

ANAIS ELETRÔNICOS DA I CIEGESI / I ENCONTRO CIENTÍFICO DO PNAP/UEG

22-23 de Junho de 2012 - Goiânia, Goiás.

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO TABAGISMO NA ADOLESCÊNCIA

NASCIMENTO, Gerson Pereira do¹
ASSIS, Eliane Priscila Oliveira²

RESUMO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) a adolescência é o grupo de maior risco para o início do uso do tabaco. Dados do Ministério da Saúde (2004) indicaram que o álcool e o tabaco têm sido as drogas lícitas mais utilizadas por crianças e adolescentes ao longo da vida e no uso habitual (últimos 30 dias). A maior parte dos fumantes adquire o hábito de fumar e a dependência à nicotina na adolescência, pois a curiosidade inicial na experimentação de cigarros é um dos fatores determinantes da prevalência do tabagismo na vida adulta. Devido à relevância dessa temática, este estudo foi desenvolvido com o objetivo de conhecer a prevalência e os principais fatores de risco associados ao tabagismo entre os adolescentes do Colégio Estadual Joana D'Arc, do município de Uruaçu – GO. Como metodologia foi adotada a pesquisa de abordagem qualitativa do tipo descritiva. Os dados foram coletados em entrevista realizada pelo pesquisador por meio de questionário aplicado aos adolescentes que estudam na escola campo. Os fatores de risco para o tabagismo na adolescência citados na literatura são inúmeros e a pesquisa aponta, principalmente, para: sexo e a idade; nível socioeconômico; fumo dos pais, irmãos e amigos; rendimento escolar; trabalho remunerado e separação dos pais ou violência familiar, autoestima baixa e, conseqüentemente, a necessidade de autoafirmação.

Palavras-chave: Tabagismo. Adolescência. Saúde. Prevalência.

¹ Graduado em Licenciatura Plena em Educação Física pela UEG – Universidade Estadual de Goiás; pós-graduando em Gestão em Saúde pela Unuead – UEG, Universidade Estadual de Goiás.

² - Professora orientadora do Curso de Pós-graduação Latu-Sensu em Gestão em Saúde, na Universidade Estadual de Goiás. – elianepiscilaoliveira@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

Hoje, o tabagismo representa uma das principais causas de doenças evitáveis podendo vir a ser a primeira causa de morte evitável no século XXI.

O tabagismo é um vício provocado pela nicotina e por outras substâncias tóxicas presentes no cigarro, sendo a maior causa isolada e evitável de óbito no mundo ocidental. O consumo de tabaco constitui hoje um dos principais problemas de saúde (COMUNIDADE EUROPEIA, 2002). Apesar dos malefícios que o hábito de fumar provoca, este é uma das drogas mais consumidas do mundo, o que pode ser comparado a uma epidemia (CHOLLAT-TRAQUET, 1992). Segundo Who (1997) em todo o mundo, 29% da população fuma, sendo 47% a prevalência de consumo nos homens e 12% nas mulheres

A evidência científica tem demonstrado conclusivamente que todas as formas de tabaco provocam problemas de saúde ao longo da vida, resultando frequentemente em morte ou incapacidade (ERIKSEN & MACKAY, 2002). Os perigos ligados ao tabagismo podem ser divididos em duas categorias: perigos para o próprio fumador; perigos para a população em geral (COMUNIDADE EUROPEIA, 2002).

As estimativas comprovam que cerca de três milhões de pessoas em todo o mundo morrem devido ao tabagismo. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004), prevê para os próximos 30 a 40 anos, uma epidemia tabágica que será responsável por 10 milhões de mortes por ano, sendo que 70% dessas mortes ocorrerão nos países em desenvolvimento.

No Brasil, são 200 mil mortes por ano (INCA, 2009). Estudos da Organização Mundial de Saúde afirmam que os próximos 30 a 40 anos, a epidemia de tabaco será responsável por 10 milhões de mortes anuais, sendo que 70% destas ocorrerão nos países em desenvolvimento (WHO, 2003, INCA, 2004, WARREN, *et al*, 2000; YATCH, 1999).

Apesar da grande maioria da população mundial saber dos riscos do tabaco, seu consumo ainda é um grande problema de saúde pública. No Brasil, 17% da

população com faixa etária igual ou superior a 15 anos são tabagistas. Sabe-se que o vício de fumar está associado a doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão e outras neoplasias.

Cada vez se torna mais precoce o início do vício de fumar. Este fator é preponderante para que muitas pessoas se tornem fumantes na vida adulta. Acredita-se que aproximadamente 250 milhões de crianças e adolescentes, nos próximos anos, morrerão precocemente devido ao fumo.

Estudos comprovam que o vício de fumar, tanto no Brasil, como no mundo todo tem seu início em idade muito precoce, o que aumenta a prevalência de tabagismo na adolescência. A adição à nicotina ocorre com o uso regular de tabaco e adolescentes fumantes têm alta probabilidade de tornarem-se adultos fumantes.

A adolescência é o grupo de maior risco para o início do uso do tabaco (CAVALCANTE, 2005). Dados do Ministério da Saúde (2004) indicaram que o álcool e o tabaco têm sido as drogas lícitas mais utilizadas por crianças e adolescentes ao longo da vida (uso na vida) e no uso habitual (nos últimos 30 dias). A maior parte dos fumantes adquirem o hábito de fumar e a dependência à nicotina na adolescência, uma vez que a curiosidade inicial na experimentação de cigarros é um dos fatores determinantes da prevalência do tabagismo na vida adulta.

Dados estatísticos comprovam que os adolescentes fumantes têm uma grande tendência a tornarem-se adultos fumantes. Sendo assim, prevenir o uso de tabaco entre os jovens é de suma importância, evitando que os mesmos adquiram, na vida adulta, inúmeras complicações em sua saúde e conseqüentemente, diminuindo os gastos em saúde pública com o tratamento de doenças relativas ao vício de fumar. Apesar do princípio de que o fumo é prejudicial à saúde e que a maioria dos fumantes conhecem as conseqüências desse vício para a saúde, surge o seguinte questionamento: O que leva o adolescente ao uso do tabaco? Quais são os principais fatores de risco do tabagismo na adolescência? Para responder esta problemática e devido à relevância dessa temática para a sociedade, será desenvolvido este estudo.

Devido à importância de abordar um tema tão complexo como o Tabagismo, este estudo se justifica pela necessidade de conhecer e conscientizar os jovens, sobre os fatores de riscos do tabagismo na adolescência, uma vez que o fumo pode trazer consequências irreversíveis à saúde do fumante.

2 HISTÓRIA DO TABACO

As drogas podem ser separadas em dois grupos: drogas lícitas e drogas ilícitas. As drogas lícitas e ilícitas atingem grande parte da sociedade e esta mesma sociedade tem enfrentado grandes problemas sobre os efeitos e consequências maléficas causadas por essas substâncias, principalmente os usuários, pois elas destroem a vida humana em todos os seus aspectos: físico, psíquico e social.

Maluf e Meyer (2002, p. 20.) definem drogas ilícitas como aquelas que “têm seu uso e circulação proibidos por lei, para todas as faixas etárias. Já as drogas lícitas são aquelas que têm seu uso e circulação permitidos por lei, para uma determinada faixa etária ou função (caso de medicamento)”.

As drogas lícitas ou não, desde os primórdios da humanidade, estão inseridas nos mais diversos contextos; social, econômico, medicinal, religioso e outros. Seu consumo deve, portanto, ser considerado como fenômeno humano cultural. Não há sociedade sem drogas, entretanto, cada uma delas as utiliza para finalidades diferentes, de acordo com o campo de atividades no qual se insere (SOARES, 1996).

O tabaco, nome dado às plantas do gênero nicotiana, da família das solenáceas, possui uma origem incerta, sendo que a hipótese mais aceita é a de que a substância tenha se originado na América Central por volta do ano 1.000 a.C. (SOUZA, 2003; MARTIN; *et al* 2003).

Segundo Campos (2002) o uso da planta tabaco foi introduzido na Europa, por volta do século XV, pelo navegador espanhol, Cristóvão Colombo, após observar que os índios a utilizavam em cerimônias religiosas e para fazer predições, aspirando a fumaça de rolos feitos de suas folhas através de canudos, mascando-o ou ainda,

inalando-o sob a forma de pó. Os colonizadores adquiriram o hábito de fumar e, progressivamente, introduziram-no na Europa.

Provavelmente, o fumo chegou ao Brasil pela migração dos índios tupis-guaranis das Antilhas e dos Andes bolivianos para a costa brasileira. A partir do século XVI, quando Jean Nicot enviou ao rei de Portugal a planta e sementes do tabaco - "uma erva com maravilhosos poderes curativos", seu uso começou a ser difundido pela Europa e, posteriormente, África e Ásia (CAMPOS, 2002).

De acordo com Costa e Silva (1990) e Cavalcante (2000), naquela época, o uso da folha de tabaco era feito, principalmente, pelos pajés, os quais a fumavam com o objetivo de entrar em transe, e dessa forma, estabelecer contato com seus deuses, mortos e outros espíritos. Acreditava-se, na época, que a fumaça das folhas do tabaco tinha o poder de purificar a alma das pessoas e que a sua planta era dotada de poderes medicinais.

Segundo Rosemberg (2002, p. 56), quando

[...] Colombo aportou nestas paragens plantava-se tabaco em todo o Continente. As primeiras descrições citam que os nativos fumavam grossos e longos rolos de folhas de tabaco (precursores do charuto) e eram chamados tabaco ou caoba, na América Central, e petun, no Brasil. Outra forma de fumar era através de tubos retos ou curvos abarrotados da erva picada ou triturada, chamados de tabaco, que podiam ser retos ou curvos (precursores do cachimbo).

Entretanto, o primeiro contato da população europeia com a nicotina, só aconteceu no século XVI, e chega ao, até então denominado, mundo civilizado, por quatro caminhos distintos: Espanha, Portugal, França e Inglaterra. (ROSEMBERG, 2003).

O tabaco, impulsionado, principalmente, por suas supostas propriedades medicinais, espalhou-se rapidamente por toda a Europa, e provocou alterações imediatas e dramáticas no contexto da política econômica dos governos, tornando-se a maior fonte de renda dos cofres públicos (ALMEIDA, 2004; ROSEMBERG, 2003).

Segundo Carvalho (2001), o cigarro surgiu somente em meados do século XIX, porém, consumi-lo era um hábito incomum até o começo do século XX, de tal modo, que por volta de 1880, 58% dos consumidores de tabaco utilizavam-no mascando fumo, 38% fumavam charuto ou cachimbo, 3% aspiravam o rapé e apenas 1% fumavam cigarro (MARTIN *et al*, 2003).

Martin *et al.* (2003) explicam que o auge no consumo de tabaco ocorreu por volta das décadas de cinquenta e sessenta do século passado, até surgirem às primeiras pesquisas ligando o tabagismo ao câncer, o que acarretou em uma lentificação no incremento do consumo de cigarros, chegando, inclusive, a ocorrer declínio em alguns países na década de setenta.

Atualmente, estima-se que exista mais de um bilhão de fumantes em todo o mundo, o que ocasiona a morte de mais de três milhões de pessoas por ano, assim o tabagismo é considerado a principal causa prevenível de doença e mortalidade prematura, com uma estimativa, para o ano de 2020, de cerca de dez milhões de mortes anuais relacionadas ao fumo em todo o mundo (SANTOS *et al*, 1999).

O tabaco é mais uma droga licita, a qual tem vários chamativos tanto que os governantes defendiam o seu uso, pois consideravam ser um hábito de honra.

Na atualidade, existe um novo pensamento quanto ao uso do tabaco, mesmo tendo muitos dependentes do tabaco, é possível perceber que os governantes lançam leis contra o seu uso.

Conforme assegura Santos (2006, p. 33), nunca se revelou tanto repúdio e tamanha discriminação aos fumantes como atualmente. Campanhas como: 'Fumar é brega', 'Fumar é cafona', 'Fumar dá mau hálito', 'O tabaco estraga o charme feminino' [...]

Nota se que hoje se faz várias campanhas contra o uso do tabaco, na conscientização sobre os fatores que levam o usuário a se tornar um dependente do fumo. Mesmo com toda esta preocupação em alerta por parte da população, ainda é possível notar o aumento abusivo do uso do tabaco, sendo os jovens os mais propícios ao uso do cigarro.

O consumo do tabaco traz muitas consequências maléficas para o usuário, podendo detectar estas consequências através de algumas doenças como: câncer pulmonar, na boca, faringe, laringe, esôfago, derrame, ataque cardíaco e não deixando de falar o valor econômico que o indivíduo perdera ao longo do tempo.

Do ponto de vista econômico, o recolhimento de impostos de cigarro não cobre os gastos decorrentes de seu consumo, tais como, doenças, faltas no trabalho etc., nem os prejuízos ecológicos (SANTOS, 2006, p. 38).

Segundo o folheto do ministério da saúde, citado em Santos (2006), o consumo de fumo não contribui em nada, pois só causa complicações tanto na saúde quanto no meio ambiente; na saúde são vários os problemas, por empregar vários agrotóxicos nas plantações de fumo os trabalhadores e o solo são contaminados a cada momento, não deixando de falar o quanto o solo de uma lavoura de fumo fica empobrecido, não servindo para o plantio de alimentos.

O fumo não rende uma economia favorável, pois se gasta mais com tratamentos dos dependentes como doenças, a falta de mão-de-obra nas lavouras devido às doenças que acometem os trabalhadores, não deixando de citar o prejuízo ecológico quando se joga um cigarro aceso em local muito seco, pois pode causar um incêndio irreversível.

3 TABAGISMO

3.1 Princípios ativos do cigarro

A nicotina, um alcalóide vegetal pertencente à família das drogas colinomiméticas de ação direta, é considerada o componente ativo mais importante do tabaco (PAPPANO, 2003; MARQUES *et al* ,2001; DO CARMO; MONTOVANI, 2005).

Souza (2003) e Rosemberg (2003) afirmam que a nicotina é considerada uma droga tóxica, psicoativa e causadora de dependência física e química, sintetizada nas raízes da planta do tabaco e, posteriormente, ascendendo pelo caule até atingir as

folhas. Portanto essa droga é responsável por uma das maiores pandemias que assolam a humanidade: o tabagismo.

Montovani (2005) fala que a fumaça do cigarro, resultante da combustão do tabaco, é constituída por substâncias químicas voláteis, as quais correspondem a 92% do total da fumaça produzida, e de material particulado, representando os 8% restantes.

A cada ano, entre três e cinco milhões de pessoas morrem em todo o mundo em decorrência do cigarro (MENEZES & ACHUTTI, 2005; CAVALCANTE, 2005).

3.2 Adolescência e tabagismo

A adolescência compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos, sendo que, nesse período, ocorre a maior exposição aos comportamentos de risco, dentre eles o consumo de tabaco, entre outras drogas (OMS, 1990). No Brasil, o cigarro, juntamente com o álcool, é a droga de uso mais frequente difundida entre os adolescentes (CARLINI, 1994)

O tabaco é a segunda droga mais consumida entre jovens, no mundo e no Brasil, e isso se deve às facilidades e estímulos para a obtenção do produto, entre eles: o baixo custo, a curiosidade pelo produto estimulada pela imitação do comportamento do adulto, a falta de informações e o marketing de produtos derivados do tabaco (IGLESIAS, 2007).

O tabagismo vem se tornando grave problema de saúde pública, afetando os fumantes e o não fumantes, que se tornaram vítimas passivas da poluição ambiental causada pelos fumantes (IGLESIAS, 2007). O uso de cigarros traz à saúde diversos males que vão desde problemas respiratórios a doenças crônicas degenerativas, tais como câncer e doenças cardiovasculares.

Um aspecto importante relacionado com o tabagismo é o fato de a maioria dos fumadores iniciarem o consumo de tabaco na adolescência. A adolescência representa, nesta medida, um período importante de vulnerabilidade para o início do consumo de tabaco. Dadas as consequências adversas para a saúde resultantes do

consumo de tabaco, a investigação dos fatores associados a este consumo em adolescentes tem vindo a ser considerada uma prioridade (IGLESIAS, 2007).

Segundo Gigliotti (2005), em 90% dos casos o início do consumo de tabaco se dá na adolescência, por volta dos 13 aos 15 anos. Geralmente os fatores que motivam tantos jovens a experimentar o cigarro são sociais. Muitos indivíduos acabam buscando nas drogas uma forma de se tornarem mais sociáveis e com melhor capacidade de interação com seus pares.

De acordo com dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, da Universidade Federal de São Paulo, o cigarro é a segunda droga mais consumida entre os jovens brasileiros. Embora os números sejam preocupantes, pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em colaboração com o Instituto Nacional do Câncer divulgada em 2009 (IBGE, 2009) mostrou um dado animador: o número de ex-fumantes superou o de fumantes no Brasil. O país tem 24,6 milhões de fumantes (17,2% da população adulta). E por outro lado, já possui 26 milhões de pessoas que deixaram de fumar, a maioria há mais de dez anos. (IBGE, 2009).

A pesquisa que uniu o IBGE e o Instituto Nacional do Câncer entrevistou 51 mil indivíduos de 851 municípios e mostrou que um terço adquiriu o hábito de fumar entre os 17 e 19 anos sendo, portanto, uma faixa etária crítica. Estudos anteriores mostravam que a maior parte dos fumantes inicia o vício até os 19 anos (INCA, 2009; YATCH, 1999).

De acordo com Zhang (2003), fumar é usado como símbolo de independência e personalidade. A necessidade de ganhar aceitação social pelos amigos, que exercem pressão e influência, promove o início do consumo. Por outro lado, o desejo de estabelecer autonomia e identidade é uma característica da adolescência.

Os fatores de risco para tabagismo na adolescência citados na literatura são inúmeros, mas os estudos apontam principalmente para o sexo e a idade; nível socioeconômico; fumo dos pais, irmãos e dos amigos; rendimento escolar; trabalho

remunerado e separação dos pais ou violência familiar, autoestima baixa e, conseqüentemente, a necessidade de autoafirmação.

As pesquisas comprovam que o hábito de fumar dos amigos e dos irmãos mais velhos influencia sobremaneira os adolescentes (FRAGA *et al*, 2006; INCA, 2009;) e também a curiosidade, a rebeldia, a ausência de atividades esportivas e religiosas (MARRÓN *et al*, 2003, TAVARES *et al*, 2004).

Em relação aos aspectos etiológicos a causa do tabagismo é considerada por ser multifatorial, isto quer dizer que não existe uma causa única para que o indivíduo se torne tabagista, mas sim um conjunto de fatores ambientais (ex: pressão social), biológicos (ex.: fatores genéticos) e psicológicos (ex.: dificuldade do indivíduo em lidar com frustrações). São exemplos de fatores que favorecem o uso: aceitação cultural, fácil acesso ao cigarro, baixo custo, “marketing”, o alto poder aditivo da nicotina, impulsividade, afetos negativos (ex: depressão), influências sociais, desconhecimento e negação do problema, entre outros (HUGHES, J.R, 2003)”.

Dessa forma, pode-se dizer que no início as causas do tabagismo parecem ser sociais em sua grande maioria. Entretanto, quando a dependência já se encontra instalada, esse fator aparenta perder força e a manutenção do comportamento de fumar começa a ser gradativa e fortemente associada a causas psicológicas como condicionamentos e crenças acerca da substância e do uso, além das bases neuroquímicas e genéticas envolvidas (O’CONNELL, M. *et.al* , 2003).

Existe uma série de fatores que influenciam o adolescente tanto a começar a fumar como a adquirir o hábito de fumar. Neste sentido, para programar e levar a cabo uma boa prevenção é indispensável o conhecimento das motivações e influências que se encontram associadas ao fato de um jovem fumar o primeiro cigarro e a continuar a fumar. Afigura-se assim como fundamental, para além de determinar a prevalência do consumo de tabaco em adolescentes, determinar quais os fatores associados a este comportamento para assim ter um melhor conhecimento da realidade de consumo (HUGHES, J.R, 2003).

Vários fatores aumentam o risco de fumar em adolescentes. Estes incluem a publicidade e promoção da indústria tabaqueira, acesso fácil ao tabaco e preços baixos. A pressão dos pares desempenha um papel importante através de amigos e colegas fumadores.

Outros fatores associados ao consumo de tabaco na adolescência incluem ter uma baixa autoestima, percepção de que fumar é norma. Muitos estudos têm ainda demonstrado que o comportamento tabágico dos pais está associado com o comportamento tabágico dos adolescentes (ERIKSEN & MACKAY, 2002).

3.3 Tratamentos contra o tabagismo

Entre os benefícios da interrupção do tabagismo, destacam-se a redução do risco de isquemia e infarto do miocárdio e a menor progressão de doenças pulmonares. De modo geral, os fumantes são portadores de maior quantidade de doenças do que a população em geral (BORGES, 2009).

Esse fato talvez seja um dos motivos que levam fumantes a abandonarem seu vício. De acordo com Richards *et al* (2003) 19% de ex-fumantes alegam a deterioração da saúde como a principal causa para deixar de fumar. Portanto, quem associa a sua doença ao cigarro tem maior probabilidade de interromper o tabagismo (PELKONEN *et al*, 2000; ANTHONISEN *et al*, 2000).

Sackey (2007), descreve que três elementos têm sido identificados como estratégias de sucesso para o tratamento de cessação do tabagismo, como: Suporte Social, Terapia farmacológica e Técnicas de Resolução de Problemas e Habilidades Sociais. Os tabagistas devem ser encorajados a diminuir o tempo de companhia com outros fumantes e quando estiver na presença destes, deve ser assertivo para dizer não e para pedir que não fumem dentro de casa ou dentro do carro.

Em relação ao tratamento do tabagismo, evidencia-se a eficácia das abordagens cognitivo-comportamental e farmacoterápica em diversos estudos (HUGHES, 2000). As estratégias cognitivas envolvem o autoconhecimento sobre seu

comportamento de fumar e o “conversar consigo mesmo” sobre as consequências negativas de continuar fumando e sobre as consequências positivas de parar de fumar.

As estratégias comportamentais envolvem técnicas de relaxamento (como respiração), atividade física, ingestão de alimentos de baixo teor calórico, restrição aos horários e locais para fumar e o desenvolvimento de habilidades sociais (por exemplo, o paciente pode pedir para que outros não fumem perto dele, que não lhe ofereçam cigarros e conseguir dizer não quando lhe oferecerem).

Segundo Caballo (2003), habilidade social são comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos de modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolve problemas imediatos da situação, minimizando a probabilidade de futuros problemas.

Oliveira (2002) afirma que o aprendizado de novas habilidades interpessoais capacita os indivíduos com dificuldades para serem assertivos a defender seus direitos de forma mais efetiva quando houver a pressão de outras pessoas para consumirem substâncias.

Entre as principais formas de tratamento destacadas por Correa (2003) na questão da dependência de substâncias psicoativas em geral estão a intervenção farmacológica, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, psicoterapia familiar, grupos de ajuda mútua, entrevista motivacional, prevenção de recaída e treinamento de habilidades sociais (THS).

O THS já está sendo considerado como auxiliar no tratamento do abuso e dependência de substâncias psicoativas, contemplando a promoção de habilidades sociais dos dependentes, além da criação e maximização das redes de apoio social (família, trabalho e religião), buscando a prevenção dos comportamentos dependentes e das recaídas de ex-dependentes (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 1999; CABALLO, 2003).

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo descritiva e pesquisa bibliográfica. A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural com sua fonte direta de dados ao pesquisador como seu principal instrumento. A pesquisa qualitativa supõe o contato direto e prolongado do pesquisador.

A pesquisa descritiva utiliza técnicas padronizadas de coleta de dados para transcrever as características de determinada população. Realizando assim um levantamento de dados (GIL, 2005).

Os dados inerentes ao estudo foram coletados, através de entrevista, sendo esta realizada pelo pesquisador por meio de perguntas que se encontram no questionário, aplicadas a adolescentes que estudam na escola campo.

Para confrontar o referencial teórico construído durante as investigações sobre o tema com a realidade da Escola Estadual Joana D'Arc, do município de Uruaçu/GO, foi realizada uma pesquisa de campo e os dados foram coletados através da aplicação de um questionário contendo questões objetivas e de fácil entendimento para os 100 adolescentes entrevistados.

Todos os adolescentes entrevistados possuem a faixa etária de 12 a 18 anos, sendo que 60% são do sexo masculino e 40% do sexo feminino. Todos os entrevistados são estudantes do Ensino Fundamental ou estão iniciando o Ensino Médio.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados foram preparados, compreendidos, reduzidos, interpretados e contextualizados, utilizando-se as categorias de análise para a apresentação dos resultados. A análise dos dados foi realizada a partir da pré-análise dos documentos, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Para confrontar o referencial teórico construído durante as investigações sobre o tema com a realidade da Escola Estadual Joana D'Arc, do município de Uruaçu/GO, foi realizada uma pesquisa de campo e os dados foram coletados através da aplicação de um questionário contendo questões objetivas e de fácil entendimento para os 100 adolescentes entrevistados.

Todos os adolescentes entrevistados possuem a faixa etária entre 12 a 18 anos, sendo que 60% são do sexo masculino e 40% do sexo feminino. Todos os entrevistados são estudantes do Ensino Fundamental ou estão iniciando o Ensino Médio.

SEXO	Nº	%
FEMININO	40	40%
MASCULINO	60	60%
TOTAL	100	100%

Quadro 1: Sexo dos participantes do estudo

Com relação ao item correspondente à prática esportiva, 50% dos entrevistados praticam algum tipo de esporte como futebol e vôlei pelo menos 3 vezes por semana, durante 2 horas, enquanto 50% dos entrevistados não praticam nenhum tipo de esporte.

PRÁTICA ESPORTIVA	Nº	%
FUTEBOL	30	30%
VÔLEI	20	20%
NENHUM	50	50%
TOTAL	100	100%

Quadro 2: Prática esportiva dos entrevistados.

No questionamento seguinte foi possível perceber que 70% dos entrevistados praticam alguma forma de religião, desse percentual, 35% respondeu que pratica o catolicismo e os demais são evangélicos.

RELIGIÃO	Nº	%
CATÓLICA	35	35%
EVANGÉLICA	35	35%
NENHUMA	30	30%
TOTAL	100	100%

Quadro 3: Prática religiosa dos entrevistados.

Com relação ao uso de bebidas alcoólicas, 40 % dos alunos fazem uso da mesma 1 a 2 vezes por semana, 20 % respondeu eventualmente/raramente, em festas e reuniões com os colegas; 20 % responderam diariamente e somente 20 % dos adolescentes entrevistados respondeu que não fazem uso de bebidas alcoólicas.

USO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS	Nº	%
1 A 2 VEZES POR SEMANA	40	40%
EVENTUALMENTE	20	20%
DIARIAMENTE	20	20%
NÃO USAM	20	20%
TOTAL	100	100%

Quadro 4: Uso de bebidas alcoólicas.

A última questão relativa ao tabagismo comprovou que 25 % dos adolescentes entrevistados fazem uso regular do cigarro, fumando um ou mais cigarros diariamente há pelo menos 6 meses; 25 % dos adolescentes se consideram fumantes ocasionais, pois fumam esporadicamente ou menos de 1 cigarro por dia há pelo menos

6 meses; 10 % são ex-fumantes, visto que abandonaram o cigarro há pelo menos 6 meses e 40% nunca fumaram.

FREQUÊNCIA DO USO DO CIGARRO	Nº	%
1 OU MAIS POR DIA	25	25%
MENOS DE 1 CIGARRO POR DIA	25	25%
EX-FUMANTES	10	10%
NUNCA FUMARAM	40	40%
TOTAL	100	100%

Quadro 5: Tabagismo entre os entrevistados.

Esses dados comprovam que o tabagismo é um problema real entre os adolescentes, que segundo as investigações começam a fumar por curiosidade, por brincadeira, por influência dos amigos e familiares que são fumantes e também para se sentirem aceitos em determinados grupos de adolescentes.

6 CONCLUSÃO

O tabagismo ainda é um sério problema de saúde pública entre adolescentes, jovens e adultos do mundo todo, tanto entre pessoas do sexo feminino como do sexo masculino.

Por muito tempo, o uso de cigarro era aceitável em locais públicos, ambientes fechados e casas comerciais, mas devido a campanhas antitabagismo realizadas pela mídia, pelas instituições educativas e órgãos de saúde esse quadro foi revertido, de forma a inibir os fumantes de contaminarem os ambientes que frequentam.

Estudos comprovam que o vício de fumar, tanto no Brasil como no mundo todo começa muito cedo, sendo adquirido na adolescência por fatores diversos, tais como o convívio diário com fumantes, a procura de novas emoções, influência de amigos e outros fatores.

Apesar de conhecer os malefícios da nicotina para a saúde, adolescentes fumantes possuem grande probabilidade de se tornarem adultos fumantes, podendo adquirir sérias doenças pulmonares.

Na adolescência, o ato de fumar representa um desafio às ordens do adulto, levando o adolescente à desobediência, comportamento típico nesta fase da vida, porém, o prazer da descoberta leva ao vício e o mesmo não consegue abandonar o hábito, tornando-se um fumante em potencial.

Para resolver a problemática do tabagismo os órgãos públicos competentes precisam desenvolver campanhas educativas e realizar tratamentos aos fumantes para que abandonem essa prática.

O Treinamento em Habilidades Sociais (THS) tem representado um ótimo resultado entre os fumantes que querem abandonar o vício. Através do THS a pessoa passa a se sentir mais segura, motivada e confiante para superar os desafios diários e se libertar da dependência da nicotina.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. G.. **Caracterização da dependência de nicotina entre os profissionais que integram as unidades básicas de saúde no município de Canindé-CE.** 2004. 53f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Escola de Formação em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2004.

ANTHONISEN NR. **Smoking, lung function and mortality.** Thorax. 2000.

BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C.. **Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina.** Rev. Bras. Otorrinolaringol, São Paulo, v. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992005000600021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 de janeiro de 2012.

BORGES M, GOUVEIA M, COSTA J, PINHEIRO LS, PAULO S, CARNEIRO AV. **Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal.** Rev Port Pneumol. 2009;15(6):951-1004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Prevalência de tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras** [citado maio 2004]. Disponível em: <http://portalsaude.gov.br/portal/pdf>. Acesso em: 22/02/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Prevalência de tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras** [citado maio 2004]. Disponível em: http://portalsaude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf. Acesso em: 15/01/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS**. Brasília, 2004.

CAMPOS, HS. **Tabagismo entre os médicos do Brasil**. J Pneumol 1992.

CARLINI E A, D'ALMEIDA V, CARVALHO V, GALDURÓZ JCF. **III Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras** - 1993. São Paulo: CEBRID/Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina; 1994.

CAVALCANTE, Tânia Maria. **O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios**. Rev. Psiqu. Clín. 32 (5); 283-300, 2005.

CHOLAT-TRAQUET, C. **Women and tobacco**. Geneva : WHO, 1992.

CLARK MA, RAKOWSKI W, KVIZ FJ, HOGAN JW. **Age and stage of readiness for smoking cessation**. J Gerontol Soc Sci. 1997;52:S212-21.

COMUNIDADE EUROPEIA. **Perguntas e respostas sobre a publicidade ao tabaco. Bruxelas : Comunidade Europeia**. 2002.(MEMO/01/205 — REV.)

ERIKSEN, M.; MACKAY, J. **The tobacco atlas**. Geneva : World Health Organization, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed., São Paulo: Atlas, 1999.

GIGLIOTTI, A. **Tratamento do Tabagismo**. Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2005.

HUGHES JR, SHIFFMAN S, CALLAS P, ZHANG J. **A meta analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine replacement**. Tobacco Control. 2000;12:21-7. doi: 10.1136/tc.12.1.21.

IGLESIAS RJHA, PRABHAT PM, SILVA VLC, GODINHO J. **Controle do Tabagismo no Brasil**. Documento de Discussão. Washington (DC): World Bank HNP; Ministério da Saúde, 2007, agosto. 120 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf>

INCA. **Prevalência de Tabagismo no Brasil. Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras**. In. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf. Acesso em: 15 de fevereiro de 2012.

IVANOVIC, DM, CASTRO CG, IVANOVIC RM. **Factores que inciden en el Hábito de fumar de escolares de educación básica y media del Chile**. Rev Saúde Pública 1997;31:30-43.

LONDOÑO, F JL. **Factores relacionados con el consumo de cigarrillos en escolares adolescentes de la ciudad de Medellín**. Bol Oficina Sanit Panam 1992;112:131-7.

MALCON, Maura C; MENEZES, Ana Maria B; CHATKIN, Moem. **Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes**. Revista de Saúde Pública. vol.37 no.1 São Paulo, 2003.

MALUF, Daniela Pinotti; MEYER, Marine. **O que é preciso saber para fazer prevenção?** In: MALUF, Daniela Pinotti et. al. Drogas prevenção e tratamento. O que você queria saber e não tinha a quem perguntar. São Paulo: Cla, 2002.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARRÓN Tundidor, R; PÉREZ Trullén, A; CLEMENTE, Jiménez, M.L; HERRERO Labarga, I. **Factores de início del consumo de tabaco en adolescentes**. Prevención del tabaquismo;5(4):219-234, oct.-dic. 2003.

MARTIN, E. C.; CATALDO NETO, A.; CHATKIN, J. M.. **O tabagismo e a formação médica.** Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 177-183, 2003.

MENEZES, Ana Maria B. ACHUTTI, Aloyzio. **Fumo ou saúde/ direitos ou deveres?** J. Pneumologia vol.26 nº 6 São Paulo Nov./Dec. 2000

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Tabagismo Passivo, “As 10 Maiores Causas de Morte”**, 2004.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Drogas: Conceito e Classificação.** In: Organização Mundial da Saúde. Antidrogas. Brasília: Campanha Nacional Antidrogas – FEB; 1990. cap. 1, p. 5-8.

PELKONEN M, TUKIANEN H, TERVAHAUTA M, NOTKOLA IL, KIVELÄ SL, Salorinne Y, et al. **Pulmonary function, smoking cessation and 30 year mortality in middle-aged innish men.** Thorax. 2000;55:746-50.

RICHARDS D, TOOP L, BROCKWAY K, MC-SWEENEY B, MAC LEAN D *et al.* **Improving the effective-ness of smoking cessation in primary care: lessons learned.** N Z Med J. 2003;116(1173): 417.

ROSEMBERG, J. **Nicotina. Droga universal.** São Paulo : SES/CVE, 2002. disponível em :<http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/DCNT_PUBLI.htm>. Acesso em: 13 agosto 2011.

SBORGIA, R. C..**Tabagismo: uma busca da subjetividade no uso da droga permitida.** 2005. 108 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia e Educação, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SANTOS, Rosa Maria S. **Prevenção de drogas na escola.** Uma abordagem psicodramática. 4. ed. Campinas-SP: Papyrus, 2006.

SOARES MJGO, FILHO ELR, LOBÃO AF, LIRA F, LIMA MDC. **Padrões de consumo de substâncias psicoativas lícitas entre estudantes universitários.** João Pessoa, 1996.

SOUZA, A. L. O. P.. **O tabagismo e os programas de auxílio à cessação do fumar.** 2003. 126 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

TAVARES BF; Béria, JU; Lima, M S de. **Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares.** Rev. Saúde Pública. 2004. 38(6): 787-96.

USA. Centers of Disease Control (1994) — **Preventing tobacco use among young people: surgeon general's report.** Disponível em: overview.www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_

YATCH, Derek. **International Consultation on Tobacco and Youth: what in the world works?** Singapore. World Health Organization; 1999.

WARREN CW, Riley L, ASMA S, ERIKSEN MP, GREEN L, BLANTON C et al. **Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project.** Bull World Health Organ 2000;78:868-76.

ZHANG, L. **Psychosocial predictors of smoking among secondary school students in Henan, China.** Health Education Research, Theory and Practice. 15 : 4 (2000) 415-422.