

Claudia Helena Bronzato Luppi

PREVALÊNCIA DE TABAGISMO NO CAMPUS DE BOTUCATU/UNESP

Dissertação apresentada ao Curso de Pós- Graduação “Fisiopatologia em Clínica Médica” da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para a obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Metabolismo e Nutrição.

Botucatu – SP
2001

Claudia Helena Bronzato Luppi

PREVALÊNCIA DE TABAGISMO NO CAMPUS DE BOTUCATU/UNESP

Dissertação apresentada ao Curso de Pós- Graduação “Fisiopatologia em Clínica Médica” da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para a obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Metabolismo e Nutrição.

Orientadora: Profa. Dra. Irma de Godoy

Botucatu – SP
2001

Aos meus pais,

“O verdadeiro amor começa quando nada se espera em troca.”

(Saint-Exupéry – 1900 a 1944)

Eder e Juliana,

“Amar é alegrar-se com a felicidade do outro; é fazer sua
a felicidade do outro.”

(Leibniz, filósofo alemão – 1646 a 1716)

Aos meus familiares,

“Amor é preocupação com a vida e com a evolução
de quem amamos.”

(Erich Fromm, psicanalista alemão – 1900 a 1980)

Aos meus amigos,

“A vida é uma flor e o amor, o seu mel.”

(Victor Hugo, escritor francês – 1802 a 1885)

À Professora Doutora Irma de Godoy,

Agradeço pela orientação competente, constante incentivo e confiança no meu trabalho profissional e na minha pessoa.

Encerro especial carinho e eterna gratidão!

“Um grão de ouro é capaz de dourar grande superfície, mas nada comparado a um grão de sabedoria.”

(H.D.Thoreau, escritor e filósofo americano – 1817 a 1862)

Manifesto minha gratidão a todos que colaboraram na realização deste trabalho, e de forma particular:

YAos indivíduos que responderam espontaneamente o instrumento, tornando-se protagonistas deste cenário em pesquisa;

YAos Diretores de Unidades, Chefes de Seções, de Departamentos e Secretárias que autorizaram, incentivaram e divulgaram o presente estudo;

YÀ Professora Doutora Thaís H. A. T. Queluz, Coordenadora do Curso de Pós-Graduação “Fisiopatologia em Clínica Médica” da FMB/UNESP;

Y Ao Professor Titular, Carlos Roberto Padovani e ao Professor Doutor Flávio Ferrari Aragon, do Departamento de Bioestatística IB/UNESP;

Y Ao Serviço de Biblioteca do Campus de Botucatu, em especial, às bibliotecárias, Aparecida Regina Denadai da Silva, Rosemary Cristina da Silva e Elza Numata;

YAos Funcionários da Seção de Pós-Graduação da FMB/UNESP, pela dedicação e atuação sempre competentes;

Y Ao Mário Augusto Dallaqua, pela permanente atenção e competência na digitação e editoração deste trabalho;

YAos Docentes e Funcionários do Departamento de Enfermagem, pelo constante apoio e incentivo;

YÀs Professoras Doutoras Rosa Áurea Quintella Fernandez e Maria Belém Salazar Posso, pela confiança profissional e pessoal e pelo carinho dispensado em todos os momentos.

Muito Obrigada!

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
1)	HISTÓRICO 02
2)	FARMACOLOGIA CLÍNICA DO TABACO 04
3) TABAGISMO E O CICLO DA VIDA.....	05
4)	TABAGISMO 06
1)	PREVALÊNCIA 07
OBJETIVOS.....	15
METODOLOGIA.....	17
RESULTADOS	21
DISCUSSÃO.....	43
CONCLUSÕES	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
RESUMO	57
SUMMARY	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
ANEXOS.....	75
ANEXOS A	76
ANEXOS B	83

1) HISTÓRICO

O tabaco é uma planta originária do Continente Americano e sua utilização remonta há séculos. Os Mayas, nos anos 700 - 100 AC, atribuíam ao tabaco poderes mágicos e usavam-no em cerimônias religiosas (Piñate, 1997). Em 1492, Cristóvão Colombo chegou ao Caribe e os nativos ofereceram-lhe folhas secas de tabaco como sinal de amizade; outros exploradores encontraram a utilização do tabaco em várias regiões da América do Norte, Central e do Sul, sendo amplamente utilizado pelos nativos sob diferentes formas. Os indígenas confeccionavam pastilhas, pílulas e rolos com folhas do tabaco e mascavam-nas colocando o produto em contato com a bochecha e gengiva; outra maneira de consumo consistia na ingestão de um preparado feito sob a forma de suco ou infusões, com folhas inteiras ou moídas. Outros nativos esfregavam uma pequena quantidade sobre os dentes, gengivas e língua; os enemas e supositórios eram utilizados para problemas de obstipação intestinal e de parasitoses por helmintos. Os índios secavam as folhas, maceravam e peneiravam, obtendo um pó usado para aspirar, cujo efeito psicotrópico secundário era amplamente aceito pela comunidade. Porém, a forma mais comum de utilização nas Américas era o fumo (Bechara et al., 1985; OPAS, 1992).

Os espanhóis iniciaram o cultivo do tabaco na região do Caribe em meados de 1535 e, em 1555, os portugueses levaram-no à Costa Ocidental da África, Índia, China e Japão. Neste mesmo ano, o frade franciscano e explorador André Trevet constatou o uso em rituais dos índios tupinambás no Brasil e, em 1556, introduziu o tabaco na França. O tabaco chegou à Espanha por volta de 1558. Sir Francis Drake, em 1580, aprendeu a fumá-lo com os índios pele-vermelha e levou o hábito para a Inglaterra. Em 1586, iniciou-se o cultivo na Inglaterra e, em 1612, surgiram as primeiras plantações na Virgínia (EUA), com sementes procedentes de Caracas e Trinidad, que se tornaram famosas pela qualidade do produto (Bechara et al., 1985; OPAS, 1992; Piñate, 1997). Bechara et al. (1985) e Lima (1985) relatam que, inicialmente, os europeus usavam o tabaco sob a forma de cataplasmas, ungüentos e infusões, com finalidade medicamentosa em inúmeras enfermidades. Catarina de Médici, Regente da França no século XVIII,

aspirava o pó do tabaco (rapé) para aliviar as crises de enxaqueca, por recomendação de Jean Nicot, embaixador francês que trabalhava em Portugal; originou-se, assim, a palavra nicotina, dada em homenagem a Jean Nicot. Desta forma, o hábito de aspirar o pó se difundiu intensamente pelas propriedades medicinais atribuídas ao tabaco. Na Turquia, África e América, o uso objetivava a satisfação pelo prazer. O uso medicinal foi progressivamente declinando, tendo desaparecido na metade do século XVIII e, em contrapartida, a cultura pelo hábito prazeroso foi se propagando e se solidificando. Todavia, começaram a ocorrer verdadeiras perseguições aos usuários do tabaco, resultando em severas punições: decapitação (China); castigo com chicote, decepção do nariz e execução do indivíduo (Rússia); decepção dos lábios (Hindustão); fixação de corda no nariz do fumante, através de um furo e suspensão do indivíduo (Turquia); tortura e decapitação (Pérsia); pena de morte (Japão).

Bechara et al. (1985) completam que, apesar destas punições, o uso do tabaco conseguiu rápida ascensão, principalmente devido ao capital envolvido e ao desconhecimento dos riscos à saúde dos usuários. A prática do tabagismo passou por fases glamurosas, conferindo charme aos praticantes e despertando interesse econômico das companhias ligadas a este ramo de atividade. No século XVII, o cachimbo atingiu todas as camadas sociais: inicialmente, era confeccionado de barro, argila e pedra, passando, então, a ser feito de louça, porcelana, cobre e bronze, que eram pintados e esculpidos de forma a expressar o movimento artístico vigente na época; as tabaqueiras, por sua vez, tornaram-se mais elaboradas, refletindo a posição social e econômica do portador. O charuto desenvolveu-se no século XIX em virtude do hábito indígena de fumar rolos recheados com folhas secas; foi progressivamente atingindo um universo cada vez maior de adeptos, passando a ser produzido na França, Inglaterra, Espanha, Itália, Estados Unidos e América Central. Porém, o charuto rendeu-se ao cigarro que impôs um hábito de fumar mais prático e barato; tornou-se elegante e charmoso, difundindo-se amplamente, a ponto de sua produção dobrar entre 1896 e 1910 e, assim, ganhar mais admiradores (Bechara et al., 1985; Lima, 1985).

Desde a primeira Guerra Mundial e, mais notadamente, nas últimas quatro décadas, o hábito de fumar vem se expandindo progressivamente na sociedade, influenciado por fatores como transformações sociais, constantes tensões sobre os indivíduos e mudança no estilo de vida. Porém, os prejuízos para a saúde são constantemente comprovados por meio de incontáveis investigações científicas (experimentais, clínicas e epidemiológicas), que analisam desde a composição do tabaco, a prática do uso e as diversas patologias relacionadas (Rosemberg, 1981; Lima, 1985; Goodman & Gilman, 1987; Fiore, 1992).

2) FARMACOLOGIA CLÍNICA DO TABACO

Composição Química

A fumaça do cigarro é potencialmente irritante para os indivíduos e acarreta sérias conseqüências ao organismo. A combustão do tabaco elimina aproximadamente 4000 compostos e a fumaça do cigarro pode ser separada em fase gasosa e particulada, sendo esta retida pelo filtro. A fase gasosa é composta de óxidos de nitrogênio, oxigênio, monóxido de carbono, dióxido de carbono, cianeto de hidrogênio, amônia, nitrosaminas voláteis, enxofre, nitritos, hidrocarbonetos voláteis, álcoois, aldeídos e cetonas (formaldeído, acetaldeído e acroleína), sendo algumas destas substâncias inibidoras dos movimentos ciliares. Substâncias como nicotina, alcatrão, água, fenóis, cetonas, hidrocarbonetos aromáticos policíclicos como benzo [a] pireno (comprovadamente cancerígenos) compõem a fase particulada da fumaça do tabaco. Cada cigarro contém 0,2 a 5% de nicotina; liberam cerca de 0,5 a 35 mg de alcatrão e 0,05 a 2 mg de nicotina (Rosemberg, 1981; Goodman & Gilman, 1987; Newcomb & Carbone, 1992).

Absorção, Metabolização, Eliminação

A nicotina (*Nicotina tabacum*) é um alcalóide natural líquido, incolor, volátil, sendo de importância na área médica pela sua toxicidade, presença no

tabaco e propensão a conferir dependência aos usuários. O tabaco do cigarro possui pH ácido e, portanto, a nicotina é absorvida pelo pulmão, diferentemente do charuto e do cachimbo cujo pH é alcalino e a absorção ocorre na mucosa oral, dispensando assim a prática da tragada. Após a inalação, o pulmão absorve praticamente toda a nicotina, estabelecendo-se, assim, uma distribuição sistêmica; 95% chega ao cérebro em 8 segundos, liga-se aos receptores e produz efeitos estimulantes específicos, inconfundíveis com outras drogas (Rosemberg, 1981; Goodman & Gilman, 1987; Newcomb & Carbone, 1992). A nicotina é metabolizada por processos de oxidação, que acontecem no pulmão e, principalmente no fígado, tendo como produto final a cotinina e 1-N-óxido de nicotina. A nicotina e a cotinina têm correspondentemente meia-vida de 2 e 20 horas, sendo a cotinina um excelente marcador para os níveis plasmáticos de nicotina. A eliminação segue o chamado padrão multiexponencial, ou seja, por meio da pele, cabelos, saliva, urina, tendo em vista a distribuição sistêmica da substância (Lima, 1985; Goodman & Gilman, 1987). A dosagem de carboxihemoglobina no sangue e de nicotina e cotinina no plasma, saliva e urina constituem métodos para avaliação biológica da exposição à fumaça do cigarro. Estes processos são invasivos, caros, muito elaborados e de resultado não imediato. Portanto, a análise do monóxido de carbono no ar exalado (Coex) representa melhor alternativa de avaliação (Galanti & Godding, 1999; Laranjeira et al., 2000; Middleton & Morice, 2000).

3) TABAGISMO E O CICLO DA VIDA

Gestação

Em se tratando das fases do ciclo da vida, o tabagismo ativo ou passivo, durante o período de gestação, determina a ocorrência de pré-termo e baixo peso ao nascer e, até mesmo, de morte fetal (Rosemberg, 1981; Ahluwalia et al., 1997; Hellerstedt et al., 1997; Iscan et al., 1997; Lindsay et al., 1997; Nafstad et al., 1997; Solla et al., 1997; Boshuizen et al., 1998; Schellscheidt et al., 1998).

Estudos recentes buscam caracterizar as gestantes tabagistas: na grande maioria são jovens, de renda financeira e grau de escolaridade baixos, não são casadas e não planejaram a gravidez; apresentam maior nível de estresse e depressão (Rosemberg, 1981; Martinez et al., 1994; Dejin-Karlsson et al., 1996; Barros et al., 1997; Hellerstedt et al., 1997; Horta et al., 1997; Nafstad et al., 1997; Rhainds & Levallois, 1997). Anderson & Cook (1997) e Horta et al. (1997a) reforçam a idéia de se evitar a exposição pré e pós-natal à fumaça do cigarro, como medida de promoção à saúde.

Infância

Ultimamente, a poluição tabágica domiciliar tem aumentado progressivamente; quando ocorre a presença de familiares fumantes, as crianças inalam constantemente os elementos tóxicos do tabaco e, conseqüentemente, podem apresentar diversas patologias respiratórias e o aparecimento de sintomas respiratórios em crianças, principalmente, em se tratando de pais fumantes (Rosemberg, 1981; Fisberg et al., 1996; Posonby et al., 1996; Abulhosn et al., 1997; Aligne & Stoddard, 1997; Cook & Strachan, 1997; Grimfeld, 1997; Joyce et al., 1997; Nafstad et al., 1997a; Sanjuan et al., 1997; Selcuk et al., 1997; Strachan & Cook, 1997; Gergen et al., 1998; Royo et al., 1998). É cientificamente aceito que a exposição ao tabaco ambiental aumenta o risco de infecções das vias aéreas baixas, doenças alérgicas, asma, obstrução brônquica e bronquite (Rosemberg, 1981; Abulhosn et al., 1997; Joyce et al., 1997; Nafstad et al., 1997a; Sanjuan et al., 1997; Santana et al., 1997; Selcuk et al., 1997; Gergen et al., 1998; Royo et al., 1998). MacDorman (1997), Milerad et al. (1998) e Schellscheidt et al. (1998) relacionaram o aparecimento da síndrome denominada Morte Súbita do Recém Nascido com a exposição ambiental à fumaça do tabaco, estando diretamente relacionada à quantidade de cigarros consumidos diariamente.

Adolescência

A adolescência é reconhecidamente o período característico de início às drogas, incluindo-se o tabaco (Fiore, 1992; Moreira et al., 1995; Escobedo & Peddicord, 1996; Leonard, 1996; Cummings et al., 1997; Gárate et al., 1997; Horta et al., 1997; Mirra & Rosenberg; 1997; Muza et al., 1997; WHO, 1997; Barrueco et al., 1998; Deitos et al., 1998; Everett et al., 1998; Torres et al., 1998; Berenzon et al., 1999; Orive et al., 2000; Orive et al., 2000a; Palacios et al., 2000). Caracteriza-se por período de transição, particularmente marcado por alterações radicais e profundas, sob os aspectos biológico e psicológico, onde os jovens estão a procura da própria identidade, através de novas experiências e fortes emoções (Cummings et al., 1997; Nichter et al., 1997; Gutiérrez et al., 2000). Em função destas características, as propagandas buscam atingir esta faixa etária no sentido de influenciá-los; veiculam a falsa imagem de saúde, beleza, felicidade, elegância, através dos personagens, paisagens e imagens apresentadas e os jovens traduzem-nas sob as mais variadas formas (Forster & Wolfson, 1998; Gigliotti et al., 1999). Os jovens iniciam no hábito por diversos motivos como: curiosidade, imitação de comportamento, expressão de independência, superação da timidez, aquisição de segurança (Vaidya et al., 1996; Nichter et al., 1997; Peters et al., 1997; Gigliotti et al., 1999; Gutiérrez et al., 2000). Os efeitos químicos psicoativos da nicotina são similares aos da cocaína e da heroína, proporcionando ao adolescente sensações de melhoria na concentração e facilitação na comunicação social, embasando sua autoconfiança (Patton et al., 1996; Deitos et al., 1998). Miller & Plant (1996) encontraram que o fumo está relacionado aos jovens que têm desempenho escolar insatisfatório. A busca pela aceitação social é evidente e, desta forma, a influência dos pares é marcante na opção pelo tabagismo, quer seja por curiosidade, quer seja para agradar os amigos (Hovell et al., 1996; Sepúlveda, 1996; Zhu et al., 1996; Nichter et al., 1997; Torres et al., 1998; Gigliotti et al., 1999; Gutiérrez et al., 2000). A família, também, tem papel fundamental neste contexto, uma vez que a presença de pais fumantes aumenta a probabilidade dos jovens iniciarem no tabagismo (Zhu et al., 1996; Hovell et al., 1996; Peters et al., 1997; Torres et al., 1998; Gutiérrez et al., 2000). O comportamento tabágico, com início

caracteristicamente marcado na adolescência, mantém estreita relação com o uso de outras drogas, como álcool e maconha (Marin et al., 1994; Menezes et al., 1994; Hovell et al., 1996; Miller & Plant, 1996; Pierce & Gilpin, 1996; Sepúlveda, 1996; While et al., 1996; Cummings et al., 1997; Peters et al., 1997; Deitos et al., 1998; Grossman et al., 1999). A precocidade de iniciação ao hábito determina a condição de fumante pesado, em função do tempo de tabagismo, dificultando o abandono e aumentando o risco de ocorrência de doenças tabaco relacionadas (Rosemberg, 1981; Pierce & Gilpin, 1996; Gárate et al., 1997; Muza et al., 1997; WHO, 1997). Withers et al. (1998) e Fernández et al. (2000) e encontraram aumento de risco para asma, alergias, broncoespasmos, infecções do trato respiratório e tosse crônica em adolescentes tabagistas. Alguns trabalhos observaram um ligeiro decréscimo do tabagismo entre os adolescentes, principalmente no período final da adolescência (Menezes et al., 1994; Muza et al., 1997; Serfaty et al., 1995; Vielalbi et al., 1998). Pierce & Gilpin (1996), Grossman & Chaloupka (1997) e Deitos et al. (1998) sugerem que o aumento no preço de aquisição dos cigarros poderia dificultar a aquisição por parte dos adolescentes. A educação, porém, é o ponto chave no controle ao tabagismo, por meio de programas educativos que se utilizem de estratégias que promovam o desenvolvimento da autoconfiança, proporcionando aos jovens elementos para resistirem às pressões externas (Patton et al., 1996; Zhu et al., 1996; Ivanovic et al., 1997; Peters et al., 1997; Barrueco et al., 1998; Everett et al., 1998; Forster & Wolfson, 1998). Sepúlveda (1996), Davis et al. (1997a) e Palacios et al. (2000) sugerem atividades culturais e esportivas, considerando-se que os atletas apresentam comprovadamente menor tendência ao tabagismo.

Adulto e Idoso

Ao longo de mais de uma década, inúmeros trabalhos científicos buscam associar fumo, doenças relacionadas e morbi-mortalidade. O tabagismo é reconhecidamente a maior causa prevenível de mortalidade nos países desenvolvidos, tendo como doenças tabaco-relacionadas o câncer, as

coronariopatias e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), apesar da maioria dos fumantes não reconhecerem o tabagismo como fator causal destes distúrbios (Rosemberg, 1981; Fiore, 1992; WHO, 1997; Yang et al., 1999).

Câncer

A relação entre fumo e câncer de diversos aparelhos é amplamente aceita e difundida na comunidade científica (Rosemberg, 1981; Brunnemann et al., 1996; Coughlin et al., 1996; Morabia et al., 1996; Vogt et al., 1996; Rodriguez et al., 1997; Wald & Watt, 1997; Wynder, 1997; Jay, 1998; Laden & Hunter, 1998; La Vecchia et al., 1998; Little, 1998; Mannino et al., 1998; Nardini et al., 1998; Yuan et al., 1998; Wells, 1998; Mayne et al., 1999; Nordlund et al., 1999). Yuan et al. (1996) encontraram que o fumo de cigarro está associado ao aumento de risco para câncer, com mortalidades total e específica (câncer, coronariopatias e DPOC). O hábito de fumar apresenta-se diretamente relacionado à ocorrência de câncer generalizado e localizado, especificamente, de pulmão, com risco aumentado em função do consumo diário e resultados similares em ambos os sexos (Vogt et al., 1996; Nordlund, 1998; Speizer et al., 1999). Mannino et al. (1998), porém, observaram que a mortalidade por câncer de pulmão tem diminuído entre os homens e aumentado entre as mulheres, provavelmente, devido à mudança feminina em relação ao comportamento tabágico. O tabagismo é o principal agente causal do carcinoma broncogênico de pulmão (Rosemberg, 1981; WHO, 1997; Wynder, 1997; Nardini et al., 1998; Adjei et al., 1999). O alcatrão é um dos elementos responsáveis pelo potencial carcinogênico do cigarro, sendo que os filtros diminuem os níveis de alcatrão a valores não significativos (Newcomb & Carbone, 1992; Brunnemann et al., 1996). Indivíduos não fumantes e expostos à fumaça ambiental do cigarro apresentaram risco aumentado para câncer de pulmão (Mayne et al., 1999). O fumo ativo está relacionado a neoplasias em diversos outros locais como cavidade oral, faringe, laringe, esôfago, estômago, colorretal, mamas, rins, bexiga, pâncreas, próstata, muito embora estes tecidos não estejam diretamente expostos à fumaça do cigarro (Rosemberg, 1981;

Newcomb & Carbone, 1992; Coughlin et al., 1996; Morabia et al., 1996; Jay, 1998; Laden & Hunter, 1998; Wells, 1998; Yuan et al., 1998).

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

O hábito de fumar afeta diretamente o pulmão, constituindo-se no principal fator de risco para ocorrência de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), que compreende a associação de bronquite crônica e enfisema (Rosemberg, 1981; Sherman, 1992; Gigliotti et al., 1999; Mayne et al., 1999). O tabagismo estabelece alterações estruturais e funcionais profundas no pulmão, do tipo obstrutivo-periféricas, desencadeando o processo de estenose progressiva das vias respiratórias (Rosemberg, 1981; Sherman, 1992).

Doenças Cardiovasculares

As coronariopatias representam outra importante categoria de doenças a serem consideradas quando o tema é tabagismo. O cigarro é conhecidamente deletério aos coronariopatas e é fortemente relacionado à morbimortalidade de causas cardiovasculares (Rosemberg, 1981; McBride, 1992; Lotufo et al., 1995; Issa, 1996; Forti et al., 1997; Hasdai et al., 1997; Sonke et al., 1997; Stefanadis et al., 1997; Vriz et al., 1997; Gensini et al., 1998; Howard et al., 1998). O tabagismo está associado a alterações dos níveis de colesterol total e específico (aumento do LDL e diminuição do HDL), aumento dos triglicérides e à diminuição da elasticidade da aorta, tornando-os precursores dos efeitos deletérios sobre o sistema cardiovascular (Rosemberg, 1981; Kawakami et al., 1997; Stefanadis et al., 1997; Vriz et al., 1997; Lee et al., 1998). O consumo diário de cigarro constitui-se em fator de risco para doenças cardíacas, estabelecendo uma relação diretamente proporcional (Haheim et al., 1996; Issa, 1996; Vriz et al., 1997). Os baixos teores de alcatrão e nicotina adotados parecem não contribuir para proteção contra as coronariopatias, uma vez que os indivíduos acabam por tragar com mais frequência e intensidade, aumentando a exposição ao monóxido de

carbono (Issa, 1996). Migliacci & Gresele (1996) confirmaram que o fumo prejudica a dilatação arterial fluxo-mediada, mesmo em indivíduos com 8 horas de abstenção. Após revascularizações coronarianas, os pacientes que continuaram fumando apresentaram 44% de risco para morte, quando comparados aos que abandonaram o vício (Hasdai et al., 1997). Lotufo et al. (1995) encontraram estreita relação entre tabagismo e mortalidade por doença isquêmica do coração (DIC), principalmente nas faixas etárias mais elevadas, e concluíram que ações de controle podem ajudar a reduzir as taxas de mortalidade por DIC.

Outros

Ultimamente, estudos relacionam outros efeitos deletérios do cigarro em indivíduos tabagistas. Egger et al. (1996) encontraram que atividade física precária e a diminuição do consumo dietético de cálcio, comum entre os fumantes, resultam em decréscimo do Índice de Massa Corpórea e, conseqüentemente, num risco aumentado para osteoporose, relacionado à ocorrência de fraturas. Brage & Bjerkedal (1996) sugerem a associação do fumo com dores musculares, devido a redução do fluxo sanguíneo, hipóxia e alterações químicas provocadas pela ação da nicotina. O hábito de fumar pode se relacionar, também, à diminuição da fecundidade em fumantes de ambos os sexos; o cigarro provoca alterações na morfologia, na densidade e motilidade do espermatozoide (Curtis et al., 1997). Outros achados científicos colocam que os hábitos tabagistas podem influenciar negativamente na acuidade auditiva, na performance cognitiva tardia e, até mesmo, no processo de envelhecimento da pele (Davis et al., 1997; Galanis et al., 1997; Cruickshanks et al., 1999).

4) TABAGISMO PASSIVO OU INVOLUNTÁRIO

O tabagismo passivo ou involuntário, também, é outro aspecto da questão muito amplamente estudado, em função dos possíveis efeitos deletérios à

saúde. A exposição à fumaça do cigarro tem sido associada ao desenvolvimento de enfermidades como câncer de pulmão e coronariopatias, à semelhança do tabagismo ativo (Mahuad et al., 1994; Iso et al., 1996; Pirkle et al., 1996; Davis, 1997; Hackshaw et al., 1997; Law et al., 1997). Jaakkola et al. (1996) sugerem que o aparecimento de alguns sintomas respiratórios, como dispnéia e tosse, possa estar relacionado à exposição ambiental. O tabagismo passivo pode determinar aumento na concentração de fibrinogênio plasmático, caracterizando-se numa das causas das doenças coronarianas (Iso et al., 1996; Law et al., 1997). Howard et al. (1998) associam o fumo e a exposição ambiental ao tabaco com a progressão da aterosclerose, sendo que alguns dos efeitos adversos podem ser cumulativos e irreversíveis. O fumantes (e os indivíduos que vivem juntos) apresentam hábitos alimentares diferentes dos não fumantes, consumindo quantidades inferiores de frutas e vegetais, contribuindo, assim, para o aparecimento de doenças como câncer de pulmão e coronariopatias (Hackshaw et al., 1997; Law et al., 1997; Rylander et al., 1999). Indivíduos não fumantes e expostos à fumaça ambiental apresentam risco aumentado para câncer de pulmão, podendo representar aumento de 11% a cada 10 anos de exposição, dependendo da intensidade e da duração (Hackshaw et al., 1997; Mayne et al., 1999; Rapiti et al., 1999). Em se tratando de locais de trabalho, a exposição ambiental à fumaça de cigarro determina níveis consideráveis de nicotina e cotinina em trabalhadores não fumantes (Pirkle et al., 1996; Dimich-Ward et al., 1997; Willemssen et al., 1997). Indivíduos mais sensíveis podem desencadear processos respiratórios alérgicos e/ou cardíacos, como dispnéia, broncoespasmos, asma, alterações da pressão arterial e manifestações de angina, em decorrência da inalação do monóxido de carbono ambiental e, conseqüentemente, dos níveis de carboxihemoglobina alcançados com o tabagismo involuntário (Rosemberg, 1981). Estudando fumantes passivos, Mahuad et al. (1994) detectaram a ocorrência de adenocarcinomas e carcinomas epidermóides em trabalhadores administrativos, agricultores e metalúrgicos.

5) PREVALÊNCIA

Em termos gerais, o tabagismo ocorre predominantemente em indivíduos do sexo masculino, negros, de baixo nível sócio-cultural, tendo início caracteristicamente na adolescência e estabelecendo associação com a ingestão de bebidas alcoólicas (Rosemberg, 1981; Fiore, 1992; Moreira et al., 1995; Escobedo & Peddicord, 1996; Leonard, 1996; Gárate et al., 1997; WHO, 1997; Chaieb & Castellarin, 1998).

Segundo WHO, estima-se 1 bilhão e 100 milhões de fumantes (aproximadamente 1/3 da população global com idade superior a 15 anos), sendo 300 milhões em países desenvolvidos e 800 milhões nos em desenvolvimento, com maioria masculina (900 milhões); o fumo atinge 47% da população masculina e 12% da feminina, com média de idade de 15 anos para iniciação ao hábito.

Prevalência estimada de tabagismo para homens e mulheres, 15 anos de idade ou mais, por região WHO, início 1990.

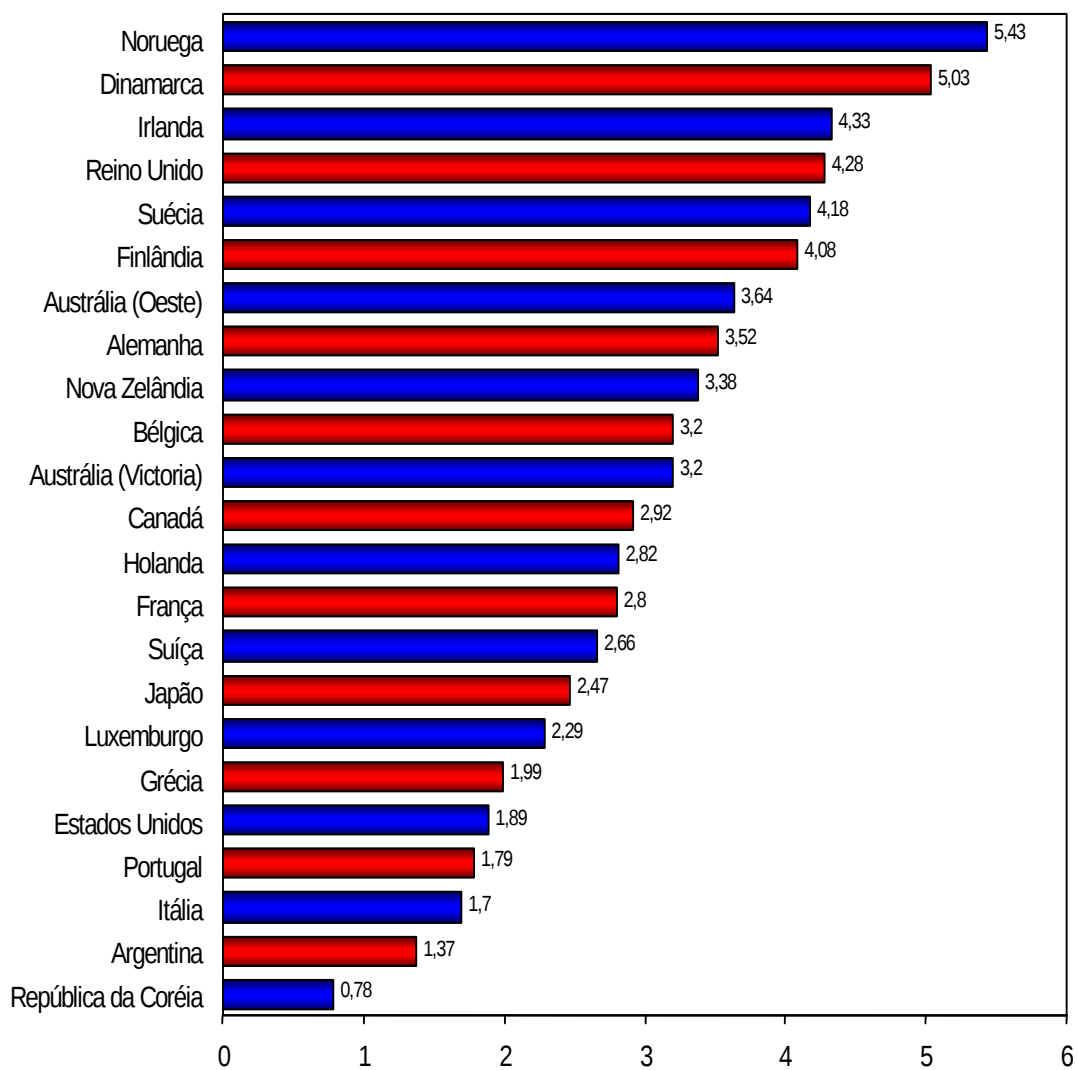
	Homens	Mulheres
Região Africana *	29	4
Região das Américas	35	22
Região Mediterrâneo Oriental	35	4
Região Européia	46	26
Região Sudeste Asiática	44	4
Região Ocidental do Pacífico	60	8
Países mais desenvolvidos	42	24
Países menos desenvolvidos	48	7
Mundo	47	12
* As estimativas de prevalência de fumo para Região Africana são baseadas em informações muito limitadas e devem ser interpretadas com cautela. Fonte: WHO estimates.		

O uso do tabaco é responsável por uma morte a cada dez segundos, correspondendo a aproximadamente 3 milhões de mortes anuais. Em países

desenvolvidos, entre indivíduos do sexo masculino e na faixa etária dos 35 aos 69 anos de idade, o fumo corresponde a estimativa de 40 a 45% do total de mortes por câncer, 90 a 95% de mortes por câncer de pulmão, 75% de mortes por DPOC, 35% de mortes por doenças cardiovasculares e 20% do total de mortes por doenças vasculares. Em termos mundiais, o consumo tabágico tem diminuído, sendo este efeito mais pronunciado nos países desenvolvidos. Desta forma, estima-se 10 milhões de mortes anuais entre 2020 e 2030, sendo 70% destas em países em desenvolvimento. (WHO,1997).

O Brasil é o quarto maior produtor e o maior exportador de tabaco do mundo, com prevalência total de 38 a 42% de fumantes, sendo a maioria homens (39,9% entre homens e 25,4% entre mulheres) e adultos jovens, com custo aproximado do maço de cigarro de US\$ 0,70.

Preço Médio de 20 cigarros, em dólar, países selecionados, 1995.



Fonte: Non-smokers' Rights Association, Ottawa, Canadá.

Tomando-se estudos com características diversas, Martins et al. (1995) e Moreira et al. (1995) encontraram praticamente o dobro de prevalência de tabagismo entre homens (45% e 41,5%, respectivamente), quando comparado às mulheres (22,5% e 29,5%, respectivamente). Deitos et al. (1998) constataram prevalência total de 10,3% de fumantes e Ribeiro et al. (1999) confirmaram o uso do tabaco em 15,5%. Em pesquisas internacionais, Nardini et al. (1998) encontraram significativa freqüência de tabagismo entre pneumologistas italianos, com cifras de 25% para fumantes e 34,4% para ex-fumantes. López et al. (2000) encontraram prevalência tabágica total de 38,9%, tendo valores parciais de 34,7% entre médicos e 43,2% entre enfermeiros.

Apesar destes índices, de maneira geral, o consumo nacional tem diminuído desde 1990, devido ao aumento dos impostos sobre o cigarro e aos programas de restrição ao tabagismo.

A WHO sugere medidas de controle como assegurar proteção ambiental às crianças e aos não fumantes, promover prevenção entre os jovens, diminuir incentivos sócio-econômicos e comportamentais de manutenção do

tabagismo, intensificar anúncios sobre os riscos à saúde, estabelecer programas de educação-prevenção e cessação ao tabagismo. (WHO, 1997).

OBJETIVOS

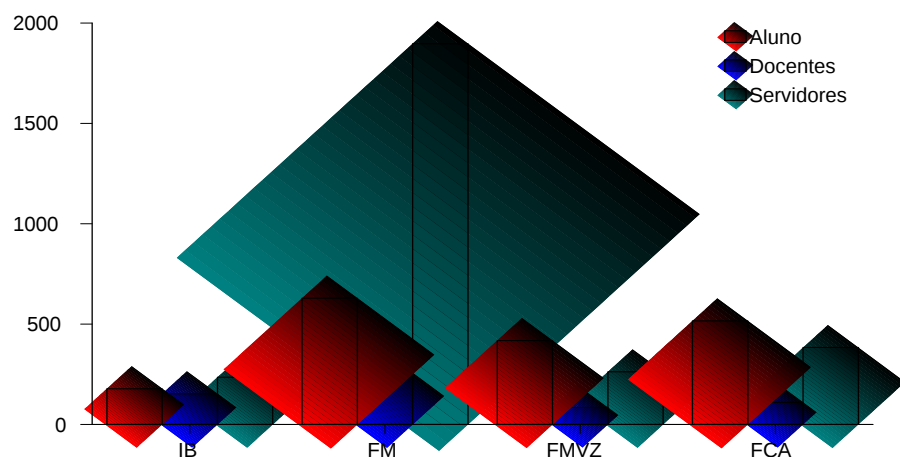
- 1) Verificar a prevalência do hábito de fumar entre o corpo discente, docente e técnico-administrativo do Campus de Botucatu/UNESP.
- 2) Identificar os sintomas respiratórios relacionados ao hábito de fumar.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

O estudo foi realizado no Campus de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP) que é composto pela Administração Geral (AG) e por Unidades Universitárias. A AG é uma unidade administrativa composta exclusivamente por servidores técnico-administrativos. "As Unidades Universitárias são Institutos e Faculdades, todos de igual hierarquia, que atuarão diretamente para execução dos objetivos da UNESP." Particularmente, em Botucatu, elas compreendem o Instituto de Biociências (IB), a Faculdade de Medicina (FM), a Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia (FMV) e a Faculdade de Ciências Agrônomicas (FCA). A comunidade universitária é constituída por segmentos: corpo discente (alunos), corpo docente e corpo técnico-administrativo.

A presente pesquisa constituiu-se de estudo transversal no Campus de Botucatu/UNESP, no período de fevereiro de 1996 a novembro de 1997, abrangendo a população do Campus composta por aproximadamente 5397 indivíduos. As unidades apresentavam servidores contratados, aprimorandos, residentes e pós-graduandos que foram classificados numa categoria especial ("outros") e não foram dimensionados, pois caracterizavam-se por população flutuante, dificultando a coleta de dados. Circunstancialmente, alguns responderam o questionário (107) e, portanto, foram incluídos no estudo.

A AG apresentava um quadro de 275 servidores e as Unidades Universitárias reuniam uma população de 5122 indivíduos, sendo 566 do IB, 2783 da FM, 764 da FMVZ e 1009 da FCA. Em termos gerais, a população das Unidades Universitárias era constituída por 1741 alunos (34%), 604 docentes (11,8%) e 2777 servidores técnico-administrativos (54,2%) e, considerando-se as diferentes categorias que as compunham, o quadro apresentado era:



O IB, que possui o Curso de Graduação em Biologia, contava com 178 alunos divididos em 4 anos de formação; os Cursos de Graduação em Medicina e em Enfermagem da FM apresentavam, respectivamente, 546 e 83 alunos, distribuídos em 6 e 4 anos de formação; os Cursos de Graduação em Medicina Veterinária e em Zootecnia da FMVZ contavam, respectivamente, com 208 e 210 alunos divididos em 5 e 4 anos de formação; os Cursos de Graduação em Engenharia Agrônoma e em Engenharia Florestal da FCA compreendiam, respectivamente, 422 e 94 alunos, ambos distribuídos em 5 anos de formação.

O projeto foi encaminhado à Comissão de Ética Médica da FMB, recebendo parecer favorável em 22/09/1995.

O instrumento utilizado foi o questionário da American Thoracic Society - Division of Lung Disease (ATS-DLD 78), sendo adaptado à população em questão, com características de auto-aplicabilidade e voluntariedade. Cada unidade do questionário era acompanhada de impresso anexo, contendo

informações sobre a pesquisa e identificação dos responsáveis por meio de carimbo (Anexo A).

Previamente, procedeu-se o encaminhamento de ofícios aos responsáveis de cada unidade (AG, IB, FM, FMVZ e FCA), sobre a referida pesquisa. Estabeleceram-se contatos pessoais com os responsáveis de cada categoria, esclarecendo sobre o trabalho, sobre o procedimento de coleta e solicitando a colaboração na distribuição dos questionários. A coleta de dados procedeu-se nos locais onde os indivíduos se encontravam. Os alunos responderam nas classes, no momento das aulas, sendo previamente acertado com o professor responsável. No caso de docentes e servidores técnico-administrativos, foram agendadas reuniões com os responsáveis pelas seções e departamentos, esclarecendo-os sobre a pesquisa, solicitando a distribuição dos questionários, marcando-se, assim, a data da devolução. O prazo entre a entrega nos diferentes locais e a devolução variou, em média, uma semana. Desta forma, em todos os casos o questionário foi aplicado com prévio agendamento de local, data e hora, acertado entre os autores e os responsáveis pelas unidades, não prejudicando, portanto, a dinâmica das atividades.

O questionário era composto de uma parte inicial referente à identificação do indivíduo; após o questionamento sobre o hábito de fumar, o questionário se subdividia em 3 seções sendo a primeira relativa aos fumantes, a segunda, aos ex-fumantes e a última, aos não-fumantes. Os fumantes foram definidos como tendo consumido mais de 5 maços (100 cigarros) ao longo da vida. Os ex-fumantes foram considerados os indivíduos que haviam também consumido mais de 5 maços no período total de tabagismo e abandonado o hábito, independentemente do tempo decorrido. Os não-fumantes eram os indivíduos que nunca haviam fumado. Para fumantes e ex-fumantes, o instrumento consistiu basicamente de questões relativas ao hábito tabágico e aos sintomas respiratórios relacionados; para não-fumantes, foram consideradas informações sobre os sintomas respiratórios.

ESTUDO ESTATÍSTICO

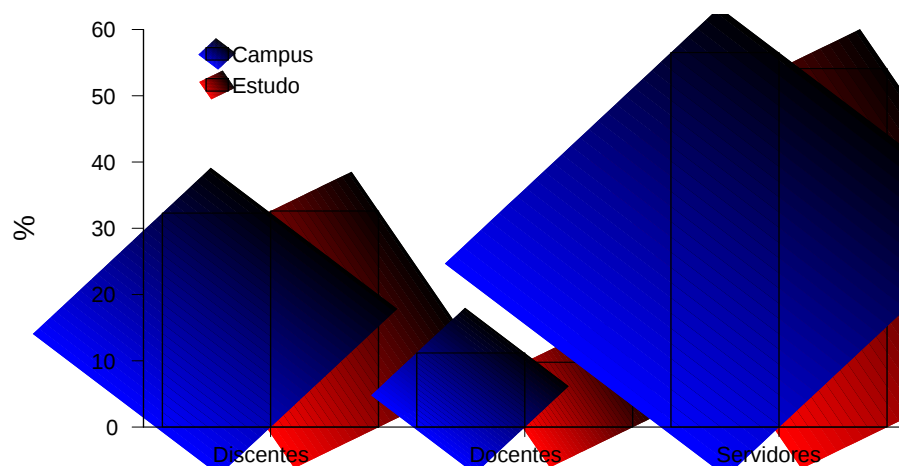
O estudo da associação entre tabagismo e as variáveis de interesse foi realizado através do Teste de Goodman (1964,1965), para contrastes entre e dentro de proporções multinomiais. Para a indicação das significâncias dos contrastes de proporções, foram utilizadas letras minúsculas na comparação das colunas e maiúsculas na comparação das linhas. Para interpretação das letras quanto à significância ($p < 0,05$), deve-se proceder da seguinte maneira:

1. fixada à coluna (tabagismo), duas proporções seguidas de, pelo menos, uma mesma letra minúscula, não diferem quanto aos grupos que elas correspondem;
2. fixada à linha, duas proporções seguidas de, pelo menos, uma mesma letra maiúscula, não diferem quanto a do tabagismo.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO

Na época do estudo, a população geral do Campus de Botucatu era de aproximadamente 5397 indivíduos, compreendidos em 1741 discentes (32,3%), 604 docentes (11,2%) e 3052 servidores técnico-administrativos (56,5%). Do total de indivíduos, 3090 indivíduos responderam o questionário, correspondendo a 57,25% da população do Campus, sendo 32,6% (1008) discentes, 9,8% (302) docentes, 54,1% (1673) servidores técnico-administrativos e 3,5% (107) classificados como outros (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição da população segundo categoria de identificação.



A porcentagem de retorno foi de 57,9% entre os discentes, 50% entre docentes e 54,8% entre servidores técnico-administrativos. A faixa etária variou de 17 a 69 anos, com média de 32,9 anos ($\forall$ 10,8), mediana de 32 e moda de 21 anos. O sexo feminino predominou sobre o masculino, respectivamente em 56,1% (1734) e 43,2% (1334), sendo 0,7% sem informação (Gráfico 2).

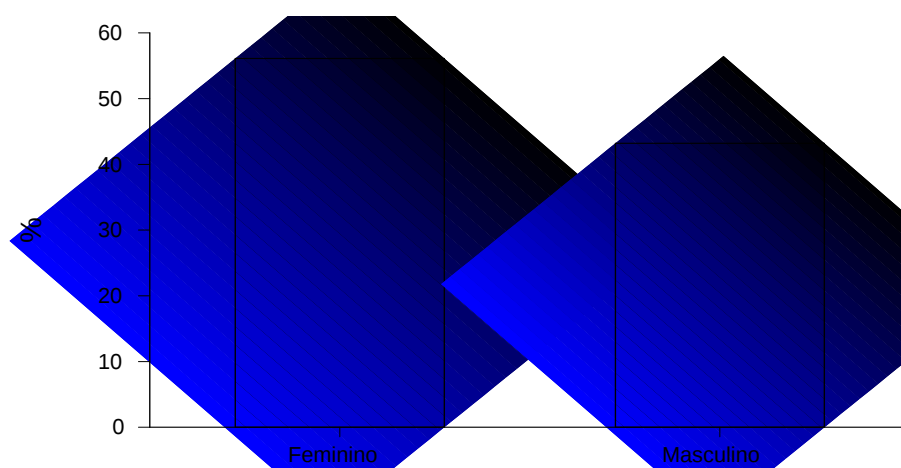


Gráfico 2 -Distribuição da população segundo sexo.

Considerando-se as Unidades do Campus, encontramos 5,1% (159) dos participantes na Administração Geral, 11% (341) no Instituto de Biociências, 53,8% (1661) na Faculdade de Medicina, 12,5% (385) na Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia e 17,6% (544) na Faculdade de Ciências Agrônômicas (Gráfico 3).

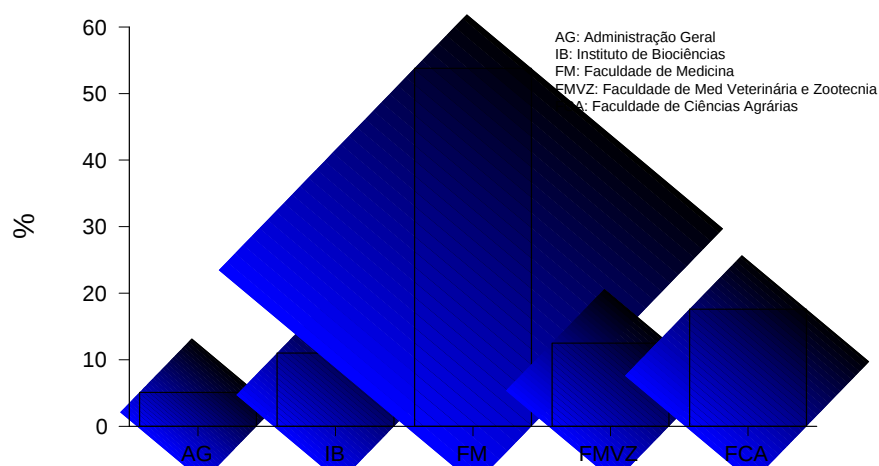


Gráfico 3 -Distribuição da população segundo unidades do campus.

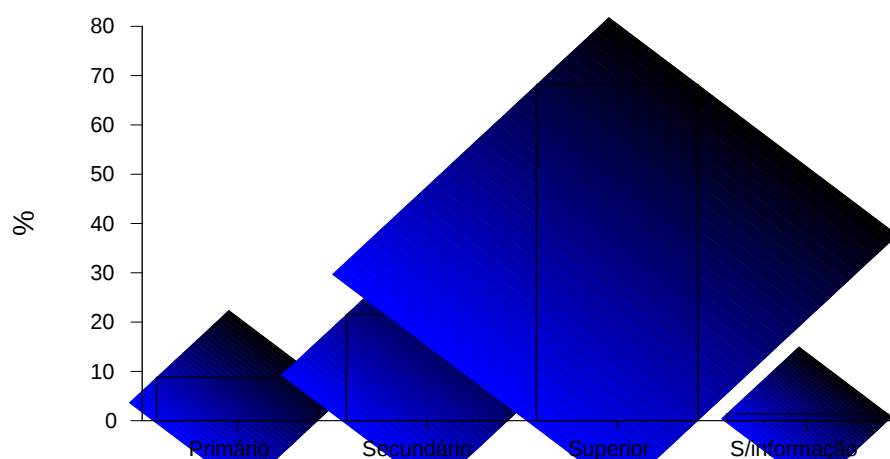
Na Administração Geral, 100% dos participantes eram servidores técnico-administrativos. Nas outras unidades, obtivemos os seguintes resultados das diferentes categorias apresentados na Tabela 1:

Tabela 1: Distribuição da população segundo Unidades Universitária

	IB	FM	FCA	FMVZ
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Discentes	27,3% (93)	26,3% (437)	48,7% (265)	55,3% (213)
Docentes	23,5% (80)	7,9% (131)	9,9% (54)	9,6% (37)
Servidores	44% (150)	61,5% (1021)	41,0% (223)	31,2% (120)
Outros	5,2% (18)	4,3% (72)	0,4% (2)	3,9% (15)

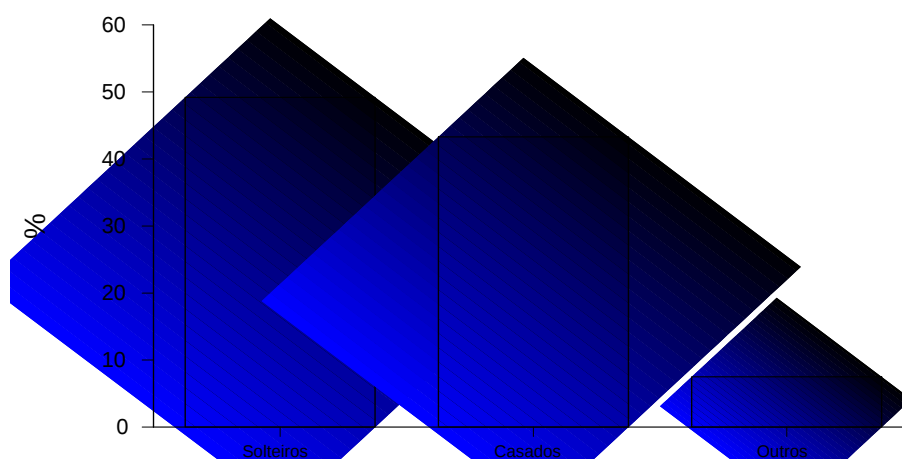
Em relação ao grau de escolaridade, 8,8% (271) apresentavam grau primário, 21,6% (669) grau secundário, 68,2% (2107) grau superior e 1,4% (43), sem informação (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição da população segundo grau de escolaridade.



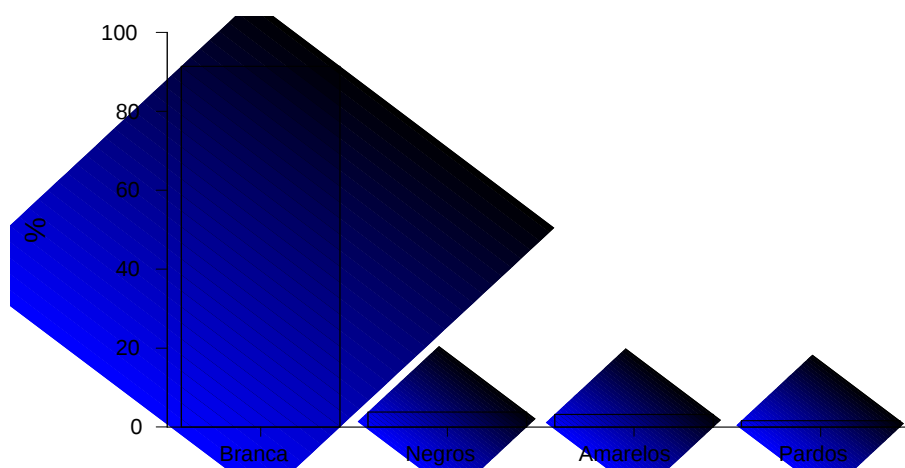
Considerando-se o estado civil, 49,2% (1472) eram solteiros, 43,3% (1297) casados, 2,4% (73) divorciados, 2% (61) desquitados, 1,8% (54) separados e 1,2% (35) viúvos (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição da população segundo estado civil.



A grande maioria era branca (91,4%) e o restante correspondeu a 3,8% de negros, 3,2 % de amarelos e 1,6% de pardos, de um total de 2227 que responderam à questão (Gráfico 6).

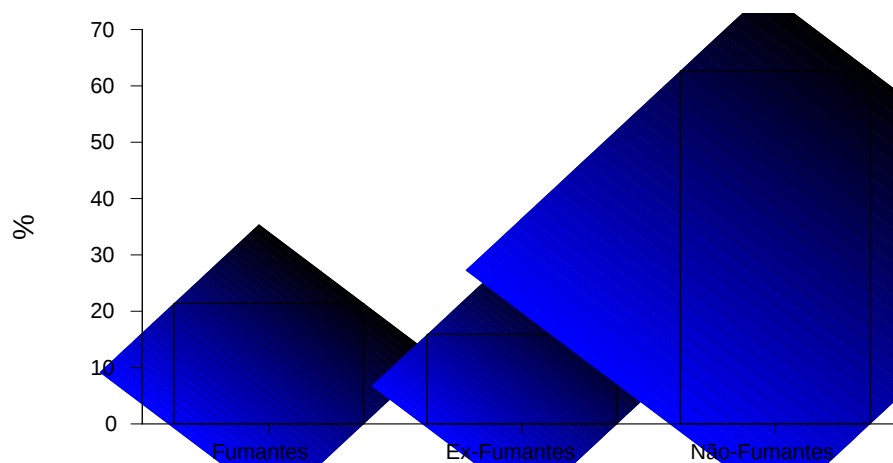
Gráfico 6 - Distribuição da população segundo cor do indivíduo.



RESULTADOS RELATIVOS AO HÁBITO DE FUMAR

Em relação ao hábito de fumar, obtivemos os seguintes resultados: 21,4% (660) de fumantes, 15,9% (490) ex-fumantes, 62,7% (1938) não-fumantes e 0,1% (2) sem informação (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Distribuição da população segundo hábito tabágico.



Considerando-se os fumantes, a média de tempo do tabagismo foi de 17,2 anos ($\forall$ 10), com mediana de 18,5 e moda de 20 anos. Entre os ex-fumantes, a média de tempo de tabagismo foi de 12 anos ($\forall$ 8,9), com mediana e moda de 10 anos; a média de tempo de abandono foi de 8,8 anos ($\forall$ 7,8), com mediana de 7 anos e moda de 1 ano.

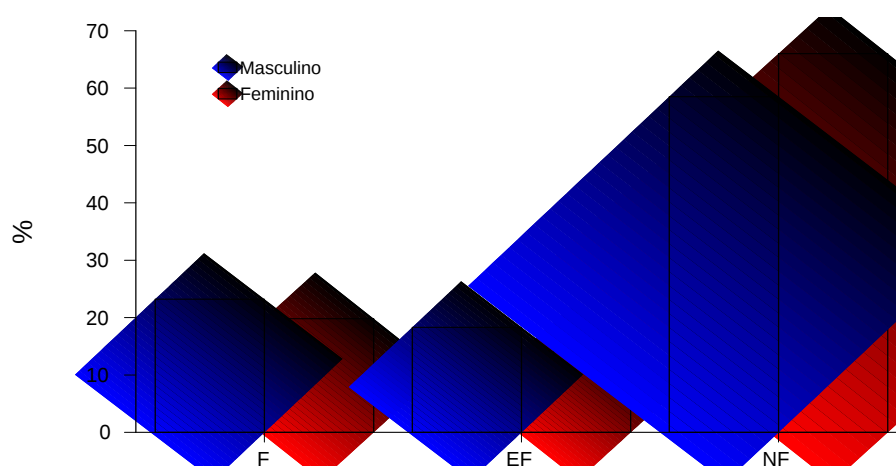
Considerando a variável sexo, os resultados mostram que não houve diferença entre os fumantes; entre os ex-fumantes, houve um predomínio do sexo masculino e entre os não-fumantes, o predomínio foi do sexo feminino. Em ambos os sexos, a maior proporção foi de não-fumantes, seguida de fumantes e, por último, de ex-fumantes (Tabela 2, Gráfico 8, Tabela 18 - Anexo B).

Tabela 2 - Distribuição do hábito de fumar segundo sexo.

Sexo	Tabagismo			Total
	F	EF	NF	
Feminino	0,199 ^{aB}	0,141 ^{aA}	0,660 ^{bC}	1732
Masculino	0,232 ^{aB}	0,183 ^{bA}	0,585 ^{aC}	1334

Letras minúsculas: comparação das colunas
Letras maiúsculas: comparação das linhas

Gráfico 8 -Distribuição do hábito de fumar segundo sexo.



A maior proporção de tabagistas ocorreu entre aqueles que iniciaram o hábito após 21 anos de idade; entre os ex-fumantes, a maior proporção ocorreu entre aqueles que iniciaram antes dos 21 anos, tendo predomínio na faixa etária dos 11 anos aos 15 anos (Tabela 3, Tabela 19 - Anexo B).

Tabela 3 - Distribuição do tabagismo segundo faixa etária de iniciação ao hábito.

Iniciação	Tabagismo		Total
	F	EF	
# 10a	0,556 ^{abA}	0,444 ^{abA}	45
11 - 15a	0,493 ^{aA}	0,507 ^{bA}	300
16 - 20a	0,598 ^{abA}	0,402 ^{abA}	532
21 - 30a	0,660 ^{bB}	0,340 ^{aA}	162
31 - 40a	0,720 ^{bB}	0,280 ^{aA}	25
>40a	0,800 ^{bB}	0,200 ^{aA}	5
Letras minúsculas: comparação das colunas Letras maiúsculas: comparação das linhas			

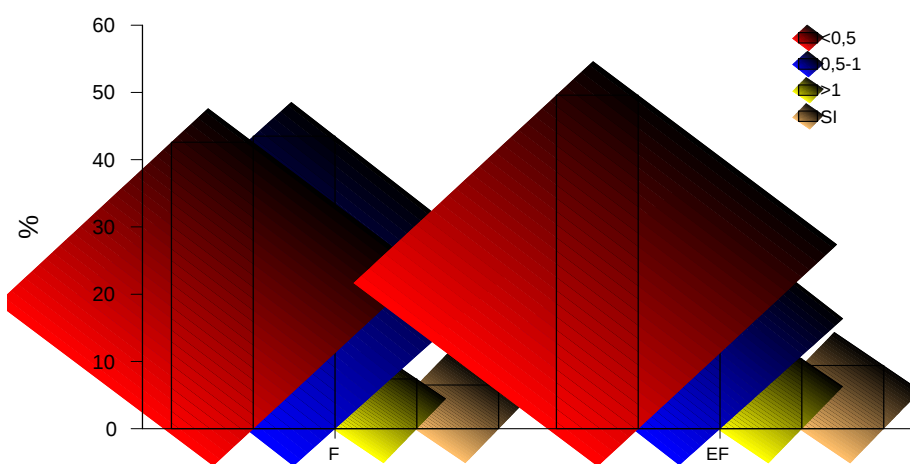
Em relação ao consumo diário de cigarro, os fumantes apresentaram maior proporção de indivíduos que fumavam de 0,5 a um maço por dia; entre os ex-fumantes, as maiores proporções aconteceram nas faixas de até 0,5 ou mais que um maço de cigarro por dia. A proporção de indivíduos que consumiam de 0,5 a um maço diariamente foi maior entre os fumantes, quando comparados aos ex-fumantes (Tabela 4, Gráfico 9, Tabela 20 - Anexo B).

Tabela 4 - Distribuição de tabagismo segundo faixa de maços consumidos diariamente.

Maços	Tabagismo		Total
	F	EF	

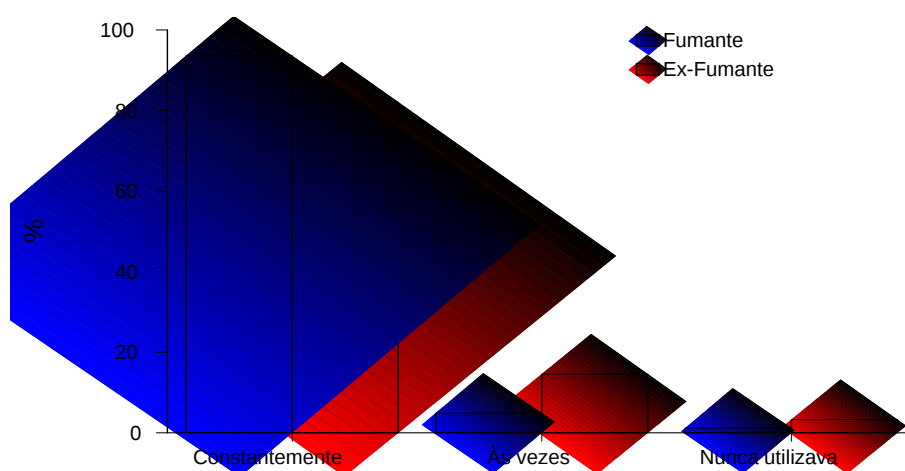
# 0,5	0,536 ^{aA}	0,464 ^{bA}	524
0,5 - 1	0,657 ^{bB}	0,343 ^{aA}	437
> 1	0,490 ^{aA}	0,510 ^{bA}	100
Letras minúsculas: comparação das colunas Letras maiúsculas: comparação das linhas			

Gráfico 9 - Distribuição do tabagismo segundo faixa de maços consumidos diariamente.



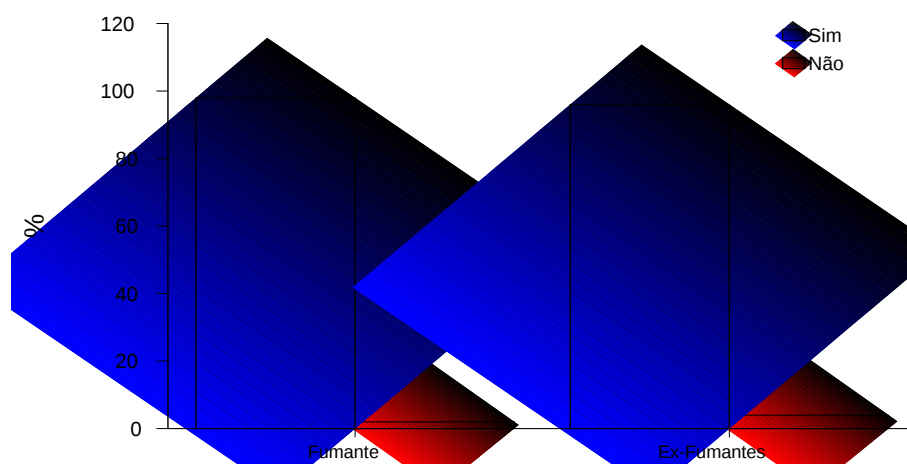
A maioria dos fumantes e ex-fumantes referiu utilizar cigarro com filtro constantemente, com índices respectivos de 93,6% (603) e 82,1% (395); 1,2% (8) dos fumantes e 3,3% (16) dos ex-fumantes referiram nunca se utilizarem do filtro; o restante percentual usava cigarro com filtro esporadicamente (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Distribuição de fumantes e ex-fumantes segundo utilização de cigarro com filtro



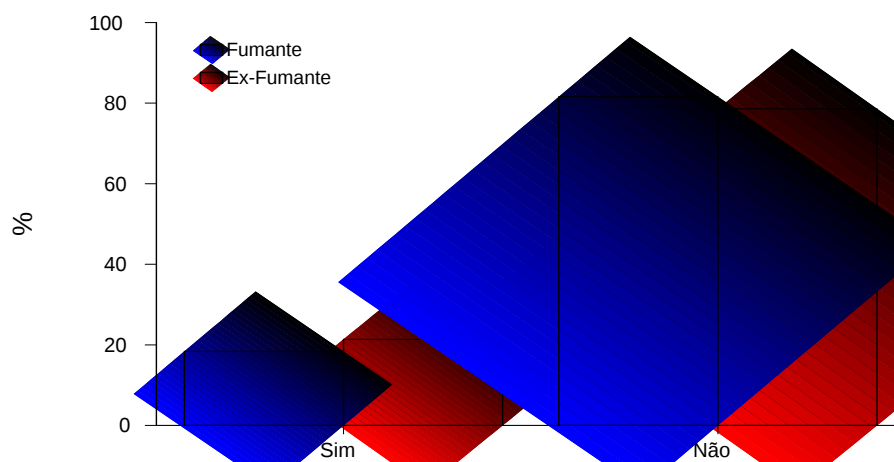
A fumaça era tragada por 98% (628) dos fumantes e 96% (456) dos ex-fumantes (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Distribuição de fumantes e ex-fumantes segundo tragada da fumaça do cigarro.



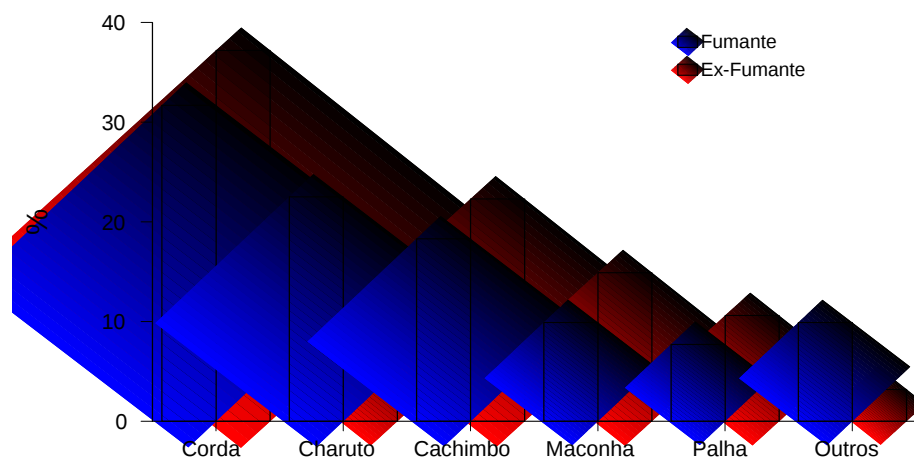
A maioria negou utilizar outros tipos de fumo, sendo 81,6% (527) entre fumantes e 78,6% (372) entre ex-fumantes (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Distribuição de fumantes e ex-fumantes segundo utilização de outros tipos de fumo.



Os fumantes e ex-fumantes, que responderam afirmativamente à questão anterior, citaram fumo de corda, charuto, cachimbo, maconha e cigarro de palha como outras modalidades tabágicas (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Distribuição de outros tipos de fumo utilizados por fumantes e ex-fumantes.



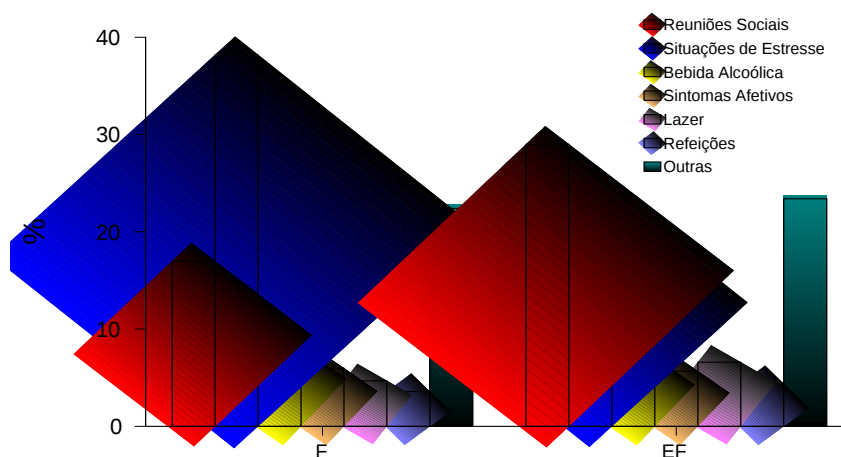
Quando questionados sobre as situações ligadas ao tabagismo, houve uma tendência a relacionar o estresse como a situação mais propícia ao hábito de fumar, entre os fumantes; entre os ex-fumantes, destacaram-se as reuniões sociais (Tabela 5, Gráfico 14, Tabela 21 - Anexo B).

Tabela 5 - Distribuição do tabagismo segundo situações relacionadas ao hábito.

Situações	Tabagismo		Total
	F	EF	
Reuniões Sociais	0,431 ^{aA}	0,569 ^{cB}	357
Estresse	0,674 ^{cB}	0,326 ^{aA}	513
Bebida Alcoólica	0,593 ^{bcB}	0,407 ^{abA}	123
Sintomas Afetivos	0,574 ^{bcA}	0,426 ^{abA}	94
Lazer/Prazer	0,483 ^{abA}	0,517 ^{bcA}	89
Refeições	0,516 ^{abcA}	0,484 ^{abcA}	64

Outras	0,553 ^{bcB}	0,447 ^{abA}	367
Letras minúsculas: comparação das colunas Letras maiúsculas: comparação das linhas			

Gráfico 14 - Distribuição do tabagismo segundo situações relacionadas ao hábito de fumar.

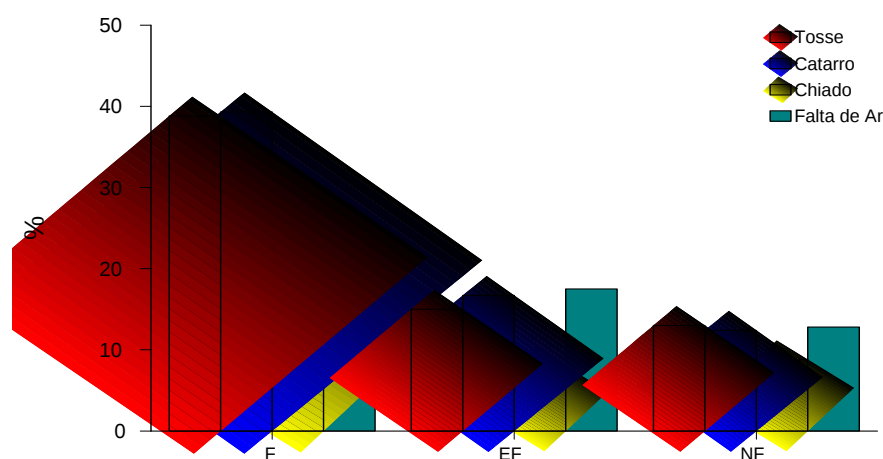


Tosse, catarro e chiado foram mais freqüentes, entre os fumantes, que a falta de ar. A proporção de sintomas respiratórios, como tosse, catarro e chiado, não foi diferente entre fumantes e não-fumantes; a falta de ar foi mais freqüente entre os não-fumantes; os ex-fumantes apresentaram proporções significativamente menores de todos sintomas respiratórios (Tabela 6, Gráfico 15, Tabela 22 - Anexo B).

Tabela 6 - Distribuição dos sintomas respiratórios segundo hábito tabágico.

Sintomas Respiratórios	Hábito de Fumar			Total
	F	EF	NF	
Tosse	0,438 ^{bB}	0,126 ^{aA}	0,436 ^{aB}	564
Catarro	0,447 ^{bB}	0,142 ^{aA}	0,411 ^{aB}	557
Chiado	0,433 ^{bB}	0,105 ^{aA}	0,462 ^{aB}	353
Falta de Ar	0,336 ^{aB}	0,168 ^{aA}	0,496 ^{aC}	476
Letras minúsculas: comparação das colunas Letras maiúsculas: comparação das linhas				

Gráfico 15 - Distribuição dos sintomas respiratórios segundo hábito tabágico.



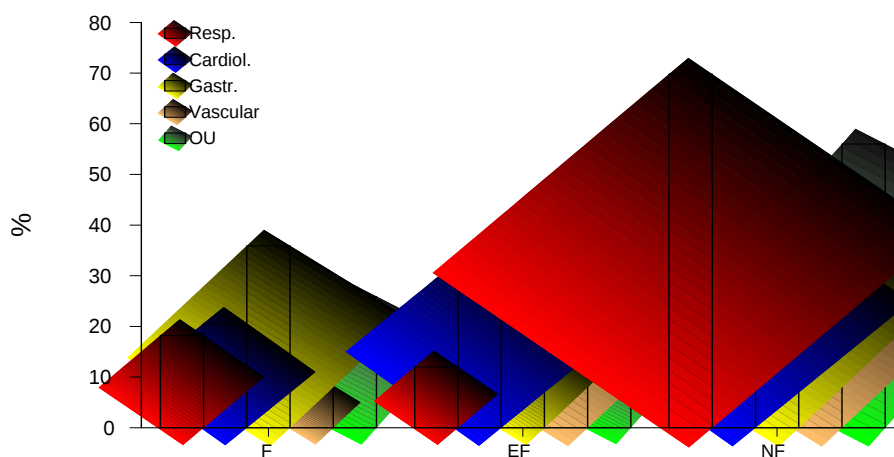
Os resultados mostraram que a proporção das doenças relatadas não foram diferentes entre os fumantes; considerando os ex-fumantes, houve menor proporção de doenças respiratórias e gástricas; entre os não fumantes, as maiores proporções foram de respiratórias e vasculares. As proporções de respiratórias e cardiológicas não foram diferentes entre fumantes e ex-fumantes, mas foram maiores nos não fumantes; as gástricas foram menores nos ex-fumantes e as vasculares, nos fumantes (Tabela 7, Gráfico 16, Tabela 23 - Anexo B).

Tabela 7 - Distribuição do grupo de doenças segundo hábito tabágico.

Doenças	Hábito de Fumar			Total
	F	EF	NF	
Respir.	0,182 ^{aA}	0,120 ^{aA}	0,698 ^{bB}	209
Cardiol.	0,206 ^{aA}	0,330 ^{bAB}	0,464 ^{aB}	97
Gastr.	0,359 ^{aB}	0,179 ^{abA}	0,462 ^{aB}	39
Vasc.	0,083 ^{aA}	0,417 ^{bB}	0,500 ^{abB}	12
Outras	0,259 ^{aA}	0,181 ^{abA}	0,560 ^{abB}	232

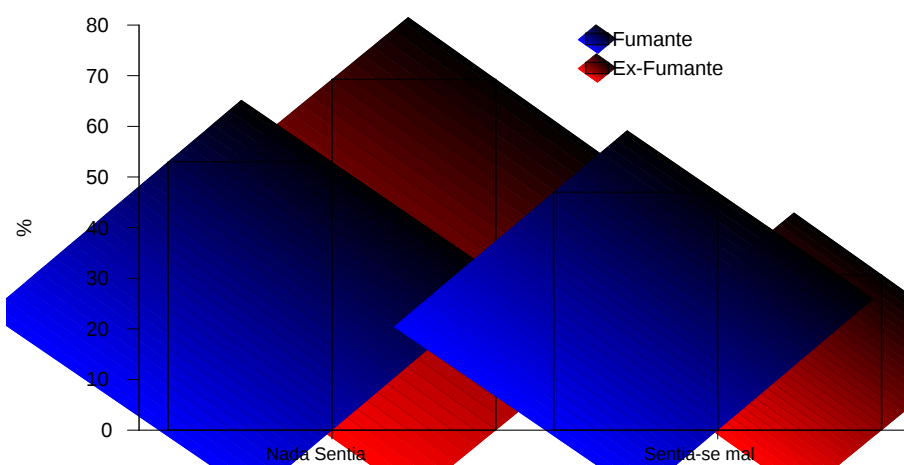
Letras minúsculas: comparação das colunas
Letras maiúsculas: comparação das linhas

Gráfico 16 - Distribuição do grupo de doenças segundo hábito tabágico.



Quanto à possibilidade de abandono, ou mesmo em relação à prática efetiva, 53% (328) dos fumantes e 69,3% (327) dos ex-fumantes referiram não experimentar sensações desagradáveis sem o cigarro (Gráfico 17).

Gráfico 17 - Distribuição de fumantes e ex-fumantes segundo sensações em relação ao abandono.



Quanto ao grau de escolaridade, a maior proporção de fumantes foi entre os indivíduos que têm graus primário e secundário incompleto, seguidos dos

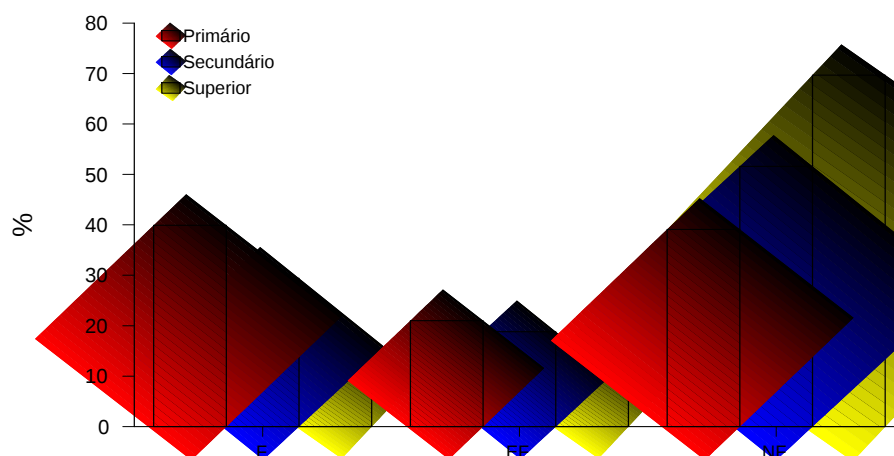
indivíduos com grau secundário completo, e, as menores proporções, entre aqueles com grau superior; a situação inversa observou-se entre os não-fumantes; a menor proporção de ex-fumantes foi encontrada entre os indivíduos com grau superior incompleto. As proporções de fumantes e não-fumantes entre os indivíduos com graus até secundário incompleto não foram diferentes, sendo, porém, superiores às de ex-fumantes; com relação aos graus secundário completo e superior, a proporção de fumantes e ex-fumantes não foi diferente, porém, foi menor que a de não-fumantes (Tabela 8, Gráfico 18, Tabela 24 - Anexo B).

Tabela 8 - Distribuição do hábito de fumar segundo grau de escolaridade.

Grau Escolar.	Hábito de Fumar			Total
	F	EF	NF	
Primário I.	0,460 ^{cB}	0,230 ^{bA}	0,310 ^{aAB}	100
Primário C.	0,363 ^{bcB}	0,199 ^{bA}	0,438 ^{abB}	171
Secundário I.	0,388 ^{bcB}	0,211 ^{bA}	0,401 ^{abB}	147
Secundário C.	0,269 ^{bA}	0,182 ^{bA}	0,549 ^{bB}	521
Superior I.	0,136 ^{aA}	0,090 ^{aA}	0,774 ^{cB}	1177
Superior C.	0,193 ^{aA}	0,208 ^{bA}	0,599 ^{cB}	929

Letras minúsculas: comparação das colunas
Letras maiúsculas: comparação das linhas

Gráfico 18 - Distribuição do hábito de fumar segundo grau de escolaridade.



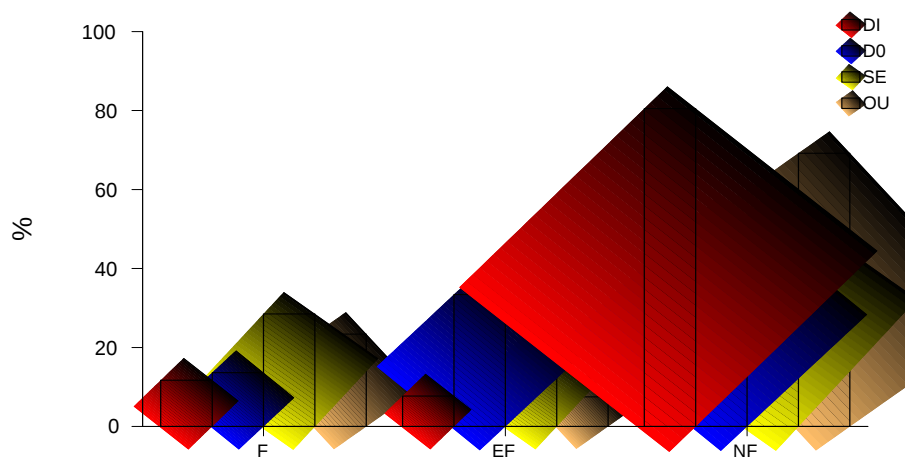
Segundo a categoria de identificação, a maior proporção de fumantes foi entre os servidores; com relação aos ex-fumantes, encontramos maior proporção entre os docentes e, a menor, entre os discentes; a maior proporção de não-fumantes foi entre os discentes, seguida de igual proporção entre docentes e servidores. Em todas as categorias a proporção de não fumantes foi a maior; a condição de fumante foi a segunda mais freqüente entre os discentes e os servidores; para os docentes, a condição mais freqüente foi a de ex-fumante (Tabela 9, Gráfico 19, Tabela 25 - Anexo B).

Tabela 9 - Distribuição do hábito de fumar segundo categoria de identificação.

Identificação	Hábito de Fumar			Total
	F	EF	NF	
Discentes	0,117 ^{aB}	0,077 ^{aA}	0,806 ^{bC}	1007
Docentes	0,136 ^{aA}	0,334 ^{cB}	0,530 ^{aC}	302

Servidores	0,285 ^{bB}	0,181 ^{bA}	0,534 ^{aC}	1672
Outros	0,234 ^{abB}	0,075 ^{aA}	0,691 ^{bC}	107
Letras minúsculas: comparação das colunas Letras maiúsculas: comparação das linhas				

Gráfico 19 -Distribuição do hábito de fumar segundo categoria de identificação.

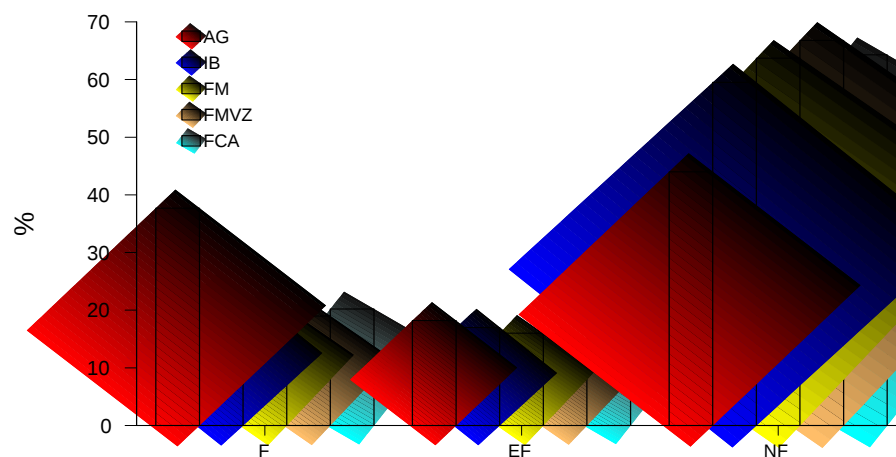


Entre as unidades universitárias, não houve diferença com relação às proporções de fumantes, ex-fumantes e não-fumantes. A Administração Geral apresentou a maior proporção de fumantes, quando comparada às unidades universitárias. Nesta unidade a proporção de fumantes e não-fumantes não foi diferente, sendo maior que a de ex-fumantes (Tabela 10, Gráfico 20, Tabela 26 - Anexo B).

Tabela 10 - Distribuição do hábito de fumar segundo unidades do campus.

Unidades	Hábito de Fumar			Total
	F	EF	NF	
AG	0,377 ^{bB}	0,182 ^{aA}	0,441 ^{aB}	159
IB	0,235 ^{aA}	0,170 ^{aA}	0,595 ^{bC}	341
FM	0,203 ^{aA}	0,160 ^{aA}	0,637 ^{bB}	1661
FMVZ	0,190 ^{aA}	0,141 ^{aA}	0,669 ^{bB}	384
FCA	0,203 ^{aA}	0,153 ^{aA}	0,644 ^{bB}	543
Letras minúsculas: comparação das colunas				
Letras maiúsculas: comparação das linhas				

Gráfico 20 -Distribuição do hábito de fumar segundo unidades do campus.



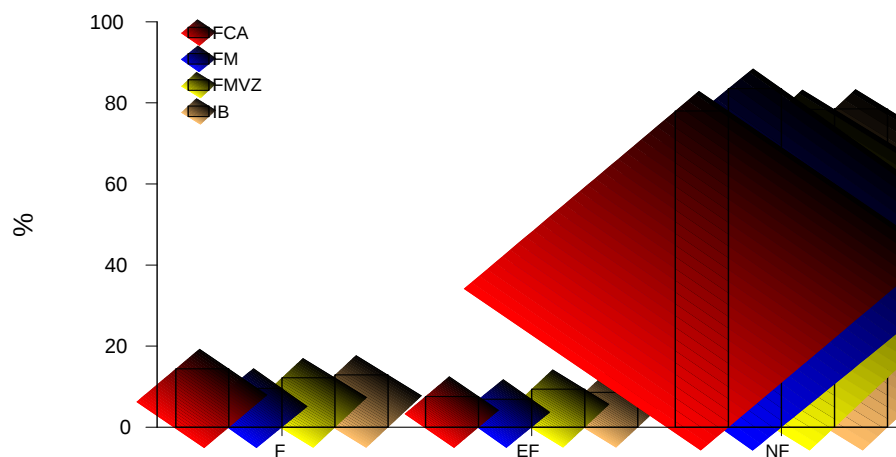
A proporção geral de fumantes, ex-fumantes e não-fumantes não diferiu entre os discentes das diferentes Unidades Universitárias. Em todas as unidades, a proporção de fumantes e ex-fumantes não foi diferente e a de não-fumantes foi maior (Tabela 11, Gráfico 21, Tabela 27 - Anexo B).

Tabela 11 - Distribuição do hábito de fumar segundo unidade universitária de graduação dos discentes.

	Hábito de Fumar	Total
Unidade Universitária		

Universitária	F	EF	NF	
FCA	0,144 ^{aA}	0,076 ^{aA}	0,780 ^{aB}	264
FM	0,096 ^{aA}	0,069 ^{aA}	0,835 ^{aB}	437
FMVZ	0,122 ^{aA}	0,094 ^{aA}	0,784 ^{aB}	213
IB	0,129 ^{aA}	0,086 ^{aA}	0,785 ^{aB}	93
Letras minúsculas: comparação das colunas Letras maiúsculas: comparação das linhas				

Gráfico 21 - Distribuição do hábito de fumar segundo unidade universitária de graduação dos discentes.



Em todos os cursos, a proporção de fumantes, ex-fumantes e não-fumantes não foi diferente. Nos cursos de Agronomia e Enfermagem, as maiores proporções foram de não-fumantes, seguidas de fumantes e, por último, ex-fumantes. Nos outros cursos, a maior proporção é de não-fumantes, sendo a de fumantes e ex-fumantes menores e não diferentes entre si (Tabela 12, Gráfico 22, Tabela 28 - Anexo B).

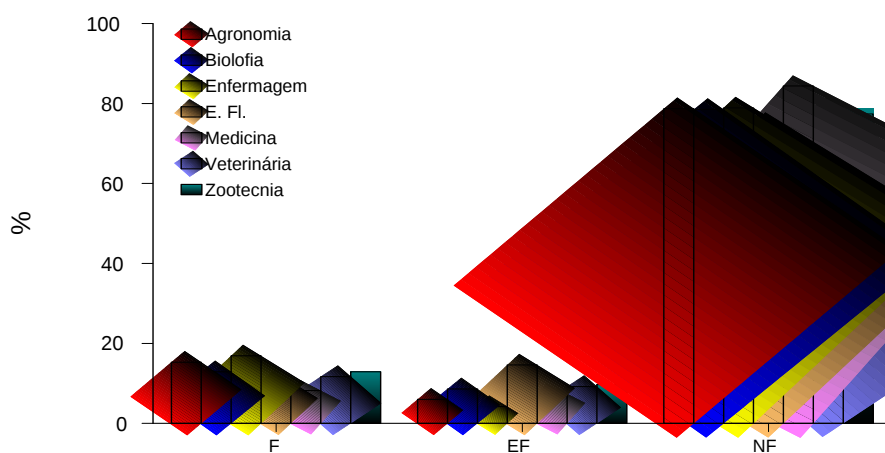
Tabela 12 - Distribuição do hábito de fumar segundo curso de graduação dos discentes.

Curso	Hábito de Fumar			Total
	F	EF	NF	
Agronomia	0,153 ^{aB}	0,060 ^{aA}	0,787 ^{aC}	216

Biologia	0,129 ^{aA}	0,086 ^{aA}	0,785 ^{aB}	93
Enfermagem	0,169 ^{aB}	0,042 ^{aA}	0,789 ^{aC}	71
Florestal	0,104 ^{aA}	0,146 ^{aA}	0,750 ^{aB}	48
Medicina	0,082 ^{aA}	0,074 ^{aA}	0,844 ^{aB}	366
Veterinária	0,117 ^{aA}	0,092 ^{aA}	0,791 ^{aB}	120
Zootecnia	0,129 ^{aA}	0,097 ^{aA}	0,774 ^{aB}	93

Letras minúsculas: comparação das colunas
Letras maiúsculas: comparação das linhas

Gráfico 22 - Distribuição do hábito de fumar segundo o curso de graduação dos discentes.



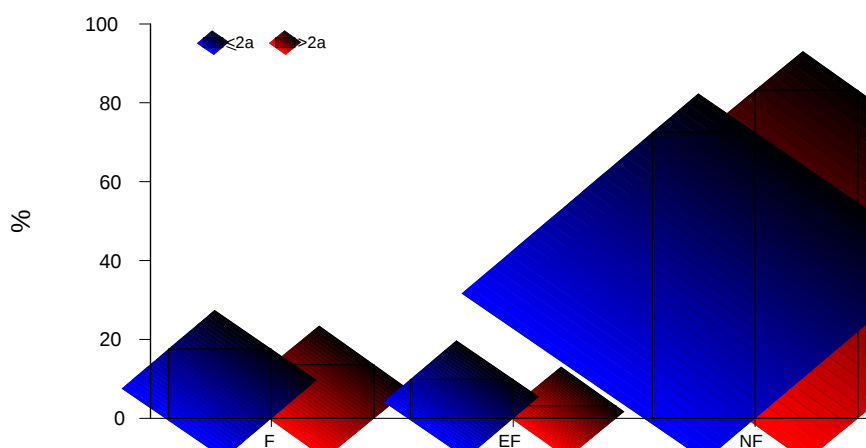
A proporção de fumantes, ex-fumantes e não-fumantes entre discentes da Agronomia não apresentou diferença no decorrer dos anos da graduação (Tabela 13, Gráfico 23, Tabela 29 - Anexo B).

Tabela 13 - Distribuição do hábito de fumar segundo ano de graduação em Agronomia.

AGRO	Hábito de Fumar			Total
	F	EF	NF	
# 2a	0,176 ^{aA}	0,099 ^{aA}	0,725 ^{aB}	91
> 2a	0,136 ^{aB}	0,032 ^{aA}	0,832 ^{aC}	125

Letras minúsculas: comparação das colunas
Letras maiúsculas: comparação das linhas

Gráfico 23 - Distribuição do hábito de fumar segundo ano de graduação em Agronomia.

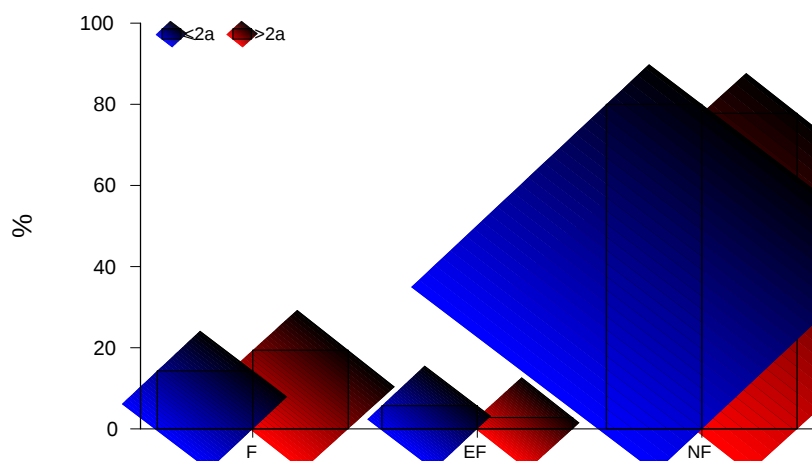


A proporção de fumantes, ex-fumantes e não-fumantes entre discentes da Enfermagem não apresentou diferença no decorrer dos anos da graduação (Tabela 14, Gráfico 24, Tabela 30 - Anexo B).

Tabela 14 - Distribuição do hábito de fumar segundo ano de graduação em Enfermagem.

Enfermagem	Hábito de Fumar			Total
	F	EF	NF	
# 2a	0,143 ^{aA}	0,057 ^{aA}	0,800 ^{aB}	35
> 2a	0,194 ^{aB}	0,028 ^{aA}	0,778 ^{aC}	36
Letras minúsculas: comparação das colunas Letras maiúsculas: comparação das linhas				

Gráfico 24 - Distribuição do hábito de fumar segundo ano de graduação em Enfermagem.



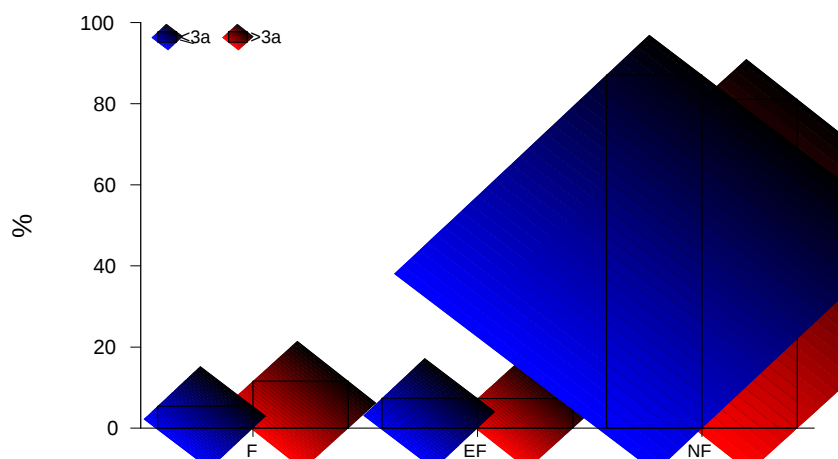
Em relação à Medicina, houve uma tendência a aumentar a proporção de fumantes ao longo do curso de graduação (Tabela 15, Gráfico 25, Tabela 31 - Anexo B).

Tabela 15 - Distribuição do hábito de fumar segundo ano de graduação em Medicina.

Medicina	Hábito de Fumar			Total
	F	EF	NF	
# 3a	0,054 ^{aA}	0,074 ^{aA}	0,871 ^{aB}	202
> 3a	0,116 ^{aA}	0,073 ^{aA}	0,811 ^{aB}	164

Letras minúsculas: comparação das colunas
Letras maiúsculas: comparação das linhas

Gráfico 25 - Distribuição do hábito de fumar segundo ano de graduação em Medicina.



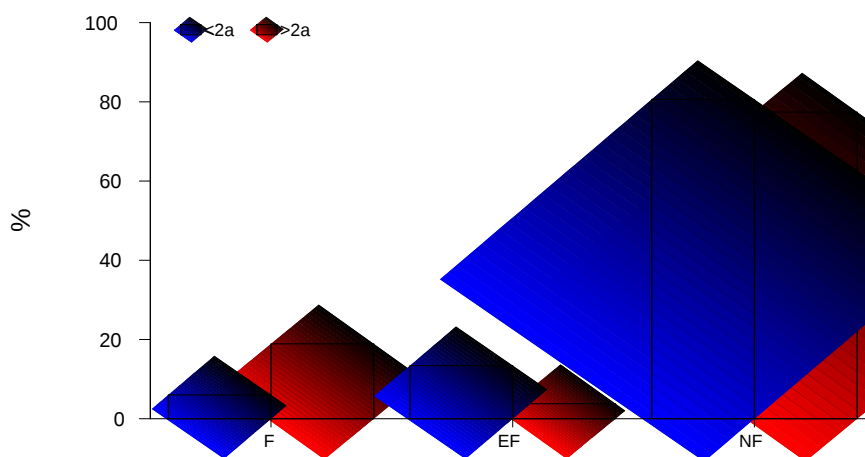
A proporção de fumantes, ex-fumantes e não fumantes dos discentes da Medicina Veterinária não apresentou diferença no decorrer da graduação (Tabela 16, Gráfico 26, Tabela 32 - Anexo B).

Tabela 16 - Distribuição do hábito de fumar segundo ano de graduação em Medicina Veterinária.

Medicina Veterinária	Hábito de Fumar			Total
	F	EF	NF	
# 2a	0,060 ^{aA}	0,134 ^{aA}	0,806 ^{aB}	67
> 2a	0,189 ^{aB}	0,038 ^{aA}	0,774 ^{aC}	53

Letras minúsculas: comparação das colunas
Letras maiúsculas: comparação das linhas

Gráfico 26 - Distribuição do hábito de fumar segundo ano de graduação em Medicina Veterinária.



Houve uma tendência a aumentar a proporção de fumantes ao longo do curso de graduação em Zootecnia (Tabela 17, Tabela 33 - Anexo B).

Tabela 17 - Distribuição do hábito de fumar segundo curso de graduação em Zootecnia.

Zootecnia	Hábito de Fumar			Total
	F	EF	NF	
# 2a	0,079 ^{aA}	0,079 ^{aA}	0,842 ^{aB}	38
> 2a	0,164 ^{aA}	0,109 ^{aA}	0,727 ^{aB}	55
Letras minúsculas: comparação das colunas Letras maiúsculas: comparação das linhas				

O presente estudo teve como objetivos verificar a prevalência do hábito de fumar e identificar os sintomas respiratórios relacionados entre o corpo discente, docente e técnico-administrativo do Campus de Botucatu/UNESP. Os resultados obtidos cumpriram os objetivos do trabalho e permitiram conhecer aspectos relacionados ao tabagismo no referido complexo universitário.

A classificação dos indivíduos de acordo com o hábito de fumar revelou que 21,4% eram fumantes, 15,9% ex-fumantes e 62,7%, não fumantes, valores condizentes com os achados da literatura para a população específica, porém, inferiores aos obtidos em diversos outros estudos para a população brasileira. Segundo dados da WHO, 1997, a prevalência no Brasil, em 1989, era da ordem de 32,6%, com muitas cidades apresentando taxas mais altas variando entre 38 e 42%, principalmente entre homens e adultos jovens.

Em estudos que avaliaram populações universitárias, Valente et al. (1982) encontraram 23,9% de fumantes entre docentes e discentes da EEUSP de São Paulo e Horta et al. (1988), 21,6% entre alunos da Universidade Federal de Pelotas, resultados estes muito semelhantes aos obtidos no presente estudo. Outros trabalhos, entretanto, detectaram cifras inferiores de prevalência. Rosemberg & Peron (1990), Menezes et al. (1994) e Ribeiro et al. (1999) observaram, respectivamente, 17,2%, 14,9% e 15,5% de tabagistas na Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e na UNIFESP/São Paulo.

Os valores de prevalência variam nos diferentes estudos, provavelmente, devido à influência das características diversas da população, da faixa etária incluída e do local e da época em que o estudo foi realizado. Simões (1990) obteve 6,7% de fumantes numa população de 1918 alunos de escolas públicas e particulares de Araraquara. Moreira et al. (1995) e Horta et al. (1997), avaliando gestantes tabagistas do Rio Grande do Sul, detectaram prevalências aproximadas a 35%. Estudos nacionais desenvolvidos com população de trabalhadores, também apresentaram valores variados de prevalência de

aproximadamente 25 a 30% (Abdala et al., 1991; Griep et al., 1998; Lemos-Santos et al., 2000). As prevalências estimadas pela WHO (1997) variam substancialmente nas seis regiões mundiais consideradas no relatório. Entre indivíduos do sexo masculino, os dados apontam cerca de 29% na Região Africana, chegando a cifra aproximada de 60% na Região Ocidental do Pacífico, com destaque para a China, que possui a taxa mais alta de prevalência (61%). O tabagismo entre as mulheres é mais prevalente nos países da Europa Oriental e Central (28%), sendo, porém, inferior a 8% em quatro regiões discriminadas pelo relatório.

Com relação aos ex-fumantes, as prevalências também são variadas. No meio universitário, estudos nacionais como de Valente et al. (1982), Menezes et al. (1984), Horta et al. (1988) e Rosemberg & Peron (1990) encontraram porcentagens respectivas de 8,5%, 10,9%, 7,3% e 3,4% para ex-fumantes, valores inferiores aos nossos resultados (15,9%). Campos (1992) e Lemos-Santos et al. (2000) encontraram 16,3% e 17,9% para ex-fumantes, respectivamente entre médicos de estados brasileiros e funcionários do Hospital Universitário do Mato Grosso. Estudos em outros países detectaram taxas aproximadas de 3 a 5%, chegando mesmo a 21 % de ex-fumantes entre adolescentes (Férrandez et al., 2000; Orive et al., 2000; Orive et al., 2000a). Entre trabalhadores brasileiros e europeus, diversos autores observaram prevalências superiores de ex-fumantes, em torno de 27 a 34% (Abdala et al., 1991; Alonso & Arriazu, 1997; Mirra & Rosemberg, 1997; Nardini et al., 1998; López et al., 2000). Gárate et al. (1997) concluíram que as prevalências de ex-fumantes tendem a aumentar conforme o indivíduo avança na faixa etária devido às práticas de abandono.

Considerando a variável sexo, a análise estatística mostrou que não houve diferença de resultados entre os fumantes. De fato, em São Paulo, detectou-se aumento de 20 para 36% de mulheres tabagistas de 1971 a 1988 (WHO, 1997). Além disso, Simões (1990) encontrou maior prevalência entre as mulheres, numa pesquisa envolvendo 1918 alunos de escolas públicas e particulares da zona urbana de Araraquara. Apesar de a diminuição da prevalência ser tendência mundial, esta queda apresenta-se menos acentuada entre as mulheres, resultando em cifras aproximadamente iguais, em ambos os sexos.

Vários outros estudos realizados na última década mostraram tendência semelhante ao nosso. Menezes et al. (1994), pesquisando estudantes da Universidade Federal de Pelotas/RS, e Ribeiro et al. (1999), analisando a população universitária da UNIFESP/SP em 1996, também não encontraram diferença em relação a variável sexo. Gutiérrez et al. (2000), estudando escolares de Sevilha, detectaram porcentagens de fumantes muito próximas entre homens (19,8%) e mulheres (18,3%). Em estudo realizado com trabalhadores de empresa bancária carioca, Griep et al. (1998) também não encontraram diferença significativa entre os sexos (31,1% para sexo masculino e 27,8% para o feminino).

Embora a WHO reconheça a tendência mundial de diminuição da prevalência total e aumento das cifras entre as mulheres, dados da literatura nacional e internacional ainda mostram valores superiores para o sexo masculino. O Ministério da Saúde, 1993, num levantamento em doze capitais brasileiras encontrou prevalência de 45% para homens e 33% para mulheres. No relatório geral da WHO, 1997, as cifras mundiais chegaram a 47% e 12%, respectivamente para o sexo masculino e feminino; no Brasil, as porcentagens registradas foram de 39,6% e 25,4%. Analisando o tabagismo entre pacientes de um hospital geral, Abdala et al. (1991) encontraram 32,1% entre homens e 18,8% entre mulheres. Lolio et al. (1993) e Martins et al. (1995) detectaram, também, maior prevalência de tabagista entre os homens na região sudeste do Brasil. O estudo realizado em Porto Alegre por Moreira et al. (1995) resultou em 41,5% para o sexo masculino e 29,5% para o feminino.

Em relação a proporção de ex-fumantes em ambos os sexos, os nossos achados concordam com dados da literatura na medida em que encontramos a maior proporção entre homens (18,3%), quando comparada às mulheres (14,1%). Estudos nacionais (Abdala et al., 1991; Lolio et al., 1993) e mexicanos (Lara et al., 1984; Gárate et al., 1997) encontraram porcentagens muito superiores de ex-fumantes entre homens, chegando a proporção de aproximadamente dois homens para cada mulher.

Em nosso estudo, a análise das faixas etárias de iniciação ao hábito mostrou que, entre os fumantes, a maioria começou a fumar após 21 anos de idade, ao passo que, entre os ex-fumantes, a faixa predominante foi dos 11 aos 15

anos. Os resultados nacionais e internacionais mais freqüentemente constatados relacionam a faixa dos 16 aos 18 anos como crítica (Ruffino Netto et al., 1981; Horta et al., 1988; Simões, 1990; Abdala et al., 1991; Campos, 1992; Menezes et al., 1994; Gárate et al., 1997; Griep et al., 1998; Lemos-Santos et al., 2000; López et al., 2000; Orive et al., 2000; Orive et al., 2000a). É reconhecidamente aceito na literatura que, de maneira geral, a iniciação ao hábito de fumar ocorre caracteristicamente na adolescência, com média mundial de 15 anos, tornando o tabagismo mais prevalente em indivíduos jovens (WHO, 1997). Estudos nacionais e internacionais, realizados nas últimas décadas, constataram razões como curiosidade, pressão dos pares, estados de tensão e crenças relacionadas à liberdade e independência como fatores determinantes para iniciação ao tabagismo (Valente et al., 1982; Gutiérrez et al., 2000; Orive et al., 2000).

Entretanto, existem citações de iniciação ao tabagismo em faixas etárias ainda mais precoces. No Brasil, Mirra & Rosemberg (1997) detectaram indivíduos que começaram a fumar por volta dos 10 anos. Pesquisas desenvolvidas no Brasil e na Espanha (Moreira et al., 1995; Palacios et al., 2000) detectaram indivíduos que iniciaram o hábito na faixa dos 10 e 11 anos de idade, respectivamente. Gutiérrez et al. (2000), em estudo realizado na província de Sevilha, encontraram média de 11,5 ($\pm$ 5) anos entre escolares masculinos, resultando em idade de iniciação da ordem de até 6 anos.

Por outro lado, há relatos de iniciações em faixas etárias mais tardias. Lara et al. (1984) obtiveram faixa mais ampla e tardia de iniciação (15 aos 24 anos), quando comparado a outros estudos. Moreira et al. (1995) obtiveram iniciações com idades superiores a 21 anos em ambos os sexos.

No tocante ao consumo diário, os nossos dados apontaram que os tabagistas fumavam, em média, de meio a um maço/dia, ao passo que os ex-fumantes consumiam até meio maço ou mais que um maço. Dados da WHO (1997) apontam média mundial de 15 cigarros, discriminando médias parciais de 22 para os países desenvolvidos e 14 para os em desenvolvimento.

Na literatura, a análise de consumo apresenta-se bastante variada, com ênfase nas faixas de até meio maço ou de meio a um, diariamente. Em estudos realizados no nosso meio com populações universitárias, Valente et al.

(1982), Horta et al. (1988) e Menezes et al. (1994) observaram a maioria dos indivíduos consumindo até um maço diariamente. Algumas pesquisas mostraram valores inferiores a meio maço (Lara et al., 1984; Simões et al., 1990; Lolio et al., 1993; Palacios et al., 2000; Orive et al., 2000; Orive et al., 2000a). Estudos como de Abdala et al. (1991), Campos (1992), Moreira et al. (1995), Fisberg et al. (1996) e Alonso & Arriazu (1997) apontaram predomínio na faixa de 10 a 20 cigarros. Griep et al. (1998), porém, encontraram média superior a 20 cigarros, entre trabalhadores de uma empresa bancária carioca.

Os nossos resultados condizem com a literatura disponível nas questões referentes a utilização de cigarro com filtro (93,6% de fumantes e 82,1% de ex-fumantes) e a prática da tragada (98% de fumantes e 96% de ex-fumantes). Segundo Ruffino-Netto et al. (1989), o hábito de tragar a fumaça foi encontrado em 97% dos acadêmicos tabagistas. Lolio et al. (1993) obtiveram resultados predominantes, também, com relação ao uso de cigarro com filtro (88,8% dos homens e 96,7% das mulheres) e a tragada da fumaça (81,7% dos homens e 73,7% das mulheres).

No presente trabalho, com relação às situações desencadeantes do hábito de fumar, o estresse apresentou-se mais prevalente entre fumantes, ao passo que as reuniões sociais, entre os ex-fumantes. Lara et al. (1984), estudando trabalhadores de instituição de saúde pública, detectaram como alguns dos fatores relacionados o prazer (34,2%), a ansiedade (15%), o hábito propriamente dito (14%) e a pressão social (9%). Situações de prazer foram as primeiras relatadas por Palacios et al. (2000), seguidas de relaxamento, hábito e pressão social.

Os sintomas respiratórios levantados em nosso estudo apresentaram-se mais prevalentes entre fumantes e não fumantes e menos prevalentes entre os ex-fumantes. Tosse (38,8%), catarro (39,3%) e chiado (24,7%) foram mais freqüentes entre os fumantes e a falta de ar (12,8%), entre os não fumantes. A ocorrência dos referidos sintomas entre os não fumantes foi de 13% para tosse, 12,4% para catarro e 8,8% para chiado. Simões (1990) encontrou tosse e catarro em 24,6% de fumantes e 17% de ex-fumantes, e dispnéia em 4,6% de fumantes. A literatura nacional disponível conta com citações que descrevem freqüências de sintomas semelhantes às encontradas na presente pesquisa. Ruffino-Netto et al.

(1989) observaram que, entre três ou quatro fumantes, um referiu ser portador de sinais e sintomas respiratórios. Tosse e chiado apresentaram-se em taxas aproximadas e respectivas de 35 e 23% entre fumantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas/RS (Menezes et al., 1994). Entretanto, estudos internacionais detectaram cifras inferiores para tosse e catarro, em torno de 8 a 14% aproximadamente (Withers et al., 1998; Fernández et al., 2000).

Em se tratando de doenças relatadas, os fumantes não apresentaram diferenças nas proporções das doenças relacionadas ao hábito de fumar. Houve predomínio das doenças cardiológicas e vasculares entre ex-fumantes e das respiratórias e vasculares entre não fumantes. Podemos levantar algumas prováveis explicações para tais resultados. A ocorrência de patologias cardiológicas e vasculares, entre ex-fumantes, reforçaria a decisão do abandono, na medida em que estes indivíduos são orientados a parar de fumar. Entre os não fumantes, a presença de doenças respiratórias poderia ter influenciado na decisão de não iniciar no tabagismo. Abdala et al. (1991) constataram a ocorrência de doenças cardiológicas igualmente em fumantes e ex-fumantes; predomínio de doenças neoplásicas e pulmonares em fumantes e digestivas em não fumantes; os não fumantes foram responsáveis pelo relato de todas as outras doenças citadas no referido estudo. No trabalho de Orive et al. (2000a), 69,8% dos fumantes asmáticos relataram que o tabagismo intensificava as crises de asma.

Outro aspecto bastante importante relacionado ao hábito de fumar diz respeito ao grau de escolaridade. Os nossos resultados coincidem com a literatura em geral, na medida em que os fumantes apresentaram maior proporção de indivíduos com graus primário e secundário incompleto e menor proporção de indivíduos com grau de instrução superior; o grupo de não fumantes comportou-se inversamente ao de fumantes. O relatório geral da WHO (1997) comprovou 40,7% de fumantes entre indivíduos com grau de escolaridade primário e 37% com grau terciário, em análise da população brasileira. Lolio et al. (1993), Fisberg et al. (1996) e Ribeiro et al. (1999) detectaram relação inversamente proporcional entre prevalência de fumantes e grau de escolaridade.

Passando à categoria de identificação dos indivíduos, obtivemos as maiores proporções de fumantes, ex-fumantes e não fumantes respectivamente

entre os servidores técnico-administrativos (28,5%), os docentes (33,4%) e os discentes (80,5%). Ribeiro et al. (1999), em estudo realizado com população universitária da UNIFESP, encontraram também maior prevalência de fumantes entre os funcionários (23,7%), de ex-fumantes entre docentes (30%) e não fumantes entre os alunos (81,4%). Estes resultados reforçam a hipótese de que o aumento do grau de escolaridade possibilita melhoria no acesso e na compreensão das informações sobre a saúde, influenciando nas tomadas de decisão.

Seguindo o raciocínio, no presente estudo não encontramos diferença de proporções de fumantes, ex-fumantes e não fumantes entre os componentes das Unidades Universitárias (IB, FM, FMVZ e FCA). Porém, a Administração Geral, que é composta exclusivamente por servidores, apresentou a maior proporção de fumantes, em relação às Unidades Universitárias. Lara et al. (1984), analisando o tabagismo entre funcionários do Instituto Nacional de Enfermidades Respiratórias do México, também encontraram alta prevalência de tabagismo no grupo administrativo (47,6%).

Com relação aos discentes, compararam-se as Unidades Universitárias e os Cursos de Graduação a que pertenciam. Os resultados mostraram que a proporção de fumantes, ex-fumantes e não fumantes não foi diferente entre as diferentes unidades e os diferentes cursos. Em estudos com acadêmicos, Ruffino-Netto et al. (1989) e Ribeiro et al. (1999) detectaram maior prevalência de fumantes no Curso de Enfermagem, quando comparado a outros como Odontologia, Medicina, Farmácia e Biomedicina.

A análise, realizada ao longo da graduação, não evidenciou diferença nas proporções de fumantes, ex-fumantes e não fumantes entre os alunos dos Cursos de Agronomia, Enfermagem e Medicina Veterinária. Contudo, entre os discentes dos Cursos de Medicina e de Zootecnia ocorreu tendência de aumento na proporção de fumantes da primeira para a segunda metade do tempo da graduação. Vários autores observaram que as prevalências aumentaram ao longo dos cursos de graduação em Medicina e Enfermagem (Ruffino-Netto et al., 1988; Rosemberg & Peron, 1990; Menezes et al., 1994). Por outro lado, Ribeiro et al. (1999), em estudo com população universitária da UNIFESP, não detectaram

diferença na prevalência de fumantes nos diferentes anos dos cursos de graduação envolvidos (Enfermagem, Medicina, Fonoaudiologia e Biomedicina).

Desta maneira, a questão do tabagismo entre a classe médica tem sido muito estudada. Rosenberg & Perón (1990) e Campos (1992) constataram iniciação ao hábito no período da graduação médica, porém com taxas consideráveis de abandono após a formação. Mirra & Rosenberg (1997) encontraram 6,4% de fumantes e 34,3% de ex-fumantes quando estudaram a prevalência entre médicos brasileiros. Entretanto, estudos realizados com profissionais de saúde apontaram altas taxas de tabagismo entre médicos e enfermeiros. Nardini et al. (1998) encontrou 25% de fumantes e 34,4% de ex-fumantes entre pneumologistas italianos. López et al. (2000) detectou alta prevalência de fumantes entre enfermeiras (45,2%), quando comparada aos resultados obtidos com a classe médica (34,5% para homens e 35,2% para mulheres) e com os enfermeiros (34%).

No presente estudo, as menores taxas de tabagismo foram encontradas entre os discentes (11,7%), com idade de iniciação ao hábito variando, em média, dos 11 aos 21 anos. As categorias com menor grau de instrução apresentaram resultados superiores de prevalência tabágica (28,5%) e cifras proporcionalmente menores de ex-fumantes (18,1%). Deste modo, a realidade apresentada reforça o conceito de que as campanhas de prevenção devam ser direcionadas à população jovem e aos indivíduos com baixo grau de escolaridade.

CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo permitiram as seguintes conclusões:

- 1) A prevalência total de tabagismo na população estudada apresentou-se inferior aos resultados encontrados na literatura e estimados por relatórios elaborados por Organizações de Saúde e Instituições Governamentais.
- 2) O estudo confirmou a tendência mundial de aumento da prevalência do hábito de fumar entre o sexo feminino, na medida em que a proporção de fumantes comportou-se igualmente em ambos os sexos.
- 3) A adolescência caracterizou-se como faixa etária predominante de iniciação ao hábito de fumar, reafirmando o conceito estabelecido no meio científico.
- 4) Os estados de estresse e as reuniões sociais apresentaram-se como eventos desencadeantes do hábito de fumar.
- 5) Os fumantes apresentaram maiores valores de prevalência para os sintomas respiratórios, resultado esperado em virtude da condição tabágica.
- 6) A prevalência tabágica estabeleceu relação inversamente proporcional ao grau de escolaridade dos indivíduos. Sendo assim, o estudo detectou altas taxas de fumantes entre os servidores técnico-administrativos (que possuem, basicamente, grau primário de instrução) e, conseqüentemente, na unidade de Administração Geral, composta exclusivamente por servidores.
- 7) Os Cursos em Medicina e em Zootecnia tenderam a aumentar a prevalência de tabagistas nos últimos anos da graduação. Este resultado foi encontrado por outros estudos realizados com discentes e confirma a hipótese de que muitos indivíduos iniciam o tabagismo durante o curso superior, mais especificamente, no período final da graduação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contato com o instrumento utilizado para coleta de dados despertou grande interesse por parte da população do Campus em relação ao assunto, desencadeando inúmeras solicitações para implantação de serviço de atendimento ao tabagista. Além disso, grande número de pacientes portadores de patologias pulmonares e cardiovasculares, atendidos em nosso hospital, tem muita dificuldade de abandonar o vício sem orientação e seguimento supervisionado por profissionais treinados.

Os programas de prevenção são comprovadamente eficazes no combate ao hábito de fumar, pois auxiliam e orientam as pessoas sobre o tema, limitando assim a procura pelo tabaco. A legislação coíbe o ato por meio da proibição em diversos locais. Em contrapartida, não existem serviços que prestem assistência aos dependentes de nicotina que desejam abandonar o vício, ocasionando assim um prolongamento da permanência no hábito.

Tendo em vista o presente estudo e a realidade apresentada, foi criado o CEDENI/FMB-UNESP (Centro de Dependência em Nicotina), em 1999, com o objetivo de oferecer atendimento assistencial à população tabagista, proporcionar atividades de pesquisa e ensino na área, organizar, planejar e efetivar programas de prevenção junto à população geral. O CEDENI conta com a participação de uma equipe multiprofissional, que executa atividades de triagem, seguimento clínico, discussão de casos novos e supervisão do serviço.

Inicialmente, é realizada uma avaliação médica e de enfermagem de cada indivíduo, chegando ao resultado sobre seu estado de saúde, condição tabágica, estágio de mudança de comportamento e grau de dependência. As propostas de acompanhamento podem ser em grupo ou individuais e visam analisar os aspectos relacionados ao abandono e a ocorrência de recaídas, auxiliando o indivíduo na elaboração de estratégias para enfrentamento das

diversas situações. O plano terapêutico pode contemplar, também, a utilização de repositores nicotínicos e a intervenção medicamentosa específica ao tratamento.

O atendimento grupal é efetuado por meio de reuniões semanais, com a participação de aproximadamente 12 indivíduos, totalizando em média 4 a 6 semanas de tratamento. A assistência individual é prestada no Ambulatório de Tabagismo (Ambulatório de Pneumologia – FMB/UNESP), com acompanhamento semanal ao longo do primeiro mês, passando então para retornos mensais, até completar três meses de tratamento.

Contemplando a proposta de implementação de ações preventivas, alunos dos Cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina da FMB/UNESP realizaram um trabalho junto a escolas municipais, em comemoração ao “DIA MUNDIAL SEM TABACO” (31 de Maio de 2001). O objetivo foi esclarecer os adolescentes sobre os riscos do tabagismo, por meio de palestras e distribuição de materiais informativos.

RESUMO

LUPPI,C.H.B. – Prevalência de tabagismo no Campus de Botucatu/

UNESP. Botucatu, 2001. Dissertação de Mestrado em Fisiopatologia em Clínica Médica – Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde (WHO) estima que haja cerca de 1100000 tabagistas, representando um terço da população mundial aproximadamente. As pesquisas mostram que o tabagismo é a principal causa prevenível de mortalidade nos países desenvolvidos. Os objetivos deste trabalho foram verificar a prevalência do hábito de fumar e identificar os sintomas respiratórios entre o corpo discente, docente e técnico-administrativo do Campus de Botucatu/Unesp. O estudo englobou as unidades do campus, discriminadas em Administração Geral e Unidades Universitárias (IB, FM, FMVZ e FCA), bem como os Cursos de Graduação relacionados (Biologia, Medicina, Enfermagem, Medicina Veterinária, Zootecnia, Engenharia Agrônômica e Florestal). O instrumento utilizado para coleta dos dados foi o questionário da ATS-DLD, 78, adaptado à população local. Três mil e noventa indivíduos participaram da pesquisa, subdivididos em 1008 discentes, 302 docentes, 1673 servidores e 107 classificados como outros. A classificação da população de acordo com o hábito de fumar revelou 21,4% de fumantes, 15,9% de ex-fumantes e 62,7% de não fumantes. A variável sexo não apresentou diferença de proporção entre os fumantes. A maioria dos tabagistas consumia de meio a um maço diariamente, utilizava cigarro com filtro, tragava constantemente a fumaça e iniciou no hábito entre 11 e 21 anos. Os estados de estresse e as reuniões sociais foram as situações mais relacionadas ao tabagismo. Sintomas como tosse, catarro e chiado foram mais frequentes entre os fumantes, ao passo que a falta de ar, entre os não fumantes. A maior proporção de tabagistas ocorreu entre indivíduos com graus de escolaridade primário e secundário incompleto, mais especificamente entre os servidores e na unidade de Administração Geral. Na análise realizada com os discentes, houve tendência em aumentar a proporção de fumantes ao longo dos Cursos de Graduação em Medicina e Zootecnia. Estes resultados reforçam a idéia de que programas de

prevenção ao tabagismo sejam orientados aos jovens e aos indivíduos com menor grau de instrução escolar.

Prevalence of smoking in the Campus from Botucatu/Unesp

The World Health Organization (WHO) estimates that there are about 1100 million smokers, representing approximately one third of the world population. Smoking remains the leading cause of preventable mortality in developed countries. This study was designed to verify the smoking habit prevalence and identify smoking-related respiratory symptoms among the students, teachers and technical-administrative employees of the Campus from Botucatu/UNESP. The study involved all Units of the Campus, including the Courses of Biology, Medicine, Nursing, Veterinary, Zootechny, Agronomy and Forestry Engineering. Modified ATS-DLD questionnaire, 78 was the instrument used to collect the data. Three thousand ninety individuals answered the questionnaire: 1008 students, 302 teachers, 1673 employees and 107 classified as others. According to the smoking habit 21,4% were smokers, 15,9% ex-smokers and 62,7% no-smokers. The proportion of smoking between males and females was not statistically different. The majority of the smokers was between 11 and 21 years old when started the habit, consumed a half to one pack daily, used filter cigarette and inhaled the smoke. Stress and social meetings were the most probable situations to trigger the smoking. Symptoms as coughing, expectoration and wheezes were more frequent among the smokers and dyspnea, among no-smokers. The higher proportion of smokers occurred among individuals with lower degree of formal education, more specifically among the technical-administrative employees. Among undergraduates there was a tendency for a higher proportion of smokers among those of the last half of Graduation Courses in Medicine and Zootechny. These results reinforce the idea that smoking prevention programs must be directed to youth and to individuals with low school education.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

- Abdala PV, Munaretto RS, Monnerat R, Weingartner R, Wolf SA, Merlo V, et al. Prevalência de tabagismo em hospital geral. *Rev Med Hosp São Vicente de Paula* 1991; 3(6):33-5.
- Abulhosn RS, Morray BH, Llewellyn CE, Redding GJ. Passive smoke exposure impairs recovery after hospitalization for acute asthma. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151(2):135-9.
- Adjei AA, Marks RS, Bonner JA. Current guidelines for the management of small cell lung cancer. *Mayo Clin Proc* 1999; 74(8):809-16.
- Ahluwalia IB, Grummer-Strawn L, Scanlon KS. Exposure to ETS and birth outcome: increased effects on pregnant women aged 30 years or older. *Am J Epidemiol* 1997; 146(1):42-7.
- Aligne CA, Stoddard JJ. Tobacco and children: an economic evaluation of the medical effects of parental smoking. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151(7):648-53.
- Alonso JMA, Arriazu FJB. Prevalencia del tabagismo en los trabajadores de un hospital. *Rev Esp Salud Publica* 1997; 71(5).
- Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997; 52:1003-9.
- Barros SMO, Santos SR, Oliveira VM. O hábito de fumar durante a gestação. *Rev Paul Enferm* 1997; 16:43-53.
- Barrueco M, Vicent M, Garavis JL, Garcia J, Blanco A, Rodriguez MC. Prev Tabaquismo em la escuela: resultados de um programa realizado durante 3 años. *Arch Bronconeumol* 1998; 34(7):323-8.
- Bechara MJ, Szego T, Gama-Rodriguez J. Histórico do tabagismo. In: Gama-Rodrigues J, Cordeiro AC, Habr-Gama A, Szego T, Silva e Souza Jr AH, Bechara

MJ. Fumo ou Saúde. BRADEPCA-Grupo Brasileiro de Estudos para Detecção e Prevenção do Câncer 1985; cap3:27-34.

Berenzon S, Villatoro J, Mora MHM, Fleiz C, Molinar EA, Navarro C. El consumo de tabaco de la población estudiantil de la ciudad de México. Salud Ment 1999; 22(4):20-5.

*International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirement for manuscripts submitted to biomedical journals. N Engl J Med 1997; 336:309-15.

Boshuizen HC, Verkerk PH, Reerink JD, Herngreen WP, Zaadstra BM, Verloove-Vanhorick SP. Maternal smoking during lactation: relation to growth during the first year of life in a Dutch birth cohort. Am J Epidemiol 1998; 147(2):117-26.

Brage S, Bjerkedal T. Musculoskeletal pain and smoking in Norway. J Epidemiol Community Health 1996; 50:166-9.

Brunneman K, Mitacek EJ, Lin Y, Limsila T, Suttajit M. Assessment of major carcinogenic tobacco-specific N-nitrosamines in thai cigarettes. Cancer Detect Prev 1996; 20(2):114-21.

Campos HS. Tabagismo entre os médicos do Brasil. J Pneumol 1992; 18(1):1-9.

Chaieb JA, Castellarin C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. Rev Saúde Pública 1998; 32(3):246-54.

Cook DG, Strachan DP. Parental smoking and prevalence of respiratory symptoms and asthma in school age children. Thorax 1997; 52:1081-94.

Coughlin SS, Neaton JD, Sangupta A. Cigarette smoking as a predictor of death from prostate cancer in 348, 874 men screened for the multiple risk factor intervention trial. Am J Epidemiol 1996; 146(10):1002-6.

Cruickshanks KJ, Klein R, Klein BEK, Wiley TL, Nondahl DM, Tweed TS.

Tabagismo e perda auditiva: estudo da epidemiologia da perda auditiva. JAMA 1999; 3(4):1880-6.

Cummings KM, Pechacek TF, Orlandi M, Lynn WR. Comparison of recent trends in adolescent and adult cigarette smoking behavior and brand preferences. *Tob Control* 1997; 6(suppl2):531-7.

Curtis KM, Savitz DA, Arbuckle TE. Effects of cigarette smoking, caffeine consumption and alcohol intake on fecundability. *Am J Epidemiol* 1997; 146(1):32-41.

Davis BE, Neto JSC, Koh HK. Rugas do fumante: uma oportunidade dermatológica para a prevenção do câncer. *Rev Bras Med* 1997; 54(4):243-5.

Davis RM. Passive smoking: history repeats itself. *Br Med J* 1997; 315:961-2.

Davis TC, Arnold C, Nandy I, Bocchini JA, Gottlieb A, George RB et al. Tobacco use among male high school athletes. *J Adolesc Health* 1997a; 21:97-101.

Deitos FT, Santos RP, Pasqualotto AC, Segat FM, Guillande S, Benvegnu LA. Prevalência do consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas em estudantes de uma cidade de médio porte no sul do Brasil. *Inf Psiquiatr* 1998; 17(1):11-6.

Dejin-Karlsson E, Hanson BS, Östergren P-O, Ranstam J, Isacson S-O, Sjöberg N-O. Psychosocial resources and persistent smoking in early pregnancy – a population study of women in their first pregnancy in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50:33-9.

Dimich-Ward H, Gee H, Brauer M, Leung V. Analysis of nicotine and cotinine in the hair of hospitality workers exposed to environmental tobacco smoke. *J Occup Environ Med* 1997; 39(10):946-8.

Egger P, Duggleby S, Hobbs R, Fale C, Cooper C. Cigarette smoking and bone mineral density in the elderly. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50:47-50.

Escobedo LG, Peddicord JP. Smoking prevalence in US birth cohorts: the influence of gender and education. *Am J Public Health* 1996; 86(2):231-6.

Everett SA, Husten CG, Warren CW, Crossett L, Sharp D. Trends in tobacco use among high school students in the United States, 1991-1995. *J Sch Health* 1998; 68(4):137-40.

Fernández CG, Vergara RGSL, Hernández CO, Martínez ED. Patología respiratória en los jóvenes y hábito tabáquico. Arch Bronconeumol 2000; 36(4): 186-90.

Ferris BG. Epidemiology standardization project. Am Rev Respir Dis 1978; 6(suppl):7-52.

Fisberg M, Solé D, Katiki T, Gonçalves APV, Tabata AS, Huey CC. Tabagismo passivo e asma na infância. J Bras Med 1996; 71(4):37-42.

Fiore MC. Tendências do tabagismo nos Estados Unidos: a epidemiologia do uso do tabaco. Clin Med Am Norte 1992; 2:289-303.

Forster JL, Wolfson M. Youth access to tobacco: policies and politics. Annu Rev Public Health 1998; 19:203-35.

Forti N, Fukushima J, Giannini SD. Perfil lipídico de indivíduo submetido à cinecoronariografia em diferentes regiões do Brasil. Arq Bras Cardiol 1997; 68(5):333-42.

Galanis DJ, Petrovitch H, Launer LJ, Harris TB, Foley DJ, White LR. Smoking history in middle age and subsequent cognitive performance in elderly japanese-american men. Am J Epidemiol 1997; 145(6):507-15.

Galanti LM, Godding V. Are biological markers useful to predict the outcome of smoking cessation? Eur Respir Soc 1999; 9-13.

Gárate IHF, La Peña JE de, Tamayo DH, Gárce HT, Galindo JDR, Martínez MGB, et al. Consumo de tabaco en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Méx 1997; 39(2):125-32.

Gensini GF, Comeglio M, Colella A. Classical risk factors and emerging elements in the risk profile for coronary artery disease. Eur Heart J 1998; 19(suppl):53-61.

Gergen PJ, Fowler JA, Maurer KR, Davis WW, Overpeck MD. The burden of environmental tobacco smoke exposure on the respiratory health of children 2 months through 5 years of age in the United States: Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 to 1994. Pediatrics 1998; 101(2):E8.

Gigliotti A, Bonetto DVS, Alves JG, Jardim JRB, Maranhão MFC, Zamboni M, et al. Tabagismo. J Bras Med 1999; 77(2):48-78.

- Griep RH, Chór D, Camacho LAB. Tabagismo entre trabalhadores de empresa bancária. *Rev Saúde Pública* 1998; 32(6):533-40.
- Goodman LS, Gilman AG. Dependência e abuso de drogas. In: Bases farmacológicas da terapêutica. 7th ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan AS; 1987. p.362-4.
- Grimfeld A. L'enfant a wheezing et les infections respiratoires pediatriques. *Allerg Immunol (Paris)* 1997; 29(3):73-4.
- Grossman DW, Knox JJ, Nash C, Jiménez JG. Smoking: attitudes of Costa Rica physicians and apportunities for intervention. *Bull World Health Organ* 1999; 77(4):315-22.
- Grossman M, Chaloupka FJ. Cigarette taxes: the straw to break the Camel's Bach. *Public Health Rep* 1997; 112:291-7.
- Gutiérrez FLA, García AV, Osuna EC, Gómez JS, Otero DDC, González RV, et al. Tabaquismo escolar en la provincia de Sevilla. Epidemiología e influencia del entorno personal y social (campaña de Prev Tabaquismo 1998-1999). *Arch Bronconeumol* 2000; 36(1):118-23.
- Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *Br Med J* 1997; 315:981-8.
- Haheim LL, Holme I, Hjermann PL. Smoking habits and risk of fatal stroke: 18 years follow up of the Oslo Study. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50:621-4.
- Hasdai D, Garratt KN, Grill DE, Lerman A, Holmes DR. Effect of smoking status on the long-term outcome after successful percutaneous coronary revascularization. *N Engl J Med* 1997; 336(11):755-61.
- Hellerstedt WL, Himes JH, Story M, Alton IR, Edwards LE. The effects of cigarette smoking and gestational weight change on birth outcomes in obese and normal-weight women. *Am J Public Health* 1997; 87(4):591-6.
- Horta BL, Ramos EO, Victora CG. O hábito de fumar entre estudantes de medicina da UFPEL: prevalência, sintomatologia respiratória e relação com o tabagismo dos pais. *Rev AMRIGS* 1988; 32(1):15-7.

- Horta BL, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Menezes AMB. Tabagismo em gestantes de área urbana da região sul do Brasil, 1982-1993. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(3):247-53.
- Horta BL, Victora CG, Menezes AM, Barros FC. Environmental tobacco smoke and breastfeeding duration. *Am J Epidemiol* 1997a; 146(2):128-33.
- Hovell MF, Slymen DJ, Keating KJ, Jones JA, Burkham-Kreitner S, Hofstetter CR, et al. Tobacco use prevalence and correlates among adolescents in a clinician initiated tobacco prevention trial in California, USA. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50:340-6.
- Howard G, Wagenknecht LE, Burke GL, Diez-Roux A, Evans GW, McGovern P, et al. Cigarette smoking and progression of atherosclerosis - The atherosclerosis in communities. *JAMA* 1998; 279(2):119-24.
- Iscan A, Yigitoglu R, Ece A, Ari Z, Akyildiz M. The effect of cigarette smoking during pregnancy on cord blood lipid, lipoprotein and apolipoprotein levels. *Jpn Heart J* 1997; 38(4):497-502.
- Iso H, Shimamoto T, Sato S, Koike K, Lida M, Komashi Y. Passive smoking and plasma fibrinogen concentrations. *Am J Epidemiol* 1996; 144(12):1151-4.
- Issa JS. Fumo e doenças cardiovasculares: prevenção primária e secundária. *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo* 1996; 6(5):590-5.
- Ivanovic MD, Castro GC, Ivanovic MR. Factores que inciden en el habito de fumar de escolares de educación basica y media del Chile. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(1):30-43.
- Jaakkola MS, Jaakkola JJK, Becklake MR, Ernst P. Effect of passive smoking on the development of respiratory symptoms in young adults: an 8-year longitudinal study. *J Clin Epidemiol* 1996; 49(5):581-6.
- Jay SJ. Smoking as a risk factor for breast cancer in women. *Cancer J Clin* 1998; 48(3):190-1.

- Joyce DP, Chapman KR, Balter M, Kesten S. Asthma and allergy avoidance knowledge and behavior in postpartum women. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1997; 79(1):35-42.
- Kawakami N, Takatsuka N, Shimizu H, Ishibashi H. Effects of smoking on the incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Am J Epidemiol* 1997; 145(2):103-9.
- Laden F, Hunter DJ. Environmental risk factors and female breast cancer. *Annu Rev Public Health* 1998; 19:101-23.
- Lara MA, Balzaretti M, Oñate MG, Gomez P. Opiniones, actitudes y consumo de tabaco en una institución de salud pública. *Salud Pública de Mex* 1984; 26(2):122-9.
- Laranjeira R, Ferreira MP. Como criar um hospital livre de cigarros. *Rev Assoc Med Bras* 1997; 43(2):169-72.
- Laranjeira R, Pillon S, Dunn J. Environmental tobacco smoke exposure among non-smoking waiters: measure of expired carbon monoxide levels. *Rev Paul Med* 2000; 118:89-92.
- LaVechia C, Negri E, Levi F, Decarli A, Boyle P. Cancer mortality in Europe: effects of age, cohort of birth and period of death. *Eur J Cancer* 1998; 34(1):118-41.
- Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *Br Med J* 1997; 315:973-9.
- Lee KS, Park CY, Meng KH, Bush A, Lee SH, Lee WC, Koo JW, Chung CK. The association of cigarette smoking and alcohol consumption with other cardiovascular risk factors in men from Seoul, Korea. *Ann Epidemiol* 1998; 8(1):31-8.
- Lemos-Santos MGF, Gonçalves-Silva RMV, Botelho C. Tabagismo, composição corporal, distribuição da adiposidade e ingestão alimentar em fumantes, não fumantes e ex-fumantes. *Folha Méd* 2000; 119(3):23-31.
- Leonard L. Cigarette smoking and perceptions about smoking and health in Chad. *East Afr Med J* 1996; 73(8):509-12.

- Lima DRA. Farmacologia clínica do tabagismo. *J Bras Med* 1985; 49(1):157-61.
- Lindsay CA, Thomas AJ, Catalano PM. The effect of smoking tobacco on neonatal body composition. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177(5):1124-8.
- Little RE. Public health in central and eastern Europe and the role of environmental pollution. *Annu Rev Public Health* 1998; 19:153-72.
- Lolio CA, Souza JMP, Santo AH, Buchalla CM. Prevalência de tabagismo em localidade urbana da região sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1993; 27(4):262-5.
- López EG, Dios TR, Colavida JMR, Coello MRB, López IE, Martínez-Acitores IS. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998, España. *Prev Tab* 2000; 2(1):22-31.
- Lotufo PA, Benseñor IJM, Lolio CA. Tabagismo e mortalidade por doença isquêmica do coração. Estudo comparativo das capitais de regiões metropolitanas do Brasil, 1988. *Arq Bras Cardiol* 1995; 54(1):7-9.
- MacDorman MF. Sudden infant death syndrome (SIDS) and smoking in the United States and Sweden. *Am J Epidemiol* 1997; 146(3):249-57.
- Mahuad R, Pezotto S, Poletto L. Exposición ocupacional y cáncer de pulmón en fumadores. *Rev Saúde Pública* 1994; 28(3):204-8.
- Mannino DM, Ford E, Giovino GA, Thun M. Lung cancer deaths in the United States from 1979 to 1992: an analysis using multiple-cause mortality data. *Int J Epidemiol* 1998; 27(2):159-66.
- Marin AP, Almendras MMF, Gallen PS, Argues RC, Soler JC, Alenta HP, et al. Epidemiología del tabaquismo en los estudiantes de ciencias de la salud. *Rev Saúde Pública* 1994; 28(2):100-5.
- Martinez FD, Wright AL, Taussig LM. The effect of paternal smoking on the birth weight of newborns whose mothers did not smoke. *Am J Public Health* 1994; 84:1489-91.

Martins IS, Coelho LT, Casajus MI, Tieko E. Smoking consumption of alcohol and sedentary life style in population grouping and their relationships with lipemic disorders. *Rev Saúde Pública* 1995; 29(1):38-45.

Mayne ST, Buenconsejo J, Janerich DT. Previous lung disease and risk of lung cancer among men and women nonsmokers. *Am J Epidemiol* 1999; 149(1):13-20.

McBride PE. Conseqüências do tabagismo para a saúde: doenças cardiovasculares. *Clin Med Am Norte* 1992; 2:333-53.

Menezes ANB, Horta BL, Rosa S, Oliveira FK, Bonnan M. Hábito de fumar entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Pelotas, Brasil: comparação entre as prevalências de 1986 e 1991. *Cad Saúde Pública* 1994; 10(2):164-70.

Migliacci R, Gresele P. Smoking and impaired endothelium dependent dilatation. *N Engl J Med* 1996; 3:1674-5.

Milerad J, Vege A, Opdal SH, Rognun TO. Objective measurements of nicotine exposure in victims of sudden infant death syndrome and in other unexpected child deaths. *J Pediatr* 1998; 133(2):232-6.

Miller PMC, Plant M. Drinking, smoking and illicit drug use among 15 and 16 year olds in the United Kindgom. *Br Med J* 1996; 313:394-7.

Ministério da Saúde. Atualidades em tabagismo. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Programas de Controle de Câncer; 1993.

Ministério da Saúde: Secretaria Nacional de Ações Básicas. Falando sobre tabagismo. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, CONTAPP; 1996: 1-71.

Mirra AP, Rosemberg J. Inquérito sobre a prevalência do tabagismo na classe médica brasileira. *Rev Assoc Med Bras* 1997; 43(3):209-16.

Morabia A, Bernstein M, Hériter S, Khatchatrian N. Relation of breast cancer with passive and active exposure to tobacco smoke. *Am J Epidemiol* 1996; 146(9):918-28.

Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeir M, Cardozo S. Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1995; 29(1):46-51.

Muza GM, Bettiol H, Muccillo G, Barbieri MA. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto/SP (Brasil): prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(1):21-9.

Nafstad P, Jaakkola JJK, Hagen JA, Pedersen BS, Qvigstad E, Botten G, et al. Weight gain during the first year of life in relation to maternal smoking and breast feeding in Norway. *J Epidemiol Community Health* 1997; 51:261-5.

Nafstad P, Kongerud J, Botten G, Hagen JA, Jaakkola JJK. The role of passive smoking in the development of bronchial obstruction during the first two years of life. *Epidemiology* 1997a; 8(3):293-7.

Nardini S, Bertoletti R, Rastelli V, Donner CF. The influence of personal tobacco smoking on the clinical practice of italian CHEST physicians. *Eur Respir J* 1998; 12(6):1450-3.

Newcomb PA, Carbone PP. Conseqüências do fumo sobre a saúde: câncer. *Clin Med Am Norte* 1992; 2:305-31.

Nichter M, Vuckovic N, Quintero G, Ritenbaugh C. Smoking experimentation and initiation among adolescent girls: qualitative and quantitative findings. *Tob Control* 1997; 6(4):285-95.

Nordlund LA, Carstensen JM, Pershagen G. Are male and female smokers at equal risk of smoking-related cancer: evidence from a swedish prospective study. *Scand J Public Health* 1999; 27(1):56-62.

OPAS - Organización Panamericana de la Salud. Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América. Tabaquismo y salud en las Américas: informe de la Organización Panamericana de la Salud. Atlanta 1992; cap2:17-62.

Orive JIG, Miguel TP, Ten CR, Quijada SG, Sacristán JE, Valls RS, et al. Actitudes ante el tabaquismo y características del hábito de un grupo de asmáticos jóvenes comparado con un grupo sin asma. *Arch Bronconeumol* 2000; 36(3):133-8.

- Orive JIG, Miguel TP, Ten CR, Sacristán JE, Albiach JMM, Valls RS, La Rosa AH de. Reciben consejo médico antitabáquico los asmáticos jóvenes? *Prev Tabaq* 2000a; 2(1):17-21.
- Palacios PJR, Del Castillo JDL, Sambricio AM, Ramírez VA, Guerrero MJL. Perfil tabáquico de los adolescentes de enseñanza secundaria. *Prev Tabaq* 2000; 2(1):5-16.
- Patton GC, Hibbert M, Rosier MJ, Carlin JB, Caust J, Bowes G. Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers? *Am J Public Health* 1996; 86(2):225-30.
- Peters J, Hedley AJ, Lam T-H, Betson CL, Wong C-M. A comprehensive study of smoking in primary school children in Hong Kong: implications for prevention. *J Epidemiol Community Health* 1997; 51:239-45.
- Pierce JP, Gilpin E. How long will today's new adolescent smoker be addicted to cigarettes? *Am J Public Health* 1996; 86(2):253-6.
- Piñate FM. La cultura del tabaco a las puertas del siglo XXI. *Gac Med Caracas* 1997; 105(1):131-7.
- Pirkle JL, Flegal KM, Bernert JT, Brody DJ, Etzel RA, Maurer KR. Exposure of the US population to environmental tobacco smoke. *JAMA* 1996; 275(16):1233-40.
- Posonby A-L, Couper D, Dwyer T. Features of infant exposure to tobacco smoke in a cohort study in Tasmania. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50:40-6.
- Rapiti E, Jindal SK, Gupta D, Boffetta P. Passive smoking and lung cancer in Chandigarh, India. *Lung Cancer* 1999; 23(3):183-9.
- Rhainds M, Levallois P. Effects of maternal cigarette smoking and alcohol consumption on blood lead levels of newborns. *Am J Epidemiol* 1997; 145(3):250-7.
- Ribeiro SA, Jardim JRB, Laranjeira RR, Alves AKS, Kesselring F, Fleissig L, et al. Prevalência de tabagismo na Universidade Federal de São Paulo, 1996: dados preliminares de um programa institucional. *Rev Assoc Med Bras* 1999; 45(1):39-44.

- Rodriguez C, Tatham LM, Thun MJ, Calle EE, Heath CW. Smoking and fatal prostate cancer in a large cohort of adult men. *Am J Epidemiol* 1997; 145(5):466-75.
- Rosemberg J. Tabagismo: sério problema de saúde pública. 1st ed. São Paulo: Almed-Edusp; 1981. 370p.
- Rosemberg J, Peron S. Tabagismo entre estudantes da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. Tabagismo nos acadêmicos e nos médicos. *J Pneumol* 1990; 16(1):13-22.
- Royo FG, Vera CG, Sevillano FJR, Pujol EP, Hereza JMJ, Burgni JAM. Tabaquismo pasivo y otros factores de riesgo en las afecciones respiratorias de vias bajas en los lactentes. *Aten Primaria* 1998; 22(1):46-51.
- Ruffino-Netto A, Ruffino MC, Gruber CA, Tsuzuki EE, Carramaschi FR, Machado FA. Tabagismo entre acadêmicos de Ribeirão Preto - USP. *Medicina São Paulo* 1981; 13(1 e 2):11-21.
- Ruffino-Netto A, Ruffino MC, Passos ADC, Silva CA, Madeira AN. Tendência do tabagismo entre acadêmicos de Ribeirão Preto (SP) - estudo prospectivo. *J Pneumol* 1988; 14(4):163-9.
- Ruffino-Netto A, Ruffino MC, Passos ADC, Silva CA. Tabagismo e sintomas/doenças do aparelho respiratório entre acadêmicos ligados à área de saúde - Ribeirão Preto (SP). *J Pneumol* 1989; 15(1):8-10.
- Rylander RR, Axelsson G, Megevand Y, Daheberg C, Liljeqvist T, Sundh V. Dietary habits for non-smoking females living with smokers on non-smokers. *Eur J Public Health* 1999; 9(2):142-5.
- Sanjuan DMS, Ramirez MS, Mendez NHS, Medrano S, Cueto SMC. Exposicion a contaminantes y alergenicos en el nino asmatico en comparacion con el nino sano. *Rev Alerg Mex* 1997; 44(1):13-6.
- Santana JCB, Barreto SSM, Carvalho PRA. Fatores associados com asma aguda grave na infância: aspectos epidemiológicos e clínicos. *J Pediatr* 1997; 73(5):324-34.

Schellscheidt J, Jorch G, Menke J. Effects of heavy maternal smoking on intrauterine growth patterns in sudden infant death victims and surviving infants. *Eur J Pediatr* 1998; 157(3):246-51.

Selcuk ZT, Enunlu T, Topal T. The prevalence of allergic diseases in primary school children in Edirne, Turkey. *Clin Exp Allergy* 1997; 27(3):262-9.

Sepúlveda RDL. El hábito de fumar en el estudiante de secundaria. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 1996; 34(4):287-92.

Serfaty E, Ustarán JK, Andrade JH, Boggero HJB, Masaútis A, Foglia VL. Consumo de tabaco, alcohol, marijuana y cocaína en varones de 18 años de la ciudad de Buenos Aires: estudio comparativo 1988-1992. *Bol Acad Nac Med B Aires* 1995; 73(2):605-15.

Sherman CB. Conseqüências do fumo sobre a saúde: doenças pulmonares. *Clin Med Am Norte* 1992; 2:355-76.

Simões MJS. Tabagismo entre estudantes do primeiro e segundo graus em Araraquara, SP - Brasil. 1988. *Medicina São Paulo* 1990; 23(4):223-31.

Solla JJ, Pereira RA, Medina MG, Pinto LL, Mota E. Analisis multifactorial de los factores de riesgo de bajo peso al nacer en Salvador, Bahia. *Rev Panam Salud Publica* 1997; 2(1):1-6.

Sonke GS, Stewart AW, Beaglehole R, Jackson R, White HD. Comparison of case fatality in smokers and non-smokers after acute cardiac event. *Br Med J* 1997; 315:992-8.

Speizer FE, Colditz GA, Hunter DJ, Rosner B, Hennekens C. Prospective study of smoking, antioxidant intake and lung cancer in middle-aged women. *Cancer Causes Control* 1999; 10(5):475-82.

Stefanadis C, Tsiamis E, Veachopoulos C, Stratos C, Toutouzas K, Pitsavos C, Marakas S, Boudoulas H, Toutouzas P. Unfavorable effect of smoking on the elastic properties of the human aorta. *Circulation* 1997; 95(1):31-8.

Strachan DP, Cook DG. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *Thorax* 1997; 52:905-14.

- Torres BS, Cruz RCS, Huggis D. Tabagismo na adolescência: fatores determinantes. *Rev Bras Med* 1998; 55(4):251-3.
- Vaidya SJ, Naik UD, Vaidya JS. Effect of sports sponsorship by tobacco companies on children's experimentation with tobacco. *Br Med J* 1996; 313:400-16.
- Valente MA, Miyadahira AMK, Ide CAC, Takahashi EIU, Chaves EC, Padilha KG, et al. O fumo entre docentes e discentes das escolas de enfermagem. *Rev Esc Enf USP* 1982; 16(2):147-63.
- Vielalbi JR, Vives R, Nebot M, Diez E, Ballestin M. El tabaco y los escolares: contexto, opiniones y comportamiento. *Med Clin Barc* 1998; 110(5):579-81.
- Vogt MT, Cauley JA, Scott JC, Kuller LH, Browner WS. Smoking and mortality among older women. *Arch Intern Med* 1996; 156:630-6.
- Vriz O, Nesbitt S, Krause L, Majahalme S, Lu H, Julius S. Smoking is associated with higher cardiovascular risk in young women than in men: the tecumseh blood pressure study. *J Hypertens* 1997; 15(2):127-34.
- Wald NJ, Watt HC. Prospective study of effect of switching from cigarettes to pipes or cigars on mortality from three smoking related diseases. *Br Med J* 1997; 314:1860-3.
- Wells AJ. Breast cancer, cigarette smoking and passive smoking. *Am J Epidemiol* 1998; 147(10):991-2.
- While D, Kelly S, Huang W, Charlton A. Cigarette advertising on onset of smoking in children: questionnaire survey. *Br Med J* 1996; 313:398-9.
- Willemsen MC, Brug J, Uges DRA, Wall MLV. Validity and reliability of self-reported exposure to environmental tobacco smoke in work offices. *J Occup Environ Med* 1997; 39(11):1111-4.
- Withers NJ, Low, L, Holgate ST, Clough JB. The natural history of respiratory symptoms in a cohort of adolescents. *Am J Respir Crit Care* 1998; 158:352-7.
- WHO - World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. Geneva, 1997; 495p.

Wynder EL. Tobacco as a cause of lung cancer: some reflections. *Am J Epidemiol* 1997; 146(9):687-94.

Yang GH, Fan LX, Tan J, Qi GM, Zhang YF, Samet JM, et al. Smoking in China - findings of the 1996. National Prevalence Survey. *JAMA* 1999; 282(13):1247-53.

Yuan JM, Castelão JE, Gago-Domingues M, Yu MC, Ross RK. Tobacco use in relation to renal cell carcinom. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1998; 7(5):429-33.

Yuan JM, Ross RK, Wang X-L, Gao Y-T, Henderson BE, Yu MC. Morbidity and mortality in relation to cigarette smoking in Shanghai, China. *JAMA* 1996; 275(21):1646-83.

Zhu BP, Liu M, Shelton D, Liu S, Giovino GA. Cigarette smoking and its risk factors among elementary school students in Beijing. *Am J Public Health* 1996; 86(3):368-75.

**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DO HÁBITO
DE FUMAR NO CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. OS RESULTADOS OBTIDOS POR MEIO DESTES QUESTIONÁRIO SERÃO UTILIZADOS PARA IDENTIFICAR A POPULAÇÃO AFETADA PELO TABAGISMO E OBTER SUBSÍDIOS PARA PREPARAR PROGRAMAS EDUCATIVOS. ESTES PROGRAMAS TERÃO POR FINALIDADE A CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE OS RISCOS DO TABAGISMO, O ESTÍMULO AO ABANDONO DO HÁBITO DE FUMAR E A PREVENÇÃO ENTRE OS JOVENS E A POPULAÇÃO GERAL.
2. SUA PARTICIPAÇÃO É MUITO IMPORTANTE, PORÉM, VOLUNTÁRIA, OU SEJA, VOCÊ PODE OU NÃO RESPONDER O QUESTIONÁRIO.

OBRIGADO!

DATA: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

ESTADO:

CEP:

TELEFONE:

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ ()

Dia Mês Ano Idade

LOCAL DE NASCIMENTO: (cidade) (estado)

PROFISSÃO:

SETOR:

UNIDADE:

SEXO: feminino () masculino ()

ESTADO CIVIL:

RAÇA:

ESCOLARIDADE:

primário incompleto () primário completo ()

secundário incompleto () secundário incompleto ()

superior incompleto () superior completo ()

DOENÇAS:

HÁBITO DE FUMAR

VOCÊ FUMA?

- Sim () Responda as questões para FUMANTES de 1 a 13
- Já Fumei () Responda as questões para EX-FUMANTES de 14 a 27
- Nunca Fumei () Responda as questões para NÃO-FUMANTES de 28 a 31

FUMANTES

1. HÁ QUANTO TEMPO FUMA?

Número de anos ()

2. QUANTOS CIGARROS VOCÊ JÁ FUMOU, NA VIDA INTEIRA?

Menos de 5 maços ()

Mais de 5 maços ()

3. COM QUE IDADE COMEÇOU A FUMAR CIGARRO REGULARMENTE?

Idade em anos ()

4. QUANTOS CIGARROS VOCÊ FUMA POR DIA?

Cigarros por dia ()

5. VOCÊ TRAGA A FUMAÇA DO CIGARRO?

Sim ()

Não ()

6. VOCÊ UTILIZA CIGARRO COM FILTRO?

Sempre ()

Às vezes ()

Nunca ()

7. VOCÊ UTILIZA OU UTILIZOU OUTROS TIPOS DE FUMO?

Sim ()

Não ()

Qual(s):

8. EM QUE SITUAÇÕES VOCÊ FUMA MAIS FREQUENTEMENTE?

9. SE VOCÊ FICAR SEM FUMAR:

Nada sente ()

Sente-se mal ()

SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

TOSSE

10) VOCÊ APRESENTA QUALQUER TIPO DE TOSSE OU TEM NECESSIDADE DE LIMPAR A GARGANTA PELA MANHÃ?

Sim ()

Não ()

CATARRO

11) VOCÊ SENTE PIGARRO NA GARGANTA PELA MANHÃ?

Sim ()

Não ()

CHIADO

12) VOCÊ APRESENTA CHIADO NO PEITO?

Sim ()

Não ()

FALTA DE AR

13) VOCÊ SENTE FALTA DE AR?

Sim ()

Não ()

EX-FUMANTES

14) HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ PAROU DE FUMAR TOTALMENTE?

Anos () Meses ()

15) QUANTO TEMPO FUMOU?

Número de anos ()

1) QUANTOS CIGARROS VOCÊ JÁ FUMOU, NA VIDA INTEIRA?

Menos de 5 maços () Mais de 5 maços ()

17) COM QUE IDADE COMEÇOU A FUMAR CIGARRO REGULARMENTE?

Idade em anos ()

18) DURANTE O TEMPO EM QUE FUMOU, QUANTOS CIGARROS EM MÉDIA VOCÊ CONSUMIA POR DIA?

Cigarros por dia ()

1) VOCÊ TRAGAVA A FUMAÇA DO CIGARRO?

Sim () Não ()

1) VOCÊ UTILIZAVA CIGARRO COM FILTRO?

Sempre () Às vezes () Nunca ()

1) VOCÊ UTILIZA OU UTILIZOU OUTROS TIPOS DE FUMO?

Sim () Não ()

Qual(s):

1) EM QUE SITUAÇÕES VOCÊ FUMAVA MAIS FREQUENTEMENTE?

1) QUANDO VOCÊ FICAVA SEM FUMAR:

Nada sentia () Sentia-se mal ()

SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

TOSSE

1) VOCÊ APRESENTA QUALQUER TIPO DE TOSSE OU TEM NECESSIDADE DE LIMPAR A GARGANTA PELA MANHÃ?

Sim () Não ()

CATARRO

1) VOCÊ SENTE PIGARRO NA GARGANTA PELA MANHÃ?

Sim () Não ()

CHIADO

26) VOCÊ APRESENTA CHIADO NO PEITO?

Sim ()

Não ()

FALTA DE AR

27) VOCÊ SENTE FALTA DE AR?

Sim ()

Não ()

NÃO-FUMANTES

SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

TOSSE

28) VOCÊ APRESENTA QUALQUER TIPO DE TOSSE OU TEM NECESSIDADE DE LIMPAR A GARGANTA PELA MANHÃ?

Sim ()

Não ()

CATARRO

29) VOCÊ SENTE PIGARRO NA GARGANTA PELA MANHÃ?

Sim ()

Não ()

CHIADO

30) VOCÊ APRESENTA CHIADO NO PEITO?

Sim ()

Não ()

FALTA DE AR

31) VOCÊ SENTE FALTA DE AR?

Sim ()

Não ()

Tabela 18 - Distribuição do hábito de fumar segundo sexo.

Sexo	Feminino		Masculino		SI	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
F	19,8	(344)	23,2	(309)	31,8	(7)
EF	14,1	(244)	18,3	(244)	9,1	(2)
NF	66,0	(1144)	58,5	(781)	59,1	(13)
SI	0,1	(2)	—	—	—	—
Total	56,1	(1734)	43,2	(1334)	0,7	(22)

Tabela 19 - Distribuição do tabagismo segundo faixa etária de iniciação ao hábito.

Iniciação	# 10a.		11-15a.		16-20a.		21-30a.		31-40a.		>40a.		SI		Total	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
F	3,8	(25)	22,4	(148)	48,2	(318)	16,2	(107)	2,7	(18)	0,6	(4)	6,1	(40)	21,4	(660)
EF	4,1	(20)	31,0	(152)	43,7	(214)	11,2	(55)	1,4	(7)	0,2	(1)	8,4	(41)	15,9	(490)

Tabela 20 - Distribuição do tabagismo segundo faixa de maços consumidos diariamente.

Maços	# 0,5	0,5 } 1	1 } 2	>2	SI	Total
-------	-------	---------	-------	----	----	-------

	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
F	42,6	(281)	43,5	(287)	7,4	(49)	—	—	6,5	(43)	21,4	(660)
EF	49,6	(243)	30,6	(150)	9,0	(44)	1,4	(7)	9,4	(46)	15,9	(490)

Tabela 21 - Distribuição do tabagismo segundo situações relacionadas ao hábito.

Situações	Reuniões Sociais		Situações de Estresse		Bebida Alcoólica		Sintomas Afetivos		Lazer Prazer		Refeições		Outras	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
F (n=906)	17,0	(154)	38,2	(346)	8,1	(73)	6,0	(54)	4,7	(43)	3,6	(33)	22,4	(203)
EF (n=701)	29,0	(203)	23,8	(167)	7,1	(50)	5,7	(40)	6,6	(46)	4,4	(31)	23,4	(164)

Tabela 22 - Distribuição dos sintomas respiratórios segundo hábito tabágico.

Sintomas Respiratórios	Tosse				Catarro				Chiado				Falta de Ar			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
F	38,8	(247)	61,2	(390)	39,3	(249)	60,7	(385)	24,7	(153)	75,3	(466)	26,1	(160)	73,9	(454)
EF	15,0	(71)	85,0	(403)	16,7	(79)	83,3	(394)	8,0	(37)	92,0	(423)	17,5	(80)	82,5	(378)

NF	13,0	(246)	87,0	(1642)	12,4	(229)	87,6	(1615)	8,8	(163)	91,2	(1683)	12,8	(236)	97,2	(1604)
----	------	-------	------	--------	------	-------	------	--------	-----	-------	------	--------	------	-------	------	--------

Tabela 23 - Distribuição do grupo de doenças segundo hábito tabágico.

Doenças	Resp.		Cardiol.		Gastr.		Vascular		OU	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	nº
F	18,2	(38)	20,6	(20)	35,9	(14)	8,3	(1)	25,9	(60)
EF	12,0	(25)	33,0	(32)	17,9	(7)	41,7	(5)	18,1	(42)
NF	69,8	(146)	46,4	(45)	46,2	(18)	50,0	(6)	56,0	(130)

Total	35,5	(209)	16,5	(97)	6,6	(39)	2,0	(12)	39,4	(232)
-------	------	-------	------	------	-----	------	-----	------	------	-------

Tabela 24 - Distribuição do hábito de fumar segundo grau de escolaridade.

G.E.	Primário I.		Primário C.		Secundário I.		Secundário C.		Superior I.		Superior C.		SI	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
F	46,0	(46)	36,3	(62)	38,8	(57)	26,8	(140)	13,6	(160)	19,3	(179)	37,2	(16)
EF	23,0	(23)	19,9	(34)	21,1	(31)	18,2	(95)	9,0	(106)	20,8	(193)	18,6	(8)
NF	31,0	(31)	43,9	(75)	40,1	(59)	54,8	(286)	77,3	(911)	60,0	(557)	44,2	(19)
SI	—	—	—	—	—	—	0,2	(1)	0,1	(1)	—	—	—	—
Total	3,2	(100)	5,5	(171)	4,8	(147)	16,9	(522)	38,1	(1178)	30,1	(929)	1,4	(43)

Tabela 25 - Distribuição do hábito de fumar segundo categoria de identificação.

Identificação	DI		D0		SE		OU	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
F	11,7	(118)	13,6	(41)	28,5	(476)	23,4	(25)
EF	7,7	(78)	33,4	(101)	18,1	(303)	7,5	(8)
NF	80,5	(811)	53,0	(160)	53,4	(893)	69,2	(74)
SI	0,1	(1)	—	—	0,1	(1)	—	—
Total	32,6	(1008)	9,8	(302)	54,1	(1673)	3,5	(107)

Tabela 26 - Distribuição do hábito de fumar segundo unidades do campus.

Unidades	AG		IB		FM		FMVZ		FCA	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
F	37,7	(60)	23,5	(80)	20,3	(337)	19,0	(73)	20,2	(110)
EF	18,2	(29)	17,0	(58)	16,0	(266)	14,0	(54)	15,3	(83)
NF	44,0	(70)	59,5	(203)	63,7	(1058)	66,8	(257)	64,3	(350)
SI	—	—	—	—	—	—	0,3	(1)	0,2	(1)
Total	5,1	(159)	11,0	(341)	53,8	(1661)	12,5	(385)	17,6	(544)

Tabela 27 - Distribuição do hábito de fumar segundo unidade universitária de graduação dos discentes.

Unidades Universitárias	FCA		FM		FMVZ		IB	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
F	14,4	(38)	9,6	(42)	12,2	(26)	12,9	(12)
EF	7,6	(20)	6,9	(30)	9,4	(20)	8,6	(8)
NF	78,0	(206)	83,5	(365)	78,4	(167)	78,5	(73)
Total	26,2	(264)	43,5	(437)	21,2	(213)	9,2	(93)

Tabela 28 - Distribuição do hábito de fumar segundo curso de graduação dos discentes.

Cursos de Graduação	Agro		Bio		Enf		E. Fl.		Med		Vet		Zoo	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
F	15,3	(33)	12,9	(12)	16,9	(12)	10,4	(5)	8,2	(30)	11,7	(14)	12,9	(12)
EF	6,0	(13)	8,6	(8)	4,2	(3)	14,6	(7)	7,4	(27)	9,2	(11)	9,7	(9)
NF	78,7	(170)	78,5	(73)	78,9	(56)	75,0	(36)	84,4	(309)	79,2	(95)	77,4	(72)
Total	21,4	(216)	9,2	(93)	7,1	(71)	4,8	(48)	36,3	(366)	11,9	(120)	9,2	(93)

Tabela 29 - Distribuição do hábito de fumar segundo ano de graduação em Agronomia.

Agronomia	1º ano		2º ano		3º ano		4º ano		5º ano	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
F	17,7	(11)	16,7	(5)	12,5	(4)	14,1	(9)	13,8	(4)
EF	11,3	(7)	6,7	(2)	—	—	4,7	(3)	3,4	(1)

NF	71,0	(44)	73,3	(22)	87,5	(28)	81,2	(52)	82,8	(24)
SI	—	—	3,3	(1)	—	—	—	—	—	—
Total	28,6	(62)	13,8	(30)	14,8	(32)	29,5	(64)	13,4	(29)

Tabela 30 - Distribuição do hábito de fumar segundo ano de graduação em Enfermagem.

Enfermagem	1º ano		2º ano		3º ano		4º ano	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
F	5,3	(1)	25,0	(4)	4,6	(1)	42,9	(6)
EF	10,5	(2)	—	—	4,6	(1)	—	—
NF	84,2	(16)	75,0	(12)	90,9	(20)	57,1	(8)
Total	26,8	(19)	22,5	(16)	31,0	(22)	19,7	(14)

Tabela 31 - Distribuição do hábito de fumar segundo ano de graduação em Medicina.

Medicina	1º ano		2º ano		3º ano		4º ano		5º ano		6º ano	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
F	8,9	(7)	3,2	(2)	3,3	(2)	8,2	(6)	9,3	(4)	18,7	(9)
EF	8,9	(7)	3,2	(2)	10,0	(6)	8,2	(6)	7,0	(3)	6,3	(3)
NF	82,3	(65)	93,6	(59)	86,7	(52)	83,6	(61)	83,7	(36)	75,0	(36)
Total	21,6	(79)	17,2	(63)	16,4	(60)	19,9	(73)	11,8	(43)	13,1	(48)

Tabela 32 - Distribuição do hábito de fumar segundo ano de graduação em Medicina Veterinária.

Veterinária	1º ano		2º ano		3º ano		4º ano		5º ano	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
F	5,9	(2)	6,1	(2)	8,3	(2)	27,6	(8)	—	—
EF	8,8	(3)	18,2	(6)	4,2	(1)	3,4	(1)	—	—
NF	85,3	(29)	75,8	(25)	87,5	(21)	69,0	(20)	—	—
Total	28,3	(34)	27,5	(33)	20,0	(24)	24,2	(29)	—	—

Tabela 33 - Distribuição do hábito de fumar segundo ano de graduação em Zootecnia.

Zootecnia	1º ano		2º ano		3º ano		4º ano	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
F	10,7	(3)	—	—	25,0	(7)	7,4	(2)
EF	10,7	(3)	—	—	21,4	(6)	—	—
NF	78,6	(22)	100,0	(10)	53,6	(15)	92,6	(250)
Total	30,1	(28)	10,8	(10)	30,1	(28)	29,0	(252)