza sim

Explique por quê? \_\_\_\_\_

42. Alguém da sua família fuma? (*pode assinalar mais que uma das alternativas*)

- 1- Não, ninguém da minha família fuma
- 2- Sim, meu pai
- 3- Sim, minha mãe
- 4- Sim, meu avô
- 5- Sim, minha avó
- 6- Sim, meu irmão/irmã
- 7- Outra pessoa: Qual? \_\_\_\_\_
- 8- Não sei

43. É permitido fumar dentro de sua casa?

- 1- Sim

- 
- 2- Não
44. Alguns de seus amigos mais próximos fumam cigarros?
- 1- Nenhum
- 2- Alguns, quantos? \_\_\_\_\_
- 3- A maioria, quantos? \_\_\_\_\_
- 4- Todos
45. Você acha difícil alguém largar os cigarros depois de começar a fumar?
- 1- Com certeza não
- 2- Provavelmente não
- 3- Provavelmente sim
- 4- Com certeza sim
- Explique por quê? \_\_\_\_\_
46. Você acha que os rapazes que fumam têm menos ou mais amigos?
- 1- Mais amigos
- 2- Menos amigos
- 3- Nenhuma diferença dos não fumantes
47. Você acha que meninas que fumam têm menos ou mais amigos?
- 1- Mais amigos
- 2- Menos amigos
- 3- Nenhuma diferença dos não fumantes
48. O cigarro faz com que as pessoas se sintam menos ou mais a vontade em comemorações, festas ou outras reuniões sociais?
- 1- Mais a vontade
- 2- Menos a vontade
- 3- Nenhuma diferença das não fumantes
49. Você acha que fumar cigarros torna os rapazes menos ou mais atraentes?
- 1- Mais atraente
- 2- Menos atraente
- 3- Nenhuma diferença dos não fumantes
50. Você acha que fumar cigarros torna as meninas menos ou mais atraentes?
- 1- Mais atraente
- 2- Menos atraente
- 3- Nenhuma diferença dos não fumantes
51. Você acha que fumar cigarros faz ganhar ou perder peso?
- 1- Ganhar peso
- 2- Perder peso
- 3- Não faz diferença
52. Você acha que fumar cigarros é prejudicial à sua saúde?
- 1- Com certeza não
- 2- Provavelmente não

- 
- 3- Provavelmente sim
  - 4- Com certeza sim

53. Quando você vê um homem fumando, o que pensa dele?

- 1- Não tem confiança em si
- 2- É burro
- 3- É um perdedor
- 4- É um vencedor
- 5- É inteligente
- 6- É macho
- 7- Não penso nada

54. Quando você vê uma mulher fumando, o que pensa dela?

- 1- Não tem confiança em si
- 2- É burra
- 3- É uma perdedora
- 4- É uma vencedora
- 5- É inteligente
- 6- É sofisticada
- 7- Não penso nada

55. Você acha que fumar durante um ou dois anos e após esse tempo abandonar o cigarro, esse comportamento lhe acarretará algum problema de saúde?

- 1- Com certeza não
- 2- Provavelmente não
- 3- Provavelmente sim
- 4- Com certeza sim

56. Pessoas que fumam cigarros com baixo teor de alcatrão e nicotina (os chamados cigarros light, suaves, leves) têm menos doenças causadas pelo cigarro do que aquelas que fumam cigarros com alto teor de alcatrão e nicotina?

- 1- Verdadeiro
- 2- Falso

57. É muito difícil deixar de fumar porque a nicotina é uma droga e causa dependência?

- 1- Verdadeiro
- 2- Falso

58. Você acha que os fumantes devem pedir permissão para fumar perto de outras pessoas?

- 1- Sim
- 2- Não

59. Se alguém pedir permissão para fumar perto de você, você permite?

- 1- Sim
- 2- Não

---

60. Você acha que a fumaça do cigarro dos outros lhe é prejudicial?

- 1- Com certeza não
- 2- Provavelmente não
- 3- Provavelmente sim
- 4- Com certeza sim

61. Pessoas que nunca fumaram e que passam anos respirando a fumaça de cigarros de outras pessoas podem morrer de várias doenças associadas ao cigarro?

- 1- Verdadeiro
- 2- Falso

62. Nos últimos 7 dias, em quantos dias fumaram em sua casa, na sua presença?

- 1- nenhum dia
- 2- 1 dia
- 3- 2 dias
- 4- 3 dias
- 5- 4 dias
- 6- 5 dias
- 7- 6 dias
- 8- Todos os dias

63. Nos últimos 7 dias, em quantos dias fumaram na sua presença fora da sua casa?

- 1- nenhum dia
- 2- 1 dia
- 3- 2 dias
- 4- 3 dias
- 5- 4 dias
- 6- 5 dias
- 7- 6 dias
- 8- Todos os dias

64. Você é a favor da proibição de fumar em locais públicos (como restaurantes, ônibus, transportes coletivos, escolas, academias, estádios esportivos, clubes, etc.)?

- 1- Sim
- 2- Não

65. Nos últimos 30 dias, quantas mensagens antitabagismo (contra o cigarro) você viu através dos meios de comunicação (rádio, televisão, jornais, revistas, internet)?

- 1- Muitas
- 2- Poucas
- 3- Nenhuma

66. Quando você vê televisão, vídeos ou filmes com que frequência vê atores fumando?

- 1- Muitas vezes
- 2- Poucas vezes
- 3- Nunca

67. Alguém da sua família já lhe falou a respeito dos danos causados pelo cigarro?

- 1- Sim  
 2- Não

68. No último ano letivo, em alguma aula, lhe falaram a respeito dos perigos do cigarro?

- 1- Sim  
 2- Não  
 3- Não lembro

69. No último ano letivo, foram debatidas em aula as razões pelas quais pessoas de sua idade fumam?

- 1- Sim  
 2- Não

70. Qual foi a última vez em que o cigarro e a saúde foram tema de aula?

- 1- Nunca  
 2- Neste semestre  
 3- No último semestre  
 4- Há 2 semestres  
 5- Há 3 semestres  
 6- Há mais de um ano

71. Você já experimentou bebida alcoólica alguma vez na vida?

- 1- Sim  
 2- Não

72. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você consumiu bebida alcoólica?

\_\_\_\_\_

73. Complete o quadro assinalando com um X as quantidades dos itens abaixo que tem em sua casa:

ITENS	QUANTIDADE DE ITENS				
	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04 ou +
Televisão em cores	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04 ou +
Rádio	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04 ou +
Banheiro	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04 ou +
Automóvel	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04 ou +
Empregada mensalista	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04 ou +
Máquina de lavar (não considerar Tanquinho)	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04 ou +
Videocassete e/ou DVD	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04 ou +

Geladeira	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04 ou +

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2011

74. Quem é o responsável de sua casa? (o chefe da família).

- 1- Seu pai
- 2- Sua mãe
- 3- Outro: \_\_\_\_\_

75. Até que série o responsável de sua casa estudou? (o chefe da família).

- 1- Até 3ª série Fundamental
- 2- Até 4ª série Fundamental
- 3- Fundamental completo
- 4- Médio completo
- 5- Superior completo

76. Gostaria de fazer algum comentário ou dar alguma sugestão?

---



---



---



---



---

Obrigado pela sua participação!

**APÊNDICE B**  
**FOLHA DE RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO**

**TITULO DA PESQUISA: Prevalência do uso regular de produtos derivados do tabaco em adolescentes de escolas públicas e fatores associados no município de Londrina, PR**

1. _____	2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	3. _____
4. _____	5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
7. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	8. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 _____	9. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____ <input type="checkbox"/> 3 _____
10. _____	11. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	12. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
13. _____	14. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____	15. <input type="checkbox"/> 1 _____ <input type="checkbox"/> 2 _____ _____
16. _____	17. _____	18. _____
19. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 _____	20. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 _____	21. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
22. _____	23. _____	24. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
25. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 _____	26. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	27. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

	<input type="checkbox"/> 7	
28. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	29. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	30. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
31. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	32. _____	33. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
34. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	35. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	36. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
37. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	38. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	39. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 _____ _____
40. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 _____ _____ _____	41. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 _____ _____ _____	42. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 _____ <input type="checkbox"/> 8
43. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	44. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____ <input type="checkbox"/> 3 _____ <input type="checkbox"/> 4	45. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 _____
46. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	47. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	48. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
49. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	50. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	51. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
52. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	53. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	54. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7				
55. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	56. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	57. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				
58. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	59. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	60. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4				
61. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	62. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	63. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8				
64. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	65. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	66. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3				
67. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	68. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	69. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				
70. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	71. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	72. _____				
73.	ITENS		QUANTIDADE DE ITENS			
	Televisão em cores	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04 ou +
	Rádio	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04 ou +
	Banheiro	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04 ou +
	Automóvel	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04 ou +
	Empregada mensalista	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04 ou +
	Máquina de lavar	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04 ou +
	Videocassete e/ou DVD	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04 ou +
	Geladeira	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04 ou +	
74. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 _____ _____	75. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	76. _____ _____ _____ _____ _____ _____				
OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO						

## APÊNDICE C

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Pesquisa: “Prevalência do uso regular de produtos derivados do tabaco em adolescentes de escolas públicas e fatores associados no município de Londrina-PR”**

Seu filho(a) está sendo convidado a participar deste estudo, que tem por objetivo obter informações que venham contribuir para ações de prevenção e controle do tabagismo entre os adolescentes de nosso município. Aqui em Londrina, estudantes da 8ª série do ensino fundamental de escolas públicas estarão respondendo esta pesquisa. A participação de seu filho é muito importante e ela se daria através do preenchimento de um questionário. Gostaríamos de esclarecer que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade. Após a conclusão desta pesquisa os questionários serão destruídos. Informamos ainda que a participação nesta pesquisa não é obrigatória, podendo você não consentir ou seu filho recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. A participação nesta pesquisa não terá nenhum custo e nem será remunerada. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar (Adriana H. R. Menezes Telefones: (43) 3356-0879, (43) 8812-5295, e-mail: menezessgtbm@yahoo.com.br, endereço Rua Flor do Paraíso, 80 Jd. Casarin), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº. 60, ou no telefone 3371 – 2490.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

**Adriana Henriques Ribeiro Menezes - RG: 5740134-6**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome por extenso do pai ou responsável do aluno), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, autorizo o(a) menor \_\_\_\_\_ nome por extenso do aluno) em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

Eu \_\_\_\_\_ (nome por extenso do aluno), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

*Anexos*

---

## ANEXO A

### Normas para publicação de trabalhos Revista da Escola de Enfermagem da USP

Os manuscritos, que poderão estar em português, inglês e espanhol, devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto, como figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em Anais de Reuniões Científicas.

A partir do vol. 42, n.3 de 2009 passou a ter uma edição no idioma inglês, editada na versão online. Quando o trabalho for aprovado para publicação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as orientações da **Revista**, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão enviar uma cópia de aprovação emitida pelo Comitê de Ética, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96 ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

A REEUSP apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado no final do resumo.

O(s) autor(es) dos textos são por eles inteiramente responsáveis, devendo assinar e encaminhar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais.

#### **Categorias de manuscritos aceitos pela Revista**

- **Artigo original:** trabalho de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à ciência Enfermagem. Limitado a 15 páginas. Sua estrutura deve conter:
  - **Introdução:** deve ser breve, definir o problema estudado, destacando a sua importância e as lacunas do conhecimento.
  - **Método:** os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e informar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.
  - **Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, descrevendo somente os dados encontrados sem interpretações ou comentários, podendo para

---

maior facilidade de compreensão serem acompanhados por tabelas, quadros e figuras. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito nas ilustrações.

- **Discussão:** deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando os novos e importantes aspectos observados no estudo e discutindo as concordâncias e divergências com outras pesquisas já publicadas.

- **Conclusão:** deve corresponder aos objetivos ou hipóteses do estudo, fundamentada nos resultados e discussão, coerente com o título, proposição e método.

- **Estudo teórico:** análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas.
- **Relato de experiência profissional:** estudo de caso, contendo análise de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos com estratégias de intervenção, evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas. Limitado a 10 páginas.
- **Reflexão:** apreciações críticas sobre temas atuais de interesse para a prática profissional da enfermagem nos seus diversos âmbitos, de modo a propiciar interlocução nacional e internacional. Limitada a 10 páginas.
- **Carta ao editor:** destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na revista, expressando concordância ou não sobre o assunto abordado. Limitada a meia página.

### Descrição dos procedimentos

Cada artigo submetido à Revista é inicialmente analisado quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas *Instruções aos Autores*, sendo sumariamente devolvido em caso de não atendimento. Se aprovado, é encaminhado para avaliação de dois relatores, que o analisam com base no Instrumento de Análise e Parecer elaborado especificamente para tal finalidade, bem como, opinam sobre o rigor metodológico da abordagem utilizada. Havendo discordância nos pareceres, o manuscrito é encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos relatores são analisados pelo Conselho Editorial que, se necessário, indica as alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final dos pareceristas e do Conselho Editorial.

Relações que podem estabelecer conflito de interesse, ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas

### Forma e preparação de manuscritos

Os textos devem ser digitados na ortografia oficial em folhas de papel tamanho A4, com espaço entrelinhas de 1,5cm, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, e as margens inferior, laterais e superior de 2,5 cm.

**Página de identificação:** deve conter o título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas; nome(s) do(s) autor(es),

---

indicando no rodapé da página a função que exerce(m), a instituição a qual pertence(m), títulos e formação profissional, endereço (cidade, estado e país) para troca de correspondência, incluindo e-mail, de preferência institucional, e telefone. Se o artigo for baseado em tese ou dissertação, indicar o título, o nome da instituição e o ano de defesa.

- **Citações** - deve ser utilizado o sistema numérico na identificação dos autores mencionados, de acordo com a ordem em que forem citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos e entre parênteses. Se forem seqüenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último, separados por hífen, ex.: <sup>(1-4)</sup>. quando intercalados, os números deverão ser separados por vírgula, ex.: <sup>(2,6,8)</sup>.
- **Notas de rodapé** - deverão ser indicados por asterisco, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
- **Depoimentos** - frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem seguir a mesma regra de citações, quanto a aspas e recuo (4 cm além das margens), porém em itálico, e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses.
- **Ilustrações** – as tabelas, quadros e figuras devem ter um título breve, serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que forem inseridas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como **figuras**. As tabelas devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Quando a tabela ou figura forem extraídas de outro trabalho, a fonte original deve ser mencionada.
- **Figuras** (fotos, desenhos, gráficos etc) - serão publicadas exclusivamente em P&B, sem identificação dos sujeitos, a menos que acompanhadas de permissão por escrito de divulgação para fins científicos. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- **Apêndices e anexos** - devem ser evitados.
- **Agradecimentos** - contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preenchem os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos", no final do trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também poderão ser mencionadas, as instituições que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.
- **Errata**: após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de errata, deverão enviá-la imediatamente à Secretaria da Revista, por e-mail.

**Resumo**: deve ser apresentado em português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), com espaçamento simples entre linhas explicitando o objetivo da pesquisa, método, resultados e conclusões.

**Descritores**: devem ser indicados de três a seis descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português

---

(Descritores), inglês (Descriptors) e espanhol (Descriptores), extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME e/ou (MeSH) Medical Subject Headings, elaborado pela NLM (National Library of Medicine).

**Referências:** As referências dos documentos impressos e eletrônicos devem ser normalizadas de acordo com o Estilo “Vancouver”, elaborado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), atualizado em 2009, disponível no endereço eletrônico (<http://www.icmje.org>) e os títulos dos periódicos abreviados de acordo com a List of Journals Indexed for MEDLINE (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). O número de referências não deve ultrapassar 22. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. A lista apresentada no final do trabalho deve ser numerada de forma consecutiva e os autores mencionados de acordo com a sequência em que foram citados no texto.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Os artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP devem ser citados preferencialmente no idioma inglês, **na versão online**, a partir de 2009.

## MODELOS DE REFERÊNCIAS

### Periódicos

#### Artigo padrão

Allen G. Evidence for practice. AORN J. 2010;92(2):236-41.

#### Artigo com mais de 6 autores

MACNEELA, P.; CLINTON, G.; PLACE, C.; SCOTT, A.; TREACY, P.; HYDE, A.; et al. Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. **J Adv Nurs**. 2010;66(6):1297-307.

#### Artigo cujo autor é uma organização

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. **Hypertension**. 2002;40(5):679-86.

#### Artigo com múltiplas organizações como autor

American Dietetic Association; Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition and women's health. **J Am Diet Assoc**, 2004;104(6):984-1001.

#### Artigo de autoria pessoal e organizacional

---

ORCHARD, T. J.; TEMPROSA, M.; GOLDBERG, R.; HAFFNER, S.; RATNER, R.; MARCOVINA, S. Diabetes Prevention Program Research Group. The effect of metformin and intensive lifestyle intervention on the metabolic syndrome: the Diabetes Prevention Program randomized trial. **Annals of Internal Medicine** 2005;142(8):611-9.

#### **Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar**

COATS, D. K.; STAGER, D. R. Sr, BEAUCHAMP, G. R.; STAGER, D. R.; JUNIOR MAZOW, M. L.; PAYSSE, E. A., FELIUS, J. Reasons for delay of surgical intervention in adult strabismus. **Arch Ophthalmol**. 2005;123(4):497-9.

SANTOS, E. C. M, FRANÇA JUNIOR, I.; LOPES, F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Revista Saúde Pública**. 2007;41 Supl.2:64-71.

#### **Artigo sem indicação de autoria**

Pelvic floor exercise can reduce stress incontinence. **Health News**. 2005;11(4):11.

#### **Artigo num volume com suplemento**

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno Saúde Pública**, 2004;20 Supl 2:S190-8.

#### **Artigo num fascículo com suplemento**

CRAWFORD, M.; MULLAN, J.; VANDERVEEN, T. Technology and safe medication administration. **Journal Infus Nurs**, 2005;28(2 Suppl):37-41.

#### **Artigo num volume publicado em partes**

ABEND, S. M.; KULISH, N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. **Int J Psychoanal**. 2002;83 Pt 2:491-5.

#### **Artigo num fascículo publicado em partes**

RILLING, W. S.; DROOZ, A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. **Journal of Vascular and Interventional Radiology**. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

#### **Artigo num fascículo sem volume**

RIBEIRO, L. S. Uma visão sobre o tratamento dos doentes mentais no sistema público de saúde. **Revista da USP**. 1999;(43):55-9.

---

**Artigo num número especial**

SILVA, M. S.; KIMURA, M.; STELMACH, R.; SANTOS, V. L. C. G. Qualidade de vida e bem estar espiritual em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2009;43(n.esp):1187-92.

**Artigo sem indicação de fascículo e volume**

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. **HRSA Careaction**. 2002 Jun:1-6.

**Artigo com paginação em algarismos romanos**

CHADWICK, R.; SCHUKLENK, U. The politics of ethical consensus finding. **Bioethics**. 2002;16(2):iii-v.

**Artigo com publicação de errata**

ALTIZER, L. Strains and sprains. **Orthop Nurs**. 2003;22(6):404-11. Erratum in: **Orthop Nurs**. 2004;23(1):38.

**Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (*ahead of print*)**

WANGENSTEEN, S.; JOHANSSON, I. S.; BJÖRKSTRÖM, M. E.; NORDSTRÖM, G. Critical thinking dispositions among newly graduated nurses. **Journal of Advanced Nursing**. 2010 Apr 1. [Epub ahead of print]

**Artigo no prelo “In press”**

BOTENE, D. Z. A.; PEDRO, E. N. R. Implicações do uso da terapia antirretroviral no modo de viver de crianças com AIDS. **Revista da Escola Enfermagem da USP**. 2011;45(1). No prelo

**Artigo provido de DOI**

EDUARDO, L. P.; EGRY, E. Y. Estatuto da Criança e do Adolescente: a visão dos trabalhadores sobre sua prática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2010;44(1):18-24.  
DOI: 10.1590/S0080-62342010000100003.

---

## Livros e outras Monografias

### **Livro padrão com autor pessoal**

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed; 2010.

EYRE, H. J.; LANGE, D. P.; MORRIS, L. B. **Informed decisions: the complete book of cancer diagnosis, treatment, and recovery**. 2nd ed. Atlanta: **American Cancer Society**; c2005.

### **Organizador, editor, coordenador como autor**

KURCGANT, P. (Coord). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

### **Instituição como autor**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a assistência integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília; 2003.

### **Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra**

MOREIRA, A.; OGUISSO, T. **Profissionalização da enfermagem brasileira**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. **Gênese da profissionalização da enfermagem**; p. 23-31.

### **Capítulo de livro, cujo autor é um colaborador**

KIMURA, M.; FERREIRA, K. A. S. L. **Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor**. In: CHAVES, L. D.; LEÃO, E.R. (Ed.) **Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. Curitiba: Ed. Maio; 2004. p. 59-73.

### **Dissertações e teses (recomenda-se citar os artigos provenientes deste tipo de publicação)**

SILVEIRA, C. T. **A assistência da equipe de enfermagem no posicionamento cirúrgico do paciente durante o período intra-operatório** (Dissertação) – Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem; São Paulo, 2008

SOARES, A. V. N. **Carga de trabalho no sistema de alojamento conjunto** (Tese) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, São Paulo, 2009.

GUIRADO, M. **A análise institucional do discurso como analítica da subjetividade**. (Tese livre-docência). Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia, São Paulo, 2009.

---

### Documentos legais (adaptados)

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado; 1988.

### Dicionários e obras de referência similares

SOUZA, L. C. A, (Ed). **Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem 2005/2006**: AME. 4. ed. Rio de Janeiro: EPUB; 2004. Metadona; p. 556-7.

### Documentos eletrônicos

#### Artigo de periódico na Internet

MIRANDA L.; ONOCKO CAMPOS, R. T. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Caderno Saúde Pública** [Internet]. 2010 [citado 2010 jul. 15];26(6):1153-62. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/09.pdf>>

#### Artigo de periódico na Internet provido de DOI

LEONELLO, V. M., OLIVEIRA, M. A. C. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet]. 2010 [citado 2010 jul. 10]; 63(3):366-70. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3pdf>> DOI 10.1590/S0034-71672010000300003.

#### Livro na íntegra na Internet

KASPER, D. L.; BRAUNWALD, E.; FAUCI, A. S. **Harrison's online** [Internet]. 16th ed. Columbus (OH): McGraw-Hill; c2006 [cited 2006 Nov 20]. Available from: <<http://www.accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=4>>

---

## Capítulo de livro na Internet

LOIZZO, F.; MENTHONNEX, E.; MENTHONNEX, P.; FILIPACK, V. A. A regulação das saídas das unidades móveis de cuidados intensivos na França (SMUR) e no Brasil (UTIM). In: MARTINEZ ALMOYNA, M.; NITSCHKE, C. A. S. (Org.) **Manual de regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência: SAMU** [Internet]. Florianópolis; c1999 [citado 2008 nov. 7]. Disponível em: [neu.saude.sc.gov.br/arquivos/manual\\_de\\_regulacao\\_medica\\_de\\_urgencia.pdf](http://neu.saude.sc.gov.br/arquivos/manual_de_regulacao_medica_de_urgencia.pdf)

## Dissertações e teses

BARALDI, S. **Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem** (Internet). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2005 [citado 2006 set. 29]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-20062006-144209>

## Documentos legais (adaptados)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 27 de janeiro de 2007. **Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle** (Internet). Brasília; 2007 [citado 2009 mar. 25]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html)

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento NLM's Citing Medicine, adaptado pela NLM para as suas bases de dados e utilizado, atualmente, pelo Uniform Requirements.

Observação: Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências.

---

## ANEXO B

### Normas para publicação de Trabalhos Revista Cadernos de Saúde Pública

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

#### 1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras);
- 1.2 Artigos - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras);
- 1.3 Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras);
- 1.4 Resenhas - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
- 1.5 Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras);
- 1.6 Debate - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras);
- 1.7 Fórum - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

#### 2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

#### 3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- 
- \* Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
  - \* ClinicalTrials.gov
  - \* International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
  - \* Netherlands Trial Register (NTR)
  - \* UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
  - \* WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

#### 4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

#### 5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

#### 6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

#### 7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

#### 8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

---

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

## 9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## 10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## 11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em:

<http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html>.

Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

11.2 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.3 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## 12. Envio do artigo

12.1 A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos

<http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as

---

normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, abstract e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

12.7 Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do abstract em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e abstract; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, sendo aceito o máximo de cinco (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

---

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### 13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

### 14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

### 15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

---

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

Cadernos de Saúde Pública  
Rua Leopoldo Bulhões 1480  
Rio de Janeiro RJ 21041-210 Brasil  
cadernos@ensp.fiocruz.br

© 2009 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.