

**LARISSA BORGES DE RESENDE MALDONADO**

**COMPORTAMENTO DE UNIVERSITÁRIOS EM RELAÇÃO AO  
TABAGISMO: subsídios para ações promotoras de saúde**

**FRANCA  
2013**

**LARISSA BORGES DE RESENDE MALDONADO**

**COMPORTAMENTO DE UNIVERSITÁRIOS EM RELAÇÃO AO  
TABAGISMO: subsídios para ações promotoras de saúde**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>.: Dra. Glória Lúcia Alves Figueiredo.

**FRANCA  
2013**

**Catálogo na fonte – Biblioteca Central da Universidade de Franca**

M211c                    Maldonado, Larissa Borges de Resende  
                                 Comportamento de universitários em relação ao tabagismo : subsídios para  
ações promotoras de saúde / Larissa Borges de Resende Maldonado ;  
orientador: Glória Lúcia Alves Figueiredo. – 2013  
47 f. : 30 cm.

Dissertação de Mestrado – Universidade de Franca  
1. Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestre em Promoção de Saúde

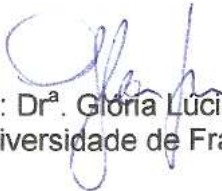
1. Promoção de saúde – Tabagismo. 2. Drogas – Estudantes. 3. Drogas –  
Assunção de riscos. 4. Hábito de fumar. I. Universidade de Franca. II. Título.

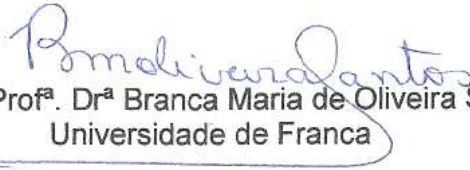
CDU – 614:613.84


LARISSA BORGES DE RESENDE MALDONADO

COMPORTAMENTO DE UNIVERSITÁRIOS EM RELAÇÃO AO  
TABAGISMO: subsídios para ações promotoras de saúde

COMISSÃO JULGADORA DO PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DE  
SAÚDE

  
Presidente: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Glória Lúcia Alves Figueiredo  
Universidade de Franca

  
Titular 1: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Branca Maria de Oliveira Santos  
Universidade de Franca

  
Titular 2: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edileusa da Silva  
Universidade Federal de Uberlândia - UFU

FRANCA  
2013

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por sempre me iluminar.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dra. Glória Lúcia Alves Figueiredo, pelo apoio, ensinamentos e compreensão dispensados. Mesmo com pouco tempo decidiu me auxiliar, é exemplo de profissionalismo, dedicação e competência. Obrigada, por tudo e pela amizade conquistada.

À professora Dra. Rosalina Carvalho da Silva pela orientação e atenção, agradeço o esforço e desejo saúde e felicidades.

Aos meus pais, Tomaz e Josenice, pelo apoio incondicional que sempre dispensam a mim em todas as fases da minha vida; e pelo exemplo de honestidade, responsabilidade e forte base familiar.

Aos meus irmãos, Luciano, Lorena e Lucas, pelo carinho e auxílio em todos os momentos que precisei.

Ao meu esposo Rodrigo pelo apoio durante todo o processo do curso de mestrado e acima de tudo pela compreensão principalmente em minhas ausências; pelo papel de pai e mãe dedicados à nossa filha.

Agradeço e peço desculpas a minha filha Ana Clara; deixo aqui o exemplo de dedicação e valorização da busca pelo conhecimento.

Às amigas e companheiras de viagem e estudo: Carol, Leonice e Nara pelos momentos de alegria, companheirismo e pelas orientações durante o curso. Vocês são grandes amigas que considerarei para sempre.

## RESUMO

MALDONADO, Larissa Borges de Resende. **Comportamento de universitários em relação ao tabagismo:** subsídios para ações promotoras de saúde. 2013. 47f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) - Universidade de Franca, Franca - SP.

O consumo de tabaco e suas consequências adversas é um tema de preocupação mundial, dado o número de usuários existentes e seu impacto sobre a qualidade de vida das pessoas, principalmente entre os jovens. O objetivo foi conhecer o comportamento dos universitários em relação ao uso do tabaco, com vistas a subsidiar ações promotoras de saúde. Estudo descritivo de abordagem quantitativa, com 50 estudantes tabagistas de um Centro Universitário de um município de Minas Gerais, em 2013. Todos os participantes foram informados e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os instrumentos para a coleta de dados foram: Critério de Classe Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP) versão 2012, e o Teste de Dependência a Nicotina de Fargerström, acompanhados de questões de gênero e idade. Os resultados identificaram prevalência de 3,5 % de universitários fumantes; predomínio do sexo masculino (76%); com idade de 30 anos e mais (50%); pertencentes à classe econômica B (74%); baixa dependência a nicotina (65%). Conclui-se que a baixa dependência da amostra, favorece intervenções de nível mais simples, como uma abordagem Cognitivo-Comportamental, possível de ser realizada no ambiente universitário. Espera-se que os resultados apresentados neste estudo possam contribuir para o desenvolvimento de ações e estratégias específicas que objetivem a melhoria das condições de saúde e de qualidade de vida em ambientes universitários, no que se refere ao tabagismo.

**Palavras-chave:** estudante; assunção de riscos; hábito de fumar; promoção de saúde.

## ABSTRACT

MALDONADO, Larissa Borges de Resende. **Smoking behavior among college students:** subsidies for health promoting actions. 2013. 47p. Thesis (Master degree in Health Promotion) – University of Franca, Franca - SP.

Tobacco use and its adverse consequences is an issue of global concern, given the number of existing users and their impact on quality of life, especially among young people. The aim was to study the behavior of students in relation to tobacco use, in order to support actions that promote health. A quantitative descriptive study, with 50 students smoked a University Center of a municipality in Minas Gerais in 2013. All participants were informed and signed an informed consent form. The instruments for data collection were Criterion Economy Brazil (OSCC) of the Brazilian Association of Research Companies (ABEP) 2012 version, and the Test of Nicotine Dependence Fargerström, accompanied by gender and age. The results showed prevalence of 3.5% of college smokers, male predominance (76%), aged 30 years and over (50%), belonging to economy class B (74%), low nicotine dependence (65 %). It is concluded that the low dependence of the sample favors interventions simplest level, as a Cognitive-Behavioral approach, can be held in the university environment. It is hoped that the results presented in this study may contribute to the development of specific strategies and actions that aim to improve the health and quality of life in university environments, with regard to smoking.

**Keywords:** Student; risk-taking; smoking; health promotion.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição dos universitários em relação a sexo e faixa etária	30
<b>Tabela 2</b> - Distribuição dos universitários em relação ao perfil econômico segundo CCEB	33
<b>Tabela 3</b> - Distribuição dos universitários em relação ao grau de dependência do tabaco de acordo com o Teste de Fargerström	34



## LISTA DE ABREVIATURAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
INCA	Instituto Nacional do Câncer
CID-10	Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças
PIB	Produto Interno Bruto
DANT	Doenças e Agravos não Transmissíveis
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
PS	Promoção de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNCT	Política Nacional de Controle do Tabagismo
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
CCEB	Critério de Classe Econômica Brasil
IPDSA	Instituto de Planejamento e Desenvolvimento
MS	Ministério da Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
CEFET	Centro Federal de Educação Tecnológica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEPE	Comitê de Ética em Pesquisa
UNIFRAN	Universidade de Franca
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas

FTQ	Questionário de Tolerância de Fagerström
SA	Síndrome de Abstinência
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
TRN	Terapia de Reposição de Nicotina

## SUMÁRIO

<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	11
TABAGISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	11
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O TABACO: ações promotoras de saúde.....	14
<b>OBJETIVOS</b> .....	21
OBJETIVO GERAL.....	21
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	22
NATUREZA DO ESTUDO .....	22
LOCAL DE ESTUDO .....	22
SUJEITOS DA PESQUISA.....	23
ASPECTOS ÉTICOS.....	23
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	24
COLETA DE DADOS .....	26
TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	27
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	28
<b>CONCLUSÕES</b> .....	37
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	39
<b>ANEXOS</b> .....	43
<b>APÊNDICE I</b> .....	46

## REVISÃO DA LITERATURA

### TABAGISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O uso de drogas psicoativas e suas consequências adversas são um tema de relevante preocupação mundial, dado o número de usuários existentes e seu impacto sobre os indivíduos e a sociedade. Dentre estas drogas, o tabaco, especificamente, aparece como uma das principais preocupações na área da saúde pública (1).

O tabaco é uma planta da família das Solanáceas da qual existem diversas variedades - a principal é a *Nicotiana tabacum*. Quando o tabaco é queimado libera na fumaça substâncias químicas voláteis, dentre elas, a nicotina, seu componente ativo mais importante, considerada uma droga psicoativa que causa dependência e eleva o ritmo cardíaco e a pressão arterial (2).

Quando o tabaco é inalado, a nicotina leva aproximadamente sete segundos para atingir o sistema nervoso central. O usuário sente rapidamente os efeitos provocados pelo fumo, tais como: aumento da capacidade mental, melhora da atenção e diminuição da ansiedade; relaxamento da musculatura estriada, náusea e vômito, eventualmente (3).

Esta droga está presente na maioria das civilizações e integra valores e comportamentos da humanidade. Por ser considerada uma droga lícita e de baixo custo, o tabaco tem seu acesso facilitado à população. Em razão da ampla divulgação e da fácil distribuição do produto, o tabagismo vem aumentando sua prevalência na sociedade, bem como os problemas de saúde decorrentes do consumo (2,4).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2008 o consumo do tabaco apareceu como fator de risco em seis das oito principais causas de morte no mundo, dentre elas, as doenças cardíacas e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Foi responsável por 90% de todos os cânceres de pulmão e compromete a qualidade do ar, pois a fumaça polui o ambiente com substâncias químicas tóxicas e/ ou cancerígenas.

O referido relatório alertou que o cigarro, além de trazer prejuízos para a saúde dos fumantes passivos, tem forte impacto sobre os fetos de mães fumantes, causa partos prematuros e/ou recém-nascidos com baixo peso. Asmáticos, crianças e adultos que têm predisposição a doenças cardíacas também podem sofrer com os danos causados pela fumaça ambiental dos cigarros.

Os números do tabagismo são alarmantes no mundo inteiro. A OMS avalia que, a cada dia, 100 mil crianças se tornam fumantes em todo o planeta. Estima-se que por volta do ano de 2030 o consumo de produtos derivados do tabaco poderá ser responsável por 10 milhões de mortes anuais. Atualmente, esse número se aproxima de cinco milhões de óbitos por ano, enquanto que 200 mil mortes ocorrem por uso de drogas ilícitas (4,5).

Especialistas americanos e canadenses realizaram dois grandes estudos, publicados na revista *The New England Journal of Medicine*, e constataram que fumantes morrem, em média, 10 anos mais cedo do que o restante da população. Também ressaltaram que, hoje, a probabilidade de os indivíduos desse grupo falecer por câncer no pulmão e outras doenças relacionadas ao tabagismo é a mesma para ambos os sexos, ainda que haja maior prevalência do consumo entre os homens.

A OMS classificou o tabagismo como a principal causa evitável de doença e de morte prematura nos países desenvolvidos. O consumo de tabaco tem um forte impacto negativo na saúde, na sociedade e na economia (6).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a nicotina do tabaco causa dependência química similar à dependência de drogas psicoativas, sendo o tabagismo registrado na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), como uma patologia no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa (7).

O impacto social e econômico é uma vertente incontornável do tabagismo. Apesar dos produtos do tabaco serem sujeito a elevadas taxas que, em geral, representam 2% a 5% do volume de impostos recolhidos por cada país, os custos associados ao tabagismo ultrapassam largamente este valor. Nos países mais desenvolvidos, os custos das doenças relacionadas com o tabagismo situam-se geralmente entre 6% e 15% do total dos custos de saúde. Estimam-se entre 200 e 500 bilhões de dólares por ano os custos devidos ao consumo de tabaco no mundo (doenças, diminuição da produtividade e danos ambientais), o que representa uma

redução de 3,6% no Produto Interno Bruto (PIB) mundial. No mundo, dois terços dos países importam tabaco e cigarros, um fator que pesa para desequilibrar as economias (8).

Nos países com médio e baixo rendimento, os custos de fumar podem representar 5% a 15% do orçamento familiar, ao mesmo tempo em que a taxa de crianças subnutridas pode alcançar os 20% e, alguns casos, chegar aos 50%. Os agricultores que cultivam tabaco pagam, a médio e em longo prazo, os custos de uma cultura intensiva e sofrem doenças específicas relacionadas com o manuseamento de pesticidas e das plantas (8).

Outros custos econômicos e sociais que podem estar relacionados com o tabagismo são: absentismo e a redução da produtividade, a poluição, o desflorestamento, o contrabando e outras formas de crime (9).

Na inter-relação das esferas sanitária, social e econômica, alguns estudos referem a tendência crescente para a associação entre o tabagismo e a pobreza. Nos países mais desenvolvidos, o grupo das pessoas em condição social mais desfavorável, que acumulam rendimento baixo, habitação inadequada, desemprego e mais filhos, tem uma taxa mais alta de tabagismo. Geralmente este grupo fuma mais cigarros e têm mais dificuldade em deixar de fumar. Para ilustrar o impacto desta dimensão do problema, estima-se que dois terços do excesso de morte prematura nos grupos economicamente mais desfavorecidos são causados pelo tabaco (9).

O tabaco é a segunda droga mais consumida entre os jovens no mundo inteiro, inclusive no Brasil. Isto se deve aos fatores que facilitam a obtenção do produto em função do baixo preço, promoção e propagandas, até então recentes, que associam o uso do tabaco a imagens de ascensão social, sucesso, liberdade, entre outros (10).

Observa-se que, entre a década de 30 e 90, a proporção de mortes por Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) cresceu mais de três vezes e o tabagismo apareceu como a principal causa de óbitos e de enfermidades no Brasil (11).

Levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil desde a década de 80 descrevem a prevalência do tabagismo. O hábito de fumar se instala precocemente e 80% dos adultos fumantes declararam ter iniciado o consumo antes dos 18 anos

de idade. O estudante universitário vem recebendo destaque como o principal ator do crescimento da prevalência do uso de cigarros (5).

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (MS), entre 2002 e 2003, com jovens brasileiros de 15 a 24 anos encontrou uma prevalência média do hábito tabágico de 12,8%. A maior taxa foi encontrada em Porto Alegre, com 24,1% dos jovens entrevistados usuários de cigarro (12).

No Brasil ocorrem anualmente cerca de 200 mil óbitos relacionados ao tabagismo. Dentre as capitais brasileiras, Porto Alegre, também, se destaca por apresentar 25,2% da população adulta de fumantes, com prevalência igual em ambos os sexos (12).

O tabagismo aparece como fator causal de quase 50 diferentes doenças incapacitantes e fatais. No Brasil, ele foi responsável em 2007 por 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% das mortes por enfisema, 25% das mortes por derrame e 30% das mortes por câncer; e, ainda, 90% dos casos de câncer de pulmão ocorreram em fumantes. Desencadeia e agrava condições como a hipertensão e o diabetes, além de aumentar o risco das pessoas de desenvolver e morrer por tuberculose. Sua fatalidade representa mais do que a soma das mortes por alcoolismo, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), acidentes de trânsito, homicídios e suicídios, juntos (7).

## POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O TABACO: ações promotoras de saúde

O conceito atual de promoção de saúde (PS), bem como sua prática, baseou-se em três grandes conferências internacionais sobre o tema - realizadas entre 1986 e 1991, em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsväl (1991) (13).

A primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em Ottawa, teve como principal produto a Carta de Ottawa, conceituando-a como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Assim, a ideia de que o contexto social era um determinante da saúde, ampliou o sentido de PS para os fatores sociais e ambientais (13,14).

Portanto, PS não se refere apenas a ações que tratam os cuidados primários de saúde com utilização de tecnologias simples, de baixo custo e bem aceitos pela

comunidade, mas sim a um programa que depende muito da educação da comunidade para que ela interfira diretamente no seu processo de saúde. A promoção da saúde ocorre com o envolvimento de todos da comunidade (15).

Na Conferência de Adelaide, em 1988, foram definidas quatro áreas prioritárias para se promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis sendo: saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; e criação de ambientes favoráveis. Os ambientes favoráveis receberam destaque na terceira conferência que aconteceu em Sundsväl (1991), chamando atenção também para quatro aspectos importantes: a dimensão social; política e econômica; além da necessidade de utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores (13).

A partir das Cartas e Declarações das Conferências Internacionais, o conceito da PS, antes considerada como prevenção de doenças, se consolidou como eixo norteador de práticas em saúde e estabeleceu um novo significado para os conceitos de saúde e doença, sujeito e educação (16).

A PS enquanto estratégia do setor saúde busca melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidades (17).

A Declaração de Jacarta foi o documento elaborado na IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na Indonésia, em 1997, e abordou o reforço da ação comunitária. A V Conferência aconteceu na cidade do México, em 2000. Esta definiu a PS como prioridade para a elaboração de políticas em qualquer esfera gestora e ressaltou o papel da participação social, seja no fortalecimento das redes que já existiam, na efetivação das ações de promoção da saúde e outros (13).

Durante o processo de redemocratização do país, no final dos anos 80, ocorreu a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), nova política de saúde que partia dos princípios doutrinários de Universalização, Integridade e Equidade. Mas ainda haveria muito trabalho, pois essa reforma sanitária implicaria em uma série de mudanças e transformações, uma reorganização dos serviços e mudanças no modelo de atenção à saúde (16).

A partir das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde, em 2006 o MS propôs a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).



Esta política objetivou enfrentar os desafios de produção da saúde num cenário sócio histórico cada vez mais complexo e que exigia a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema para a assistência à saúde, que incluem a alimentação saudável, a prática de atividade física e a prevenção e controle do tabagismo (18).

Além desta estratégia, o MS, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde composta por três eixos: O Pacto em Defesa do SUS, O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto pela Vida que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um (18).

Dentre as macro-prioridades do Pacto em Defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase para o fortalecimento e qualificação da Estratégia da Saúde da Família. Além da promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física; promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento; e o controle do tabagismo (18).

Desde 1985, o Brasil desenvolve intervenções para o controle do tabagismo e seu Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) é considerado inovador. Em destaque, a Lei Federal nº 9.294/96 que proíbe o fumo em locais públicos e de trabalho. Mesmo com esse avanço, de acordo com o INCA, cerca de 20 milhões de brasileiros com idade até 15 anos convivem com a poluição tabágica ambiental (19).

Outra determinação é a exigência de colocação de advertências em maços de cigarros. A propaganda é vista como um importante fator para a promoção e reforço do uso do tabaco entre os jovens. A indústria do tabaco tende a trabalhar a propaganda de forma enganosa, demonstrando um lado de beleza e poder em relação ao uso do fumo. Diante dessa realidade, a legislação brasileira sobre o tabaco proíbe sua propaganda e divulgação. Sobre esse aspecto, o uso nos maços de cigarros de imagens que exibem os malefícios dessa droga para a saúde do indivíduo colocou o Brasil reconhecido internacionalmente como um dos países em desenvolvimento que mais executam políticas de controle do tabaco (10).

O Brasil é um dos poucos países que dispõem de uma agência responsável pela regulamentação dos produtos derivados do tabaco, incluindo a comercialização, os teores das substâncias e a distribuição dos produtos. É o primeiro país a proibir adjetivos enganosos nos maços de cigarros, como “*light*” ou “*suave*”(19).

Os maços de cigarros não contêm informações adequadas sobre o produto que está sendo adquirido e sobre os riscos associados ao seu consumo. Por esse motivo, desde a década de 60 um número cada vez maior de governos passou a exigir que as empresas de cigarros incluam advertências em seus produtos. E aqui, mais uma vez o Brasil se destaca, pois os rótulos e *design* dos maços de cigarros são regulamentados de modo a exibir todos os elementos químicos que compõem sua fórmula, além da exigência da divulgação de mensagens de alerta sobre os riscos do produto (10).

Não existe uma intervenção-chave para o controle do tabagismo. O consenso atual sobre os programas de controle do tabaco indica que as medidas mais eficazes são aquelas destinadas a reduzir a demanda, que incluem: impostos elevados sobre os cigarros, medidas independentes de preços para controle do consumo e maior acesso aos programas de cessação. Os instrumentos ou mecanismos para reduzir a demanda são: aumento de preços e de impostos, divulgação de informação sobre as consequências para a saúde, restrições ao fumo que não estejam relacionadas aos preços, e regulamentação dos produtos do tabaco (19).

De acordo com as informações acima, a elevação da carga tributária seria o principal instrumento para o controle da demanda. Vale considerar que mesmo com os impostos cobrados pelo governo brasileiro, que correspondem a aproximadamente 74% dos preços dos cigarros, o valor deste produto é relativamente baixo no país (19).

Não só no Brasil, mas internacionalmente, a luta antitabagismo tem tomado proporções políticas importantes. Desde 1999, durante a 52ª Assembleia Mundial de Saúde, o reconhecimento do tabagismo como uma epidemia global que acarreta diversos problemas para a saúde física e também ambiental, com consequências sociais, econômicas e sanitárias, fez com que a Organização Mundial de Saúde desenvolvesse, juntamente com seus 192 Estados Membros, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), primeiro tratado internacional de saúde pública que fixa padrões internacionais para o controle do tabaco (19).

Este tratado estabeleceu medidas que devem ser adotadas pelos países, que vão desde o processo de controle da poluição tabágica ambiental aos programas educativos e de conscientização, bem como programas de tratamento da dependência da nicotina, representando uma mudança de paradigma. A CQCT afirma a importância das estratégias destinadas à redução da demanda e também aos aspectos relacionados à limitação da oferta, tendo sido assinada pelos Estados Membros da OMS, em 2003, e posteriormente ratificada por vários países. O Brasil ratificou a CQCT em novembro de 2005. Desde sua ratificação, os países têm utilizado o tratado para promover o fortalecimento do controle do tabagismo.

A OMS, na Convenção-Quadro sobre Controle do Tabaco (CQCT) enfatiza a especial contribuição e vital importância da participação das entidades de profissionais de saúde, acadêmicos e instituições de saúde nas esferas nacional e internacional na luta contra o uso do tabaco (19, 20).

O uso de drogas entre os estudantes universitários é visto como um desafio na área da saúde pública, uma vez que eles demonstram um consumo de drogas mais intenso e frequente do que outras parcelas da população em geral. Este fato se potencializa devido à maior vulnerabilidade dos jovens (1).

O conhecimento sobre o uso de drogas entre os jovens se justifica, especialmente, por quatro motivos: a maioria das pessoas começa a usar drogas na juventude; é entre os jovens que as atividades de prevenção têm mais resultados; as tendências do uso de drogas ilícitas entre os jovens são indicativos de mudanças sociais e políticas, pois os jovens são mais sensíveis; os jovens têm facilidades de acesso a uma ampla variedade de substâncias (21).

Novos padrões de uso ou modificação dos padrões já existentes apresentam um desafio particular às autoridades públicas para o desenvolvimento de um conjunto apropriado de políticas, uma vez que o início precoce do uso de drogas está associado a uma série de resultados negativos para a saúde dos jovens (21).

O reconhecimento dos jovens por parte das políticas públicas decorre do entendimento de que a juventude é uma etapa do ciclo da vida e não uma mera fase de transição. Marcada pela superação da condição anterior de dependência e proteção familiar exigida pela infância e adolescência, é na juventude que o indivíduo processa de maneira mais intensa a conformação de sua trajetória, valores, e a busca de sua plena inserção na vida social (22).

A experimentação e início do tabagismo antes dos 20 anos de idade estão comumente relacionados ao período de transição do ensino médio para o ensino superior, sendo que muitos jovens podem ter o primeiro contato com o cigarro quando ingressam na faculdade (23).

A vulnerabilidade dos jovens ao ingressar na universidade determina o início do consumo de álcool e outras drogas como o cigarro. Com o afastamento físico dos antigos amigos e familiares e a formação de novas amizades no período da universidade, os universitários passam a intensificar a diversão noturna e se tornam mais suscetíveis ao comportamento de risco, inclusive o tabagismo (24, 25).

Ao se tratar de jovens, os universitários têm merecido especial atenção, seja pelo recebimento de investimentos científicos ou pelo potencial que deverão exercer na sociedade e ao desenvolvimento do país como um todo (1).

Pensando na universidade, enquanto ambiente favorável para o trabalho de combate ao fumo, ela é vista como um espaço em que se deveria investir em saúde, na medida em que desempenha um papel primordial no processo de determinação de estilos de vida. A universidade, também, pode ser considerada uma das estratégias da PNPS por ser considerado ambiente saudável (26).

Reforçando a importância da universidade como local estratégico de combate ao tabagismo, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), Oficina Regional da OMS, lançou em 1995, a iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde e Universidades Saudáveis, e desde então tem fortalecido suas ações de promoção da saúde na escola por meio de reflexões e discussões sobre atividades no campo da saúde escolar (27).

A Universidade Saudável é uma iniciativa dirigida a apoiar processos para melhorar a saúde da comunidade garantindo-se o direito a saúde e educação, com a promoção de bem-estar e qualidade de vida a todos os membros da comunidade. Tem como objetivo fortalecer a capacidade do setor de saúde e de educação para promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida. Incentiva o compromisso dos membros da comunidade com ações dirigidas para melhorar a saúde e o desenvolvimento local, com garantia de qualidade de vida para a comunidade (27).

As universidades têm potencial de afetar significativamente e de modo positivo a vida e a saúde de seus membros. Os estudantes são propensos a novos padrões de comportamento, sejam eles de risco ou não. Sendo assim, as universidades se colocariam à frente para promover e proteger a saúde dos

universitários, docentes e comunidade. As Universidades Promotoras de Saúde teriam como desafio desenvolver projetos que sejam criativos, desafiadores, interativos e que favoreçam vários aspectos (28).

As atribuições das universidades para influenciar a saúde e a qualidade de vida de seus membros e comunidade, de modo a contribuir para o conhecimento e o reforço da cidadania têm sido muito discutidas. O compromisso das Universidades Promotoras de Saúde seria com a sociedade, e seu principal desafio seria integrar as políticas de saúde às das práticas universitárias, a partir de desenvolvimento de projetos e planejamentos sustentáveis que oferecessem cuidados primários de saúde e facilitassem o desenvolvimento pessoal e social dentro da comunidade (29).

Ao longo do tempo, a universidade tem apresentado diversas significações no que diz respeito a sua função social, missão e organização; hoje, ela se apresenta como um espaço social no qual podem ser desenvolvidos processos de ensino/aprendizagem que articulem ações de naturezas diversas, com envolvimento de seu território e seu entorno (29).

A elaboração do estudo do comportamento dos universitários em relação ao tabagismo se justifica no contexto na área da promoção da saúde, pois contempla a dimensão biopsicossocial do indivíduo, em que a preocupação com o bem estar e adoção de medidas saudáveis promovem melhorias na qualidade de vida. Visto que partimos do pressuposto de que seja possível trabalhar a redução de danos no desenvolvimento de ações que oportunizem a transformação consciente dos universitários para adoção de práticas de vida saudáveis de caráter emancipatório.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL

- Conhecer o comportamento dos universitários em relação ao uso do tabaco, com vistas a subsidiar ações promotoras de saúde.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população do estudo quanto aos aspectos: sexo, idade e classificação econômica segundo o Critério de Classe Econômica Brasil (CCEB).

- Identificar o grau de dependência de nicotina entre os universitários tabagistas (Teste de Fargerström).

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **NATUREZA DA PESQUISA**

O método escolhido para a realização desta pesquisa foi o descritivo, com abordagem quantitativa a fim de conhecer o comportamento dos universitários de um Centro Universitário de um município de Minas Gerais em relação ao uso do tabaco, com vistas a subsidiar ações promotoras de saúde.

### **LOCAL DE ESTUDO**

O estudo foi realizado em uma instituição de ensino superior, atualmente constituída por 3 institutos: o Instituto de Ciências Exatas e Humanas (ICHE), o Instituto Superior de Educação/Tecnológico (ISE/T) e o Instituto de Ciências da Saúde (ICS). São oferecidos 12 cursos de graduação.

Esta instituição está localizada em um município de Minas Gerais, localizado na região sudeste do estado. Esse município tem 147 anos e atualmente conta com 95.988 habitantes. É considerado o polo da Microrregião do Planalto de Araxá e do Alto Paranaíba e registrou no ano de 2008 um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de 25.803,30 reais (30).

De acordo com o Instituto de Planejamento e Desenvolvimento do município (IPDSA), a cidade possui um médico para cada 594 habitantes, superando a média do estado e do Brasil, em que o parâmetro é de um médico para cada mil habitantes (30).

Ainda conforme o IPDSA a rede de saúde do município contém 05 (cinco) unidades básicas de saúde, 13 (treze) núcleos de saúde da família, 01 (um) pronto atendimento e 03 (três) hospitais conveniados com o SUS. Os estabelecimentos públicos realizam cuidados na atenção primária e secundária em ambientes ambulatorial, hospitalar, atendimento de urgência, emergência e apoio diagnóstico.

Há também o serviço de vigilância em saúde, com equipes da vigilância epidemiológica, sanitária e serviço de zoonoses.

O documento referido acima apresenta como indicadores de saúde de 2008, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH) de 0,799, taxa de mortalidade infantil de 5,6/1000 nascidos vivos e cobertura vacinal de 97%.

Em relação à área da educação, o município conta com as seguintes instituições: um Centro Federal de Educação Tecnológica (CEFET) e 03 (três) instituições de ensino superior. O município é considerado polo universitário de aproximadamente 20 municípios da região (30).

## SUJEITOS DA PESQUISA

O estudo foi realizado com universitários de todos os cursos de graduação da instituição de ensino referida acima: Administração, Agronomia, Ciências Contábeis, Direito, Engenharia Ambiental e Sanitária, Engenharia Civil, Engenharia de Produção, Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Pedagogia e Sistemas de Informação, totalizando uma população de 1488 universitários.

Os critérios de inclusão foram: universitários fumantes e ex-fumantes, de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, pertencentes aos cursos de graduação, que estavam presentes no dia da coleta dos dados, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os universitários não fumantes, menores de 18 anos e que se recusaram participar da pesquisa.

A amostra foi estabelecida por 50 universitários, considerando os critérios de inclusão. Sendo esta amostragem delimitada por conveniência.

## ASPECTOS ÉTICOS

Considerando-se os aspectos éticos, este estudo observou normas internacionais e nacionais pautadas na resolução nº 196/ 1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa com envolvimento de seres



humanos. Foram tomados como referência os princípios da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

O relatório final da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca – CEPE/UNIFRAN sendo deliberado como aprovado conforme declaração emitida pelo CEPE/UNIFRAN (ANEXO A).

Os participantes deste estudo foram informados sobre a realização da pesquisa (seus possíveis usos e finalidade), o caráter não obrigatório de sua participação, o sigilo das informações e sua participação, devidamente feita com a utilização do TCLE (APÊNDICE 1).

## INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O estudo utilizou-se dos instrumentos de classificação econômica segundo o Critério de Classe Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP), versão de 2012, e do Teste de Dependência a Nicotina de Fargerström (ANEXOS B e C).

O Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) é um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares tais como: a presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto - televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira e freezer - e o grau de escolaridade do chefe de família. Para diferenciar a população baseia-se principalmente no poder de compra da família (31).

O desenvolvimento desta escala se dá em duas etapas: primeiramente, atribui-se uma pontuação para a quantidade de itens domiciliares de conforto selecionados. Para cada bem possuído uma determinada pontuação é atribuída de 0 a 9. O mesmo é considerado para o grau de escolaridade do chefe da família dos participantes da pesquisa sendo – analfabeto/fundamental 1 incompleto, fundamental 1 completo/fundamental 2 incompleto, fundamental 2 completo/médio incompleto, médio completo/superior incompleto e superior completo. De acordo com o grau de escolaridade atribuído é utilizada uma pontuação de 0 a 8, sendo que

os pontos adquiridos na seleção dos itens domiciliares e grau de escolaridade são somados (31).

Na segunda etapa é realizada uma divisão em estratos conforme o número total de pontos adquiridos por cada universitário, conforme ANEXO B. A pontuação mínima é 0, e a máxima é 46 pontos - quanto maior a pontuação, mais alta é a classe econômica. É feita então uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica, definidos por: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E.

Já o teste de Fagerström tem como objetivo estimar o grau de dependência à nicotina. Ele é utilizado mundialmente como ferramenta de avaliação e foi desenvolvido e introduzido por Karl Fagerström em 1974 como questionário de tolerância de Fagerström (FTQ). Em 1991, foi realizada a adaptação desse teste, que passou a se chamar teste de dependência à nicotina, validado no Brasil por Carmo e Pueyo (ANEXO C) (32).

A tabulação do Teste de Fagerström é baseada em seis perguntas referentes ao tabagismo – (1) Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro? (2) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.? (3) Qual cigarro do dia traz mais satisfação? (4) Quantos cigarros você fuma por dia? (5) Você fuma mais frequentemente pela manhã? (6) Você fuma mesmo doente? - Para cada resposta selecionada pelo participante um número é registrado; de acordo com os escores apresentados no teste, ao final de todas as perguntas é realizada a somatória destes pontos. A pontuação mínima é 0 e a máxima é 10 pontos. Conforme a somatória final é realizada uma distribuição em intervalos pré-estabelecidos, em que cada intervalo caracteriza um grau de dependência (32).

A classificação é a seguinte: grau muito baixo (0 a 2 pontos) - equivale a uma baixa dependência à nicotina e leves sintomas da Síndrome de Abstinência (SA). Grau Baixo (2 a 3 pontos) - equivale a certo grau de dependência à nicotina com possível ocorrência de sintomas mais acentuados de SA. Grau Médio (4 a 5 pontos) - a dependência à nicotina está acima da média e a SA é fraca. Grau Elevado (6 a 7 pontos) - a dependência à nicotina e a SA são intensas, o dano à saúde é elevado, é recomendado um tratamento mais enérgico e longo, com acompanhamento psicológico. Grau Muito Elevado (8 a 10 pontos) - caracteriza-se por uma dependência incoercível à nicotina e uma grave SA, sendo indicado o tratamento psicológico e farmacológico com múltiplas drogas, e se torna comum a

associação a morbidade. Uma soma acima de 6 pontos indica que, provavelmente, o indivíduo sentirá desconforto (SA) ao deixar de fumar (32).

## COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, com os universitários, foi solicitada e autorizada a realização da pesquisa pelo reitor da instituição. Posteriormente os respectivos coordenadores de curso foram procurados para a definição dos momentos ideais para o agendamento da coleta dos dados, seguindo-se a notificação e o contato com todos os docentes.

Um grupo formado por 23 universitários do curso de Enfermagem pertencentes à instituição da pesquisa foi selecionado e treinado para auxiliar na coleta dos dados. O treinamento baseou-se em orientações gerais de como abordar e convidar os participantes para a pesquisa, esclarecer dúvidas, objetivos, respeitar o sigilo, privacidade e voluntariedade.

Nos dias agendados para a coleta dos dados, a equipe auxiliar visitava as salas no início de cada período, antes do começo das aulas, realizava uma breve apresentação e posteriormente uma explanação sobre a pesquisa - seus objetivos, participação voluntária, garantia do anonimato - e convidava todos os universitários fumantes a participarem da pesquisa. Ressaltava a importância e necessidade da leitura e assinatura do TCLE. As salas foram visitadas apenas uma vez.

Os TCLE e os questionários eram distribuídos aos universitários que estavam em sala de aula, e era também entregue um envelope ao professor responsável pela turma naquele momento, para depósito dos impressos ao final do preenchimento. Nenhum envelope ou questionário era identificado. A equipe de coleta se retirava da sala para o preenchimento dos questionários; depois retornava e coletava o envelope que continha os TCLE e questionários preenchidos. Ao término da coleta iniciou-se a tabulação dos dados pela autora.

## TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados coletados, os resultados foram organizados e processados utilizando-se o programa Microsoft Office Excel<sup>®</sup>. Foi realizado teste estatístico simples, com descrição da frequência (f) e porcentagem (p) de cada resultado, após foram demonstrados em tabelas.

Os instrumentos utilizados nesta pesquisa se utilizam de escores padronizados.

Para a classificação econômica utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP), considerando-se os cortes de classe do critério no Brasil (31).

E o Teste de Fargerström identificou o grau de dependência à nicotina dos universitários da pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da população total convidada de 1488 universitários, a amostra foi composta por 50. Identificou-se uma prevalência de 3,5 % de fumantes, destes 42 (84%) se declararam fumantes e 8 (16%) ex-fumantes.

Em um estudo com 360 participantes sobre o consumo de substâncias psicoativas lícitas entre universitários de um Instituto de Ensino Superior da Paraíba, em 1995 foi encontrada uma prevalência de 8,6% de universitários fumantes (33).

Em 1996, foi realizado em estudo com o objetivo de verificar a prevalência do tabagismo entre funcionários, docentes, enfermeiros e alunos e a aceitabilidade de um programa antifumo em uma Instituição de Ensino Superior na capital do estado de São Paulo. Entre os alunos a amostra foi composta por 914 participantes, sendo detectada uma prevalência de tabagismo de 8,6% (34).

Na capital do estado de Mato Grosso em 2001, um estudo realizado com 1245 universitários de uma instituição federal, que objetivou investigar a associação entre características sócio-demográficas e tabagismo encontrou uma prevalência de 6,67% de fumantes; 6,5% de ex-fumantes e 83,5% de não fumantes (35).

Em contrapartida, em 2005, foi realizada uma pesquisa na população geral brasileira, o II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades; sendo constatado o uso do tabaco entre os universitários entrevistados de 44% (36).

Em 2006, uma pesquisa sobre o uso do tabaco entre universitários em uma instituição na cidade do Distrito Federal encontrou uma prevalência de tabagismo de 14,7%, sendo 9% de fumantes regulares e 5,7% de fumantes ocasionais. Outro estudo, também, com universitários no estado do Rio de Janeiro em 2008, identificou 9% de fumantes e 5,5% de ex-fumantes (12, 24).

Em Porto Alegre, em relação aos ex-fumantes, foi encontrado um percentual de 4,5% em uma amostra de acadêmicos da Universidade Federal de Ciências da Saúde, com prevalência tabágica de 4,9% (12).

Ao ser realizada uma comparação entre os estudos apresentados, esse estudo mostrou uma prevalência inferior, de 3,5% de universitários fumantes. Mas, analisando os resultados apresentados, em 1995 a prevalência foi de 8,6%, e o mais

recente em 2008, a prevalência caiu para 4,9%. Embora os achados nesse estudo estejam seguindo uma tendência nacional no decréscimo do número de fumantes, seria necessária cautela nas generalizações, uma vez que a amostra foi considerada pequena.

A baixa prevalência de fumantes encontrada nesta pesquisa poderia, também, ser justificada pelo perfil encontrado em estudos mais recentes com universitários. Percebe-se, embora sejam necessárias mais evidências, que a conscientização acerca dos riscos do tabagismo esteja aumentando, em especial junto à população universitária, dado seu grau de escolarização; a conscientização pode estar diminuindo à prevalência do tabagismo (19).

Além disso, pesquisas revelam que tem diminuído a associação entre tabagismo e status social, possivelmente devido à mudança na visão social acerca do tabagismo, ocorrida em diversos países nas últimas décadas. Atualmente, o consumo de tabaco passou a ser considerado um hábito socialmente não desejável. Assim, seria possível que fumantes tenham sido constrangidos em situações de interação social. A mudança no clima social em relação ao tabagismo poderia ter, portanto, revertido a tendência de associação entre o fator extroversão e consumo do tabaco (35).

Políticas públicas de promoção da saúde e prevenção do tabagismo em adolescentes deveriam levar em conta que comportamentos de risco para a saúde tendem a não ocorrer isoladamente e que melhorias no ambiente dos jovens levam a um equilíbrio do bem-estar e da saúde em vários aspectos (4).

O conhecimento sobre a natureza das relações entre os vários comportamentos de risco pode ser útil no desenvolvimento de estratégias eficazes no combate destes comportamentos, principalmente em longo prazo (37).

A associação de comportamentos de risco foi levantada num estudo entre universitários, sendo realizado especificamente um levantamento da interação entre três comportamentos de risco à saúde: tabagismo falta de atividade física e uso de álcool. Este estudo identificou que o impacto das intervenções comportamentais múltiplas na saúde pública - ou seja, intervenções realizadas tendo como foco a prevenção de vários comportamentos de risco simultaneamente - foi maior do que nas intervenções comportamentais únicas (intervenções com foco em um único comportamento de risco) (37).

Relacionado ao sexo e a idade, observa-se pela Tabela 1 a distribuição dos universitários com identificação de maior prevalência na faixa etária de 30 anos ou mais 25 (50%), seguida das faixas de 22 a 25 anos e 26 a 29 anos, ambas com 9 (18%). A distribuição dos universitários em relação ao sexo demonstrou maior prevalência de fumantes no sexo masculino, com 38 (76%) em relação ao feminino com 12 (24%).

**Tabela 1** - Distribuição dos universitários em relação a sexo e faixa etária

Idade (anos)	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
19 a 21 anos	3	6	4	8	7	14
22 a 25 anos	3	6	6	12	9	18
26 a 29 anos	3	6	6	12	9	18
30 anos ou mais	3	6	22	44	25	50
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>38</b>	<b>76</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Em geral a iniciação do consumo do tabaco ocorre durante a adolescência e a prevalência de tabagismo tende a aumentar segundo o aumento na faixa etária (38).

Estudo realizado com universitários do Mato Grosso identificou uma prevalência do uso do tabaco três vezes maior em alunos com idade superior a 20 anos do que naqueles com idade inferior a esta, além de uma prevalência de fumo de 6,7 % do total dos universitários (35). Também, no estudo com universitários de uma instituição de ensino superior da capital de São Paulo, a idade média de prevalência do tabagismo foi de 34, 9 anos (34).

Uma pesquisa realizada pelo MS, com objetivo de realizar um levantamento nacional sobre a prevalência, opiniões e padrão do uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras, em 2009, identificou o uso do tabaco nos últimos 30 dias de 21,6% (1).

Outro estudo também realizado pelo MS, o II Levantamento Domiciliar Brasileiro realizado entre as principais cidades no ano de 2005, identificou os produtos de tabaco como as drogas de maior prevalência de uso em comparação às

demais substâncias psicoativas. Assim, como exemplo, a prevalência de uso de tabaco foi relatada por 44% das pessoas entrevistadas e a prevalência maior de fumantes foi encontrada no sexo masculino 38 (76%) (36).

Especificamente quanto à faixa etária, foi identificado que o uso de drogas inicia precocemente, intensificando-se com a idade. Já o VI Levantamento Brasileiro, sobre o consumo de drogas psicoativas envolvendo 27 capitais brasileiras, realizado em 2006, ressaltou que os estudantes brasileiros, se comparados aos dos países da América do Sul, Europa e América do Norte, apresentam índices baixos de consumo de tabaco. Este mesmo levantamento, ainda refere que o tabaco é uma das drogas de maior prevalência de uso na vida (1).

O II Levantamento Domiciliar Nacional de 2005 constatou que 10,1% dos entrevistados apresentavam critérios de dependência ao tabaco, sendo maior no sexo masculino. Também ressaltou que 13,8% dos entrevistados quiseram parar ou diminuir o uso do tabaco quando perceberam sinais e sintomas da dependência. Nesse mesmo levantamento, foi constatado que 52,6% das pessoas com mais de 35 anos de idade já tinham feito uso de tabaco durante a vida, e 44% já o haviam experimentado (36).

Corroborando com os dados encontrados na literatura, os resultados desse estudo, também encontrou maior prevalência entre os tabagistas na faixa etária de 30 anos ou mais.

Contraopondo, alguns estudos não chegaram a resultados com diferença estatística significativa em fumantes entre mulheres e homens. Como no estudo realizado em 2001, entre universitários no estado do Mato Grosso, que buscou identificar a correlação entre características socioeconômicas e o tabagismo, identificou 41% de fumantes no sexo masculino e 37% no sexo feminino. Ainda que tenha sido observado um percentual ligeiramente maior de fumantes no sexo masculino, no entanto, a diferença entre os percentuais nos dois sexos não atingiu significância estatística (35).

Assim como nesse estudo, outro realizado em 1996, para identificar a prevalência do tabagismo entre universitários de uma instituição de ensino superior da capital de São Paulo, encontrou 15% de fumantes no sexo masculino e 16% no sexo feminino (34).

Outro estudo procurou descrever a exposição ao tabagismo e fatores associados a ele em escolares participantes da Pesquisa Nacional de Saúde do



Escolar (PeNSE). Buscou-se identificar fatores sociodemográficos, além de comportamentos de risco e proteção associados ao tabagismo, com intuito de orientar políticas públicas de promoção da saúde e redução da exposição ao tabagismo na adolescência. Como resultado, dos 59.992 alunos estudados, 24% fizeram experimentação de cigarro pelo menos uma vez na vida, e essa proporção cresce de acordo com o aumento da idade (4).

Este mesmo estudo verificou uma prevalência masculina na experimentação precoce de tabaco. Ocorreu o mesmo com a prevalência de fumante regular, com 6,3%, em aumento para 14,4% entre os que tinham 16 anos ou mais. Quase um quarto destes estudantes já experimentara o cigarro pelo menos uma vez na vida, e metade deles tinha 12 anos ou menos quando fez isto. A experimentação é um problema importante, pois 9% dos que nunca fumaram correm o risco de se tornar fumantes a partir dela. Estes jovens relataram que tinham fumado mais nos últimos 30 dias em comparação à experimentação do álcool. Entre os jovens do estudo que praticavam atividade física, na maioria dos dias da semana, a prevalência do tabagismo foi menor. Ou seja, a prática de atividade física poderia estar associada à menor chance do uso do fumo (4)

Em relação à distribuição dos universitários por classe econômica, segundo o CCEB, observa-se, pela Tabela 2, 6 (12%) universitários na classe A2; mas a maioria pertence à classe B, sendo 18 (36%) na classe B1 e 19 (38%) na classe B2. Na classe C1 obteve-se 5 (10%); a classe D foi representada por 2 (4%) e a classe E não recebeu nenhum registro nesta pesquisa.

**Tabela 2** - Distribuição dos universitários em relação ao perfil econômico, segundo CCEB

CLASSES	f	%
CLASSE A1	0	0
CLASSE A2	6	12
CLASSE B1	18	36
CLASSE B2	19	38
CLASSE C1	5	10
CLASSE C2	0	0
CLASSE D	2	4
CLASSE E	0	0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

O CCEB se baseia na posse de bens domiciliares e escolaridade do chefe da família, em que a classe B é caracterizada por uma renda média de R\$ 4.418,00 (quatro mil, quatrocentos e dezoito reais) por família. A prevalência de universitários classificados nessa classe poderia estar relacionada com o perfil da universidade estudada, um centro universitário de caráter particular.

Este perfil, também foi encontrado em resultados de pesquisas com universitários brasileiros no II Levantamento Domiciliar, de 2005, que também utilizou o CCEB (36).

Em um estudo australiano, foi constatado que indivíduos com educação terciária apresentaram 12% de risco para o tabagismo, com o dobro de possibilidades (26%) de risco para o tabagismo em sujeitos com menor nível educacional (39).

Pesquisas efetuadas em diferentes contextos socioculturais vêm comprovando que a iniciação e/ou a prevalência de tabagismo é inversamente proporcional ao grau de instrução dos sujeitos investigados (19, 24).

No mundo e no Brasil, o tabagismo vem se concentrando cada vez mais em populações de menor escolaridade e renda. Por serem dependentes da nicotina, muitos chefes de família gastam boa parte da renda familiar na compra de cigarros. A incapacitação causada pelas doenças relacionadas ao tabaco gera perda de produtividade e exclui muitos chefes de família do mercado de trabalho (7).

Para os 42 universitários que se declararam fumantes foi realizado a distribuição em relação ao grau de dependência a nicotina segundo o Teste de Fargerström. Foram encontrados os seguintes resultados: maior prevalência entre os graus de dependência muito baixo de 16 (39%) e grau baixo 11 (26%). Os graus mais preocupantes - elevado ou muito elevado - foram representados por 21% dos universitários tabagistas, conforme Tabela 3.

**Tabela 3** - Distribuição dos universitários em relação ao grau de dependência do tabaco de acordo com Teste de Fargerström

<b>GRAU DE DEPENDÊNCIA</b>		
	f	%
MUITO BAIXO	16	39
BAIXO	11	26
MÉDIO	6	14
ELEVADO	3	7
MUITO ELEVADO	6	14
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

Estudo realizado em 2004, com universitários de uma instituição de ensino superior na cidade de Salvador detectou baixo nível de dependência à nicotina (90,9%). Esses achados poderiam refletir o fato de que a maioria dos jovens fumava poucos cigarros por dia (40).

Outro estudo realizado em 2005, com universitários de uma instituição do estado de Tocantins, que objetivou avaliar o nível de atividade física em estudantes universitários e sua associação com hábito de fumar, encontrou um grau de dependência à nicotina muito baixo com 43 (68,2%) e baixo 13 (20,6%), entre os participantes da pesquisa (41).

Entre 2011 e 2012, estudo realizado entre universitários de medicina de uma instituição de ensino superior de Portugal, que utilizou o teste de Fargerström para

avaliar o grau de dependência à nicotina, encontrou 94,3% de fumantes com dependência baixa e 5,3% com dependência moderada (42).

O tabaco provoca tolerância e dependência, de modo progressivo, crônico e recorrente. Os indivíduos com dependência à nicotina podem necessitar de auxílio e tratamento especializado para cessarem de fumar, o que depende do grau da dependência à nicotina (43).

Hoje no Brasil, o tratamento do tabagismo está vinculado ao SUS e é regulado por Portarias do Ministério da Saúde (Portaria nº 1.035/2004 e Portaria nº 442/2004) que ampliam o acesso da abordagem aos fumantes nos três níveis de atenção à saúde (básica, média e alta complexidade) (44).

O INCA, como órgão do Ministério da Saúde, responsável pela articulação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo e atento à complexidade que envolve a dependência e o tratamento do tabagismo, elaborou em 2000 o “Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante” que contém as linhas gerais sobre métodos para deixar de fumar (44).

O modelo de tratamento acima é baseado na abordagem cognitivo-comportamental que possibilita que o tratamento seja realizado em grupo ou individualmente, e tem como objetivo auxiliar o fumante a desenvolver habilidades que o auxiliarão a permanecer sem fumar. O apoio medicamentoso, quando necessário, é outro recurso usado no tratamento do tabagismo e disponibilizado na rede SUS (44).

A Abordagem Cognitivo-Comportamental descrita no Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante é uma abordagem que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, e que é muito utilizada para o tratamento das dependências. Os componentes principais dessa abordagem envolvem: a detecção de situações de risco de recaída e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Dentre as várias estratégias empregadas nesse tipo de abordagem temos, por exemplos, a automonitoração, o controle de estímulos, o emprego de técnicas de relaxamento, procedimentos aversivos. Em essência, esse tipo de abordagem envolve o estímulo ao autocontrole ou automanejo para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência, e a tornar-se assim um agente de mudança de seu próprio comportamento (44).

Já em relação à farmacoterapia, para esse tipo de abordagem, ela pode ser utilizada como um apoio, em situações bem definidas, para alguns pacientes que

desejam parar de fumar. Ela tem a função de facilitar a abordagem cognitivo-comportamental, que é a base para a cessação de fumar e deve sempre ser utilizada. Existem, no momento, algumas medicações de eficácia comprovada na cessação de fumar, que são divididos em duas categorias: medicamentos nicotínicos e medicamentos não-nicotínicos. Os medicamentos nicotínicos, também chamados de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), se apresentam nas formas de adesivo, goma de mascar, inalador e aerossol. As duas primeiras correspondem a formas de liberação lenta de nicotina e são, no momento, as únicas formas disponíveis no mercado brasileiro. O inalador e o aerossol são formas de liberação rápida de nicotina e ainda não estão disponíveis em nosso mercado. Já em relação aos medicamentos não-nicotínicos, estes se referem aos anti-depressivos e o anti-hipertensivo (44).

Para a utilização desses medicamentos, elegeram-se alguns critérios de acordo com o grau de dependência física da nicotina: fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia; fumantes que fumam o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia; fumantes com escore do teste de Fagerström igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional; fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito devido a sintomas da síndrome de abstinência e quando não houver contra-indicações clínicas (44).

## CONCLUSÕES

Os universitários tabagistas desse estudo apresentaram as seguintes características sócio-econômicas: predomínio do sexo masculino; 30 anos e mais; e pertencente à classe econômica B.

O teste que avaliou a dependência à nicotina (Teste de Fargerström) identificou uma baixa dependência em 65% da amostra, favorecendo intervenções de nível mais simples, como uma abordagem Cognitivo-Comportamental, possível de ser realizada no ambiente universitário.

O conhecimento do perfil dos universitários tem se constituído em um importante embasamento científico para a construção de ações adequadas e coerentes com a realidade do ambiente universitário e dos hábitos relativos ao tabagismo. Além da possibilidade de melhoria da qualidade de vida destes jovens, as ações destinadas à promoção de saúde em relação ao tabagismo, poderia alcançar um número maior de pessoas; visto que estes universitários são multiplicadores do conhecimento e formadores de opinião dentro da comunidade.

No entanto, este estudo apresentou uma dificuldade em relação ao número da amostra, não podendo de certa forma realizar conclusões expressivas em relação à população estudada.

Mesmo diante das dificuldades enfrentadas, ainda é possível realizar ações promotoras de saúde no ambiente universitário deste estudo. Ações simples, tais como a formação de grupos de discussão para abordar a educação em saúde e alertar para os prejuízos do tabaco para a saúde; construção de sites de informações sobre o tema; disposição de filmes, cartazes e atividades afins, utilizando os intervalos de aulas nos locais de convivência dos universitários poderiam compor o cenário de um ambiente universitário.

Porém, ainda são necessárias muitas ações para o combate do tabagismo no Brasil. O ideal seria interligar as ações dos diversos setores para resultados mais eficientes. Vale ressaltar, que várias políticas estão sendo realizadas, e os resultados obtidos têm sido favoráveis na luta contra o tabagismo e suas consequências. Além disso, a legislação que proíbe o fumo em ambientes fechados

ainda é recente, o que demanda mais estudos para o seu acompanhamento e seu cumprimento.

Espera-se que os resultados apresentados neste estudo possam contribuir para o desenvolvimento de ações e estratégias específicas que objetivem a melhoria das condições de saúde e de qualidade de vida em ambientes universitários, no que se refere ao tabagismo.

## REFERÊNCIAS

- (1) Andrade DO, Duarte PCAV, De Oliveira LG. (Orgs). I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREA/IPQ-HC/FMUSP. Brasília: SENAD, 2010: 284.
- (2) Diniz CAPM, Santana MA, Arçari DP, Thomaz MCA. Os efeitos do tabagismo como fator de risco para doenças cardiovasculares. Revista Eletr. Saúde. [periódico na Internet] 2011. [acesso em 20 mar. 2013]. Disponível em: [www.unifia.edu.br/revista\\_eletronica/revistas/saude.../tabagismo.pdf](http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude.../tabagismo.pdf).
- (3) Organização Mundial de Saúde - OMS. 2008. [homepage na Internet]. Relatório de OMS sobre epidemia global do tabagismo [20 maio 2013]. Disponível em: [www.who.int/tabaco/mpower](http://www.who.int/tabaco/mpower).
- (4) Barreto SM, Giatti L, Casado L, Moura L de, Crespo C, Malta DC. Exposição ao tabagismo entre escolares no Brasil/ Smoking exposure among school children in Brazil. Ciênc. Saúde Coletiva. out. 2010;15(Supl.2): 3027-3034.
- (5) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
- (6) OMS – Organização Mundial da Saúde (1997). Saúde para Todos no Século XXI – Política de Saúde para a Europa. Copenhaga: Organização Mundial da Saúde, Delegação Regional para a Europa.
- (7) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Tabagismo: Um grave problema de saúde pública. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
- (8) WHO - World Health Organisation (2004). The Millennium development goals and tobacco control: an opportunity for global partnership. Geneva: World Health Organisation.
- (9) Vitória, P. S. D. O impacto da influência social na intenção de fumar e no comportamento tabágico dos adolescentes portugueses. [tese]. Lisboa/Portugal: Instituto Universitário de Lisboa; 2009.
- (10) Silveira AF. Tabagismo e políticas públicas uma análise sobre a lógica de diferentes estabelecimentos do ramo de entretenimento sobre a proibição de fumar em ambientes fechados. [Tese]. Campinas/SP: Pontifícia Universidade Católica; 2007.
- (11) Coelho AC, Silva DR, Dumke A, Knorst MM. Conhecimentos sobre tabagismo entre estudantes de medicina. Revista HCPA. [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 27 maio 2013]; 2010;30(2) 94-99. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/viewFile/12820/8866>.



(12) Andrade APA, Bernardo ACC, Viegas AA, Ferreira DBL, Gomes TC, Sales MR. Prevalência e características do tabagismo em jovens da Universidade de Brasília. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2006; 32(1): 23-28.

(13) Buss, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. D. Czeresnia and c. M. Freitas. Rio de Janeiro, Fiocruz: 2003; 15-38.

(14) Buss P. M., Ferreira JR. Atenção primária e promoção da saúde. In: *Promoção da Saúde*. Revista do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

(15) Ferreira MS, Castiel LD, Cardoso MHC. de A. *Promoção da saúde: entre o conservadorismo e a mudança*. s/d. [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 20 abr. 2013]. Disponível em: [www.cbce.org.br/cd/resumos/023.pdf](http://www.cbce.org.br/cd/resumos/023.pdf).

(16) Penteado RZ, Servilha EAM. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, 2004; 16(1):107-116.

(17) Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Secretaria da Atenção à Saúde, Secretaria de Atenção Básica. Brasil: Ministério da Saúde; 2010.

(18) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

(19) Iglesias R, Jha P, Pinto M, Costa e Silva VLda, Godinhol J. Controle do Tabagismo no Brasil. Departamento de Desenvolvimento Humano Região da América Latina e do Caribe. Banco Mundial e Departamento de Saúde, Nutrição e População Rede de Desenvolvimento Humano Banco Mundial. Brasil: Ministério da Saúde; 2007.

(20) Ljubicic D, Schneider NK, Vrazic H. Attitudes and knowledge of third year medical students in Croatia about tobacco control strategies: results of the Global Health Professionals Pilot Survey in Croatia, 2005. *Public Health*, Dec. 2008;122(12):1339-42.

(21) United nations office on drugs and crime. World drug report. EUA; 2012. Unodc - world drug report. United nations publication, 112p.

(22) Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha das Políticas Públicas da Juventude. Secretaria Nacional de Juventude, Jan 2013.

(23) Barros ER, Lima RM. Prevalência e características do tabagismo entre universitários de instituições públicas e privadas da cidade de Campos dos Goytacazes, RJ. *Vértices*, Campos dos Goytacazes/RJ. set./dez. 2011;13(3):93-116.

(24) Wagner GA, Andrade AG. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. *Rev. Psiq. Clín*. 2008;35(Supl 1):48-54.

(25) Precioso J. Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar: Implicações para a prevenção. *Análise Psicológica*. [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 23 maio 2013];3(22):499-506. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a07.pdf>.

(26) Brasil. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil/Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

(27) Moura JVS, Lourinho LA, Valdês MTM, Frota MA; Catrib AMF. Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, abr./jun. 2007;14(2):489-501.

(28) Rocha E. Universidades Promotoras de Saúde. Instituto de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal. *Rev Port Cardiol*. 2008;27(1):29-35.

(29) Mello ALSF de, Moyses ST, Moyses SJ. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. *Interface (Botucatu)* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 10 abril 2013];14(34):683-692. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0210.pdf>.

(30) Araxá. Minas Gerais - MG. [homepage na Internet]. Histórico. [acesso em 20 maio 2013]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minas gerais/araxa.pdf>- IBGE.

(31) Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). 2012. [homepage na Internet]. Critério de classificação econômica Brasil. [acesso em 20 jan 2013]. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/FileGenerate.ashx?id=285>.

(32) Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *RBM - Rev. Bras. Med.*, jan./fev. 2002;59(1/2):73-80.

(33) Soares MJ, Rolim F, Leite E, Lobão A, Lima F, Costa MD. Padrões de consumo de substâncias psicoativas lícitas entre estudantes universitários do campus I – Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, 1995;14(2):33-37.

(34) Ribeiro SA, Jardim JR, Laranjeira RR, Alves A, Kesselring F, Fleissig L, Almeida M, Matsuda M, Hamamoto RS. Prevalência de tabagismo na Universidade Federal de São Paulo, 1996 – dados preliminares de um programa institucional, São Paulo. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 1999;45(1):39-44.

(35) Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C, Silva AMCS. A relação entre tabagismo e características sócio-demográficas entre universitários. *Psicologia, saúde & doenças*, São Paulo, 2005; 6(1):35-45.

(36) Brasil. Ministério da Saúde. II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. 2005.

[homepage na Internet]. 2005 [acesso em 20 fev. 2013]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/36316785/II-Levantamento-Domiciliar-CEBRID>.

(37) Nigg CR, Lee HR, Hubbard AE, Min-Sun K. Gateway health behaviors in college students: investigating transfer and compensation effects. *J Am Coll Health*, Jul./Aug. 2009; 58(1):39-44.

(38) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. 2. Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

(39) Jorm AF, Rodgers B, Jacomb PA, Christensen H, Henderson S, Korten AE. Smoking and mental health: Results from a community survey. *The Medical Journal of Austrália*, 1999;170:74-77.

(40) De Almeida AF, Mussi FC. Tabagismo: conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador. *Rev Esc Enferm USP*, 2006; 40(4):456-63.

(41) Rodrigues ESR, Cheik NC, Mayer AF. Nível de atividade física e tabagismo em universitários. *Rev Saúde Pública*, 2008; 42(4):672-8.

(42) Carvalho L S. Comportamento tabágico e atitudes de controlo de tabagismo dos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior. [Dissertação]. Universidade da Beira Interior. Covilhã/Portugal, Maio de 2012.

(43) Marques ACPR, Campana APR, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Ferreira MP, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência da nicotina. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(4):200-14.

(44) 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: 38.

## ANEXO A



Universidade de Franca  
Pró-Reitoria de Pesquisa  
e de Pós Graduação



CEPE  
COMITÊ DE ÉTICA  
EM PESQUISA

## DECLARAÇÃO

Declaro que o relatório final de pesquisa (**protocolo nº 02371812.3.0000.5495**), intitulado “**Comportamentos, Percepções e Atitudes de jovens universitários em relação ao consumo de álcool e outras drogas**” de autoria do(a) pesquisador(a) **Nara Talita Porto** por estar de acordo com os Princípios Éticos de Pesquisa em Humanos adotados pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEPE) da Universidade de Franca-SP (*registrado no Ministério da Saúde sob o nº 128118/2005*), foi deliberado **APROVADO** em 26 de novembro de 2013.

Franca, 26 de novembro de 2013.

*Prof. Dr. Carlos Henrique Gomes Martins*  
Coordenador do CEPE da Universidade de Franca

## ANEXO B



O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

**SISTEMA DE PONTOS****Posse de itens**

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

**Grau de Instrução do chefe de família**

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior Completo	8

**CORTES DO CRITÉRIO BRASIL**

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

## ANEXO C

**Teste de Fagerstrom**  
**Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND, Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina)**

**Itens e escore do Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (FTND)**

PERGUNTAS	RESPOSTAS	PONTUAÇÃO coloque no campo a pontuação escolhida
<b>1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?</b>	(1) Dentro de 5 minutos (Coloque 3) (2) Entre 6-30 minutos (Coloque 2) (3) Entre 31-60 minutos (Coloque 1) (4) Após 60 minutos (Coloque 0) (5) Não fuma (Não Coloque nada)	<input type="text"/>
<b>2 - Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?</b>	(1) Sim (Coloque 1) (0) Não (Coloque 0)	<input type="text"/>
<b>3. Qual cigarro do dia traz mais satisfação?</b>	(1) O primeiro da manhã (Coloque 1) (2) Outros (Coloque 0) (3) Nenhum (Não Coloque nada)	<input type="text"/>
<b>4. Quantos cigarros você fuma por dia?</b>	(1) Menos de 10 (Coloque 0) (2) De 11 a 20 (Coloque 1) (3) De 21 a 30 (Coloque 2) (4) Mais de 31 (Coloque 3) (5) Não fuma (Não Coloque nada)	<input type="text"/>
<b>5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?</b>	(1) Sim (Coloque 1) (0) Não (Coloque 0)	<input type="text"/>
<b>6. Você fuma mesmo doente?</b>	(1) Sim (Coloque 1) (0) Não (Coloque 0)	<input type="text"/>
		<b>TOTAL</b> <input type="text"/>

**Conclusão sobre o grau de dependência:****0 - 2 pontos = muito baixo****3 - 4 pontos = baixo****5 pontos = médio****6 -7 pontos = elevado****8 -10 pontos = muito elevado**

Uma soma acima de 6 pontos indica que, provavelmente, o paciente sentirá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar).

## APÊNDICE I

### CONVITE

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que está sendo implementada por um conjunto de docentes e alunos do Curso de Pós Graduação em Promoção de Saúde da UNIFRAN sobre estilos de vida saudáveis.

A Pesquisa tem como objetivo realizar um levantamento sobre o uso do tabaco, buscando elementos que possam subsidiar ações promotoras de saúde no ambiente universitário. Agradecemos, desde já, por sua atenção e por sua participação e pedimos que você responda com toda a sinceridade, tendo em conta que o questionário é anônimo e sua identidade será mantida em sigilo. Não há respostas certas nem erradas. Só nos interessa conhecer suas opções, opiniões e avaliações de forma confidencial. Este questionário está sendo proposto pela aluna Larissa Borges de Resende Maldonado e pela Professora Dra. Glória L. A. Figueiredo do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde.

### 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)

Nome do participante: \_\_\_\_\_  
 Documento de identidade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento / /  
 CPF n°: \_\_\_\_\_  
 Telefone(s): \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_ Apto  
 Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

EU, acima qualificado, CONCORDO em participar da pesquisa “**COMPORTAMENTO DE UNIVERSITÁRIOS EM RELAÇÃO AO TABAGISMO**”, coordenada e conduzida pela pesquisadora responsável Larissa Borges de Resende Maldonado, aluna do curso Mestrado em Promoção de Saúde da Universidade de Franca. Explicaram-me que esta pesquisa se justifica pela necessidade de se estabelecer definições e parâmetros de competência profissional para os alunos de cursos de pós-graduação em Promoção de Saúde.

Esta pesquisa tem a finalidade de realizar um levantamento sobre o consumo do tabaco entre os universitários através do preenchimento de um questionário, com objetivo de contribuir para a construção de uma Universidade mais saudável; apoiar o processo de construção de estilos de vida e ambientes saudáveis, fomentando a corresponsabilidade em saúde e promovendo redes de colaboração dentro e fora da Universidade.

Ao decidir aceitar participar deste estudo, tomei conhecimento de que:

- a) Responderei as questões com duração mais ou menos de dez minutos.
- b) Sei que as informações que fornecerei poderão, mais tarde, ser utilizadas para trabalhos científicos e que minha identificação será mantida sob sigilo, isto é, não haverá chance de ser identificado meu nome, assegurando-se meu completo anonimato.
- c) Devido ao seu caráter confidencial, essas informações serão utilizadas apenas para os objetivos desse estudo, as únicas pessoas que terão acesso a este material serão as pesquisadoras Larissa Borges de Resende Maldonado e a orientadora desse trabalho, a professora Dra. Glória L. A. Figueiredo, e os demais pesquisadores do Programa de PG da Promoção de Saúde.
- d) Não há nenhum risco significativo em participar desse estudo.

- e) Estou livre para desistir da participação a qualquer momento.
- f) Minha participação é inteiramente voluntária e depende exclusivamente de minha vontade de colaborar com a pesquisa.
- g) Terei o direito de me dirigir, a qualquer momento, ao(s) pesquisador(es) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca, para esclarecimentos sobre dúvidas que surgirem durante a pesquisa, tendo, portanto, o direito à informação.
- h) Recebi uma cópia deste documento com os nomes e telefones de contato do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca.
- Declaro que tenho 18 anos ou mais e que concordo LIVREMENTE em participar desta pesquisa, pois fui totalmente esclarecido (a) pelo pesquisador e entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação neste estudo.
- Portanto, concordo em participar como voluntário (a) de uma pesquisa.

Nome do Pesquisador Responsável: Larissa Borges de Resende Maldonado

Tel para contato: (34) 8889 6429 email: larissabrm@gmail.com

Orientadora: Dra. Glória L. A. Figueiredo email: gloria@unifran.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca: (16) 37118904. Email: cepe@unifran.br.

Endereço: Av. Dr. Armando Salles Oliveira, 201 CEP: 14404600, Pq. Universitário, Franca, São Paulo.

*Larissa Borges de Resende Maldonado*

-----  
Assinatura do pesquisador responsável

-----  
Assinatura do entrevistado