

**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO – FOP
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE COLETIVA**

WALESKA FERREIRA DE AZEVEDO FRANÇA

**TABAGISMO, FATORES SOCIAIS E AUTO-ESTIMA EM
ADOLESCENTES DO RECIFE - PE**

**CAMARAGIBE
2007**

WALESKA FERREIRA DE AZEVEDO FRANÇA

**TABAGISMO, FATORES SOCIAIS E AUTO-ESTIMA EM
ADOLESCENTES DO RECIFE - PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós –
Graduação em Odontologia da Faculdade de
Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOP-
UPE), como um dos requisitos para obtenção do Grau de
Mestre em Odontologia, na área de concentração em
Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Cecile Soriano Rodrigues

CAMARAGIBE
2007

Dados internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Prof. Guilherme Simões Gomes
Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE

F814t França, Waleska Ferreira de Azevedo
Tabagismo, fatores sociais e auto-estima em adolescentes do Recife -PE /
Waleska Ferreira de Azevedo França; orientadora: Cecile Soriano Rodrigues. -
Camaragibe, 2007.

119f. : il. –

Dissertação (mestrado) – Universidade de Pernambuco, Faculdade de
Odontologia de Pernambuco, Camaragibe, 2007.

1 TABAGISMO/ Epidemiologia 2 TABACO 3 ESTUDOS TRANSVERSAIS 4
ADOLESCENTE I Rodrigues, Cecile Soriano (orient.) II Título

CDD 17th ed.– 614.36
Manoel Paranhos – CRB4/1384

WALESKA FERREIRA DE AZEVEDO FRANÇA

**TABAGISMO, FATORES SOCIAIS E AUTO-ESTIMA EM ADOLESCENTES DO
RECIFE - PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOP-UPE), como um dos requisitos para obtenção do Grau de Mestre em Odontologia, na área de concentração em Saúde Coletiva.

Aprovada em 10 de Abril de 2007

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof . Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes-UPE

Prof^a. Dr^a. Ana Paula Veras Sobral -UPE

Prof^a. Dr^a. Sílvia Jamelli -UFPE

A Deus, por todas as oportunidades nas quais vivenciei e ainda vivenciarei os seus ensinamentos de amor, solidariedade e perdão.

Aos meus pais, Maria José e Jairton pela possibilidade de estar aqui hoje, agradecendo e compartilhando esta conquista.

À minha mãe Maria José, pelo seu amor, estímulo, exemplo de perseverança e lição permanente de vida .

Ao meu irmão Fabiano, pela sua amizade e ajuda durante a caminhada.

Ao meu pai Jairton (*in memoriam*) com amor e a certeza consoladora de nosso reencontro no plano espiritual.

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares pelo apoio e torcida na superação das adversidades.

À professora Cecile Soriano Rodrigues, pela oportunidade de aprendizagem, por seus ensinamentos, críticas e sugestões; pelos princípios éticos, capacidade e simplicidade tão imprescindíveis na formação de professores, pesquisadores, profissionais e pessoas envolvidas e direcionadas em propostas de pesquisas de alcance coletivo que colaborem na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

À professora Maria Luciani Loureiro Burichel, minha gratidão por compartilhar idéias e pelo seu apoio à realização desta pesquisa.

Ao professor Paulo Sávio Angeiras de Góes pelo seu auxílio e principalmente sua disponibilidade em dissipar dúvidas.

À professora Sandra Vieira pelo incentivo e amizade desde o início de minha trajetória profissional na Prefeitura da Cidade do Recife.

Aos professores que participaram do exame de qualificação do projeto desta pesquisa: Josué Alves, Maria de Fátima Pinto Ribeiro e Ana Paula Veras Sobral pelas críticas e sugestões pertinentes.

À Maristela Menezes pelo empenho e colaboração em disponibilizar a reprodução dos instrumentos de pesquisa junto à Secretaria de Saúde do Recife.

Aos meus colegas de turma do Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva; Fabíola Bof, Jorge Orestes, Patrícia Andrade, Renata Coelho e Renata Rocha; André Suliano, Bernadete, Gustavo Agripino, Lúcia Silvestre, Nilcema Figueiredo, Rilva Suely e Sandra Cadena pelos momentos de reflexões, alegrias, angústias, certezas e incertezas, porém sempre em clima de cordialidade e fraternidade.

À Secretaria de Saúde do Município do Recife, na pessoa do Secretário Dr. Evaldo Melo de Oliveira, à Gerência de Atenção à Saúde, na pessoa de Dra. Tereza Campos Neta, à Coordenação de Tabagismo e Outros Fatores de Risco, na pessoa de Dra. Maristela Menezes, à Gerência Operacional de Gestão de Pessoas, na pessoa de Dra. Paulette Cavalcanti, à Coordenação de Saúde Bucal, na pessoa de Dra. Nilcema Figueiredo e Gerência Distrital V, na pessoa de Dra. Flora Raquel de Araújo.

À Secretaria de Educação do Recife, na pessoa da Diretora Geral de Ensino, Prof^a Ester Calland, e Gerência dos 3^o e 4^o Ciclos de Aprendizagem e Ensino Médio, Prof^a Eleta de Carvalho Freire.

Às colegas e companheiras de trabalho, Nilcema Figueiredo e Rosany Carvalho (Equipe da Coordenação de Saúde Bucal do Recife), Coordenadores Distritais de

Saúde Bucal, Lúcia Andrade (Distrito Sanitário VI) e Ana Carla Leal (Distrito Sanitário IV) pelo estímulo e amizade.

Às colegas do Distrito Sanitário V, Izabel Gomes, Suely Umbelino, Rosângela d' Lavour, Fernanda Carvalho, Adriana Carvalho, Adelman Oliveira e Mirtes Araújo pelo apoio solidário em todos os momentos .

Às minhas grandes amigas Ana Júlia Lorena, Aline Pinheiro, Leonora Richardson e Maria Teixeira minha gratidão por toda motivação, compreensão e carinho.

Ao Edwin e a Nátaly pela atenção e cooperação na consolidação dos dados.

Aos Diretores, Coordenadores de Apoio, Professores e Funcionários da Rede Municipal do Recife por permitirem e colaborarem com a execução da pesquisa nas escolas participantes.

A todos os pais, responsáveis e aos adolescentes participantes que voluntariamente contribuíram para a realização deste estudo, minha gratidão.

PACIÊNCIA

Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma
Até quando o corpo pede um pouco mais de alma
A vida não para
Enquanto o tempo acelera e pede pressa
Eu me recuso faço hora vou à valsa
A vida é tão rara
Enquanto todo mundo espera por algum mau e a loucura
eu finjo que isso tudo é normal

Eu finjo ter paciência
O mundo vai girando cada vez mais veloz a gente espera
do mundo o mundo espera de nós um pouco mais de
paciência
Será que é tempo que lhe falta pra perceber
Será que temos esse tempo pra perder e quem quer saber
ah vida tão rara tão rara.

Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma mesmo
quando o corpo pede um pouco mais de alma eu sei ah
vida não para
A vida não para não

Será que é tempo que lhe falta para perceber
Será que temos esse tempo pra perder e quem quer saber
a vida é tão rara tão rara
Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma até
quando o corpo pede um pouco mais de alma
Eu sei a vida não para
a vida não para não
A vida não para

(Lenine)

RESUMO

Introdução: O uso de tabaco entre adolescentes é considerado um grave problema de saúde pública. 90% dos fumantes iniciaram o hábito do tabagismo até os 19 anos de idade. Alguns estudos relacionam a auto-estima ao desenvolvimento deste comportamento, outros descrevem a influência do meio social e nível educacional como fortes preditores.

Objetivos: Avaliar os efeitos da auto-estima e classe social sobre a prevalência de tabagismo entre adolescentes das escolas públicas municipais do Recife.

Metodologia: Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal e de base escolar. A amostra foi realizada em três estágios e composta por 380 adolescentes entre 12 a 18 anos, distribuídos em 15 escolas públicas municipais nas seis Regiões Político-Administrativa do Recife (RPAs). Foram utilizados três questionários auto-aplicáveis e anônimos, sendo dois aplicados aos adolescentes; o primeiro um questionário adaptado de um estudo do Instituto Nacional de Câncer, INCA (1999); o segundo uma escala de avaliação da auto-estima para estudantes da educação secundária (GARCÍA,1995). O terceiro instrumento foi o questionário da condição socioeconômica da família (FREIRE,1999) aplicado aos pais e/ ou responsáveis do adolescente. A análise dos dados realizou-se através do programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 13.0 em duas etapas: a descritiva e a analítica. Utilizou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson e as variáveis consideradas estatisticamente significantes foram analisadas através do modelo de Regressão Logística Múltipla. Considerou-se para todas as análises o nível de confiabilidade a 95%.

Resultados: Entre os adolescentes pesquisados (n=380), 78 (20,5%) já haviam experimentado ou fumado cigarros; 67(17,6%) são fumantes ocasionais e 11 (2,9%) foram considerados fumantes regulares. A média de idade do uso de tabaco foi de 13 anos. Houve associação significativa entre uso de tabaco e faixa etária dos adolescentes ($X^2 = 7,06$; $p= 0,008$) e nível de escolaridade da mãe ($X^2 = 13,95$; $p= 0,000$). Não houve associação significativa entre experimentação de cigarros e sexo, classe social , nível de emprego do chefe da família e auto-estima dos adolescentes. No modelo final da Regressão Logística Múltipla ajustada, segundo as variáveis sexo, faixa-etária e escolaridade da mãe, os adolescentes do sexo masculino de faixa etária maior (15 a18 anos) com mães de escolaridade até o 1º Grau completo tiveram 50% mais chances de consumirem tabaco em relação as adolescentes do sexo feminino.

Conclusões: A faixa-etária e o nível de escolaridade da mãe foram considerados fatores indicadores do consumo de tabaco (experimentação) entre os adolescentes, sendo o segundo aspecto fortemente associado a esse comportamento. Programas intersetoriais que tenham como propósito a promoção, prevenção, monitoramento e controle do tabagismo, na população de escolares devem levar em consideração estes aspectos ao delinearem suas estratégias de ação.

Descritores:Tabagismo/Epidemiologia,Tabaco, Estudos Transversais, Adolescente.

ABSTRACT

Introduction: The tobacco use among adolescents has been considered a serious public health problem. Ninety percent of the smokers had initiated the tobacco use before 19 years of age. Some studies related low self-esteem with the development of smoke habits. Others studies describe the influence of educational, the social environment as strong predictors for tobacco use.

Aim: To investigate the relationship between self- esteem, social conditions and the tobacco use (experimentation) among adolescents enrolled at public schools in Recife.

Methodology: This is a school based cross-sectional study. The study population consisted of 380 adolescents aged 12 to 18 years. The sampling method used a combination of three stages sampling and stratified sampling. The study was conducted in Recife and data were collect through three self-applied questionnaires. Multiple logistic regression were used in the data analysis.

Results: Twenty percent of the studied population had smoked cigarette, 17, 6 were considered occasional smoker and 2, 9% regular smoker. The age average for initiate the cigarette consumption was 13 years. There was a statistically significant association between age and smoke experimentation ($X^2 = 7,06$; $p= 0,008$) and mother level of education and smoke experimentation ($X^2 = 13,95$; $p= 0,000$) There was no association between smoke experimentation and sex, social class, employment status of the head of the family and self-steem of the adolescents studied. Older adolescents with mother who had lower level of education had higher chances of use tobacco.

Conclusion: This study did not confirm self-steem as a factor related to smoke use among adolescents, however age of the adolescents and mother level of education had strong influence on the use of tobacco in the study population. Programs to prevent smoke use at this population should take these variables into account tackle the problem.

Key words: Tobacco/ Epidemiology, Adolescent, Cross-sectional studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Idade do primeiro uso de drogas, segundo Levantamento do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), 2004	35
Figura 2 - Comparação do uso na vida de tabaco entre o Brasil e as cinco regiões em 2004, segundo CEBRID	36
Figura 3 - Tendência do uso de tabaco, conforme a faixas etária e o sexo em 10 capitais brasileiras que participaram dos 5 levantamentos realizados pelo CEBRID (1987,1989,1993,1997 e 2004).....	37
Figura 4 - Síntese do uso de tabaco na vida, conforme a faixas etária e o sexo, na comparação dos Levantamentos de 1997 e 2004 do CEBRID, em 10 capitais brasileiras.....	37
Figura 5 - Os seis domínios determinantes do uso de tabaco, segundo Flay (1992)	48
Figura 6 - Frequência do uso de tabaco pelos adolescentes pesquisados	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 – Prevalência de uso de tabaco na vida (experimentação) entre escolares (10 a 18 anos) –10 capitais brasileiras - 1987,1989,1993 e1997, segundo o CEBRID(1997).....	34
Tabela 5.1 – Freqüência de adolescentes por RPA do Recife, 2006.....	67
Tabela 5.2 – Freqüência e percentuais de consumo do tabaco nos adolescentes pesquisados (n=380).....	68
Tabela 5.3 – Freqüência e percentuais de consumo do tabaco pelos adolescentes pesquisados, Recife, 2006.....	69
Tabela 5.4 – Freqüência e percentuais dos adolescentes fumantes ocasionais e fumantes regulares	70
Tabela 5.5 – Consumo médio de cigarros por dia entre os adolescentes (n =78)....	71
Tabela5.6 –Freqüência e percentuais dos adolescentes segundo sexo.....	71
Tabela 5.7 – Freqüência e percentuais dos adolescentes segundo a faixa-etária.....	72
Tabela 5.8 – Idade média de experimentação por RPA.....	73
Tabela 5.9 – Distribuição do uso de tabaco segundo o sexo.....	74
Tabela 5.10 – Distribuição do uso de tabaco segundo a faixa etária.....	74
Tabela 5.11 – Distribuição do uso de tabaco pelos adolescentes pesquisados segundo a classe social.....	75
Tabela 5.12 – Distribuição do uso de tabaco pelos adolescentes pesquisados segundo o nível de escolaridade da mãe.....	76
Tabela 5.13 – Distribuição do uso de tabaco entre os adolescentes pesquisados segundo o nível de emprego do chefe da família.....	77
Tabela 5.14 – Distribuição da Sub- escala de Auto – estima (Auto-Estima Geral) nos adolescentes pesquisados.....	77
Tabela 5.15 – Freqüências e percentuais da Sub-escala de Auto–estima (Auto-Estima Física) nos adolescentes pesquisados.....	78
Tabela 5.16 – Freqüências e percentuais da Sub-escala de Auto–estima (Auto-estima Intelectual) nos adolescentes pesquisados.....	78

Tabela 5. 17 – Freqüências e percentuais da Sub-escala de Auto-estima (Auto-estima Emocional) nos adolescentes pesquisados.....	79
Tabela 5. 18 – Freqüências e percentuais da Sub-escala de Auto-estima (Auto-estima de relação com os outros) nos adolescentes pesquisados.....	79
Tabela 5. 19 – Distribuição de freqüências do nível de Auto-estima Global e suas sub-escalas entre adolescentes pesquisados, Recife, 2006.....	80
Tabela 5. 20 – Freqüências e percentuais da Sub-escala Auto-Estima Geral nos adolescentes pesquisados, segundo faixa-etária.....	81
Tabela 5. 21 – Freqüências e percentuais da Sub-escala Auto-Estima Geral nos adolescentes que fizeram uso de tabaco, segundo faixa-etária.....	82
Tabela 5. 22 – Freqüências e percentuais da Sub-escala Auto-Estima Geral nos adolescentes pesquisados, segundo sexo.....	83
Tabela 5. 23 – Freqüências e percentuais da Sub-escala Auto-Estima Geral nos adolescentes que fizeram uso de tabaco, segundo sexo.....	84
Tabela 5. 24 – Resultado de Regressão Logística Múltipla do Uso de Tabaco, Recife, 2006.....	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BASP- European Bureau for the Action on Smoking Prevention
CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CISAM – Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
DP– Desvio Padrão
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
IARC – Internacional Agency of Research in Cancer
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – Intervalo de Confiança
INCA – Instituto Nacional de Câncer
MS – Ministério da Saúde
NCI – National Cancer Institute
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
OR – Odds Ratio (Razão de Chances)
PAHO – Pan American Health Organization
POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares
PNSN – Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
RPA – Região Político Administrativa
RP– Razão de Prevalência
RR – Risco Relativo
TCLE –Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UPE – Universidade de Pernambuco
VIGESCOLA – Vigilância de Tabagismo em Escolares
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 REVISTA DA LITERATURA.....	24
2.1 O TABACO E A DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	24
2.2 PREVALÊNCIA DO TABAGISMO MUNDIAL E NO BRASIL.....	25
2.2.1 TABAGISMO ENTRE ADOLESCENTES.....	28
2.3 FATORES SOCIAIS ASSOCIADOS AO TABAGISMO.....	41
2.4 INFLUÊNCIA DA AUTO – ESTIMA NO TABAGISMO ENTRE ADOLESCENTES.....	44
2.5 POLÍTICAS DE CONTROLE DO TABAGISMO.....	49
3 OBJETIVOS.....	53
3.1 OBJETIVO GERAL.....	53
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	53
3.3 HIPÓTESE DO ESTUDO.....	53
4 MATERIAIS E MÉTODO.....	55
4.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO E DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	55
4.2 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	55
4.3 POPULAÇÃO.....	56
4.4 TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	56
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	58
4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	58
4.7 COLETA DE DADOS.....	58
4.8 ABORDAGEM AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	58
4.9 TÉCNICA E INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	59
4.10 ESTUDO PILOTO.....	61
4.11 ELENCO DAS VARIÁVEIS.....	63
4.11.1 Variáveis Dependentes.....	63
4.11.2 Variáveis Independentes.....	63

4.12 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	64
4.13 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	65
5 RESULTADOS.....	67
5.1 Prevalência de Tabagismo entre adolescentes.....	67
5.2 Aspectos Demográficos da População estudada.....	71
5.2.1 Associação entre uso de tabaco e sexo.....	73
5.3 Classe Social.....	75
5.3.1 Associação entre uso de tabaco e classe social.....	75
5.4 Condições socioeconômica da população estudada.....	75
5.4.1 Escolaridade da mãe.....	76
5.4.2 Nível de emprego do chefe da família.....	76
5.5 Auto-Estima e Tabagismo.....	77
5.6 Análise de Regressão Logística Múltipla do uso de Tabaco.....	85
6 DISCUSSÃO.....	88
6.1 RECOMENDAÇÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA.....	93
7 CONCLUSÃO.....	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97

APÊNDICES

APÊNDICE A – MAPA DAS REGIÕES POLÍTICO-ADMINISTRATIVAS (RPA) E BAIROS DO MUNICÍPIO DO RECIFE

APÊNDICE B - LISTA DE ESCOLAS DA REDE MUNICIPAL DO RECIFE COM 3º E 4º CICLOS DO ENSINO FUNDAMENTAL

ANEXOS

ANEXO A – INSTRUMENTO 1

ANEXO B - INSTRUMENTO 2

ANEXO C - INSTRUMENTO 3

ANEXO D – CARTA DE APRESENTAÇÃO ÀS ESCOLAS

ANEXO E - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, ESPORTE E LAZER DO RECIFE

ANEXO F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

ANEXO G - ATA DE AVALIAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA (EXAME DE QUALIFICAÇÃO)

ANEXO H – PARECER FINAL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CISAM - UPE

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O uso indevido de álcool, tabaco e outras drogas têm sido crescentes no âmbito mundial, constituindo-se em um fenômeno social que vem representando um grave problema para a saúde pública, com conseqüências pessoais, familiares e sociais (CARVAJAL; ANDRADE, 2005).

Desse modo, não se pode hoje considerar o consumo de cigarros, charutos e outros derivados do tabaco como mera opção comportamental ou de estilo de vida. Vários estudos científicos demonstram que o consumo de tabaco não traz nenhum benefício para quem o consome e mata pelo menos metade de seus consumidores de doenças relacionadas com o seu uso (DOLL e HILL, 1966; DOLL e PETO, 1976).

O tabagismo representa um problema de saúde pública não apenas nos países desenvolvidos, como também nos países em desenvolvimento, sendo a principal causa de mortes prematuras e limitações físicas por doenças coronárias, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer, como destaca Rosemberg (1999).

O adoecimento não ocorre apenas nos indivíduos fumantes, pois de acordo com alguns estudos, aqueles que não fumam, mas respiram em ambientes poluídos por fumaça, também estão fumando passivamente e sujeitos aos riscos de desenvolver as doenças conseqüentes do consumo de tabaco (REPACE, 1987).

Observa-se que a epidemia do consumo de tabaco deslocou-se dos países industrializados para os em desenvolvimento. Nestes últimos, cerca de 80% a 90% dos fumantes iniciam-se no tabagismo antes de 18 anos, sendo que nos países em desenvolvimento, a maior proporção de jovens inicia em torno dos 12 anos (WHO, 1998; WHO, 2004).

Na América Latina, segundo Rosemberg (1999), existem 200 milhões de indivíduos entre 0 a 18 anos, e destes, 40 milhões (20%) são tabagistas na adolescência ou na fase de adulto jovem.

Os fumantes perdem em torno de 20 a 25 anos de expectativa de vida e dos que iniciam no tabagismo desde a adolescência, cerca da metade morre entre os 35 a 69 anos de idade por doenças relacionadas ao tabaco (ROSEMBERG, 1999; VITÓRIA, RAPOSO, PEIXOTO, 2000).

Além das conseqüências à saúde, o tabagismo provoca altos custos sociais, econômicos e ambientais, além de que, nos países desenvolvidos os custos relacionados ao tabagismo consomem de 6% a 15% do gasto total com saúde, e em todas as idades, o custo médio com cuidados à saúde de fumantes supera o de não fumantes (BANCO MUNDIAL, 1999).

Vários são os estudos sobre o tabagismo e incluem desde pesquisas prospectivas com décadas de duração (DOLL e HILL, 1966; DOLL e PETO, 1976) até estudos de prevalência deste hábito na população em geral ou em grupos específicos, como os escolares (BARBOSA et al. 1989; BORDIN et al. 1993; MUZA et al., 1997; PASQUALOTTO et al., 2002; MACHADO NETO e CRUZ, 2003; ZANINI, et al., 2006).

Os estudos de prevalência sobre tabagismo destacam como fatores de risco na adolescência: sexo, idade, nível socioeconômico, hábito de fumar dos pais ou irmãos e dos amigos, rendimento escolar, trabalho remunerado e separação dos pais (BARBOSA et al.,1989; IVANOVIC,CASTRO,IVANOVIC,1997; MALCON, MENEZES, CHATKIN, 2003a) e indicam um aumento progressivo de fumantes com a idade (HIIJAR e SILVA, 1991; MAUAD et al.,1999; IVANOVIC e CASTRO, IVANOVIC,1997; MUZZA et al.,1997; HORTA et al., 2001).

No Brasil, os estudos de prevalência de tabagismo são descritos com variação de 4% a 20% ou mais, considerando os estudantes de ensino fundamental e médio, chegando até 30,5% em amostras com escolares do ensino médio (BARBOSA et al. 1989; HIIJAR ; SILVA, 1991).

A adolescência é o grupo etário que provoca maior preocupação quanto ao consumo de drogas psicoativas, e por isso, o número de pesquisas na produção de conhecimento acerca desta problemática tem aumentado (MUZZA et al. 1997) .

O desenvolvimento de ações de prevenção e promoção à saúde abrangendo a comunidade, com especial atuação junto à juventude é fundamental na contribuição para uma mudança de comportamento na sociedade (BRASIL, 1999).

Neste sentido, por considerarem a escola um dos espaços privilegiados de construção e socialização do saber e de formação ética para o exercício da cidadania, o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Câncer (BRASIL,1999) lançaram o Programa Saber Saúde de Controle de Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer nas Escolas com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de ações de prevenção de câncer junto a crianças e adolescentes.

Para Carvajal e Andrade (2005) a escola possui um papel fundamental na vida dos escolares, pois é nela que eles passam grande parte do seu tempo, se capacitam para progredirem tanto no âmbito dos conhecimentos, como no das atitudes e de valores, ou seja, é onde se socializam.

Assim, destaca-se a importância de se fortalecer a capacidade de promoção da saúde global e nacional, pois o tabagismo é um risco à saúde, com reconhecimento científico sobre os seus malefícios tanto no que diz respeito aos fumantes como aos chamados fumantes-passivos, especialmente crianças e adolescentes; também o meio-ambiente merece imediata ação dentro das políticas públicas, por meio da promoção de uma política tabágica nas escolas, para se criar ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde dos cidadãos (BRASIL, 2001).

Para Vitória, Raposo e Peixoto (2000) a estratégia para controlar o tabagismo e os problemas associados a ele deve estar baseada na prevenção primária dos jovens, procurando-se evitar ou atrasar a iniciação e a habituação tabágicas destes, sendo a escola a base para desenvolverem-se ações de prevenção do tabagismo.

O desenvolvimento de programas para prevenir ou retardar o tabagismo juvenil devem contemplar esforços sobre as influências sociais e os grupos de pressão através de atividades de treinamento para resistir às pressões do meio, dos amigos, familiares e dos elementos publicitários (FERNÁNDEZ et al, 2002).

Talbott - Modrcin et al. (1998) destacam o papel da auto-estima na prevenção em adolescentes sobre os comportamentos de risco como o tabagismo, o uso de drogas e atividade sexual precoce. Entretanto, poucos estudos têm sido realizados investigando a relação entre tabagismo e auto-estima.

Deste modo, a vulnerabilidade dos adolescentes quanto a comportamentos de risco e seus conseqüentes agravos à saúde, impõe a necessidade de atenção mais específica e direcionada a este grupo populacional (SILVA, 2000).

Várias são as comprovações que explicam a relevância dos estudos que abordam a problemática do tabagismo (BRASIL, 2004a) as quais destacamos :

- ♦ O tabagismo é uma doença crônica gerada pela dependência da nicotina estando inserido na Classificação Internacional de doenças (CID10) da Organização Mundial de Saúde;
- ♦ O tabagismo é uma doença pediátrica, pois 90% dos fumantes começam a fumar antes dos 19 anos e a média de iniciação é 15 anos;

- ♦ Tabagismo é também o mais importante fator de risco isolado para doenças graves e fatais: câncer, cardiovasculares, enfisema e outras;
- ♦ Tabagismo passivo aumenta entre os não-fumantes, o risco de câncer, infarto, infecções respiratórias dentre outros agravos, sendo por isso considerado também um risco ocupacional quando ocorre em ambientes de trabalho, escolares;
- ♦ Tabagismo mata cerca de 5 milhões de pessoas por ano no mundo e 200 mil no Brasil.

Diante das considerações explicitadas acima surgiram os seguintes questionamentos que contribuirão para a elaboração desta pesquisa :

Pode o nível de auto-estima influenciar o interesse em experimentar o tabaco entre adolescentes das escolas públicas do Recife? A classe social e outros fatores relativos às condições sociais destes adolescentes têm influência neste comportamento?

Dessa forma, o propósito do presente estudo foi estimar a prevalência do consumo de tabaco na vida em adolescentes na faixa etária de 12 a 18 anos matriculados nos terceiros e quartos ciclos do ensino fundamental em escolas públicas do Recife, analisando os fatores que possam interferir na prática do tabagismo. Por meio dos resultados obtidos, pretende-se contribuir na perspectiva do desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde, com os escolares deste município.

REVISTA DA LITERATURA

2 REVISTA DA LITERATURA

2.1 O TABACO E A DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A utilização do tabaco surgiu aproximadamente no ano 1000 a.C, em rituais mágicos religiosos de índios da América Central. A partir de então, difundiu-se para toda a Europa e suas folhas passaram a ser consumida sob diferentes formas (cachimbo, rapé, tabaco para mascar e charuto). No Brasil, a chegada da planta *Nicotiana Tabacum*, provavelmente tenha ocorrido com a migração dos índios tupis-guaranis. A industrialização do tabaco sob a forma de cigarro acontece no fim do século XIX (INCA, 2005).

O tabagismo iniciou-se como um comportamento predominantemente do sexo masculino. Durante e após a 1ª Guerra Mundial observou-se um crescimento dramático do consumo de tabaco entre os homens. Entre as mulheres era um comportamento pouco comum, até os anos de 1930 (WHO, 2004).

Atualmente é reconhecido como uma doença resultante da dependência pela nicotina, tornando os indivíduos usuários dos produtos do tabaco expostos acerca de 4.700 substâncias e destas 60 cancerígenas para o homem (IARC, 1987).

Apesar da prática tabágica desde a Antigüidade, apenas a partir da década de 80 a nicotina passou a ser considerada como droga psicoativa (ISMAEL, 2001).

Para Leite (2001) o cigarro é a forma mais conhecida do tabaco, sendo constituído de uma mistura de fumos que oferecem características diferentes de aroma e sabor, em adição a ingredientes como melado e óleos.

O hábito de fumar cigarros está associado para alguns fumantes com o consumo de café ou bebidas alcoólicas, após as refeições, onde efeitos positivos como prazer, relaxamento, melhora da atenção e estimulação são relatados (BENOWITZ, 1992).

Ismael (2001) destaca que isto pode explicar porque o indivíduo dependente de algum tipo de substância sente-se incapaz de desenvolver suas atividades diárias, sem o uso da droga, passando por visão pessimista em seus pensamentos, atribuindo falhas a sua falta de controle. Como consequência, sente-se culpabilizado, fracassado e a droga é utilizada como mecanismo de fuga.

Os seguintes estágios de evolução do tabagismo podem ser identificados: o contato inicial, a experimentação, seguida pela fase de transição, até alcançar posteriormente a dependência. O consumo regular de cigarros não se segue imediatamente após o uso inicial. Entre as duas fases existe a de transição em que o indivíduo pode fumar com frequência, como também pode restringir-se pelas circunstâncias, quando condutas proibitivas de fumar são impostas em locais como na escola ou em casa (LA GRECA; FISHER, 1992).

A resposta farmacológica para a nicotina pode ser considerada como fator de consumo regular, após a iniciação e experimentação (BARTSCH e LAPERCHE, 2006).

Para Ramírez e Andrade (2005), quanto maior a dependência a nicotina, maior é o consumo de álcool e este exerce um estímulo inespecífico em várias áreas comportamentais, potencializando um maior consumo de cigarros.

Segundo Bartsch e Laperche (2006) a iniciação ao cigarro é definida como a idade onde o indivíduo fumou o primeiro cigarro, enquanto que o tabagismo ocasional refere-se a comportamento intermitente e ocasional, entretanto, regular do hábito. Os autores enfatizam ainda que, a literatura atual considera um fumante regular aquele que fume ao menos um cigarro por dia, sendo a iniciação, assim como o consumo ocasional precoce, fatores consideráveis de risco de forte dependência, de morbidade e mortalidade, visto que, o tabagismo no início da adolescência é um forte preditor do tabagismo na idade adulta .

Nos indivíduos que são considerados fumantes regulares, 90% deles fumam diariamente, e devido à forte potência aditiva da nicotina, a desabitação do consumo de tabaco torna-se difícil. No entanto, cerca de 70% dos fumantes declaram que gostariam de deixar de fumar (BOYLE, 1997; WHO, 1998).

2.2 PREVALÊNCIA DO TABAGISMO MUNDIAL E NO BRASIL

Estima-se que um terço da população mundial adulta, isto é, um bilhão e 200 milhões de pessoas (entre as quais 200 milhões de mulheres) sejam fumantes (WHO, 1999).

Dados da Organização Mundial de Saúde indicam que no início da década de 90 aproximadamente 47% de toda a população de adultos jovens masculina mundial e 12% da população feminina faziam uso de tabaco. Nos países em

desenvolvimento os fumantes constituíam 47 % da população masculina, e 12 % da população feminina, enquanto que nos países desenvolvidos, o consumo pelas mulheres aumentava onde 24% das mulheres possuíam o hábito de fumar, em contraposição a 42% dos homens. Este aumento do consumo feminino tem como um dos fatores o ingresso das mulheres no mercado de trabalho sendo caracterizado num modelo da epidemia do cigarro como estágio 3, com declínio no consumo de tabaco entre os homens (WHO, 1997).

A projeção da mortalidade tabágica no mundo é preocupante. Nos países industrializados, no período de 1930 a 1950, morreram um milhão de fumantes. Na década de 1980 / 1989, com um crescimento acentuado, registram-se 17 milhões de mortes. De 1930 a 1989 morreram 61 milhões por doenças relacionadas ao consumo de tabaco, sendo 39 milhões de 35 a 69 anos e 21 milhões com 70 anos ou mais, representando respectivamente 30% e 16% da mortalidade geral (WHO,1997).

O total de mortes devido ao uso do tabaco atingiu a cifra de 4,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. Caso as atuais tendências de expansão do consumo de tabaco sejam mantidas, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos com idade produtiva de 35 a 69 anos (WHO, 2004).

Destaca-se ainda que, sem uma mudança de curso da exposição mundial ao tabagismo, o número de fumantes passará do ano 2000 a 2030 de 1,2 bilhões para 1,6 bilhões e que o número de mortes atribuíveis ao tabagismo aumentará de 4,9 para 10 milhões sendo que 70% ocorrerão nos países menos desenvolvidos (WHO, 2004).

Percebem-se importantes diferenciais no padrão e tendências de consumo do tabaco por gênero e por classe social no mundo. Desde quando introduzido na sociedade moderna, a proporção de homens fumantes tem sido mais elevada que a de mulheres. Contudo, nota-se mais recentemente, um ligeiro declínio no sexo masculino, principalmente nos países desenvolvidos, como também, em alguns países em desenvolvimento (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2004).

Estudos realizados na Europa relataram uma tendência geral para a diminuição do consumo do tabaco, sendo mais acentuada nos homens do que nas mulheres. Em Portugal há uma ligeira tendência para o aumento das prevalências, mais acentuada no sexo feminino, em particular nas categorias mais jovens e

demonstra que Portugal possui 26 por cento de fumantes, sendo uma das prevalências mais baixas da Europa (BASP, 1994).

A prevalência de fumantes adultos (acima de 15 anos de idade), estratificada pelo sexo e por regiões (África, Américas, Mediterrâneo Oriental, Europa, Sudeste Asiático, Pacífico Ocidental) em uma série histórica de 1990 a 1996, destaca que há 46% de fumantes homens e 26% de mulheres na Europa, em comparação com as taxas no mundo que são 47% e 12%, respectivamente. Enquanto no Canadá as taxas encontradas demonstram as prevalências de 31% entre homens e 29% entre mulheres, as taxas identificadas nos Estados Unidos da América foram de 28,1% e 23,5%, respectivamente (WHO, 1997).

O National Cancer Institute (NCI, 2004) destaca ainda que quanto ao sexo feminino há uma discreta tendência à redução na proporção de fumantes em países como Austrália, Canadá, Reino Unido, e Estados Unidos. Com relação aos países em desenvolvimento, o desafio é o evidente aumento da iniciação e conseqüente aumento da prevalência neste grupo populacional (WHO, 2004).

Costa e Silva; Koifman (1998) analisaram os resultados de inquérito de prevalência em 14 países latino-americanos. Aplicando-se dados pontuais de prevalência ao modelo de estágios da epidemia tabagística em países desenvolvidos (Estados Unidos e Canadá), pode-se dizer que, todos os países latino-americanos encontram-se no estágio 2, isto é, com prevalência entre os homens em franca elevação, prevalência entre mulheres iniciando crescimento, e mortalidade atribuível ao tabagismo entre homens ainda não refletindo o pico de prevalência.

Observa-se quanto à prevalência de fumantes na América Latina, segundo sexo, por adultos com mais de 15 anos de idade, que a taxa mais alta para os homens encontra-se na República Dominicana (66,3%), seguido da Bolívia (50,0%) e Cuba (49,3%). Para as mulheres as taxas encontradas, respectivamente, foram de 13,6% , 21,4% e 24,5% (WHO,1997).

No Brasil, os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (1989) demonstraram no primeiro levantamento mais amplo da prevalência do tabagismo, a existência de mais de 30 milhões de fumantes, e destes, 33,1% das pessoas entre 15 anos ou mais fumavam, sendo o percentual entre homens de 40,3% e entre mulheres de 26,2%.

Pesquisa realizada através de um Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade referida de Doenças e Agravos não transmissíveis, de base populacional, percebe-se que em cidades economicamente mais desenvolvidas das regiões sul e sudeste brasileiros, a prevalência de tabagismo entre mulheres aproxima-se da observada entre homens, fato preocupante da tendência de crescimento da exposição tabagística no sexo feminino em nosso país (BRASIL, 2004b).

Os dados comparativos entre as duas pesquisas supracitadas revelam que a prevalência do tabagismo diminuiu de 1989 a 2002 / 2003, sendo este declínio na prevalência total de um período a outro de: 20,8 % em Manaus, 45,2% em Belém, 38,5% em Natal, 35,7% em Recife, 41,7% em Campo Grande, 34,6% no Distrito Federal, 43,3% no Rio de Janeiro, 33,3% em São Paulo e 10,3% em Porto Alegre. (BRASIL, 2004b).

2.2.1 TABAGISMO ENTRE ADOLESCENTES

O tabaco é a primeira substância aditiva que os escolares e os adolescentes entram em contato (GARCÍA et al., 2006).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1999) alerta que um em cada três adolescentes fumantes no mundo morrerá prematuramente devido ao tabagismo.

Apesar do adoecimento e a morte causada pelo tabagismo se manifestarem em adultos, é na idade precoce que ela se inicia, pois alguns estudos corroboram quanto ao fato de que 50% dos jovens que experimentaram um (1) cigarro, se tornarão fumantes na vida adulta (CINCIRIPINI et al., 1997).

Amato (2003) relata que o fumante passivo tem um maior risco de adquirir o hábito de fumar. O crescimento dentro de uma família com fumantes aumenta em quatro vezes o risco do indivíduo tornar-se um fumante.

Na União Européia, a iniciação ao tabagismo ocorre antes dos 14 anos para a maioria dos fumantes, sendo que mais da metade dos jovens que o experimentam tornam-se dependentes (VITÓRIA et al., 2000).

Para Muza et al. (1997) existe um movimento característico da idade do primeiro uso em direção a uma ou outra faixa etária, cuja experiência ocorre claramente, em idades mais precoces; além das bebidas alcoólicas, o tabaco e os

solventes evidenciam uma tendência em direção aos mais jovens. Este mesmo autor identificou em 1.025 participantes uma maior prevalência de consumo de tabaco na vida, segundo a variável sexo, nos adolescentes do sexo masculino (42,7%) quando em comparação ao sexo feminino (33,1%); com relação a prevalência de consumo de tabaco na vida segundo a faixa-etária houve um aumento do consumo, à medida em que a faixa etária aumentava; 13 a 15 anos (24,6%), 16 a 17 anos (43,1%) e 18 a 19 anos (50,2%).

Uma pesquisa retrospectiva realizada por Pommerleau; Pommerleau; Namenek (1999) em pós-adolescentes do sexo feminino com idade média de 19 anos investigou quais os efeitos experimentados durante o consumo dos primeiros cigarros. Os resultados indicaram a existência de uma correlação entre aquelas que experimentaram cigarros, e o risco de permanecerem fumantes, nas que relataram as sensações de prazer e relaxamento experimentadas durante o consumo dos primeiros cigarros.

Estudo realizado com 2.967 escolares de educação básica e média entre 8 e 22 anos de idade, na Região Metropolitana do Chile, determinou a prevalência do tabagismo e quantificou o impacto de diversos fatores socioeconômicos e familiares sobre esta prevalência. A prevalência de tabagismo foi de 10,6%, que aumentou significativamente com a idade, sendo de 1,3% nos escolares menores de 13 anos, a 15,4% entre 13 a 15 anos e 36,9% nos adolescentes com 16 anos ou mais e apresentou-se maior nos escolares do sexo feminino (IVANOVIC; CASTRO; IVANOVIC, 1997).

Soria-Esojo et al. (2005) estimaram a prevalência do consumo de tabaco em Málaga, na Espanha e analisaram os fatores associados ao tabagismo entre jovens de 13 a 18 anos a fim de desenvolver um programa de intervenção para redução de consumo durante o período de seis meses .

Neste estudo, 337 estudantes responderam a um questionário (similar ao Questionário Europeu de Prevenção de Câncer) no qual foram examinadas as seguintes variáveis: sexo, idade, atitude para fumar, prática de esportes, presença de fumantes na família e conhecimento dos efeitos prejudiciais do fumo. Analisadas as associações através do teste do Qui-quadrado, 27% deles se declararam fumantes, sendo que o consumo foi significativamente maior ($p < 0,001$) entre as estudantes do sexo feminino (36,1%) que nos do sexo masculino (18,1%) e aumentava com o aumento da idade . A idade de contato inicial com o tabaco situou-

se entre 13 e 14 anos; o motivo mais freqüente para iniciar o consumo era provar algo novo (52%) e em relação ao meio familiar, o maior fator de risco para o adolescente era ter um irmão fumante (SORIA-ESOJO et al. 2005).

Uma pesquisa observacional realizada por García et al. (2006) em 529 escolares com idade média de 13,2 anos identificou que 62% dos adolescentes haviam fumado em alguma ocasião e 19,1% consumiam tabaco habitualmente.

A experimentação se relacionou com as seguintes atitudes: “fumar me faz sentir melhor” ($p < 0,001$), “é divertido” ($p < 0,001$), “ajuda a fazer amigos”, “aceitaria um cigarro oferecido por um amigo” ($p < 0,001$). A experimentação se relacionou ainda com a presença de amigos fumantes (OR = 2,402 IC 95% : 1,591-3,628) e a presença conjunta de mãe e irmãos maiores fumadores (OR= 2,703; IC 95% : 1,574 – 4,642); as taxas de prevalência de experimentação e consumo de tabaco encontrado foram consideradas altas (GARCÍA et al., 2006).

Muza et al. (1997) em pesquisa realizada na cidade de Ribeirão Preto (SP), identificou o consumo de substâncias psicoativas, entre 1.025 adolescentes escolares (faixa etária dos 13 aos 19 anos), as prevalências por sexo, idade e tipo de substância. Através de um questionário auto-aplicável proposto pela OMS, o “self administered questionnaire”, contendo questões sobre o consumo de substâncias psicoativas, demográficas, de percepção e comportamento intrínseco ao consumo de drogas.

Foram consideradas as categorias de “uso na vida”, “uso no último ano”, “uso no último mês” e “uso diário”. Quanto à distribuição do consumo os resultados indicaram que dentre as substâncias psicoativas lícitas, as bebidas alcoólicas são as mais consumidas, com freqüência de “uso na vida” de 88,9% , seguido com 37,7% pelo tabaco. Entre as substâncias de uso ilícito, os solventes são os mais consumidos, com taxa de uso na vida de 31,1%, seguidos pelos medicamentos (10,5%), maconha (6,2%), cocaína (2,7%), alucinógenos (1,6%) e opiáceos (0,3%) (MUZA et al., 1997).

Ainda como resultados, Muza et al. (1997) concluiu que as taxas de prevalência de uso de todas as substâncias cresceram linearmente com a idade, sendo o crescimento em relação ao fumo o mais perceptível, chegando a duplicar quando se considerou a faixa etária de 13 a 15 e de 16 a 17 anos. A distribuição de prevalência de consumo (na vida) por sexo indicaram diferenças estatisticamente significantes, em praticamente todas as substâncias para os homens, com exceção

para o uso de medicamentos sem prescrição médica, consumidos pelas mulheres (os sedativos, os barbitúricos, as anfetaminas, os tranqüilizantes, os xaropes e os anticolinérgicos).

Segundo Bordin et al. (1993) a prevalência mostrou uma tendência de aumento junto com a idade e com o ano escolar, em 838 adolescentes de oito escolas públicas municipais de Sapiranga, na Região Metropolitana de Porto Alegre. Para este estudo, a categoria fumante foi operacionalizada como sendo os indivíduos que relataram ter fumado ao menos um (1) cigarro por dia, por um período de seis meses. Ex-fumante foi considerado aquele que havia abandonado o hábito há pelo menos seis meses. Entre os escolares, 3,2 % eram fumantes, embora 20,3% tenham sido expostos pelo menos uma vez ao tabaco. A idade média de início foi de 14,7 no sexo masculino e 15 anos no sexo feminino. O número de fumantes foi significativamente maior no sexo masculino ($p < 0,05$). 83% dos escolares considerados fumantes conviviam com pelo menos um familiar fumante, apontando que o ambiente familiar parece exercer forte influência sobre a adesão do escolar ao tabagismo.

Horta et al. (2001) descreveram a prevalência e os fatores de risco para o tabagismo em uma amostra de base populacional, de adolescentes residentes em área urbana, na cidade de Pelotas, RS. Foram considerados fumantes todos aqueles que informaram ter fumado pelo menos um cigarro por semana, no último mês. A amostra foi composta por 632 adolescentes com idade entre 12 e 18 anos dos quais 11,1% eram fumantes, 6,8% ex-fumantes e 82,1% nunca haviam fumado regularmente.

Ainda nesta pesquisa os autores concluíram que a prevalência do tabagismo foi diretamente relacionada com a idade do adolescente, sendo que a chance de um adolescente ser fumante foi 4,35 vezes maior nos adolescentes com idade entre 17 e 18 anos, em comparação àqueles com idade entre 12 e 14 anos. Também houve associação entre tabagismo e os adolescentes que não freqüentavam a escola ou já haviam repetido o ano. O consumo de bebidas alcoólicas no último mês esteve associado com um maior risco de tabagismo, sendo a razão de odds de 7,51 (IC 95%: 3,01 – 18,75) maior entre os adolescentes que usaram bebida alcoólica de maneira abusiva, quando comparados àqueles que não relataram consumo no último mês (HORTA et al., 2001).

Um outro estudo de delineamento transversal de base populacional com uma amostra representativa de 1.187 adolescentes de 10 a 19 anos, da zona urbana de Pelotas mediu a taxa de prevalência que foi de 12,1% (n= 144) (IC 95% de 10,3 - 14) por meio de questionário pré- codificado, individual e confidencial aplicados nos domicílios. Tabagismo do adolescente foi definido como fumar um ou mais cigarros nos últimos 30 dias. O critério de fumante para tabagismo do pai, mãe, irmãos mais velhos e amigos foi “uso atual”. A prevalência para “fumo alguma vez na vida” foi de 26,7% (n=317) (IC 95% : 24,2 - 29,3), ou seja, incluiu fumo atual, fumo ocasional e ex-fumante (MALCON; MENEZES; CHATKIN,2003a).

Foram utilizados nesta pesquisa de Malcon; Menezes; Chatkin (2003a) os testes de Qui-quadrado de Pearson, e de tendência linear na análise bivariada. Através da análise multivariada foram considerados fatores de risco para tabagismo na adolescência, a idade do adolescente, fumo dos irmãos mais velhos, escolaridade do adolescente e grupo de amigos fumantes; sexo, cor, renda familiar em salários mínimos e escolaridade do chefe não demonstraram significância estatística.

Uma revisão sistemática da literatura realizada por Malcon; Menezes; Chatkin (2003b) nas bases de dados MEDLINE (1966-2002) e Literatura Latino–Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (“Lilacs”) (1982-2002), além de documentos governamentais e não governamentais e sites da Internet, identificou-se 315 artigos que descreviam a prevalência do tabagismo em adolescentes e ao fatores associados ao hábito de fumar nesse grupo etário na América do Sul.

Do total de 315 artigos, 45 foram considerados relevantes para o referido estudo, em que se constatou que o hábito de fumar entre irmãos e amigos foi o principal fator de risco, além do baixo rendimento escolar, a idade mais avançada, o sexo masculino, o trabalho remunerado e a separação dos pais. Conclui-se, nesta revisão, que são necessários mais estudos de base populacional representativo dessa faixa etária, e, critérios uniformes para definir os fumantes (MALCON; MENEZES; CHATKIN, 2003b).

Um estudo do tipo analítico, quali-quantitativo foi realizado com a finalidade de identificar o consumo de tabaco em 392 adolescentes, e sua relação com fatores de risco e fatores protetores, tanto individuais, familiares, como socioculturais dos jovens que cursavam os primeiros e segundos anos médios em escolas municipais da cidade de Valparaíso, no Chile (HENRIQUEZ e VILA, 2002).

Estes autores identificaram que do total da amostra, 43,3% consumiam tabaco, sendo que o início de maior frequência foi entre os 12 e 13 anos de idade. Dentre os fatores de proteção para o consumo de tabaco, destacaram-se a participação em atividades esportivas, boa apreciação de si mesmo, convívio com amigos que não fumem, em especial seu melhor amigo, ter pais que não consomem cigarros e possuir um bom conhecimento dos danos que o tabagismo provoca para a saúde (HENRIQUEZ e VILA, 2002).

Menezes et al. (1994) realizaram um estudo comparativo entre estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Em 1986 foram entrevistados 426 estudantes (96% do total) matriculados do primeiro ao quinto ano, enquanto que em 1991 foram entrevistados 470 estudantes (98% do total). Observou-se uma redução na prevalência de fumantes de 21,6 %, em 1986, para 14,6%, em 1991. Os percentuais de ex-fumantes foram de 7,3% e 10,9%, respectivamente, sendo maior nas duas últimas séries do curso. Neste estudo não houve associação entre sexo e hábito de fumar, assim como entre tabagismo dos pais e filhos.

Numa pesquisa entre escolares de 5^a a 8^a séries do primeiro grau e do colegial do 2^o grau sobre tabagismo e seus determinantes, realizada por Mauad et al. (1996), em Barretos (SP), observou-se que 7,2% eram fumantes atuais, não ocorrendo diferença quanto ao sexo; ocorreu um aumento progressivo da prevalência, com a idade (16,6% entre os maiores de 18 anos). Além disso, destacou-se que o início do tabagismo ocorreu com maior frequência após os 12 anos e que 78% dos fumantes referiram o consumo de até 10 cigarros ao dia, sendo maior no sexo masculino.

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) realizou inquéritos periodicamente (1987,1989,1993,1997) em 10 capitais brasileiras; os resultados revelaram que a experimentação de cigarros estaria aumentando entre escolares de 10 a 18 anos de idade, como demonstra a Tabela 2.1.

Tabela 2.1 –Prevalência de uso de tabaco na vida (experimentação) entre escolares (10 a 18 anos) –10 capitais brasileiras - 1987,1989,1993 e 1997, segundo o CEBRID (1997)

Ano	Belém	BH	DF	Curitiba	Fortaleza	Porto Alegre	Recife	RJ	Salvador	SP
1987	22	23,2	22,4	18,4	21,6	20,8	20,5	22,7	17,9	25,4
1989	30,3	34	27,7	24,1	24,7	29,7	21,6	27,1	22,8	31,8
1993	29,9	37	26,7	29,9	25,7	31,7	25,6	25,5	19,3	29,1
1997	27,1	34,3	33,7	41	32,8	44,1	26,7	26,9	30,5	30,7

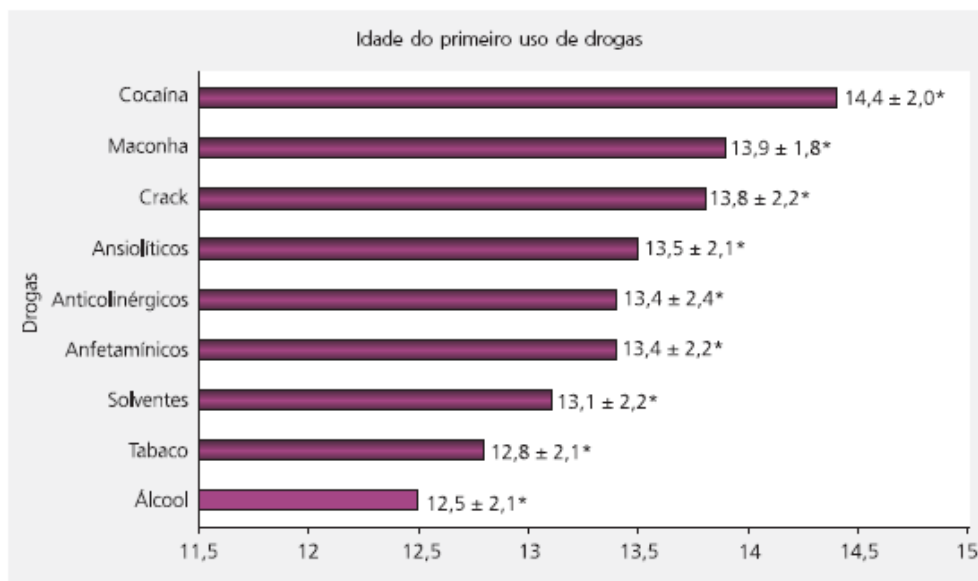
Fonte: (CARLINI et al.,1989)

Barbosa et al. (1989) analisaram em uma amostra de 16.149 estudantes, a partir de técnicas estáticas bi e multivariada, as informações sobre o uso de tabaco, entre estudantes de primeiro e segundo graus da rede estadual de dez capitais (Belém, Brasília, Belo Horizonte, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo), resultante de pesquisa realizada pelo CEBRID em 1987.

Os resultados encontrados sobre o uso de tabaco na vida foram de 19,5%, de uso de tabaco no último ano (15,9%) e uso no último mês de (10,5%). Este resultado (último mês) foi o considerado para análise bi e multivariada por Barbosa et al.(1989). Através da análise multivariada, procurou-se identificar quais combinações de categorias das variáveis medidas caracterizam uma situação de risco de o estudante ser fumante (variável resposta). Além disso, cada tabela foi ajustada a um modelo Logit para quantificar os efeitos individuais ou conjuntos das diversas variáveis na formação dessas chances. Na análise bivariada, observou-se que os estudantes acima de 18 anos, do sexo masculino, que trabalhavam, do curso noturno, com defasagem escolar e pais fumantes estavam positivamente associados ao hábito de fumar ($p < 0,01$, pelo teste do Qui-quadrado). A análise multivariada identificou que as variáveis de maior peso foram defasagem escolar nos estudantes do curso noturno, e presença de pais fumantes nos estudantes do diurno (BARBOSA et al., 1989).

Em 2004, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) realizou o V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras (GALDURÓZ, et al., 2004).

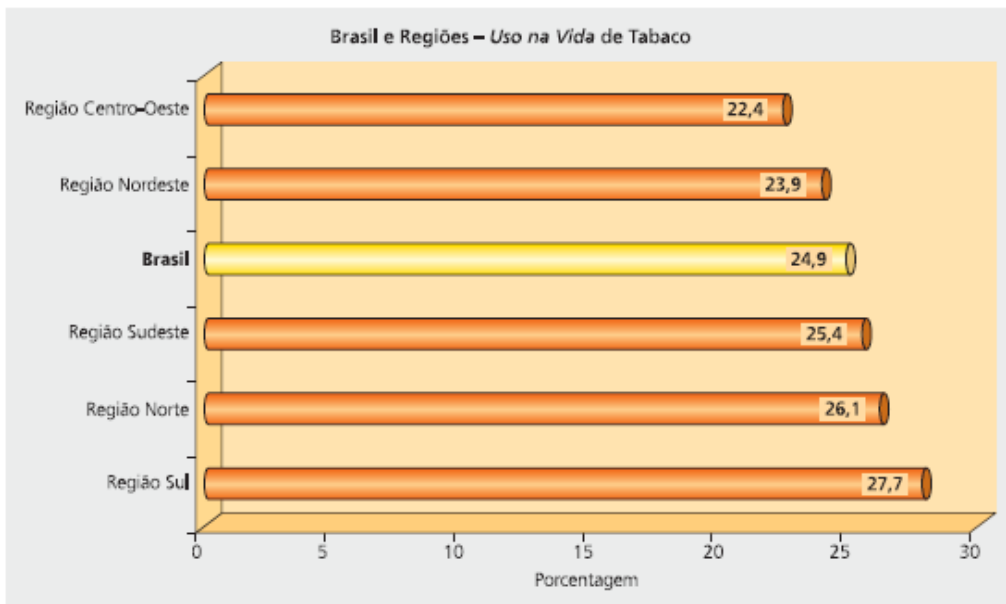
A Figura 1 ilustra a idade de início do uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas pesquisadas neste levantamento, no conjunto das 27 capitais brasileiras que totalizou uma amostra de 48.155 entrevistados. Os dados estatísticos demonstraram que a idade do primeiro uso das drogas legais - do álcool e do tabaco- foi menor que as idades de primeiro uso das outras drogas pesquisadas. O tabaco apareceu como a segunda droga de idade de uso mais precoce pelos escolares pesquisados ($x = 12,8$ anos).



Fonte : CEBRID, 2004

Figura 1- Idade do primeiro uso de drogas, segundo levantamento do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas(CEBRID), 2004

Com relação ao uso de tabaco na vida, os dados nesta pesquisa demonstraram que a Região Sul apresentou a maior taxa de prevalência (27,7%) em comparação a outras regiões do Brasil. No Nordeste foi observada a segunda menor taxa de prevalência (23,9%), conforme ilustra a Figura 2 (GALDURÓZ, et al., 2004).



Fonte : CEBRID, 2004

Figura 2 -Comparação do uso na vida de tabaco entre o Brasil e as cinco regiões em 2004

A Figura 3 demonstra a comparação dos resultados do CEBRID em 2004, quanto ao uso na vida de tabaco, segundo faixas etárias e sexo, em relação aos levantamentos realizados anteriormente pelo próprio CEBRID (1987,1989,1993 e 1997). Observa-se que nas cidades de Fortaleza, Porto Alegre, Recife e Rio de Janeiro houve um aumento da tendência de uso de tabaco na vida. Estes dados evidenciam quanto o acesso às drogas é fácil e quanto determinada droga permeia a vida desses adolescentes. Quando comparados os dados segundo sexo, percebeu-se que não houve mudança de tendência nos escolares do sexo masculino nas cidades de Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo. Destaca-se ainda o aumento de tendência de uso de tabaco pelos escolares do sexo feminino na cidade de Porto Alegre (GALDURÓZ, et al., 2004).

CAPITAIS	TABACO						
	Uso na vida* de tabaco	Faixas etárias (anos)				Sexos	
		10-12	13-15	16-18	> 18	Masculino	Feminino
Belém	↓	↓	↓	■	■	↓	↓
Belo Horizonte	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Brasília	■	■	■	↑	↓	↓	↓
Curitiba	■	■	■	■	↑	■	■
Fortaleza	↑	↑	■	↑	■	■	■
Porto Alegre	↑	↓	■	■	↑	■	↑
Recife	↑	↓	↑	↑	■	■	■
Rio de Janeiro	↑	■	■	■	■	■	■
Salvador	■	■	↓	↓	■	↓	↓
São Paulo	■	■	■	■	↓	■	■

↑ Indica aumento da tendência de *uso na vida*;
 ↓ Indica diminuição da tendência de *uso na vida*;
 ■ Indica que não houve mudanças da tendência de *uso na vida*.

Fonte: CEBRID, 2004

Figura 3 – Tendência do uso de tabaco conforme a faixa-etária e o sexo em 10 capitais brasileiras que participaram dos 5 levantamentos realizados pelo CEBRID (1987, 1989, 1993 e 1997).

No entanto, quando comparados os resultados do Levantamento do CEBRID de 2004, apenas com os identificados pela pesquisa do CEBRID de 1997 (Figura 4), observa-se que em quase todas as capitais pesquisadas ocorreu uma tendência à diminuição do uso de tabaco na vida, com exceção das cidades de Fortaleza, Recife e Rio de Janeiro, onde não houve mudança de tendência. Em relação à comparação por faixas-etárias identificou-se na cidade do Recife que os adolescentes de 16 a 18 anos e em maiores de 18 anos tiveram um aumento do uso de tabaco na vida, particularmente no sexo feminino (GALDURÓZ, et al., 2004).

CAPITAIS	TABACO						
	Uso na vida* de tabaco	Faixas etárias (anos)				Sexos	
		10-12	13-15	16-18	> 18	Masculino	Feminino
Belém	↓	↓	■	■	■	↓	■
Belo Horizonte	↓	↓	↓	■	↓	↓	■
Brasília	↓	↓	↓	↑	↓	↓	■
Curitiba	↓	↓	↓	↓	↑	↓	■
Fortaleza	■	↑	↓	↑	■	↓	■
Porto Alegre	↓	↓	↓	↓	↑	↓	■
Recife	■	↓	■	↑	↑	↓	↑
Rio de Janeiro	■	■	↓	■	↑	■	■
Salvador	↓	↓	↓	↓	↓	↓	■
São Paulo	↓	■	■	■	↓	↓	■

↑ Indica aumento da tendência de *uso na vida*;
 ↓ Indica diminuição da tendência de *uso na vida*;
 ■ Indica que não houve mudanças da tendência de *uso na vida*.

Fonte: CEBRID, 2004

Figura 4 – Síntese do uso de tabaco na vida conforme a faixa- etária e o sexo, na comparação dos levantamentos de 1997 e 2004, em 10 capitais brasileiras

Silva (2000) realizou uma pesquisa de prevalência do consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco entre 525 adolescentes em 33 escolas do ensino médio de Natal / RN através de um questionário auto-aplicável, padronizado e anônimo, contendo questões sobre padrão de consumo, questões sócio-demográficas e socioeconômicas. As taxas de prevalência observadas para o consumo de tabaco, de acordo com o uso na vida foram de 25,9 % (IC 95%: 22,3 – 29,9), enquanto que para nos últimos 30 dias foi de 8,4 % (IC 95% : 6,2 - 11,2). As taxas de consumo cresceram proporcionalmente com a idade, sendo mais freqüente no grupo de 17 a 18 anos, entre os alunos do sexo masculino. Com relação ao nível socioeconômico não houve diferença na prevalência para o consumo de tabaco nos últimos dias; contudo, para o consumo ao longo da vida, o nível de significância limítrofe foi alcançado para o estrato B : RP =1,48 (IC 95% :0,97-2,26; p = 0,07) e para o estrato C : RP = 1,39 (IC 95% : 0,95-2,02 ; p= 0,08).

Um estudo transversal foi conduzido por Pasqualotto et al. (2002), no ano escolar de 1997, para determinação da prevalência do consumo de cigarros em adolescentes na cidade de Santa Maria, RS. Foram entrevistados por amostragem 1.019 estudantes entre 10 a 19 anos de todas as escolas públicas e particulares do município. A taxa de prevalência de fumantes foi de 10,4%; 31,6% dos adolescentes já haviam experimentado cigarros. Identificou-se a relação entre o aumento da idade e a prevalência de tabagismo, com iniciação mais precoce aos 13 anos e com pico no grupo de 16-17 anos .

Foram fatores significativamente associados ao consumo de cigarros neste estudo: baixo desempenho escolar (RR = 2,0; IC 95% : 1,2-3,4; p < 0,05), melhor nível socioeconômico (p < 0,01) e uso de outra forma de tabaco no sexo masculino (RR= 2,7 IC 1,4-5,1; p < 0,005), assim como a auto-avaliação “gostar de correr riscos” (RR =2,6 IC 95% :1,8-3,8; p < 0,0001). A associação entre escolaridade do pai ou da mãe e o tabagismo entre os estudantes não foi observada (PASQUALOTTO et al. 2002).

Machado Neto e Cruz (2003) fizeram uma pesquisa transversal de caráter exploratório entre adolescentes da oitava série do ensino fundamental à terceira série do ensino médio em cinco escolas públicas da região metropolitana de Salvador (BA). Esta pesquisa realizou-se com a aplicação de 3.500 questionários sendo 3.180 válidos e a análise estatística de medidas descritivas e de associação (razão de prevalência) e o teste t de Student e o Qui –quadrado.

A taxa de prevalência do tabagismo entre os adolescentes de Salvador foi de 9,6%, sendo maior no sexo masculino (14,4%) que no feminino (6,2 %) sendo a razão de prevalência = 2,33 (IC 95 % : 1,87- 2,90) para o sexo masculino. À medida que aumentava a idade, elevava-se essa prevalência. A média de idade de início do tabagismo foi de 14 (\pm 2 anos). 46% dos adolescentes experimentaram o cigarro (IC 95% : 44,2- 47,7) com freqüência de 53,3% entre os adolescentes do sexo masculino e 41% do sexo feminino. Entre os que experimentaram o cigarro, 20,4% continuaram fumando com razão de prevalência (RR = 1,85), mais freqüente no sexo masculino (IC 95%=1,55-2,21) ; a experimentação e a influência dos pais foram associadas ao tabagismo nos adolescentes (MACHADO NETO e CRUZ, 2003).

No período de 2002 a 2003 (BRASIL, 2004b) identificou-se em 15 capitais brasileiras, incluindo a cidade do Recife e o Distrito Federal, através de um Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade referida de Doenças e Agravos não transmissíveis, de base populacional, que a magnitude do tabagismo apresentava grande disparidade em diferentes áreas do país, sendo a maior prevalência de uso regular de cigarros em Porto Alegre (25,2%) e a menor em Aracaju (12,9%).

Utilizou-se no módulo de tabagismo dois modelos de questionário um para as pessoas de 15 a 19 anos e outro para 20 anos ou mais, e observou-se ainda, que o tabagismo apresentou maior prevalência entre os grupos com menor escolaridade isto é, com o ensino fundamental incompleto quando comparados ao de maior escolaridade, ou seja, com o ensino fundamental completo ou mais (BRASIL, 2004b).

Em Recife, a prevalência de 17,4% foi a segunda mais alta do Nordeste, depois de Fortaleza (18,4%). A pesquisa supra citada destaca ainda que, nas cidades de Aracaju, Natal, Recife e Belém há mais de dois fumantes de baixa escolaridade para cada fumante com maior escolaridade. Além disso, os resultados demonstraram que a maior parcela da população estudada (70%), começou a fumar antes dos 20 anos (BRASIL, 2004b).

O Sistema de Vigilância de Tabagismo em Escolares (VIGESCOLA) utiliza como uma de suas estratégias o levantamento de base escolar com estudantes de 13 a 15 anos para divulgar informações sobre a prevalência e exibição de propaganda e influência da mídia no consumo do tabaco, exposição do fumante

passivo, acesso e disponibilidade de tabaco e cessação do tabagismo (BRASIL, 2004d).

O VIGESCOLA (BRASIL, 2004d) foi realizado em 12 capitais brasileiras (Aracaju, Boa Vista, Campo Grande, Curitiba, Fortaleza, Goiânia, João Pessoa, Natal, Palmas, Porto Alegre, São Luís e Vitória) entre 2002 e 2003, e verificou-se que a porcentagem de estudantes que experimentaram cigarros variou no sexo masculino, de 58% em Fortaleza, a 36% em Vitória. No sexo feminino, a maior porcentagem foi observada em Porto Alegre (55%) e a menor em Curitiba (31%).

Em relação ao percentual de fumantes regulares, isto é, aqueles que já estariam passando da fase da experimentação para a fase da dependência, observou-se que as capitais com maior proporção foram Porto Alegre (35,5%), Goiânia (31,2%), Campo Grande (26,7%) e Palmas com 26,5% (BRASIL, 2004d).

Um estudo de Nascimento et al. (2004) foi realizado com o objetivo de determinar a prevalência do tabagismo entre adolescentes com 12, 15,16 e 20 anos, de ambos os sexos, em escolares do Recife. A amostra foi composta de 240 estudantes, 60 em cada idade selecionada, que freqüentavam escolas de ensino fundamental e médio, públicas e privadas e universidades públicas, UPE e UFPE.

Os resultados obtidos por idade foram 6,7% aos 12 anos, 5,0% aos 15;16,7 % aos 16 anos e 5,0% aos 20 anos. Verificou-se ainda que, 20,0 % dos estudantes com 12 anos já haviam fumado um cigarro completamente pelo menos uma vez na vida; os valores foram de 51,7% para os jovens de 16 anos e 40 por cento em jovens de 20 anos. Para análise dos dados utilizou-se o teste qui-quadrado de independência. A idade de 16 anos foi a de maior experiência com o tabaco, não havendo relação entre gênero e grau de escolaridade dos pais. Neste estudo observou-se ainda, a associação significativa entre estudante fumante com pais fumantes e pais separados.

Pesquisa realizada na Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOP/ UPE) em 2005 identificou a taxa de prevalência entre 278 alunos do 4° ao 10° Período do curso de graduação. Foi utilizado um questionário auto-aplicável adaptado da Pesquisa VIGESCOLA (2004). Os resultados indicaram que 16,5% dos estudantes afirmaram ter experimentado cigarros antes dos 13 anos de idade, e 16,1% consumiram mais de cem cigarros na sua vida, isto é, são considerados segundo a OMS, fumantes regulares (FERRAZ de SÁ; MACEDO de PAULA, 2005).

Zanini et al. (2006) através de um estudo transversal realizado em 2002 na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, no qual foram entrevistados 459 estudantes de oito escolas do ensino médio da rede estadual, verificaram que a taxa de prevalência de tabagismo entre os estudantes foi de 18% (IC 95% 14,6-21,7), sendo que a idade média do início do tabagismo ocorreu aos 14 anos. Considerou-se fumante, segundo a definição da OMS, aqueles que relataram fumar regularmente (fumaram 100 ou mais cigarros na vida e ainda continuam fumando).

Os resultados desta pesquisa permitiram concluir que os estudantes das escolas estaduais de Santa Maria começaram a fumar precocemente, sendo influenciados pelos amigos fumantes (OR = 4,37; p = 0,000), pela renda familiar mensal (OR= 2,04; p= 0,013) e pela idade (OR = 1,86; p =0,031).

2.3 FATORES SOCIAIS ASSOCIADOS AO TABAGISMO

O Banco Mundial (1999) aponta que as maiores prevalências eram observadas no início de expansão do tabagismo, nos países desenvolvidos entre pessoas de classes sociais mais abastadas. Esta situação foi progressivamente se invertendo e atualmente, nestes países, a população de mais baixa renda e escolaridade encontra-se mais exposta (BANCO MUNDIAL, 1999).

Segundo Marmot e Wilkinson (1998) existem diferentes situações desfavoráveis para os indivíduos e estas podem ser definitivas ou circunstanciais; tais como recursos familiares escassos, educação insatisfatória durante a adolescência, morte do chefe da família, desemprego ou emprego sem garantias, moradias em situação de pobreza. Os autores afirmam que os indivíduos tendem ao consumo de álcool, drogas e tabaco e sofrem as conseqüências, e que este uso é influenciado pelo cenário social, com o propósito de aliviar o sofrimento das condições sociais e econômicas críticas.

Enquanto na Noruega a prevalência do tabagismo entre homens de alta renda diminuiu de 75% em 1955 para 28% em 1990, o declínio neste mesmo período foi bem menor entre as pessoas de baixa renda, passando de 60% para 48% (BANCO MUNDIAL, 1999).

Nas décadas de 70 e 80 o Banco Mundial chegou a estimular nos países em desenvolvimento o cultivo do tabaco, como produto rentável para exportação. Entretanto, desde 1991 sua política mudou no sentido de reconhecer os efeitos

nocivos do consumo e produção de tabaco para a saúde e para o desenvolvimento dos países, adotando a política de proibir a utilização de recursos para o financiamento da produção de tabaco, ao mesmo tempo em que passou a estimular os esforços para o controle do seu consumo (BRASIL, 2004a).

Dessa forma, a associação entre tabaco e pobreza tem sido foco especial de atenção e mobilização da Organização Mundial de Saúde (OMS) e tema de discussão em 2004 da data comemorativa “Dia 31 de Maio, Dia Mundial Sem Tabaco” (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2004).

De acordo com Xavier (2004) dos cerca de 1,1 bilhão de fumantes que existem hoje no mundo, 80% vivem em países em desenvolvimento. Além disso, uma pesquisa desenvolvida pelo Banco Mundial (2003) aponta que a probabilidade de uma pessoa ser fumante é bem maior, se ela não tiver escolaridade. Destaca ainda, que na China, indivíduos sem nenhum grau de instrução têm probabilidade sete vezes maior de serem fumantes; enquanto que no Brasil, entre os grupos de indivíduos de baixo nível de escolaridade, essa probabilidade é 5 vezes maior.

Acrescenta-se o fato de que em muitos países, incluindo no Brasil, o cigarro é mais acessível economicamente do que determinados alimentos (CAVALCANTE; PINTO, 2003).

Guidon et al. (2002) destaca em um estudo no qual comparou o custo de um maço de cigarros com o custo de 1 quilo de pão, usando o índice “minutos de trabalho necessários para comprar os dois itens”, e concluiu que no Brasil o custo de um quilo de pão chega a ser três vezes maior do que o custo de 1 maço de cigarros.

Estes resultados corroboram com os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (IBGE, 2002-2003), que em famílias brasileiras de menor renda, o gasto com tabaco chega a ser maior do que com alguns itens como pão, leite, ovos, legumes e frutas.

Numa análise feita pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), ficou clara a associação entre o consumo de cigarro e a classe social ao se comparar renda familiar em que se observa que a fatia que se gasta com tabaco, chega a ser 7,8 vezes maior nas famílias com rendimento menor ou igual a 2 salários mínimos, fazendo com que chefes de família gastem o pouco que têm na compra de cigarros (XAVIER, 2004).

Em outra pesquisa realizada também pelo INCA, no município do Rio de Janeiro em 2001, identificou-se o perfil dos fumantes. Os dados obtidos foram comparados com os da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989, onde se observou a redução da prevalência de fumantes, que decresceu de 30% em 1989 para 21%. Contudo, os resultados nas duas pesquisas demonstraram que a concentração do tabagismo apresentou-se maior na população de baixa renda e de menor escolaridade (FIGUEIREDO et al., 2002).

Um estudo realizado no Chile analisou o impacto relativo às variáveis independentes idade, sexo e nível socioeconômico. Os autores identificaram ainda nesta pesquisa, que o tabagismo aumentou com a idade, e adquire sua máxima expressão durante a adolescência. O consumo de cigarros aumentou em escolares de maior estrato socioeconômico, que apresentavam atraso escolar, menor assistência pela escola, baixo rendimento escolar e menos lazer com sua família (IVANOVIC, CASTRO e IVANOVIC, 1997).

Ramírez e Andrade (2005) realizaram um estudo descritivo-exploratório com o objetivo de identificar no ambiente familiar os possíveis fatores de risco associado ao alcoolismo e tabagismo em crianças e adolescentes. Utilizou-se uma amostra de cem famílias e foi aplicado por meio de visita domiciliar um questionário pré-estabelecido, no qual se identificou o nível socioeconômico das famílias em salários mínimos vigentes no período da pesquisa, números de membros da família, idade das crianças e adolescentes, escolaridade dos indivíduos da família em anos, hábito de fumar dos pais, irmãos maiores e amigos.

Os resultados deste estudo indicaram que as principais influências para a indução no meio familiar ao início do consumo de álcool e tabaco foram o fator econômico, a baixa escolaridade, pais bebedores e fumantes e o tipo de trabalho que realizam. Além disso, 52% do total das famílias entrevistadas afirmaram que consumiam álcool e tabaco, o que determina que o consumo familiar é um fator de risco elevado, pois os filhos aprendem e assimilam os modelos dos adultos (RAMÍREZ e ANDRADE, 2005).

2.4 INFLUÊNCIA DA AUTO-ESTIMA NO TABAGISMO ENTRE ADOLESCENTES

Para Rodríguez e López (1999) a adolescência, etapa de mudanças físicas, cognitivas e emocionais constitui a passagem da infância para um período de instabilidade com mudanças internas e externas (endócrinos, de imagem corporal, de valores, ambientais, etc.)

Segundo Ismael (2001) caracteriza-se por um período de transição onde os indivíduos passam por situações de insegurança, estresse, de sentirem-se incompreendidos e rejeitados, buscando assim serem participantes de um grupo e a seguir modelos comportamentais presentes nesses grupos.

A auto-estima pode ser entendida como a imagem ou percepção que cada indivíduo tem sobre o seu valor e competência como ser humano. Assim ter uma imagem positiva de si implica em estar satisfeito e/ou aceitar-se como é, com suas limitações e capacidades pessoais quanto a sua aparência física, conduta e emoções (PEREIRA; DUVICQ; CARVALHO, 2005).

Alguns estudos vêm demonstrando a significância da auto-estima na manutenção do bem estar entre adolescentes. A baixa auto-estima tem sido relacionada para os comportamentos de riscos entre adolescentes, como o tabagismo, o uso de drogas e atividade sexual precoce (TALBOTT - MODRCIN et al., 1998).

A iniciação precoce ao tabagismo precede em geral, ao diagnóstico de depressão, do abuso ou dependência do álcool, ou às drogas, síndrome do pânico ou de comportamento, de acordo com Bartsch e Laperche (2006).

Um estudo prospectivo realizado por Wahlgren et al. (1997) identificou como fatores de riscos pessoais para o tabagismo: o baixo conceito de si mesmo e auto-estima mais baixa que seus pares, a crença que o tabaco é útil em algum sentido e a incapacidade para rejeitar a oferta de tabaco. Quanto aos fatores de risco do entorno do adolescente, o mesmo autor concluiu que fatores como o fácil acesso e disponibilidade dos produtos do tabaco, a percepção pelos adolescentes de que o uso do tabaco é normal e natural, a aprovação por seus pares e irmãos e a falta de limites e envolvimento familiar, à medida que os adolescentes enfrentam o desafio de crescer, podem permitir que o adolescente que experimente o tabaco torne-se um consumidor ocasional, e posteriormente, regular do tabaco.

Escobedo; Reddy; Giovino (1999) numa pesquisa de coorte durante quatro anos com 7.885 adolescentes entre 10 a 18 anos de idade concluíram que adolescentes depressivos são mais propensos para o início e a progressão do tabagismo em fumantes regulares, do que aqueles que não possuem sintomas depressivos. Os seguintes fatores de prognóstico foram avaliados para iniciação e cessação ao tabagismo : raça, desempenho escolar, comportamento de risco, idade, presença de familiares fumantes e nível educacional dos pais. Não houve associação entre sintomas depressivos e proporção de cessação de tabagismo depois de promover ajuste para idade e nível educacional dos pais (OR = 0,7; IC 95% :0,5-1,1), após quatro anos. Para os autores, a iniciação e progressão do consumo de drogas podem ser precedidas por diferentes condições. A primeira pode resultar de influências sociais, como o uso pelos seus pares, enquanto que a progressão pode relacionar-se mais intimamente as condições internas dos indivíduos como aos humores depressivos.

Um estudo longitudinal de base populacional com o objetivo de avaliar a natureza e direção da relação entre fumantes de cigarros e depressão em adolescentes foi realizado por Goodman e Capitman (2000). Foram identificadas duas amostras para este estudo; para a primeira, 8.704 adolescentes sem sintomas depressivos foram avaliados através de uma auto-escala de depressão (Escala CES-D) utilizada para pesquisa na população em geral. Estes participantes foram acompanhados para analisar os efeitos do fumo no desenvolvimento de sintomatologia depressiva alta. Para a segunda amostra, 6.947 adolescentes que não haviam fumado cigarros nos últimos trinta (30) dias antes da pesquisa (fumantes não atuais) foram acompanhados durante um ano, para análise sobre o efeito de sintomas de depressão alta na evolução do consumo moderado para o consumo pesado de cigarros.

Quanto aos resultados obtidos deste estudo, numa análise multivariada para os não depressivos foi revelado que os fumantes atuais tiveram forte preditor em todos os modelos (final do modelo ajustado OR = 3,90 ; IC 95% : 1,85-8,20) no desenvolvimento de sintomas depressivos altos. Para os não fumantes atuais, embora a análise bivariada tenha demonstrado que os sintomas depressivos altos aumentaram o risco de tornarem-se fumantes pesados em curto prazo, o modelo multivariado revelou que sintomas depressivos altos não foram indicadores para fumantes pesados, quando controlados outros determinantes de fumo em

adolescentes. A prévia experimentação com o fumo foi o mais forte preditor para tornar-se fumante pesado (OR =3,04 ; IC 95%: 1,93-4,88).

Tomori et al. (2001) investigou através de uma pesquisa transversal (n=2111) em adolescentes de 17 a 18 anos, quais os fatores psicossociais que diferem dos adolescentes fumantes e não fumantes e examinou a maioria dos fatores correlacionados com o tabagismo. Utilizou-se um questionário com informações sociodemográficas relativas à família, ao uso de substâncias psicoativas, às atividades esportivas, às idéias e comportamentos suicidas. Houve a aplicação ainda de duas escalas, a Escala de Avaliação de Depressão (Zung's SDS) e uma Escala de Auto-Estima (Rosenberg' SES).

Os resultados encontrados neste estudo através da regressão paramétrica do modelo (teste de Qui-quadrado) indicaram que os fumantes, de ambos os sexos, diferem significativamente dos não-fumantes, na freqüência do uso excessivo de substância, disfunção familiar, idéias e atitudes suicidas; nos adolescentes fumantes não se confirmou convincentemente, associação com um alto nível de depressão e baixo grau de auto-estima. A regressão logística revelou uma forte interação entre fumantes e o uso de drogas lícitas e ilícitas. As diferenças estabelecidas entre fumantes e não-fumantes, em todos os resultados, justificaram a opinião de que o tabagismo na adolescência pode ser parte de um dos comportamentos prejudiciais à saúde, os quais podem estar relacionados a um grande risco de graves transtornos mentais (TOMORI et al., 2001).

Pereira; Duvicq; Carvalho (2005) através de uma pesquisa transversal objetivaram relacionar comparativamente o nível de auto-estima, em 303 escolares do sexto ano da educação básica em escolas públicas na província de Concepción no Chile, com o consumo de substâncias psicoativas por parte de seus familiares diretos. Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento que solicitava dados sóciodemográficos de escolares e familiares, e o Questionário de Avaliação da Auto-estima para Estudantes da Educação Secundária, composto por cinco sub-escalas de auto-estima (física, geral, intelectual, emocional, de relação com os outros); 86,5% dos escolares testemunharam consumo positivo de alguma substância psicoativa dentro de sua família, sendo o álcool e o tabaco as mais consumidas de maneira separada ou em associação .

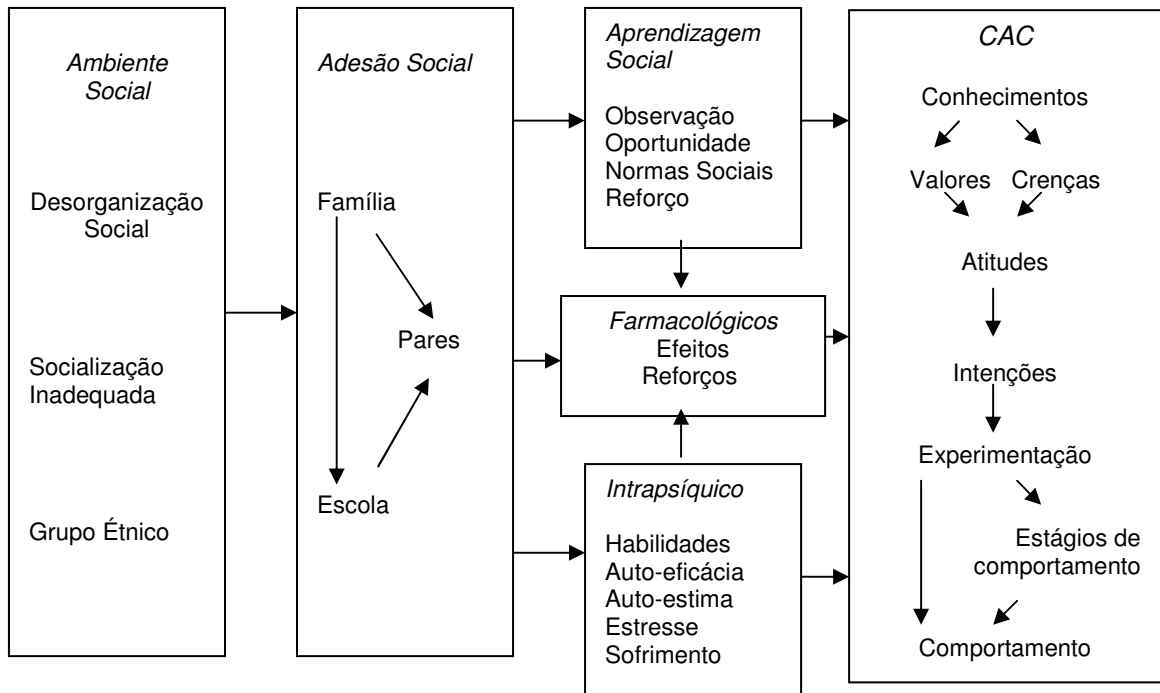
Ainda segundo os autores, 270 (89,1%) escolares apresentaram a classificação de auto-estima Global Alta, sendo 234 (77,48%) nos que referiram

consumo de substâncias psicoativas pela família. Em quatro das cinco sub-escalas que compõem a escala aplicada no estudo, a condição foi similar, excetuando-se a sub-escala emocional, que apresentou 169 (55,96%) dos escolares, que referiram consumo familiar de substância psicoativa, com a auto-estima classificada como baixa. Em 108 (35,6%) dos escolares do sexo feminino a auto-estima emocional foi baixa, havendo diferença estatisticamente significativa, segundo sexo ($p < 0,000$). Concluiu-se nesta pesquisa que o consumo moderado de substâncias psicoativas (álcool e tabaco) não afetou a auto-estima global dos escolares.

Medina e Almagiá (2005) examinaram a relação entre a conduta de fumar reportada pelos adolescentes e as variáveis auto-eficácia e auto-estima. 247 participantes de ambos os sexos (146 do sexo masculino e 101 do feminino) na cidade de Talca (Chile) com idades de 16 a 19 anos responderam aos Inventários de Auto-Estima de Coopersmith (composto de 4 sub-escalas: geral, escolar, social e familiar) e a Escala de Autoeficácia Generalizada; 126 (71 do sexo masculino e 55 do feminino) pesquisados (50,2%) da amostra fumavam, sendo a idade do primeiro cigarro de 13,3 anos. No grupo total de fumantes não foram encontradas correlações significativas entre consumo de cigarros na última semana e as variáveis auto-eficácia, auto-estima total e nas sub-escalas do Inventário de Coopersmith.

Através da correlação de Pearson, os autores verificaram que entre os fumantes do sexo feminino existiu uma relação negativa entre o consumo de cigarros e auto-eficácia, assim como uma relação negativa entre o consumo de cigarros e a auto-estima familiar; os adolescentes não-fumantes apresentaram nível de auto-eficácia e de auto-estima familiar significativamente maior do que nos fumantes.

Flay (1992) identificou um modelo do processo de iniciação do consumo de tabaco agrupando as variáveis determinantes em seis (06) domínios. São considerados neste modelo os seis domínios determinantes do uso de tabaco: o ambiente social, a adesão social, a aprendizagem social, os efeitos farmacológicos, o intrapsíquico e o CAC (conhecimentos, atitudes e comportamento) como ilustra a Figura 5.



Fonte : (Flay,1992)

Figura 5 - Os seis domínios determinantes do uso de tabaco

Em um estudo de meta-análise foram encontrados 27 estudos prospectivos realizados na década de 90 sobre os preditores do tabagismo em jovens. Os autores examinaram aproximadamente 300 variáveis independentes relacionadas com o início do tabagismo, em que 74% destas variáveis provinham do modelo multivariado teórico de Flay (1992). Os fatores intrapessoais, de personalidade e de auto-imagem apresentaram-se em 14 dos estudos analisados com cerca de 30 variáveis independentes estudadas, tais como: curiosidade, agressividade, auto-estima, auto-eficácia, expectativa social, estresse, sofrimento, submissão, inteligência, bem estar emocional, entre outras; concluíram ainda que a variável auto-estima recebeu fundamentos favoráveis e consistentes através da revisão dos estudos longitudinais, quando comparados aos estudos transversais (CONRAD; FLAY; HILL, 1992).

Marmot (2003) avalia que os efeitos de auto-estima sobre a saúde dependem do contexto social e considera que a autonomia está próxima da auto-estima; quanto mais baixos os níveis de autonomia e de auto-estima, piores são as condições de saúde dos indivíduos, pois estes fatores encontraram-se diretamente relacionados.

2.5 POLÍTICAS DE CONTROLE DO TABAGISMO

Um ponto de apoio fundamental para que as ações de controle do tabagismo consolidem-se e tenham êxito é a legislação. É necessária uma legislação adequada, forte e respeitada, que garanta tanto o controle de produção do tabaco como o setor de consumo de seus derivados (BRASIL,1998).

Nesta perspectiva, como destaca Roemer (1993) surge a necessidade de ser criada uma legislação antitabagística que contemple o setor de produção com leis que controlem a produção e a manufaturação de produtos do tabaco tais como :

- ♦ proibição da comercialização de categorias específicas de produtos do tabaco;
- ♦ controle dos aditivos que podem ou devem ser adicionados aos produtos de tabaco;
- ♦ controle dos níveis permitidos dos ingredientes tóxicos encontrados nos produtos do tabaco;
- ♦ garantias que permitam modificações oportunas nos produtos do tabaco;
- ♦ redução da produção de tabaco e seus derivados, através da substituição da cultura do fumo por culturas alternativas;
- ♦ retirada dos subsídios dados para o cultivo do fumo.

No plano da legislação brasileira, encontra-se a Lei n.º 9294/96, regulamentada pelo Decreto n.º 2018 de 01 de outubro de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e a propaganda de produtos fumíferos, proibindo fumar em recinto coletivo, privado ou público, só sendo permitido fumar em áreas livres exclusivas. A propaganda fica restrita somente entre 21h e 6h. E a propaganda em maços de cigarros conterá advertências, escrita e falada sobre os malefícios do fumo, através de frases precedidas de determinadas afirmações, dentre as quais destacamos a que dirige aos jovens :

“ Evite Fumar na presença de Crianças ” (LEI FEDERAL nº9294 de 15 de JULHO de 1996).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 1999) passa a regular, controlar e fiscalizar os produtos derivados do tabaco e definir os teores máximos permitidos para os cigarros.

Uma atualização da Lei n.º 10.167 publicada em 28 de dezembro de 2000, estabelece que a propaganda comercial de produtos do fumo ou tabaco só poderá ser feita por meio de cartazes, pôsteres e painéis na parte interna dos locais de venda (LEI FEDERAL n.º 10.167 de 27, de dezembro de 2000).

Com relação à regulamentação da embalagem e etiquetagem dos produtos do tabaco, através da ANVISA (2001), proibiu-se a utilização dos descritores “baixos teores, suave e light” em embalagens e materiais publicitários e determinou-se a inserção de advertência acompanhada de imagens. Também, proibiu-se fumar em aeronaves e outros veículos de transporte coletivo.

A Convenção - Quadro para o Controle do Tabaco (BRASIL, 2004a) vem contribuindo para a redução do consumo de tabaco, quando se reconhece que a expansão do tabagismo é um problema global. Os países membros das Nações Unidas propuseram durante a 52ª Assembléia Mundial da Saúde providências relacionadas à propaganda e patrocínio, à política e de impostos e preços, à etiquetagem, ao comércio ilícito e ao tabagismo passivo.

No Brasil, em relação às proposições da Convenção - Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) praticamente já foram cumpridas quase que na totalidade essas proposições, e hoje, o consumo nacional de tabaco vem diminuindo graças também a adoção do Programa Nacional de Controle de Tabagismo do INCA/Ministério da Saúde que coordena a implementação de ações educativas, legislativas e econômicas desenvolvidas no plano nacional e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2004a).

Um dos grandes obstáculos para o controle do tabagismo é que a dependência à nicotina é aceita por nossa sociedade. As crianças crescem num ambiente onde os cigarros são anunciados e vendidos, em todo o lugar, onde o fumar é inserido como comportamento desejável pelos meios de comunicação, onde pessoas respeitadas e admiradas fumam. Além disso, a criança vê, nesse comportamento dos adultos, uma indicação de que ela poderá também desenvolver outros comportamentos pouco saudáveis (BRASIL, 1998).

Um dos principais objetivos dos programas de prevenção e controle do tabagismo é reduzir a iniciação, evitando desse modo que a dependência da nicotina se instale, pois uma vez que esta iniciação ocorre antes dos 20 anos, o percentual de fumantes na faixa-etária jovem pode ser um indicador desta magnitude (BRASIL, 2004d).

O Art. 81 da Lei n° 8069 de 13 de julho de 1990, do Estatuto da Criança e do Adolescente declara

“É proibida venda à criança e ao adolescente de bebidas alcoólicas e de produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica.”

Além disso, o Art. 243 do mesmo documento reforça a proibição configurando como crime:

“Vender, fornecer ainda que gratuitamente, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a criança e o adolescente, sem justa causa, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, ainda que por utilização indevida.”

Os dados apresentados pelo levantamento do CEBRID em 2004 apontam o início precoce de uso de substâncias psicoativas, sejam lícitas ou ilícitas, o que para os autores reforça a idéia de que a legislação não está sendo cumprida a contento (GALDURÓZ, et al., 2004).

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a associação da auto-estima e condições sociais sobre a prevalência de tabagismo entre adolescentes do Recife.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ♦ Identificar a prevalência do uso de tabaco (experimentação, fumantes ocasionais e fumantes regulares) entre adolescentes do Recife ;
- ♦ Identificar a prevalência do uso de tabaco (experimentação), de acordo com as variáveis demográficas faixa-etária e sexo, entre adolescentes do Recife;
- ♦ Identificar o nível de auto-estima entre adolescentes do Recife;
- ♦ Relacionar a prevalência do uso de tabaco com condições sociais e o nível de auto-estima entre adolescentes do Recife .

3.3 HIPÓTESE DO ESTUDO

H_0 : Não existe relação entre o uso de tabaco, auto-estima e condições sociais entre adolescentes de escolas públicas do Recife.

H_1 : Existe relação entre o uso de tabaco, auto-estima e condições sociais entre adolescentes de escolas públicas do Recife.

MATERIAIS E MÉTODO

4 MATERIAIS E MÉTODO

Esta parte do trabalho apresenta a população estudada, os procedimentos necessários à seleção e tamanho da amostra, a coleta de dados, além da análise de dados.

4.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO E DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal, e de base escolar. Os estudos transversais caracterizam-se pela análise simultânea da “causa” e do “efeito”, sendo os sujeitos participantes observados uma única vez. (PEREIRA, 2003).

4.2 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado em 15 escolas públicas municipais da cidade do Recife. A Capital do estado de Pernambuco possui uma área territorial de 217 Km, apresentando um ambiente natural diversificado com planície, morros, estuário e praia e está inserida na zona Litoral-Mata da Região do Nordeste do Brasil. O território do Recife, ao longo do tempo passou por diversas divisões físicas e político-administrativas.

Em 1998 foram oficializados os atuais 94 (noventa e quatro) bairros, através do Decreto n.º14.452 / 88 (APÊNDICE A) e, posteriormente foram instituídas as 06 (seis) Regiões Político-Administrativas (RPAs), subdivididas em 18 (dezoito) microrregiões correspondendo cada RPA a um Distrito Sanitário. A população residente estimada é de 1.486.869 (IBGE, 2004) e a registrada pelo Censo 2000 do IBGE foi de 1.422.905 pessoas, sendo 661.690 (46,5%) do sexo masculino e 761.215 (53,5%) do sexo feminino.

A rede escolar do município de Recife possui 210 escolas públicas municipais com 131 mil e 769 estudantes matriculados no ensino regular, sendo 35 escolas

com 714 turmas de terceiros e quartos ciclos do ensino fundamental, com 27 mil 179 estudantes matriculados (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, ESPORTE E LAZER DO RECIFE, 2005).

A organização das escolas municipais do Recife está pautada nos dispositivos da Lei 9.394/96- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que refere ao Art. 23, e admite expressamente que a educação básica seja organizada tanto em séries anuais, como em períodos semestrais ou em ciclos, e o § 1 do Art.32 que faculta, do mesmo modo, aos sistemas de ensino adotarem esta modalidade de estruturação do ensino fundamental (PREFEITURA DA CIDADE DE RECIFE, 2002).

Desse modo, o primeiro ciclo se refere às primeiras e segundas séries; o segundo ciclo, às terceiras e quartas séries; e assim subseqüentemente para as outras quatro séries do ensino fundamental (PREFEITURA DA CIDADE DE RECIFE, 2002).

4.3 POPULAÇÃO

Estudantes matriculados nos terceiros e quartos ciclos do ensino fundamental de escolas públicas municipais do Recife, na faixa etária dos 12 aos 18 anos e de ambos os sexos.

4.4 TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi calculada a partir do número total de estudantes matriculados no terceiro e quarto ciclos (N= 27.179) no município do Recife, cujas informações foram fornecidas pela Diretoria de Acompanhamento e Avaliação Educacionais, Gerência de Estatística e Avaliação e Pesquisa do Recife (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, ESPORTE E LAZER DO RECIFE, 2005). A amostra foi calculada para se ter 85% de poder para demonstrar uma diferença estatisticamente significativa na taxa de prevalência de consumo do tabaco na vida entre os dois grupos de adolescentes estudados. Foi utilizada como parâmetro para o cálculo amostral da taxa de tabagismo de 26,8 % apresentada pelo estudo do CEBRID (2004) em populações semelhantes, o nível de confiabilidade de 95%, e erro de 5%, utilizando-se o programa estatístico EPIinfo versão 6.0. Ao número mínimo da amostra de 299

adolescentes foram acrescidos 20% com o objetivo de compensar possíveis perdas de sujeitos totalizando, 360 adolescentes. Participaram desta pesquisa 413 adolescentes com perda amostral de 7,99 % (n= 380).

A amostra desta pesquisa foi estratificada obtida em três estágios: estratificada no primeiro estágio, aleatória simples no segundo estágio e amostra de conveniência no terceiro, assim definidos:

1º Estágio: amostra estratificada contemplando as 6 (seis) Regiões Político-Administrativas (RPA's) tendo em vista, que a pesquisa se propôs a estudar o consumo de tabaco na vida (experimentação) em escolares no município do Recife.

2º Estágio: através de amostras aleatórias simples foram incluídos no processo de sorteio para seleção da amostra, todas as 35 escolas públicas municipais que possuíam terceiro e quarto ciclos (APÊNDICE B). Foram sorteadas 15 escolas com a seguinte distribuição, de acordo com a proporcionalidade do número de escolas de terceiros e quartos ciclos, por RPA's:

RPA 1: 02 escolas;

RPA 2 : 02 escolas;

RPA 3 : 03 escolas;

RPA 4 : 03 escolas;

RPA 5 : 02 escolas;

RPA 6 : 03 escolas.

3º Estágio: No projeto de pesquisa o sorteio dos alunos seria executado através da listagem dos alunos por turma. Apenas uma única escola sorteada na RPA 4 disponibilizou a listagem das turmas. Em decorrência das dificuldades de obtenção destas listagens pelas escolas foi realizada uma amostra não aleatória ou de conveniência de turmas, dentro de cada escola. Segundo Frazão (2003), as amostras de conveniência são caracterizadas pela facilidade de acesso aos participantes. Nesse sentido, a fim de possibilitar a realização da pesquisa foram identificados os números de turmas de terceiro e quarto ciclo por escola, com os seus respectivos números de alunos matriculados, e escolhidas as turmas com maior número de alunos para entrega dos Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) conjuntamente com o questionário socioeconômico da família (FREIRE,1999). Foram aplicados os instrumentos de pesquisa em estudantes 413 estudantes de 72 turmas de 3º e 4º ciclos do Ensino Fundamental. A unidade final

da amostragem foram os adolescentes que tiveram autorização dos pais e/ou responsáveis e consentiram voluntariamente em participar da pesquisa.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos os adolescentes dos 12 aos 18 anos, matriculados nos terceiros e quartos ciclos das 15 escolas sorteadas nas seis (06) RPAs do Recife, que freqüentavam as aulas regularmente.

Para esta pesquisa considerou-se a definição de adolescente do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) cuja Lei n.º 8.069 de 1990 declara

Art. 2º - *Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.*

4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os estudantes menores de 12 anos e maiores de 19 anos matriculados nas turmas participantes foram excluídos da amostra, assim como aqueles que não consentiram em participar da pesquisa, ou cujos pais e/ou responsáveis não autorizaram a sua participação, assim como os adolescentes portadores de necessidades especiais.

4.7 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de 11 de setembro a 19 de dezembro de 2006 nas escolas municipais públicas sorteadas nas seis Regiões Político-Administrativas do Recife (RPAs), a partir da aplicação dos instrumentos de pesquisa (questionários auto-aplicáveis) nas turmas de terceiros e quarto ciclos selecionadas das quinze (15) escolas sorteadas previamente.

4.8 ABORDAGEM AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para obtenção do acesso às instituições de ensino foi entregue para cada escola sorteada uma carta de apresentação da Faculdade de Odontologia/UPE,

assinada pela Orientadora da pesquisa (ANEXO D), concomitantemente com uma carta de autorização fornecida pela Coordenação de Ensino dos 3º e 4º Ciclos da Secretaria de Saúde do Recife (ANEXO E).

Após esta etapa, em cada escola sorteada obteve-se o número de turmas de terceiros e quartos ciclos para que fosse possível selecioná-las, e expôs-se em cada uma dessas turmas, as informações necessárias quanto à pesquisa, seus objetivos e sua metodologia. Os adolescentes das turmas selecionadas foram indagados se poderiam contribuir com o estudo. Em caso afirmativo, os estudantes receberam dois documentos. O primeiro documento era o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que seguiu as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, (ANEXO F). O segundo documento entregue foi o questionário sócioeconômico da Família (ANEXO C) para ser entregue aos pais e/ou responsáveis pelo adolescente. Todos foram esclarecidos quanto ao preenchimento do TCLE e do questionário sócioeconômico da família e quanto à participação voluntária e anônima dos pesquisados.

Imediatamente após as instruções, os TCLEs (ANEXO F) eram distribuídos conjuntamente com os questionários da condição socioeconômica da família e solicitados aos estudantes para que os trouxessem respectivamente autorizados e respondidos, no dia subsequente àquela primeira visita, a fim de participarem respondendo ao questionário de tabagismo e a escala de auto-estima, em sala de aula e na presença dos professores e/ou coordenadores de apoio.

A pesquisadora retornava em cada turma visitada e aplicava os questionários aos estudantes que trouxeram os TCLEs e questionários sócio-econômicos respondidos. O tempo médio de resposta do questionário de tabagismo e da escala de auto-estima foi de 30 minutos. Durante todos os momentos da pesquisa (estudo piloto e pesquisa propriamente dita) os dados foram coletados por uma única pesquisadora (W.F.A.F.).

4.9 TÉCNICA E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

A técnica empregada foi a de observação direta intensiva através de questionários auto-aplicáveis (entrevista estruturada ou sistemática); a partir dos instrumentos de pesquisa, foram coletados os seguintes dados:

a) Dados sócio-demográficos: idade, sexo, através de um questionário padronizado e auto-aplicável (ANEXO A) contendo 26 questões, adaptado do Anexo 22 do manual Implantando o Programa de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer nas Escolas, do Instituto Nacional do Câncer (INCA,1999). Aos pais ou responsáveis dos estudantes das turmas selecionadas foram encaminhados os questionários padronizados e auto-aplicáveis (FREIRE,1999), com perguntas quanto à organização familiar do adolescente participante o nível de escolaridade da mãe, nível de escolaridade do pai, condição de emprego do chefe de família (empregado/ desempregado/ aposentado e/ou trabalhando), classe social da família (baixa / alta) (ANEXO C), de acordo com a operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos proposta por Barros (1986).

b) Dados sobre Tabagismo: Uso de tabaco, considerando experimentação do cigarro (sim/ não), fumante ocasional (sim/ não), fumante regular (sim/ não), início do consumo (idade do adolescente), consumo de cigarros (quantidade por dia) obtidos através do questionário adaptado do Anexo 22 do INCA (ANEXO A).

c) Dados sobre Auto-Estima : os estudantes responderam a um questionário de Avaliação da Auto-estima para Estudantes da Educação Secundária (ANEXO B), sendo este uma forma reduzida e adaptada para adolescentes, de um outro questionário denominado IAME (Inventário de Autoconceito no Meio Escolar), elaborado por García (1995) apud Pereira; Duvicq; Carvalho (2005). O instrumento consta de 19 ítems, dos quais dezesseis (16) referem-se a qualidades próprias da auto-estima e três (03) pertencem a uma escala de autocrítica, que trata de avaliar em que medida os estudantes confirmam ou não, se sofrem efeitos de desestabilidade social ao comportamento questionado pela escala. As pontuações baixas nesta escala de autocrítica denotam sujeitos com forte capacidade de defesa e, ao contrário, pontuações altas são reveladoras de estudantes com escassa capacidade de defesa, ou seja, de “sujeitos patologicamente indefesos”.

Este questionário apresenta uma estrutura fatorial onde foram assinalados os seguintes fatores ou dimensões da auto-estima: auto-estima física (itens 4,5,14 e 15) auto-estima geral (itens 1,4,16,18 e 19), auto-estima da competência acadêmico-intelectual (itens 10,12 e 13), auto-estima emocional (itens 9,14 e 17), auto-estima e relações com outros significados que se refere a uma dimensão da auto-estima que revela a percepção que tem o estudante a respeito de suas relações com os pais e professores (itens 2,6 e 8) e por último a escala independente de autocrítica (itens

3,7 e 11), cujo objetivo não consiste em medir nenhum aspecto concreto da auto-estima e por isso, sua pontuação não é somada as outras dimensões citadas anteriormente para configurar a Auto-estima Global. Cada um dos itens pode receber de 1 a 4 pontos dependendo das respostas dos estudantes.

A pontuação 4 reflete que o adolescente apresenta um Autoconceito positivo no comportamento questionado; e ao contrário, uma pontuação 1, reflete que este comportamento apresenta um Autoconceito negativo. A pontuação máxima que se pode obter na escala é de 64 pontos e a mínima de 16 pontos, sendo que a pontuação da escala de autocrítica pode variar de 3 a 12 pontos. As opções respostas (A, B C ou D) expressam o melhor grau, de acordo com o enunciado de cada frase (concordo, concordo parcialmente, discordo parcialmente, discordo).

4.10 ESTUDO PILOTO

O piloto foi realizado no período de 5 a 9 de setembro de 2006 com a finalidade de verificar a confiabilidade e fidedignidade dos dados coletados, o tempo médio de resposta do questionário de tabagismo e da escala de auto-estima de García (1995) pelos estudantes, dificuldades quanto ao retorno do questionário enviado aos pais e do TCLE, a qualidade das perguntas, seu grau de compreensão, a clareza das instruções e as outras dificuldades possíveis a serem enfrentadas pela pesquisadora durante a coleta oficial dos dados, tabulação e análise (TOBAR; YALOUR, 2001).

Durante a execução do piloto, observaram-se algumas dificuldades na coleta dos dados, como a taxa de resposta baixa (11,1%), o que tornou necessária a realização do sorteio de mais três (3) escolas, sendo uma em cada uma das RPAs 3, 4 e 6, totalizando 15 escolas participantes da pesquisa.

No projeto de pesquisa o sorteio dos alunos seria executado através da listagem dos alunos por turma. Apenas uma escola, na RPA 4 a disponibilizou. Em decorrência destas dificuldades para obtenção das listagens por escolas foi feita uma amostra de conveniência de turmas, dentro de cada escola sorteada.

Identificou-se também a dificuldade e demora da devolução dos questionários socioeconômicos da família respondidos e TCLEs autorizados pelos pais e/ou responsáveis. Numa turma de 36 alunos do segundo ano do terceiro ciclo da RPA 2 foram distribuídos 36 questionários socioeconômicos e TCLEs, e destes, quatro (04)

foram recolhidos devidamente preenchidos (taxa de resposta de 11,11%). Apenas nestes quatro (04) estudantes foram aplicados os questionários sobre o consumo de tabaco, visto que, para os objetivos deste estudo, todos os três instrumentos deveriam ser respondidos e devolvidos pelos estudantes para serem considerados válidos. Em decorrência das dificuldades relatadas, a unidade final da amostragem foram os estudantes que consentiram em responder aos questionários de tabagismo e escala de auto-estima, e tiveram a autorização dos pais e/ou responsáveis assinadas e o questionário socioeconômico da família corretamente respondido. Ficou definido a partir do piloto, que seriam realizadas três (03) visitas por turma, durante a coleta de dados da pesquisa, sendo na primeira visita entregues os questionários socioeconômicos e o TCLEs, na segunda visita foi aplicado aos estudantes, em sala de aula na presença dos professores ou coordenadores de apoio, o questionário de tabagismo e de auto-estima conjuntamente ; os quais eram imediatamente recolhidos e anexados aos TCLEs e aos questionários sócio-econômico, e uma terceira visita, com a finalidade de resgatar um dos instrumentos necessários para contabilizar o adolescente como participante da amostra. O tempo médio de retorno dos TCLE e do questionário de condição socioeconômica foi de dois (02) dias enquanto o tempo médio de resposta dos questionários de tabagismo e auto-estima foi de 30 minutos.

Etapas da validação do questionário de Avaliação da Auto-estima para estudantes

O processo de validação envolveu os seguintes passos: tradução, adaptação, pré-teste (estudo piloto e validação face-a-face), validação de conteúdo além dos requerimentos de escala tipo Likert. Optou-se por utilizar a versão original completa do instrumento, a fim de possibilitar a validação no Brasil. A tradução foi realizada do espanhol para o português.

O instrumento original foi desenvolvido para auto-aplicação sendo esta característica mantida. Foi necessário também, adaptá-lo às características culturais e etárias da população.

Durante a realização do pré-teste, o instrumento foi aplicado a quatro estudantes semelhantes à população em estudo, quando se avaliou o grau de entendimento

para cada uma das perguntas até o esgotamento das dúvidas. Nesta etapa, algumas perguntas foram levemente modificadas.

A validade de conteúdos foi realizada valendo-se da opinião de dois especialistas, por meio da avaliação conceitual. Assim, no processo de validação para o Brasil foi importante avaliar a adequação com a qual uma medida afere o domínio de interesse.

4.11 ELENCO DAS VARIÁVEIS

4.11.1 Variáveis Dependentes

✓ Uso de Tabaco

Definido como o ato de inalar e exalar fumaça do tabaco ou de algo semelhante ao tabaco.

Identificador único: DO12907

Categorização

a) Experimentação

Foram considerados experimentadores aqueles estudantes que alguma vez na vida experimentaram ou fumaram cigarros.

b) Fumante ocasional

Considerando os que experimentaram ou fumaram cigarros de um ano para cá .

c) Fumante regular

Considerando aqueles estudantes que fumaram 100 ou mais cigarros na vida, e que fumam atualmente, de acordo com o critério da OMS.

4.11.2 Variáveis Independentes

✓ Sexo

Distinção dos seres vivos em relação à função reprodutora
Categorização (masculino= 0 / feminino= 1)

✓ Idade

Anos completos no período da pesquisa

Categorização (faixa-etária dos 12 aos 14 anos =0 / dos 15 a 18 anos =1)

✓ Idade do início do consumo de tabaco

Categorização (Anos completos no início do uso de tabaco)

✓ Consumo de cigarros

Categorização (Número de cigarros consumidos por dia)

✓ Classe social

Categorização (alta=0 / baixa=1)

✓ Nível de escolaridade da mãe

Categorização (acima do 2º grau incompleto =0 / até o 1º grau = 1)

✓ Nível de emprego do chefe de família

Categorização (empregado =0 / desempregado =1)

✓ Auto-estima do adolescente

Categorização (alta=0 / baixa=1)

4.12 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

A análise estatística dos dados foi realizada através do programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 13.0 em duas etapas: a descritiva e a analítica ou inferencial.

Na etapa descritiva foram feitas as distribuições de frequência das variáveis quantitativas, as medidas de tendência, de dispersão e proporções. A estatística

Inferencial ou Analítica ocorreu em dois momentos: primeiro foram testadas as associações, através do teste de X^2 de Pearson.

Na segunda etapa, as variáveis que tiveram significância estatística foram levadas para uma análise de regressão logística múltipla, método ENTER (em blocos). Para todas as análises, considerou-se o intervalo de confiança de 95% (nível de significância de 5%).

4.13 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa para a execução deste estudo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) da UPE. A Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde incorpora sob ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si só e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (MOLINA; DIAS; MOLINA, 2003).

O projeto de pesquisa foi aprovado no Exame de Qualificação do Curso de Mestrado em Odontologia na Área de Concentração em Saúde Coletiva, na Faculdade de Odontologia de Pernambuco FOP/UPE, em dezembro de 2005 (ANEXO G).

O parecer final de aprovação para a realização deste estudo foi fornecido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CISAM-UPE em Junho de 2006 com o nº do protocolo: 027/06 (ANEXO H).

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Um total de 380 adolescentes completou todos os aspectos da coleta de dados da pesquisa . O percentual de perdas foi de 7,99%.

A Tabela 5.1 apresenta o total de adolescentes pesquisados por Região Política Administrativa (RPA) do Recife.

Tabela 5.1 – Frequência de adolescentes por RPA do Recife, 2006

RPA	nº de adolescentes	
	n	(%)
RPA 1	51	13,4
RPA 2	92	24,2
RPA 3	65	17,1
RPA 4	54	14,2
RPA 5	54	14,2
RPA 6	64	16,8
TOTAL	380	100

Fonte : Pesquisa Direta

5.1- Prevalência de Tabagismo entre Adolescentes

A Tabela 5.2 apresenta a distribuição das frequências de experimentação do tabaco, onde 78 escolares (20,5%) já haviam fumado ou experimentado cigarros. Do total de 380 escolares pesquisados 302 (79,5 %) nunca experimentaram cigarros na vida.

Entre os adolescentes pesquisados (n=380), 67 (17,6%) são fumantes ocasionais e 11 (2,9%) são fumantes regulares, isto é, fumaram mais de 5 maços de cigarros (100 cigarros na vida), de acordo com o critério da OMS.

Tabela 5.2 – Frequência e percentuais de consumo do tabaco nos adolescentes pesquisados (n=380)

Experimentação	Experimentação		Fumantes ocasionais		Fumantes Regulares	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sim	78	(20,5)	67	(17,6)	11	(2,9)
TOTAL	380	(100)	380	(100)	380	(100)

Fonte : Pesquisa Direta

A Figura 6 ilustra a distribuição dos sujeitos pesquisados (n=380) quanto ao consumo do tabaco.

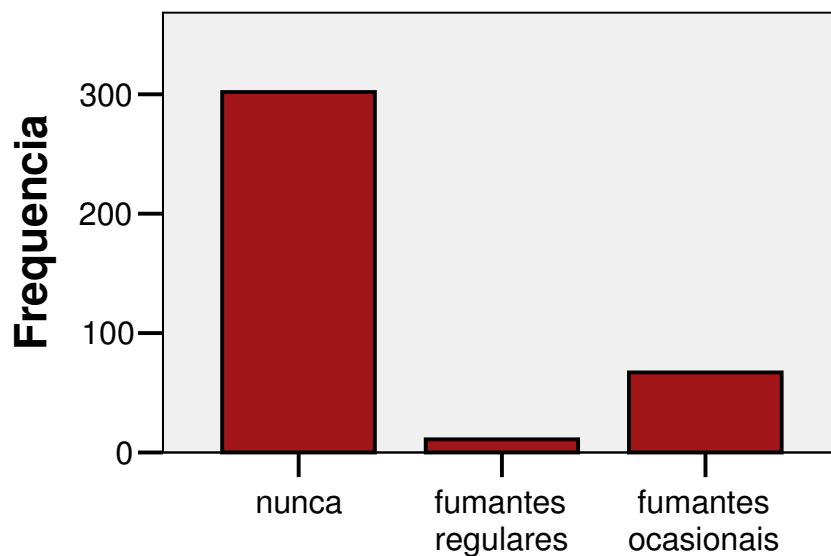


Figura 6- Frequência do uso do tabaco pelos adolescentes pesquisados
Fonte: Pesquisa Direta

A distribuição de consumo do tabaco pelos adolescentes participantes pode ser analisada na Tabela 5.3.

Tabela 5.3– Frequência e percentuais de consumo do tabaco pelos adolescentes pesquisados, Recife, 2006

RPA	Consumo de tabaco					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1	5	(9,8)	46	(90,2)	51	(100)
2	19	(20,7)	73	(79,3)	92	(100)
3	14	(21,5)	51	(78,5)	65	(100)
4	17	(31,5)	37	(68,5)	54	(100)
5	6	(11,1)	48	(88,9)	54	(100)
6	17	(26,6)	47	(73,4)	64	(100)
TOTAL	78	(20,5)	302	(79,5)	380	(100)

Fonte : Pesquisa Direta

Os dados a seguir da Tabela 5.4 descrevem a distribuição dos adolescentes pesquisados que foram classificados como fumantes ocasionais (fumaram no último ano) e fumantes regulares (fumaram mais de 100 cigarros na vida).

Tabela 5.4 – Frequência e percentuais dos adolescentes fumantes ocasionais e fumantes regulares

RPA	Consumo do Tabaco				TOTAL n (%)
	Fumantes Ocasionalis		Fumantes Regulares		
	SIM n (%)	NÃO n (%)	SIM n (%)	NÃO n (%)	
RPA 1	3 (60,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	4 (80,0)	5 (100)
RPA 2	10 (52,6)	9 (47,4)	2 (10,5)	17 (89,5)	19 (100)
RPA 3	10 (71,4)	4 (28,6)	3 (21,4)	11 (78,6)	14 (100)
RPA 4	9 (52,9)	8 (47,1)	2 (11,8)	15 (88,2)	17 (100)
RPA 5	5 (83,3)	1 (16,7)	1 (16,7)	5 (83,3)	6 (100)
RPA 6	8 (47,1)	9 (52,9)	2 (11,8)	15 (88,2)	17 (100)
TOTAL	45 (57,7)	33 (42,3)	11 (14,1)	67 (85,9)	78 (100)

Fonte : Pesquisa Direta

Nos 78 adolescentes que se referiram ao consumo do tabaco, quanto ao número de cigarros fumados por dia, observou-se uma variação de um (01) a vinte (20) cigarros, correspondendo aos valores mínimo e máximo. O consumo médio por dia de cigarros, apresenta-se na Tabela 5.5 . A média de consumo de cigarros por dia foi de dois (02) cigarros.

Tabela 5.5 - Consumo médio de cigarros por dia entre os adolescentes (n= 78)

RPA	Consumo médio de cigarros por dia
	x
RPA 1	5
RPA 2	1
RPA 3	2
RPA 4	4
RPA 5	1
RPA 6	1
TOTAL	2

Fonte : Pesquisa Direta

5.2 Aspectos Demográficos da População Estudada

Dos 380 adolescentes da pesquisa, 122 foram do sexo masculino (32,1%) e 258 (67,9%) do sexo feminino, como ilustra a Tabela 5.6. Em todas as RPAs os percentuais de adolescentes participantes do sexo feminino foram maiores.

Tabela 5.6 - Frequência e percentuais dos adolescentes segundo sexo

RPA	SEXO					
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
RPA 1	19	(37,3)	32	(62,7)	51	(100)
RPA 2	28	(30,4)	64	(69,6)	92	(100)
RPA 3	18	(27,7)	47	(72,3)	65	(100)
RPA 4	21	(38,9)	33	(61,1)	54	(100)
RPA 5	18	(33,3)	36	(66,7)	54	(100)
RPA 6	18	(28,1)	46	(71,9)	64	(100)
TOTAL	122	(32,1)	258	(67,9)	380	(100)

Fonte : Pesquisa Direta

A Tabela 5.7 apresenta a distribuição dos sujeitos pesquisados, segundo a faixa etária por RPA. A variável independente idade foi categorizada em duas faixas-etárias, 12 a 14 anos e 15 a 18 anos para uma análise agrupada. A faixa etária de 12 a 14 anos correspondeu a 266 (70%) dos pesquisados, e 114 (30%) participantes na faixa de 15 a 18 anos.

Tabela 5.7 – Frequência e percentuais dos adolescentes segundo a faixa etária

RPA	Idade				Total	
	12 a 14		15 a 18		n	(%)
	n	(%)	n	(%)		
RPA 1	35	(68,6)	16	(31,4)	51	(100)
RPA 2	66	(71,7)	26	(28,3)	92	(100)
RPA 3	50	(76,9)	15	(23,1)	65	(100)
RPA 4	35	(69,8)	19	(35,2)	54	(100)
RPA 5	35	(68,9)	19	(35,2)	54	(100)
RPA 6	45	(70,3)	19	(29,7)	64	(100)
Total	266	(70)	114	(30)	380	(100)

Fonte : Pesquisa Direta

Os adolescentes participantes que responderam sim a pergunta “Você alguma vez na vida fumou ou experimentou cigarros?” e a questão subsequente “Com que idade isso aconteceu?” indicaram que as idades mínima e máxima de experimentação de cigarros variou entre 8 e 18 anos com a média de idade de 13 anos ($x = 12,73$; $DP = \pm 1,77$).

Os resultados da tabela 5. 8 demonstram as médias das idades de experimentação por RPAs. Na RPA 5 foi encontrada a maior média de idade de consumo (14 anos), sendo a menor média observada na RPA 6 (12 anos).

Tabela 5.8 - Idade média de experimentação

(n=78)

RPA	Idade de experimentação
	X
RPA 1	13
RPA 2	12
RPA 3	13
RPA 4	13
RPA 5	14
RPA 6	12
Total	13

Fonte : Pesquisa Direta

As idades mínima e máxima de experimentação de cigarros para o sexo masculino foram 10 e 16 anos, respectivamente; enquanto que no sexo feminino a idade mínima foi de oito (08) e a máxima de 18 anos de idade.

Quando calculadas as médias de idade de experimentação segundo sexo, os valores encontrados foram de **12,89 (DP = 1,560 : IC 95% : 12,14 – 13,65) e 12,68 (DP =1,852 : IC 95%: 12,20-13,16)** para os sexos masculino e feminino, respectivamente.

5.2.1 Associação entre Uso de Tabaco e Sexo

A Tabela 5. 9 ilustra a distribuição do uso de tabaco segundo o sexo. Através do Teste de Qui-quadrado de Pearson (X^2) com nível de confiabilidade de 95%, o valor p encontrado foi **$p = 0,100$** , portanto, existe evidência estatisticamente significativa de independência, demonstrando que não houve associação entre experimentação e sexo, apesar de um maior percentual de adolescentes do sexo feminino (15,5%) fazerem uso de tabaco, em relação ao percentual do sexo masculino (5,0%).

Tabela 5. 9 - Distribuição do uso de tabaco segundo o sexo

Sexo	Uso de tabaco						Valor de p 95%	X ²
	Sim		Não		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Masculino	19	5,0	103	27,1	122	32,1	P ⁽¹⁾ =0,100	2,70
Feminino	59	15,5	199	52,4	258	67,9		
TOTAL	78	20,5	302	79,5	380	100		

(1) Através do teste de Qui-quadrado de Pearson

Fonte : Pesquisa Direta

A distribuição dos adolescentes, de acordo com a experiência com o tabaco, segundo a faixa-etária está ilustrada na Tabela 5.10. O teste de Qui – quadrado de Pearson para hipótese de independência entre variáveis, forneceu o valor de **p = 0,008**, ou seja, com 95% de confiabilidade podemos afirmar que não há independência. Isso demonstra que existiu associação entre idade e experimentação.

O percentual de adolescentes na faixa-etária de 12 a 14 anos que nunca que experimentaram ou fumaram cigarros foi significativamente maior quando comparados ao percentual dos adolescentes que experimentaram ou fumaram cigarros nesta faixa etária.

Tabela 5. 10 - Distribuição do uso de tabaco segundo a faixa-etária

Idade	Uso de tabaco						Valor de p 95%	X ²
	Sim		Não		Total			
	n	%	n	%	n	%		
12 a 14	45	11,8	221	58,2	266	70,0	P ⁽¹⁾ =0,008*	7,06
15 a 18	33	8,7	81	21,3	114	30,0		
TOTAL	78	20,5	302	79,5	380	100		

* Diferença estatisticamente significativa a 5%

(1) Através do teste de Qui-quadrado de Pearson

Fonte : Pesquisa Direta

5.3 Classe Social

As classes sociais dos sujeitos pesquisados foram categorizadas, de acordo com a operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos proposta por Barros (1986), em Alta (nova pequena burguesia, pequena burguesia e proletariado não típico) e Baixa (proletariado típico e subproletariado). Dos 380 adolescentes participantes, 34 (8,9%) foram classificados em classe Alta e 346 (91,1%) em classe social Baixa.

5.3.1 Associação entre uso de tabaco e classe social

Os resultados referentes à associação entre experimentação e classe social, encontram-se na Tabela 5.11. Observa-se que dentre o total 78 de adolescentes que experimentaram o tabaco, 73 (93,6%) foram classificados em classe social Baixa.

Tabela 5.11 - Distribuição do uso de tabaco pelos adolescentes pesquisados segundo a classe social

Uso de tabaco	Classe Social				Total	
	Alta		Baixa			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sim	5	(6,4)	73	(93,6)	78	(100)
Não	29	(9,6)	273	(90,4)	302	(100)
TOTAL	34	(8,9)	346	(91,1)	380	(100)

Fonte : Pesquisa Direta

O valor de p calculado através do teste de Qui-quadrado de Pearson foi de $p = 0,379$ ($X^2 = 0,77$; IC 95 % : 0,580 - 4,147) indicando que não houve associação entre consumo de tabaco pelos adolescentes pesquisados e a classe social.

5.4 Condições Socioeconômicas da População Estudada

Os resultados a seguir referem-se à escolaridade da mãe e nível de emprego do chefe da família, com os respectivos valores calculados de p e do X^2 com nível de confiabilidade de 95% (Teste de Qui-quadrado de Pearson).

5.4.1 Escolaridade da mãe

A Tabela 5.12 ilustra os resultados obtidos para uso do tabaco pelos pesquisados, segundo a escolaridade da mãe. Do total de 296 adolescentes que nunca experimentaram ou fumaram cigarros, 265 (89,5%) possuíam mãe com grau de escolaridade acima 2º grau Incompleto ou atualmente reconhecido, como Ensino Médio Incompleto. O valor encontrado de $p=0,000$ ($X^2 = 13,95$; IC 95% : 0,170 - 0,592) indica que há evidência estatisticamente significativa de dependência, demonstrando que houve associação entre uso de tabaco pelos adolescentes pesquisados e o nível de escolaridade da mãe. Assim, o percentual de adolescentes com mães com grau de escolaridade acima do Ensino Médio incompleto que nunca experimentaram ou fumaram cigarros foi maior quando comparado entre aqueles que nunca experimentaram ou fumaram e cujas mães possuíam o grau de escolaridade até o 1º grau incompleto.

Tabela 5.12 – Distribuição do uso de tabaco pelos adolescentes pesquisados segundo o nível de escolaridade da mãe.

Uso de tabaco	Nível de Escolaridade da Mãe				Total	
	Até o 1º Grau completo		Acima do 2º Grau incompleto			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sim	21	(26,9)	57	(73,1)	78	(100)
Não	31	(10,5)	265	(89,5)	296	(100)
TOTAL	52	(13,9)	322	(86,1)	374	(100)

Foram excluídos seis (06) pesquisados que responderam "não sei" para esta variável
 Fonte : Pesquisa Direta

5.4.2 Nível de emprego do chefe da família

A distribuição da frequência do uso de tabaco e do nível de emprego do chefe de família onde os adolescentes estavam inseridos encontra-se na Tabela 5.13. Os resultados obtidos pelo teste de Qui –quadrado de Pearson foram $p=0,671$ ($X^2 = 0,18$; IC 95% : 0,664-1,890) e demonstram que não houve associação

estatisticamente significativa, entre experimentação e o nível de emprego do chefe da família dos adolescentes pesquisados.

Tabela 5.13 – Distribuição do uso de tabaco entre os adolescentes pesquisados segundo o nível de emprego do chefe da família

Uso de tabaco	Nível de emprego do Chefe da Família				Total	
	Empregado		Desempregado			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sim	49	(63,6)	28	(36,4)	77	(100)
Não	196	(66,2)	100	(33,8)	296	(100)
TOTAL	245	(65,7)	128	(34,3)	373	(100)

Foram excluídos sete (07) pesquisados que responderam “não sei” para esta variável.
Fonte : Pesquisa Direta

5.5 Auto-Estima e Tabagismo

Dos adolescentes pesquisados (n=380), 379 (99,7%) apresentaram Auto-estima Global Alta. Apenas um (0,3%) adolescente foi classificado em Auto Estima Global Baixa.

A Tabela 5.14 demonstra os resultados da Subescala de Auto-estima Geral por RPA. Nesta sub-escala identificamos que 236 (62,1%) dos adolescentes apresentaram Auto-estima Geral Baixa, e em 144 (37,9%) pesquisados esta subescala foi classificada como Alta.

Tabela 5. 14 – Distribuição da Sub-escala de Auto-estima (Auto-Estima Geral) nos adolescentes pesquisados

RPA	Auto- estima Geral			
	Baixa		Alta	
	n	%	n	%
RPA 1	31	60,8	20	39,2
RPA 2	63	68,5	29	31,5
RPA 3	40	61,5	25	38,5
RPA 4	35	64,8	19	35,2
RPA 5	32	59,3	22	40,7
RPA 6	35	54,7	29	45,3
TOTAL	236	62,1	144	37,9

Fonte : Pesquisa Direta

Os resultados da Tabela 5.15 apresentam os valores obtidos da subescala de Auto-estima Física. Em 33 (8,7%) dos adolescentes do total da amostra (n=380) obteve-se a classificação Baixa.

Tabela 5. 15 – Frequências e percentuais da Sub-escala de Auto – estima (Auto-Estima Física) nos adolescentes pesquisados

RPA	Auto- estima Física			
	Baixa		Alta	
	n	%	n	%
RPA 1	7	13,7	44	86,3
RPA 2	8	8,7	84	91,3
RPA 3	6	9,2	59	90,8
RPA 4	2	3,7	52	96,3
RPA 5	3	5,6	51	94,4
RPA 6	7	10,9	57	89,1
TOTAL	33	8,7	347	91,3

Fonte : Pesquisa Direta

A distribuição da Auto-estima Intelectual é apresentada na Tabela 5.16. Apenas sete (1,8%) dos participantes da amostra tiveram esta sub-escala classificada como “Baixa”. Em 100% dos adolescentes pesquisados nas RPAs 1 e 4 os valores obtidos os classificaram como Auto-estima Intelectual Alta.

Tabela 5.16 – Frequências e percentuais da Sub-escala de Auto–estima (Auto-estima Intelectual) nos adolescentes pesquisados

RPA	Auto- estima intelectual			
	Baixa		Alta	
	n	%	n	%
RPA 1	0	0,0	51	100,0
RPA 2	1	1,1	91	98,9
RPA 3	3	4,6	62	95,4
RPA 4	0	0,0	54	100,0
RPA 5	2	3,7	52	96,3
RPA 6	1	1,6	63	98,4
TOTAL	7	1,8	373	98,2

Fonte : Pesquisa Direta

Os resultados referentes à sub-escala de Auto-estima Emocional encontram-se na Tabela 5.17. Identificou-se que 27 (7,1%) dos adolescentes da amostra se enquadraram na classificação “Baixa”. Destaca-se ainda a classificação “Alta” nos 54 (100%) dos participantes na RPA 4.

Tabela 5. 17 – Frequências e percentuais da Sub-escala de Auto-estima (Auto-estima Emocional) nos adolescentes pesquisados

RPA	Auto-estima Emocional			
	Baixa		Alta	
	n	%	n	%
RPA 1	4	7,8	47	92,2
RPA 2	11	12,0	81	88,0
RPA 3	4	6,2	61	93,8
RPA 4	0	0,0	54	100,0
RPA 5	3	5,6	51	94,4
RPA 6	5	7,8	59	92,2
TOTAL	27	7,1	353	92,9

Fonte : Pesquisa Direta

A Tabela 5.18 apresenta os valores da Auto-estima de relação com os outros. O percentual de 98,4 % dos adolescentes pesquisados foi classificado nesta subescala em Auto-estima “Alta”.

Tabela 5.18 – Frequências e percentuais da Sub-escala de Auto-estima (Auto-estima de relação com os outros) nos adolescentes pesquisados

RPA	Auto - estima de relação com os outros			
	Baixa		Alta	
	n	%	n	%
RPA 1	1	2,0	50	98,0
RPA 2	2	2,2	90	97,8
RPA 3	0	0,0	65	100,0
RPA 4	0	0,0	54	100,0
RPA 5	1	1,9	53	98,1
RPA 6	2	3,1	62	96,9
TOTAL	6	1,6	374	98,4

Fonte : Pesquisa Direta

A Tabela 5. 19 apresenta a distribuição absoluta e seus percentuais do nível de Auto-estima Global e por sub-escalas (Física, Geral, Intelectual, Emocional, de relação com os outros) na população pesquisada.

Conforme foi observado anteriormente, podemos perceber na tabela abaixo que na Categoria Auto-estima Geral 236 (62,1%) dos adolescentes foram classificados como Auto-estima Baixa .

Tabela 5.19 - Distribuição de freqüências do nível de Auto-estima Global e suas sub-escalas entre adolescentes pesquisados, Recife, 2006

Categoria	Auto-estima Física		Auto-estima Geral		Auto-estima Intelectual		Auto-estima Emocional		Auto-estima relação com outros		Auto-estima Global	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BAIXA	33	8,7	236	62,1	07	1,8	27	7,1	06	1,6	01	0,3
ALTA	347	91,3	144	37,9	373	98,2	353	92,9	374	98,4	379	99,7
TOTAL	380	100	380	100	380	100	380	100	380	100	380	100

Fonte : Pesquisa Direta

A partir dos resultados identificados nesta sub-escala (Auto-estima Geral), utilizou-se o Teste de Qui-quadrado de Pearson (X^2) para análise de associação desta sub-escala em relação ao total de sujeitos pesquisados, segundo faixa-etária, e posteriormente, segundo sexo. O mesmo tipo de análise foi realizado para testar associação entre aqueles adolescentes que fizeram uso de tabaco, segundo faixa-etária e segundo sexo.

Os resultados expressos na Tabela 5.20 demonstram a distribuição dos valores absolutos e percentuais da sub-escala de Auto-estima Geral na amostra estudada (n=380), segundo faixa-etária. O valor de p encontrado através do teste Qui-quadrado de Pearson foi de **p= 0,404 ($X^2 = 16,71$; IC 95% : 0,579-1,426)** e pelo valor de p, concluiu-se que não houve evidência estatisticamente significativa para rejeitar a hipótese nula (H_0) de independência entre variáveis, ou seja, não há associação entre auto-estima geral e faixa-etária.

Tabela 5. 20 – Freqüências e percentuais da Sub-escala Auto-Estima Geral nos adolescentes pesquisados, segundo faixa etária

RPA	Auto-Estima Geral n =380							
	Baixa				Alta			
	12 a 14 anos		15 a 18 anos		12 a 14 anos		15 a 18 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
RPA 1	23	74,2	8	25,8	12	60,0	8	40,0
RPA 2	45	71,4	18	28,6	21	72,4	8	27,6
RPA 3	31	77,5	9	22,5	19	76,0	6	24,0
RPA 4	20	57,1	15	42,9	15	78,9	4	21,1
RPA 5	22	68,8	10	31,3	13	59,1	9	40,9
RPA 6	26	74,3	9	25,7	19	65,5	10	34,5
TOTAL	167	70,8	69	29,2	99	68,8	45	31,2

Fonte : Pesquisa Direta

Com relação aos resultados da Tabela 5.21 ao analisarmos a associação do uso de tabaco com a sub-escala de auto-estima geral, nos adolescentes que já experimentaram ou fumaram cigarros, segundo faixa-etária, o valor obtido de $p = 0,278$ ($X^2 = 14,36$; IC 95% : 0,551- 3,418) demonstrou que não houve associação estatisticamente significativa.

Tabela 5. 21 - Frequências e percentuais da Sub-escala Auto-Estima Geral nos adolescentes que fizeram uso de tabaco, segundo faixa etária

RPA	Auto-Estima Geral Uso de tabaco n =78							
	Baixa				Alta			
	12 a 14 anos		15 a 18 anos		12 a 14 anos		15 a 18 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
RPA 1	0	0,0	0	0,0	2	40,0	3	60,0
RPA 2	5	55,6	4	44,4	8	80,0	2	20,0
RPA 3	3	50,0	3	50	5	62,5	3	37,5
RPA 4	3	42,9	4	57,1	6	60,0	4	40,0
RPA 5	0	0,0	3	100	0	0,0	3	100
RPA 6	6	85,7	1	14,3	7	70,0	3	30,0
TOTAL	17	53,1	15	46,9	28	60,9	18	39,1

Fonte : Pesquisa Direta

Não houve associação entre auto-estima geral e a variável sexo entre todos os adolescentes pesquisados, conforme demonstra a Tabela 5.22. Através do Teste de Qui –quadrado de Pearson foi encontrado o valor de $p = 0,262$ ($X^2 = 19,12$; IC 95% : 0,459-1,135) .

Tabela 5. 22 – Frequências e percentuais da Sub-escala Auto-Estima Geral nos adolescentes pesquisados, segundo o sexo

RPA	Auto-Estima Geral n =380							
	Baixa				Alta			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%	n	%
RPA 1	12	38,7	19	61,3	7	35,0	13	65,0
RPA 2	18	28,6	45	71,4	10	34,5	19	65,5
RPA 3	14	35,0	26	65,0	4	16,0	21	84,0
RPA 4	15	42,9	20	57,1	6	31,6	13	68,4
RPA 5	12	37,5	20	62,5	6	27,3	16	72,7
RPA 6	11	31,4	24	68,6	7	24,1	22	75,9
TOTAL	82	34,7	154	65,3	40	27,8	104	72,2

Fonte : Pesquisa Direta

O valor de p encontrado para a análise da associação do uso de tabaco e auto-estima geral, segundo sexo, entre os adolescentes que experimentaram ou fumaram cigarros ($n=78$) foi $p= 0,092$ ($X^2 =18,86$; IC 95%: 0,434 – 3,658) conforme ilustra a Tabela 5. 23. Estes resultados demonstram que com confiabilidade de 95%, não há evidência estatística significativa para afirmar que haja dependência.

Tabela 5. 23 - Frequências e percentuais da Sub-escala Auto-Estima Geral nos adolescentes que fizeram uso de tabaco, segundo sexo

RPA	Auto-Estima Geral Uso de tabaco n =78							
	Baixa				Alta			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%	n	%
RPA 1	0	0,0	0	0,0	1	20,0	4	80,0
RPA 2	1	11,1	8	88,9	4	40,0	6	60,0
RPA 3	2	33,3	4	66,7	1	12,5	7	87,5
RPA 4	2	28,6	5	71,4	3	30,0	7	70,0
RPA 5	1	33,3	2	66,7	1	33,3	2	66,7
RPA 6	1	14,3	6	85,7	2	20,0	8	80,0
TOTAL	7	21,9	25	78,1	12	26,1	34	73,9

Fonte : Pesquisa Direta

5.6 Análise de Regressão Logística Múltipla do uso de Tabaco

Foram ajustados dois modelos de Regressão Logística múltipla: O primeiro modelo ajustado usa como variável dependente o uso de tabaco e como variáveis regressoras o sexo e a faixa etária; o segundo modelo usa sexo, faixa etária e escolaridade da mãe como variáveis regressoras.

A Tabela 5.24 apresenta os resultados referentes ao ajuste dos modelos. A coluna com nome “Não ajustado” apresenta a razão de chances (OR) obtida quando não foi especificado nenhum modelo. Pode-se observar que as adolescentes do sexo feminino apresentam entre 0.895 e 2.802 mais chances de fazerem uso de tabaco respeito aos homens, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa, com uma confiabilidade de 95%. (OR=1,5 ; IC 95% = 0,895-2,802; p=0,114). Este comportamento permaneceu quando foi ajustado o modelo por sexo, faixa etária e escolaridade da mãe (OR=1,5 ; IC95%= 0,834-2,699; p=0,176).

Com relação à faixa etária no modelo não ajustado, os indivíduos de faixa etária maior (15 a 18 anos) tem 2,42 vezes mais chances de fazerem uso de tabaco que os mais jovens, sendo esta diferença estatisticamente significativa (OR=2,4; IC 95% =1,243-4,746;p=0,009*). Quando ajustado o segundo modelo, levando em conta outras variáveis, esta associação foi levemente reduzida (OR=2,2; IC95% = 1,132-4,530; p=0,021).

A associação entre experimentação e nível de escolaridade da mãe no modelo não ajustado foi estatisticamente significativa (OR=1,7; IC 95% = 0,318-0,677; p=0,000*). Quando ajustado para o modelo levando em conta as variáveis sexo, faixa etária e escolaridade da mãe, esta diferença continuou estatisticamente significativa (OR=2,8 ; IC95%= 1,499-5,354; p= 0,001).

Assim, os resultados finais desta análise demonstraram com relação ao uso de tabaco que os adolescentes do sexo masculino de faixa etária maior (15 a 18 anos) com mães com escolaridade até o 1º Grau Completo tem 50 % maior de chances de consumirem tabaco do que os adolescentes do sexo feminino.

Tabela 5.24 Resultado de Regressão Logística Múltipla do Uso de Tabaco, Recife, 2006

Variáveis	Não Ajustado OR 95 % IC	Valor de p	Ajust. ¹ OR 95 % IC	Valor de p	Ajust. ² OR 95 % IC	Valor de p
SEXO						
MASCULINO	1,5(0,895-2,802)	0,114	1,50 (0,83-2,69)		1,5(0,834-2,699)	0,176
FEMININO	1		1		1	
FAIXA ETÁRIA						
12 a 14 anos	2,4(1,243-4,746)	0,009*	2,26(1,13-4,53)		2,2(1,132-4,530)	0,021
15 a 18 anos	1		1		1	
ESCOLARIDADE DA MÃE						
Até o 1º Grau Completo	1,7(0,318-0,677)	0,000*	2,83(1,49-5,35)		2,8(1,499-5,354)	0,001*
Acima do 2º Grau Incompleto	1		1		1	

Ajust.¹ Modelo ajustado por sexo e faixa etária. **Ajust.²** Modelo ajustado por sexo, faixa etária e escolaridade da mãe.

DISCUSSÃO

6- DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentamos a discussão dos resultados encontrados neste estudo. O capítulo traz também considerações sobre questões metodológicas da pesquisa e finalmente as recomendações para a saúde pública.

Os resultados deste estudo indicam que a taxa de prevalência encontrada para o consumo do tabaco entre adolescentes (20,5%) foi semelhante aos achados em estudos desenvolvidos por CARLINI et al.,(1987) e BORDIN et al.,(1993). Entretanto, apresentou-se menor quando comparada a outros encontrados na literatura (SILVA et al.,2000; HENRIQUEZ e VILA, 2002; PASQUALOTTO et al. 2002; MUZA et al.,1997; GALDURÓZ et.al, 2004 ; GARCÍA et al., 2006).

A taxa de prevalência observada para fumantes regulares (2,9%) nesta pesquisa foi considerada próxima aos resultados de escolares no estudo de BORDIN et al. (1993) e de GALDURÓZ et al, 2004, porém, bem menor em relação às taxas identificadas em outras pesquisas (MENEZES et al. 1994 ; MAUAD et al. 1999; IVANOVIC, CASTRO e IVANOVIC,1997; NASCIMENTO et al., 2005; SORIA-ESOJO et al., 2005; GARCÍA et al.,2006).

Quando comparadas às prevalências de fumantes regulares deste estudo de base escolar (2,9%), com outras de base populacional, o resultado encontrado no presente trabalho, também foi bem menor (HORTA et al., 2001; MALCON, MENEZES e CHATKIN, 2003a ; BRASIL, 2004b).

A média de idade de experimentação de cigarros encontrada entre os escolares foi de 13 anos, sendo este resultado similar aos identificados em alguns estudos (SORIA -ESOJO et al., 2005; GARCÍA et al., 2006; HENRIQUEZ e VILA, 2002; PASQUALOTTO et al. 2002) assim como, pelo Levantamento Nacional sobre consumo de drogas psicoativas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras/ CEBRID (GALDURÓZ et.al, 2004). Não houve diferença quanto à idade inicial de experimentação entre adolescentes do sexo masculino e feminino, coincidindo com o estudo de BORDIN et al.(1993).

Quanto ao consumo de cigarros por dia, o valor máximo foi de cinco (5) cigarros e mínimo de (1) e a média de 2 cigarros/ dia. Este resultado é preocupante, pois indica um acesso e disponibilidade na aquisição de cigarros pelos adolescentes.

Isto demonstra que os esforços para inibir o consumo têm sido ineficientes (MUZA et al., 1987), e que a Legislação não vem sendo cumprida a contento (GALDURÓZ, et al., 2004). Esta informação torna-se ainda mais relevante com resultados de pesquisas indicando que, dos jovens que experimentaram um (1) cigarro, 50% têm chances se tornarem fumantes quando adultos (CINCIRIPINI, 1997; VITÓRIA, 2000).

A associação entre o uso de tabaco e sexo não foi encontrada nesta pesquisa, resultado similar ao de MENEZES et al. (1994) e contrariamente aos achados de MUZA et al (1987), BORDIN et al.(1993), MAUAD et al. (1996) e MACHADO NETO e CRUZ (2003) nos quais a distribuição do consumo de cigarros por sexo indicaram diferenças estatisticamente significantes para o sexo masculino. Enquanto outros autores identificaram um consumo maior do tabaco no sexo feminino (IVANOVIC, CASTRO e IVANOVIC, 1997; SORIA-ESOJO et al., 2005).

Foi observada a existência de associação entre uso de tabaco e faixa-etária maior (15 a 18 anos), o que corrobora com os resultados obtidos em Recife, do último Levantamento em Escolares pelo CEBRID (GALDURÓZ, et al., 2004), onde a experiência com tabaco também demonstrou elevação, à medida que aumentava a faixa-etária (com pico de elevação na faixa etária de 16 a 18 anos, e ligeiro declínio na taxa de prevalência nos maiores de 18 anos).

O presente estudo não identificou associação, entre o uso de tabaco e classe social dos sujeitos pesquisados. Este resultado coincide com uma outra pesquisa, porém de base populacional (MALCON , MENEZES e CHATKIN, 2003a) e com um outro estudo de base escolar realizado por SILVA (2000); muito embora existam pesquisas, em que houve associação entre consumo de cigarros e classe social alta (PASQUALOTTO et al. 2002; IVANOVIC, CASTRO e IVANOVIC) em comparação a outros que indicam a tendência do maior consumo do tabaco pela população de renda mais baixa (MARMOT e WILKINSON,1998; BANCO MUNDIAL,1999; XAVIER, 2004; BRASIL, 2004b; RAMÍREZ e ANDRADE, 2005).

Quanto aos indicadores socioeconômicos da população estudada encontramos associação estatisticamente significativa entre a uso de tabaco e a escolaridade da mãe. Resultados semelhantes foram observados em referências anteriores (BANCO MUNDIAL, 1999; FIGUEIREDO et al., 2002; RAMÍREZ e ANDRADE, 2005), demonstrando nesta pesquisa que a maior escolaridade da mãe é um fator protetor quanto ao consumo de tabaco pelos adolescentes. Em oposição existem achados como o de PASQUALOTTO et al. (2002), os quais não

identificaram associação entre escolaridade do pai ou da mãe e o tabagismo entre os escolares. Ramírez e Andrade (2005) consideram que o consumo familiar de qualquer tipo de droga é um fator de risco elevado, tendo em vista a influência dos modelos dos adultos no comportamento dos filhos.

O outro indicador sócioeconômico analisado entre o consumo de tabaco foi o nível de emprego do chefe da família, cujos resultados demonstraram que não houve significância estatística. O resultado deste estudo foi contrário à afirmação de MARMOT e WILKINSON (1998) em que piores condições de vida, como o desemprego ou emprego sem garantias pode influenciar no consumo de drogas entre elas, o tabaco

Os resultados deste estudo quanto à auto-estima Global (alta em 99,7% dos escolares) foram superiores aos encontrados em outro realizado no Chile por PEREIRA; DUVICQ; CARVALHO (2005) utilizando-se do mesmo instrumento para avaliação da Auto-estima. Em comparação com as sub-escalas de auto-estima, observou-se uma semelhança (auto-estima alta), nos resultados quanto às sub-escalas Física, Intelectual e de relação com os outros. A sub-escala Emocional apresentou nesta pesquisa, valores maiores quando comparados aos de PEREIRA; DUVICQ; CARVALHO (2005) .

Entretanto, contrariamente ao estudo do Chile, foi verificada uma baixa auto-estima nos escolares do Recife, quanto à sub-escala de Auto-estima Geral, cuja dimensão da auto-estima refere-se às percepções que têm os sujeitos sobre si mesmos, em termos gerais, independentemente de qualquer outra das dimensões. A baixa apreciação de si mesmo e a presença de fumantes na família, destacando a mãe, foram considerados como fatores de risco para o desenvolvimento do tabagismo em adolescentes, conforme descreveu HENRIQUEZ e VILA (2002). Estes adolescentes que apresentam pouca confiança em si mesmos teriam uma tendência a serem influenciados por pressão de grupos sociais, tanto dos seus pares quanto dos meios de comunicação, como destaca KAWABATA; CROSS; NISHIOKA; SHIMAI (1999).

Apesar dos resultados de baixa auto-estima Geral identificado nos adolescentes pesquisados e das evidências científicas relatadas anteriormente, não foi verificada correlação significativa entre auto-estima e uso do tabaco, talvez pela limitação de uma pesquisa de delineamento transversal, o que não permitiu uma avaliação temporal para a correlação entre o tabagismo e auto-estima. Similarmente

MEDINA e ALMAGIÁ (2005) realizaram um estudo transversal onde não detectaram associação significativa entre adolescentes fumantes e as variáveis auto-eficácia, auto-estima total e as sub-escalas do Inventário de Coopersmith.

O desenho do estudo merece destaque, quando em uma meta-análise sobre os determinantes do uso do tabaco, concluiu-se que a variável auto-estima teve influência no início e progressão do tabagismo, numa revisão em estudos longitudinais comparativamente aos resultados obtidos em estudos transversais (CONRAD; FLAY; HILL, 1992).

Os achados em um estudo prospectivo realizado por WAHLGREN et al. (1997) apontam como fatores de risco pessoais para o tabagismo, o baixo conceito de si mesmo e a baixa auto-estima dos indivíduos em relação a seus pares.

Outro ponto relevante a ser discutido como limitação deste estudo é que alguns adolescentes podem ter omitido informações, quanto ao fato, de terem alguma vez na vida experimentado ou fumado cigarros de tabaco. O tema abordado sobre o consumo de uma droga lícita (cigarro de tabaco) produziu em alguns estudantes a recusa em participar da pesquisa, apesar da metodologia com instrumento auto-aplicável, e da garantia de anonimato dos participantes. Este comportamento sugere associação com o consumo de drogas, lícitas e/ou ilícitas, por parte destes escolares.

Além disso, em decorrência da impossibilidade de acesso das listagens dos estudantes pelas escolas municipais sorteadas, a amostra, que a princípio durante a elaboração do projeto de pesquisa seria aleatória simples, no terceiro estágio da coleta, tornou-se uma amostra não aleatória ou por conveniência. Este tipo de amostra tem como ponto positivo a possibilidade de se obter informações mais detalhadas sobre determinado aspecto de saúde, porém por não serem aleatórias, pecam por não produzir estimativas que sejam compatíveis com a real prevalência do aspecto da população (FRAZÃO, 2003).

A utilização de marcadores de dosagem seria muito útil na validação dos questionários aplicados em adolescentes, como sugerem alguns autores (MALCON, MENEZES, CHATKIN, 2003; GARCÍA et al., 2006).

Identificamos como uma outra limitação nesta pesquisa a homogeneidade da amostra, ao trabalharmos com escolas públicas municipais, nas quais 91,1% dos escolares estavam inseridos na classe social Baixa. Estudos futuros sobre tabagismo analisando o consumo de cigarros comparativamente ao gradiente social

(alto/ baixo) podem indicar a influência do fator social no desenvolvimento do tabagismo. Dentre os fatores sociais, destacam-se o menor acesso à informação, à educação e à assistência à saúde nas classes sociais menos favorecidas. Estes fatores sociais são potencializados por estratégias de mercado que estimulam o consumo ao mesmo tempo em que facilitam o acesso das populações de baixa renda e escolaridade aos produtos do tabaco, sobretudo aos cigarros. São estratégias de mercado dos produtos, os baixos preços dos cigarros tanto no mercado legal como no mercado ilegal (CAVALCANTE; PINTO, 2003).

As técnicas multivariadas de ajuste dos fatores de confusão, através do emprego da regressão logística múltipla demonstraram que de fato, não houve associação do uso de tabaco pelos adolescentes e sexo, o que já havia sido anteriormente evidenciado na análise bi-variada. Mas esta relação esteve no limite de significância ($p=0,07$).

Ao analisarmos a faixa-etária no modelo não ajustado de regressão múltipla, os adolescentes de faixa-etária maior (15 a 18 anos) apresentaram 2,4 vezes mais chances de fazerem uso de tabaco em relação aos adolescentes mais jovens. Este resultado permaneceu significativo, porém com ligeira diminuição quando ajustado o segundo modelo da análise de regressão. Embora neste estudo tenha sido demonstrada uma associação do uso de tabaco entre adolescentes maiores, o primeiro uso de drogas em geral acontece nos muitos jovens e com drogas legais (álcool e tabaco), o que torna necessário que programas intersetoriais de saúde e educação possam acontecer nas idades mais precoces (6 a 10 anos), para prevenir o consumo entre crianças e jovens, pautados em uma política educacional que fortaleça a valorização dos indivíduos e que fomente as práticas esportivas (HENRIQUEZ e VILA, 2002; GALDURÓZ, et al., 2004) .

Com relação ao uso de tabaco entre os adolescentes estudados e o nível de escolaridade da mãe, houve associação quando utilizada a análise bi-variada. No modelo ajustado de análise multivariada com as variáveis sexo, idade e escolaridade da mãe, esta última ainda permaneceu fortemente associada ao consumo de tabaco pelos adolescentes. Neste estudo, identificou-se que quanto maior o nível de escolaridade da mãe do adolescente, maior é o fator de proteção deste para o não uso de tabaco. Este resultado corrobora com os dados que sugerem que fatores sociais e estratégias para expansão de mercado vêm contribuindo para o aumento

do consumo de tabaco na população de menor escolaridade (CAVALCANTE; PINTO, 2003).

Ao contrário do que ocorre nos países desenvolvidos, em muitos países em desenvolvimento o controle da comercialização do tabaco e a implementação e condução de políticas fortes para o controle do tabagismo ainda é incipiente, sendo boa parte da disseminação do consumo resultante da globalização da economia. As ações propostas para o controle do tabagismo têm enfrentado ao longo dos anos a resistência e estratégias da indústria do tabaco, que se traduzem no fato de 90% dos fumantes começarem a fumar até os 19 anos de idade (BRASIL, 2004c).

Segundo resultados do Levantamento do CEBRID (GALDURÓZ, et al., 2004) as intervenções para se diminuir o abuso de álcool e outras drogas devem caminhar juntos aos esforços de se adiar o primeiro uso do álcool e tabaco. Nesse sentido, enfatiza-se a importância da construção de uma escola saudável, a qual possibilite um ambiente solidário e propício ao aprendizado, e por isso, deva estar engajada no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e na estimulação, cada vez maior da população, em projetos de promoção da saúde (AERTZ et al., 2004).

O desafio na construção de escolas saudáveis perpassa pela abordagem dos temas transversais propostos nos Parâmetros Curriculares Nacionais em Ação, através da Portaria Interministerial 766/GM de 17 de maio de 2001, que estabelece o pacto entre Ministério da Saúde e da Educação, além do entendimento de que a educação é processo que trata o conhecimento como algo que deve ser construído e apropriado, e não como algo a ser transmitido. Este conhecimento é resultante da interação e cooperação entre os sujeitos que são diferentes, que trazem suas experiências, interesses, valores, representações e crenças (BRASIL, 2002).

6.1 RECOMENDAÇÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA

Com base nos resultados deste estudo é possível recomendar a estruturação de Políticas Públicas Saudáveis estabelecendo programas intersetoriais da Saúde e Educação que tenham como propósito a promoção, prevenção, monitoramento e controle do tabagismo com ênfase na população de crianças e adolescentes, sobretudo em escolares.

A promoção à saúde não deve ser entendida como um repasse de informações, mas uma relação dialógica, uma comunicação construída entre os sujeitos envolvidos na ação educativa, formativa e criativa, considerando a reconstrução do saber da escola e a formação continuada dos docentes, possibilitando que os setores da saúde e da educação tenham sentidos e significados mais integrais e que resultem em projetos de vida mais saudáveis.

É fundamental a formação de crianças e adolescentes como agentes de mudança comportamental e social, criando ambientes livres do fumo, incentivando e apoiando o trabalho dos Órgãos de Saúde. O setor educacional é, portanto, um aliado importante na concretização de ações de promoção da saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades dos indivíduos, para a tomada de decisões favoráveis à sua saúde e à comunidade, na criação de ambientes saudáveis e para a consolidação de uma política intersetorial direcionada à qualidade de vida.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

As principais conclusões deste estudo foram:

- ✓ A taxa de prevalência de uso de tabaco na vida entre os adolescentes do Recife foi de 20,5%;
- ✓ O nível de escolaridade da mãe foi considerado o mais importante determinante do uso de tabaco entre adolescentes no Município do Recife. Adolescentes cujas mães possuíam baixa escolaridade tiveram uma maior prevalência de uso de tabaco (experimentação);
- ✓ Não existiu associação entre auto-estima e uso de tabaco entre os adolescentes do Município do Recife, apesar de 62,1% dos adolescentes terem sido classificados em auto-estima baixa na Sub-escala de Auto-estima Geral;
- ✓ Evidenciou-se a associação entre faixa-etária maior de idade. Adolescentes mais velhos (15 a 18 anos) experimentam mais tabaco no Recife.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANVISA. **Boletim Informativo**. Disponível em: //www.anvisa.gov.br //. Acesso em 20 jul. 2005.
- AERTZ, D.; ALVES,G.G.; LA SALVIA, M.W.; ABEGG, C. Promoção de saúde: a convergência entre propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n.20., p.1020-1028, jul .ago., 2004.
- AMATO, R. Consumo de tabaco en la adolescencia: Un modelo de atención. **Arch Argentina** Pediatría, v.101, n.6, p.1-5, 2003.
- BANCO MUNDIAL. **A epidemia do tabagismo**. Os governos e os aspectos econômicos do controle do tabaco. The World Bank, ago.,1999.
- BANCO MUNDIAL. **Aspectos econômicos do tabagismo & do controle do tabaco em países em desenvolvimento**. Documento organizado pela Comissão Européia em colaboração com a Organização Mundial de Saúde e o Banco Mundial para a Mesa Redonda de Alto Nível sobre o Controle do Tabagismo e Políticas de Desenvolvimento, fev., 2003. Tradução Instituto Nacional de Câncer. Ministério da saúde. Bruxelas, 2003.
- BARBOSA, M.T.S; CARLINI-COTRIM, B.; SILVA-FILHO, A. R.O uso de tabaco por estudantes de primeiro e segundo graus de dez capitais brasileiras: possíveis contribuições de estatística multivariada para a compreensão do fenômeno. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.5, n.23, p.401-409,1989.
- BARROS, M.B.A. A utilização do conceito classe social nos estudos de perfis epidemiológicos: uma proposta. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo,v.20, p. 269-273,1986.
- BARTSCH, P.; LAPERCHE, J. Tabagisme occasionnel de l' adolescent, où commence la nocivité? **Reviste Medicin Liège**, v.61, n.5-6, p.394-400, 2006.
- BASP. European Bureau for the Action on Smoking Prevention. **Tabaco e Saúde na União Europeia-Uma Síntese**. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo,1994.
- BENOWITZ, N.L. Tabagismo e dependência da nicotina. **Clínicas Médicas da América do Norte**, v. 2, p. 417-439,1992.
- BORDIN, R.; NIPPER, V.B.;SILVA, J.O.;BORTOLOMIOL, L. Prevalência de Tabagismo entre Escolares em Município de Área Metropolitana da Região Sul, Brasil,1991. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro,v.9, n.2, p.185-189, abr./jun.,1993.
- BORTOLETTO, M.E. **Tóxicos Civilização e Saúde**. Contribuição à Análise dos Sistemas de Informações Tóxicas Farmacológicas no Brasil. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1990,121p.

BOYLE,P. European Cancer Experts Recommendations for Tobacco Control. **Annals of Oncology**, v.8,p.9-13 ,1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância de Câncer. **Falando sobre Tabagismo**. 3ª edição. Rio de Janeiro, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância de Câncer. **Implantando o Programa Saber Saúde de Controle de Tabagismo e Outros Fatores de risco de Câncer nas Escolas**. Rio de Janeiro, Instituto Nacional de Câncer, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Informe Saúde**, ano IV, n. 60, p.2, Quarta semana de maio, 2000. Disponível em [http:// portalweb01.saude.gov.br/](http://portalweb01.saude.gov.br/). Acesso em: 19 ago. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Brasília, 2001, 53 p.

_____. Ministério da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. **Revista de Saúde Pública**,v.36, n.2, p.533-535, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **A ratificação da Convenção – Quadro para Controle do Tabaco pelo Brasil: mitos e verdades**. Rio de Janeiro, 2004a, 34 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro, 2004b, 186 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer . Ação Global para o Controle do tabaco 1º Tratado Internacional de Saúde Pública. **Por um Mundo sem Tabaco. Mobilização da Sociedade Civil**. Rio de Janeiro, 2004, 3ª edição, 2004c, 53 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Vigescola: Vigilância de tabagismo em escolares. Dados e fatos de 12 capitais brasileiras**, Rio de Janeiro, 2004d, v.1, 29 p.

CARLINI, E.A.; CARLINI-COTRIM, B.H.; SILVA-FILHO, A.R.; BARBOSA, M.T.S. **Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil, em 1987**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde / Ministério da Justiça,1989.

CARVAJAL, L.M.C; ANDRADE, D. La Escuela Básica en la Prevención del consumo de alcohol y tabaco: retrato de una realidad. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2005 set./out., n.13 (especial), p.784-789.

CAVALCANTE,T.; PINTO,M. **Considerações sobre tabaco e pobreza no Brasil: Consumo e produção de tabaco**, 2003, 33 p. Disponível em: www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/tabaco_pobreza.pdf. Acesso em: 09.Jan.2006

CINCIRIPINI, P.M.; HECHT, S.S.; HENNINGFIELD, J.E.; MANLEY, M.W.; KRAMER, BS. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. **Journal of the National Cancer Institute**, v.89, n.24, p.1852-1867, dec., 1997.

CONRAD, K.M.; FLAY, B.R.; HILL, D. Why children start smoking cigarettes: predictors of onset. **British Journal of Addiction**, v.87, n.12, p.1711-1724, 1992.

COSTA e SILVA, V. da C.; KOIFMAN, S. Smoking in Latin America: a major public health problem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, sup. 3, p.99-108,1998.

DECRETO n°. 2018 de 01 de Outubro de 1996. Publicado no Diário Oficial da União em 02/10/1996.

DOLL, H.; HILL, A.B. Mortality in relation to smoking: ten years' observation of British doctors. **British Medical Journal**, v.1, 1399 p, 1964.

DOLL, H.; PETO, R. Mortality in relation to smoking: 20 years' observation on male British doctors. **British Medical Journal**, v.2, 1525 p, 1976.

ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente). Lei n°.8069 de 13 de julho de 1990.

ESCOBEDO, L.G.; REDDY, M.; GIOVINO, G. A. Are baseline depressive symptoms associated with smoking initiation in adolescents? **Western Journal of Medicine**. v. 170, p.265, may, 1999.

FLAY, B.R. Youth tobacco use: risk, patterns and control. In: SLADE, J.; ORLEANS, C.T. (Eds). **Nicotine addiction: Principles and Management**. Oxford: University Press, London, 1992.

FERNÁNDEZ, S.; NEBOT, M.; JANÉ, M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis. ¿Qué nos dicen los meta-análisis? **Revista Espanhola Salud Pública**, v.76, p.175-187,2002.

FERRAZ de SÁ,C.R.; MACÊDO de PAULA, F.M.S. Prevalência do Tabagismo em alunos da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, **Trabalho de Conclusão de Curso**. Camaragibe, 2005, 79 p.

FIGUEIREDO, V.C.; SZKLO, M. ;LOZANA, J.A.; CASADO, L.; FERNANDES, E.M. Perfil do Tabagismo na População de 15 anos ou mais do Município do Rio de

Janeiro em 2001- Instituto Nacional de Câncer /Coordenação de Prevenção e Vigilância / Divisão de Epidemiologia, 2002 .

FRAZÃO, P. **Epidemiologia em saúde bucal**. In: PEREIRA, A. C. et al. Odontologia em saúde coletiva: Planejando e promovendo saúde. São Paulo: Artmed, 2003.

FREIRE, M.do C. M. Oral Health and Sense of Coherence- A study of Brazilian Adolescents and their mothers. **Thesis of Doctor of Philosophy**. University College London, 1999, 289p.

GARCÍA, P.; CARRILLO, A.; FERNÁNDEZ, A.; SÁNCHEZ, J.M. Factores de riesgo en la experimentación y el consumo de tabaco en estudiantes de 12 a 14 años. Actitudes ante el tabaco en los grupos de presión. **Atención Primaria**, v.37, n.7, p.392-399,2006.

GOODMAN, E.; CAPITMAN, J. Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. **Pediatrics**, v.106, n.4, Oct., 2000.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; FONSECA, A.M.; CARLINI, E.A. V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. São Paulo, **CEBRID/ EPM**, 2004.

GUIDÓN, E.; TOBIN, D.; YACH, D. Trends and affordability of cigarettes prices: ampler room for tax increases and related health gains. **Tobacco Control**, v.11, p.35-43, 2002.

HENRIQUEZ, L.G.; VILA, K.B. Consumo de tabaco en adolescentes: Factores de riesgo e factores protectores. **Ciencia y Enfermería**, v.8, n.2, p.27-35, dic., 2002.

HIJJAR, M.A.; SILVA, V.L.C. Epidemiologia do Tabagismo no Brasil. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v.60, p.50-71, 1991.

HORTA, B.L; CALHEIROS, P.; PINHEIRO,R.T.; TOMASI, E.; COSTA do AMARAL, K. Tabagismo em adolescentes de área urbana na região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.2, p.159-164, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição**, 1989.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) . **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)**, 2002-2003. Disponível em:<http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/default.shtm>. Acesso em:05 set. 2005.

INCA. A História do Tabaco. Disponível em: <http://.inca.org.br>. Acesso em: 17 jul. 2005.

ISMAEL, S. M. C. Tabagismo e o adolescente. **Revista Pediátrica Moderna**. v.37, n.12, p.683-686, dez., 2001.

IARC (Internacional Agency of Research in Cancer). Environmental carcinogens methods of analysis and exposure measurement. Passive Smoking. v.9, **Scientific Publications**, n.31, Lyon, France, 1987.

IVANOVIC, D., M.; CASTRO, C., G.; IVANOVIC, M.R. Factores que incidem en el hábito de fumar de escolares de educación básica y media del Chile. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.1, p.30-43, fev., 1997.

KAWABATA, T.; CROSS, D.NISHIOKA, N.; SHIMAI, S. Relationship between self-esteem and smoking behavior among Japanese early adolescents: Initial results from a three-year study. **Journal of School Health**, v.69, p.280-284, 1999.

LA GRECA, A.M; FISHER, E.B. Adolescent smoking. **Pediatric Annals**, Miami, v.21, n.4, p.241-244, 247-248, 1992.

LEI FEDERAL n°. 9294 de 15 de Julho de 1996, publicada no Diário Oficial da União de 19/07/1996.

LEI FEDERAL n°. 10.167 de 27 de Dezembro de 2000, publicada no Diário Oficial da União de 28/12/2000.

LEITE, A. O tabagismo e a boca. **Revista da APCD**, São Paulo, v.55, n.1, p.7-14, jan./fev., 2001.

LOMBARDI, C.; BROFMAN, M.; FACHINI, L.A.; VICTORA, C.G.; BARROS, F.C.; BÉRIA, J.U.; TEIXEIRA, A.M.B. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. **Revista de Saúde Pública**, v.22, n.4, p.253-265.

MACHADO NETO, A.S; CRUZ, A.A. Tabagismo em amostra de adolescentes escolares de Salvador-Bahia. **Jornal de Pneumologia**, Rio de Janeiro, v.29, n.5, p.264-272, set./out., 2003.

MALCON, M.C; MENEZES, A. M. B; CHATKIN, M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.1, p.1-7 jan./fev., 2003a.

MALCON, M.C; MENEZES, A. M.B; CHATKIN, M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Panam. Salud Pública**, Washington, v.13, n.4, p. 222-228, abr., 2003b.

MARMOT, M.; WILKINSON, R. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Social Determinants of Health**. WHO, Europa, 1998, 30 p.

MARMOT, M. Self esteem and health. Autonomy, self esteem and health are linked together. **British Medical Journal**, v.327, p.574-575, 2003.

MAUAD, E.C.; BONETTI, L.M.G.; SILVA da C. M.; NOGUEIRA, J.L.; MIRRA, A.D. Prevalência do tabagismo e seus determinantes em algumas escolas de Barretos -

São Paulo, em 1996. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.45, n.1, jan./ fev./ mar., 1999. Disponível em: [http // www.inca.gov.br/rbc/n_45/v01/artigo04.html](http://www.inca.gov.br/rbc/n_45/v01/artigo04.html). Acesso em 10.jan. 07.

MEDINA, C.O.; ALMAGIÁ, E.B. Influencia de la autoeficacia na conduta de fumar em adolescentes. **Terapia Psicológica**, v.23, n.2, p.5-11, 2005.

MENEZES, A.M.B.; HORTA, B.L.; ROSA, S.; OLIVEIRA, F.K.; BONNANN, M. Hábito de fumar entre estudantes de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, Brasil: Comparação entre as Prevalências de 1986 e 1991. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.164-170, abr./ jun., 1994.

MOLINA, A; DIAS, E.; MOLINA, A. E. **Iniciação em Pesquisa Científica**. Manual para profissionais e estudantes das áreas da saúde, ciências biológicas e humanas. Recife: EDUPE, 2003, 128 p.

MUZA, G.M.; BETTIOL, H.; MUCILLO, G.; BARBIERI, M.A. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I Prevalência de consumo por sexo, idade, e tipo de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.1, p.21-29, fev., 1997.

NASCIMENTO, D.; SOARES, E.A.; FEITOSA, S.; COLLARES, V. O hábito do tabagismo entre adolescentes na cidade de Recife e os fatores associados. **Revista Odonto Ciência- Fac.Odonto/PUCRS**, v.20, n.50, p.348-353 out./dez., 2005.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. **National Institutes of Health**. Department of Health and Human Services Women, tobacco and cancer: an agenda for 21 st Century. United States, 2004.

ORIENTARED. España: La Rede. **Cuestionario de evaluación de la autoestima para alumnos de enseñanza secundaria**; [8 telas]. Disponible en : [http:// www.orientared.com/dir2.asp/coduc=198](http://www.orientared.com/dir2.asp/coduc=198). Acesso em 14. mar.06.

PASQUALOTTO, A.C ; PASQUALOTTO, G.C ; SANTOS, R.P ; SEGAT, F.M.; GUILLANDE, S.; BENVENEGÚ, L.A. Relação entre adolescentes e o tabaco: estudo de fatores sócio-demográficos de escolares em Santa Maria, RS. **Revista Pediatria**, São Paulo, v.24, n.1/2, p.11-16, 2002.

PEREIRA, A. C. et al. **Odontologia em saúde coletiva**: Planejando e promovendo saúde. São Paulo: Artmed, 2003.

PEREIRA, N.B.R.; DUVICQ, C.G.F.; CARVALHO, A.M.P. Influencia del consumo de substancias psicoativas em el ámbito familiar sobre la auto-estima de escolares. **Revista Latino-am Enfermagem**, n.13, p.798-805, set. /out., 2005.

POMMERLEAU, C.S.; POMMERLEAU, O.F; NAMENEK, R.J. Inicial exposure to nicotine in college-age women and never- smokers: a replication and extension. **Journal Addictive Disease**, 1999, v.18, p.13-19.

PREFEITURA DO RECIFE. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO. Estudos Intensivos. **Ciclos de Aprendizagem e Organização Escolar**, Recife, 2001, 73 p.

RAMÍREZ, M.R; ANDRADE, D. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). **Revista Latino-am Enfermagem**, v.13, n. especial, p.813-818, set./out., 2005.

REPACE, J.L. Indoor concentrations of environmental tobacco smoke field surveys. In: IARC Scientific Publications nº 81. Environmental Carcinogens methods of analysis and exposure measurement. **Passive Smoking**. Vol 9. Lyon. France, 1987, p.141-162.

RODRÍGUES, J. A. M.; LÓPES, B,A. La familia y el adolescente. **Revista Medica Hospital General del Mexico**, v. 62, n.3, p.191-197, jul. /sep., 1999.

ROEMER, R. **Legislative action to combat the world tobacco epidemic**. 2nd Ed. WHO,1993.

ROSEMBERG, J. **Temas sobre Tabagismo**. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Recife, 1998,107 p.

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, ESPORTE E LAZER DO RECIFE. **Diretoria de Acompanhamento e Avaliação Educacionais**. Gerência de Estatística, Avaliação e Pesquisa. Censo, 2005.

SILVA, C.M.B.da. Tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes escolares da Rede Pública de Ensino no município de Natal, RN. **Dissertação de Mestrado**, Rio de Janeiro, 2000,80 p.

SORIA-ESOJO, M.C.;VELASCO-GARRIDO, J.L.;HILDAGO-SANJUÁN, M.V. ;LUIZ MARTÍNEZ, G.de;FERNÁNDEZ-AGUIRRE, C.;ROSALES-JALDO, M. **Arch Bronconeumología**, v.41, n.12, p.654-658, 2005.

TALBOTT-MODRCIN,M.A. et al. A study of self-esteem among well adolescents: seeking a new direction. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, v.21, n.4, p.229-241,1998.

TOBAR, F.;YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001, 172 p.

TOMORI,M.; ZALAR, B.; KORES PLENISCAR, B.;ZIHHERL, S.;STERGAR, E. Smoking in relation to psychosocial risk factors in adolescents. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v.10, n.2, 2001.

VITÓRIA, P.D.; RAPOSO,C.S.; PEIXOTO, F.A. A prevenção do tabagismo nas escolas. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.1, n.1, p.45-51, Portugal, 2000.

WAHLGREN, D.R.;HOVEL, M.F.;SLYMEN, D.J;CONWAY, T. L.; HOFSTETTER, C.R.;JONES, J.A. Predictors of tobacco initiation in adolescents: a two –year prospective study and theoretical discussion. **Tobacco-Control**, v.6, n.29, p.95-103, 1997.

WHO (World Health Organization). 1997. **Tobacco or Health: First Global Status Report**. Tobacco or Health Programme, Geneva, 1997.

_____, 1988. **Guideline for controlling and monitoring the tobacco epidemic**.Geneva, 1998.

_____, 1999. **International Consultation on Tobacco and Youth-what in the world the works?** In: Final Conference Reports, Singapore, 1999.

_____, 2004.**Building blocks for tobacco control: a handbook**.Geneva.

Disponível em

http://who.int/tobacco/resources/publications/general/en/building_blocks_1.pdf>.

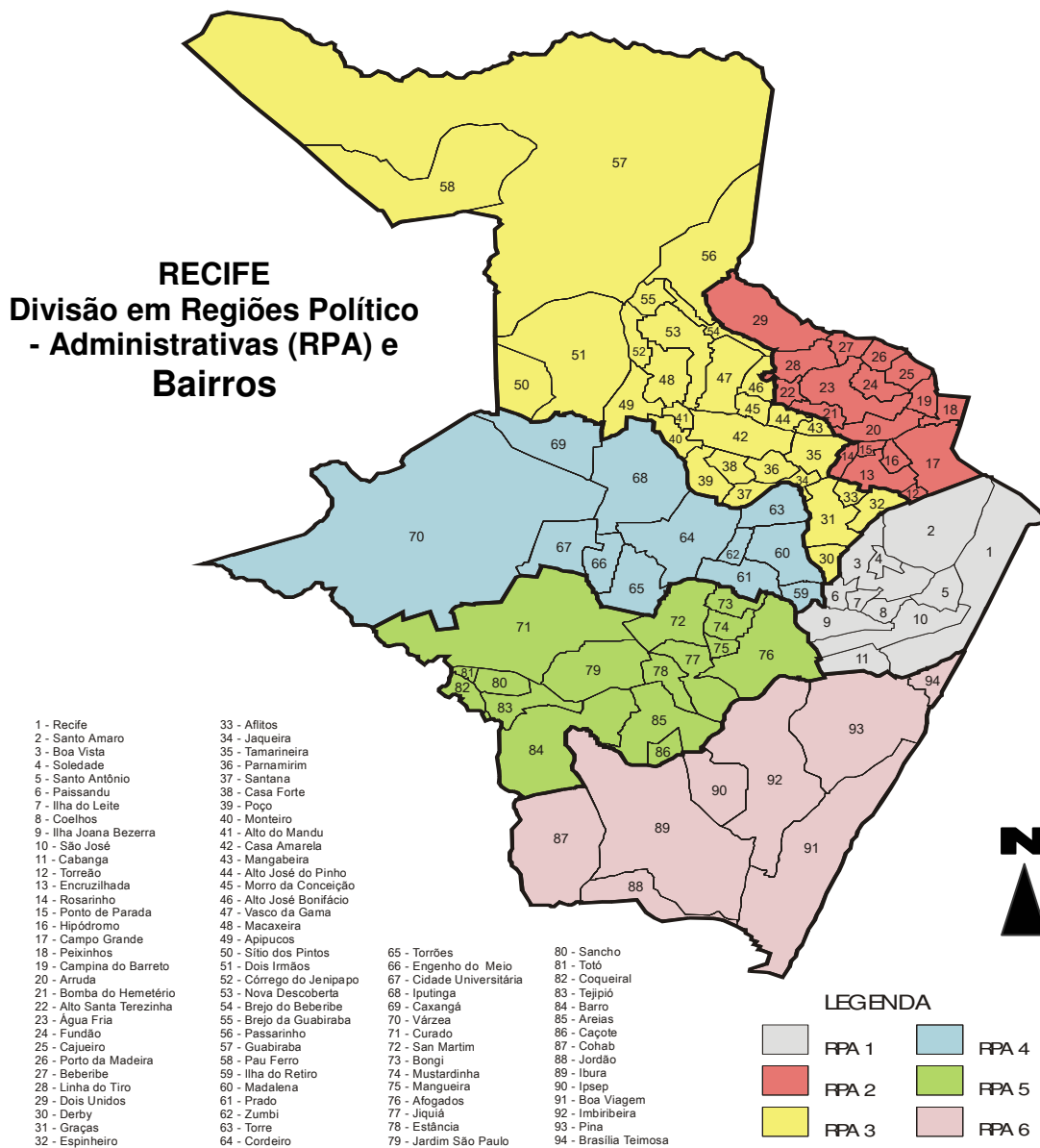
Acesso em: 27 ago. 2005.

XAVIER, J. Tabagismo: OMS associa fumo à pobreza. **Revista RADIS**, São Paulo,n.21, p.7,mai., 2004.

ZANINI, R.R;MORAES, A.B.;TRINDADE, A.C.A.;RIBOLDI, J.;MEDEIROS, L.R. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro,v.22,n.8,p.1619-1627,ago., 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – MAPA DAS REGIÕES POLÍTICO-ADMINISTRATIVAS (RPA) E BAIROS DO MUNICÍPIO DO RECIFE



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife, 2005

APÊNDICE B - LISTA DE ESCOLAS DA REDE MUNICIPAL DO RECIFE COM 3º E 4º CICLOS DO ENSINO FUNDAMENTAL

Escolas Municipais	Número de turmas 3º e 4º Ciclos	Números de alunos matriculados
Colégio Pedro Augusto *	8	276
Colégio Reitor João Alfredo *	22	797
Padre Antônio Henrique	12	310
Professor José da Costa Porto	19	649
SUBTOTAL	61	2.032
Antônio Heráclio do Rego	28	1.083
Mário Melo	24	908
Olindina Monteiro de O. França *	22	714
Paulo VI *	48	1.888
SUBTOTAL	122	4.593
Nadir Colaço	19	799
Octávio de Meira Lins	15	571
Poeta Joaquim Cardoso	29	1.151
Professor Aderbal Galvão *	19	815
Professor Nilo Pereira *	13	445
São Cristovão *	27	1.066
Sociólogo Gilberto Freyre	13	472
Vasco da Gama	23	889
SUBTOTAL	158	6.208
Arraial Novo do Bom Jesus *	17	576
Divino Espírito Santo *	9	268
Dr. Rodolfo Aureliano	25	1.008
Iputinga *	16	520
João XXIII	21	741
SUBTOTAL	88	3.113
André de Melo	19	696
Antônio Faria Filho	15	671
Dom Bosco	27	1.055
Hugo Gerdau *	14	589
Professor Antônio de Brito Alves *	19	773
Tejipió	21	811
SUBTOTAL	115	4595
Cícero Franklin Cordeiro	16	779
Educador Paulo Freire *	16	632
Karla Patrícia	12	432
Luiz Vaz de Camões *	11	444
Maria Sampaio de Lucena	46	1.780
Oswaldo Lima Filho *	18	613
Professor Florestan Fernandes	32	1.198
Vila Sésamo	19	760
SUBTOTAL	170	6.638
TOTAL GERAL	714	27.179

ANEXOS

ANEXO A – INSTRUMENTO 1

QUESTIONÁRIO

(Anexo 22 do Instituto Nacional de Câncer, 1999)

Este questionário é parte de uma pesquisa realizadas em diferentes escolas públicas e privadas do Recife, sobre comportamentos que podem influenciar a saúde. Precisamos de seu apoio e a participação. Podemos garantir que as suas respostas serão mantidas confidenciais, **portanto não assine o questionário**. Seus pais, professores e outras pessoas jamais saberão as suas respostas. Se você tiver alguma pergunta a fazer, as pessoas que estão aplicando o questionário terão prazer em responder.

Desde já agradecemos sua importante colaboração.

OS CAMPOS DESTE QUADRO DEVEM SER PREENCHIDOS SOMENTE PELA EQUIPE DA PESQUISA

CNPJ_ _ _ _ _ / _ _ _ - _ _

Número do questionário: _ _ _ _

Data da pesquisa: _ _ _ _ mês / Ano

1) IDADE: _____ anos

2) SEXO: () masculino
() feminino

3) SÉRIE QUE FREQUENTA ATUALMENTE : _____ série _____ ciclo

4) VOCÊ TRABALHA FORA DE CASA? () sim
() não

5) VOCÊ ALGUMA VEZ NA VIDA FUMOU OU EXPERIMENTOU CIGARROS? () sim (seguir para a pergunta 6)
() não (Atenção : ir para a pergunta 26)

6) COM QUE IDADE ISSO ACONTECEU? _____ anos

7) PENSE BEM, SOMANDO TODOS OS CIGARROS QUE VOCÊ FUMOU NA VIDA INTEIRA, CHEGA A SOMAR 5 MAÇOS (100 CIGARROS) ? () sim
() não

8) DE UM ANO PARA CÁ, VOCÊ FUMOU ALGUM CIGARRO? () sim (seguir para a pergunta 9)
() não (Atenção : ir para a pergunta 22)

9) DE UM MÊS PARA CÁ, EM QUANTOS DIAS VOCÊ FUMOU CIGARROS ?

() fumei de 1 a 5 dias
 () fumei de 6 a 10 dias
 () fumei de 11 a 20 dias
 () fumei 20 dias ou mais
 () eu não fumei cigarros no último mês

10) ATUALMENTE, VOCÊ FUMA? () sim, fumo todos os dias (**seguir para a pergunta 11**)
 () sim, fumo mas não todos os dias (**seguir para a pergunta 11**)
 () não, atualmente não fumo nunca (**Atenção : ir para a pergunta 22**)

11) NOS DIAS EM QUE VOCÊ FUMA, QUANTOS CIGARROS, EM MÉDIA, VOCÊ FUMA? () cigarros

12) QUE TIPO(S) DE CIGARROS VOCÊ FUMA ? () cigarros industrializados
 (se necessário, marque mais de uma alternativa) () cigarros de palha
 () cigarro de bali (cravo)
 () outros

Se outro(s) tipo(s) de cigarros, especificar _____

13) COMO VOCÊ CONSEGUE CIGARROS? () compro
 (se necessário, marque mais de uma alternativa) () peço a familiares e amigos
 () pego escondido de familiares

Atenção: se você fuma mas nunca compra cigarros, passe para a pergunta 16. Se você compra alguns dos cigarros que você fuma, siga para a pergunta 14

14) SE VOCÊ COMPRA, EM QUE LOCAL (IS) VOCÊ COMPRA CIGARROS? () no bar
 () no camelô
 (se necessário marque mais de uma alternativa) () no fiteiro
 () na cantina da escola
 Se outro(s) local(is) especificar : _____ () outros

15) SE VOCÊ COMPRA, COMO VOCÊ COMPRA CIGARROS, COM MAIOR FREQUÊNCIA: () a varejo
 () por maço

16) VOCÊ FUMA ESCONDIDO DE SEUS PAIS? () sim, só do meu pai
 () sim, só da minha mãe
 () sim, do meu pai e da minha mãe
 () não

17) VOCÊ FUMA ESCONDIDO DOS SEUS PROFESSORES? () sim, de todos
 () sim, de alguns
 () não

18) EM QUE LOCAIS VOCÊ FUMA? () em casa
 () na rua
 () na escola
 () em festas
 () em bares
 () outros

Se outro(s) local(s), especifique: _____

- 19) COMPARANDO COM O ANO PASSADO, QUANTO VOCÊ FUMA AGORA:
- () fumo mais
 () fumo em média a mesma quantidade
 () fumo menos

- 20) ABAIXO ENCONTRAM-SE ALGUMAS FRASES QUE SÃO RAZÕES PARA AS PESSOAS FUMAREM. MARQUE AQUELAS QUE SÃO SUAS RAZÕES PARA FUMAR :
 (Se necessário , marque mais de um alternativa)

- () Fumar é um grande prazer
 () Sinto que fumar me dá energia
 () Um dos motivos para que fume é que o cigarro me acalma
 () Acho charmoso fumar
 () Gostaria de parar de fumar mas não consigo/ o cigarro é um vício
 () Eu fumo porque fumar emagrece
 () Eu fumo porque o cigarro me dá concentração
 () Gosto de fumar porque me dá sensação de liberdade
 () Gosto de fumar para ter alguma coisa nas mãos
 () Fumar é muito saboroso
 () Eu fumo muito pouco e acho que esta quantidade não me faz mal nenhum
 () outros
 () não sabe

Se outros motivos especifique: _____

- 21) QUANDO ALGUÉM DIZ QUE SE SENTE INCOMODADO PELA FUMAÇA DO SEU CIGARRO, VOCÊ :

- () apaga o cigarro
 () se afasta da pessoa
 () reage verbalmente ou com gestos
 () ignora ,continua fumando, mas não reage com palavras
 () outra
 () não sabe

Se outra , especifique : _____

Todos que chegaram até aqui (fumantes) devem ir para a pergunta 23

ESTA PERGUNTA DEVE SER RESPONDIDA APENAS POR AQUELES QUE NÃO FUMAM ATUALMENTE

- 22) QUAL SERIA SUA ATITUDE DIANTE DE ALGUÉM QUE ESTÁ FUMANDO , CASO VOCÊ ESTIVESSE EM UM LOCAL PÚBLICO FECHADO (CINEMA, TEATRO, BAR , ÔNIBUS)?

- () não se incomodaria
 () se incomodaria mas não reagiria
 () daria sinais de estar incomodado
 () pediria que o fumante apagasse o cigarro
 () pediria a alguma autoridade local que tomasse uma atitude para que a pessoa apagasse o cigarro
 () outra
 () não sabe

Se outra atitude , especifique : _____

AS PERGUNTAS DE 23 A 26 DEVEM SER RESPONDIDAS POR TODOS OS ENTREVISTADOS

- 23) VOCÊ USA ALGUM TIPO DE VESTIMENTA OU OBJETO (ROUPA, BONÉ, CANETA,ETC) QUE CONTÉM PROPAGANDAS DE CIGARROS?

- () sim
 () não

- 24) DAS PESSOAS LISTADAS ABAIXO, QUAIS DELAS FUMAM ATUALMENTE

- A) SUA MÃE? () sim () não () não tenho
 B) SEU PAI? () sim () não () não tenho
 C) SEU PADASTRO/SUA MADRASTA? () sim () não () não tenho
 D) SEU AVÓ/AVÔ? () sim () não () não tenho
 E) SEU IRMÃO/IRMÃ ? () sim () não () não tenho
 F) SEU MELHOR AMIGO? () sim () não () não tenho
 G) SEU SEGUNDO MELHOR AMIGO? () sim () não () não tenho

25) EM QUE LOCAIS , DENTRO DA ESCOLA , VOCÊ VÊ OUTROS ALUNOS FUMANDO?

(se necessário , marque mais de uma alternativa)

- () sala de aula durante as aulas
- () sala de aula, .mas não durante as aulas
- () corredores
- () pátio
- () banheiros
- () cantina/lanchonete
- () locais escondidos da escola
- () sala para fumante
- () outros

Se outros locais, especificar : _____

26) MARQUE V AO LADO DAS AFIRMATIVAS VERDADEIRAS E F AO LADO DAS AFIRMATIVAS FALSAS

a) A MULHER GRÁVIDA QUE FUMA , PARA NÃO PREJUDICAR A SAÚDE DO SEU BEBÊ DEVE FUMAR , NO MÁXIMO, 3 CIGARROS AO DIA ()

b) PESSOAS QUE FUMAM MAIS DE 20 CIGARROS AO DIA E PESSOAS QUE FUMAM ATÉ 5 CIGARROS AO DIA TÊM A MESME CHANCE DE ADOECEREM DE CANCER ()

c) PESSOAS QUE FUMAM CIGARROS COM BAIXOS TEORES DE ALCATRÃO (OS CHAMADOS CIGARROS LIGHT, SUAVES , LEVES) TÊM MENOS DOENÇAS CAUSADAS PELO CIGARRO DO QUE AQUELAS QUE FUMAM CIGARROS COM ALTOS TEORES DE ALCATRÃO ()

d) PESSOAS QUE NUNCA FUMARAM E QUE PASSAM ANOS RESPIRANDO A FUMAÇA DE CIGARROS DE OUTRAS PESSOAS PODEM MORRER DE VÁRIAS DOENÇAS , INCLUSIVE DO CORAÇÃO ()

ANEXO B - INSTRUMENTO 2

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AUTO-ESTIMA PARA ESTUDANTES DA
EDUCAÇÃO SECUNDÁRIA
(GARCÍA,1995)**

Idade :Série:

Ciclo.....

Escola:.....

A seguir , você encontrará uma série de frases nas quais há afirmações relacionadas com a sua forma de ser e de se sentir. Depois de ler cada frase , marque com um círculo a sua opção de resposta (A, B C ou D), que expresse melhor seu nível de acordo, com o que cada frase diz. Suas respostas são confidenciais, assim, por favor, não assine o questionário. Obrigada pela sua contribuição!

A= Concordo

B= Concordo parcialmente

C= Discordo parcialmente

D= Discordo

1- Faço muitas coisas erradas	A B C D
2- Frequentemente o professor me chama a atenção sem razão	A B C D
3- Irrito-me algumas vezes	A B C D
4-No conjunto , sinto-me satisfeito (a) comigo mesmo (a)	A B C D
5-Sou um(a) jovem bonito(a)	A B C D
6- Meus pais estão contentes com minhas notas	A B C D
7- Gosto de toda gente que conheço	A B C D
8- Meus pais me exigem demais nos estudos	A B C D
9- Fico nervoso (a) quando tenho prova	A B C D
10- Considero-me um (a) jovem inteligente	A B C D
11- Às vezes tenho vontade de dizer palavrão	A B C D
12- Creio que tenho um bom número de boas qualidades	A B C D
13- Sou bom (a) para cálculos e matemática	A B C D
14- Gostaria de mudar algumas partes do meu corpo	A B C D
15- Creio que tenho um bom físico	A B C D
16- Muitos dos meus colegas dizem que sou lento (a) nos estudos	A B C D
17 -Fico nervoso (a) quando o professor me faz perguntas	A B C D
18- Sinto-me inclinado a pensar que sou um fracassado em tudo	A B C D
19 -Normalmente esqueço o que aprendo	A B C D

Este questionário é parte de uma pesquisa realizada em diferentes escolas e precisamos de seu apoio e a participação. Podemos garantir que as suas respostas serão mantidas confidenciais, **portanto não assine o questionário.**

QUESTIONÁRIO SOBRE A CONDIÇÃO SÓCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA (FREIRE, 1999)

(DEVE SER RESPONDIDO PELA MÃE, PAI OU RESPONSÁVEL DO ADOLESCENTE)

1. MARQUE COM UM X AS PESSOAS QUE MORAM NA CASA E RESPONDA QUANTOS SÃO (INCLUINDO SEU FILHO (A) QUE ESTÁ PARTICIPANDO DA PESQUISA):

- () Pai: () Natural () Padastro
 () Mãe: () Natural () Madrasta
 () Filhos .Quantos? ____
 () Empregados que dormem no emprego. Quantos? ____
 () Outras pessoas. Quantas? ____

2. ATÉ QUE SÉRIE DA ESCOLA **O PAI** DO ADOLESCENTE ESTUDOU ?

- () não sabe ler nem escrever
 () 1º grau incompleto sabe ler e/ou escrever. Qual foi a última série completada? ____
 () 1º grau completo
 () 2º grau incompleto. Qual foi a última série completada? ____
 () 2º grau completo
 () curso universitário incompleto
 () curso universitário completo
 () pós-graduação
 () não sei

3. ATÉ QUE SÉRIE DA ESCOLA **A MÃE** DO ADOLESCENTE ESTUDOU ?

- () não sabe ler nem escrever
 () 1º grau incompleto sabe ler e/ou escrever. Qual foi a última série completada? ____
 () 1º grau completo
 () 2º grau incompleto. Qual foi a última série completada? ____
 () 2º grau completo
 () curso universitário incompleto
 () curso universitário completo
 () pós-graduação
 () não sei

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE PELO CHEFE DA FAMÍLIA. CONSIDERE CHEFE DA FAMÍLIA AQUELE QUE POSSUIR MAIOR RENDA EM CASA.

4. ATUALMENTE O SR (A) ESTÁ TRABALHANDO?

- () sim, em atividade
 () sim, e também aposentado(a)
 () não, desempregado(a)
 () não, aposentado(a)
 () não, outra situação. Qual? _____ (PULE PARA PERGUNTA 11)
 () não sei (PULE PARA A PERGUNTA 11)

5. O QUE O SR(A) FAZ /FAZIA EM SEU TRABALHO PRINCIPAL? (Descreva as tarefas mais freqüentes que desenvolve em seu trabalho).

6. QUAL É (OU ERA) A ATIVIDADE DO ESTABELECIMENTO EM QUE O SR(A) TRABALHA (TRABALHO) ? (Exemplo: comércio, indústria, hospital, etc)

7. NO SEU TRABALHO PRINCIPAL O SR(A) É (OU ERA):

- empregado assalariado com carteira profissional assinada
- empregado assalariado sem carteira profissional assinada
- trabalho remunerado na firma da própria família
- conta própria ou autônomo com estabelecimento
- conta própria ou autônomo sem estabelecimento
- empregador. Quantos funcionários fixos? _____
- não sei

8. QUANTO O SR(A) GANHOU COM ESSE TRABALHO NO MÊS PASSADO?

Salário líquido: R\$ _____,00

9. ALÉM DESTES TRABALHOS O SR(A) TEM ALGUM OUTRO TIPO DE TRABALHO REMUNERADO?

- Não
- sim. Quanto? R\$ _____,00
- não sei

10. O SR(A) TEM ALGUM OUTRO RENDIMENTO OU APOSENTADORIA?

- não
- sim. Quanto? R\$ _____,00
- não sei

11. NO MÊS PASSADO, QUANTO GANHARAM AS OUTRAS PESSOAS QUE MORAM NA CASA?

(SEM CONTAR COM O CHEFE DA FAMÍLIA)

1ª Pessoa: R\$ _____,00

2ª Pessoa: R\$ _____,00

3ª Pessoa: R\$ _____,00

4ª Pessoa: R\$ _____,00

5ª Pessoa: R\$ _____,00

6ª Pessoa: R\$ _____,00

O questionário está encerrado. Tenha certeza que você contribuiu muito para esta pesquisa. Muito obrigada.

ANEXO D – CARTA DE APRESENTAÇÃO ÀS ESCOLAS



Universidade de Pernambuco
Departamento de Pós-graduação
Área de Concentração Saúde Coletiva

CARTA DE APRESENTAÇÃO

A mestranda WALESKA FERREIRA DE AZEVEDO FRANÇA é aluna regularmente matriculada no Mestrado em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Pernambuco e está desenvolvendo a pesquisa “TABAGISMO FATORES SOCIAIS E AUTO-ESTIMA EM ADOLESCENTES DO RECIFE-PE” sob minha orientação.

Solicitamos sua colaboração permitindo que a coleta de dados para a pesquisa supra citada seja realizada com os estudantes de sua escola, através da aplicação de dois questionários aos adolescentes e um questionário aos pais ou responsáveis. A participação dos mesmos será voluntária, e a prévia autorização do responsável será solicitada.

Agradecemos antecipadamente a sua atenção e nos colocamos a disposição para qualquer esclarecimento.

ANEXO E - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELA SECRETARIA DE
EDUCAÇÃO, ESPORTE E LAZER DO RECIFE



Recife, 15 de maio de 2006

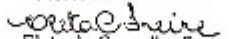
Ofício Circular nº 04/06

Prezado/a Sr/a.

Comunicamos a V.Sa. que a mestranda **Waleska Ferreira de Azevedo França**, aluna do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade de Pernambuco, submeteu à apreciação desta Gerência o projeto de pesquisa intitulado: **Tabagismo Fatores Sociais e Auto-estima em Adolescentes do Recife – PE**, e está autorizada a proceder à coleta de dados da pesquisa nesta Unidade de Ensino.

Informamos ainda que a mestranda contará com a colaboração das alunas da Graduação em Odontologia da UPE, a saber: Luciana Ribeiro Barreto, RG nº 6.619.613 SSP-PE, e Kássia Karen Cordero de Melo, RG nº 3.284.561 SSP-PE.

Atenciosamente


Eliete de Carvalho Freire
Gerente 3º e 4º Ciclos de Aprendizagem e Ensino Médio
Secretaria de Educação, Esporte e Lazer - PE
Mar. 50300-1

À

E.M. _____

ANEXO F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



TÍTULO DA PESQUISA: “Tabagismo Fatores Sociais e Auto-estima em adolescentes do Recife-PE”

Eu,..... abaixo assinado dou o meu consentimento livre esclarecido para a participação do (a) meu (minha) filho (a), como voluntário do projeto de pesquisa supracitado , sob responsabilidade do pesquisador Cecile Soriano Rodrigues, membro da Faculdade de Odontologia de Pernambuco.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

- 1) O objetivo da pesquisa é de avaliar a prevalência do consumo de tabaco na vida (experimentação) entre adolescentes matriculados em escolas públicas municipais do Recife-PE e os fatores que influenciam este comportamento;
- 2) Durante o estudo realizarei o preenchimento de um questionário, assim como o adolescente também preencherá dois questionários auto-aplicáveis;
- 3) Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação e do adolescente sob minha responsabilidade na referida pesquisa;
- 4) Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação e a do adolescente na pesquisa, se assim o desejar e, por qualquer motivo, e estou ciente de que tal fato não irá alterar a qualidade nem os meus direitos quanto aos benefícios resultantes da pesquisa para as pessoas e as instituições de ensino onde ela foi realizada;
- 5) Meus dados pessoais e os dados do adolescente participante serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada e apresentação em eventos científicos.
- 6) Poderei contatar o Comitê de Ética da UPE para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa ou ensaio clínico através do telefone 3302-1716, o qual encaminhará para o procedimento necessário.

Recife, de _____ 2006.

R.G _____

Pais ou Responsável

Pesquisador

ANEXO G - ATA DE AVALIAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA (EXAME DE QUALIFICAÇÃO)



ATA DE AVALIAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA
(EXAME DE QUALIFICAÇÃO)

Pós-Graduando (a): WALESKA FERREIRA DE AZEVEDO FRANÇA	
Data: 27 DE DEZEMBRO DE 2005	
Área de Concentração: SAÚDE COLETIVA	Nível: MESTRADO
Título do Projeto: TABAGISMO E FATORES PSICOSSOCIAIS EM ADOLESCENTES DO RECIFE-PE.	
Orientador (a): CECILE SORIANO RODRIGUES	
Hora De Início: 09:00	Término:

Observações:

O projeto de pesquisa apresentado atende aos requisitos necessários para sua aprovação. No entanto, sugerimos que seja reavaliado o título, a seleção da amostra e adequação do tempo de apresentação ético, bem como a análise dos dados. Destacamos de relevar a importância do referido trabalho em nível de Saúde Pública, e a enorme contribuição no nosso Estado em termos educacionais e preventivos.

Concello	Rúbrica
1º Examinador(a): JOSUÉ ALVES	
2º Examinador(a): MARIA DE FÁTIMA PINTO RIBEIRO	
3º Examinador(a): ANA PAULA VERAS SOBRAL	

RESULTADO FINAL	APROVADA
------------------------	-----------------

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO

Avenida General Newton Cavalcanti, 165C - Tabatinga - Camaragibe/PE - CEP 54753-901 - Fone: (81) 3458.1088 - Fax: (81) 3458.1476

ANEXO H – PARECER FINAL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CISAM – UPE



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CISAM-UPE

Nº do PROTOCOLO: 027/06

Data da Distribuição: 19.06.06

Data da Aprovação: 28.06.06


Pesquisador (a) principal /Orientado (a): Cecile Soriano Rodrigues


TÍTULO DO PROJETO: Tabagismo Fatores Sociais e Auto-Estima em Adolescentes do Recife-PE.

Análise:

O Estudo ora proposto discute um tema de relevância internacional e está sendo bastante problematizado atualmente. É perceptível pelo texto do projeto de pesquisa que as pesquisadoras estão atualizadas com a bibliografia nacional e internacional, inclusive optando por um instrumento de coleta de dados que possibilitará dialogar com a produção acadêmica do campo. No que diz respeito às questões éticas todos os componentes estão de acordo com a resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, para informantes com autonomia relativa – os/as adolescentes - incluindo no termo de consentimento a assinatura dos pais/responsáveis e, o que considero mais importante, a coleta de informações junto aos pais/responsáveis e família para entender o problema de pesquisa investigado. Nesse sentido aprovo o referido projeto.

Parecer Final do CEP/CISAM: APROVADO


 CEP / CISAM (UPE)
 Rosa Figueredo
 Secretária

 Dr^a Luiza B. Menezes
 Coordenadora do CEP/CISAM