

Artigo original

Tabagismo em usuários dos serviços odontológicos (SUS), Cuiabá/MT.

Smoking on users of dental services of SUS, Cuiabá-MT.

*Clovis Botelho¹, Letícia Teixeira Vitale Ayoub², Narciso Santana da Silva³,
Patrícia Leão Castillo⁴, Regina Maria Veras Gonçalves da Silva⁵*

RESUMO

Introdução: o tabagismo é fator de risco para diversas doenças, sendo imprescindível que se reduzam suas taxas de prevalência, objetivando melhorar os indicadores de saúde da população. O objetivo deste estudo foi descrever o perfil do tabagismo, em relação às características socioeconômicas, demográficas e alguns hábitos, nos usuários dos serviços odontológicos do SUS. **Metodologia:** realizou-se entrevista, com questionário semi-estruturado, em usuários dos serviços odontológicos do SUS-Cuiabá, pré-agendados para primeira consulta entre novembro e dezembro de 2004. Nas entrevistas foram coletadas informações sobre o tabagismo, características socioeconômicas, demográficas e hábitos. Foram aplicados testes de associação (razão de prevalência), com nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** dos 1.040 usuários, 18,3% consideraram-se fumantes regulares, 17,8% ex-fumantes e 63,9% não fumantes. Os fumantes tinham, em média, 35,5 anos, fumavam 12,8 cigarros ao dia e iniciaram o tabagismo aos 16 anos, em média. Ao aplicar o Teste de Fargeström, 23,1% foram considerados com elevada dependência, 14,2% com média e 62,6% com baixa dependência. A maioria gostaria de parar de fumar e 72,6% já haviam tentado parar. O tabagismo mostrou-se associado, em um nível de confiança de 95% para a razão de prevalência, a: baixa escolaridade (IC=1,47-2,52), sexo masculino (IC=1,42-2,32), religião católica (IC=1,21-2,49), solteiros (IC=1,03-1,78), consumo de drogas ilícitas (IC=2,55-4,54), ingestão de bebidas alcoólicas (IC=1,23-2,43) e ocupações relacionadas a segurança, construção civil, transportes (IC=1,62-11,13) e serventia (IC=1,04-6,91). **Conclusão:** o tabagismo mostrou-se associado a escolaridade, sexo, religião, estado civil, droga ilícita, bebida alcoólica, alcoolismo e ocupação.

Descritores: tabagismo, hábitos, dependência nicotínica, SUS (BR).

ABSTRACT

Introduction: tobacco is considered a risk factor for the different diseases. Then, is essential reducing of prevalence for the better index of public health. The objective this study was to describer the profile of tobacco use in relation the social-economical information and any practice on users of dental services of SUS. **Methodology:** interview with standard questionnaire was applied in 1040 users of the dental services from SUS-Cuiabá, pre-booked for the first session in the months of November and December of 2004. During the interviews social-economical information, tobacco use or other drugs and alcohol, and absenteeism because of oral problems were collected. **Results:** from the 1040 users, 18.3% considered themselves regular smokers; 17.8% ex-smokers; and 63.9% non-smokers. The smokers were average 35.5 years old; smoked average 12.8 cigarettes a day; started smoking with average 16 years old. When applying Fargeström Test 62.6 were considered low dependents; 14.2% medium dependents and 23.1 with high dependence. Most of them would like to stop smoking and 72.6% have already tried to stop. Tobacco was associated to a level of confidence of 95% due to schooling (CI=1.47-2.52); sex (CI=1.42-2.32); religion (CI=1.21-2.49); marital status (CI=1.03-1.78); illicit drugs consumption (CI=2.55-4.54); alcohol ingestion (CI=1.23-2.43) and worker related with security, building services, transport (CI=1.81-16.88) and housework (CI=1.04-6.91). **Conclusion:** smokers presented associated with the schooling, sex, religion, marital status, illicit drugs, alcohol ingestion and occupation.

Key words: tobacco, illicit drugs, epidemiology, SUS (BR)

1. Prof. Dr. Curso de Mestrado em Saúde Coletiva e da Faculdade de Ciências Médicas/UFMT.

2. Prof.^a. Mestre da Faculdade de Odontologia do UNIVAG; Cirurgiã-dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá/MT.

3. Prof. Mestre da Faculdade de Odontologia do UNIVAG; Cirurgião-dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá/MT.

4. Cirurgiã-dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá; Mestre em Saúde Coletiva.

5. Prof.^a. Dr.^a. Curso de Mestrado em Saúde Coletiva e da Faculdade de Nutrição / UFMT.

Parte da Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso.

Endereço para correspondência: Clovis Botelho. Rua Dr. Jonas Correa da Costa, 210. 78.030-510 – Cuiabá/MT. Fone: (65) 36371471 – Fax: (65) 36377539. e-mail: fbotelho@terra.com.br

Recebido para publicação no dia 15/10/2005 e aceito em 21/11/2005, após revisão.

INTRODUÇÃO

Vários autores recomendam, aos profissionais de saúde em geral, que a abordagem dos fatores de risco comuns às diversas enfermidades seja utilizada, com frequência, em sua prática diária. Relatam que a promoção da saúde, em seu sentido amplo, deve melhorar a qualidade de vida das pessoas, por meio de ações no sentido de criar condições favoráveis, que facilitem a mudança de hábitos nocivos. Entre estas ações, está a redução do tabagismo, que se sabe estar associado ao câncer, às doenças respiratórias e cardíacas, tanto quanto às doenças da cavidade oral.^{1,2,3}

No Brasil, em recente inquérito realizado pelo Ministério da Saúde, a capital em que houve maior prevalência de uso regular de cigarros foi Porto Alegre (25,2%), seguida de Curitiba (21,5%), Belo Horizonte (20,4%) e São Paulo (19,9%). As menores prevalências foram observadas em capitais como Campo Grande (14,5%) e Natal (14,7%).⁴ Observou-se que o consumo de cigarros foi maior entre indivíduos adultos, com 25 anos ou mais, quando comparado aos de 15 a 24 anos. Entretanto, esta diferença apresentou-se decrescente nas cidades mais urbanizadas, indicando uma maior participação do grupo mais jovem.⁴

Segundo os dados colhidos neste último inquérito, a prevalência de fumantes caiu, em relação ao realizado na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), pelo IBGE, em 1989. O índice encontrado nas 16 capitais pesquisadas variou de 12,9% a 25,2%, sendo inferior ao encontrado pelo primeiro inquérito, que foi de 31,7%. Os grupos com menos de 8 anos de estudo apresentaram uma prevalência maior e tenderão a apresentar maior gravidade de agravos à saúde, com incidências elevadas de doenças relacionadas ao vício.⁴

Fato destacado pelo Ministério da Saúde⁴ é o elevado índice de cessação de uso do tabaco nas capitais pesquisadas, em torno de 50%, superior ao de alguns países, como os Estados Unidos, onde este índice é de 40%. Porém, observou-se que este número é significativamente menor entre os indivíduos com menor escolaridade ou de nível social mais baixo.

Considerando a escassez de dados sobre o tabagismo regional e a importância do tema, delineou-se este estudo, que tem o objetivo de descrever o perfil do tabagismo na população que utiliza os serviços odontológicos do SUS e, assim, fornecer subsídios para a implementação de campanhas antitabágicas no município de Cuiabá/MT.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, em que foram entrevistados 1.040 usuários dos serviços odontológicos pertencentes à Rede SUS/Cuiabá, todos com idade igual ou superior a 20 anos, pré-agendados para atendimento, nos meses de novembro a dezembro de 2004. O projeto para a realização do presente estudo foi

aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital Júlio Muller, sob nº de protocolo 183/CEP – HUJM/04.

Utilizou-se um questionário semi-estruturado, no qual constavam dados sócio-demográficos e econômicos, informações sobre tabagismo, Teste de Fargeström,⁵ utilização de drogas ilícitas, bebidas alcoólicas, dependência ao álcool (Teste CAGE)⁶ e prática de exercício físico. Realizou-se um estudo piloto, com a finalidade de testar o instrumento de coleta, onde foram entrevistadas 40 pessoas. Todos os potenciais participantes eram informados sobre a pesquisa e, se concordassem em participar, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido, em duas vias. Participaram da pesquisa nove entrevistadores, um em cada clínica odontológica, todos previamente treinados.

Os dados coletados tiveram digitação dupla; assim, foi montado um questionário no programa Epi Info 2002, para comparação dos bancos, eliminando os possíveis erros de digitação. O banco corrigido foi exportado para o Programa SPSS versão 10.0, para análise das variáveis de interesse.

Os testes estatísticos para o cálculo da associação e significância foram a razão de prevalência, apresentada com o Intervalo de Confiança de 95% e, para o limite de rejeição da hipótese de nulidade, o valor fixado em 5% ($p < 0,05$). Optou-se por excluir a categoria dos ex-fumantes, sendo a razão de prevalência calculada em relação aos fumantes e não fumantes.

RESULTADOS

Do universo de 1.040 usuários que participaram deste estudo, 18,3% declararam-se fumantes, 17,8% ex-fumantes e 63,9% não fumantes. O sexo masculino foi representado por 32,6%, dos quais 24,5% eram fumantes, contra apenas 15,3% de mulheres que fumavam, com diferença significativa.

Cerca de 90% dos usuários declaram possuir uma renda pessoal de até 2 salários mínimos/mês, a maioria dos fumantes tinha até 8 anos de estudo, enquanto que nos não fumantes a situação foi inversa, sendo maior o número de indivíduos com mais escolaridade. Tanto entre os fumantes quanto não fumantes, a maioria disse seguir a religião católica, sendo que o percentual de fumantes e não fumantes que seguem outra religião, ou nenhuma, foi de 11% e 9,6%, respectivamente. Em relação ao estado civil, observou-se que o percentual de fumantes solteiros foi superior, se comparados aos não fumantes e ex-fumantes, sendo esta diferença estatisticamente significativa (Tabela 1).

O resultado do cálculo da razão de prevalência entre os fumantes, em relação à renda, foi maior na categoria até dois salários mínimos, porém esta variável não se mostrou associada ao tabagismo. Tomando a categoria de trabalhadores da saúde como referência, somente as ocupações relacionadas à segurança, englobando os empregados de construção civil, transportes e serventia, na qual estão inseridos os trabalhadores de

casa, rurais e os artistas, mostraram-se associadas ao tabagismo (Tabela 1).

Observou-se maior prevalência de fumantes com menos de oito anos de estudo, sexo masculino, idade acima de 42 anos, religião católica e solteiros. Ao aplicar-se o teste de significância, verificou-se que, excetuando-se a idade, estas variáveis estavam associadas ao tabagismo (Tabela 1). O mesmo ocorreu com a ingestão de bebidas alcoólicas e alcoolismo, consumo de drogas ilícitas e sedentarismo (Tabela 2). O percentual de fumantes que usam ou já haviam usado drogas ilícitas foi de 8,9%, sendo que, entre os não fumantes, apenas 1,1% estavam nesta condição. Ao serem indagados sobre o consumo de bebidas alcoólicas mais de três vezes na semana, 13,2% dos fumantes responderam afirmativamente, contra apenas 6,6% dos não fumantes. O Teste CAGE,⁶ que verifica a dependência ao álcool, foi positivo em 40% dos fumantes, mais que o dobro do percentual registrado para os não fumantes (Tabela 2). O percentual de fumantes que faziam exercício físico mais de 3 vezes na semana foi semelhante aos não fumantes da mesma categoria.

Tabela 1: Distribuição da população de fumantes, não fumantes e ex-fumantes segundo variáveis sócio-demográficas, Cuiabá-MT, 2005.

Variáveis	Fumantes (n=190) N(%)	Não fumantes (n=665) N(%)	RP ¹ (IC=95%)	Ex-fumantes (n=185) N(%)
Renda Pessoal				
> 2 SM ¹	19(10,0)	65(9,8)	1	25(13,5)
Até 2 SM	171(90,0)	600(90,2)	0,98(0,65 – 1,49)	160(86,5)
Anos de estudo				
>8	64(33,7)	359(54,0)	1	50(31,9)
0 a 8	126(66,3)	306(46,0)	1,93(1,47 – 2,52)*	126(68,1)
Religião				
Evangélica	30(15,8)	180(27,1)	1	54(29,2)
Católica	139(73,2)	421(63,3)	1,74(1,21 – 2,49)*	114(61,6)
Outras	21(11,0)	64(9,6)	1,73(1,06 – 2,84)**	17(9,2)
Estado civil				
Casado	117(61,6)	452(68,0)	1	132(71,4)
Solteiro	58(30,5)	150(22,6)	1,36(1,03 – 1,78)**	25(13,5)
Outro	15(7,9)	63(9,5)	0,94(0,58 – 1,52)	28(15,1)
Sexo				
Feminino	107(56,3)	492(74,0)	1	102(55,1)
Masculino	83(43,7)	173(26,0)	1,82(1,42 – 2,32)*	83(44,9)
Idade				
20 a 42	145(76,3)	539(81,1)	1	114(61,6)
>42	45(23,7)	126(18,9)	1,24(0,93 – 1,66)	71(38,4)
Ocupação				
Saúde	4(16,3)	38(5,7)	1	8(4,3)
Comércio	26(13,7)	109(25,4)	1,40(0,52 – 3,80)	40(24,9)
Nenhuma	31(16,3)	136(20,5)	1,95(0,73 – 5,22)	34(18,4)
Serventia	91(47,9)	266(40,0)	2,68(1,04 – 6,91)**	64(34,6)
Segurança	38(20,0)	56(8,4)	4,24(1,62 – 11,13)*	33(17,8)

1 SM = Salário mínimo (R\$ 260,00)

2 RP = Razão de prevalência (não fumantes e fumantes, excluindo os ex-fumantes)

* p valor < 0,01

** p valor < 0,05

Tabela 2: Distribuição da população de fumantes, não fumantes e ex-fumantes segundo o uso de drogas ilícitas, álcool, Teste CAGE e exercício físico, Cuiabá/MT, 2005.

Uso de drogas	Fumantes (n=190) N(%)	Não fumantes (n=665) N(%)	RP ¹ (IC=95%)	Ex-fumantes (n=185) N(%)
Droga ilícita				
Sim	17(8,9)	7(1,1)	3,40(2,55– 5,4)*	15(8,1)
Não	173(91,1)	658(98,9)	1	17(91,9)
Álcool				
Sim	25(13,2)	44(6,6)	1,73(1,23– 2,43)*	18(9,7)
Não	165(86,8)	621(93,4)	1	167(90,3)
Teste CAGE				
(+)	10(40,0)	8(18,2)	1,89(1,04– 3,42)**	6(33,3)
(-)	15(60,0)	36(81,8)	1	12(66,7)
Atividade física				
> de 3	29(15,3)	99(14,9)	1	28(15,1)
Não faz	139(73,2)	437(65,7)	1,07(0,75– 1,51)	124(67,0)
Até 3 X/semana	22(11,6)	129(19,4)	0,64(0,39– 1,06)	33(17,8)

1 RP = Razão de prevalência (não fumantes e fumantes, excluindo os ex-fumantes)

* p valor < 0,01

** p valor < 0,05

A média de idade dos fumantes foi de 35,5 anos, sendo que a idade de iniciação correspondeu, em média, a 16,1 anos. Fumavam em média cerca de 12,8 cigarros ao dia e já haviam feito pelo menos três tentativas de parar de fumar (Tabela 3).

Aos fumantes foi aplicado o Teste de Fagerström,⁵ composto por seis perguntas, cada qual com um escore, que, somados ao final, classificam o fumante em: alto dependente (6 a 10), médio dependente (5) ou baixo dependente (0 a 4) da nicotina. Do total de fumantes, 23,1% apresentaram um nível elevado de dependência e somados aos médios dependentes representaram 37,3%. A maioria gostaria de parar de fumar e já havia tentado, porém, sem sucesso. A diferença entre os que responderam afirmativamente à pergunta que indagava se tinha conhecimento a respeito dos malefícios causados pelo cigarro e os que negaram foi muito pequena (Tabela 4).

DISCUSSÃO

O percentual de fumantes encontrado neste estudo é semelhante ao referido por Ribeiro et al (1999)⁷ e Halty et al (2002).⁸ No inquérito realizado pelo Ministério da Saúde (2004),⁴ em Campo Grande, que poderia ser comparada à Cuiabá, o percentual de fumantes foi de 14,5%. Por outro lado, os percentuais referidos em capitais como Fortaleza, com 18,4% de fumantes, e Vitória, com 17,8%, aproximam-se muito dos encontrados na população que utiliza os serviços odontológicos do SUS em Cuiabá.

Ao comparar a prevalência de fumantes em relação ao sexo, é nítida a diferença. Nesta população, cerca de 32% dos homens são ta-

bagistas, na razão de 1,8 para uma mulher fumante. Esses dados são relatados pela maioria dos estudos.^{4,7,8,9,10,11} Todavia, Ribeiro et al. (1999)⁷ e Menezes (2004)¹² chamam a atenção para o aumento do consumo de tabaco entre as mulheres, principalmente em grandes cidades brasileiras. Segundo o Ministério da Saúde (2004),⁴ a proporção de fumantes nas regiões Norte e Nordeste foi de 2 homens para cada mulher, enquanto que nas regiões Sudeste e Sul a razão aproximou-se de 1.

Tabela 3: Medidas centrais do número de cigarros, idade da iniciação, tempo que fuma/fumou e vezes que tentou parar dos usuários fumantes e ex-fumantes, Cuiabá/MT, 2005.

Variáveis	Fumantes		Ex-fumantes	
	\bar{X}	DP	\bar{X}	DP
Cigarros / dia	12,8	11,8	18,1	16,5
Idade da iniciação	16,1	4,3	17,2	5,0
Tempo que fuma/fumou	17,4	10,8	13,6	11,7
Vezez que tentou parar	3,1	2,6	-	-

\bar{X} = Média DP = Desvio Padrão

Tabela 4: Distribuição da população de fumantes segundo as categorias do grau de dependência (Teste de Fargeström) e variáveis relacionadas ao tabagismo, Cuiabá/MT, 2005.

Variáveis	Fumantes (n=190)	
	N	%
Teste de Fargeström		
Muito baixo ou baixo	119	62,6
Médio	27	14,2
Elevado ou muito elevado	44	23,1
Parar de fumar		
Sim	165	86,8
Não	25	13,2
Já tentou parar		
Sim	138	72,6
Não	52	27,4
Percepção de problema de saúde causado pelo cigarro		
Sim	100	52,6
Não	90	47,4

Diante dos dados coletados relacionados à renda, após o teste de significância estatística, essa não se mostrou associada ao tabagismo. Pode-se pensar que o fato de não se apresentar associada tenha ocorrido pela homogeneidade da amostra, pois somente 10% recebiam mais de 2 salários mínimos mensais. O mesmo fato foi relatado por Sabry et al (1999),¹¹ em estudo com funcionários de uma universidade do Ceará, onde a amostra também foi homogênea neste quesito.

Com relação à escolaridade, o analfabetismo funcional, ou seja, o percentual de usuários com até 4 anos de estudo, foi cerca de 18%, ligeiramente inferior aos relatados para o Estado de Mato Grosso e região Cen-

tro Oeste, ambos de 21%.¹³

Verificou-se que a religião esteve associada ao hábito de fumar, sendo maior prevalência de fumantes naqueles que adotam a religião católica. Em apenas dois estudos, entre os pesquisados, há menção sobre um percentual menor de usuários de drogas, entre elas o tabaco, nas pessoas que são religiosas.^{14,15} A associação entre a religião pode estar ligada aos códigos implícitos que os seguidores devem obedecer. Pelo que se conhece, a religião evangélica segue alguns desses princípios com certa rigidez, talvez assim os fiéis desta sintam-se inibidos em praticar tais hábitos, entre eles o de fumar e ingerir bebidas alcoólicas.

Assim como o sexo, a escolaridade e a religião, o estado civil mostrou-se associado ao tabagismo. Mesmo na análise inicial, observou-se maior percentual de fumantes entre os solteiros, 61,6%, comparado aos casados, 30,5%. Para o cálculo da razão de prevalências, os usuários que se declararam viúvos ou separados foram incluídos na categoria de solteiros, pois ficou claro que não moravam com companheiros ou companheiras. Em relação aos casados, foram considerados os legalmente casados e os que declararam morar junto com algum companheiro(a).

Acredita-se que o fato de se ter uma companhia regular diminua a probabilidade do indivíduo tornar-se fumante, o mesmo podendo se dizer em relação à estabilidade emocional que, na maioria das vezes, pode ser obtida através de relacionamentos mais consistentes. Segundo Dórea e Botelho (2004),¹⁶ aqueles fumantes do sexo masculino que moram sozinhos recorrem ao cigarro como forma de companhia, para afastar a solidão em que vivem.

Analisando as variáveis referentes aos hábitos, grande parte dos usuários, o correspondente a 67,3%, não pratica nenhum tipo de exercício, sendo o sedentarismo mais comum entre 20 e 28 anos. Apenas 15% disseram fazer algum tipo de atividade física mais de 3 vezes por semana. Segundo pesquisa de padrões de vida, em 1997, citada por Mendonça (2004),¹⁷ o percentual encontrado mediante inquérito domiciliar foi de 80% de inatividade física. Já em relação ao sedentarismo da faixa etária mais jovem, o mesmo relata Salles (2003),¹⁸ quando da realização de inquérito com 4.030 funcionários, acima de 20 anos, de uma universidade no Rio de Janeiro e inquérito de base populacional, divulgado pelo INCA em 2002-2003.¹⁹

A idade de iniciação ao tabagismo encontrada neste estudo é semelhante à de outros estudos envolvendo a população adulta.^{8,11,12} Observa-se que o hábito de fumar inicia-se na adolescência, fase de auto-afirmação e demonstrações de independência, situações em que, há bem pouco tempo, a mídia fazia questão de associar positivamente ao uso do tabaco. Talvez ainda isso ocorresse, se não tivesse havido a intervenção do Estado, no sentido de proibição da veiculação de propagandas associadas à utilização dos cigarros.

Quando inquiridos sobre tentativas de cessação e percepção de saúde acerca dos malefícios causados pelo fumo, a maioria já havia tentado parar de fumar, pelo menos uma vez. A média de tentativas foi de, aproximadamente, 3 vezes. Quase 87% dos fumantes relataram que gostariam de parar de fumar e a maioria tem alguma informação a respeito dos malefícios causados pelo cigarro, ou seja, a informação por si só não é capaz de modificar o comportamento, certamente pela dependência à nicotina.⁸ Alguns casos de recaída podem estar associados a quadros depressivos e o abandono do vício concomitante à essa situação é reduzido.²⁰

Em relação ao grau de dependência, verificado por meio da aplicação do Teste de Fargeström, 62,6% dos usuários apresentaram baixo ou muito baixo grau de dependência. Isso significa que, provavelmente, a maioria dos fumantes pesquisados teria a síndrome da abstinência nicotínica de forma atenuada, se porventura decidissem parar de fumar.⁵ Observou-se que a população de usuários tornou-se nicotino-dependente, na pior das hipóteses, com 20 cigarros fumados ao dia ou o equivalente a um maço de consumo diário.

Uma das perguntas do Teste de Fargeström faz referência ao fumo em local proibido: nessa população, aproximadamente 79% afirmaram não fumar nesses locais. O alto percentual de fumantes nessa categoria pode indicar que há certa inibição do hábito de fumar, à medida que se proíbe o fumo em alguns locais, ou ainda, como relatam Halty et al (2002),⁵ muitos fumantes, antes de entrar em locais onde fumar é proibido, “carregam-se de nicotina”, portanto expressam não ter dificuldade em relação à essa questão. De qualquer forma, a proibição do fumo em locais fechados é importante, se não tanto para os fumantes, mais para os não fumantes, que passam a ter menos chance de entrar em contato com o tabaco em ambientes públicos.

Ainda sobre a avaliação do grau de dependência à nicotina, Kirchenchtejn e Chatkin (2004)²¹ relatam que seriam necessários métodos mais acurados, para melhorar a determinação da dependência. Propõem, ainda, a associação de métodos qualitativos e quantitativos, incluindo nesses últimos os métodos biológicos de medição de cotinina. Halty et al (2002)⁵ comentam que os níveis de nicotina podem não ser equivalentes ao grau de dependência e que alguns indivíduos podem satisfazer-se com níveis relativamente baixos e, ainda assim, ser dependentes. Acredita-se que, mesmo tendo prevalecido um percentual mais alto de usuários com baixo ou muito baixo grau de dependência, há a necessidade de aprofundamento do assunto.

Na população de estudo, estiveram associados ao tabagismo o uso de drogas ilícitas, o consumo de bebida alcoólica por mais de três vezes na semana e a positividade do Teste CAGE, que avalia o alcoolismo. Segundo Almeida e Coutinho (1993),⁶ grande parte dos estudos no Brasil sobre o consumo de drogas e alcoolismo são feitos com populações institucionalizadas,

principalmente adolescentes na fase escolar,^{15,22,23,24} sendo escassos os de amostra populacional.^{25,26} Possivelmente, esta tendência de associação de álcool com outras drogas, como o tabaco, tenha fatores genéticos e comportamentais relacionados na sua gênese.

Analisando a prevalência entre fumantes e não fumantes, tem-se que 70,8% enquadram-se na categoria de usuários de droga, sendo que, para cada três fumantes dessa categoria, há apenas um não fumante que não utiliza ou utilizou droga. Nesta população, a variável usuário de droga ilícita foi a que apresentou a maior razão de prevalência e associação ao tabagismo.

Em pesquisa realizada por Galduróz et al (2003),²⁵ a prevalência de uso de qualquer tipo de droga foi de 11,6%, em inquérito de base populacional realizado em São Paulo. Soldera et al (2004)¹⁵ relatam que 8,5% dos 2.287 adolescentes pesquisados utilizavam, com frequência, drogas ilícitas. Já Souza e Martins (1998)²³ obtiveram percentual bem inferior, cerca de 2,5%, em população de 1.061 adolescentes de escolas de nível médio em Cuiabá. Apesar desse percentual ser semelhante ao encontrado no presente estudo, acredita-se que esteja subestimado, isso porque o usuário pode não ter relatado ao entrevistador sua real condição. As diferenças acentuadas entre os percentuais de prevalência, nos vários estudos, podem ser devidas à situação anteriormente descrita, ou seja, o constrangimento dos entrevistados, ou, ainda, à dificuldade em mensurar-se o consumo e aos métodos diferentes de coleta de dados. O uso de álcool na população estudada provavelmente está associado ao tabagismo. Relato semelhante faz Wickholm et al (2003)²⁷ e Horta et al (2001),¹⁰ ambos estudando população de adolescentes.

Almeida e Coutinho (1993),⁶ estudando a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e alcoolismo, relatam prevalência de ingestão de 52% e alcoolismo de 3%, percentuais muito próximos aos relatados por Sabry et al (1999).¹¹ Embora esses resultados sejam diferentes dos encontrados no presente estudo, a justificativa para isso pode residir na forma de colher os dados. Tanto Sabry et al (1999)¹¹ quanto Almeida e Coutinho (1993)⁶ consideraram como consumidores de bebida alcoólica aqueles que tivessem relatado ingestão em até 30 dias antes do inquérito, ou seja, somente aqueles que se declararam abstinências não fizeram parte do percentual de consumidores.

Em inquérito realizado no Nepal, por Jhigan et al (2002),²⁸ com o Teste CAGE, os dados apresentados para a prevalência no consumo de álcool foram de 25,81% e 19,3%, de dependentes ou alcoolistas, sendo a maior dependência na faixa etária de 45 a 54 anos. Resultados diferentes dos encontrados por Poulin e Ikuko (1997),²⁹ em inquérito com 5.894 canadenses, onde o percentual de alcoolistas foi de 5,8%, e por Iacoponi et al (1989),²⁶ em inquérito realizado em São Paulo, onde a prevalência foi de 5% de positividade para o Teste CAGE. Nota-se que, tanto para o consumo de

drogas quanto o de bebidas alcoólicas, há dificuldade para compararem-se resultados que, além de escassos, mostram variações socioeconômicas, culturais e geográficas entre as populações; portanto a quantificação do problema mostra-se complexa.

Com os resultados deste estudo, pode-se concluir que a maioria dos fumantes é do sexo masculino, com

média de idade de 35,5 anos, baixa escolaridade, sedentários, solteiros, e seguidores da religião católica. Fato importante é que a maioria já tentou parar de fumar, e gostariam de parar, e que 23,1% apresentaram elevada ou muito elevada dependência à nicotina, sendo que estes, certamente, sofreriam da síndrome de abstinência se por acaso decidissem parar de fumar.

REFERÊNCIAS

- Jones R B. Tobacco or oral health: Past progress, impending challenge. *JADA* 2000; 131:1130-45.
- Sheiham A, Moysés SJ. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção da saúde. In: Buischi YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo (SP): Artes Médicas; 2000; 22:23-36.
- Pinto VG. Saúde bucal e coletiva. 4ª ed. São Paulo (SP): Livraria Santos Editora; 2000; 293-310.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Prevalência de Tabagismo no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2004a.
- Halty LS, Hüttner MD, Oliveira NIC, Santos VA, Martins G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fargeström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. *J Pneumol* 2002;28(4):180-6.
- Almeida LM, Coutinho ESF. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1993;27(1):23-9.
- Ribeiro AS, 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 Ass Med Bras* 1999; 45(1):39-44.
- Halty LS, Hüttner MD, Oliveira NI, Fenker T, Pasqualini T, Lempek B, Santos A, Muniz A. Pesquisa sobre tabagismo entre médicos de Rio Grande, RS: prevalência e perfil do fumante. *J Pneumol* 2002; 28(2):77-83.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. Tabagismo & saúde nos países em desenvolvimento, 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes> Acesso: Junho/2004.
- Horta BL, Calheiros P, Pinheiro RT, Tomasi E, Amaral KC. Tabagismo em adolescentes de área urbana na região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(2):159-64.
- Sabry MOD, Sampaio HAC, Silva MGC. Tabagismo e etilismo em funcionários da Universidade Estadual do Ceará. *J Pneumol* 1999; 25(6):313-20.
- Menezes AMB. Epidemiologia do tabagismo. In: *J Bras Pneumol Diretrizes para cessação do tabagismo 2004*; 30 Supl 2:3-7.
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de indicadores sociais 2003. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2004.
- Karlsen S, Royers A, Mac Carthy M. Social environment and substance misuse: a study of ethnic variations among inner London adolescents. *Ethn Health* 1998; 3(4):265-73.
- Soldera M, Dalgalarondo P, Correa HRF, Silva CAM. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(2):277-83.
- Dórea AJP, Botelho C. Fatores dificultadores da cessação do tabagismo. In: *J Bras Pneumol Diretrizes para cessação do tabagismo 2004*; 30 Supl 2:41-6.
- Mendonça CP, Anjos LA. Aspectos das práticas e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(3):698-709.
- Salles RC, Heilborn ML, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS. Gênero e prática de atividade física de lazer. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 (Supl. 2):S325-33.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2004b.
- Rondina AC, Gorayeb R, Botelho C. A dinâmica psicológica do tabagismo: o papel de características de personalidade, psicopatologia, fatores genéticos e neurobiológicos no comportamento de fumar tabaco. Cuiabá (MT): Entrelinhas; 2004.
- Kirshenchtejn C, Chatkin JM. Dependência da nicotina. In: *J Bras Pneumol Diretrizes para cessação do tabagismo 2004*; 30(Supl 2):11-8.
- Baus J, Kupek E, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Rev Saúde Pública* 2002;36(1):40-6.
- Souza DPO, Martins DTO. O perfil epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá, Brasil, 1995. *Cad Saúde Pública* 1998;14(2):391-400.
- Muza MG, Berthiol H, Mucillo G, Barbieri MA. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. II Distribuição do consumo por classes sociais. *Rev Saúde Pública* 1997;31(2):163-70.
- Galduróz JCF, Nata AR, Nappo AS, Carlini ELA. First household survey on drug abuse in São Paulo, Brazil, 1999: principal findings. *São Paulo Med J* 2003; 121(6):231-37.
- Iacoponi E, Laranjeira RR, Miguel JR. At risk drinking in primary care: report from a survey in São Paulo, Brazil. *BJ of Addction* 1989; 84:653-8.
- Wickholm S, Galanti MR, Söder B, Gilljam H. Cigarette smoking, snuff use and alcohol drinking: coexisting risk behaviours for oral health in young males. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31:269-74.
- Jhingan HP, Pramod S, Avneet S, Prasad KMR, Khandelwal SK. Prevalence of alcohol dependence in a town in Nepal as assessed by the CAGE questionnaire. *Res Report Addiction* 2002; 98:339-43.
- Poulin C, Ikuko W. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. *Can Med Assoc Journal* 1997; 157(11):1529-35.