

ISABEL GEHLING

**PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA AO TABACO E
FATORES ASSOCIADOS NA POPULAÇÃO URBANA E
RIBEIRINHA DE COARI (AM), 2010**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2011**

ISABEL GEHLING

**PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA AO TABACO NA
POPULAÇÃO URBANA E RIBEIRINHA EM COARI (AM),
2010**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro
Professor Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2011**

*“Quem quer passar além do Bojador
Tem que passar além da dor.
Deus ao mar o perigo e o abismo deu,
Mas foi nele que espelhou o céu.”*

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Jacinta e Ivan que por todo apoio e cuidado me trouxeram até aqui neste momento e que, apesar da distância, estão sempre presentes. Obrigada pelos ensinamentos, pela confiança (pelo cartão de crédito) e pela paciência. Amo vocês.

A minha Irmã Raquel, pelo suporte incondicional e pelo modelo maravilhoso, sempre. Queria que estivesse aqui.

Ao meu irmão Felipe, exímio pai e irmão cuidadoso, que, por sua audácia e otimismo, ajudou-me a ver a vida com outros olhos.

Ao Breno, por toda paciência e amor, pois sei que não tem sido fácil. Obrigada por ter voltado.

Ao Prof. Dr. Rodrigo, agora também amigo, por todas as horas de trabalho e diversão e pela simplicidade e tranquilidade com que conduziu todo o processo.

Aos meus amigos e aos companheiros de jornadas, jamais teria conseguido escolher pessoas melhores. Obrigada por todos os ensinamentos, por todo o apoio e por toda a inspiração.

RESUMO

Objetivos: Investigar a prevalência e fatores associados à dependência de tabaco na população urbana e ribeirinha do município de Coari, Estado do Amazonas.

Métodos: Realizou-se um estudo transversal, em 2010, em Coari, AM. Um questionário foi aplicado, através de entrevista, em uma amostra por cluster, conforme os setores censitários do IBGE. Realizaram-se até três revisitas para aplicação aos sujeitos ausentes. Os resultados foram expressos como razão de prevalências (RP).

RESULTADOS: Foram entrevistados 1.195 munícipes e o índice de perdas foi de 8%. Na amostra, 21,17% dos entrevistados eram tabagistas. A prevalência da alta ou muito alta dependência ao tabaco foi 50,49%. Após controle para fatores de confusão, permaneceu a associação entre alta ou muita alta dependência e ser proveniente da zona rural (RP=5,44; IC 95%: 3,52-8,40), ser do sexo masculino (RP=2,02; IC 95%: 1,40-2,92), não ser estudante à época da entrevista (RP=2,65; IC 95%: 1,72-4,06) e ser católico (RP=3,76; IC 95%: 2,40-5,90). Ser da religião espírita, entretanto, demonstrou uma associação negativa (RP=0,15; IC95%: 0,05-0,45).

CONCLUSÕES: Existe diferença no padrão da dependência ao tabaco entre as populações ribeirinha e urbana no presente contexto. Estes dados nos fornecem informações importantes para a implementação de políticas públicas efetivas para a prevenção deste fenômeno.

ABSTRACT

Objective: To investigate the prevalence and associated factors with tobacco dependence in urban and riverside population from Coari, State of Amazonas .

Method: We conducted a cross-sectional study in Coari, AM, in 2010. A questionnaire was applied through interviews, with one sample per cluster, according to the census (setores censitários) of the IBGE. There were up to three return visits to the application to an absent subject. Results were expressed as prevalence ratios (PR).

Results: 1195 residents were interviewed and the loss rate was 8%. In the sample, 21.17% of respondents were smoker. The prevalence of high or very high tobacco dependence was 50.49%. After controlling for confounding factors, associations remained between high or very high dependency and come from rural areas (PR = 5.44, 95% CI: 3.52 to 8.40), being male (PR = 2,02, 95% CI: 1.40 to 2.92), not being a student at the time of the interview (PR = 2.65, 95% CI 1.72 to 4.06) and being Catholic (PR = 3,76, 95% CI: 2.40 to 5.90). Being of the spirit religion, however, demonstrated a negative association (PR = 0.15, 95% CI 0.05-0.45).

Conclusions: Is there a difference in the pattern of tobacco dependence between the riverside and urban populations in this context. These data provide important information for the effective implementation of public policies to prevent this phenomenon.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM – Amazonas

FTND – *Fagerström Test for Nicotine Dependence*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de Confiança

INCA – Instituto Nacional do Câncer

MS - Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios

PNSN – Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição

RP – Razão de Prevalência

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	vii
SUMÁRIO	viii
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVO	3
3 METODOLOGIA	4
3.1 Desenho do Estudo	4
3.2 Local da pesquisa	4
3.3 Amostra	4
3.4 Procedimentos	5
3.5 Análise Estatística	5
3.6 Aspectos Éticos	6
4 RESULTADOS	7
5 DISCUSSÃO	11
6 CONCLUSÕES	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15
NORMAS ADOTADAS	18
Ficha de avaliação.....	19

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o tabagismo é, hoje, um dos maiores desafios à saúde coletiva¹. É a maior causa evitável de morte no mundo; mais da metade dos seus atuais usuários irão morrer eventualmente por alguma doença relacionada ao uso do tabaco. Seguindo os dados, estima-se que um terço da população adulta mundial fume, ou seja, são aproximadamente 1 bilhão e 230 milhões de pessoa que estão expostas diretamente ao cigarro¹.

O cigarro não está, entretanto, somente associado ao aumento da mortalidade, como também da morbidade entre seus usuários. Entre elas podemos citar o aumento do risco para doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica, diversos tipos de neoplasias (pulmão, boca, faringe, pâncreas)². Apesar de os riscos para a utilização do tabaco serem bem conhecidos, o número de fumantes continua a crescer principalmente em países menos desenvolvidos¹.

O tabagismo é hoje classificado como doença, estando inserido no Código Internacional de Doenças (versão 10) no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substância psicoativa.

O desejo compulsivo que se desenvolve em decorrência da administração repetida da substância define a dependência. As substâncias que geralmente geram dependência, como o tabaco, têm em comum o fato de ativarem as vias de “recompensa” do Sistema Nervoso Central, levando a um reforço positivo do comportamento³. A nicotina é considerada o principal agente responsável pela dependência demonstrada pelos fumantes³⁻⁵, apesar de o cigarro apresentar mais de 4 mil substâncias químicas e de que muitas delas contribuem para os efeitos reforçadores do tabaco⁴.

Três outras variáveis compõem o quadro global da dependência: tolerância, dependência física e dependência psicológica³. A tolerância é a necessidade de se usar doses progressivamente maiores para obter o mesmo efeito satisfatório inicial produzido pelo consumo da droga. A dependência física é representada pela síndrome da abstinência; diminuir o consumo da nicotina pela metade pode desencadear sintomas de abstinência nos indivíduos dependentes (irritabilidade, comprometimento do desempenho de tarefas psicomotoras, agressividade e distúrbios do sono)³⁻⁵. A dependência psicológica é relacionada

a compulsão, geralmente dura mais tempo do que a síndrome de abstinência e é um dos principais fatores que levam à recidiva, após a cessação do tabagismo³.

Em termos práticos, a dependência pode ser confirmada ao observarmos que a maioria dos tabagistas que tentam parar de fumar, não consegue e ainda permanece em um ciclo típico com múltiplos períodos de remissão e recaídas⁶. Avaliar a dependência e suas implicações é fundamental para a melhor abordagem do tabagista, bem como melhor indicação terapêutica e construção de políticas públicas mais efetivas.

Vários instrumentos já foram utilizados para avaliar o grau de dependência da nicotina. Dentre eles um dos mais utilizados é o *Fagerström Teste for Nicotine Dependence* (FTND) produzido por Fagerström e colaboradores⁷⁻⁸. O FTND é composto por seis questões com suas respectivas respostas, podendo ser fácil e rapidamente aplicado. O teste classifica a dependência em 5 níveis: muito baixo (0 a 2 pontos); baixo (3 a 4 pontos); moderado (5 pontos); alto (6 a 7 pontos); e muito alto (8 a 10 pontos)⁸.

2. OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivo levantar a prevalência e fatores associados à dependência de tabaco entre munícipes de Coari (AM), tanto em zona urbana como em zona rural.

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho do Estudo:

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional.

3.2 Local da Pesquisa:

O estudo foi realizado no município de Coari, região do Médio Solimões, Estado do Amazonas⁹. Apresenta acesso exclusivamente fluvial e aéreo, localizado a 340 km da capital Manaus em linha reta e 420 km por via fluvial. Tem uma população de 87.468 habitantes, entre os quais 60% vivem na zona urbana e 40% em 250 comunidades ribeirinhas⁹. Os ribeirinhos vivem nas margens dos rios que se fazem presentes no município de Coari, tendo principalmente o trabalho extrativista e agrícola centrado na produção familiar. As comunidades ribeirinhas são compostas por agrupamentos familiares de 5 a 40 casas de madeira feitas de palafitas, mais ou menos dispersas ao longo de seu percurso fluvial, com amplitude de dez a 200 habitantes.

O sistema municipal de saúde¹⁰ compõe-se por onze Unidades de Saúde da Família, duas unidades fluviais de atenção, um Hospital de adscrição regional, um Centro de Atenção Psicossocial e um Campus Avançado da Fundação de Medicina Tropical. O corpo profissional de saúde é composto por 28 médicos, 35 enfermeiros, 14 odontólogos, dois nutricionistas, quatro psicólogos, três assistentes sociais, três fisioterapeutas e 223 agentes comunitários de saúde. Não existe serviço privado de saúde em Coari¹⁰.

3.3 Amostra:

Foi adotada amostragem sistemática que tomou como clusters amostrais os setores censitários do IBGE¹⁰, tanto para zona urbana como ribeirinha, conforme preconizado por Kish¹¹, obedecendo à proporcionalidade entre a zona urbana e rural. A amostragem foi realizada em dois estágios de seleção, estratificada entre os setores e com probabilidade proporcional ao tamanho. As unidades primárias de amostragem foram os setores censitários de zona urbana e ribeirinha, e as unidades secundárias foram às residências de cada um dos setores, com sorteio das casas na zona urbana, a partir da primeira casa a cada esquina, com pulos sistemáticos. Na zona ribeirinha, as residências se distribuem em área definida próxima

ao rio, sendo sorteada a primeira da esquerda e selecionando as demais também com pulos sistemáticos.

O tamanho da amostra foi calculado através do programa Sample Power, versão 3.02 (SPPS Inc., Chicago, Estados Unidos). Estimou-se a prevalência de *dependência de tabaco* de 20%, nível de confiança de 95%, poder estatístico de 80%, risco relativo de dois e prevalência da exposição – uso de tabaco e outras drogas – de 3%. Acrescentou-se 30% para controle de fatores de confusão e 10% para perdas, resultando em um total de 1195 pessoas.

3.4 Procedimentos:

O instrumento de pesquisa apresentou 27 questões, levantando as características do uso de tabaco e variáveis independentes sociodemográficas (zona de residência, sexo, idade, cor de pele auto referida, se habita com alguém, estado civil, origem, renda familiar, trabalho, estudo atual, escolaridade, religião e prática religiosa, receber bolsa de redistribuição de renda, visita domiciliar por profissional de saúde). As características do uso de tabaco referiram-se a ter experimentado ou não esta substância, a fazer uso atual e a variável dependente foi o padrão de dependência de tabaco, conforme classificação do Teste Fagerstrom⁸.

A coleta de dados foi realizada por entrevistadores, que passaram por processo de treinamento específico sobre os aspectos teóricos e práticos do uso do Teste acima referido, calibrando os procedimentos de abordagem dos entrevistados e da condução da pesquisa.

Para cada residência incluída na amostra, foram realizadas três tentativas de entrevistas com o sorteado na zona urbana e quatro tentativas de entrevistas com sorteados na zona rural.

Anteriormente a digitação, todas as fichas foram analisadas criticamente, buscando incoerências de preenchimento por parte do entrevistador.

3.5 Análise Estatística:

Para a análise dos dados utilizou-se o programa Stata SE 11.0. Não houve diferença significativa no número de entrevistados entre os clusters, não sendo necessária ponderação amostral. Levou-se em conta o efeito do delineamento, através da identificação da variável turma como unidade amostral, utilizando-se a opção *survey PSU (Primary Sample Unity)* do Stata.

As estimativas fornecidas pela análise bivariada foram expressas como razão de prevalências (RP) e a significância estatística foi verificada através de teste qui-quadrado e

teste para tendência linear para variáveis ordinais. Optou-se por utilizar-se RP, já que o *odds ratio* tende a superestimar esta em estudos transversais. Na análise multivariada, utilizou-se regressão de Poisson seguindo o preconizado por Barros & Hirataka¹². Incluíram-se as variáveis associadas ao desfecho, a um nível de significância menor ou igual a 0,20. Permaneceram no modelo as variáveis associadas ao desfecho a um nível de significância menor ou igual a 0,05, verificado através do teste de Wald.

3.6 Aspectos Éticos:

O projeto que originou os dados foi desenvolvido com recursos oriundos da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Amazonas (edital PPSUS2006), com aprovação ética CEP/UFAM parecer 114/2007, seguindo os procedimentos legalmente exigidos na coleta das informações, em especial aos referentes ao termo de consentimento livre e esclarecido.

4 RESULTADOS

Dentre os 1195 entrevistados residentes no município de Coari em 2010, 56,06% eram mulheres e 43,59% homens. Houve um predomínio de habitantes vivendo na zona urbana, quando comparada com a rural 62,26% e 37,74%, respectivamente. Declaram-se não-brancos 85,78%, prevalecendo os pardos com 66,44%.

A renda familiar se concentrou abaixo dos 2 (dois) salários mínimos (da época) 82,4%. Uma baixa escolaridade foi vista; 34,54% das pessoas são analfabetas e 71,02% da população não completou o segundo grau.

Na amostra, 25,85% das pessoas eram tabagistas (Tabela 1).

Tabela 1: Perfil sócio demográfico dos moradores de zona urbana e rural (n = 1195), Coari, Estado do Amazonas, 2010.

Característica*	n(%)	p valor	IC*	Perda**
Área		0.014		
Urbana	744 (62.26)		0.59 – 0.65	
Rural	451 (37.74)		0.34 – 0.40	
Sexo		0.143		0.33%
Feminino	674(56.06)		0.53 - 0.58	
Masculino	521(43.59)		0.40 – 0.46	
Idade		0.013		0.17%
< 20 anos	369 (30.88)		0.28 – 0.33	
20 – 34 anos	418 (34.98)		0.32 – 0.37	
> 34 anos	406 (33.97)		0.31 – 0.36	
Cor da pele		0.010		0%
Branca	170 (14.22)		0.12 – 0.16	
Preta	122 (10.20)		0.08 – 0.11	
Amarela	53 (4.43)		0.03 – 0.05	
Indígena	56 (4.68)		0.03 – 0.05	
Parda	794 (66.44)		0.63 – 0.69	
Com quem habita		0.004		0.41%
Sozinho	34 (2.84)		0.01 – 0.03	
Família de origem	545 (45.64)		0.42 – 0.48	
Família atual	592 (49.58)		0.46 – 0.52	
Amigos	18 (1.50)		0.00 – 0.02	
Estado Civil		0.014		0%
Solteiro	515 (43.09)		0.40 – 0.45	
Casado/ amasiado	600 (50.20)		0.47 – 0.53	
Separado	44 (3.68)		0.02 – 0.04	
Viúvo	36 (3.01)		0.02 – 0.03	
Origem		0.012		1,33%
Própria Comunidade	282 (23.59)		0.21 – 0.26	
Outra comunidade	59 (4.93)		0.03 – 0.06	
Coari	594 (49.70)		0.46 – 0.52	
Outra cidade	155 (12.97)		0.11 – 0.14	
Zona rural	53 (4.43)		0.03 – 0.05	
Outro país	2 (0.16)		0.00 – 0.00	
Outro estado	34 (2.84)		0.01 – 0.03	
Renda Familiar		0.014		0%
0 – 465	641 (53.68)		0.50 – 0.56	
466 – 930	343 (28.72)		0.26 – 0.31	
931 – 1860	143 (11.97)		0.10 – 0.13	
1861 – 3000	56 (4.69)		0.03 – 0.05	
3000 – 10000	11 (0.92)		0.00 – 0.01	
Exerce Trabalho		0.014		0.66%
Sim	716 (59.91)		0.57 – 0.62	
Não	471 (39.41)		0.36 – 0.42	
Estuda atualmente		0.014		9.82%
Sim	363 (30.37)		0.27 – 0.32	
Não	714 (59.74)		0.56 – 0.62	
Escolaridade		0.013		0%
Analfabeto/Primário	414(34.64)		0.31 – 0.37	
Primário completo/ginásial incompleto	448 (37.49)		0.34 – 0.40	
Ginásial completo/colegial incompleto	189 (15.82)		0.13 – 0.17	
Colegial Completo/superior incompleto	124 (10.37)		0.08 – 0.12	
Superior completo	20 (1.67)		0.0 – 0.02	
Religião		0.010		14,05%
Evangélica	364 (35.44)		0.11 – 0.15	
Católica	594 (57.84)		0.29 – 0.35	
Espírita	69 (6.72)		0.50 – 0.56	
Praticante		0.009		3.17%
Não tem religião	132 (11.04)		0.09 – 0.12	
Sim	810 (67.78)		0.65 – 0.70	
Não	215 (17.99)		0.15 – 0.20	
Recebe auxílio do governo		0.014		2%
Não	760 (64.30)		0.27 – 0.32	
Sim	422 (35.70)		0.56 – 0.62	
Recebe visita de algum profissional de saúde		0.001		7,2%
Sim	307 (27.68)		0.12 – 0.16	
Não	802 (72.32)		0.63 – 0.69	
Fumante		0.014		0%
Não	886 (74.14)		0.71 – 0.76	
Sim	309 (25.85)		0.23 – 0.28	

* IC = Intervalo de Confiança; ** respostas em branco

Observou-se que 50,49% dos tabagistas apresentava alto ou muito alto grau de dependência quando aplicado o Teste de Fagerström, enquanto o restante 39,48% apresentava baixo ou muito baixo grau (Tabela 2).

Tabela 2: Padrões de uso de tabaco e dependência entre fumantes de zona urbana e ribeirinha, segundo Teste de Fagerström (n = 309), Coari, Estado do Amazonas, 2010.

Característica*	Urbanos		Ribeirinhos		Total	
	Prev**	IC***	Prev**	IC***	Prev**	IC***
1º cigarro após acordar †						
Dentro de 5 minutos	24.30	0.59-0.68	55.32	0.92-0.96	33.77	0.80-0.85
Entre 6 e 30 minutos	25.23	0.08-0.14	12.77	0.007-0.025	21.43	0.04-0.06
Entre 31 e 60 minutos	47.66	0.18-0.26	14.89	0.009-0.028	37.66	0.08-0.11
Após 60 minutos	2.80	0.026-0.31	17.02	0.011-0.031	7.14	0.01-0.02
Dificuldade de fumar em lugares proibidos ††						
Sim	26.64	0.84-0.90	20.0	0.96-0.98	24.60	0.92-0.95
Não	73.36	0.9-0.15	80.0	0.01-0.03	75.40	0.04-0.07
Cigarro que mais traz satisfação †						
O primeiro da manhã	54.67	0.74-0.82	74.74	0.95-0.98	60.84	0.88-0.91
Outros	45.33	0.17-0.25	25.26	0.01-0.04	39.16	0.08-0.11
Cigarros por dia ††						
10 ou menos	22.90	0.58-0.67	67.37	0.94-0.97	36.57	0.81-0.85
11 a 20	37.85	0.14-0.21	18.95	0.01-0.03	32.04	0.06-0.09
21 a 30	38.79	0.14-0.21	4.21	0.001-0.01	28.16	0.05-0.08
31 ou mais	0.47	-0.002-0.006	9.47	0.004-0.01	3.24	0.001-0.013
Fumo mais freqüente pela manhã						
Sim	41.84	0.34-0.48	31.54	0.21-0.42	38.60	0.32-0.44
Não	58.16	0.51-0.65	68.54	0.58-0.78	61.40	0.55-0.67
Fuma mesmo doente ††						
Sim	11.21	0.92-0.96	26.32	0.95-0.97	15.86	0.94-0.97
Não	88.79	0.03-0.07	73.68	0.02-0.04	84.14	0.02-0.05
Dependência†						
Muito Baixa	21.03	0.15-0.26	31.58	0.22-0.41	24.27	0.19-0.29
Baixa	7.48	0.03-0.11	32.63	0.23-0.42	15.21	0.11-0.19
Média	7.01	0.03-0.10	16.84	0.09-0.24	10.03	0.06-0.13
Alta	35.98	0.29-0.42	14.74	0.07-0.21	29.45	0.24-0.34
Muito Alta	28.50	0.22-0.34	4.21	0.009-0.08	21.04	0.16-0.25

Legenda: * segundo itens do teste de Fagerström; ** Prev = Prevalência entre os fumantes; *** IC = Intervalo de Confiança; † = p<0.05; †† = p<0.01

Os maiores padrões de dependência de tabaco foram associados aos entrevistados provenientes da zona rural, com RP de 5,44 (IC95%: 3,52 – 8,40), em comparação com os moradores da zona urbana. A prevalência é maior também entre os homens da amostra, com a RP 2.02 (IC95%: 1,40 – 2.92), quando comparados com as mulheres. As pessoas que não estudavam à época da entrevista também apresentam mais dependentes graves, com RP 2,65 (IC95%: 1,72 – 4,06), do que as que freqüentavam as instituições de ensino. Os entrevistados católicos mostraram um perfil de tabagistas pesados com RP 3,76 (IC95%: 2,40 - 5,90) quando comparados com os espíritas. Já quando são comparados espíritas e evangélicos, vê-se uma RP 0,15 (IC95%: 0,05 – 0,45), mostrando estarem os evangélicos em uma maior situação de risco. (Tabela 3).

Tabela 3 - Análises brutas e multivariadas para dependência média ou superior entre fumantes ribeirinhos e urbanos na população de Coari, 2010 (n=308).

Variáveis	RP _{bruta} (IC95%)	p-valor	RP _{ajustada} (IC95%)	p-valor
Área				
Urbana	1,00		1,00	
Rural	6,16 (4,64 – 8,19)	0,000	5,44 (3,52 – 8,40)	0,000
Sexo				
Feminino	1,00		1,00	
Masculino	2,17 (1,67 – 2,82)	0,000	2,02 (1,40 – 2,92)	0,000
Cor da pele				
Branco	1,00		†	†
Não-branco	1,20 (1,10 – 1,32)	0,000		
Renda				
1861,00 – 6000,00	1,00		†	†
931,00 – 1860,00	0,47 (0,19 – 1,18)	0,109		
165,00 – 930,00	2,02 (0,99 – 4,13)	0,052		
< 465,00	2,54 (1,27 – 5,09)	0,008		
Exerce Trabalho				
Sim	1,00			
Não	2,23 (1,67 – 2,97)	0,000	†	†
Estuda atualmente				
Sim	1,00		1,00	
Não	2,60 (1,76 – 3,83)	0,020	2,65 (1,72 – 4,06)	0,000
Escolaridade				
Superior completo	1,00		†	†
Colegial completo/superior incompleto	0,78 (0,15 – 3,90)	0,772		
Ginasial completo/coleial incompleto	1,00 (0,21 – 4,67)	0,994		
Primário completo/ginasial incompleto	3,6 (0,82 – 15,73)	0,089		
Analfabeto/Primário incompleto	5,11 (1,17 – 22,34)	0,030		
Religião				
Evangélico	1,00		1,00	
Católico	1,39 (0,99 – 1,94)	0,053	3,76 (2,40 – 5,90)	0,000
Espírita	0,54 (0,24 – 1,25)	0,001	0,15 (0,05 – 0,45)	0,001
Recebe auxílio do governo				
Não	1,00			
Sim	2,06 (1,58 – 2,68)	0,000		
Com q frequência alguém vai à casa				
Sim	1,00		†	†
Não	1,28 (0,93 – 1,76)	0,120		

Legenda: RP= Razão de Prevalência; † não inserido na análise multivariada por apresentar $p > 0,20$ na análise bivariada

Quanto a cor da pele, na análise bivariada, foi observada relevância estatística ($p < 0,000$) quando comparados os brancos com os não brancos, entretanto, estes resultados não foram mantidos após a análise multivariada. Quando à renda, também não foram encontrados resultados significativos após a análise múltipla dos dados ($p > 0,005$). Tanto ser trabalhador quanto receber auxílio do governo foram quesitos associados ao tabagismo pesado durante a análise bivariada dos dados ($p = 0,000$), entretanto isso não foi mantido após a multivariada. Outra característica que não se mostrou associada ao tabagismo pesado foi a escolaridade com $p > 0,005$.

5 DISCUSSÃO

Dentre os 1195 participantes da pesquisa 62,25% eram residentes da zona urbana e 37,75% da rural. Esses dados conferem com os últimos dados do IBGE⁹, que mostrou que 65,39% das pessoas residem na área urbana, enquanto 34,61% vivem na zona rural. Estes números diferem um pouco da realidade brasileira em que 84% das pessoas vivem nas cidades, mas chegam mais próximos aos números amazonenses, em que 79,17%.

Na entrevista pudemos ver que, apenas 14,22% das pessoas se auto-intitulou branca, enquanto a maioria disse ser não-branca 85,78%. Houve um predomínio daqueles que se disseram pardos 66,44%. Quanto à cor da pele, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio-IBGE¹³, em 2007 no Brasil, 42,3% dos cidadãos se diziam pardos, 49,4% se diziam brancos, 7,4% eram pretos e 0,8% eram amarelos ou indígenas. A região norte foi onde houve um predomínio daqueles que se auto-intitularam pardos com 68,3% e no Amazonas 72,4%. Apesar de diferir bastante da população brasileira, os números chegam muito perto daqueles esperados para região Norte e para o estado do Amazonas, demonstrando uma maior identificação cultural e étnica das pessoas dessas áreas do que do restante do Brasil¹³.

A amostra é composta basicamente por pessoas provenientes da própria cidade de Coari 49,70%, enquanto 2,84% é proveniente de outro estado e 0,16% de outro país.

A renda familiar se concentrou abaixo dos 2 (dois) salários mínimos (da época) 82,4%, sendo que 53,68% das famílias teve uma renda de menos de 1 salário mínimo. Em Coari, 43% das pessoas vivem abaixo da linha da pobreza, ou seja, a soma da renda familiar dividida pelo número de integrantes é menor do que meio salário mínimo¹⁴. No Brasil, em 2008, 72,6% das famílias brasileiras viviam com menos de dois salários mínimos. Concluimos, então, que a condição socioeconômica das famílias coarienses é mais baixa que a do restante da população nacional¹⁴.

Segundo a amostra população coariense também é marcada por uma baixa escolaridade: 34,54% das pessoas são analfabetas e 71,02% da população não completou o segundo grau. Os dados apresentado são próximos aos demonstrado no Censo Demográfico de 2000, em que a taxa de alfabetização da população maior que 10 anos em Coari era de 70,1%. Enquanto no Brasil, em 2000, a taxa de analfabetismo era de 13,3%, demonstrando

que os coarienses permanecem em uma posição de maior fragilidade educacional com relação ao restante do país¹⁴.

Quanto à utilização do tabaco, 25,85% da amostra declarou-se tabagista, prevalência semelhante ao I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil de 2001¹⁵, que apontou como a prevalência do fumo de 20% entre as pessoas da faixa etária de 12 aos 65 anos. No entanto, a população investigada apresentou maior prevalência quando comparadas com os dados da PNAD¹³, em que 17,2% da população brasileira maior de 15 anos era tabagista.

Entre os fumantes, 50,49% são tabagistas pesados. O grau de dependência irá influenciar na dificuldade encontrada pelo indivíduo para a cessação do tabagismo. É importante ressaltar, também, que os tabagistas pesados são aqueles que mais têm prejuízo em sua qualidade de vida¹⁶.

Os fumantes pesados são geralmente do sexo masculino, maiores de 30 anos, fumam o primeiro cigarro antes dos 30 minutos ao acordar, têm a percepção de dificuldade de abandonar o vício e pouca autoconfiança¹⁷. Na presente amostra, após a análise multivariada dos dados, foi encontrada significância estatística, demonstrando que os fumantes pesados predominavam entre os homens. Dados sobre tabagismo da PNAD2008¹⁸ apontam que os percentuais de fumantes eram maiores em homens (21,6%). **Ainda, segundo a Pesquisa Mundial de Saúde de 2003** com uma população maior de 18 anos, 22,6% dos homens eram tabagistas, contrastando com 14,6% das mulheres. Outros estudos em cidades brasileiras também confirmaram a prevalência de tabagismo em pessoas do sexo masculino¹⁹⁻²⁰.

Os habitantes da zona rural se apresentaram na pesquisa em maior risco de serem fumantes pesados do que os habitantes urbanos. Ainda de acordo com o IBGE¹⁸, 20,4% dos habitantes da zona rural eram tabagistas contra 16,6% dos moradores das cidades. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN)²¹, havia naquela época uma maior proporção de fumantes na zona rural.

No presente trabalho, não foi encontrada associação significativa entre renda mensal familiar e alto/muito alto grau de dependência ao tabaco. Existem outros estudos brasileiros que também não encontraram associação¹⁹⁻²⁰. Entretanto, a OMS relaciona o hábito de fumar com a baixa renda¹.

Também não foi encontrada correlação entre o tabagismo pesado e escolaridade. Entretanto, quando comparados os indivíduos que ainda estudam com aqueles que não estudam mais, nota-se uma associação importante, sendo aproximadamente 2,5 maior o risco de ser mais dependente naqueles que não estão estavam estudando no período das entrevistas.

Wilson e colaboradores²⁰ apontam correlação entre o grau de educação e a prevalência de tabagismo, demonstrando ser entre 1,5 a 2 vezes maior naqueles menos escolarizados ou com nenhuma educação, quando comparados com os mais escolarizados. No entanto, dados do INCA/MS²² apontam maior prevalência de tabagistas entre os que não têm o ensino fundamental completo quando comparados com os que possuem o ensino fundamental completo ou mais anos de estudo.


Na amostra, não encontramos significância estatística quando avaliamos a cor da pele e o grau de dependência ao tabaco. Houve dificuldade em discutir o tema, pois são escassos os dados na literatura que correlacionem a dependência do tabaco com a cor da pele e também são escassas as estatísticas sobre a prevalência do tabagismo quanto ao mesmo quesito.

Quanto às religiões, observa-se que ser da religião católica está associada a dependência do tabaco quando comparada aos evangélicos. Entretanto, quando são estudados os espíritas em comparação aos evangélicos, vê-se que os estes se apresentam com maior associação ao tabagismo pesado do que aqueles. Estudo brasileiro realizado no interior do estado de Pernambuco²³ apresenta que ser praticante, independentemente da afiliação religiosa, diminui a chance de exposição ao tabaco, assim como ser da religião católica e evangélica. Outros estudos também demonstraram relações entre a religiosidade e a utilização do tabaco²⁴⁻²⁵

6 CONCLUSÃO

Tendo em vista os resultados apresentados, conclui-se que existem diferenças no padrão de dependência entre ribeirinhos e urbanos no contexto investigado. A relevância deste dado, particularmente, refere-se a políticas públicas para prevenção deste fenômeno, dadas as implicações para a saúde dos indivíduos, na medida em que, conforme a OMS aponta, o uso de tabaco está associado a diversas comorbidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. Genebra: WHO Press, 2009.
2. United States of America. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Disponível em <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf>. Acesso em 21.11.2010.
3. Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Flower RJ. Farmacologia. Hábito, dependência e abuso de fármacos. 6ed 619-637
4. Stolerman IP, Jarvis MJ. The scientific case that nicotine is addictive. *Psychopharmacology*, 117(1):2–10.
5. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina
6. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. [Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update—Clinical Practice Guidelines](#) . Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008
7. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav.* 1978;3(3-4):235-41.
8. Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med.* 1989;12(2):159-82.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em www.ibge.gov.br. Acesso em 11.12.2010.
10. Brasil. Departamento de Informática do Ministério da Saúde. Data-SUS. Disponível em www.datasus.gov.br. Acesso em 02.02.2011.
11. Kish L. Survey Sampling. New York: Wiley; 1965.
12. Barros AJD, Hirataka VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003;21(3):3-21
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios. Disponível em

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/default.shtm>. Acesso em 22.01.2011.

14. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.
15. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País, 2001. São Paulo: CEBRID, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.
16. Castro MG et al. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. Rev Psiquiatria Clínica 2007; 34(2): 61-7.
17. Wilson D, Wakefield M, Owen N, Roberts L. Characteristics of a heavy smokers. Prev Med 1992;21:311-9.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios - Tabagismo. Disponível em http://www.pneumologia.med.br/pdf/pesquisa_nacional_tabagismo.pdf. Acesso em 22.01.2011.
19. Nunes Filho JR, Debastiani D, Nunes AD, Peres, KC. Prevalência de fatores de risco cardiovascular e adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. Arq Bras Cardiol. 2007;89:319-24.
20. Costa ICC, Falcão TJO. O tabagismo em um município de pequeno porte: um estudo etnográfico como base para geração de um programa de saúde pública. J Bras Pneumol 2008;34(2):91-7.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição: perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos. Brasília, 1990.
22. Instituto do Cancer. Ministério da Saúde. Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Brasília: Editora MS; 2003.
23. Bezerra J, Barros MVG, Tenório MCM, Tassitano RM, Barros SSH, Hallal PC. Religiosidade, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo em adolescentes. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(5):440–6.
24. Dalgalarondo P, Soldera MA, Corrêa Filho HR, Silva CAM. Jovens pentecostais e espíritas em comparação a católicos: uso de álcool e drogas e saúde mental. J Bras Psiquiatr 2005; 54:182-90.

25. Dalgalarrondo P, Soldara MA, Corrêa Filho HR, Silva CAM. Religião e uso de drogas por adolescentes. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26(2):82-90.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005 .

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá os seguintes critérios:

- 1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado pelas Normas do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina);
- 2º. Quanto ao conteúdo;
- 3º. Apresentação oral;
- 4º. Material didático utilizado na apresentação;
- 5º. Tempo de apresentação:
 - 15 minutos para o aluno;
 - 05 minutos para cada membro da Banca;
 - 05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

ALUNO: Isabel Gehling

PROFESSOR: _____

NOTA

1. FORMA

2. CONTEÚDO

3. APRESENTAÇÃO ORAL

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____