

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**CARACTERÍSTICAS E CONHECIMENTOS SOBRE TABAGISMO
EM GRUPOS ESPECÍFICOS: ADOLESCENTES E GESTANTES**

ANDRÉ LUÍS BERTANI

**BOTUCATU
2013**

CARACTERÍSTICAS E CONHECIMENTOS SOBRE TABAGISMO EM GRUPOS ESPECÍFICOS: ADOLESCENTES E GESTANTES

ANDRÉ LUÍS BERTANI

Dissertação apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Fisiopatologia em Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Botucatu para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Titular Irma de Godoy

Coorientadora: Prof^a Dr^a Suzana Erico Tanni Minamoto

Bolsa CAPES - Mestrado

**BOTUCATU
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Bertani, André Luís.

Características e conhecimentos sobre tabagismo em grupos específicos :
adolescentes e gestantes / André Luís Bertani. – Botucatu : [s.n.], 2013

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Medicina de Botucatu

Orientador: Irma de Godoy

Coorientador: Suzana Erico Tanni Minamoto

Capes: 40101002

1. Tabagismo - Prevenção. 2. Adolescentes. 3. Mulheres grávidas.
4. Programas contra o fumo. 5. Mídia digital.

Palavras-chave: Adolescentes; Atitudes e práticas em saúde; Conhecimentos;
Gestantes; Tabagismo.

Dedicatória

Dedico este trabalho a todas as pessoas que acreditaram que eu poderia concluí-lo mesmo com toda dificuldade percebida durante esta pós-graduação, meus pais, Romeu e Lola, meus irmãos, Angélica, Cristina e Israel, professora Irma e doutora Suzana.

Agradecimentos

A professora Irma pelo aprendizado, paciência, confiança e pelo apoio nos momentos de dificuldade. Pensei em desistir! Mas suas palavras me ajudaram a mudar de idéia. Obrigado.

A doutora Suzana por toda colaboração e incentivo não somente neste trabalho, mas durante todo período da minha pós-graduação.

Aos colegas de trabalho pela generosidade, disponibilidade e boa vontade. Professora Letícia, Laura, Renata, Mariana, Carolina Mesquita, Caroline Knaut, Bruna, Melaine, Milene, Thaís e Marcos.

Ao Marcos, Mariana e Thaís pela grande ajuda e disponibilidade na execução das entrevistas.

A todos os adolescentes e gestantes entrevistados neste trabalho pelas confidências.

Às funcionárias do centro de saúde escola e do ambulatório de ginecologia e obstetrícia da FMB, Ana Paula, Flor e Silvana, pela colaboração e interesse.

À vice-diretora e coordenadora do ensino médio da escola “EECA”, Cristina e Ana e aos professores pela ajuda e disponibilidade.

Ao professor Marcos Ferreira Minicucci e a professora Cristina Maria Garcia de Lima Parada pelos acréscimos a este trabalho.

Epígrafe

*A vida é uma peça de teatro que não
permite ensaios. Cante, chore, dance, ria
e viva intensamente, antes que a cortina
se feche e a peça termine sem aplausos...*

Charles Chaplin

JUSTIFICATIVA

O tabagismo é causa prevenível e tratável de morte e um dos principais problemas de saúde pública no mundo. A Organização Mundial de Saúde afirma que o tabagismo deve ser considerado uma pandemia com cinco milhões de mortes por ano atribuídas ao consumo de tabaco.¹

Atualmente, existem cerca de 1,3 bilhão de fumantes no mundo e aproximadamente um bilhão é do sexo masculino.¹ Evolução da prevalência avaliada no Brasil pelo Vigitel (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico) mostrou redução na população adulta de 16,2% em 2006 para 14,8% em 2011.^{2,3}

A evolução dos hábitos, costumes e comportamento da população e os avanços tecnológicos criaram condições para mudanças significativas na atuação dos profissionais de saúde. Novas ferramentas para educação a distância dos profissionais e para o tratamento de doenças foram desenvolvidas ou estão em desenvolvimento. É crescente o uso de sistemas eletrônicos para o gerenciamento de unidades de saúde e manejo de doenças crônicas.⁴ Programas com base em mídias eletrônicas e sistemas interativos de aconselhamento aparecem como abordagem alternativa e coadjuvante das terapias presenciais bastante difundidas na literatura. Na cessação do tabagismo, algumas destas modalidades de intervenção mostraram taxas de abstinência semelhantes quando comparadas aos programas convencionais.^{5,6}

As principais diretrizes para cessação do tabagismo reconhecem adolescentes e gestantes como grupos especiais e que há particularidades que devem ser consideradas antes de desenvolver programas estruturados de tratamento.^{7,8,9} Abordam a importância de tratar o tabagismo em gestantes pelos malefícios causados a elas e ao feto/recém nascido e reconhecem o período gestacional como momento favorável para executar intervenções.^{7,9} Para os adolescentes, as diretrizes consideram a necessidade de conteúdo de aconselhamento diferenciado ao da população geral e alertam para as dificuldades de sucesso no tratamento deste grupo.^{8,9}

A opção de escolha para abordar o tabagismo em adolescentes e gestantes é a terapia comportamental uma vez que a eficácia e segurança do tratamento farmacológico não estão estabelecidas para estes grupos até o momento.^{7,8,9} As

diretrizes recomendam que o conteúdo de abordagem deve ser adaptado pois, as características e necessidades são diferentes da população geral e que estes grupos se beneficiariam de aconselhamento específico.^{7,8,9} Portanto, é necessário explorar melhor as características e conhecimentos destes grupos para que se possa, com embasamento científico adequado, ajustar e especificar o conteúdo de aconselhamento para atender a real necessidade destes grupos.

O presente estudo foi desenvolvido com os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

Identificar as características e os conhecimentos relacionados ao tabagismo de adolescentes e gestantes e as mídias eletrônicas mais utilizadas por estes grupos.

Objetivos Específicos

1- Verificar as possíveis relações entre as condições socioeconômicas e o estado tabágico.

2- Identificar as informações relacionadas à exposição passiva, ao consumo ativo de cigarros e formas alternativas de tabaco.

3- Avaliar o grau de dependência da nicotina, o estágio de motivação relacionado à cessação de fumantes e ex-fumantes e os sintomas sugestivos de ansiedade e depressão de fumantes, ex-fumantes e não fumantes.

4- Identificar os fatores associados com o estado tabágico e com a iniciação, manutenção e cessação do tabagismo.

5- Avaliar os conhecimentos relacionados aos malefícios do tabagismo e aos benefícios da cessação.

O manuscrito está organizado como dois estudos separados, inicialmente são apresentadas as seções do estudo realizado em adolescentes (Estudo 1) seguida pelas seções do estudo realizado em gestantes (Estudo 2). Finalmente, está apresentada as considerações finais dos dois trabalhos.

REFERÊNCIAS

1. WHO [internet]. Tobacco use prevalence [citado 07/2012]. Disponível em: <http://www.who.int/dataandstatistics/tabaccouseprevalence>
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Etter JF. Using new information technology to treat tobacco dependence. *Respiration*. 2002; 69(2):111-4.
5. Whittaker R, Borland R, Bullen C, Lin RB, McRobbie H, Rodgers A. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (4): CD006611 Doi: 10.1002/14651858. CD006611.pub 2
6. Civljak M, Sheikh A, Stead LF, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 8(9): CD007078
7. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (3): CD001055 DOI: 10.1002/14651858
8. Reichert J, Araujo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2008; 34(10):845-80.
9. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes clínicas na saúde suplementar – tabagismo. *Rev Assoc Med Bras*. 2011; 56(4):375-93.

Estudo 1

Características e conhecimentos sobre tabagismo em adolescentes

RESUMO

Objetivo: Identificar as características e os conhecimentos relacionados ao tabagismo de adolescentes e as mídias eletrônicas mais utilizadas por este grupo. **Indivíduos e Métodos:** Estudo de característica exploratória onde foram realizadas entrevistas com 60 adolescentes, fumantes, ex-fumantes ou não-fumantes por meio de protocolo de entrevista específico com questões relacionadas ao tabagismo. Além do questionário, a intensidade da dependência foi avaliada por meio do teste de *Fagerström*, as fases de motivação pelo modelo de *Prochaska e DiClemente* e os sintomas sugestivos de ansiedade e depressão pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão de *Zigmond e Snaith*. **Resultados:** A idade média dos adolescentes era de $15,8 \pm 1,1$ anos, 65% eram do sexo feminino, 41,7% fumantes ativos (60% meninas) e 28,3% ex-fumantes. Os adolescentes freqüentavam o ensino médio com 46,7% no primeiro ano. A maioria (73,8%) dos adolescentes fumantes e ex-fumantes iniciou o tabagismo com idades entre 14 e 16 anos e 26,2% entre 10 e 13 anos. O narguilé é popular entre os adolescentes tanto que 81% dos fumantes e ex-fumantes tiveram alguma experiência com esta forma de consumo do tabaco, desde a experimentação até o uso corrente. Entre os adolescentes que acreditavam que as pessoas começam a fumar por prestígio relacionado ao cigarro, 75% eram fumantes e daqueles que relataram que começam a fumar por influência dos pais e parentes, 83,3% eram fumantes. Os malefícios cardiovasculares foram identificados por apenas 5% dos adolescentes e, além disso, proporção considerável (20%) associa o tabagismo a algum “benefício”. A *internet* pelo computador (58,3%) é a mídia eletrônica mais utilizada para se divertir pelos adolescentes. **Conclusões:** Os conhecimentos dos adolescentes sobre tabagismo, sobre o uso de formas alternativas de tabaco e sobre dependência química da nicotina não são uniformes ou completos e, algumas vezes, equivocados. De acordo com os resultados deste estudo, é necessário desenvolvimento de abordagem com um conteúdo que supra as falhas nos conhecimentos dos adolescentes sobre tabagismo, empregando de preferência a *internet* como ferramenta.

ABSTRACT

Objective: Identify the characteristics and knowledge related to adolescents tabagism and the electronic media most used by this group. **Subjects and Methods:** Exploratory study with interviews were done with 60 adolescents, smokers, ex-smokers or none smokers through specific interview approach with issues related to tabagism. In addition to questionnaire, the intensity of dependence was assessed through Fagerström test, motivation stages through Prochaska and DeClemente model and the suggested anxiety and depression symptoms by the hospital anxiety and depression scale of Zigmond & Snaith. **Results:** The adolescent average age was $15,8 \pm 1,1$ years, 65% were female, 41,7% active smokers (60% girls) and 28,3% ex-smokers. The adolescents used to be in high school with 46,7% during their first year. Most of the adolescent smokers and ex-smokers (73,8%) started tabagism with ages between 14 and 16 years and 26,2 % between 10 and 13 years. Hookah smoking is popular between the adolescents to the extent that 81% of the smokers and ex-smokers had some experience with this form of tobacco consumption from tasting to current use. Between adolescents that believe that people start to smoke to show off with relation to cigarette 75% were smokers and between that believe that people start to smoke to parental influence 83,3% were smoker. The cardiac negative effect were identified by just 5% the kids and, in addiction, considerable proportion (20%) connect tabagism with some “benefits”. The internet through computers (58,3%) is an electronic media more used to have fun by the kids. **Conclusion:** The knowledge of adolescents on tabagism, non conventional way of tobacco and nicotine chemical dependence are not standardized or complete and, sometimes controversial. With respect to the result of this trial, is necessary to develop content coverage that by pass the errors of the knowledge on adolescents about tabagism, using internet tool as preference.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
OBJETIVOS	10
Geral	10
Específicos	10
PACIENTES E MÉTODOS	11
Casuística	11
Delineamento	11
Instrumentos	12
Análise Estatística	13
RESULTADOS	14
DISCUSSÃO	32
CONCLUSÕES	37
REFERÊNCIAS	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
ANEXOS	85

INTRODUÇÃO

Os dados de prevalência do tabagismo em crianças e adolescentes não são bem conhecidos e a maioria dos estudos está direcionada para identificar os fatores associados com a iniciação e experimentação. Pesquisa mundial promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em associação com o Centro de Controle de Doenças (GYTS – Global Youth Tobacco Survey)¹ acompanhou a prevalência e monitorou as tendências de tabagismo em jovens com idades entre 13 e 15 anos, no período de 1999 a 2002. Uma pergunta-chave caracterizou a pesquisa: “Você fumou um ou mais dias nos últimos 30 dias?”. O estudo revelou prevalência de tabagismo de 15% entre jovens do sexo masculino e 6,6% no sexo feminino.¹ O consumo de tabaco entre jovens pode ter variações não somente relacionadas ao sexo e às condições sociais, como também às diferenças étnicas. De fato, estudo de prevalência de tabagismo nos últimos 30 dias em adolescentes fumantes de escola secundária nos EUA mostrou que 37,9% dos brancos, 27,7% dos hispânicos e 14,3% dos negros faziam uso regular do tabaco.²

No Brasil, em 1989, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) mostrou que de aproximadamente 30 milhões de adolescentes entre 10 e 19 anos, 2,7 milhões (8,9%) eram fumantes.³ Em 1997, na zona urbana de Pelotas, 1187 adolescentes de 10 a 19 anos foram entrevistados por meio de questionário contendo variáveis socioeconômicas, demográficas, relacionadas ao fumo na família e entre amigos, escolaridade do adolescente e prática de esportes.⁴ A prevalência de tabagismo na amostra foi de 12,1%, sem diferença entre os sexos. A prevalência para “fumo alguma vez na vida”, incluindo fumo atual, ocasional e ex-fumante foi de 26,7%. Entre os adolescentes, 22,5% referiam ter começado a fumar aos 18 anos e 22,5% entre 7 e 12 anos, porém a maioria dos adolescentes (55%) começou a fumar entre 13 e 15 anos.⁴

Na região metropolitana de Salvador-BA, em 2003, estudo de corte transversal de caráter exploratório aplicou 3.500 questionários a alunos com média de idade de 14 ± 2 anos matriculados entre o 9º ano do ensino fundamental e o 3º do ensino médio em cinco escolas. A prevalência de tabagismo foi de 9,6%, sendo maior no sexo masculino (14%) que no feminino (6%). A experimentação do cigarro foi de 46%, sendo que 20% destes continuaram a fumar. A prevalência foi maior nos adolescentes com pais fumantes.⁵

Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2009 mostraram que 24,2% dos escolares do 9º ano do ensino fundamental, da rede pública e privada, com idades entre 13 e 15 anos, experimentaram o cigarro alguma vez.⁶ A capital Curitiba obteve a maior frequência (35%) de escolares que fizeram uso do cigarro, seguida de Campo Grande (32,7%) e Porto Alegre (29,6%). Não houve diferença significativa em relação ao sexo, visto que 24,4% foi a proporção de escolares do sexo masculino e 24% do feminino para o conjunto das capitais. Os alunos das escolas públicas estiveram mais expostos ao tabagismo (25,7%) do que aqueles de escolas privadas (18,3%).⁶

Estudo de 2009 realizado no Distrito Federal em 2.661 escolares de 9 a 19 anos mostrou prevalência de tabagismo de 9,9% no sexo masculino e 11% no feminino. Este estudo analisou ainda as possíveis associações do tabagismo entre os escolares com o uso de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas. Os autores observaram que 76,5% dos adolescentes que fumavam cigarros também ingeriam bebidas alcoólicas. Além disso, a prevalência de uso de drogas ilícitas entre os escolares que fumavam cigarro foi de 24,2%.⁷

Em 2012, revisão sistemática da literatura que avaliou estudos de prevalência de tabagismo em adolescentes brasileiros mostrou taxas de até 22%. Na maioria dos estudos encontrados, a prevalência esteve em torno de 10%, mas em 20% dos estudos a prevalência foi superior a 15%.⁸ Nesta revisão, dos vinte estudos que estratificaram a prevalência de acordo com os sexos em várias categorias de consumo desde pesado/diário até ocasional/mensal, 11 deles mostraram maior prevalência no sexo feminino.⁸

A indústria do tabaco utiliza várias formas de preparação com o objetivo de alterar o sabor, cheiro e propriedades farmacológicas do produto com o objetivo de aumentar a prevalência do tabagismo entre adolescentes e mulheres. Entretanto, todas essas formas de consumo tem em comum a liberação de nicotina para o sistema nervoso central, que é a substância responsável pela dependência química do tabaco.⁹ O narguilé, cachimbo que contém água por onde a fumaça passa antes de chegar ao fumante, apresenta concentração de nicotina duas vezes maior que os cigarros industrializados.¹⁰ No Líbano, 14,6% dos adultos, 25% das grávidas e 32% dos jovens universitários utilizam o narguilé regularmente.¹⁰ Nos Estados Unidos, 75% dos adultos

jovens utilizam esta forma alternativa de tabaco.¹¹ Na cidade de São Paulo, Brasil, a prevalência de consumo de formas alternativas de tabaco é de 22,1% em escolares de 13 a 15 anos, segundo dados do Vigescola de 2009.¹² Além do narguilé, existem outras formas de queima diferenciada de tabaco, que são bem conhecidas pelos jovens, como os cigarros com sabor e o cigarro eletrônico.⁹ Há ainda, os tipos de tabaco sem produção de fumaça, que quando mascarados ou em preparações, são absorvidos pela mucosa oral ou aspirados pelo nariz. As pessoas que usam tabaco sem a produção de fumaça absorvem nicotina de forma semelhante aos fumantes passivos, portanto, podem também desenvolver dependência.¹³

O início do tabagismo em crianças e adolescentes está associado a influências sociais de amigos, pais e familiares fumantes. Jovens de famílias com baixo nível socioeconômico e aqueles que moram com pais separados têm risco elevado de se tornar fumantes.¹⁴ Entre os fatores ambientais, a influência do grupo é particularmente forte nos estágios iniciais de uso do tabaco.^{15,16,17} A influência dos pais e familiares tabagistas é considerada importante para o início do tabagismo em crianças.¹⁸ Neste sentido, a OMS Report on The Global Tobacco Epidemic de 2009 analisou os adolescentes de 13 a 15 anos que viviam em lares onde outras pessoas fumavam. A pesquisa mostrou que dos adolescentes entrevistados, 78% vivem em situação constante de fumo passivo na Europa e 41% nas Américas.¹⁹

A maioria dos programas de prevenção ou cessação do tabagismo na adolescência está baseada nas escolas. O Centro de Controle de Doenças norteamericano recomenda os programas de prevenção do tabagismo nas escolas como forma de controle do uso do tabaco.²⁰ Revisão sistemática da literatura analisou estudos com amostras randomizadas de adolescentes onde foram aplicadas intervenções para cessação do tabagismo no ambiente escolar somadas a um modelo de influência social com envolvimento dos pais, comunidade e mídia. Os autores concluíram que o envolvimento destes componentes sociais pode melhorar a efetividade das intervenções escolares.²¹

Estudo publicado em 2011 avaliou a efetividade do programa educacional sobre tabagismo desenvolvido pelo Instituto Nacional do Câncer em escolares do 7º e 8º anos do ensino fundamental na cidade de Pelotas – RS. Houve randomização por sorteio para definir quais escolas e alunos receberiam a intervenção (grupo intervenção) e quais

seriam apenas acompanhados (grupo controle).²² A intervenção tinha como base o programa “Saber Saúde” que consiste em palestras sobre o programa nacional de controle do tabaco, orientações metodológicas para implantação dos conteúdos baseados no livro – “O Câncer e seus fatores de risco: doenças que a educação pode evitar” e dinâmica em grupo para aplicação dos conteúdos por meio de vídeos, folhetos e livros. Os profissionais do INCA iniciaram a intervenção com palestras e discussões com duração de nove horas. Posteriormente, os professores que receberam treinamento aplicaram os conteúdos padronizados por seis meses. Os desfechos estudados foram o auto-relato de uso de cigarros nos últimos trinta dias e análise de cotinina. Em suma, a intervenção não provocou mudança na prevalência de tabagismo mensurada tanto pelo auto-relato como pela análise de cotinina. Entretanto, os autores constataram que houve aumento nos conhecimentos sobre os malefícios do tabagismo entre os adolescentes do grupo intervenção.²²

O tabagismo na adolescência é particularmente preocupante porque até o momento não existem trabalhos que indiquem que as opções farmacológicas de 1ª linha como a terapia de reposição de nicotina (TRN), a bupropiona e a vareniclina possam ser administradas com segurança nessa população e a eficácia da abordagem comportamental não está estabelecida.^{15,16}

No que diz respeito aos conhecimentos dos adolescentes sobre tabagismo, um estudo de natureza qualitativa descreveu as expectativas de estudantes do 6º ano do ensino fundamental sobre um projeto de pesquisa para identificar os efeitos do álcool e fumo no organismo.²³ Os autores da Universidade do Rio de Janeiro identificaram a princípio os tipos de drogas e suas classificações de acordo com o que foi sugerido aos adolescentes, ou seja, os pesquisadores apresentaram três classes de drogas aos adolescentes e solicitaram que eles qualificassem de acordo com seus conhecimentos. Os adolescentes então classificaram maconha, LSD e êxtase como drogas perturbadoras do sistema nervoso central, cocaína, crack e cigarro como drogas estimulantes e cerveja, cachaça e heroína como drogas depressoras do sistema nervoso central. Ao responderem as questões sobre os efeitos do cigarro no organismo, ficou evidenciado que o cigarro é o grande responsável pelo surgimento apenas de câncer de pulmão e que os problemas respiratórios, cardíacos, e dentários foram mencionados de forma não específica.²³

Em 2012, estudo exploratório de natureza qualitativa com base na técnica de grupos focais avaliou os conhecimentos sobre drogas lícitas e ilícitas de adolescentes de uma comunidade da cidade do Rio de Janeiro, Brasil, e analisou a relevância desses conhecimentos em futuras ações preventivas.²⁴ Participaram do estudo 35 adolescentes com idades entre 10 e 19 anos, faixa etária considerada adolescência pela OMS, 54% do sexo masculino, 62% não completaram o ensino fundamental, 46% faziam uso do álcool e 17% eram fumantes ativos de cigarros de tabaco. Quando questionados sobre os tipos de drogas lícitas que conheciam, os adolescentes apontaram as seguintes formas: “cigarro”, “charuto” e “cachaça”. Quando questionados sobre o porquê dessas drogas serem consideradas lícitas, os adolescentes responderam: “são as que menos trazem problemas” ou “não trazem tantas conseqüências para a saúde”. Aos adolescentes deste estudo ainda foi solicitado que eles relatassem o que lhes vinha à cabeça quando se falava sobre o uso e abuso de drogas lícitas e responderam: “tenho uma amiga de 11 anos que fuma cigarros” ou “minha amiga de 10 anos já bebe cerveja”. Em suma, os autores concluíram que as informações e conhecimentos dos adolescentes eram oriundos dos contextos familiar, escolar, comunitário e da mídia. Outra questão identificada neste estudo foi a definição equivocada de drogas lícitas, chamadas de “melhores” pelos adolescentes por não causarem tantos prejuízos segundo eles.²⁴

Em estado do nordeste brasileiro, estudo transversal avaliou as percepções das conseqüências à saúde pelo consumo de drogas lícitas em amostra de 574 adolescentes, fumantes e não fumantes, de escolas públicas.²⁵ A prevalência de tabagismo foi de 3,3% e a maioria considerou que o uso do tabaco pode causar problemas à saúde (93,6%), sem diferença entre os grupos ($p= 0,434$). A doença relacionada ao tabagismo mais citada pelos adolescentes foi o câncer (44,2%), porém eles não souberam especificar quais eram os problemas à saúde e nem quais tipos de câncer o indivíduo que consome tabaco está exposto. Proporção de 88% acredita que o tabagismo pode prejudicar a saúde bucal, sem diferença significativa entre os grupos ($p= 0,526$). Os autores consideraram que a prevalência de tabagismo foi baixa, mas que havia um desconhecimento sobre as conseqüências do tabagismo na saúde geral.²⁵

Outro estudo realizado na região sul do Brasil analisou as percepções de 298 estudantes do ensino fundamental de escola pública sobre o fumo passivo. Além de analisar os conhecimentos dos alunos, o objetivo secundário foi colaborar com o

desenvolvimento de material instrucional sobre o fumo passivo e seus efeitos para a saúde.²⁶ Quando solicitado aos adolescentes que comentassem sobre o termo fumo passivo, foram destacadas as seguintes palavras seguidas das proporções de adolescentes que as citaram: “morte/doença” (78%), “cigarro” (57%), “ilegal” (38%), “pejorativo” (30%) e “meio ambiente” (19%). Os adolescentes que se consideraram fumantes passivos foram 29%; entretanto, 75% deles afirmaram que conhecem outras pessoas que são fumantes passivos. Quando questionados sobre a presença de fumantes no ambiente escolar, 68% dos adolescentes relataram a presença de fumantes na escola e, além disso, 77% deles afirmaram que nunca receberam informações sobre fumo passivo na escola.²⁶ Os autores consideraram superficiais os conhecimentos dos estudantes sobre o tema fumo passivo e atribuíram esse fato à falta de abordagem do tema não somente na escola mas também nos meios de comunicação, pois as idéias alternativas das crianças e adolescentes tem sua origem na linguagem e em outras representações disponíveis na cultura cotidiana.²⁶

Na cidade de Salvador, BA, estudo analisou o nível de dependência da nicotina, as características sócio-demográficas e os conhecimentos e atitudes relacionados ao tabagismo de 102 estudantes do ensino médio de escola pública.²⁷ A prevalência de tabagismo foi de 11%, o nível de dependência da nicotina foi baixo em 91% dos fumantes, a maioria dos adolescentes cursava o 1º ano do ensino médio e 64% eram do sexo masculino. Os adolescentes relataram convivência com amigos (39%) e familiares (51%) fumantes. Nesse estudo, 52% dos escolares fumantes relataram que tinham um melhor amigo também fumante e 26% deles conviviam com pai e/ou mãe fumante. Os prejuízos do tabagismo à saúde foram considerados de forma não específica por apenas 9,8% dos adolescentes; entretanto, 63,6% dos fumantes desta amostra relataram que não conhecem os benefícios da cessação do tabagismo. No ano referente à execução do estudo, 82% dos escolares fumantes afirmaram não ter recebido nenhuma orientação por parte da escola no que se refere a tabagismo. Os motivos da iniciação do tabagismo mais salientados pelos adolescentes e as proporções que foram citados foram: “curiosidade” (54%), “vontade própria” (27%) e “influência dos amigos” (10%). Os escolares entrevistados neste estudo foram unânimes (100%) ao afirmarem que conseguiriam cessar o tabagismo facilmente se assim desejassem.²⁷

Levando em consideração a alta prevalência do tabagismo ativo e passivo em crianças e adolescentes, a agressiva publicidade, o desenvolvimento de produtos

derivados do tabaco dirigidos a esta população e a falta de segurança na administração dos fármacos é salutar considerar a necessidade de desenvolvimento de abordagens com conteúdos específicos para prevenir o tabagismo e estimular a cessação nesta população. Os fatores relacionados à iniciação do tabagismo e a sua manutenção na adolescência, além do uso de mídias eletrônicas para cessação do tabagismo em países desenvolvidos estão bem estabelecidos na literatura. Entretanto, são poucos os estudos que investigaram os conhecimentos sobre tabagismo deste grupo da população com o intuito de sugerir propostas de intervenção para prevenção e nenhum estudo indica qual a mídia eletrônica mais apropriada para abordar adolescentes sobre tabagismo no Brasil. Portanto, os conhecimentos que os jovens apresentam sobre o tema ainda precisam ser aperfeiçoados.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar as características e os conhecimentos relacionados ao tabagismo de adolescentes e as mídias eletrônicas mais utilizadas por este grupo.

Objetivos Específicos

1- Identificar as informações relacionadas à exposição passiva, ao consumo ativo de cigarros e formas alternativas de tabaco.

2- Avaliar o grau de dependência da nicotina, o estágio de motivação relacionado à cessação de fumantes e ex-fumantes e os sintomas sugestivos de ansiedade e depressão de fumantes, ex-fumantes e não fumantes.

3- Identificar os fatores associados com o estado tabágico e com a iniciação, manutenção e cessação do tabagismo.

4- Avaliar os conhecimentos relacionados aos malefícios do tabagismo e aos benefícios da cessação.

INDIVÍDUOS E MÉTODOS

Casuística

Os adolescentes foram selecionados entre alunos do ensino médio da Escola Estadual “Cardoso de Almeida” (EECA) de Botucatu. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP) em 01 de Agosto de 2011, com o seguinte número: 3947-2011 (Anexo 1). Adolescentes foram convidados e orientados sobre os objetivos da pesquisa e foram incluídos no estudo após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específico (Anexo 2). Aos menores de 18 anos, foi solicitado que os pais ou responsáveis também assinassem o TCLE. Foram realizadas entrevistas com 60 sujeitos fumantes, ex-fumantes ou não-fumantes, no período de Agosto de 2011 a Junho de 2012. Os ex-fumantes e não fumantes foram incluídos no estudo com o objetivo de identificar as razões pelas quais cessaram ou não iniciaram a dependência.

Delineamento

As entrevistas foram realizadas individualmente, em sala isolada e nos dias normais da rotina da escola de acordo com a ordem de chamada. A exposição dos objetivos do estudo foi realizada em sala de aula para todos os alunos. Aqueles que aceitaram o convite para entrevista foram liberados individualmente pelo professor responsável. As salas foram escolhidas de acordo com a disponibilidade do professor em liberar os alunos.

Foi desenvolvido um protocolo de entrevista específico para os adolescentes com questões relacionadas ao tabagismo (Anexo 3). Os entrevistados responderam as questões de forma livre e todo o conteúdo das respostas foi anotado pelo entrevistador e, posteriormente, analisado e agrupado em categorias. Dessa forma, os entrevistados podem aparecer em mais de uma categoria de resposta para mesma questão.

Os instrumentos clássicos na avaliação do tabagista, como as características do tabagismo, a intensidade da dependência e a identificação de sintomas sugestivos de ansiedade e depressão foram incluídos no questionário (Anexo 4).

As questões relacionadas às características gerais do tabagismo como, fumo passivo, tabagismo nos grupos sociais, antecedentes familiares de doenças relacionadas

ao tabagismo, conhecimentos básicos sobre tabagismo, além da escala de sintomas sugestivos de ansiedade e depressão foram direcionadas a todos os indivíduos, fumantes, ex-fumantes e não fumantes. Entretanto, as questões sobre o consumo ativo de cigarros, tentativas anteriores de cessação, sintomas de abstinência, sinais, sintomas e doenças relacionadas ao tabagismo, além da identificação do estágio de motivação e do grau de dependência foram direcionadas aos fumantes e ex-fumantes.

Os adolescentes responderam ao questionário e ao protocolo de entrevista mencionado sem identificação pessoal.

Instrumentos

O estado tabágico foi identificado e os adolescentes foram avaliados quanto às características do tabagismo por meio de questionário específico, de acordo com referências da literatura,^{28,29,30} contendo história tabágica, presença de doenças relacionadas, história social e familiar e fatores relacionados a iniciação do tabagismo.

Os graus de dependência de nicotina foram avaliados pelo teste de “*Fagerström*” e classificados em baixo (escores 0 – 4), moderado (escore 5) e elevado (escores 6 – 10).³¹

A motivação foi identificada de acordo com o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente que descreve a prontidão para mudar como estágios de mudança pelos quais o indivíduo transita e classificados em pré-contemplação (não há intenção de cessar o tabagismo nos próximos seis meses), contemplação (há intenção de cessar o tabagismo nos próximos seis meses, porém sem data marcada), preparação (pretende cessar nos próximos dias), ação (cessou o tabagismo a seis meses ou menos) e manutenção (cessou o tabagismo a mais de seis meses).³²

Os sintomas sugestivos de ansiedade e depressão foram avaliados utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e classificados em improvável (escores 0 – 7), possível (escores 8 – 10) e provável (escores 11 – 21).³³

Análise Estatística

Para comparação de proporções entre dois grupos, fumantes e ex-fumantes, foi utilizado o Teste de diferença de proporções (χ^2) com poder de 80% e nível de significância de 5% por meio do pacote *SigmaPlot 11.0*. Para comparações de proporções que envolveram três grupos, fumantes, ex-fumantes e não fumantes, o mesmo teste foi utilizado, mas com aplicação de 2 a 2, ou seja, grupo A com grupo B, grupo A com grupo C e assim sucessivamente.

Para comparação entre médias, foi utilizado o teste ANOVA de uma via seguido do teste de *Tukey* para comparação de pares com poder de 80% e nível de significância de 5% por meio do *SigmaPlot for Windows 11.0 (Systat software, Inc.)*.

RESULTADOS

Características demográficas, do tabagismo e doenças associadas

A apresentação dos resultados deste estudo foi organizada da seguinte maneira: 1) as proporções referentes à coluna “Geral” das tabelas e figuras que apresentam os três grupos, fumantes, ex-fumantes e não fumantes foram calculadas com base no número total de indivíduos desta amostra (n= 60); 2) nas tabelas e figuras que apresentam dois grupos (fumantes e ex-fumantes) as proporções da coluna “Geral” foram calculadas com base no número total de sujeitos destes dois grupos (n= 42); 3) as proporções referentes aos grupos foram calculadas com base no número de indivíduos de cada categoria (linhas) e não ao total de cada grupo. Isto vale para todas as tabelas e figuras desta seção.

As características gerais dos adolescentes avaliados no presente estudo estão apresentadas na Tabela 1. A idade média dos adolescentes era de $15,8 \pm 1,1$ anos, sem diferença entre os grupos, 65% eram do sexo feminino, 41,7% fumantes ativos (60% meninas) e 28,3% ex-fumantes. A população do estudo freqüentava o ensino médio com 46,7% no primeiro ano. Dos adolescentes que relataram ausência de fumantes nos grupos sociais que freqüentavam a proporção de não fumantes (66,7%; $p= 0,001$) foi maior que nos demais grupos; por outro lado, daqueles que relataram presença de outros fumantes nos grupos sociais que freqüentavam (escola, clube e festas) a proporção de fumantes (77,8%; $p= 0,001$) foi maior que nos demais grupos.

Tabela 1. Proporções de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: sexo; escolaridade; histórico social de tabagismo; facilidade para ganhar ou perder peso

	Geral (n= 60)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 17)	Não Fumantes (n= 18)	p
Sexo %					
Masculino	35,0	47,6	33,3	19,1	0,396
Feminino	65,0	38,5	25,6	35,9	
Ano do ensino médio %					
Primeiro	46,7	39,3	28,6	32,1	0,993
Segundo	25,0	46,7	26,7	26,6	
Terceiro	28,3	41,2	29,4	29,4	
Fumantes em casa %					
Não	45,0	40,7	37,0	22,3	0,420
Pai, mãe, irmãos	45,0	44,5	14,8	40,7	
Avós, tios, primos	6,7	25,0	50,0	25,0	
Ambos anteriores	3,3	50,0	50,0	0,0	
Fuma dentro de casa % *					
Sim	51,5	41,2	23,5	35,3	0,662
Não	48,5	43,7	18,7	37,6	
Fumantes no grupo %					
Não	25,0	13,3a	20,0a	66,7b	0,001
Escola	10,0	33,3a	33,3a	33,4a	
Clube/Festas	35,0	33,3a	42,9a	23,8a	
Ambos anteriores	30,0	77,8a	16,7b	5,5b	
Facilidade para %					
Engordar	33,3	30,0	30,0	40,0	0,658
Emagrecer	18,3	54,5	27,3	18,2	
Nenhum	48,4	44,8	27,6	27,6	

p<0,05 – proporções seguidas de letras diferentes (a, b, c) diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções;

* proporções referentes apenas aos que relataram presença de fumantes em casa

As características relacionadas à prática de atividade física estão apresentadas na Tabela 2. Aproximadamente 50% dos adolescentes praticam algum tipo de exercício físico que ocorre preferencialmente em grupos, sem diferença estatística; entretanto, dos adolescentes que relataram presença de fumantes na prática de exercício físico em grupo todos eram fumantes ($p= 0,001$).

Tabela 2. Proporções de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: prática de atividade física; prática individual ou em grupo; se prática em grupo, presença ou não de fumantes no grupo; frequência da prática

	Geral (n= 60)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 17)	Não Fumantes (n= 18)	p
Prática exercícios %					
Não	53,3	43,7	28,1	28,2	
Musculação	15,0	44,4	33,3	22,3	
Esporte com bola	16,7	40,0	20,0	40,0	0,551
Caminhada/corrida	11,7	42,9	14,3	42,8	
Esporte c/ bola e musculação	3,3	0,0	100,0	0,0	
Tipo de Prática % *					
Individual	28,6	25,0	37,5	37,5	0,608
Grupo	71,4	45,0	25,0	30,0	
Tabaco Presente no grupo % **					
Sim	35,0	100,0 ^a	0,0 ^b	0,0 ^b	0,001
Não	65,0	15,4 ^a	38,5 ^a	46,1 ^a	
Frequência da Prática % *					
1 a 2 vezes	28,6	37,5	12,5	50,0	
3 a 5 vezes	50,0	42,9	35,7	21,4	0,658
Diária	21,4	33,3	33,3	33,4	

$p<0,05$ – proporções seguidas de letras diferentes (a, b, c) diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções; * proporções referentes apenas aos que praticavam atividade física; ** proporções referentes apenas aos que praticavam atividade física em grupo

Os sinais e sintomas e os antecedentes pessoais e familiares de doenças relacionadas estão apresentados na Tabela 3. A proporção de fumantes foi maior que a de ex-fumantes entre os adolescentes que relataram os sintomas “dispnéia” (62,5% vs 12,5%, $p= 0,008$) e “tontura” (56,2% vs 12,5%, $p= 0,003$). Ainda com relação aos sinais e sintomas, entre os que relataram o sintoma “palpitação” a proporção de fumantes (85,7%, $p= 0,001$) foi maior que nos demais grupos. Dos adolescentes que relataram antecedente pessoal de neoplasia todos eram não fumantes ($p= 0,049$). Nos antecedentes familiares observamos a presença freqüente de doenças, a maioria relacionada ao tabaco em todos os grupos. Entre os que relataram presença de insuficiência circulatória de membros inferiores na família, a proporção de fumantes foi significativamente maior que a proporção de não fumantes (70% vs 10%; $p= 0,001$).

Tabela 3. Proporção de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: sinais e sintomas; doenças relacionadas; antecedentes familiares de doenças

	Geral (n= 60)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 17)	Não Fumantes (n= 18)	p
Sinais e sintomas % *					
Tosse	26,7	43,7	12,5	43,8	0,096
Expectoração	15,0	44,4	11,2	44,4	0,223
Chiado	23,3	50,0	14,3	35,7	0,131
Dispneia	26,7	62,5a	12,5b	25,0ab	0,008
Dor torácica	6,7	50,0	25,0	25,0	0,687
Tontura	26,7	56,2a	12,5b	31,3ab	0,003
Desmaio	5,0	33,3	33,3	33,3	1,000
Palpitação	11,7	85,7a	14,3b	0,0b	0,001
Nenhum	41,7	32,0	44,0	24,0	0,319
Doenças relacionadas % *					
HAS	5,0	33,3	33,3	33,4	1,000
Asma	20,0	33,3	33,4	33,3	1,000
Anorexia/Bulimia	6,7	75,0	25,0	0,0	0,072
Epilepsia	6,7	50,0	0,0	50,0	0,223
Alcoolismo	3,3	50,0	50,0	0,0	0,472
Neoplasia	3,3	0,0a	0,0a	100,0b	0,049
Nenhum	66,7	42,5	27,5	30,0	0,313
Antecedentes Familiares % *					
HAS	66,7	42,5	30,0	27,5	0,313
Diabetes	60,0	41,7	36,1	22,2	0,197
DPOC	26,7	43,7	31,2	25,1	0,519
Insuficiência Coronariana	26,7	43,7	25,1	31,2	0,519
Insuficiência circulatória MMII	16,7	70,0a	20,0ab	10,0b	0,001
Nenhum	20,0	41,7	16,7	41,6	0,325

p<0,05 – proporções seguidas de letras diferentes (a, b, c) diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções; * a soma das proporções na coluna “Geral” pode ultrapassar 100% pois um mesmo indivíduo pode estar presente em mais de uma categoria

A maioria dos entrevistados (80%) não usava medicamentos e não tinha antecedentes cirúrgicos.

A classificação dos escores da escala HAD relativa aos sintomas sugestivos de ansiedade e depressão está apresentada na tabela 4. A maioria dos entrevistados apresentou nível improvável de ansiedade e depressão de acordo com os escores da escala, sem diferença entre os grupos.

Tabela 4. Proporção de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: níveis de ansiedade e depressão de acordo com os escores obtidos na escala HAD.

	Geral (n= 60)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 17)	Não Fumantes (n= 18)	p
Ansiedade %					
Improvável	75,0	37,8	26,7	35,5	0,369
Possível	10,0	50,0	50,0	0,0	
Provável	15,0	55,5	22,2	22,3	
Depressão % *					
Improvável	98,3	42,4	27,1	30,5	0,276
Possível	1,7	0,0	100,0	0,0	

Nível de ansiedade e depressão Improvável (escore: 0 – 7); Possível (escore: 8 – 10); Provável (escore: 11 – 21); * nenhum adolescente apresentou nível provável de depressão

Os fumantes estavam majoritariamente no estágio pré-contemplativo (76%, $p < 0,0001$) e os ex-fumantes, como esperado, no estágio de manutenção (70,6%, $p = 0,039$). A maioria dos fumantes (96%) e ex-fumantes (88,2%) apresentou dependência baixa à nicotina, sem diferença entre os grupos.

O consumo por dia de cigarro convencional, narguilé e maconha está detalhado na Tabela 5. Entre os fumantes, o consumo por dia significa o consumo atual de cigarros, narguilé e maconha, e entre os ex-fumantes, o quanto era consumido antes da cessação, sem diferença entre os grupos. Os adolescentes que consumiam narguilé e maconha não faziam uso concomitante de cigarro convencional. Os ex-fumantes e não fumantes não faziam uso de qualquer tipo de fumo, no momento da avaliação.

Tabela 5. Proporção de fumantes e ex-fumantes em cada categoria de consumo de cigarros por dia, narguilé e maconha.

	Geral (n= 42)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 17)	p
Até 3 cigarros %	52,4	45,4	54,6	
4 – 10 cigarros	31,0	69,2	30,8	
11 – 15 cigarros	4,8	100,0	0,0	0,277
Narguilé	7,0	66,7	33,3	
Narguilé e maconha	4,8	100,0	0,0	

A Tabela 6 mostra a idade de início do tabagismo, o tipo de consumo, o gasto mensal com tabaco e como os adolescentes conseguiam cigarros antes de comprar. A maioria (73,8%) dos fumantes e ex-fumantes iniciaram o tabagismo com idades entre 14 e 16 anos e 26,2% entre 10 e 13 anos, sem diferença entre os grupos. Boa parte dos fumantes utiliza o tabaco diariamente (45%) e a maioria conseguia cigarros com os amigos (88,1%), sem diferença entre os grupos. Entre os adolescentes que sempre tragavam a fumaça do cigarro a proporção de fumantes foi maior que a proporção de ex-fumantes (71% vs 29%, $p= 0,029$).

Tabela 6. Proporção de fumantes e ex-fumantes em cada categoria: idade de início; tipo de consumo; gasto mensal; como conseguiam cigarros antes de comprar; frequência com que tragavam a fumaça do cigarro

	Geral (n= 42)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 17)	p
Idade de início %				
10 – 13 anos	26,2	72,7	27,3	0,477
14 – 16 anos	73,8	54,8	45,2	
Tipo de consumo %				
Diário	45,2	68,4	31,6	
Fim de semana	16,7	85,7	14,3	0,054
Ocasional	38,1	37,5	62,5	
Gasto mensal %				
Até R\$ 20,00	52,4	20,0	35,3	
R\$ 21,00 – R\$ 40,00	26,2	32,0	17,6	
R\$ 41,00 – R\$ 70,00	7,1	8,0	5,9	0,377
R\$ 71,00 – R\$ 120,00	2,4	4,0	0,0	
Nenhum	11,9	40,0	60,0	
Como conseguia cigarro %				
Pais	11,9	60,0	40,0	1,000
Amigos	88,1	59,4	40,6	
Traga a fumaça %				
Sempre	73,9	71,0 ^a	29,0 ^b	0,029
Às vezes/nunca	26,1	27,3 ^a	72,7 ^a	

$p < 0,05$ – proporções seguidas de letras diferentes (a, b, c) diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções

Conhecimentos sobre tabagismo, formas alternativas de uso do tabaco e fatores associados à iniciação, cessação e não iniciação.

As tabelas a seguir apresentam os resultados do protocolo de entrevista especificamente desenvolvido para os adolescentes. Os conhecimentos dos adolescentes sobre a definição do tabagismo e sobre os tipos de fumo que conhecem estão descritos na Tabela 7. Entre os adolescentes que consideram o tabagismo como um vício/droga a proporção de fumantes foi maior que a de ex-fumantes (47,4% vs 10,5%, $p= 0,033$). Entre os adolescentes que conhecem o narguilé, cigarros com sabor e a forma aspirada de tabaco a proporção de fumantes foi maior que a de não fumantes (50% vs 17,3%, $p= 0,004$).

Tabela 7. Proporção de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: definição de tabagismo relatada pelos adolescentes; tipos de fumo que conhecem.

	Geral (n= 60)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 17)	Não Fumantes (n= 18)	p
Definição de tabagismo % *					
Não sabe	30,0	33,3	50,0	16,7	0,105
Vício/droga	31,7	47,4 a	10,5 b	42,1 ab	0,033
Consumo do tabaco	43,3	34,6	23,1	42,3	0,334
Algo que faz mal à saúde	6,7	50,0	0,0	50,0	0,223
Tipos de fumo % *					
Cigarro convencional	96,7	43,1	29,3	27,6	0,151
Maconha/oxy/crack/mesclado	71,7	41,9	28,0	30,1	0,339
Narguile/com sabor/aspirado	76,7	50,0 a	32,7 ab	17,3 b	0,004
Palha/cachimbo/mascado	48,3	44,8	31,0	24,2	0,235

$p<0,05$ – proporções seguidas de letras diferentes (a, b, c) diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções; * a soma das proporções na coluna “Geral” pode ultrapassar 100% pois um mesmo indivíduo pode estar presente em mais de uma categoria

A parte correspondente a formas alternativas de tabaco apresentada na Tabela 8, refere-se a alguma experiência com essas formas, desde a simples experimentação até o consumo corrente. A Tabela 8 mostra também as tentativas prévias de cessação (excluída aquela que resultou em abstinência nos atuais ex-fumantes), o tempo máximo abstinente e os sintomas de abstinência referidos. As proporções de fumantes foram maiores que as proporções de ex-fumantes entre os adolescentes que relataram alguma experiência com o cachimbo/charuto (83,3% vs 16,7%, $p= 0,004$), narguilé (70,6% vs 29,4%, $p= 0,002$) e cigarros com sabores (71,9% vs 28,1%, $p= 0,001$). Com relação aos sintomas de abstinência percebidos em tentativas anteriores de cessação, entre os adolescentes que relataram os sintomas “irritação/agitação” ($p< 0,001$) e “tristeza/insônia” ($p= 0,011$) 100% eram fumantes. Dos adolescentes que não relataram nenhum sintoma de abstinência em tentativas de cessação anteriores 100% eram ex-fumantes ($p< 0,001$).

Tabela 8. Proporção de fumantes e ex-fumantes em cada categoria: experiência com outras formas de tabaco; tentativas prévias de cessação; tempo abstinente; sintomas de abstinência

	Geral (n= 42)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 17)	p
Outras formas de tabaco % *				
Cachimbo/charuto	28,6	83,3	16,7	0,004
Palha	14,3	66,7	33,3	0,564
Narguilé	81,0	70,6	29,4	0,002
Bali	14,3	66,7	33,3	0,564
Eletrônico	4,8	0,0	100,0	0,317
Sabor	76,2	71,9	28,1	0,001
Tentativas prévias %				
Não	45,2	57,9	42,1	
1 – 2 vezes	50,0	57,1	42,9	0,489
3 ou + vezes	4,8	100,0	0,0	
Tempo abstinente % **				
Até 6 meses	78,3	66,7	33,3	0,551
7 – 12 meses	21,7	40,0	60,0	
Sintomas de Abstinência % *, **				
Irritação/agitação	47,8	100,0	0,0	<0,001
Lentidão/perda de concentração	21,7	80,0	20,0	0,206
Tristeza/insônia	21,7	100,0	0,0	0,011
Aumento de apetite	13,0	66,7	33,3	1,000
Nenhum	30,0	0,0	100,0	<0,001

$p<0,05$; * a soma das proporções na coluna “Geral” pode ultrapassar 100% pois um mesmo indivíduo pode estar presente em mais de uma categoria; ** proporções referentes apenas aos que fizeram tentativas prévias

O narguilé é popular entre os adolescentes de acordo com a Tabela 9, principalmente entre os fumantes. Entre aqueles que não conhecem o narguilé nenhuma proporção de ex-fumantes foi encontrada ($p= 0,010$); entretanto, entre os adolescentes que conheceram o narguilé em pontos de venda todos eram ex-fumantes ($p= 0,011$).

Tabela 9. Proporções de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: conhecem ou não o narguilé; como conheceram o narguilé.

	Geral (n= 60)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 17)	Não Fumantes (n= 18)	p
Conhece o narguilé %					
Sim	90,0	44,4a	31,5a	24,1a	0,010
Não	10,0	16,7a	0,0b	83,3a	
Como conhece % *; **					
TV/PC	14,8	50,0	12,5	37,5	0,269
Amigos e Parentes usam	70,4	44,7	28,9	26,4	0,183
Alunos fumando na escola	22,2	41,7	50,0	8,3	0,072
Pontos de venda	5,5	0,0a	100,0b	0,0a	0,011

$p<0,05$ – proporções seguidas de letras diferentes (a, b, c) diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções; * a soma das proporções na coluna “Geral” pode ultrapassar 100% pois um mesmo indivíduo pode estar presente em mais de uma categoria; ** proporções referentes apenas aos que conhecem o narguilé

A maioria dos adolescentes (85%) relatou que não havia nenhum tipo de fumo que não faça mal à saúde; entretanto, dos adolescentes que acreditavam que a maconha não faz mal à saúde todos eram fumantes ($p< 0,001$). A Tabela 10 também mostra as opiniões sobre dependência química especificamente causada pelo cigarro. Entre aqueles que acreditavam que o tabaco causa apenas dependência psicológica 100% eram fumantes ($p= 0,049$).

Tabela 10. Proporções de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: tipo de fumo que não faça mal à saúde; dependência química do tabaco.

	Geral (n= 60)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 17)	Não Fumantes (n= 18)	p
Tipo de fumo que não faz mal % *					
Narguilé	8,3	60,0	20,0	20,0	0,301
Maconha	8,3	100,0a	0,0b	0,0b	<0,001
Nenhum	85,0	35,3	31,4	33,3	0,915
Causa dependência química % *					
Sim/leva ao uso de outras drogas	80,0	35,4	33,3	31,3	0,911
Não	10,0	50,0	33,3	16,7	0,472
Não como outras drogas	11,7	42,9	28,6	28,5	0,807
Dependência psicológica apenas	3,3	100,0a	0,0b	0,0b	0,049

$p<0,05$ – proporções seguidas de letras diferentes (a, b, c) diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções; * a soma das proporções na coluna “Geral” pode ultrapassar 100% pois um mesmo indivíduo pode estar presente em mais de uma categoria

Os motivos da iniciação e manutenção do tabagismo estão apresentados na Tabela 11. Entre os adolescentes que acreditavam que as pessoas continuam a fumar por prazer/inclusão social a proporção de fumantes foi maior que a proporção de ex-fumantes (72,0% vs 28%, $p= 0,005$).

Tabela 11. Proporção de fumantes e ex-fumantes em cada categoria: motivos pelos quais as pessoas começam e continuam a fumar.

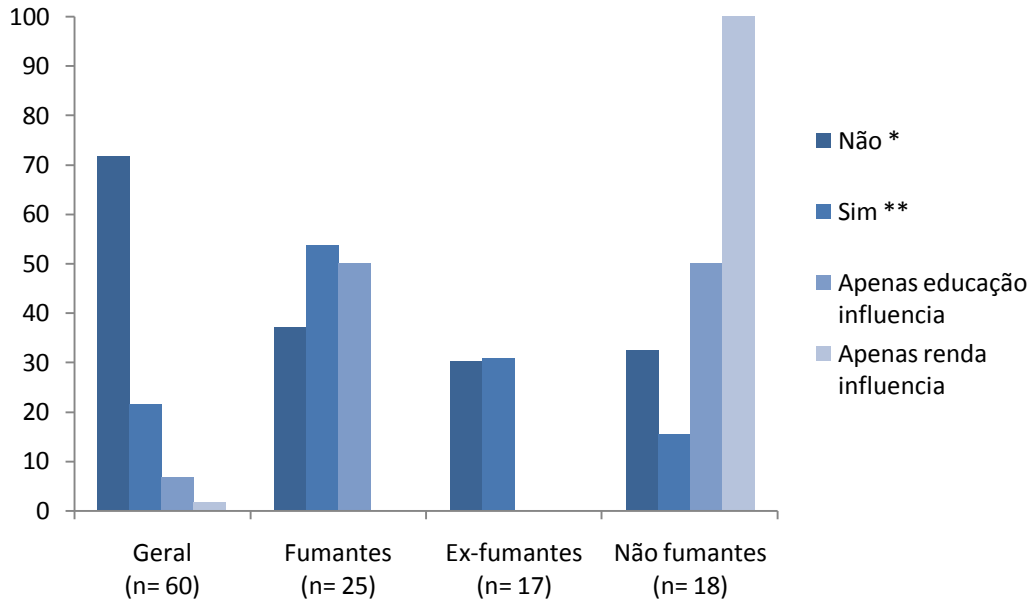
	Geral (n= 42)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 17)	p
Por que começam % *				
Prestígio	9,5	75,0	25,0	0,486
Estresse	10,0	50,0	50,0	1,000
Iniciativa própria/curiosidade	47,6	65,0	35,0	0,114
Influência de amigos/inclusão social	71,4	56,7	43,3	0,439
Influência dos pais e parentes	9,5	83,3	16,7	0,080
Por que continuam % *				
Não sabe	9,5	25,0	75,0	0,486
Vício/dependência	45,2	57,9	42,1	0,516
Estresse/ansiedade	19,0	62,5	37,5	0,619
Prazer/inclusão social	59,5	72,0	28,0	0,005
Falta de conhecimento	4,8	100,0	0,0	0,333

$p<0,05$; * a soma das proporções na coluna "Geral" pode ultrapassar 100% pois um mesmo indivíduo pode estar presente em mais de uma categoria

Os ex-fumantes que cessaram o tabagismo com 14 e 15 anos foram 47,1% e aqueles que cessaram o tabagismo com 16 a 18 anos foram 52,9%. Além disso, dos ex-fumantes, 41,2% cessaram o tabagismo por preocupação com o desenvolvimento de doenças, 29,4% cessaram por influência dos pais e 23,5% não se consideravam dependentes da nicotina. Dos não fumantes, 76,5% não iniciaram o tabagismo por falta de interesse e por que o cheiro não agradou e 38,9% não iniciaram por preocupação com o desenvolvimento de doenças.

As opiniões sobre a relação entre renda, nível educacional e tabagismo estão apresentadas na Figura 1. A maioria dos adolescentes (71,7%) não concorda que a renda e o nível educacional são fatores associados ao tabagismo, sem diferença significativa entre os grupos ($p= 0,492$).

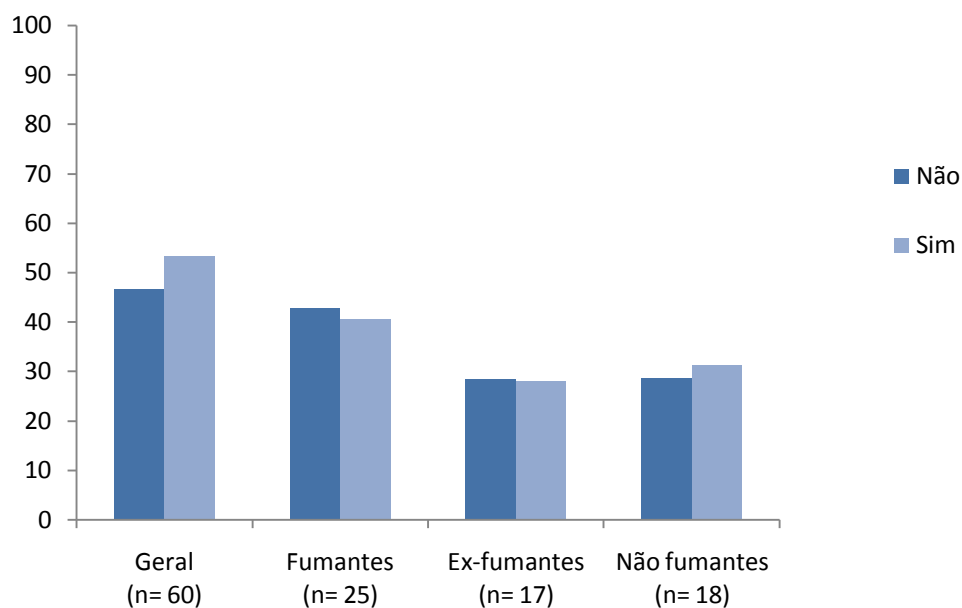
Figura 1. Proporção de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: influência ou não da baixa renda e do baixo nível educacional como facilitadores do tabagismo.



*Não: renda e educação não influenciam; **Sim: renda e educação influenciam

A Figura 2 mostra a opinião dos adolescentes sobre a influência do conhecimento e informação na cessação do tabagismo. As proporções de adolescentes que concordam ou discordam que o conhecimento e informação influenciam a cessação do tabagismo não foi diferente entre os grupos ($p=0,973$).

Figura 2. Proporção de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: influência ou não do conhecimento e da informação como fatores de motivação para a cessação.



Paradoxalmente aos dados sobre influência do conhecimento na cessação do tabagismo, 80% dos adolescentes relataram que gostariam de receber mais informações sobre tabagismo.

Conhecimentos sobre “benefícios” e prejuízos do tabagismo ativo e passivo e as mídias eletrônicas favoritas para utilização e diversão.

As opiniões sobre “benefícios” e prejuízos do fumo ativo e passivo estão descritos na Tabela 12. Os prejuízos pulmonares são bem conhecidos, porém, apenas 5% dos adolescentes conhecem os danos cardíacos e proporção considerável (20%) associa o tabagismo a algum “benefício”, sem diferença entre os grupos. Entre os que relataram que o fumo passivo causa mais malefícios que o ativo a proporção de ex-fumantes foi maior que a de não fumantes (57,1% vs 14,3%, $p= 0,049$). Contudo, os conhecimentos sobre o fumo passivo não estão bem esclarecidos na população do estudo.

Tabela 12. Proporções de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: “benefícios” ou não do tabagismo; conseqüências do fumo ativo; prejuízos ou não do fumo passivo.

	Geral (n= 60)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 17)	Não Fumantes (n= 18)	P
“Benefícios” %					
Não	80,0	37,5	29,2	33,3	
Acalma e relaxa	13,3	50,0	25,0	25,0	0,574
Prazer	6,7	75,0	25,0	0,0	
Prejuízos do fumo ativo % *					
Sim mas não sabe quais	10,0	16,7	50,0	33,3	0,472
Pulmonares	70,0	47,6	26,2	26,2	0,055
Cardíacos	5,0	33,4	33,3	33,3	1,000
Câncer	36,7	40,9	18,2	40,9	0,182
Sistêmicos	28,3	41,2	23,5	35,3	0,539
Socioeconômicos	31,7	36,8	31,6	31,6	0,924
Prejuízos do fumo passivo % *					
Sim mas não sabe quais	35,0	42,9	23,9	33,2	0,424
Pulmonares apenas	8,3	60,0	0,0	40,0	0,122
Menos prejuízos que o ativo	31,7	47,4	21,0	31,6	0,223
Mais prejuízos que o ativo	23,3	28,6 ab	57,1 b	14,3 a	0,049
Não causa prejuízo	3,3	50,0	0,0	50,0	0,472

$p<0,05$ – proporções seguidas de letras diferentes (a, b, c) diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções; * a soma das proporções na coluna “Geral” pode ultrapassar 100% pois um mesmo indivíduo pode estar presente em mais de uma categoria

Os equipamentos eletrônicos que os adolescentes utilizam e as diversões eletrônicas favoritas estão apresentadas na Tabela 13. Os equipamentos mais utilizados são a televisão (63,3%) e a *internet* pelo computador (88,3%) e celular (48,3%). Entretanto, a *internet* pelo computador (58,3%) é o equipamento eletrônico mais utilizado para se divertir, sem diferença entre os grupos.

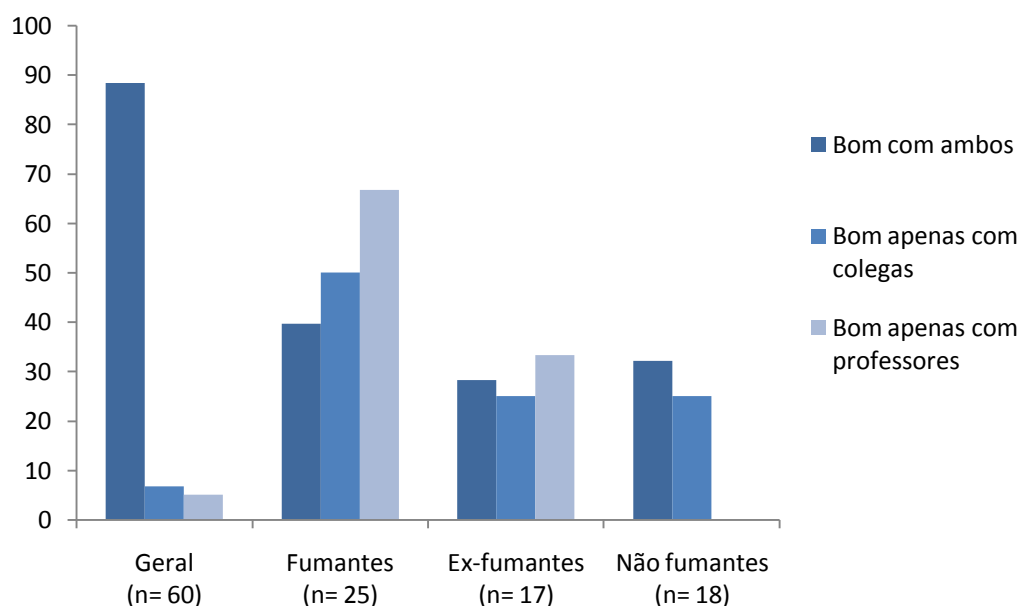
Tabela 13. Proporções de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: equipamentos eletrônicos que utilizam e têm disponíveis; diversão eletrônica favorita.

	Geral (n= 60)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 17)	Não fumantes (n= 18)	p
Utiliza e Tem disponível % *					
TV	63,3	36,8	23,7	39,5	0,294
Rádio	16,7	40,0	20,0	40,0	0,549
DVD	6,7	75,0	0,0	25,0	0,072
Vídeo Game	11,7	57,1	14,3	28,6	0,223
Internet pelo PC	88,3	45,3	28,3	26,4	0,076
Internet pelo Celular	48,3	41,4	37,9	20,7	0,201
Favorita % *					
TV	13,3	12,5	25,0	62,5	0,087
DVD	1,7	0,0	0,0	100,0	0,223
Vídeo Game	11,7	42,9	42,9	14,2	0,424
Internet pelo PC	58,3	48,6	25,7	25,7	0,064
Internet pelo Celular	23,3	50,0	28,6	21,4	0,248

* a soma das proporções na coluna "Geral" pode ultrapassar 100% pois um mesmo indivíduo pode estar presente em mais de uma categoria

O relacionamento dos adolescentes com colegas de escola e professores está apresentado na Figura 3. A maioria tem bom relacionamento com colegas e professores (88,3%), sem diferença entre os grupos ($p= 0, 805$).

Figura 3. Proporção de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: bom relacionamento com colegas e professores; bom apenas com colegas; bom apenas com professores.



A maioria dos adolescentes (73,3%) tem um melhor amigo conforme mostrado na Tabela 14. Entre os adolescentes que tinham um melhor amigo fumante a proporção de fumantes (63,2%; $p= 0,020$) foi maior que as proporções dos demais grupos.

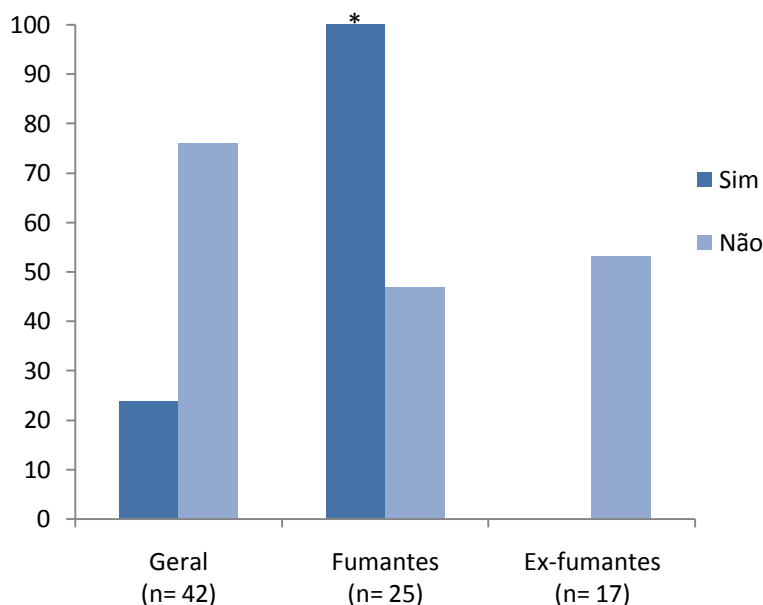
Tabela 14. Proporções de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: possuem ou não um melhor amigo; se possui melhor amigo, ele fuma ou não.

	Geral (n= 60)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 17)	Não Fumantes (n= 18)	P
Melhor amigo %					
Sim	73,3	40,9	31,8	27,3	0,566
Não	26,7	43,7	18,7	37,6	
Ele fuma % *					
Sim	43,2	63,2a	26,3b	10,5b	0,020
Não	56,8	24,0a	36,0a	40,0a	

$p<0,05$ – proporções seguidas de letras diferentes (a, b, c) diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções; * proporções referentes apenas aos que tem melhor amigo

A Figura 4 mostra que dos adolescentes que se consideram dependentes do tabaco todos eram fumantes ($p= 0,003$).

Figura 4. Proporções de fumantes e ex-fumantes em cada categoria: se consideram ou não dependentes do tabaco.



* $p < 0,05$

A opinião dos adolescentes sobre a possível alteração de prestígio provocada pelo uso do cigarro está apresentada na Tabela 15. Parcela considerável dos adolescentes acredita que o jovem passa a ser mais respeitado e aceito por determinado grupo por que fuma, ou seja, na opinião de 23,3% dos adolescentes, o cigarro ainda muda a imagem das pessoas de forma positiva, sem diferença entre os grupos.

Tabela 15. Proporções de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: o jovem é mais respeitado e aceito por que fuma.

	Geral (n= 60)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 17)	Não Fumantes (n= 18)	p
É mais respeitado e aceito %					
Sim	23,3	42,9	35,7	21,4	0,437
Não	73,3	38,6	27,3	34,1	
Sim e Não	3,4	100,0	0,0	0,0	

DISCUSSÃO

O objetivo principal do presente estudo foi identificar os conhecimentos relacionados ao tabagismo que são particularmente importantes para adolescentes e as mídias eletrônicas que são mais utilizadas. Os principais achados foram: alta prevalência de tabagismo ativo e passivo, maior prevalência no sexo feminino e conhecimentos limitados sobre as conseqüências do tabagismo ativo e passivo para a saúde. As conseqüências para a saúde das formas não convencionais de tabaco e a dependência relacionada a elas e ao cigarro industrializado também são pouco conhecidas. As informações relacionadas aos fatores de iniciação e manutenção do tabagismo foram pouco mais consistentes com achados prévios da literatura.

No presente estudo, a prevalência de tabagismo ativo entre os adolescentes foi de 41,7% e está acima do maior valor encontrado na literatura (22%).⁸ De acordo com os principais estudos, a prevalência de fumo ativo entre os adolescentes também foi considerada elevada;³⁻⁸ entretanto, foi encontrada redução na experimentação do cigarro de 46% em 2003⁵ para 24,2% em 2009.⁶ A alta prevalência do presente estudo pode ser explicada, pelo menos em parte, pela forma de convocação dos estudantes. Os objetivos do estudo foram apresentados na sala de aula e os interessados foram convidados a comparecer em local específico para a entrevista. Portanto, pode ser que os fumantes e ex-fumantes tenham atendido ao chamado por interesse pessoal no assunto.

Estudos anteriores mostram maior prevalência de tabagismo entre meninos.^{1,5} Em contra partida, no presente estudo, 60% dos adolescentes fumantes eram do sexo feminino. Este achado está de acordo com resultados de estudo realizado em 2009⁷ que mostrou prevalência de tabagismo maior entre as meninas que entre os meninos (11% vs 9,9%) com relação ao total de adolescentes entrevistados de cada sexo e, portanto, reafirma a tendência de aumento recente de tabagismo entre as mulheres.

Os resultados mostram que a condição de fumante passivo no ambiente familiar está presente em grande parte dos adolescentes; além disso, com relação aos amigos, os achados mostram que a maioria dos adolescentes convive com fumantes nos grupos sociais que freqüentam (inclusive a escola). Com relação aos conhecimentos sobre fumo passivo, 35% dos adolescentes afirmaram que ele traz conseqüências para a saúde, mas não souberam identificar quais; entretanto, 8,3% relataram que causa apenas problemas pulmonares. A OMS *Report on The Global Tobacco Epidemic* de 2009 analisou os

adolescentes que viviam em lares onde outras pessoas fumavam. A pesquisa mostrou que entre os adolescentes entrevistados a situação de fumo passivo é elevada na Europa e nas Américas.¹⁹ Em acordo com o presente trabalho, estudo nacional que avaliou a prevalência e os conhecimentos sobre fumo passivo entre adolescentes mostrou que 29% viviam esta situação no ambiente familiar e 68% no ambiente escolar.²⁶ Os pesquisadores ainda solicitaram aos adolescentes que comentassem sobre o termo fumo passivo e as seguintes palavras foram destacadas: “morte/doença”, “cigarro”, “ilegal”, “pejorativo”, “meio ambiente”.²⁶

Os relatos dos adolescentes do presente estudo relacionados aos malefícios do fumo ativo à saúde alcançaram baixas proporções. Os prejuízos pulmonares foram relatados por 70% dos adolescentes; entretanto, nas categorias câncer, problemas sistêmicos (vasculares, dentários e envelhecimento da pele) e socioeconômicos, as proporções não chegaram a 40% e os danos cardíacos relacionados ao uso do tabaco foram relatados por apenas 5% dos escolares. Além disso, 20% dos adolescentes relataram que o cigarro acalma, relaxa e fornece prazer. Estes achados estão de acordo com vários estudos^{23,25,27} que mostraram que entre os tipos de câncer relacionados ao tabagismo, os adolescentes atribuíram apenas o de pulmão ao hábito de fumar²³ e os problemas respiratórios, cardíacos e dentários foram mencionados pelos adolescentes de forma inespecífica.^{23,25,27} O nível de conhecimento dos adolescentes sobre as consequências do tabagismo para a saúde é baixo e além disso, vários alunos relacionam o uso do cigarro a algum “benefício”, o que deixa claro a ambivalência dos adolescentes nesta questão e pode explicar a falta de motivação para cessação.

No presente estudo, entre os adolescentes que relataram os sintomas dispnéia (26,7%) e tontura (26,7%) a proporção de fumantes foi maior que a de ex-fumantes e entre aqueles que relataram palpitação a proporção de fumantes foi maior que as proporções de ex-fumantes e não fumantes. Além disso, entre os adolescentes que relataram insuficiência circulatória de membros inferiores como antecedentes familiares de doenças (16,7%), a proporção de fumantes foi maior que a de não fumantes. A OMS alerta que o jovem fumante pode perceber problemas respiratórios como asma, dispnéia e falta de aptidão física, com pouco tempo de uso do cigarro.³⁴ Além disso, vários levantamentos mostram que sinais e sintomas relacionados ao hábito de fumar também estão presentes em crianças e adolescentes que fumam passivamente.^{15,16} Estudo que avaliou a morbidade respiratória de crianças fumantes passivas mostrou que essas

apresentaram significativamente mais sibilância, rinite, dispnéia e asma que as crianças com menos exposição à fumaça do cigarro.³⁵

No presente estudo, 25% dos adolescentes apresentaram escores compatíveis com sintomas sugestivos ou alta probabilidade de ansiedade. Entretanto, apenas 1,7% deles apresentaram escores compatíveis com o nível possível de depressão segundo a escala HAD. De fato, estes dados reforçam achados da literatura que a adolescência é uma fase onde é comum a presença de distúrbio de ansiedade.^{14,15,16,17} Além disso, os estudos mostram que esse distúrbio está presente juntamente com inseguranças e incertezas próprias desta fase da vida, onde as escolhas por determinados hábitos podem segui-los até a fase adulta.^{14,17,18} Os adolescentes se sentiram seguros para responder as questões sobre ansiedade e depressão pois estavam em ambiente isolado dos demais.

A maioria dos adolescentes entrevistados relatou que o tabagismo causa dependência química como as drogas ilícitas, mas 13,3% deles acreditam que cigarro não causa dependência como outras drogas ou que a dependência é apenas psicológica. Dos adolescentes que se consideraram dependentes da nicotina, todos eram fumantes e daqueles que não se consideraram dependentes, 45% eram fumantes e 55% ex-fumantes. Além disso, a maioria dos fumantes e ex-fumantes apresentou grau baixo de dependência da nicotina. De forma complementar, das razões pelas quais os ex-fumantes do presente estudo cessaram o tabagismo, 41,2% cessaram por preocupação com desenvolvimento de doenças, 29,4% por influência dos pais e 23,5% por que não se consideravam dependentes. O grau de dependência da nicotina e a opinião pessoal dos adolescentes sobre a dependência química causada pelo uso do tabaco foram abordados por alguns estudos.^{23,24,27} Lopes e colaboradores mostraram que os adolescentes consideraram a dependência química causada pelo cigarro como doença.²³ Entretanto, em outros estudos que avaliaram as opiniões sobre dependência química da nicotina e danos do tabagismo à saúde, os adolescentes entrevistados relataram que o cigarro não causa tantas consequências para o organismo quanto as drogas ilícitas²⁴ e os adolescentes fumantes afirmaram que poderiam abandonar o vício assim que desejassem.²⁷ Com relação ao grau de dependência da nicotina avaliado pela escala de Fagerström,³¹ Almeida e Mussi mostraram escores relativos ao grau baixo de dependência em 91% de adolescentes fumantes.²⁷ Como era esperado, o início do hábito de fumar, que ocorre predominantemente na adolescência, é visto como algo controlável pelos indivíduos desta fase da vida e eles também não se preocupam ainda com as

doenças relacionadas ao tabaco, uma vez que menos da metade dos ex-fumantes cessou o tabagismo por esse motivo.

Entre as formas alternativas de uso do tabaco, as mais conhecidas pelos adolescentes do presente estudo são os cigarros com adição de sabores e o narguilé. Entre os fumantes e ex-fumantes, 7% fazem ou faziam antes da cessação uso corrente apenas do narguilé, ou seja, não fumavam cigarros convencionais. Dos 90% dos adolescentes entrevistados que conhecem o narguilé, 70,4% o conheceram por meio de amigos e parentes e 22,2% convivem com colegas que fumam narguilé na escola. Além disso, 8,3% dos adolescentes relataram que o narguilé não faz mal à saúde. Os dados do Vigescola de 2009 mostraram que 22,1% dos adolescentes entrevistados na cidade de São Paulo faziam uso de formas alternativas de tabaco e, desses indivíduos, 93,3% tinham preferência pelo narguilé.¹² Pesquisa nos Estados Unidos mostrou que dos 75% de usuários de narguilé, a maioria acredita que o consumo desta forma alternativa de tabaco causa menos inconvenientes para a saúde do que os cigarros convencionais.¹¹

No presente estudo, elevadas proporções de adolescentes relataram que as pessoas começam a fumar por curiosidade/iniciativa própria (47,6%) e influência dos amigos/inclusão social (71,4%). Além desses, outros relatos sobre a iniciação do tabagismo chamaram atenção; 9,5% atribuíram a iniciação do tabagismo à influência dos pais fumantes e 19,5% ao prestígio relacionado ao cigarro ou ao estresse do cotidiano. A influência de fatores ambientais e sociais na iniciação do tabagismo em crianças e adolescentes está bem difundida na literatura. Relatos semelhantes aos do presente trabalho foram encontrados por Almeida e Mussi que investigaram os motivos da iniciação do tabagismo por meio do auto-relato de adolescentes escolares e mostraram que 54% deles acreditavam que os jovens começam a fumar por curiosidade, 27% por vontade própria e 10% por influência dos amigos.²⁷ Além disso, vários estudos constataram que a presença de amigos, pais e familiares fumantes exerce influência importante na iniciação do tabagismo em crianças e adolescentes.^{14,15,17,18,27} A elevada proporção encontrada entre os adolescentes que relataram influência de amigos e inclusão social como facilitadores da iniciação do tabagismo pode ser explicada pela alta prevalência de fumantes nos grupos sociais que freqüentavam, principalmente na escola, ambiente no qual os adolescentes passam cerca de 1\3 do dia.

Outra questão semelhante à influência de amigos na iniciação, mas que está mais relacionada à manutenção do tabagismo, é a influência de melhores amigos. Foi observado no presente estudo que 43,2% dos adolescentes entrevistados tinham um melhor amigo fumante e, desses indivíduos, 63,2% eram do grupo dos fumantes. Constatação semelhante foi evidenciada por estudo que mostrou que a maioria dos adolescentes fumantes tinham um melhor amigo também fumante.²⁷ A existência de melhores amigos pode reforçar os vínculos sociais em função de determinados hábitos como o tabagismo por exemplo.

Além de identificar os conhecimentos sobre tabagismo que são particularmente relevantes para adolescentes, o presente estudo buscou identificar as mídias eletrônicas de preferência com o intuito de complementar futuras propostas de prevenção e tratamento. A televisão, o computador e celular com acesso a *internet* são as mídias eletrônicas mais utilizadas para se informar pelos adolescentes; entretanto, o computador com acesso a *internet* é a diversão eletrônica favorita. Três estudos analisaram a efetividade de programas de cessação do tabagismo em adolescentes baseados em aconselhamentos individualizados complementados por programas de *internet*.^{36,37,38} Um deles que avaliou a taxa de cessação no final do tratamento e após 3 meses de acompanhamento concluiu que dos 57% dos adolescentes que visitaram o sítio, a taxa de cessação imediata foi significativamente maior que no grupo que não utilizou a *internet*.³⁶ Os outros dois estudos que não observaram alteração na efetividade no grupo que utilizou o complemento da *internet*, sugeriram que isto tenha ocorrido possivelmente pela falta de conteúdo personalizado.^{37,38} Paralelamente a estes dados, 55% dos adolescentes do presente estudo acham que obter conhecimento sobre os inconvenientes do tabagismo para a saúde motiva um fumante a parar de fumar. Além disso, quando questionados sobre se gostariam de obter mais informações sobre tabagismo, 80% deles responderam “sim”.

A explanação coletiva dos objetivos do estudo em sala de aula pode ter superestimado os dados de prevalência de fumo ativo entre os adolescentes. Isto representa a principal limitação deste trabalho.

CONCLUSÕES

- A prevalência de fumo ativo e a exposição passiva à fumaça do cigarro são elevadas.
- As formas alternativas de uso do tabaco e as formas ilícitas de fumo são bem conhecidas; além disso, o consumo de narguilé entre os adolescentes é elevado. Entretanto, os conhecimentos sobre as conseqüências da utilização dessas formas de fumo são equivocados.
- A presença de fumantes no convívio social e no ambiente familiar influencia a iniciação do tabagismo.
- Os conhecimentos dos adolescentes sobre tabagismo e dependência química da nicotina não são uniformes, completos e em alguns pontos são equivocados.
- A *internet* acessada pelo computador é a mídia eletrônica preferida dos adolescentes.

As conclusões do presente estudo permitem indicar os seguintes desdobramentos:

- É necessário que seja reformulado o conceito dos adolescentes sobre os riscos de utilização e o poder de dependência química das formas alternativas de uso do tabaco, principalmente o narguilé.
- Há necessidade de desenvolvimento de abordagem com conteúdo adequado e direcionado especificamente para adolescentes com envolvimento da família, da escola e da comunidade.
- É fundamental que se considere os avanços tecnológicos e a crescente busca pelas mídias eletrônicas, observada principalmente nas novas gerações, e que essa abordagem direcionada contenha, de forma complementar, material adaptado para ser veiculado por meio da *internet*.

REFERÊNCIAS

1. Center for Disease Control [internet]. Tobacco Free Initiative [citado 07/2012] Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts/en>
2. Johnston LD, et al. Monitoring the future national results on adolescent drug use: overview of key findings. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse; 2001.
3. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). PNSN: some statistics about smoking habit in Brazil. Brasília; 1989.
4. Malcon MC, Menezes AMB, Chatkin M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. Rev Saúde Pública. 2003; 37(1):1-7.
5. Machado Neto AS, Cruz AA. Tabagismo em amostra de adolescentes escolares de Salvador-Bahia. J Bras Pneumol. 2003; 29(5):264-72.
6. IBGE [internet]. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar [citado 07/2012] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/pense/default>
7. Rodrigues MC, Viegas CAA, Gomes EL, Morais JPMG, Zakir JCO. Prevalência de tabagismo e associação com o uso de outras drogas entre escolares do Distrito Federal. J Bras Pneumol. 2009; 35(10):986-91.
8. Barbosa Filho VC, Campos W, Lopes AS. Prevalência de consumo de álcool e tabaco entre adolescentes brasileiros: revisão sistemática. Rev Saúde Pública. 2012; 46(5):901-17.
9. Viegas CAA. Formas não habituais de uso do tabaco. J Bras Pneumol. 2008; 34(12):1069-73.
10. Kinishkowsky B, Amitai Y. Water-pipe (narghile) smoking: an emerging health risk behavior. Pediatrics. 2005; 116(1):113-9.
11. Smith-Simone S, Maziak W, Ward KD, Eissenberg T. Waterpipe tobacco smoking: knowledge, attitudes, beliefs and behavior in two US samples. Nicotine Tob Res. 2008; 10(2):393-8.
12. INCA [internet] Vigilância de Tabagismo em escolares (Vigescola). [citado 11/2012] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/vigescola>
13. West R, Shiffman S. Smoking patterns. In: West R, Shiffman S, editors. Fast Facts: smoking cessation. Oxford: Health Press; 2007. 14-21.
14. Chassin L, Presson CC, Todd M, Rose JS, Sherman SJ. Maternal socialization of adolescent smoking: the intergeneration transmission of parenting and smoking. Dev Psychol. 1998; 34(6):1189-201.
15. Reichert J, Araujo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. J Bras Pneumol. 2008; 34(10):845-80.
16. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes clínicas na saúde suplementar – tabagismo. Rev Assoc Med Bras. 2011; 56(4):375-93.

17. Sant'anna CC, Araujo AJ, Orfaliais CS. Abordagem de grupos especiais: crianças e adolescentes. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2004; 30(2):47-54.
18. Farkas AJ, Gilpin EA, White MM, Pierce JP. Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *JAMA*. 2000; 284(6):717-22.
19. World Health Organization Library Cataloguing in Publication Data. Who report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke free environments. Geneva; 2009.
20. Center for Disease Control and Prevention. Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1994; 43(2):1-18.
21. Thomas R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; (3):CD001293.
22. Malcon MC, Menezes AMB, Assunção MCF, Neutzling MB, Challal P. Efetividade de uma intervenção educacional em tabagismo entre adolescentes escolares. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(1):63-72.
23. Lopes GT, Belchior LC, Felipe ICV, Bernardes MM, Casanova EG, Pinheiro APL. Dinâmicas de criatividade e sensibilidade na abordagem de álcool e fumo em adolescentes. *Rev Enferm UFRJ*. 2012; 20(1):33-8.
24. Zeitoune RCG, Ferreira VS, Silveira HS, Domingos AM, Maia AC. O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(1):57-63.
25. Gomes MNC. Percepção das consequências à saúde pelo consumo de drogas lícitas: um estudo com adolescentes [Trabalho de conclusão de curso]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2012.
26. Rocha JBT, Salla LF, Figueira ACM, Machado LMF, Palma LRK, Sassi NS, et al. Percepções acerca do fumo passivo: um olhar sobre o ensino de ciências e seu comprometimento na construção da cidadania para a saúde e qualidade de vida. *Educação*. 2009. 34(2):405-20.
27. Almeida AF, Mussi FC. Tabagismo: conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes de Salvador. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(4):456-63.
28. Panday S, Reddy SP, Bergström E. A qualitative study on the determinants of smoking behaviour among adolescents in South Africa. *Scand J Public Health*. 2003; 31(3):204-10.
29. Godoy I, Tanni SE, Coelho LS, Martin RSS, Parenti LC, Andrade LM, et al. Programa de cessação de tabagismo como ferramenta para o diagnóstico precoce de doença pulmonar obstrutiva crônica. *J Bras Pneumol*. 2007; 33(3):282-6.

30. Caram LMO, Ferrari R, Tanni SE, Coelho LS, Godoy I, Martin RSS, et al. Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2009; 35(10):980-5.
31. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991; 86(9):1119-27.
32. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav*. 1982; 7(2):133-42.
33. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand*. 1983; 67(6):361-70.
34. WHO [internet]. Health Topics Tobacco [citado 12/2012] Disponível em: <http://www.who.int/topics/tobacco/en>
35. Carvalho LMT, Pereira EDB. Morbidade respiratória em crianças fumantes passivas. *J Bras Pneumol*. 2002; 28(1):8-14.
36. Mermelstein R, Turner L. Web-based support as an adjunct to group-based smoking cessation for adolescents. *Nicotine Tob Res*. 2006; 8(1):S69-76.
37. Patten CA, Croghan IT, Meis TM, Decker PA, Pirigree S, Colligan RC, et al. Randomized clinical trial of an internet-based versus brief office intervention for adolescent smoking cessation. *Patient Educ Corens*. 2006; 64(1-3):249-58.
38. Aveyard P, Cheng KK, Aliuond J, Sherratt E, Laucashire R, Lawrence T, et al. Cluster randomized controlled trial of expert system based on the transtheoretical (“stages of change”) model for smoking prevention and cessation in schools. *BMJ*. 1999; 319(7215):948-53.

Estudo 2

Características e conhecimentos sobre tabagismo em gestantes

RESUMO

Objetivo: Identificar as características e os conhecimentos relacionados ao tabagismo de gestantes e as mídias eletrônicas mais utilizadas por este grupo. **Indivíduos e Métodos:** Estudo exploratório onde foram realizadas entrevistas com 61 gestantes, fumantes, ex-fumantes ou não-fumantes por meio de protocolo de entrevista específico com questões relacionadas ao tabagismo. Além do questionário, a intensidade da dependência foi avaliada por meio do teste de *Fagerström*, os estágios de motivação pelo modelo de *Prochaska e DiClemente* e os sintomas sugestivos de ansiedade e depressão pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão de *Zigmond e Snaith*. **Resultados:** A maioria das gestantes tem entre 19 e 35 anos (70,5%), 40,9% são fumantes ativas e 39,3% ex-fumantes. A escolaridade das gestantes se concentra até o ensino fundamental, com distribuição similar entre os grupos. A exposição passiva ao fumo é elevada e, além disso, entre as gestantes que relataram presença de fumantes dentro de casa a proporção de fumantes (65,2%, $p=0,005$) foi maior que as proporções dos demais grupos. Houve redução no número de cigarros, com diferença significativa entre os períodos pré e durante gestação no grupo de fumantes que fumavam de 11 a 20 cigarros por dia (de 44% para 16%, $p=0,010$). Os prejuízos pulmonares foram relatados por 29,6% das gestantes; entretanto, apenas 4,9% identificaram os danos cardiovasculares. Além disso, entre as que relataram que o uso do tabaco não traz prejuízos à saúde a proporção de fumantes (80%, $p=0,020$) foi maior que as proporções dos demais grupos. Os conhecimentos sobre os prejuízos ao feto e recém-nascido também são bastante restritos, tanto que, 11,5% das gestantes acreditam que o tabagismo não causa malefícios ao feto/recém nascido. A TV ainda é a forma mais disponível (85,2%) e favorita (49,2%) para diversão das gestantes. **Conclusões:** Os conhecimentos das gestantes sobre tabagismo, prejuízos à gestação e ao feto/recém nascido e vantagens da cessação não são uniformes ou completos e, algumas vezes, equivocados. De acordo com os resultados deste estudo, é necessário desenvolvimento de abordagem com um conteúdo que supra as falhas nos conhecimentos das gestantes sobre tabagismo, complementada pela utilização de vídeos televisivos.

ABSTRACT

Objective: Identify the characteristics and knowledge related to pregnant tabagism and the electronic means used for this group. **Subjects and Methods:** Exploratory study where interviews were achieved with 61 pregnant women, smokers, ex-smokers or none smokers through specific interview protocol means with issues related to tabagism. In addition to questionnaire, the intensity of dependence was assessed through Fagerström test, motivation stages through Prochaska and DeClemente model and the suggested anxiety and depression symptoms by the hospital anxiety and depression scale of Zigmond & Snaith. **Results:** Most of the pregnant women were between 19 and 35 years old (70.5%), 40.9% were active smokers and 39.3% ex-smokers. The level of education of the pregnant ladies was found very close to the conclusion of high school, with similar distribution between groups. The passive exposure to smoking is increased and in addition, between the proportion of pregnant women that reported the presence of smokers in their home (65.2%, $p=0,005$) was higher than the rest of the pregnant women proportion group. There was a drop on the number of cigarettes with significant differences between before and during gestation periods for the pregnant women smoking group that used to smoke between 11 to 20 cigarettes each day (from 44 to 16%, $p=0,010$). Lung problems (29.6%) were identified by the pregnant women and 4,9% identified cardiac problems. In addition, between those that reported that the use of tobacco does not damage health, the smokers proportion (80%, $p=0,020$) was higher than the proportion for the rest of the groups. Knowledge's on the damage to fetus/new born also are not available to the extent that 11.5% of pregnant women believe that tabagism does not have damaging effect on fetus and new born. The TV broadcasting is available way more used (85,2%) and favorite program (49,2%) for pregnant women enjoyment. **Conclusion:** The knowledge of pregnant women on tabagism, pregnancy negative effect on the fetus/new born and the benefit of instant stop to smoking are not uniform or complete and, sometimes controversial. With respect to the result of this trial, is necessary to develop content coverage that by pass the errors of the knowledge on pregnant women on tabagism, added up through the use of televised videos.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	45
OBJETIVOS	50
Geral	50
Específicos	50
PACIENTES E MÉTODOS	51
Casuística	51
Delineamento	51
Instrumentos	52
Análise Estatística	53
RESULTADOS	54
DISCUSSÃO	72
CONCLUSÕES	77
REFERÊNCIAS	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
ANEXOS	85

INTRODUÇÃO

Além dos efeitos nocivos para o indivíduo, o tabagismo gera complicações específicas à gestação e ao feto/recém nascido o que torna seus efeitos ainda mais catastróficos.¹ Neonatos de gestantes fumantes tem maiores riscos de prematuridade e de nascer com baixo peso e estatura do que aqueles de gestantes não fumantes.² Além disso, existem outras conseqüências desfavoráveis da presença do tabaco no período da gestação tais como, aumento da ocorrência de placenta prévia, gravidez tubária, aborto espontâneo e síndrome da morte súbita na infância.³ Evidências adicionais sugerem que a redução da função pulmonar nos neonatos de gestantes tabagistas pode ser fator de risco para o desenvolvimento de asma, hiper-reatividade brônquica e predisposição à DPOC na vida adulta.⁴ O leite materno pode servir como veículo para substâncias nocivas, fato observado em algumas doenças infecciosas, quando da utilização de fármacos ou substâncias de abuso, mesmo aquelas aceitas socialmente como o tabaco. Embora não estejam incluídas na relação das substâncias que contra indicam o aleitamento materno, os componentes da fumaça do cigarro podem causar prejuízos tanto para a criança quanto para a nutriz.⁵

Com relação aos sexos, o Vigitel mostrou redução nas proporções de homens fumantes de 20% em 2006 para 18,1% em 2011; entretanto, as proporções de mulheres fumantes se mantiveram praticamente estáveis neste período: de 13% em 2006 para 12% em 2011.^{6,7} Com a redução do número de homens fumantes, tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, a indústria do tabaco vê nas mulheres, além dos adolescentes, um público promissor para expansão de seus negócios. Como resultado desta iniciativa, para mitigar seus efeitos e esclarecer sobre o tema, a campanha do dia Mundial Sem Tabaco de 2010 (*World No Tobacco Day – Free Initiative*) abordou a ênfase que a indústria desenvolve no *marketing* voltado às mulheres.⁸

Embora muitos estudos avaliem a prevalência de tabagismo na população em geral, são poucos os levantamentos que abordam especificamente a população de gestantes. Nos Estados Unidos, estudo mostrou prevalência de 25% de fumo ativo durante a gestação.⁹ Na região sul do Brasil, foram estudadas 6.011 gestantes em 1982 e 5.304 em 1993. O tabagismo durante a gestação apresentou redução de 35,7% para 33,5% ($p < 0,05$) no período. Com relação à carga tabágica (>15 cigarros/dia) não houve

variação significativa entre os dois períodos (8,6% e 7,3%, respectivamente).¹⁰ Na cidade de Ribeirão Preto (SP) em 2009, 504 mulheres matriculadas em programas de puericultura das unidades básicas de saúde foram entrevistadas com relação ao aleitamento materno, tabagismo ativo e passivo durante a gestação e as duas modalidades simultaneamente. As tabagistas ativas (fumaram durante a gestação e aleitamento materno) corresponderam a 19,2%, as passivas 28,2% e as ativas e passivas 16,8%.¹¹ Também na região sul do Brasil, estudo de 2011 que avaliou as medidas antropométricas dos recém nascidos de 2.484 mulheres, mostrou que 23,3% delas fumaram durante toda a gestação e que 28,9% viviam em situação de fumo passivo.¹²

O tabagismo apresentou associação com baixa escolaridade (RC= 2,13, IC= 95%: 1,76 – 2,57) e multiparidade (RC= 1,84, IC= 95%: 1,53 – 2,21), segundo estudo realizado com gestantes em seis capitais brasileiras.¹³ O aumento da idade e uso de bebidas alcoólicas também apresentaram associações positivas com o fumo na gestação. Nesse estudo, não foi encontrada associação positiva entre o tabagismo na gestação e duas situações ocupacionais pesquisadas, trabalho fora de casa e trabalho de casa; entretanto, efeito protetor foi observado para as gestantes casadas ou com companheiro (RC= 0,55, IC= 95%: 0,42 – 0,72).¹³ Vários outros estudos apontam associações positivas entre tabagismo na gestação, baixa escolaridade e renda, redução no número de consultas durante o pré-natal e uso de bebida alcoólica.^{14,15,16} Além disso, esses estudos também mostram que as gestantes fumantes mais propensas a cessarem o tabagismo são aquelas cujo marido ou companheiro não é fumante.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) se tornou a abordagem de escolha para o tratamento de gestantes tabagistas devido à viabilidade e segurança relacionadas aos benefícios e a ausência de desfechos desfavoráveis.¹⁷ Embora as diretrizes mais recentes não recomendem a terapia farmacológica para a cessação do tabagismo em gestantes,^{17,18,19} alguns estudos apontam a reposição de nicotina (TRN) como importante ferramenta de apoio na cessação de tabagismo em gestantes, mesmo considerando os possíveis efeitos adversos,^{3,20,21} como a potencial toxicidade para o SNC do feto.¹⁸ Entretanto, Coleman e colaboradores não encontraram diferenças significativas entre grupos de gestantes tabagistas que utilizaram a TRN ou placebo.²² Caso a TRN seja empregada, recomenda-se a utilização das formas de liberação rápida, como a goma de nicotina e, além disso, deve-se alertar a gestante sobre a retirada do suplemento de nicotina caso haja recaída.²³ Segundo diretrizes internacionais, há

benefícios para mãe e feto se a TRN tiver sucesso na cessação do tabagismo.^{23,24} Até o momento, a bupropiona e a vareniclina não são recomendadas para o tratamento da gestante tabagista.^{17,18,19} Revisão sistemática da literatura de 2009 analisou 72 amostras controladas em alguns países desenvolvidos, que aplicaram individualmente em gestantes tabagistas intervenções cognitivo-comportamentais e motivacionais baseadas nos estágios de mudança, além de intervenções com TRN e antidepressivos. Os autores não separaram os resultados das terapias cognitivo-comportamental e farmacológica, mas concluíram que as intervenções reduziram não somente o tabagismo durante e após o período gestacional, mas também os desfechos desfavoráveis nos recém nascidos.¹⁷

A indústria do tabaco adiciona diversos sabores ao cigarro convencional com o objetivo de alterar o sabor e cheiro para aumentar a prevalência do tabagismo em mulheres e adolescentes. Entretanto, essa forma de consumo também fornece nicotina e todos os demais componentes químicos encontrados nos cigarros convencionais para o SNC.²⁵ A ANVISA proibiu em 2012 a produção e comercialização dos cigarros com adição de sabores, principalmente por que o açúcar inalado tem potencial cancerígeno, o chocolate tem ação broncodilatadora que pode aumentar a absorção de nicotina pelo organismo e o cravo, também quando inalado, pode causar hemorragia pulmonar.²⁶ A prevalência de uso desta forma de tabaco é desconhecida.

O estudo e análise dos conhecimentos de gestantes a respeito do tabaco, as características do vício e suas conseqüências à saúde são fundamentais para que se possa pensar em prevenção e tratamento do tabagismo nesta população. Estudo que entrevistou 257 gestantes do hospital universitário de São Bernardo do Campo, São Paulo, avaliou escolaridade, estado civil, antecedentes pessoais e familiares de doenças, antecedentes gestacionais e conhecimentos sobre o hábito de fumar.²⁷ A maioria apresentava idades entre 17 e 40 anos, 55,7% haviam cursado o ensino fundamental e 81% eram casadas ou em união consensual. As gestantes que fumaram em gestações anteriores foram 33,3%, fumaram na gestação atual 20,6% e 39,2% viviam com marido ou companheiro fumante. Com relação aos conhecimentos sobre tabagismo, os autores concluíram que 97,6% das gestantes achavam que o cigarro faz mal à gestação e 98% achavam que o cigarro pode prejudicar o feto e recém nascido. Com relação aos prejuízos à criança especificamente, 59,2% das gestantes achavam que a criança pode nascer malformada, 54,3% podem apresentar morte súbita e 85% podem apresentar problemas pulmonares.²⁷

Outro estudo essencialmente qualitativo, com amostra intencional e baseado na Teoria das Representações Sociais realizado na Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/UNESP), São Paulo, analisou as percepções sobre a prática do tabagismo de gestantes que fizeram uso de cigarros industrializados durante todo o período gestacional, com o intuito de elaborar proposta de abordagem e oferecer tratamentos mais adequados para as gestantes.²⁸ Nesse estudo, as gestantes relataram que vêem o cigarro como algo que aproxima as pessoas, favorece vínculos e acalma a ansiedade e paradoxalmente, relataram sensação de alívio quando usavam o cigarro com relação à solidão. As gestantes mencionaram o “vício” como fator de manutenção do tabagismo no período gestacional. Segundo as gestantes, esse “vício” traz prazer e um período de abstinência pode trazer conseqüências negativas como tristeza, mágoa e raiva. Com relação à gestação, as entrevistadas relataram sentimento de culpa por fumarem nesse período e, além disso, os autores identificaram as perspectivas das gestantes com relação aos prejuízos do uso do cigarro à gestação e ao feto. Segundo eles, as gestantes forneceram poucas informações sobre as conseqüências para a gestação, mas apresentaram mais conhecimentos sobre os malefícios ao feto e recém nascido como, prematuridade, baixo peso e estatura e ocorrência de problemas pulmonares.²⁸

Ainda com relação à avaliação dos conhecimentos de gestantes sobre tabagismo, estudo qualitativo com amostra intencional sobre um conjunto de narrativas orais, obtidas por meio de entrevistas individuais com questões abertas, entrevistou gestantes fumantes e ex-fumantes que interromperam o hábito no período gestacional.²⁹ Esse estudo que entrevistou gestantes da rede pública de saúde teve como objetivo analisar e interpretar o que gestantes dependentes do tabaco pensam sobre os problemas relacionados e esse hábito. As gestantes relataram aumento no desejo de cessar o tabagismo durante a gestação, mas a maioria desconhecia as formas de tratamento existentes para este fim. O ganho de peso relacionado à cessação e o alívio da ansiedade relacionado ao uso do tabaco foram citados como fatores que desmotivam a cessação.²⁹ Os autores também identificaram que 92% das gestantes conhecem, apenas de forma superficial, os problemas pulmonares, 71% relataram que o cigarro causa “mal-estar e azia” e 42% delas relacionaram o cigarro à falta de fôlego. Segundo o relato das gestantes, interromper o tabagismo seria algo bom para o feto e recém nascido, pois, evitaria uma série de problemas como, danos pulmonares tanto para o feto como para o recém nascido, diminuição no fornecimento de oxigênio para o feto, redução de

crescimento e desenvolvimento e baixo peso e risco de prematuridade. Os autores ainda concluíram que as gestantes percebiam por parte da sociedade, uma atribuição de culpa por fumarem na gestação; entretanto, a maioria das entrevistadas convivia em ambientes familiares aonde o hábito de fumar era considerado prática comum e tacitamente aceita.²⁹

Levando em consideração a alta prevalência de tabagismo em gestantes, a agressiva publicidade e desenvolvimento de produtos derivados do tabaco dirigidos às mulheres e a falta de segurança na administração dos fármacos para a gestante tabagista, é salutar considerar a necessidade de desenvolvimento de abordagens com conteúdos específicos para tratar o tabagismo nesta população. Os fatores relacionados à manutenção do tabagismo durante o período gestacional estão bem estabelecidos na literatura, além disso, há alguns estudos que avaliam o uso de mídias eletrônicas para cessação do tabagismo em gestantes nos países desenvolvidos. Entretanto, são poucos os estudos que investigaram os conhecimentos sobre tabagismo deste grupo da população com o intuito de sugerir propostas de intervenção para cessação do tabagismo e nenhum estudo indica qual a mídia eletrônica mais apropriada para complementar futuras intervenções no Brasil. Portanto, os conhecimentos que esta população apresenta sobre o tema ainda precisam ser aperfeiçoados.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar as características e os conhecimentos relacionados ao tabagismo de gestantes e as mídias eletrônicas mais utilizadas por este grupo.

Objetivos Específicos

1- Identificar as informações relacionadas à exposição passiva, ao consumo ativo de cigarros e formas alternativas de tabaco.

2- Avaliar o grau de dependência da nicotina, o estágio de motivação relacionado à cessação de fumantes e ex-fumantes e os sintomas sugestivos de ansiedade e depressão de fumantes, ex-fumantes e não fumantes.

3- Identificar os fatores associados com o estado tabágico e com a iniciação, manutenção e cessação do tabagismo.

4- Avaliar os conhecimentos relacionados aos malefícios do tabagismo e aos benefícios da cessação.

INDIVÍDUOS E MÉTODOS

Casuística

As gestantes foram selecionadas entre aquelas que faziam pré-natal no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu e no Centro de Saúde Escola “Achilles Luciano Dellevedove” de Botucatu. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP) em 01 de Agosto de 2011, com o seguinte número de aprovação: 3947-2011 (Anexo 1). Gestantes foram convidadas e orientadas sobre os objetivos da pesquisa e foram incluídas no estudo após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específico (Anexos 2). Às menores de 18 anos, foi solicitado que os pais ou responsáveis também assinassem o TCLE. Foram realizadas entrevistas com 61 gestantes fumantes, ex-fumantes ou não-fumantes, no período de Agosto de 2011 a Junho de 2012. As ex-fumantes e não fumantes foram incluídas no estudo com o objetivo de identificar as razões pelas quais cessaram ou não iniciaram a dependência.

Delineamento

As entrevistas foram realizadas individualmente, em sala isolada e nos dias normais da rotina do ambulatório de pré-natal, de acordo com a ordem de chegada para a consulta. As gestantes foram orientadas sobre os objetivos, individualmente, na sala de espera para consulta de pré-natal. Aquelas que aceitaram o convite foram encaminhadas para entrevista individualizada.

Foi desenvolvido um protocolo de entrevista específico com questões relacionadas ao tabagismo (Anexo 3). As entrevistadas responderam as questões de forma livre e todo o conteúdo das respostas foi anotado pelo entrevistador e, posteriormente, analisado e agrupado em categorias. Dessa forma, as entrevistadas podem aparecer em mais de uma categoria de resposta para uma mesma questão.

Os instrumentos clássicos na avaliação do tabagista, como as características do tabagismo, a intensidade da dependência e a identificação de sintomas sugestivos de ansiedade e depressão foram incluídos no questionário (Anexo 4).

As questões relacionadas às características gerais do tabagismo como, fumo passivo, tabagismo nos grupos sociais, antecedentes familiares de doenças relacionadas,

conhecimentos básicos sobre tabagismo, além da escala de sintomas sugestivos de ansiedade e depressão foram direcionadas a todas as gestantes, fumantes, ex-fumantes e não fumantes. Entretanto, as questões relacionadas ao tabagismo ativo como, consumo de cigarros, tentativas anteriores de cessação, sintomas de abstinência, sinais, sintomas e doenças relacionadas ao tabagismo, além da identificação do estágio de motivação e do grau de dependência foram direcionadas às fumantes e ex-fumantes.

As gestantes responderam o questionário e o protocolo de entrevista mencionado sem identificação pessoal.

Instrumentos

O estado tabágico foi identificado e as gestantes foram avaliadas quanto às características do tabagismo por meio de questionário específico, de acordo com referências da literatura,^{30,31,32} contendo história tabágica, presença de doenças relacionadas, história social e familiar, fatores relacionados a iniciação do tabagismo e a gestação.

O grau de dependência de nicotina foi avaliado pelo teste de “*Fagerström*” e classificados em baixo (escores 0 – 4), moderado (escore 5) e elevado (escores 6 – 10).³³

A motivação foi identificada de acordo com o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente que descreve a prontidão para mudar de estágios de mudança pelos quais o indivíduo transita e classificados em pré-contemplação (não há intenção de cessar o tabagismo nos próximos seis meses), contemplação (há intenção de cessar o tabagismo nos próximos seis meses, porém sem data marcada), preparação (pretende cessar nos próximos dias), ação (cessou o tabagismo a seis meses ou menos) e manutenção (cessou o tabagismo a mais de seis meses).³⁴

Os sintomas sugestivos de ansiedade e depressão foram avaliados utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e classificados em improvável (escores 0 – 7), possível (escores 8 – 10) e provável (escores 11 – 21).³⁵

Análise Estatística

Para comparação de proporções entre dois grupos, fumantes e ex-fumantes, foi utilizado o Teste de diferença de proporções (χ^2) com poder de 80% e nível de significância de 5% por meio do pacote *SigmaPlot 11.0*. Para comparações de proporções que envolveram três grupos, fumantes, ex-fumantes e não fumantes, o mesmo teste foi utilizado, mas com aplicação de 2 a 2, ou seja, grupo A com grupo B, grupo A com grupo C e assim sucessivamente.

Nas comparações entre médias, foi utilizado o teste ANOVA de uma via seguido do teste de *Tukey* para comparação de pares, com poder de 80% e nível de significância de 5% por meio do *SigmaPlot for Windows 11.0 (Systat software, Inc.)*.

RESULTADOS

Características demográficas, gestacionais, do tabagismo e doenças associadas

A apresentação dos resultados deste estudo foi organizada da seguinte maneira: 1) as proporções referentes à coluna “Geral” das tabelas e figuras que apresentam os três grupos, fumantes, ex-fumantes e não fumantes foram calculadas com base no número total de indivíduos desta amostra (n= 61); 2) nas tabelas e figuras que apresentam dois grupos, fumantes e ex-fumantes, as proporções da coluna “Geral” foram calculadas com base no número total de sujeitos destes dois grupos (n= 49); 3) as proporções referentes aos grupos foram calculadas com base no número de indivíduos de cada categoria (linhas) e não ao total de cada grupo. Isto vale para todas as tabelas e figuras desta seção.

As características gerais das gestantes avaliadas no presente estudo estão apresentadas na Tabela 1. Em resumo, a maioria tem entre 19 e 35 anos (70,5%), 40,9% são fumantes ativas e 39,3% ex-fumantes. Em 59%, a escolaridade se concentra até o ensino fundamental completo, com distribuição similar entre os grupos. A exposição passiva ao fumo é elevada e, além disso, entre as gestantes que relataram presença de fumantes dentro de casa a proporção de fumantes (65,2%, p= 0,005) foi maior que as proporções dos demais grupos.

Tabela 1. Proporção de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: idade; estado civil; escolaridade; fumantes em casa; se fumantes em casa, fuma dentro de casa; fumantes nos grupos sociais; facilidade para ganhar ou perder peso

	Geral (n= 61)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 24)	Não Fumantes (n= 12)	p
Idade %					
12 – 18 anos	18,0	36,4	54,5	9,1	0,443
19 – 25 anos	32,8	50,0	20,0	30,0	
26 – 35 anos	37,7	39,1	43,5	17,4	
36 – 45 anos	11,5	28,6	57,1	14,3	
Estado civil %					
Solteira	32,8	40,0	40,0	20,0	0,623
Casada	60,7	43,2	35,1	21,7	
Separada	6,5	25,0	75,0	0,0	
Escolaridade %					
Analfabeta	3,2	50,0	50,0	0,0	0,587
Fundamental incompleto	27,9	47,0	35,3	17,7	
Fundamental	27,9	41,2	47,0	11,8	
Médio	27,9	41,2	23,5	35,3	
Superior	13,1	25,0	62,5	12,5	
Fumantes em casa %					
Não	36,1	31,8	59,1	9,1	0,116
Marido	49,2	50,0	23,3	16,7	
Pai, mãe, irmãos	14,7	33,3	44,4	22,3	
Fuma dentro de casa % *					
Sim	59,0	65,2a	17,4b	17,4b	0,005
Não	41,0	18,7a	43,7a	37,6a	
Fumantes no grupo %					
Casa de amigos e parentes	70,5	39,5	37,2	23,3	0,842
Escola	4,9	66,7	33,3	0,0	
Trabalho	4,9	33,3	66,7	0,0	
Não	19,7	41,7	41,7	16,6	
Facilidade para %					
Engordar	32,8	55,0	40,0	5,0	0,089
Emagrecer	14,7	11,1	44,4	44,5	
Nenhum	52,5	40,6	37,5	21,9	

p<0,05 – proporções seguidas de letras diferentes (a, b, c) diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções; * proporções referentes apenas às que relataram presença de fumantes em casa

As características das gestações anteriores e da atual estão apresentadas na Tabela 2. Entre as gestantes que relataram aborto, 31,2% eram fumantes e 43,7% ex-fumantes; daquelas que relataram má formação fetal como motivo de aborto, 60% eram fumantes e 40% ex-fumantes, sem diferença estatística entre os grupos. As gestantes que relataram “intoxicação” (31,2%) como motivo de aborto não souberam identificar a que tipo de intoxicação se referia. Entre as gestantes que utilizaram medicamentos anticoncepcionais ao longo da vida as proporções de fumantes e ex-fumantes foram maiores que a proporção de não fumantes (60% e 35% vs 5%, $p=0,049$).

Tabela 2. Proporção de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: semana da gestação atual; gestações anteriores; relato de aborto; em caso de aborto, motivo do aborto; uso de anticoncepcional ao longo da vida.

	Geral (n= 61)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 24)	Não Fumantes (n= 12)	p
Semana da gestação atual %					
Até 20 semanas	34,4	42,9	38,1	19,0	0,978
21 – 30 semanas	34,4	38,1	38,1	23,8	
Acima de 30 semanas	31,2	42,1	42,1	15,8	
Gestações Anteriores %					
Não	31,1	31,6	47,4	21,0	0,888
1 – 3 gestações	60,7	45,9	35,1	19,0	
4 – 7 gestações	8,2	40,0	40,0	20,0	
Algum aborto %					
Sim	26,2	31,2	43,7	25,1	0,631
Não	73,8	44,4	37,8	17,8	
Motivo do aborto % *					
Má formação fetal	31,2	60,0	40,0	0,0	0,388
Intoxicação	31,2	0,0	60,0	40,0	
Espontâneo	25,0	25,0	25,0	50,0	
Morte súbita	6,2	100,0	0,0	0,0	
Não sabe	6,4	0,0	100,0	0,0	
Uso de anticoncepcional %					
Sim	32,8	60,0a	35,0a	5,0b	0,049
Não	67,2	31,7a	41,5a	26,8a	

$p<0,05$ – proporções seguidas de letras diferentes (a, b, c) diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções; * proporções referentes apenas às que relataram aborto

As fumantes e ex-fumantes que fumaram em gestações anteriores somaram 51%, sem diferença entre os grupos ($p=0,319$).

As características relacionadas à prática de atividade física estão apresentadas na Tabela 3. A maioria das gestantes não pratica exercícios físicos (73,8%). Não havia presença de fumantes na prática de exercício em grupo para as gestantes estudadas.

Tabela 3. Proporção de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: prática de atividade física; prática individual ou em grupo; frequência da prática.

	Geral (n= 61)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 24)	Não Fumantes (n= 12)	p
Prática exercícios %					
Não	73,8	37,8	44,4	17,8	
Caminhada/corrida	24,6	53,3	26,7	20,0	0,219
Esporte com bola	1,6	0,0	0,0	100,0	
Tipo de Prática % *					
Individual	62,5	70,0	20,0	10,0	0,103
Grupo	37,5	16,7	33,3	50,0	
Frequência da Prática % *					
1 a 2 vezes	18,7	33,3	33,3	33,4	
3 a 5 vezes	56,2	55,5	33,3	11,2	0,512
Diária	25,1	50,0	0,0	50,0	

* proporções referentes apenas às que praticavam atividade física

A Tabela 4 mostra as características do tabagismo. Entre as gestantes que começaram a fumar com 9 a 12 anos a proporção de fumantes foi maior que a proporção de ex-fumantes (87,5% vs 12,5%, $p= 0,023$). A maioria das fumantes e ex-fumantes consumiam o cigarro diariamente (89,8%) e gastavam até R\$ 4,75 por maço de cigarros (87,8%). As ex-fumantes responderam as questões sobre as características do tabagismo referentes ao período em que fumavam.

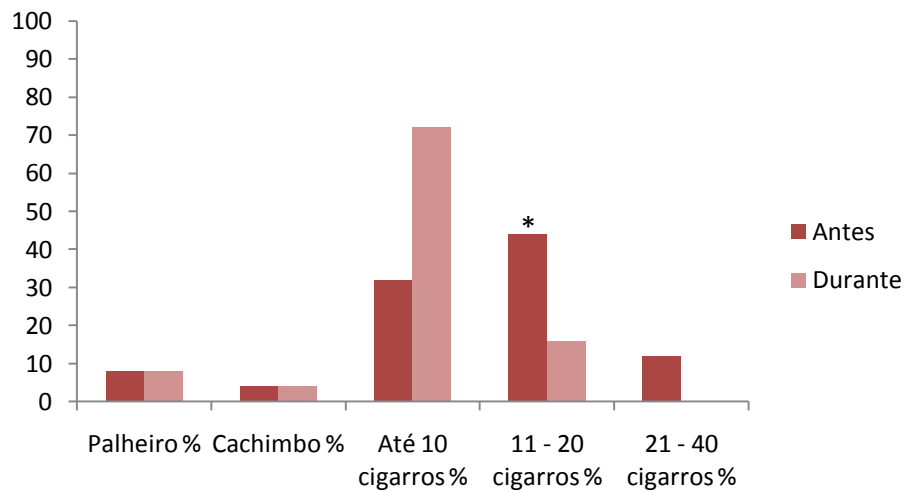
Tabela 4. Proporção de fumantes e ex-fumantes em cada categoria: idade de início; tipo de consumo; frequência de consumo; gasto mensal com cigarros; distribuição pelo preço dos maços; frequência com que tragavam a fumaça do cigarro.

	Geral (n= 49)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 24)	p
Idade de início				
9 – 12 anos	16,3	87,5a	12,5b	
13 – 16 anos	53,1	34,6a	65,4a	0,023
17 – 25 anos	30,6	60,0a	40,0a	
Frequência de consumo				
Diário	89,8	54,5	45,5	
Fim de semana	4,1	50,0	50,0	0,188
Ocasional	6,1	0,0	100,0	
Gasto mensal				
Até R\$ 50,00	63,3	61,3	38,7	
R\$ 51,00 – R\$ 150,00	30,6	40,0	60,0	0,076
R\$ 151,00 – R\$ 270,00	6,1	0,0	100,0	
Distribuição por preço dos maços				
Até R\$ 2,00	24,5	75,0	25,0	
R\$ 2,01 a R\$ 4,75	63,3	48,4	51,6	0,058
R\$ 5,00 ou mais	12,2	16,7	83,3	
Traga a fumaça				
Sempre	89,8	50,0	50,0	1,000
Às vezes/nunca	10,2	60,0	40,0	

$p<0,05$ – proporções seguidas de letras diferentes (a, b, c) diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções

A Figura 1 mostra o consumo de cigarros e outras formas de tabaco das fumantes antes e durante a gestação. Houve redução no número de cigarros, com diferença significativa entre os períodos pré e durante gestação no grupo de fumantes que fumavam de 11 a 20 cigarros por dia (de 44% para 16%, $p= 0,010$). Entretanto, as fumantes que utilizavam formas alternativas de tabaco não reduziram seu consumo durante a gestação.

Figura 1. Proporção de fumantes em cada categoria de consumo de cigarros por dia e formas alternativas de tabaco antes e durante a gestação.



* $p < 0,05$

A parte correspondente a formas alternativas de tabaco se refere a alguma experiência com um ou mais itens na Tabela 5, desde a simples experimentação até o consumo corrente. Pelo menos um quarto das gestantes relatou experiências com mais de uma forma alternativa de fumo. Entre essas formas, o cigarro com adição de sabor alcançou proporção de 51% de gestantes, sem diferença entre os grupos. Além disso, estão apresentadas as tentativas prévias de cessação (excluída aquela que resultou em abstinência nas ex-fumantes), o tempo máximo abstinente e os sintomas de abstinência referidos.

Tabela 5. Proporção de fumantes e ex-fumantes em cada categoria: formas alternativas de tabaco; tentativas prévias de cessação; tempo máximo abstinente; sintomas de abstinência.

	Geral (n= 49)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 24)	p
Outras formas de tabaco % *				
Cachimbo/charuto	10,2	80,0	20,0	0,206
Palha/mascado/aspirado	30,6	53,3	46,7	0,916
Narguilé	24,5	41,7	58,3	0,683
Bali	26,5	53,8	46,2	0,910
Eletrônico	4,1	100,0	0,0	0,333
Sabor	51,0	48,0	52,0	0,935
Tentativas prévias %				
Não	38,8	57,9	42,1	
1 – 2 vezes	55,1	48,1	51,9	0,662
3 ou mais vezes	6,1	33,3	66,7	
Tempo abstinente % **				
Até 6 meses	56,7	64,8	35,2	
7 – 12 meses	16,7	20,0	80,0	0,076
Acima de 12 meses	26,6	25,0	75,0	
Sintomas de Abstinência % *, **				
Irritação/agitação	55,1	51,8	48,2	0,937
Insônia	10,2	60,0	40,0	1,000
Tristeza	20,5	40,0	60,0	0,655
Aumento de apetite	34,7	52,9	47,1	0,921

* a soma das proporções na coluna "Geral" pode ultrapassar 100% pois um mesmo indivíduo pode estar presente em mais de uma categoria; ** proporções referentes apenas às que fizeram tentativas prévias

A Tabela 6 mostra os sinais, sintomas e doenças relacionadas ao tabagismo. O sintoma mais frequentemente relatado foi dispnéia (63,9%); entretanto, entre as gestantes que relataram o sintoma chiado a proporção de fumantes (87,5%, $p= 0,003$) foi maior que as proporções dos demais grupos. Entre aquelas que apresentavam hipertensão arterial sistêmica (HAS) todas eram fumantes e ex-fumantes ($p= 0,030$).

Tabela 6. Proporção de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: sinais e sintomas; doenças relacionadas ao tabaco.

	Geral (n= 61)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 24)	Não Fumantes (n= 12)	p
Sinais e Sintomas % *					
Tosse	26,2	50,0	12,5	37,5	0,072
Expectoração	11,5	57,1	14,3	28,6	0,223
Chiado	13,1	87,5 ^a	12,5 ^b	0,0 ^b	0,003
Dispnéia	63,9	43,6	35,9	20,5	0,088
Dor torácica	9,8	33,3	50,0	16,7	0,472
Tontura	34,4	38,1	47,6	14,3	0,062
Palpitação	19,7	41,7	33,3	25,0	0,687
Nenhum	19,7	33,3	41,7	25,0	0,687
Doenças relacionadas % *					
Diabetes	6,6	50,0	50,0	0,0	0,223
HAS	14,7	55,5 ^a	44,5 ^a	0,0 ^b	0,030
Asma	8,2	40,0	40,0	20,0	0,741
Obesidade	8,2	40,0	60,0	0,0	0,122
Insuficiência cardíaca congestiva	1,6	100,0	0,0	0,0	0,223
Insuficiência circulatória MMII	8,2	60,0	40,0	0,0	0,122
Alcoolismo	1,6	100,0	0,0	0,0	0,223
Nenhum	65,6	32,5	40,0	27,5	0,490

$p < 0,05$ – proporções seguidas de letras diferentes (a, b, c) diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções; * a soma das proporções na coluna “Geral” pode ultrapassar 100% pois um mesmo indivíduo pode estar presente em mais de uma categoria

Os antecedentes familiares de doenças e informações sobre o uso de medicação e realização de cirurgias estão apresentados na Tabela 7. Os antecedentes familiares indicam a presença freqüente de doenças, a maioria relacionada ao tabaco. As proporções de fumantes e ex-fumantes foram maiores que a de não fumantes entre aquelas que relataram antecedentes familiares de HAS (42,5% e 40,4% vs 17,1%, p= 0,014), Diabetes (40% e 42,5% vs 17,5%, p= 0,033) e DPOC (43,5% e 47,8% vs 8,7%, p= 0,008). Além disso, entre as gestantes que relataram antecedentes familiares de insuficiência circulatória de membros inferiores a proporção de fumantes (63,6%, p= 0,033) foi maior que as proporções dos demais grupos.

Tabela 7. Proporção de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: antecedentes familiares de doenças; uso de medicamentos; cirurgias realizadas.

	Geral (n= 61)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 24)	Não Fumantes (n= 12)	p
Antecedentes Familiares % *					
HAS	77,0	42,5a	40,4a	17,1b	0,014
Diabetes	65,6	40,0a	42,5a	17,5b	0,033
DPOC	37,7	43,5a	47,8a	8,7b	0,008
Insuficiência cardíaca congestiva	6,6	25,0	75,0	0,0	0,072
Insuficiência coronariana	36,1	45,4	40,9	13,7	0,053
Neoplasia	4,9	66,7	0,0	33,3	0,223
Insuficiência circulatória MMII	18,0	63,6a	18,2b	18,2b	0,033
Nenhum	9,8	16,7	16,7	66,6	0,105
Medicamentos %					
Ácido fólico	16,4	40,0	40,0	20,0	
Insulina	3,3	50,0	50,0	0,0	
Sertralina	1,6	0,0	100,0	0,0	0,952
Captopril	3,3	50,0	50,0	0,0	
Nenhum	75,4	41,3	37,0	21,7	
Cirurgias %					
Cesárea	23,0	50,0	35,7	14,3	
Retirada de vesícula	6,6	25,0	75,0	0,0	0,350
Retirada das trompas	3,3	0,0	100,0	0,0	
Nenhum	67,1	41,5	34,1	24,4	

p < 0,05 – proporções seguidas de letras diferentes (a, b, c) diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções; * a soma das proporções na coluna "Geral" pode ultrapassar 100% pois um mesmo indivíduo pode estar presente em mais de uma categoria

As gestantes em sua maioria não faziam uso de medicação (75,4%) e a cesareana foi a cirurgia mais relatada (23%), sem diferença entre os grupos.

A classificação dos escores da escala HAD relativa aos sintomas sugestivos de ansiedade e depressão estão apresentados na Tabela 8. Aproximadamente 40% das gestantes apresentaram escores compatíveis com nível possível e provável de ansiedade e para o nível possível e provável de depressão as proporções passaram de 20%, sem diferença entre os grupos.

Tabela 8. Proporção de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: níveis de ansiedade e depressão de acordo com os escores obtidos na escala HAD.

	Geral (n= 61)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 24)	Não Fumantes (n= 12)	P
Ansiedade %					
Improvável	60,7	35,1	45,9	19,0	0,314
Possível	18,0	45,4	45,4	9,2	
Provável	21,3	53,8	15,4	30,8	
Depressão %					
Improvável	78,7	37,5	43,7	18,8	0,358
Possível	13,1	37,5	37,5	25,0	
Provável	8,2	80,0	0,0	20,0	

Níveis de ansiedade e depressão Improvável (escore: 0 – 7); Possível (escore: 8 – 10); Provável (escore: 11 – 21)

Na comparação entre os estágios de motivação, maior proporção de fumantes foi encontrada no estágio pré-contemplativo do que no contemplativo (68% vs 32%, $p=0,024$), 54,2% das ex-fumantes encontravam-se no estágio de manutenção e 45,8% no de ação, sem diferença estatística. A maioria das fumantes (60%) e ex-fumantes (58,3%) apresentavam grau baixo de dependência de nicotina, sem diferença entre os grupos.

Conhecimentos sobre prejuízos do tabagismo para a gestação, para o feto e vantagens da cessação.

As tabelas a seguir apresentam os resultados do protocolo de entrevista especificamente desenvolvido para as gestantes. As gestantes avaliadas tinham em média $1,7 \pm 1,1$ filhos, sem diferença entre os grupos ($p= 0, 993$) e a maioria deles (56%) tinham entre 6 e 15 anos.

Os conhecimentos das gestantes sobre os prejuízos do tabaco para a saúde, gestação e economia estão detalhados na Tabela 9. Entre aquelas que não souberam identificar os inconvenientes do tabaco as proporções de fumantes e ex-fumantes foram maiores que a proporção de não fumantes (42,9% e 42,9% vs 14,2%, $p= 0,014$). As proporções de gestantes que souberam identificar os malefícios do tabaco foram baixas; 29,6% relataram os problemas pulmonares, 4,9% cardiovasculares e apenas 1,6% câncer, porém sem diferença entre os grupos. Além disso, entre as gestantes que relataram que o uso do tabaco não traz prejuízos à saúde a proporção de fumantes (80%, $p= 0,020$) foi maior que as proporções dos demais grupos.

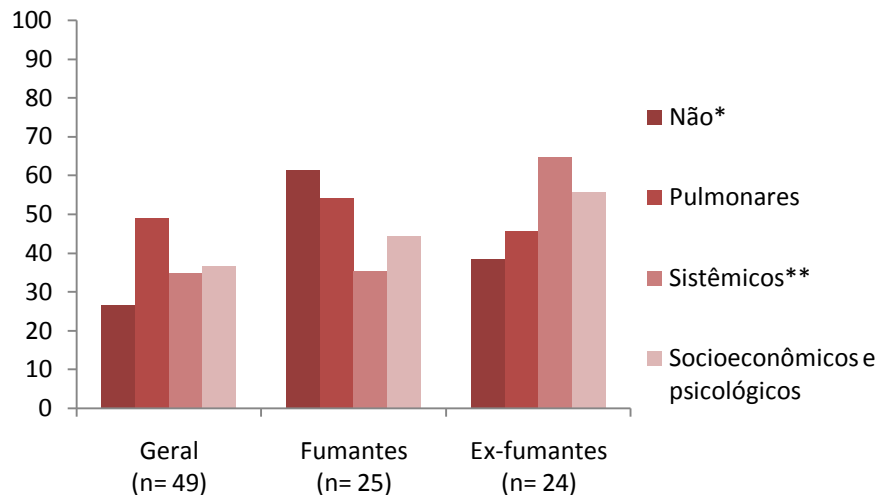
Tabela 9. Proporção de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: conhecimento das gestantes sobre as conseqüências da exposição à fumaça do cigarro.

	Geral (n= 61)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 24)	Não fumantes (n= 12)	p
Sim mas não sabe quais % *	57,4	42,9a	42,9a	14,2b	0,014
Sim % *					
Pulmonares	29,6	33,3	38,9	27,8	0,773
Cardiovasculares	4,9	33,3	66,7	0,0	0,223
Câncer	1,6	100,0	0,0	0,0	0,223
Socioeconômicos	9,8	33,3	50,0	16,7	0,472
Gestacionais	18,0	18,2	54,5	27,3	0,169
Não traz prejuízos % *	8,2	80,0a	0,0b	20,0b	0,020

$p < 0,05$ – proporções seguidas de letras diferentes (a, b, c) diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções; * a soma das proporções na coluna “Geral” pode ultrapassar 100% pois um mesmo indivíduo pode estar presente em mais de uma categoria

A Figura 2 apresenta a distribuição das vantagens da cessação em categorias. Os benefícios da cessação são bem conhecidos, porém sem diferença entre os grupos ($p=0,884$). Entretanto, das gestantes que não conhecem ou não perceberam vantagens na cessação do tabagismo (26,5%), 61,5% eram fumantes e 38,5% ex-fumantes, sem diferença entre os grupos ($p=0,884$).

Figura 2. Proporções de fumantes e ex-fumantes em cada categoria: conhecem ou não as vantagens da cessação; classificação das vantagens conhecidas.



A soma das proporções na coluna "Geral" pode ultrapassar 100% pois um mesmo indivíduo pode estar presente em mais de uma categoria; * Não: não conhece as vantagens/não percebeu nenhuma vantagem/engorda mais se não fumar; ** Sistêmicos: melhora do olfato, do paladar e do sistema imunológico

Os conhecimentos das gestantes sobre os prejuízos do tabaco para o feto estão detalhados na Tabela 10. Houve distribuição proporcional entre os grupos nas categorias de prejuízos apresentadas, mas a proporção de gestantes que não souberam identificar as conseqüências é alta (39,3%). Entretanto, as proporções de gestantes que conhecem as conseqüências do tabagismo para o feto foram baixas; 31,1% relataram os problemas pulmonares e apenas 23% gestacionais como, baixo peso e estatura e má formação, sem diferença entre os grupos. Além disso, número considerável de gestantes (11,5%), principalmente fumantes (57,1%), acredita que o tabaco não causa prejuízos ao feto.

Tabela 10. Proporção de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: conhecimentos das gestantes sobre as conseqüências da exposição à fumaça do cigarro para o feto.

	Geral (n= 61)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 24)	Não fumantes (n= 12)	p
Sim mas não sabe quais % *	39,3	25,0	50,0	25,0	0,105
Sim % *					
Pulmonares	31,1	47,4	26,3	26,3	0,283
Gestacionais	23,0	42,9	42,9	14,2	0,180
Dependência Nicotínica	14,7	44,4	33,3	22,3	0,606
Não traz prejuízos % *	11,5	57,1	28,6	14,3	0,223

*a soma das proporções na coluna "Geral" pode ultrapassar 100% pois um mesmo indivíduo pode estar presente em mais de uma categoria

A Figura 3 mostra que a maioria das gestantes (65%) não acredita que mais conhecimento e informação sobre as consequências do tabagismo motivem a cessação, sem diferença entre os grupos ($p= 0,661$). Entretanto, a Figura 4 mostra entre as gestantes que gostariam de obter mais conhecimento sobre os prejuízos do tabaco no pré-natal, as proporções de fumantes e ex-fumantes foram maiores que a proporção de não fumantes (52,5% e 42,5% vs 5%, $p= 0,002$).

Figura 3. Proporção de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: conhecimento e informação sobre as consequências do tabagismo motivam ou não a cessação.

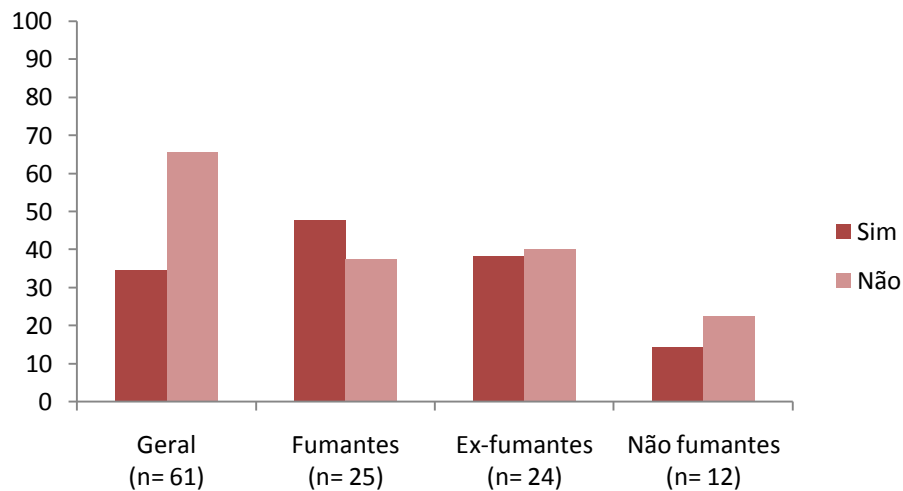
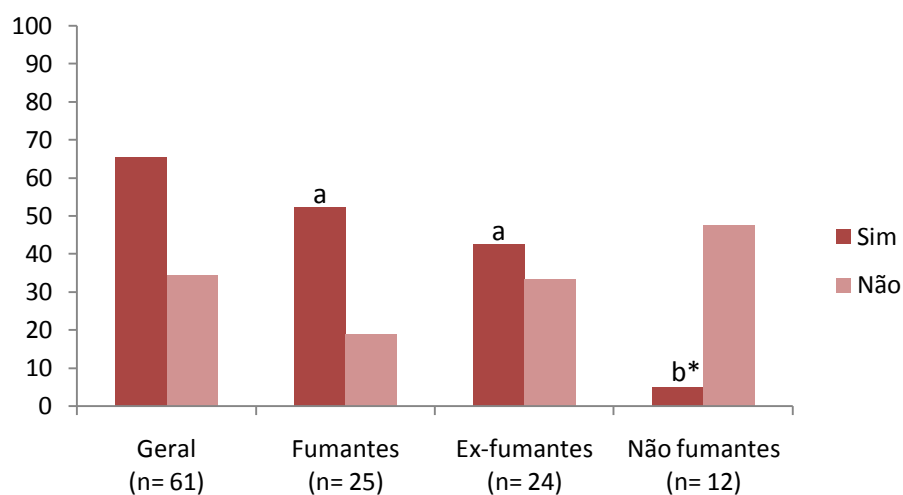


Figura 4. Proporções de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: gostariam ou não de ter mais conhecimento sobre as consequências do tabagismo durante a gestação.



* $p < 0,05$ – proporções seguidas de letras diferentes (a, b, c) diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções

Conhecimento sobre os fatores associados à iniciação, cessação e não iniciação do tabagismo e as mídias eletrônicas favoritas para utilização e diversão.

Os motivos da iniciação e manutenção do tabagismo estão apresentados na Tabela 11. Entre as gestantes que acreditavam que o fato de parentes pedirem para ascender o cigarro seria um motivo para iniciação do hábito de fumar, todas eram fumantes ($p= 0,008$). Além disso, entre aquelas que acreditavam que as pessoas começam a fumar por curiosidade a proporção de ex-fumantes foi maior que a proporção de fumantes (72,2% vs 27,8%, $p= 0,020$). Com relação aos motivos da manutenção do tabagismo, entre aquelas que relataram que as pessoas continuam a fumar por vício/dependência a proporção de fumantes foi maior que a proporção de ex-fumantes (70,8% vs 29,2%, $p= 0,003$). Entre as gestantes que não souberam identificar o(s) motivo(s) da manutenção do tabagismo, apenas ex-fumantes foram encontradas ($p= 0,003$).

Tabela 11. Proporções de fumantes e ex-fumantes em cada categoria: motivos pelos quais as pessoas começam e continuam a fumar.

	Geral (n= 49)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 24)	p
Por que começam % *				
Influência de amigos	63,3	58,1	41,9	0,310
Influência dos pais	16,3	50,0	50,0	1,000
Parentes pediam para ascender	10,2	100,0	0,0	0,008
Curiosidade	36,7	27,8	72,2	0,020
Por que continuam %				
Vício/dependência	49,0	70,8a	29,2b	
Prazer	12,2	33,3a	66,7a	
Estresse/ansiedade	18,4	66,7a	33,3a	0,003
Influência de amigos	4,1	0,0a	100,0a	
Não sabe	16,3	0,0a	100,0b	

$p<0,05$ – proporções seguidas de letras diferentes (a, b, c) diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções; * a soma das proporções na coluna “Geral” pode ultrapassar 100% pois um mesmo indivíduo pode estar presente em mais de uma categoria

Entre as ex-fumantes, 50% cessaram o tabagismo motivadas pelo período gestacional, 20,8% por influência da família e 16,7% por orientação médica e 12,5% não souberam identificar o(s) motivo(s) da cessação. Entre as não fumantes, 66,7% não iniciaram o tabagismo por falta de interesse e por que o cheiro não agradava e 66,7% não iniciaram o tabagismo por preocupação com o desenvolvimento de doenças. A soma das proporções pode ultrapassar 100% pois as gestantes podem estar presentes em mais de uma categoria.

A Tabela 12 mostra as características do uso de bebida alcoólica e sua relação com o consumo do tabaco. Número considerável de gestantes fazia uso do álcool durante a gestação (42,9%) e dessas, 85,7% aumentava o consumo de cigarros quando bebia, porém sem diferença entre os grupos. As ex-fumantes responderam referente ao período que fumavam.

Tabela 12. Proporções de fumantes e ex-fumantes em cada categoria: consumo de álcool; frequência de consumo; ocorre aumento de consumo de tabaco, entre as que consomem álcool.

	Geral (n= 49)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 24)	p
Consome Álcool %				
Sim	42,9	52,4	47,6	0,902
Não	57,1	50,0	50,0	
Frequência % *				
Ocasional	76,2	50,0	50,0	
Semanal	14,3	33,3	66,7	0,318
Diária	9,5	100,0	0,0	
Fuma mais quando consome % *				
Sim	85,7	55,5	44,5	0,739
Não	14,3	33,3	66,7	

*proporções referentes apenas às que consumiam álcool

Aproximadamente metade das fumantes (44%) e ex-fumantes (58,3%) trabalham fora de casa e a maioria das fumantes (64%) e ex-fumantes (50%) fuma ou fumava durante o trabalho, sem diferença entre os grupos ($p= 0,483$).

O estudo tinha como objetivo avaliar as formas de mídia que as gestantes mais se identificavam e usavam no seu cotidiano. A Tabela 13 mostra que a TV ainda é a forma mais disponível (85,2%) e favorita (49,2%) para diversão das gestantes. O uso preferencial da *internet* ainda é restrito nesta população (34,4%), principalmente entre as fumantes (19%), sem diferença entre os grupos.

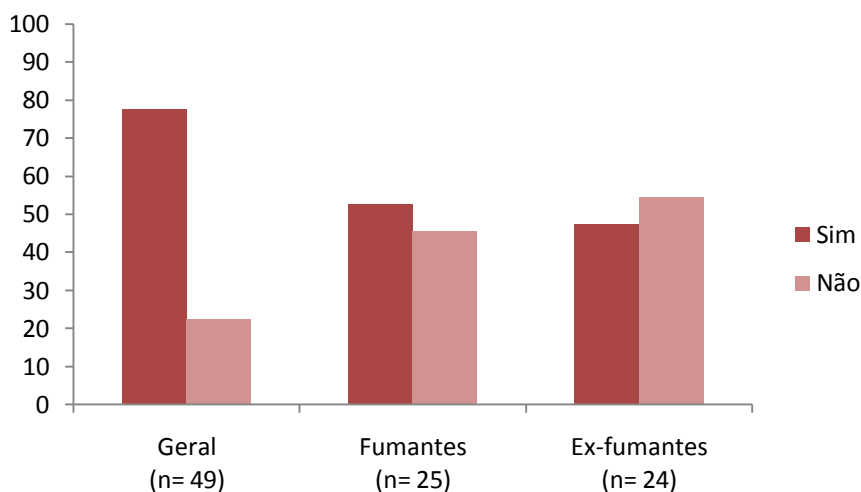
Tabela 13. Proporção de fumantes, ex-fumantes e não fumantes em cada categoria: equipamentos eletrônicos que utilizam e tem disponível; diversão eletrônica favorita.

	Geral (n= 61)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 24)	Não fumantes (n= 12)	p
Utiliza e Tem disponível % *					
TV	85,2	36,5	42,3	21,2	0,061
Rádio	62,3	36,8	42,1	21,1	0,082
DVD	36,1	45,4	40,9	13,7	0,053
Internet pelo PC	65,6	30,0	45,0	25,0	0,142
Internet pelo Celular	19,7	41,7	41,7	16,6	0,325
Favorita % *					
TV	49,2	43,3	36,7	20,0	0,142
Rádio	24,6	20,0	46,7	33,3	0,301
DVD	9,8	50,0	16,7	33,3	0,472
Internet pelo PC	34,4	19,0	42,9	38,1	0,223
Internet pelo Celular	8,2	60,0	20,0	20,0	0,301

* a soma das proporções na coluna "Geral" pode ultrapassar 100% pois um mesmo indivíduo pode estar presente em mais de uma categoria

A Figura 5 mostra que a gestação estimula o desejo de cessar o tabagismo de acordo com a população estudada (77,5%), sem diferença entre os grupos ($p= 0,939$).

Figura 5. Proporção de fumantes e ex-fumantes em cada categoria: aumento ou não no desejo de cessar o tabagismo durante a gestação.



A Tabela 14 mostra que das gestantes que conheciam os medicamentos destinados à cessação do tabagismo, 100% eram fumantes ($p= 0,002$) e que entre as gestantes que não conhecem os tipos de auxílio para cessação do tabagismo, 57,9% são ex-fumantes, sem diferença entre os grupos.

Tabela 14. Proporção de fumantes e ex-fumantes em cada categoria: tipos de auxílio para cessação que as gestantes conhecem, segundo auto-relato.

	Geral (n= 49)	Fumantes (n= 25)	Ex-fumantes (n= 24)	p
Tipos de auxílio que conhece % *				
Medicamento	12,2	100,0	0,0	0,002
Orientação e informação	12,2	83,3	16,7	0,080
Exercício físico	4,1	50,0	50,0	1,000
Não conhece os tipos de auxílio	77,5	42,1	57,9	0,251

$p<0,05$; * a soma das proporções na coluna "Geral" pode ultrapassar 100% pois um mesmo indivíduo pode estar presente em mais de uma categoria

*Nenhuma ex-fumante recebeu auxílio para cessar o tabagismo.

DISCUSSÃO

O objetivo principal do presente estudo foi identificar os conhecimentos relacionados ao tabagismo que são particularmente importantes para gestantes e as mídias eletrônicas que são mais utilizadas por esta população. Os principais achados foram: a alta prevalência de tabagismo ativo e passivo e conhecimentos limitados sobre as conseqüências do tabagismo para a gestação, para o feto/recém nascido e sobre as vantagens da cessação. Além disso, as informações sobre os motivos para manutenção do tabagismo foram inconsistentes.

O presente estudo encontrou prevalência de gestantes fumantes de 40,9% e a situação de fumante passiva também é considerada elevada. Além disso, 59% das gestantes têm marido e/ou familiares que fumam dentro de casa, ou seja, em ambiente fechado. Por outro lado, das gestantes cujo marido e/ou familiares não fumam em casa, 59,1% são ex-fumantes. De acordo com a literatura, houve aumento na prevalência de tabagismo ativo entre gestantes de 19,2% em 2009¹¹ para 23,3% em 2011.¹² Alguns estudos mostraram que a situação de fumante passiva também é alta entre as gestantes entrevistadas.^{10,27} Outros estudos ainda concluíram que há tendência à cessação em gestantes com maridos não fumantes.^{14,15,16} Os dados do presente estudo podem não somente justificar esta conclusão encontrada na literatura como também, qualificar o marido não fumante como fator facilitador da cessação do tabagismo. Além disso, da mesma forma que os adolescentes, pode ser que as gestantes fumantes e ex-fumantes tenham atendido ao chamado interessadas nos objetivos da pesquisa declarados no ato do convite de participação.

No presente estudo, 11,5% das gestantes apresentaram idades entre 36 e 45 anos, considerada avançada para gestação segundo Johnston e colaboradores.³⁶ As gestantes apresentavam baixo nível de escolaridade com 55,8% delas referindo até o ensino fundamental e 3,2% são analfabetas. Além disso, o alcoolismo foi relatado por 1,6% das gestantes e 42,9% das fumantes e ex-fumantes consumiram bebidas alcoólicas durante a gestação sendo que 85,7% dessas relataram aumento no consumo de cigarros estimulado pela ingestão de bebida alcoólica. Esses achados estão de acordo com vários estudos que apontaram associações positivas entre tabagismo na gestação, baixa escolaridade,^{14,27} idade avançada da gestante,¹³ e uso de bebida alcoólica.^{13,14,15,16} Freire e colaboradores também mostraram que o fumo durante a gestação foi fortemente

associado ao uso de álcool, sendo que 31,3% das gestantes fumantes fizeram uso concomitante de bebida alcoólica.³⁷ Na comparação do consumo de álcool entre gestantes fumantes, ex-fumantes e não fumantes, Kroef e colaboradores mostraram que as fumantes e ex-fumantes consumiram mais bebidas alcoólicas que as não fumantes.¹³

No presente estudo, as conseqüências do tabagismo para o período gestacional não são bem conhecidas pelas gestantes; 57,4% sabem que o cigarro faz mal à saúde, mas não sabem especificar os tipos de doenças associadas ao tabaco. Apenas 29,6% delas conhecem os prejuízos pulmonares e 4,9% os cardiovasculares. Além disso, 8,2% das gestantes entrevistadas relataram que o tabagismo não causa nenhum inconveniente para a própria saúde. Os conhecimentos sobre os prejuízos ao feto e recém nascido também são bastante restritos. Apenas 31,1% das gestantes conhecem os danos pulmonares e 23% os gestacionais (prematuridade, baixo peso e estatura e má formação congênita). Tragicamente, 11,5% das gestantes acreditam que o tabagismo não causa malefícios ao feto/recém nascido. Os achados sobre os prejuízos para a gestante estão de acordo com alguns estudos que mostraram que elas conhecem apenas superficialmente as conseqüências do hábito de fumar durante o período gestacional.^{27,28} Entretanto, estudo mostrou que as gestantes conseguiram especificar melhor os prejuízos: 92% relataram que o tabagismo causa problemas respiratórios, 71% mal-estar e azia e 42% falta de fôlego.²⁹ Em contraste com nosso trabalho, a literatura mostra que as gestantes são mais informadas sobre os problemas relacionados ao feto/recém nascido. Alguns dos relatos de malefícios ao feto e recém nascido que aparecem com mais freqüência nos estudos são: problemas pulmonares, prematuridade, baixo peso e estatura e má formação ao nascer.^{27,28,29}

No presente estudo, o vício foi relatado por 49% das gestantes, principalmente fumantes, como principal fator de manutenção do tabagismo. O alívio do estresse e da ansiedade atribuído ao uso do cigarro foi relatado por 18,4% das gestantes entrevistadas. Entretanto, 16,3% não souberam identificar nenhum motivo para manter o tabagismo, o que reforça a falta de conhecimento neste aspecto. Possato e colaboradores também identificaram o vício como fator de manutenção do tabagismo relatado pelas gestantes.²⁸ Além disso, a literatura mostra que o ganho de peso relacionado à abstinência,²⁸ o favorecimento de vínculos sociais²⁸ e alívio da ansiedade relacionados ao tabagismo^{28,29} também foram relatados pelas gestantes como fatores que desmotivam a cessação.

Entre as formas alternativas de consumo do tabaco, 51% das fumantes e ex-fumantes do presente estudo tiveram alguma experiência com os cigarros com adição de sabores. Além disso, 26,5% delas relataram alguma experiência com o cigarro de Bali ou de cravo e 24,5% com o narguilé, que também permite adição de essências de diversos sabores. A prevalência dessas formas de consumo do tabaco em gestantes não é conhecida na literatura. Entretanto, estudos nacionais e internacionais abordam a questão das estratégias da indústria do tabaco relacionadas às adições no cigarro convencional com o objetivo de atrair novos consumidores, principalmente mulheres e jovens.^{38,39} Além disso, pesquisas mostram que as adições das formas alternativas de tabaco apresentam malefícios próprios, como o poder cancerígeno do açúcar quando inalado.^{26,39}

De acordo com os relatos da maioria das gestantes do presente estudo, o período gestacional promove aumento de estímulo para cessar o tabagismo. De fato, metade das ex-fumantes cessou o tabagismo motivada pela gestação. Paradoxalmente, 77,5% das fumantes e ex-fumantes entrevistadas não conhecem os tipos de auxílio para cessação. Fontanella e Secco identificaram em estudo exploratório que as gestantes relataram aumento no desejo de cessar o tabagismo, promovido espontaneamente pelo período gestacional.²⁹ Dois estudos apresentaram relatos sobre o sentimento de culpa das gestantes por fumarem durante a gestação e a atribuição de culpa por parte da sociedade percebida por elas.^{28,29} Além disso, um estudo mostrou que as gestantes desconhecem as formas de auxílio disponíveis para cessação do tabagismo.²⁹ Esse aumento no desejo de cessar o tabagismo pode ser explicado não somente pelas mudanças no organismo, atribuídas ao período gestacional especificamente, mas também por sentimentos despertados pela responsabilidade de gerar uma vida.

No presente estudo, 39,3% das gestantes apresentaram escores compatíveis com sintomas sugestivos e alta probabilidade de ansiedade. Além disso, 21,3% das gestantes apresentaram escores compatíveis com o nível possível e provável de depressão segundo a escala HAD. De fato, a literatura concorda que a gestação é fase da vida onde é comum a presença de distúrbio de ansiedade.^{17,18,19,40} Além disso, os estudos mostram que um dos fatores dificultadores da cessação mais presente nas mulheres é a depressão, e que o período gestacional pode acentuar ainda mais esse distúrbio.^{17,41} Alguns estudos mostram que a depressão durante o período gestacional é referida como angústia, conflito de emoções e incertezas relacionadas ao futuro justificados também pelas

alterações hormonais comumente observadas neste período.^{14,41,42} Entretanto, Park e Solomon mostraram associação positiva entre sintomas de depressão no final da gestação e recaída no período pós-parto em mulheres que cessaram o tabagismo espontaneamente durante a gestação.^{41,42}

No presente estudo, 32,8% das gestantes fizeram uso de anticoncepcionais ao longo da vida e dessa, 60% eram fumantes e 35% ex-fumantes. Os estudos mostram que o uso de medicamentos anticoncepcionais é comum entre as mulheres brasileiras^{43,44} e o Instituto Nacional do Câncer aponta para o aumento no risco de doenças como infarto do miocárdio, embolia pulmonar e tromboflebite em mulheres jovens que usam estes medicamentos e fumam.⁴⁵ O período gestacional pode tornar esta associação ainda mais perigosa e reforça a necessidade de orientação das gestantes do presente estudo, com informações específicas para essa questão.

Além de identificar os conhecimentos sobre tabagismo que são particularmente relevantes para as gestantes, o presente estudo objetivou identificar as mídias eletrônicas de preferência desta população com o intuito de complementar futuras propostas de tratamento. A televisão, o computador com acesso a *internet* e o rádio são as mídias eletrônicas mais utilizadas para se informar; entretanto, a televisão é a diversão eletrônica favorita. A literatura mostra que mensagens eletrônicas enviadas por telefone celular com aconselhamentos sobre cessação do tabagismo direcionados a gestantes e a interação entre gestantes tabagistas por meio de redes sociais na *internet* com o objetivo de discutir sobre tabagismo e cessação são efetivas.^{46,47} Entretanto, Bot e colaboradores avaliaram as diferenças no acesso a *internet* em gestantes com níveis educacionais diferentes e mostraram que as gestantes com baixo nível educacional se interessaram menos em receber mensagens eletrônicas sobre promoção da saúde do que aquelas com nível educacional mais favorecido.⁴⁸ Com relação ao interesse das gestantes em adquirir mais conhecimento sobre tabagismo, opinião controversa foi encontrada entre as gestantes do presente estudo; 65% delas não acreditam que ter conhecimento sobre tabagismo motive a cessação; entretanto, quando questionadas sobre se gostariam de receber mais informações sobre tabagismo, 65% delas responderam “sim”.

As gestantes entrevistadas faziam acompanhamento no Hospital das Clínicas de Botucatu que presta atendimento, quase que na totalidade, às gestantes de alto risco. Isto

pode ter super estimado os dados de prevalência de fumo ativo e representa a principal limitação deste estudo.

CONCLUSÕES

- A prevalência de fumo ativo e a exposição passiva à fumaça do cigarro são elevadas.
- As formas alternativas de uso do tabaco são bem conhecidas e, além disso, o consumo de cigarros com adição de sabores é elevado entre as gestantes.
- O baixo nível educacional, a idade avançada, a situação conjugal e o uso de bebidas alcoólicas parecem ter relação com o consumo de tabaco entre as gestantes.
- A presença de fumantes no convívio social e no ambiente familiar influenciou a iniciação e favorece a manutenção do tabagismo entre as gestantes.
- Os conhecimentos sobre tabagismo, malefícios para a saúde da gestante e do feto/recém nascido e vantagens da cessação não são uniformes ou completos e em alguns pontos são equivocados.
- Os sintomas de ansiedade e depressão podem ter favorecido a manutenção do tabagismo no período gestacional.
- O uso de anticoncepcional é freqüente entre as gestantes, principalmente as fumantes e ex-fumantes.
- A televisão é a mídia eletrônica mais utilizada e favorita para diversão entre as gestantes.

As conclusões do presente estudo permitem indicar os seguintes desdobramentos:

- É necessário que seja reformulado o conceito das gestantes sobre os riscos de utilização e o poder de dependência química das formas alternativas de uso do tabaco, principalmente os cigarros com adição de sabores.
- Há necessidade de desenvolvimento de abordagem com conteúdo adequado e direcionado especificamente para gestantes com envolvimento da família.
- É fundamental que se considere o importante papel das mídias eletrônicas e que o desenvolvimento de abordagem direcionada para gestantes contenha, de forma complementar, material adaptado para ser veiculado por meio de vídeos televisivos.

REFERÊNCIAS

1. Martinez LC, Ferriani MGC. Relación entre lãs características de la adolescente embarazada y la resistẽncia al consumo de droga. *Rev Latino-am Enferm.* 2004; 12(n. esp):333-9.
2. US Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. The health benefits of smoking cessation: a report of The Surgeon General. Rockville: US. Dept. of Health and human services, Public health service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1990.
3. Einarson A, Riordan S. Smoking in pregnancy and lactation: a review of risks and cessation strategies. *Eur J Clin Pharmacol.* 2009; 65(4):325-30.
4. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav.* 1978; 3(3-4):235-41.
5. Del Ciampo LA, Ricco RG, Almeida CA. Aleitamento materno: passagens e transferências mãe-filho. São Paulo: Atheneu; 2004.
6. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
7. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
8. WHO [internet]. Tobacco Free Initiative. [citado 07/2012]. Disponível em: <http://www.who.int/freeinitiative>
9. Floyd RL, Zahniser SC, Gunter EP, Kendrick JS. Smoking during pregnancy: Prevalence, effects and interventions strategies. *Birth.* 2007; 18(1):48-53.
10. Horta BL, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Menezes AMB. Tabagismo em gestantes de área urbana da região sul do Brasil, 1982 e 1993. *Rev Saúde Pública.* 1997; 31(3):247-53.
11. Del Ciampo LA, Ricco RG, Ferraz IS, Daneluzzi JC, Martinelli Jr CE. Prevalência de tabagismo e consumo de bebida alcoólica em mães de lactentes menores de seis meses de idade. *Rev Paul Pediatr.* 2009; 27(4):361-5.
12. Zang L, Gonzalez-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Beskow B, Larentis N, et al. Tabagismo materno durante a gestação e medidas antropométricas do recém-nascido: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(9):1768-76.

13. Kroef LR, Mengue SS, Schmidt MI, Duncan BB, Favaretto ALF, Nucci LB. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(2):261-7.
14. Motta GCP, Echer IC, Lucena AF. Fatores associados ao tabagismo na gestação. *Rev Latino-am Enferm*. 2010; 18(4):1-8.
15. Reis LG, Silva CJ, Trindade A, Abrahão M, Silva VA. Women who smoke and stop during pregnancy: who are they? *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2008; 8(2):217-21.
16. Lu Y, Tong S, Oldenburg B. Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy. *Health Promot Int*. 2001; 16(4):355-65.
17. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (3): CD001055 DOI: 10.1002/14651858
18. Reichert J, Araujo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2008; 34(10):845-80.
19. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes clínicas na saúde suplementar – tabagismo. *Rev Assoc Med Bras*. 2011; 56(4):375-93.
20. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; (1): CD000146 DOI: 10.1002/14651858. CD000146.pub3
21. Reid RD, Mullen KA, Slovinec D'angelo ME, Aitken DA, Papadakis S, Haley PM, et al. Smoking cessation for hospitalized smokers: an evaluation of the “Ottawa Model”. *Nicotine Tob Res*. 2010; 12(1):11-8.
22. Coleman T. ABC of smoking cessation: special groups of smokers. *BMJ*. 2004; 328(7439):575-7.
23. West R, Mc Neill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. *Thorax*. 2000; 55(12):987-99.
24. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services Public Health Service; 2008.
25. Viegas CAA. Formas não habituais de uso do tabaco. *J Bras Pneumol*. 2008; 34(12):1069-73.
26. ANVISA [internet]. Derivados do Tabaco [citado 12/2012]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>
27. Razov T, Fiss E, Catherino P, Perestrelo MI, Nomura M. Hábito de fumar das gestantes e parturientes de um hospital universitário e seus conhecimentos sobre os efeitos do fumo em fetos e lactentes. *Arq Med ABC*. 2004; 29(1):28-36.

28. Possato M, Parada CMGL, Tonete VLP. Representação de gestantes tabagistas sobre o uso do cigarro: estudo realizado em hospital do interior paulista. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(3):434-40.
29. Fontanella BJB, Secco KND. Gestação e tabagismo: representações e experiências de pacientes de unidades de saúde da família. *J Bras Psiquiatr*. 2012; 61(3):168-75.
30. Panday S, Reddy SP, Bergström E. A qualitative study on the determinants of smoking behaviour among adolescents in South Africa. *Scand J Public Health*. 2003; 31(3):204-10.
31. Godoy I, Tanni SE, Coelho LS, Martin RSS, Parenti LC, Andrade LM, et al. Programa de cessação de tabagismo como ferramenta para o diagnóstico precoce de doença pulmonar obstrutiva crônica. *J Bras Pneumol*. 2007; 33(3):282-6.
32. Caram LMO, Ferrari R, Tanni SE, Coelho LS, Godoy I, Martin RSS, et al. Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2009; 35(10):980-5.
33. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991; 86(9):1119-27.
34. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav*. 1982; 7(2):133-42.
35. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67(6):361-70.
36. Johnston Jr RB, Williams MA, Hogue CJR, Mattison DR. Overview: new perspectives on the stubborn challenge of preterm birth. *Pediatr Perinat Epidemiol*. 2001; 15(2):3-6.
37. Freire K, Padilha PC, Saunders C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(7):335-41.
38. INCA [internet]. Jovem e mulher na mira da indústria [citado 12/2012]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/jovem/mulher/tabaco>
39. Heaton CG, Beck SE, Cartwright J, Vallore DM. Prohibiting menthol in tobacco products: a policy whose time has come. *Addiction*. 2010; 105(s1):5-7.
40. Zvolensky MJ, Stewart SH, Vujanovic A, Gavic D, Steeves D. Anxiety sensitivity and anxiety and depressive symptoms in the prediction of early smoking lapse and relapse during smoking cessation treatment. *Nicotine Tob Res*. 2009; 11(3):323-33.
41. Park ER, Chang Y, Quinn V, Regan S, Cohen L, Viguera A, et al. The association of depressive, anxiety and stress symptoms and postpartum relapse to smoking: A longitudinal study. *Nicotine Tob Res*. 2009; 11(6):707-14.

42. Solomon LJ, Higgings ST, Heil, SH, Badger GJ, Thomas CS, Bernstein IM. Predictors of postpartum relapse to smoking. *Drug Alcohol Depend.* 2007; 90(2):224-7.
43. Hartmann M, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Pattussi MP, Trancontem A. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(8):1857-66.
44. Sociedade Brasileira de Hipertensão. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão: Sociedade Brasileira de Hipertensão; 1998.
45. INCA [internet]. Tabaco e pílula anticoncepcional [citado 12/2012]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/tabacoepilulaanticoncepcional>
46. Fujioka RN, Kobayashi T, Turale S. Short-term behavioral changes in pregnant women after a quit-smoking program via e-learning: a descriptive study from Japan. *Nurs Health Sci.* 2012; 14(3):304-11.
47. Lowe JB, Barnes M, Teo C, Sutherns S. Investigating the use of social media to help women from going back to smoking post-partum. *Aust N Z J Public Health.* 2012; 36(1):30-2.
48. Bot M, Milder IE, Bemelmans WJ. Nationwide implementation of hello world: a dutch email-based health promotion program for pregnant women. *J Med Internet Res.* 2009; 11(3):e24.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As duas populações avaliadas no presente estudo apresentam várias semelhanças; entretanto, os adolescentes e gestantes fumantes provavelmente se beneficiariam de abordagens diferenciadas.

Embora os dados do Vigitel¹ apontem para diminuição da prevalência do tabagismo nos últimos anos, os dados do presente estudo mostram alta prevalência tanto de tabagismo ativo como passivo entre adolescentes e gestantes. A presença de fumantes no convívio social e no ambiente familiar influencia a iniciação e a manutenção do tabagismo, portanto, a abordagem destes grupos não pode contemplar apenas o fumante, mas todo o seu entorno. Aqui uma diferença se impõe; para as gestantes a abordagem deve envolver familiares, principalmente o companheiro;² para os adolescentes além da abordagem familiar devem ser agregadas ações que contemplem o convívio social na escola e nas atividades esportivas. Os dados reforçam os conceitos de que modelos de programas com envolvimento dos pais, comunidade e mídia podem melhorar a efetividade de intervenções escolares.³

Para ambos os grupos, os dados ressaltam que apesar de todas as campanhas e informações disponíveis em maços de cigarros, jornais e revistas, ainda não há associação entre a dependência do tabaco e suas conseqüências para a saúde. Os fumantes adolescentes apresentam alguns sintomas que podem estar associados ao tabagismo e devem ser utilizados como estratégia para esclarecer os benefícios da cessação. As conseqüências cardiovasculares que são comuns e apresentam alta letalidade são relacionadas ao tabagismo em apenas 5% dos casos. Os dados indicam que eles estão dispostos a aprender; 80% deles relataram que gostariam de obter mais conhecimentos sobre os malefícios do tabagismo. Portanto, conteúdos interativos e que estimulem os adolescentes a refletir sobre conseqüências a médio prazo precisam ser desenvolvidos e testados. Os conteúdos devem também abordar o mito de que o adolescente pode cessar o tabagismo se quiser.^{4,5,6} Neste sentido, programas que incentivem e desafiem os adolescentes são primordiais. O grande desafio aqui é montar programas com estas características que possam ser aplicados em larga escala.

Para as gestantes, dada a predisposição para cessar decorrente do próprio fato de “estar grávida”, informações mais específicas sobre as conseqüências para o feto/recém nascido provavelmente causariam movimentação nos estágios de mudança em relação à

cessação. Neste caso, o desafio está em fazer esta abordagem sem aumentar o sentimento de culpa já relatado pela fumante.^{7,8} Aqui poderia ser mais efetivo trabalhar com benefícios a curto, médio e longo prazo. A abordagem pode ser realizada nas consultas de pré-natal quando as gestantes estão procurando auxílio médico justamente com o objetivo de cuidar do seu futuro filho. Após o parto, as consultas com o neonatologista e pediatra constituem momentos especiais para salientar a importância de permanecer sem fumar após o nascimento do bebê.⁹

Além dos conhecimentos relacionados às consequências do uso do tabaco convencional, é necessário orientar adolescentes e gestantes sobre as estratégias da indústria do tabaco para estimular a dependência nestes grupos. O uso de formas alternativas de fumo é elevado, principalmente o narguilé entre os adolescentes. Entre as gestantes, o uso de cigarros com sabor também é elevado. Estes dados mostram a eficiência das estratégias da indústria¹⁰ e a falta de divulgação das consequências destes dois tipos de fumo alternativo.

Para ambos os grupos, estratégia para abordar a ansiedade, depressão e a ingestão de álcool, condições estas associadas ao tabagismo e às dificuldades de cessação, precisam ser melhor exploradas.

As diferenças mais importantes que devem ser consideradas na estruturação dos modelos de abordagem dos dois grupos estão relacionadas ao nível de escolaridade, ao acesso às mídias eletrônicas e ao local de realização das atividades. Os adolescentes entrevistados freqüentavam o ensino médio de escola pública e as gestantes realizavam acompanhamento de pré-natal em hospital público. As gestantes apresentavam baixo nível educacional e ambos consumiam cigarros a preços menores com relação ao mercado nacional. Esta seqüência de fatores pode estar relacionada com a condição socioeconômica dos adolescentes e gestantes entrevistados e, portanto, deverá ser considerada no momento de desenvolver abordagem com acesso facilitado.

Os achados do presente estudo motivaram a execução de projeto de doutorado intitulado “Influência de intervenção breve direcionada para gestantes na cessação do tabagismo no período gestacional e após o parto”. Os conteúdos de aconselhamento, materiais informativos para leitura ou exibidos em vídeos desta intervenção serão desenvolvidos com base nas necessidades de conhecimentos observadas nas gestantes do presente estudo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (3): CD001055 DOI: 10.1002/14651858
3. Thomas R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; (3):CD001293.
4. Sant'anna CC, Araujo AJ, Orfalais CS. Abordagem de grupos especiais: crianças e adolescentes. *Diretrizes para Cessação do Tabagismo*. *J Bras Pneumol*. 2004; 30(2):47-54.
5. Reichert J, Araujo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2008; 34(10):845-80.
6. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes clínicas na saúde suplementar – tabagismo. *Rev Assoc Med Bras*. 2011; 56(4):375-93.
7. Possato M, Parada CMGL, Tonete VLP. Representação de gestantes tabagistas sobre o uso do cigarro: estudo realizado em hospital do interior paulista. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(3):434-40.
8. Fontanella BJB, Secco KND. Gestação e tabagismo: representações e experiências de pacientes de unidades de saúde da família. *J Bras Psiquiatr*. 2012; 61(3):168-75.
9. Park ER, Chang Y, Quinn V, Regan S, Cohen L, Viguera A, et al. The association of depressive, anxiety and stress symptoms and postpartum relapse to smoking: A longitudinal study. *Nicotine Tob Res*. 2009; 11(6):707-14.
10. INCA [internet]. Jovem e mulher na mira da indústria [citado 12/2012]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/jovem/mulher/industria>

ANEXOS

Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 01 de agosto de 2011.

Of. 322/11-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof^a. Titular Irma de Godoy
Departamento de Clínica Médica da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr^a Irma,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa - (Protocolo CEP 3947-2011) "Desenvolvimento de programa de informação e cessação de tabagismo baseado em mídias eletrônicas: abordagem direcionada a adolescentes e gestantes" a ser conduzido por André Luís Bertani, orientado por Vossa Senhoria, Co-orientado pela Prof^a Dr^a Suzana Erico Tanni Minamoto e Apoio Técnico da Dr^a Denise de Cássia Moreira Zornoff, recebeu do relator, parecer favorável, aprovado em reunião do CEP de 01 de Agosto de 2.011.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Ao final da execução do Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Adolescentes

Características e conhecimentos sobre tabagismo em grupos específicos: adolescentes e gestantes.

Essa pesquisa tem como objetivo identificar os conhecimentos relacionados ao tabagismo que são particularmente importantes para os adolescentes e as mídias eletrônicas que são mais utilizadas para se informar e se divertir.

Você está sendo convidado(a) para participar do estudo para nos ajudar a selecionar as tecnologias mais utilizadas e identificar os conteúdos mais apropriados para abordar o tabagismo e estimular a cessação em adolescentes. Para isso, você será entrevistado(a) pelo pesquisador do estudo, responderá alguns questionários, com duração de 30 minutos, e participará de grupos de discussão. Todas as atividades do estudo serão agendadas de comum acordo entre o pesquisador e o adolescente e seu responsável.

Não há riscos associados com a participação no estudo e você não receberá qualquer medicação ou se submeterá a qualquer procedimento. Entretanto, se você é fumante e quer parar de fumar, providenciaremos o seu encaminhamento aos grupos de tratamento para cessação do tabagismo existente nas instituições.

Declaro que os objetivos da pesquisa e a minha participação no estudo foram explicados e que eu os entendi. Certifico que li ou que o conteúdo do texto deste consentimento foi lido para mim e que eu entendi e concordo com seu conteúdo. Eu recebi uma cópia deste formulário devidamente assinada. Uma segunda via ficará sob responsabilidade do pesquisador. Meu “aceite” demonstra que concordei em participar livremente deste estudo.

Entendo que qualquer informação obtida sobre mim será confidencial e que os registros de minha participação na pesquisa estarão disponíveis apenas para revisão pelos pesquisadores do estudo. Entendo também que a minha identidade não será revelada em nenhuma forma de divulgação dos resultados desta pesquisa.

Entendo que fui convidado a participar do estudo e; portanto, estou livre para recusar minha participação ou para desistir a qualquer momento, sem qualquer lucro, custo ou encargo, e que minha decisão não afetará meu vínculo escolar.

Qualquer dúvida adicional, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone: (14) 3811 6143.

RG: _____
Nome do Participante Ass.

RG: _____
Nome do responsável pelo menor Ass.

RG: _____
Nome do Pesquisador Ass.

André Luís Bertani (pesquisador)	Profa. Titular Irma de Godoy (orientadora)	Profa. Dra. Suzana Tanni Minamoto (coorientadora)
Rua José Barbosa de Barros, 1160	Departamento de Clínica Médica	Departamento de Clínica Médica
CEP: 18610-307 – Jd. Paraíso	Faculdade de Medicina de Botucatu	Faculdade de Medicina de Botucatu
Botucatu – SP - Telef: (14) 9708 5360	Botucatu – SP. Telef: 14-38822969	Botucatu – SP. Telef: 14-38822969
andrelubert@gmail.com	Irma@fmb.unesp.br	suzanapneumo@gmail.com

Gestantes

Características e conhecimentos sobre tabagismo em grupos específicos: adolescentes e gestantes.

Essa pesquisa tem como objetivo identificar os conhecimentos relacionados ao tabagismo que são particularmente importantes para as gestantes e as mídias eletrônicas que são mais utilizadas para se informar e se divertir.

Você está sendo convidada para participar do estudo para nos ajudar a selecionar as tecnologias e a identificar os conteúdos mais apropriados para abordar o tabagismo e estimular a cessação em gestantes. Para isso, você será entrevistada pelo pesquisador do estudo, responderá alguns questionários, com duração de 15 minutos, e participará de grupos de discussão. Todas as atividades do estudo serão agendadas de comum acordo entre o pesquisador e a gestante.

Não há riscos associados a sua participação no estudo e você não receberá qualquer medicação ou se submeterá a qualquer procedimento. Entretanto, se você é fumante e quer parar de fumar, providenciaremos o seu encaminhamento aos grupos de tratamento para cessação do tabagismo existente nas instituições.

Declaro que os objetivos da pesquisa e a minha participação no estudo foram explicados e que eu os entendi. Certifico que li ou que o conteúdo do texto deste consentimento foi lido para mim e que eu entendi e concordo com seu conteúdo. Eu recebi uma cópia deste formulário devidamente assinada. Uma segunda via ficará sob responsabilidade do pesquisador. Meu “aceite” demonstra que concordei em participar livremente deste estudo.

Entendo que qualquer informação obtida sobre mim será confidencial e que os registros de minha participação na pesquisa estarão disponíveis apenas para revisão pelos pesquisadores do estudo. Entendo também que a minha identidade não será revelada em nenhuma forma de divulgação dos resultados desta pesquisa.

Entendo que fui convidada a participar do estudo e, portanto, estou livre para recusar minha participação ou para desistir a qualquer momento, sem qualquer lucro, custo ou encargo, e que minha decisão não afetará o acesso a outros serviços da instituição e a continuidade do meu seguimento no serviço de pré-natal.

Qualquer dúvida adicional, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone: (14) 3811 6143.

RG: _____

Nome da Participante

Ass.

RG: _____

Nome do Pesquisador

Ass.

André Luís Bertani

(pesquisador)

Rua José Barbosa de Barros, 1160

CEP: 18610-307 – Jd. Paraíso

Botucatu – SP - Telef: (14) 9708 5360

andrelubert@gmail.com

Profa. Titular Irma de Godoy

(orientadora)

Departamento de Clínica Médica

Faculdade de Medicina de Botucatu

Botucatu – SP. Telef: 14-38822969

Irma@fmb.unesp.br

Profa. Dra. Suzana Tanni Minamoto

(coorientadora)

Departamento de Clínica Médica

Faculdade de Medicina de Botucatu

Botucatu – SP. Telef: 14-38822969

suzanapneumo@gmail.com

Anexo 3: Protocolo de entrevista específico

GESTANTES

Não fumante – Responda até a questão 7

Fumante ou ex-fumante – Responda todas as questões

1. Você tem outros filhos? Quais idades?
2. Seu marido ou companheiro mora com você e seus filhos?
3. Atualmente, alguém fuma na sua casa? Algum familiar que tenha tido proximidade com você é ou foi fumante?
4. Você acha que a exposição à fumaça do cigarro traz algum prejuízo para você, nesta fase?
5. Você acha que a exposição à fumaça do cigarro traz algum prejuízo para seu bebê?
6. Você acha que um fumante com mais informação e conhecimento sobre os efeitos do tabagismo estaria mais motivado a parar de fumar? Não fumante, por que nunca fumou?
7. Que tipo de equipamento eletrônico você utiliza para se informar e/ou se divertir? Qual você tem disponível para utilizar?
8. Você trabalha em casa ou fora? Fuma durante o serviço?
9. Você consome bebida alcoólica? Tipo de consumo?
10. Sobre bebida alcoólica, você consome em casa? Sozinha? Fuma mais quando consome?
11. Porque você começou e continua a fumar? Se ex-fumante, por que parou de fumar?
12. Você conhece as vantagens da cessação?
13. Você gostaria de conhecer mais sobre os tipos e conseqüências do tabaco durante o pré-natal?
14. Estar grávida aumenta o seu desejo de parar de fumar?
15. Se fumante, que tipo de auxílio você gostaria de receber para parar de fumar? Se ex-fumante, você recebeu algum auxílio para parar de fumar?

ADOLESCENTES

Não fumante – Responda até a questão 14

Fumante ou ex-fumante – Responda todas as questões

1. Na sua opinião, o que é o tabagismo?
2. Quais tipos de fumo você conhece?
3. Você acha que existe algum tipo de fumo que não traz prejuízos para a saúde?
4. Você acha que o tabagismo causa dependência como outras drogas como cocaína, por exemplo?
5. Na sua opinião, porque as pessoas começam e continuam fumando? Se não fumante, por que você nunca fumou?
6. Você acha que a condição financeira desfavorável e o baixo nível educacional favorecem o início do tabagismo?
7. Você acha que fumar traz algum benefício?
8. Você acha que o tabaco traz algum prejuízo?
9. Você acha que a exposição passiva à fumaça do cigarro traz algum prejuízo?
10. Você acha que a conscientização sobre os efeitos do tabagismo deixaria um fumante mais motivado a parar de fumar? Você gostaria de conhecer mais sobre os tipos e conseqüências do tabaco?

11. Que tipo de equipamento eletrônico você utiliza para se informar e/ou se divertir? Qual você tem disponível para utilizar? Qual sua diversão eletrônica favorita?
12. Na escola, você se relaciona bem com os colegas e professores?
13. Você tem um melhor amigo (a)? Ele (a) fuma?
14. Você conhece o narguilé? Se sim, como foi que ficou sabendo deste tipo de fumo?
15. Você se considera dependente do tabaco?
16. Por que você começou e continua a fumar? Se ex-fumante, por que parou de fumar?
17. Você acha que fumar faz com que as pessoas sejam vistas de forma diferente? Um jovem passa a ser mais respeitado e aceito por determinado grupo por que fuma?

Anexo 4: Características do Tabagismo e Instrumentos Validados

IDENTIFICAÇÃO

Sexo: ___ Idade: _____ Série/Turma: _____ Período Escolar: _____
Natural.: _____ Nacional.: _____ Cidade: _____ Estado: _____
Est.Civil: _____ Profissão: _____ Escolaridade: () 1º grau
incompleto; () 1º grau completo; () 2º grau incompleto; () 2º grau completo; ()
Ensino Superior incompleto; () Ensino Superior completo

HISTÓRIA SOCIAL E FAMILIAR

1. Fumantes em casa: () Não () Sim Parentesco: _____
2. Fuma dentro de casa: () Sim () Não
3. Fumantes no grupo: () Sim () Não
4. Local do grupo: () Escola () Clube () Outros: _____
5. Facilidade para: () Engordar () Emagrecer () Nenhum
6. Pratica exercícios: () Caminhada/corrida () Musculação () Esporte com bola
() Prática individual () Prática em grupo - Se prática em grupo, o tabaco está presente?:
() Sim: () 1 ou 2 membros () 3 ou mais () Não
7. Frequência: () 1 a 2 vezes/semana () 3 a 5 vezes/semana () Diariamente

DOENÇAS RELACIONADAS

8. No momento, está apresentando: () Tosse () Expectoração () Chiado () Dispnéia
() Dor torácica () Tontura () Desmaio () Palpitação () Nenhum
9. Tem ou teve: () Diabetes Melitus () HAS () Asma () Obesidade
() Bulimia () Anorexia nervosa () Epilepsia () Alcoolismo () Neoplasia () ICC
() Insuficiência coronariana () Arritmias () Insuficiência circulatória MMII () Nenhum
10. Medicamentos em uso: _____
11. Cirurgias: () Não () Sim – Qual(is): _____
12. Antecedentes Familiares: () HAS () Diabetes () DPOC () ICC () Insuficiência
coronariana () Insuficiência circulatória MMII () Nenhum

HISTÓRIA TABÁGICA

13. () Não-Fumante () Ex- Fumante () Fumante
Se fumante ou ex-fumante continue a responder as questões seguintes:
14. Tipo de fumante: () Diário () Fim de semana () Ocasional
15. Com que idade começou a fumar: _____
16. Se ex-fumante, com que idade parou de fumar: _____
17. Cigarros/dia (Antes Gestação): _____ Durante gestação _____ 18. Maços/semana: _____
19. Marca de Cigarro: _____ 20. Preço: _____ 21. Custo mensal: _____
22. Traga a fumaça: () Sempre () Nunca () Às vezes
23. Outras Formas Tabaco: () Cachimbo () Charuto () Palha () Tabaco de Mascar ou
Aspirar () Narguilé () Bali () Eletrônico () Sabor () Não
24. Já tentou parar: () Sim () Não – **Adolescente passar para 29; Gestante passar para 33**
25. Quantas vezes conseguiu: () 1 ou 2 vezes () 3 ou mais () Nenhuma

26. Tempo Maximo sem fumar: ()até 3 meses ()até 6 meses ()até 1 ano () mais de 1 ano
27. Sintomas de Abstinência: ()Nenhum ()Irritação ()Insônia ()Tristeza ()Agitação ()Lentidão ()Perda de concentração ()Aumento Apetite () Outros: _____
28. Utilizou algum recurso: ()Nenhum ()Medicamento: () TRN: () Adesivo () Goma () Bupropiona () Vareniclina () 2ª linha ()Apoio profissional ()Folhetos e Livretos

INICIAÇÃO NO TABAGISMO

29. A primeira tragada: ()Iniciativa própria ()Alguém ofereceu Parentesco: _____
30. O que o motivou: ()Pais ()Amigos ()Curiosidade sem influências ()Sensação de independência ()Auto-afirmação ()Inclusão em determinado grupo ()Mídia
31. Depois da experimentação, quanto tempo começou a comprar: ()1 semana ()1 mês ()até 3 meses ()até 6 meses ()até 1 ano ()mais de 1 ano ()Nunca comprou
32. Antes de comprar, como conseguia cigarro: ()Pais ()Irmãos ()Amigos ()Outros

GESTANTES

33. Semana gestacional: _____ 34. Gestações anteriores: ()Sim _____ ()Não
35. Fumou nas gestações anteriores: () Sim () Não
36. Algum aborto: ()Sim – Quantos ___ Motivo _____ ()Não
37. Contraceptivo oral: ()Sim ()Não

ESTÁGIO MOTIVACIONAL (Prochaska e DiClemente)

- () **Pré-contemplação:** fumando, não motivado a parar nos próximos 6 meses
- () **Contemplação:** motivado a parar nos próximos 6 meses, porém sem data estipulada
- () **Preparação:** motivado a parar nos próximos 30 dias
- () **Ação:** parou de fumar a 6 meses ou menos
- () **Manutenção:** parou de fumar a mais de 6 meses

GRAU DE DEPENDÊNCIA (Fagerström)

38. Tempo do primeiro cigarro: (3)5min. (2)6 a 30min. (1) 31 a 60min. (0) Após 60min.
39. É difícil não fumar em locais proibidos: (1)Sim (0)Não
40. O cigarro do dia com mais satisfação: (1) Primeiro da manhã (0) Outros
41. Cigarros/dia:
- (0) Menos de 10
 - (1) 11 a 20
 - (2) 21 a 30
 - (3) Mais de 31
42. Fuma mais pela manhã: (1) Sim (0) Não
43. Fuma mesmo doente: (1) Sim (0)Não
- PONTUAÇÃO: _____ GRADUAÇÃO: < 4: Leve; 4 – 6: Moderada; > 6: Elevada

ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (Zigmond e Snaith)

- 44A. Me sinto tenso ou contraído:
- (3) A maior parte do tempo
 - (2) Boa parte do tempo

(1) De vez em quando

(0) Nunca

45D. Sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

(0) Sim, do mesmo jeito

(1) Não tanto

(2) Só um pouco

(3) Não sinto mais prazer em nada

46A. Sinto uma espécie de medo, como se algo ruim fosse acontecer:

(3) Sim, muito forte

(2) Sim, não tão forte

(1) Pouco, mas não me preocupa

(0) Não sinto isso

47D. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

(0) Do mesmo jeito que antes

(1) Pouco menos

(2) Bem menos

(3) Não consigo mais

48A. Estou com a cabeça cheia de preocupações:

(3) A maior parte do tempo

(2) Boa parte do tempo

(1) De vez em quando

(0) Raramente

49D. Me sinto alegre:

(3) Nunca

(2) Poucas vezes

(1) Muitas vezes

(0) A maior parte do tempo

50A. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

(0) Sim, quase sempre

(1) Muitas vezes

(2) Poucas vezes

(3) Nunca

51D. Estou lento:

(3) Quase sempre

(2) Muitas vezes

(1) De vez em quando

(0) Nunca

52A. Tenho sensação de medo como frio na barriga ou aperto no estômago:

(0) Nunca

(1) De vez em quando

(2) Muitas vezes

(3) Quase sempre

53D. Perdi o interesse em cuidar da aparência:

(3) Completamente

(2) Não me cuido como deveria

(1) Talvez não tanto

(0) Me cuido como antes

54A. Me sinto inquieto, como se não pudesse ficar parado:

(3) Sim, demais

(2) Bastante

(1) Pouco

(0) Não sinto assim

55D. Fico animado com notícias boas:

(0) Do mesmo jeito que antes

(1) Pouco menos

(2) Bem menos

(3) Quase nunca

56A. De repente, tenho sensação de entrar em pânico:

(3) Quase todo momento

(2) Várias vezes

(1) De vez em quando

(0) Não sinto isso

57D. Tenho prazer em assistir bom programa de TV, rádio ou quando leio algo:

(0) Quase sempre

(1) Várias vezes

(2) Poucas vezes

(3) Quase nunca

PONTUAÇÃO: A _____; D _____ GRADUAÇÃO: até 7: Improvável; 8 – 10: Possível; 11 ou mais: Provável