Universidade Católica de Brasília

Pró-Reitoria de Graduação
Curso de Enfermagem
Trabalho de Conclusão de Curso

# PERCEPÇÃO DOS ADOLESCENTES DE UM CENTRO DE ENSINO FUNDAMENTAL DE SAMAMBAIA FRENTE ÀS CAMPANHAS ANTITABAGISTAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Autor: Jeniffer Tavares de Santana
Orientador: Prof. Dr. Maria do Socorro Nantua Evangelista

Brasília - DF
2013

**JENIFFER TAVARES DE SANTANA**

# PERCEPÇÃO DOS ADOLESCENTES DE UM CENTRO DE ENSINO FUNDAMENTAL DE SAMAMBAIA FRENTE ÀS CAMPANHAS ANTITABAGISTAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Católica de Brasília, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Maria do Socorro Nantua Evangelista

**Brasília**
**2013**

Monografia de autoria de Jeniffer Tavares de Santana, intitulada " PERCEPÇÃO DOS ADOLESCENTES DE UM CENTRO DE ENSINO FUNDAMENTAL DE SAMAMBAIA FRENTE ÀS CAMPANHAS ANTITABAGISTAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE", apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem da Universidade Católica de Brasília, em 12 de junho de 2013, defendida e aprovada pela banca examinadora abaixo assinada:

_____

Prof. Dr. Maria do Socorro Nantua Evangelista
Orientadora
Curso de Enfermagem - UCB

_____

Prof. Msc. Maurício de Oliveira Chaves
Curso de Enfermagem - UCB

_____

Prof. Esp. Adailton Almeida Mendonça
Curso de Enfermagem - UCB

Brasília
2013

À Deus, por seu amor incondicional, abrigo e proteção em meio às tribulações. Te amo Senhor! Sem Ti não sou nada.

À minha preciosa mãe, pelo apoio, compreensão e dedicação em todos os momentos. Muito obrigada! Te amo eternamente

## AGRADECIMENTOS

À Deus. "Eu me alegro em Ti, e do Senhor direi: Tu és meu Deus, protetor, meu refúgio, libertador, meu abrigo, torre forte, todo tempo meu socorro vem de Ti." Obrigada Pai pelo teu amor e cuidado em todos os momentos, por me conceder esta oportunidade única e por colocar pessoas especiais e abençoadoras ao longo da minha caminhada. Posso dizer seguramente que " até aqui me ajudou o Senhor". Te amo meu Deus, Rocha minha.

À minha família pelo apoio e por acreditar que eu seria capaz e em especial à minha amada mãezinha Tininha e minha querida irmã Betynna, por me amarem e me incentivarem, por serem guerreiras e me apoiarem nos momentos mais árduos, me ajudando a concretizar mais um sonho. Palavras não podem expressar meu amor e gratidão. Amo vocês eternamente.

Aos meus amigos por compartilharem este sonho comigo, por serem pacientes e compreensivos. Às minha queridas amigas Cássia Ramos e Daniele da Silva por trilharem comigo o árduo caminho da graduação, sendo confidentes e conselheiras. Vocês são benção de Deus em minha vida e fazem meus dias mais felizes.

À minha orientadora Prof. Dra. Maria Socorro Nantua Evangelista, por acreditar em minha capacidade e se dedicar com persistência e profissionalismo. Sou grata a você pelas orientações, conselhos, lições de vida e dedicação.

Ao Professor Raimundo Munção Filho, Diretor do Centro de Ensino Fundamental 519 de Samambaia e aos respectivos alunos que participaram do estudo, por me acolherem tão gentilmente e abrirem portas para a realização desta pesquisa. A ajuda de vocês foi fundamental para a realização deste trabalho.

À UCB por contribuir para a construção do meu conhecimento.

Todo jardim começa com um sonho de amor.
Antes que qualquer árvore seja plantada, ou qualquer lago seja construído, é preciso que as árvores e os lagos tenham nascido dentro da alma.
Quem não tem jardins por dentro, não planta jardins por fora, e nem passeia por eles.

(R. Alves)

# RESUMO

SANTANA, Jeniffer Tavares de. **Percepção dos adolescentes de um Centro de Ensino Fundamental de Samambaia, frente às campanhas antitabagistas do Ministério da Saúde**. 2013. 84 f. Monografia (Enfermagem) – Universidade Católica de Brasília - UCB, Brasília, 2013.

O tabaco é a segunda droga mais consumida entre os jovens, sendo o tabagismo considerado uma doença pediátrica, iniciada geralmente entre os 13 e 15 anos de idade. Considerando a alta proporção de adolescentes que experimentam o tabaco, o estudo analisou a percepção dos adolescentes do Centro de Ensino Fundamental 519 de Samambaia frente às campanhas antitabagistas. A pesquisa envolveu dois grupos focais como técnica de pesquisa qualitativa. Foram escolhidos aleatoriamente, vinte alunos, nove meninos e onze meninas, com idades entre 13 e 19 anos, da 6ª a 8ª série. Utilizou-se um questionário semiestruturado e apresentação visual de imagens e frases de advertências sanitárias das embalagens de cigarro. O projeto foi aprovado pelo o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Brasília, sob o Parecer nº 216.776. Observou-se que a primeira experiência com cigarro, foi na escola e no domicílio, entre os 10 e 13 anos. A maior motivação da experimentação foi a vontade própria e 42,8% não gostaram da experiência. Metade dos entrevistados afirmaram que familiares fumam, sendo o pai o maior responsável pelo tabagismo na família. Sobre o que falta nas campanhas antitabagistas a resposta foi a de incluir mais informações reais e impactantes e desenvolver campanhas nas escolas. Conclui-se que as imagens e frases mais apelativas, que apresentam bebês, grávidas, doenças e morte, foram as que tinham função educativas para a conscientização do risco do tabagismo para a saúde. É necessário campanhas antitabagistas nas escolas, envolvendo os docentes na educação em saúde dos adolescentes, pais e responsáveis.

Palavras-chave: Tabagismo. Cigarro. Adolescentes. Campanhas antitabagistas.

## ABSTRACT

SANTANA, Jeniffer Tavares de. **Adolescents ' perception of a fern elementary school Center, front of the anti-tobacco campaigns of the Ministry of health.** 2013. 84 p.. Dissertation (Nursing) – Universidad Catholic de Brasilia – UCB, Brasilia, 2013.

Tobacco is the second most commonly used drug among young people, being considered a pediatric disease smoking, usually initiated between the 13 and 15 years of age. Considering the high proportion of teenagers who experiment with tobacco, the study looked at the adolescents ' perception of elementary Center fern 519 front anti-tobacco campaigns. The research involved two focus groups as qualitative research technique. Were randomly chosen, twenty students, nine boys and 11 girls, aged between 13 and 19 years, from 6th to 8th grade. We used a semi-structured questionnaire and visual presentation of images and phrases of cigarette packaging health warning. The project was approved by the ethics and Research Committee of the Catholic University of Brasília, under the opinion n° 216,776. It was observed that the first experiment with cigarettes, was at school and at home, between 10 and 13 years. The greatest motivation was the trial will and 42.8 did not like the experience. Half of respondents said that family members smoke, being the parent most responsible by smoking in the family. On the anti-tobacco campaigns that the answer was to include more real and impactful and develop information campaigns in schools. It is concluded that the images and phrases more appealing, babies, pregnant women, disease and death, were those which had educational function for the awareness of the risk of smoking to health. It is necessary to anti-tobacco campaigns in schools, involving teachers in the health education of adolescents, parents and guardians.



Keywords: Smoking. Cigarette. Teenagers. Anti-tobacco campaigns.

**SUMÁRIO**

**1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA**..... 11

**2 OBJETIVOS**..... 13
2.1 OBJETIVO GERAL..... 13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 13

**3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**..... 14
3.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TABAGISMO..... 14
3.2 COMPOSIÇÃO DO CIGARRO..... 16
**3.2.1 Alcatrão**..... 16
**3.2.2 Amônia**..... 16
**3.2.3 Monóxido de carbono**..... 17
**3.2.4 Nicotina**..... 17
3.3 DOENÇAS RELACIONADAS AO TABAGISMO..... 18
**3.3.1 Câncer de pulmão**..... 18
**3.3.2 Câncer de esôfago**..... 19
**3.3.3 Câncer do aparelho geniturinário**..... 19
**3.3.4 Câncer de cabeça e pescoço**..... 19
**3.3.5 Doenças cardiovasculares**..... 19
**3.3.6 Doenças do aparelho digestivo**..... 20
**3.3.7 Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)**..... 20
**3.3.8 Doenças do Sistema Respiratório**..... 20
3.4 NICOTINA..... 20
**3.4.1 Farmacocinética da nicotina**..... 20
**3.4.2 Ação da nicotina**..... 22
**3.4.3 Mecanismo da adição da nicotina**..... 23
**3.4.4 Efeitos sistêmicos da nicotina**..... 23
**3.4.5 Fisiopatologia da nicotina no sistema respiratório**..... 24
3.5 TABAGISMO PASSIVO..... 25
**3.5.1 Tabagismo passivo e gestação**..... 25
**3.5.2 Tabagismo passivo e infância**..... 26
**3.5.3 Tabagismo passivo e adolescentes e jovens**..... 27
3.6 MEDIDAS DE COMBATE AO TABAGISMO..... 29
**3.6.1 Impostos**..... 29
**3.6.2 Informação**..... 30
**3.6.3 Proibições sobre Propaganda e Promoção**..... 30
**3.6.4 Advertências**..... 30
**3.6.5 Proibições do Fumo em Locais Públicos e nos Locais de Trabalho**..... 32
**3.6.6 A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco**..... 33
3.7 INDÚSTRIAS TABAGISTAS X ESTADO..... 35
**3.7.1 Indústria do tabaco: breve contextualização histórica**..... 35
**3.7.2 Movimentos antitabagistas: breve contextualização histórica**..... 36
3.8 PROPAGANDA E MARKETING DA INDÚSTRIA TABAQUEIRA..... 37
**3.8.1 Advertências sanitárias nos produtos de tabaco**..... 39
**3.8.2 Evolução das advertências no Brasil**..... 40
**3.8.3 Impacto das advertências sanitárias nas embalagens de produtos derivados de tabaco**..... 43

**4 MATERIAIS E MÉTODOS**..... 45
4.1 LOCAL..... 45
4.2 TIPO DE ESTUDO..... 45
4.3 AMOSTRA..... 46
4.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO..... 46
4.5 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO..... 46
4.6 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO..... 46
4.7 INSTRUMENTO DE PESQUISA..... 47
4.8 ANÁLISE DOS DADOS..... 47
4.9 ASPECTOS ÉTICOS..... 47

**5 RESULTADO E DISCUSSÃO**..... 49

**6 CONCLUSÕES**..... 64

**7 RECOMENDAÇÕES**..... 65

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**..... 66

**APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**..... 77
**APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE PESQUISA**..... 78

**ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**..... 79
**ANEXO B- TERMO DE CONCORDÂNCIA**..... 83
**ANEXO C- CARTA DE ENCAMINHAMENTO**..... 84

## 1-INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo, conhecido como uma doença epidêmica que resulta da dependência da nicotina. Está incluído no grupo dos transtornos mentais e de comportamentos decorrente do uso de substâncias psicoativas da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Além disso, o fumo é um fator de risco para doenças cardíacas, pulmonar obstrutiva crônica, câncer, acidente vascular cerebral e trata de um fator de risco independente para a doença arterial coronariana (ALMEIDA E MUSSI, 2006; ACT, 2011).

O tabaco é a segunda droga mais consumida entre os jovens, sendo considerado hoje como uma doença pediátrica, uma vez que a maioria dos jovens começam a fumar ainda na adolescência, ou seja, na faixa etária dos 13 aos 15 anos (SILVA et al., 2008). Daí, o público adolescente representa uma população mais vulnerável para se envolver com drogas lícitas, dentre as quais se destacam, o álcool e o tabaco. Além disso, estudos demonstram que, quanto mais precoce o contato com o álcool e o tabaco, maiores serão os riscos futuros de agravos à saúde desses adolescentes (MONERO et al., 2009).

Diariamente, cerca de 100 mil jovens começam a fumar, sendo que 80% deles encontram-se em países em desenvolvimento (BRASIL, 2009). As estratégias de divulgação da indústria do fumo têm papel fundamental para iniciação destes jovens ao tabagismo. Tais estratégias têm criado uma aceitação social e um contexto social favorável à expansão do consumo dos produtos do tabaco, apesar de todos os seus efeitos deletérios já amplamente conhecidos (CAVALCANTE, 2005, p.284).

As advertências sanitárias nas embalagens de cigarro aumentam o entendimento da população sobre os danos causados pelos produtos do tabaco e ajudam a mudar a imagem dos cigarros e de outros derivados do tabaco, especialmente entre adolescentes e adultos jovens, influenciando os fumantes a abandonarem o consumo (BRASIL, 2009).

Entendendo que o tabaco é um grande problema de saúde pública no Brasil e considerando a alta proporção de adolescentes que experimentam cigarro, há necessidade de ações educativas governamentais voltadas a esse grupo, como forma de maior controle à experimentação do cigarro entre adolescentes. Este trabalho visa levantar como a antipropaganda tabagista é percebida pelos adolescentes, analisando como as fantasias, o imaginário social e ideológico são percebidos pelos adolescentes a partir das propagandas propostas pelo governo brasileiro, bem como o enfoque apelativo das indústrias tabaqueiras e

como tem sido interpretado pelo público adolescente. Assim, este estudo tem como questão norteadora: Qual a percepção dos adolescentes frente às campanhas sanitárias antitabagistas?

# 2-OBJETIVOS

## 2.1-GERAL

Analisar a percepção dos adolescentes sobre as campanhas antitabagistas.

## 2.2-ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população entrevistada sobre a percepção das campanhas antitabagistas;
- Identificar qual a abordagem para as embalagens dos produtos derivados do tabaco é mais impactante para o público adolescente;
- Analisar o nível de entendimento e aceitação das campanhas governamentais de combate ao tabagismo pelos adolescentes.

# 3-REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

## 3.1- DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TABAGISMO

O tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável em todo o mundo (INCA, 2008). A Organização Mundial da Saúde (OMS), afirma que o tabagismo é uma pandemia, com uma mortalidade anual de 5 milhões de pessoas, em consequência das complicações causadas pelo tabaco, correspondendo aproximadamente 6 mortes a cada segundo. Desse total de mortes anuais, 4 milhões são homens e 1 milhão de mulheres. Estima-se que em 2025, ocorrerão um total de 10 milhões de mortes caso persista a prevalência atual do uso do tabaco (WHO, 2011).

Segundo a OMS, o tabagismo é reconhecido como uma doença epidêmica que resulta da dependência da nicotina. Está incluído no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (ACT, 2011).

O tabaco mata um em cada 10 adultos em todo o mundo e no ano de 2030 será a principal causa de morte prematura, com previsão de 10 milhões de óbitos ao ano, em razão das mais de 25 doenças causadas pelo hábito de fumar (IBGE, 2008).

Na América Latina e no Caribe no ano 2000 aproximadamente 300.000 pessoas morreram, devido ao tabagismo, o que o torna a causa mais importante de morte, quando comparado com a associação HIV/AIDS e a tuberculose. Os números específicos de óbitos ocasionadas pelo tabaco e o total de anos de vida ajustados por incapacidade (DALY’s) por gênero e por região demonstram que o tabagismo foi responsável por cerca de 12,0% a 14,0% de todos os óbitos de adultos na região (EZZATI & LOPEZ, 2003).

Estima-se que dos mais de um bilhão de fumantes no mundo 80,0% vivem em países de baixa e média renda onde a carga das doenças e mortes relacionadas ao tabaco é mais expressiva (WHO, 2011). Dos homens fumantes, 35,0% estão em países desenvolvidos e 50,0% em países em desenvolvimento, enquanto 22,0% das mulheres fumantes estão em países desenvolvidos e 9,0% em países em desenvolvimento.

No Brasil, cerca de um terço da população adulta faz uso do tabaco, correspondendo a aproximadamente 16 milhões de homens e 11 milhões de mulheres. Estima-se em 200 mil óbitos anuais relacionados ao fumo no Brasil (BRASIL, 2011).

Em 2008, no Brasil, 17,5% da população de 15 anos ou mais, cerca de 25 milhões de pessoas, eram usuárias de derivados do tabaco, sendo que a maior parte destes fumantes

estava concentrado no Sul do país (19,0%), no Sudeste (16,9%) e no Centro oeste (16,9%). Os percentuais de fumantes eram maiores entre homens, correspondendo a 21,6%. Dos 24,6 milhões de pessoas que consomem tabaco fumando, 87,8% fumam diariamente, destes, 33,9% consomem entre 15 a 24 cigarros por dia (IBGE 2008).

Dados divulgados em abril de 2012 pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) revelou que 14,8% dos brasileiros acima de 18 anos são fumantes. Entre os homens, o percentual foi de 18,1%, e 12,0% mulheres. Quanto ao total de cigarros dia, 5,4% dos homens e 3,3% das mulheres tabagistas fumam 20 ou mais cigarros. A pesquisa também revela que 25,0% dos homens se declaram ex-fumantes, enquanto apenas 19,0% das mulheres afirmam terem deixado de fumar (PNAD, 2008).

A escolaridade é um fator que influencia no início do tabagismo. A maioria dos fumantes estão entre as pessoas sem instrução ou com menos de um ano de estudo (25,7%). Em contrapartida, das pessoas que tinham 11 anos ou mais de estudo, apenas 11,9% fazem uso do tabaco. O percentual de fumantes também é maior entre os que se declaram pretos ou pardos (19,0%) do que nos brancos (15,3%). A faixa etária de maior concentração de fumantes se encontra entre 45 a 64 anos, correspondendo 23,0% dessa população. Além disso, observa-se que quanto maior o rendimento domiciliar *per capita*, menor a proporção de fumantes (PNAD, 2008).

Dentre os adolescentes brasileiros, com idades entre 13 e 15 anos, 17,2% são tabagistas. A prevalência entre os meninos é de 9,1%, contra 12,9% das meninas. Além disso, ressalta-se que 35,0% são fumantes passivos domiciliares, enquanto 50% são fumantes passivos em outros lugares (WHO, 2008).

Um estudo realizado no Distrito Federal em 2004 com 2661 alunos de 5ª a 8ª séries do ensino fundamental e 1ª a 3ª séries do ensino médio, verificou uma prevalência de tabagismo de 10,5%, sendo que 16,5% dos entrevistados já haviam experimentado cigarros ao menos uma vez na vida (RODRIGUES, VIEGAS et al., 2009).

Quanto ao desejo de parar de fumar, uma pesquisa nacional do IBGE mostra que dos fumantes de qualquer derivado de tabaco, 52,1% afirmam planejar ou pensar em parar de fumar, sendo que este percentual era de 49,2% entre homens e 57,1% mulheres. Cerca de um em cada três fumantes (33,5%) mencionaram a intenção de parar de fumar a longo prazo e somente 11,4% disseram pensar em parar de fumar nos 12 meses seguintes à entrevista. Um total de 7,3% manifestaram desejo de parar de fumar no mês da entrevista. A entrevista observou também que o Distrito Federal apresentou o maior percentual de 62,2% de fumantes

que pensavam parar de fumar, enquanto, o menor percentual foi no Amazonas, apresentando 35,3% (PNAD, 2008).

## 3.2-COMPOSIÇÃO DO CIGARRO

A folha do tabaco é composta por uma complexa mistura de componentes químicos como hidrocarbonetos, fenóis, ácidos graxos, isopropenos, ésteres e minerais inorgânicos (CARVALHO, 2000; VILLANOVA, 2001). Isso significa uma constituição de uma mistura de aproximadamente 4.700 componentes químicos, distribuídos em uma fase gasosa e uma fase particulada, bem como uma fase heterogênea de gases, vapores e partículas líquidas (DELFINO, 2002 e WHO, 2011).

A fumaça do cigarro é composta por nitrogênio, oxigênio, dióxido de carbono, monóxido de carbono, hidrogênio, argônio, metano, hidrocarbonetos, ácido cianídrico, carbonilas, formaldeído, amônia, acetaldeído, acroneleína e ácidos orgânicos diversos. Tais substâncias podem causar irritações e processos inflamatórios no sistema respiratório, prejudicando principalmente a faringe, laringe e traquéia, além de ser o principal fator de risco do desenvolvimento do câncer de pulmão (BRASIL, 2009). Dos inúmeros componentes do cigarro, podem-se destacar os seguintes:

### 3.2.1-Alcatrão

É constituído por substâncias carcinogênicas como os hidrocarbonetos policíclicos, aminas aromáticas e nitrosaminas. É na verdade um conjunto de mais de 40 componentes formados a partir da combustão do tabaco. Possui substâncias radioativas como o urânio, o polônio$^{210}$, o carbono$^{14}$, o rádio$^{226}$, o rádio$^{228}$ e o tório$^{228}$. Adicionalmente provoca o amarelamento dos dentes e dos dedos dos usuários (CARVALHO, 2000; VILLANOVA, 2001).

### 3.2.2- Amônia

É um produto utilizado para limpar vidros e azulejos, altamente irritante das vias aéreas. As indústrias fumígenas afirmam que a função da amônia na composição do cigarro seria acentuar o sabor do produto (DELFINO, 2002), porém, a amônia tem ação corrosiva para o nariz e olhos com o uso a longo prazo, além de poder cegar e até matar. Suspeita-se

que o uso de amônia nos cigarros, serve para reforçar o vício e liberar a nicotina que é absorvida pelo o corpo (FILHO, 2011).

### 3.2.3-Monóxido de carbono

O uso do tabaco, libera monóxido de carbono que tem grande afinidade pela hemoglobina, interferindo no transporte do oxigênio para os tecidos, o que provoca drástica diminuição na saturação do oxigênio nos órgãos e, consequentemente causa uma aparência ofegante nos fumantes. Além disso, é o principal responsável pela poluição do ar, tornando os níveis de monóxido de carbono, bem mais elevados que o permitido. Em conjunto com a nicotina pode levar à úlcera gástrica e desestimular a fabricação de elastina, o que pode originar enfisema pulmonar. O monóxido de carbono representa cerca de 6,0% do cigarro (BRASIL, 2009).

### 3.2.4- Nicotina

É considerada pela OMS como a droga psicoativa responsável pela dependência química do fumante, exercendo seus efeitos no cérebro através de receptores colinérgicos do sistema nervoso central (SNC). O uso contínuo da nicotina altera a estrutura do SNC e aumenta a densidade de receptores nicotínicos modificando a fisiologia do SNC. Os fumantes absorvem praticamente toda a nicotina de cada cigarro. A nicotina sob a forma alcalina é encontrada nos charutos e cachimbos e absorvida pela mucosa bucal, enquanto a nicotina ácida encontrada nos cigarros tem absorção nos pulmões após inalação (CARVALHO, 2000; VILLANOVA, 2001).

Geralmente os usuários de cigarro sentem vontade de fumar a cada meia hora, devido à concentração da nicotina no sangue ser desestabilizada durante este período. Assim é necessário repor os níveis de alcaloide, pois o seu baixo nível no sangue causa a síndrome de abstinência. Após 60 segundo da primeira tragada, a nicotina já estará agindo sobre o SNC, liberando catecolaminas, o que acelerando a frequência cardíaca e a pressão arterial (DELFINO, 2002).

**Quadro1-** Substâncias existentes na fumaça do tabaco (15 funções químicas)

| FUNÇÕES QUÍMICAS | NÚMEROS DE SUBSTÂNCIAS |
|---|---|
| Aminas, imidas | 237 |
| Ácidos carboxílicos | 227 |
| Lactonas | 150 |
| Ésteres | 474 |
| Aldeídos | 108 |
| Cetonas | 521 |
| Álcoois | 379 |
| Fenóis | 282 |
| Aminas | 196 |
| N-heterocíclicos | 921 |
| Hidrocarbonetos | 755 |
| Nitrilas | 106 |
| Éteres | 311 |
| Carboidratos | 42 |
| Anidridos | 11 |
| TOTAL | 4.720 |

Fonte: Silva (2012)

## 3.3-DOENÇAS RELACIONADAS AO TABAGISMO

Estudos científicos demonstram que o tabagismo está relacionado a inúmeras doenças cardiovasculares, respiratórias, cerebrovasculares e neoplasias (APAC/ONCO, 2009). As patologias mais importantes relacionadas ao tabagismo estão discriminadas a seguir.

### 3.3.1-Câncer de pulmão

O tabaco constitui o mais importante fator de risco isolado e prevenível do câncer. Estima-se que aproximadamente 30,0% das mortes devido a neoplasias malignas estejam relacionadas ao tabagismo (JARDIM & OLIVEIRA, 2007).

O câncer de pulmão foi considerado a epidemia do século XX e, tende a continuar se medidas mais eficazes de combate ao tabagismo não forem tomadas (BRASIL, 2011). Enfim, existe uma ligação íntima entre os malefícios do tabaco e o câncer de pulmão, ou seja, o cigarro é o principal fator de risco envolvido nas neoplasias e em mais de 90,0% de tumores de pulmão (DELFINO, 2002).

Uma pesquisa realizada pelo INCA evidencia que indivíduos que fumam mais de vinte cigarros por dia têm 15,0% a 20,0% mais chances de morrer de câncer de pulmão do que os não fumantes (BRASIL, 2012).

Quando o indivíduo para de fumar, as chances de ter câncer de pulmão diminuem e após 15 a 20 anos de abandono do vício, quando passam a ser semelhantes às do que nunca fumaram (ROSEMBERG, 2002).

### 3.3.2-Câncer de esôfago

Estudos apontam o consumo de álcool associado com o tabaco como o fator de risco mais importante para o câncer de esôfago. O câncer de esôfago foi mais notificado em homens (6.775 casos) do que em mulheres (2.120 casos) em 2003. É um tipo de câncer bastante agressivo, com uma alta mortalidade e bastante resistente ao tratamento, que não seja a ressecção completa do tumor (BRASIL, 2009).

### 3.3.3-Câncer do aparelho geniturinário

O câncer de bexiga é o mais comum das vias urinárias. A maioria dos pacientes diagnosticados com câncer de bexiga tem mais de 60 anos, sendo mais prevalentes em homens. Estudos demonstram o aumento em duas a três vezes, mais possibilidade de desenvolver câncer de bexiga em fumantes quando comparados aos não fumantes (JEMAL & MURRAY, 2003). O uso do tabaco também aumenta os níveis sanguíneos de androgênios por seu efeito antiestrogênico e que está relacionado ao câncer de próstata (BRASIL, 2007).

### 3.3.4-Câncer de cabeça e pescoço

As carências nutricionais, má higiene oral, alcoolismo e tabagismo são fatores de risco para câncer de cabeça e pescoço. Em 2003 no Brasil, a incidência de câncer da cavidade oral foi de 7.750 casos nos homens e 2.885 casos nas mulheres (BRASIL, 2007). O uso do fumo através do cachimbo e charutos aumenta o poder cancerígeno devido o maior contato com a mucosa da cavidade oral (ROSEMBERG, 2002).

### 3.3.5-Doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares são as causas mais prevalentes de morte e de incapacidade física. Cerca de 25,0% dos casos de mortes por doenças cardiovasculares estão associadas ao tabagismo e aproximadamente metade dos casos de infarto do miocárdio está relacionado ao uso do tabaco. Um quarto dos acidentes vasculares cerebrais na faixa etária de 50 a 70 anos está relacionado ao tabagismo. Dos pacientes portadores de insuficiência vascular periférica, 90,0% são tabagistas (JARDIM & OLIVEIRA, 2007).

Uma vez vencida a dependência do fumo, o risco de doença cardíaca coronariana decai e após 10 anos de abstinência, o risco do ex-fumantes de 20 cigarros por dia passa a ser o mesmo daqueles que nunca fumaram (BRASIL, 2007).

### 3.3.6-Doenças do aparelho digestivo

O fumo e o álcool são os principais fatores de risco para o câncer de estômago, pâncreas, cólon, úlcera péptica e de refluxo gastresofágico devido à combustão do tabaco produzir produtos que são deglutidos e absorvidos pela mucosa digestiva. Um total de 3,0% dos óbitos por câncer de estômago são decorrentes do tabagismo e, nas neoplasias malignas de pâncreas são duas vezes mais frequentes em indivíduos fumantes do que em indivíduos não fumantes (BRASIL, 2007; JARDIM & OLIVEIRA, 2007; VILLANOVA, 2001).

### 3.3.7-Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)

Nos últimos 30 anos, os casos de indivíduos portadores da doença obstrutiva crônica aumentaram 600,0%. Cerca de 90,0% dos portadores de DPOC são fumantes. O tabaco possui substâncias irritantes que desenvolvem uma resposta inflamatória crônica dos brônquios, limitando o fluxo aéreo. O cigarro provoca também um desequilíbrio protease-antiprotease, responsável pela destruição do parênquima pulmonar (JARDIM & OLIVEIRA, 2007).

### 3.3.8- Doenças do Sistema Respiratório

A fumaça do cigarro tem sido associada a incomodo e irritação crônica dos olhos, do nariz e da orofaringe. A inalação oral e nasal da fumaça do cigarro diminui o transporte mucociliar, alterando os mecanismos de produção do muco. A exposição crônica à fumaça do cigarro provoca alterações metaplásicas da mucosa respiratória, aumentando o número e tamanho de células caliciformes e consequentemente, aumentando a secreção nas vias aéreas (TAMASHIRO et al., 2009).

Sabe-se que as pessoas que convivem com fumantes são mais propensas a desenvolverem otites, sinusites, amigdalites e pneumonias, além de apresentarem piora das crises de asma e ter a sua função pulmonar reduzida. Outros efeitos do tabagismo incluem

irritação nos olhos, manifestações nasais, tosse, cefaleia, piora de problemas alérgicos e cardíacos (JARDIM & OLIVEIRA, 2007; VILLANOVA, 2001).

## 3.4-NICOTINA

A *nicotina tabacum*, é originária da América do Sul. Por vários séculos a planta era cultivada pela população nativa que fumava as folhas durante vários rituais. O termo tabaco vem do nome de um tipo de junco vazado que era usado pelos nativos americanos para inalar o fumo (LONGENECKER, 2002).

Em 1560, a nicotina foi exaltada publicamente em Portugal pelo médico francês Jean Nicot que defendia o tabaco como um agente curativo (LONGENECKER, 2002).

Até a última metade do século XIX, o tabaco era fumado por homens, em cachimbos. A produção de cigarros começou no fim do século XIX, sendo até hoje responsável por mais de 90% do consumo do tabaco (RANG et al., 2004).

Os cigarros tornaram-se populares no século XX e expandiu por volta da Primeira Guerra Mundial, crescendo ainda mais após a Segunda Guerra Mundial. Fatores como o controle da dosagem (profundidade da tragada), disponibilidade, poder aquisitivo e aceitação social influenciaram a disseminação do uso (LONGENECKER, 2002; VALLE et al., 2007).

Como todas as outras dependências químicas, a nicotina envolve indivíduos em alguma situação de vulnerabilidade, sendo mais comum a iniciação em indivíduos que se encontram divorciados, desempregados, viúvos e principalmente adolescentes. Os adolescentes utilizam a nicotina  para modular suas emoções por geralmente apresentarem baixo autoestima, maior impulsividade, dificuldade de concentração, maior agressividade ou docilidade excessiva ( EISSENBERG, 2004).

### 3.4.1-Farmacocinética da nicotina

A maioria dos estudos clínicos demonstram que a nicotina é o principal agente responsável pelo desenvolvimento da dependência ao tabaco. A fumaça do cigarro é constituída de duas fases: a gasosa, composta por componentes que causam efeitos indesejáveis, como o monóxido de carbono, dióxido de carbono, óxido de nitrogênio, amônia, nitrosamidas voláteis, cianetos de hidrogênio, compostos voláteis contendo enxofre, hidrocarbonetos voláteis, alcoóis, aldeídos e cetonas e a fase particulada ou condensada, composta por nicotina, água e alcatrão (GOODMAN e GILMAN, 2005).

A nicotina é uma base volátil, líquido natural, incolor que se torna marrom e adquire o odor do tabaco através da exposição ao ar, com meia vida de duas horas (GOODMAN e GILMAN, 2005). É absorvida rapidamente e, ao entrar na circulação arterial é distribuída pelos tecidos do corpo, atingindo o cérebro num intervalo de 10 e 19 segundos. Ela é imediatamente absorvida pelo trato respiratório, mucosas orais e pele (BENOWITZ et al., 1998).

Em charutos e cachimbos, a nicotina é encontrada na forma não protonada devido o pH alcalino, o que facilita a absorção da nicotina pela mucosa bucal, por isso, os fumantes de charuto e cachimbo não sentem tanta necessidade de tragar o fumo para se satisfazer (VALLE et al., 2007).

Estudos indicam que a nicotina induz rapidamente um processo de tolerância, bastando poucas semanas de uso contínuo para que sejam estabelecidos critérios de dependência (TIFFANNY et al., 2004).

### 3.4.2-Ação da nicotina

A nicotina age farmacologicamente ligando-se a receptores colinérgicos (nAChR), amplamente distribuídos no sistema nervoso central por apresentar estrutura molecular semelhante à da acetilcolina. Os receptores nAChR são receptores pentâmeros compostos por diferentes combinações de subunidades. Os receptores nicotínicos são canais iônicos regulados por ligantes, havendo três classes principais: musculares, ganglionares e do sistema nervoso central. A administração crônica de nicotina leva ao aumento substancial do número de receptores nicotínicos (entre 100,0 e 300,0%) da acetilcolina, podendo representar uma resposta adaptativa à dessensibilização prolongada do receptor (PICCIOTTO et al., 2000; RANGE et al., 2004).

Como a maioria das drogas, a nicotina produz também sensações desagradáveis como náuseas, tosse e tontura nas primeiras experiências com o tabaco, porém, estes sintomas aversivos tendem a desaparecer com o uso continuado da droga através de mecanismos neurobiológicos ainda pouco esclarecidos. As drogas que induzem à dependência tem em comum a propriedade de causar efeitos euforizantes ou prazerosos, atuando como reforçadores positivos da droga. O efeito reforçador das drogas é decorrente da ativação do sistema dopaminérgico meso-corticolímbico (LAVIOLETTE, 2003; TUCCI, 2003).

A nicotina libera inúmeros mediadores, cada um com uma atividade cerebral específica. Entre estes mediadores estão a dopamina, responsável pelo prazer, diminuição do

apetite e adição; a serotonina, que modula o humor, diminui o apetite e alivia a síndrome de abstinência; a norepinefrina, responsável pelo alerta e diminuição do apetite; as beta endorfinas, que reduzem a ansiedade e a tensão; a acetilcolina, responsável pelo o alerta e a melhora da cognição; a vasopressina e o glutamato, responsáveis pela melhora da memória e o GABA, redutor da ansiedade de tensão (LAVIOLETTE, 2003).

### 3.4.3-Mecanismo da adição da nicotina

A adição é caracterizada pela procura e uso compulsivo da droga, mesmo com o usuário ciente das consequências negativas para saúde (VOLKOW, 2006).

O mecanismo de dependência das drogas em geral, inclui a ativação da via da recompensa – o sistema dopaminérgico meso-corticolímbico. Esse efeito é decorrente da interação da nicotina com os receptores nAChR localizados nos corpos celulares e terminais dos neurônios dopaminérgicos. Ao ativar a via dopaminérgica, responsável pelo efeito reforçador positivo, presencia-se sensações como de relaxamento, redução do estresse, aumento do estado de vigília, melhora da função cognitiva, modulação do humor e a perda de peso. Como efeito reforçador negativo o paciente apresenta sintomas de retirada da nicotina, que inclui o nervosismo, irritabilidade, ansiedade, concentração e função cognitiva prejudicada, além do ganho de peso devido ao aumento do apetite (LÜSCHER & UNGLESS, 2006; DI CHIARA, 2000; BENOWITZ, 1998).

Alguns fumantes afirmam que fumar ajuda a aliviar o estresse e a depressão, isso provavelmente acontece devido os efeitos neuroquímicos da nicotina, que incluem a liberação de dopamina, noradrenalina e serotonina, semelhantes aos efeitos de alguns antidepressivos. Muitos pacientes que fizeram uso de cigarro por um longo período apresentam um severo quadro de depressão quando tentam deixar de fumar, afetando a tensão de parar de fumar (JONES & BENOWITZ, 2002; VOLKOW, 2006).

### 3.4.4-Efeitos sistêmicos da nicotina

A nicotina é conhecida por seus efeitos sobre a função cardiovascular através da estimulação simpática neural. Os efeitos simpaticomiméticos da nicotina podem ocorrer pela ativação de quimiorreceptores periféricos e efeitos diretos no tronco cerebral, resultando em aumento da frequência cardíaca, da contração do coração, vasoconstrição coronária e da pressão arterial. Causa também secreção de adrenalina e noradrenalina pela medula adrenal,

contribuindo para os efeitos cardiovasculares, pela liberação do hormônio antidiurético pela hipófise posterior diminuindo o fluxo urinário e o aumento da concentração plasmática de ácidos graxos livres (RANG et al., 2004).

Os fumantes ativos e passivos apresentam um maior risco de desenvolverem intolerância a glicose, mostrando uma forte associação entre tabagismo e diabetes. Além disso, a nicotina está relacionada ao aumento dos níveis plasmáticos de cortisol, que quando acumulados são responsáveis por efeitos na modulação do humor e no desenvolvimento de osteoporose (HOUSTON et al., 2006).

O tabagismo também afeta nos processos metabólicos, uma vez que fumantes pesam aproximadamente 4kg a menos que não fumantes, devido à alterações resultantes de um aumento da taxa metabólica concomitante a uma supressão do apetite (BENOWITZ, 1996).

O tabagismo também está associado à redução da fertilidade em homens alterando a habilidade do espermatozoide ligar-se ao óvulo. Estudos com mulheres fumantes demonstraram uma forte relação entre o tabagismo e a infertilidade, inclusive precipitando a menopausa (REINBERG, 2006).

Durante a gravidez, a nicotina está envolvida com o aumento da resistência vascular placentária, reduzindo o fluxo sanguíneo uterino e interferindo na oferta de oxigênio através da placenta, contribuindo assim para um maior risco de morbidade perinatal. Estudos revelam que o fumo durante a gravidez produz alterações psicológicas em crianças expostas ao tabaco, como distúrbio de hiperatividade e déficit de atenção (ADHD), comportamento agressivo, atraso escolar e uma maior tendência ao abuso de substâncias (XIAO et al., 2007; KING, 2007).

### 3.4.5-Fisiopatologia da nicotina no sistema respiratório

O sistema respiratório é o que mais sofre agressões devido o uso do tabaco. Quando a fumaça do cigarro é inalada, induz uma deterioração da função respiratória, proporcional ao tempo e a intensidade do tabagismo (NUNES, 2006). Ao começar a prática do uso do tabaco, inicia-se no sistema respiratório do indivíduo uma reação inflamatória causada pela elevada temperatura da fumaça, gerando o reflexo de tosse. A combustão resultante, gera radicais livres, capaz de oxidar as estruturas celulares pulmonar, que incluem a obstrução do fluxo aéreo, com danos na estrutura traqueobrônquica e consequentemente alterando a ventilação/perfusão e a secretividade de muco e perda de surfactante (FURTADO, 2002).

As substâncias irritantes do tabaco inibem os movimentos ciliares do epitélio dos brônquios, impedindo assim que as impurezas sejam carreadas para fora das vias respiratórias, agredindo o epitélio brônquico, por acumulação de secreção que deveria ser expulsa pelos cílios, causando a deficiência das células de defesa do pulmão, e portanto, a uma inflamação dos brônquios e bronquíolos, ou seja, a bronquite e ou bronquiolíte. Como consequência, a inflamação se estende, gerando uma fibrose no parênquima, arteríolas e capilares pulmonares. Com a fibrose intersticial, há inflamação brônquica e hipersecretividade de muco, em função disso, a luz dos brônquios diminui, impedindo que o ar seja expelido totalmente pelos alvéolos na expiração, causando a distensão e o rompimento dos alvéolos, ocasionando o enfisema (WOUTERS, 2005; OGA, CAMARGO e BATISTUZZO, 2008).

## 3.5-TABAGISMO PASSIVO

Tabagismo passivo é a inalação da fumaça proveniente da queima de derivados do tabaco por indivíduos não fumantes. Trata-se da exposição involuntária ao fumo ou poluição tabágica ambiental (PTA) (REICHERT et al., 2008).

Segundo a OMS, o tabagismo passivo é a terceira maior causa de morte evitável no mundo e o maior causador de doenças respiratórias em crianças. Estima-se que a metade das crianças do mundo é fumante passiva. Além disso, o tabagismo passivo pode ser responsável por mais de 100.000 casos anuais de câncer, sendo que o risco de desenvolver câncer de pulmão é três vezes maior no fumante passivo do que para os que não estão expostos à fumaça (OMS, 2006).

Estudos sugerem que uma exposição de 30 minutos à fumaça do cigarro é suficiente para afetar células endoteliais das artérias coronárias de não fumantes, o que já é um risco de infarto agudo do miocárdio para fumantes passivos (LOTUFO, 2007).

Por sua vez, a poluição tabágica ambiental contém aproximadamente 250 substâncias tóxicas reconhecidas pela Agência Internacional de Pesquisa do Câncer como agentes indutores de mutação e câncer (REICHERT et al. 2008).

### 3.5.1-Tabagismo passivo e gestação

A exposição do feto ao fumo materno é o exemplo mais grave de tabagismo passivo. Estudos comprovam que os neonatos de gestantes fumantes têm peso inferior ao das gestantes

que não fumam e com chance dobrada de prematuridade. As substâncias tóxicas do tabaco passam da mãe para o filho via cordão umbilical e há 3 vezes mais nicotina no leite materno do que em seu sangue. Além disso, as gestantes fumantes tem risco aumentado de placenta prévia, gravidez tubária e aborto espontâneo (KROEFF et al.,2004, REICHERT et al., 2008).

Estudos mostram que o tabagismo na gestação pode contribuir para a síndrome da morte súbita do bebê e causar alterações no desenvolvimento do sistema nervoso fetal (KROEFF et al.,2004). A insuficiência uteroplacentária tem sido indicada como o principal mecanismo responsável pelo retardo do crescimento fetal nas gestantes fumantes. A nicotina causa vasoconstrição dos vasos do útero e da placenta, reduzindo o fluxo sanguíneo, a oferta de oxigênio e de nutrientes para o feto, além dos danos biológicos celulares e moleculares provocados pelo monóxido de carbono e de outras toxinas (SILVA et al., 2005). A redução da função pulmonar em neonatos de gestantes fumantes contribui para o desenvolvimento ou agravamento da asma durante a vida dessas crianças e maior predisposição à doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) na vida adulta. (ARAÚJO et al., 2004). Nos recém nascidos, o tabagismo passivo está relacionado a déficits neurológicos e cognitivos, tremores, hipertonicidade, inquietude e a hiperatividade (REICHERT et al., 2008).

### 3.5.2- Tabagismo passivo e infância

Estudos demonstram que a associação entre exposição tabágica, especialmente quando a mãe é a fumante, são responsáveis por problemas respiratórios na infância como asma e a otite. Os sintomas respiratórios são as manifestações mais comuns apresentadas pelos filhos de fumantes, com um aumento significativo de 38,0% na frequência de bronquite e pneumonia no primeiro ano de vida. Essas crianças estão quatro vezes mais sujeitas a internações hospitalares, e as crianças com asma têm um aumento na frequência e severidade das crises asmáticas (LOTUFO, 2007).

Crianças amamentadas por mães fumantes são expostas à nicotina no leite materno, e tal exposição será tanto maior quanto menor for o tempo entre o ato de fumar da mãe e a mamada da criança (KROEFF et al., 2004).

A exposição de crianças ao fumo passivo é um fator de associação para a morbidade do trato respiratório superior e inferior entre menores de cinco anos. Há décadas de estudos demonstrando os efeitos deletérios do fumo passivo no trato respiratório das crianças (SILVA et al., 2005). Estima-se que 54,0% a 70,0% das crianças são expostas a um ou mais fumantes no domicílio. O número de cigarros fumados está positivamente associado ao nível de

cotinina (o principal metabólito da nicotina) urinária nas crianças expostas e a elevada morbidade respiratória em crianças menores de cinco anos (LOTUFFO, 2007). As infecções respiratórias agudas (IRAs) são umas das principais causas de morbimortalidade infantil no mundo, principalmente, no primeiro ano de vida, daí é considerado um problema de saúde pública e o principal motivo de consulta médica no primeiro ano de vida (LOTUFFO, 2007).

Além dos graves danos causados à saúde da criança, a influência familiar ao início do tabagismo é notável. As crianças começam a fumar em resposta as influências sociais de amigos, pais e familiares fumantes. Pais fumantes não somente geram modelo de comportamento nos filhos, como também o acesso das crianças ao cigarro no lar, em função disso, a maioria das famílias perdem o controle sobre o comportamento dos menores sobre o hábito de fumar. Portanto, o hábito de fumar em famílias pode está relacionado a fatores genéticos, influências sociais e acesso fácil ao tabaco. As crianças cujos pais mantêm um ambiente familiar livre de tabaco são menos prováveis de se tornarem fumantes no futuro (LOTUFFO, 2007).

A teoria da aprendizagem social diz que a criança adota comportamento em parte pela observação, ou seja, as crianças imitam o comportamento dos seus pais, amigos, ídolos e pessoas com as quais se identificam ou admiram. Alem de fatores de aprendizagem sociais, algumas crianças têm uma personalidade que as colocam em risco para fumar, dentre eles o pessimismo, as dificuldades na solução de tarefas, o desafeto e baixo desempenho escolar (WAKEFIELD, 2003).

### 3.5.3- Tabagismo passivo e adolescentes e jovens

O público adolescente representa a parcela populacional mais vulnerável para se envolver com drogas lícitas, das quais se destaca o tabaco, pela significativa prevalência (GALDURÓZ et al., 2004).

O adolescente vivencia um período de intensa transformação biopsicossocial, no qual o que importa é a busca por uma nova identidade e independência individual. Assim, a família se constitui uma unidade primordial no âmbito da construção, formação e desenvolvimento dos indivíduos que a compõem, transmitindo às gerações valores, regras, costumes, ideais, modelos e padrões de comportamento (MARTINEZ e FERRIANI, 2004).

Vários estudos, no mundo e no Brasil, mostram a idade cada vez mais precoce do início do uso do tabaco e o aumento da prevalência de tabagismo em adolescentes. Um em

cada sete jovens entre 13 e 15 anos na população mundial são fumantes, sendo que um quarto deles experimentou o primeiro cigarro em torno dos 10 anos de idade (OLIVEIRA 2009).

Malcon e Menezes (2002) consideram que o tabagismo na adolescência é um resultado de um desejo de contestação, de experimentação do novo e identificação com o grupo por parte dos adolescentes.

Um estudo realizado no Distrito Federal em 2004 com 2661 alunos de 5ª a 8ª séries do ensino fundamental da 1ª a 3ª séries do ensino médio, mostrou uma prevalência de tabagismo de 10,5%, sendo que 16,5% dos entrevistados já haviam experimentado cigarro (RODRIGUES, VIEGAS et al., 2009) e segundo o estudo de Oliveira (2009), realizado em Ribeirão Preto, em 2009, com adolescentes em uma escola estadual, 67,5% dos entrevistados haviam experimentado cigarro ao menos uma vez na vida.

O início precoce do consumo do tabagismo, pode ser atribuído a fatores como a pressão dos amigos e o ambiente familiar (BAUS et al., 2002; ANDRADE, 2005). O estabelecimento de vínculos entre pais e filhos, a criação de regras e a imposição de limites, juntamente com a monitorização, supervisão e apoio aos jovens, aliado com o diálogo presente na rotina familiar, são fatores que se destacam na proteção contra o uso de substâncias psicoativas pelos adolescentes (MINAYO, 2005). O ambiente familiar influencia o jovem a experimentar as drogas utilizadas pelos pais e parentes próximos, característica esta que preocupa, uma vez que o uso cotidiano de álcool e tabaco em domicílios brasileiro é elevado (CARLINI et al., 2007).

Segundo uma pesquisa realizada em 2007, no município de Embu, São Paulo, com 1.541 adolescentes e jovens entre dez e vinte anos de idade, de uma escola de ensino fundamental e médio, concluiu-se que dentre os adolescentes fumantes estratificados pelo comportamento tabagístico dos seus familiares, houve associação entre possuir no ambiente doméstico familiares fumantes e o fato de o adolescente também apresentar esse hábito. Os familiares mais citados como fumantes foram o pai e a mãe, correspondendo a 56,0% do total dos adolescentes, dos quais 26,0% destacaram o pai e 31,0%, a mãe. Cabe ressaltar que a prevalência elevada de tios e irmãos fumantes também influenciaram significativamente para o início do tabagismo entre adolescentes e jovens (MONERO et al., 2009).

Existem indivíduos que possuem uma expressão genética que os tornam pouco propensos à ação da nicotina, não sentindo prazer em usá-la, e fumam apenas por estímulo e exposição ao meio em que estão inseridos. Assim, o fato de ser fumante ou abstêmio é resultado da sensibilidade inicial à nicotina, mas o grau de dependência é determinado pela

exposição ao tabaco, tendo por influência direta o ambiente familiar e/ou extrafamiliar propensos ao seu uso (ROSEMBERG, 2003).

## 3.6- MEDIDAS DE COMBATE AO TABAGISMO

O consenso atual sobre os programas de controle do tabaco, sugere que as medidas mais eficazes são as que incluem elevados impostos sobre os cigarros, e medidas independentes de preços para controle do consumo, tais como informações aos consumidores, proibição de propaganda , promoção de restrição de uso cigarros e advertências sobre o fumo em locais públicos, além de maior acesso aos programas de cessação à população geral (CAVALCANTE et al., 2003).

As políticas de controle do tabaco visam melhorar a saúde e as intervenções governamentais no mercado do tabaco por vários motivos. Em primeiro lugar, muitos fumantes, em especial os mais jovens e os mais pobres, precisam ser plenamente conscientizados dos riscos de doença e de morte devido ao consumo de derivados do tabaco.

O reconhecimento de tais necessidade tem levado o governo brasileiro a investir de forma crescente no Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que é coordenado pelo Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Atualmente, várias leis proíbem a propaganda dos produtos de tabaco em televisão, revistas, jornais e *outdoors*; leis antifumo em ambientes públicos fechados; leis que regulam os produtos de tabaco quanto aos seus conteúdos e emissões; leis que regulam as atividades de promoção e as atividades de venda dos mesmos; implementação de ações educativas em escolas, ambientes de trabalho, unidades de saúde e de ações para aumentar o acesso da população ao tratamento da dependência da nicotina no sistema de saúde pública nacional (Sistema Único de Saúde – SUS); e a adoção de medidas e estratégias para controlar o mercado ilegal de cigarros no Brasil. Tais ações trazem resultados significativo na redução do consumo de tabaco (CAVALCANTE et al., 2003).

### 3.6.1-Impostos

Os impostos e os preços mais altos de cigarros resultam na redução do consumo e em altas taxas de abandono do tabagismo, desestimulando os jovens em relação à iniciação. A

elevação dos impostos e o aumento dos preços dos cigarros é uma medida importante para desencorajar os jovens fumantes e evitar o hábito de fumar, pois é na juventude que é realizado o recrutamento para o fumo (JHA et al., 2000).

Também, os preços mais altos reduzem o consumo entre os adultos e são eficientes para limitar o consumo de cigarros entre os adultos de baixa renda. Há evidências de que o aumento dos tributos sobre os cigarros tenha diferentes tipos de impacto de acordo com o nível de renda (JHA et al., 2000*;* IGLESIAS et al., 2007).

### 3.6.2-Informação

As pesquisas sobre as causas, consequências e custos do uso do tabaco, conscientizam a população sobre os riscos causados pelo tabagismo, contribuindo para a criação de um ambiente favorável e a implementação de políticas destinadas ao seu controle. Por isso, esse tipo de pesquisa e a divulgação de seus resultados são de fundamental importância para um conjunto de medidas antitabagistas (JHA et al., 2000).

O impacto da informação é diferente, varia de acordo com a idade e o nível de educação da população. Em geral, quanto maior o nível de educação, mais rápida é a mudança de comportamento. Entretanto, evidências demonstram que os mais jovens parecem responder menos que os adultos, sobre as consequências para a saúde causadas pelo fumo (JHA et al., 2000).

### 3.6.3-Proibições sobre Propaganda e Promoção

A propaganda é importante para a promoção e reforço do tabaco entre os jovens. Questiona-se que restrições parciais à propaganda não funcionam pois a indústria do tabaco explora outros meios alternativos de promoção. A proibição focaliza à propaganda e à promoção na mídia, não cobrindo certas formas de propaganda indireta como a diversificação de produtos, ou seja, o compartilhamento dos nomes de marca de derivados do tabaco com produtos que nada tenham haver com o tabaco, e patrocínios em geral, ficando cobertos apenas os eventos transfronteira (IGLESIAS et al., 2007).

### 3.7.4-Advertências

Desde a década de 60, o governo começou a exigir que as empresas de cigarros incluam advertências em seus produtos. As evidências demonstram que tais avisos são eficazes para a redução do consumo e indução da cessação. É possível que esse instrumento não atinja os pobres, onde os cigarros são comprados um de cada vez, e não em maços, ou onde são vendidos cigarros fabricados ilegalmente, sem qualquer tipo de advertência (IGLESIAS et al., 2007).

No Código de Defesa do Consumidor (CDC), Lei 8.078/1990, o direito à informação ali disciplinado, garante que o consumidor realize escolhas de forma esclarecida. É importante que a informação seja adequada e clara, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço do produto, conforme previsto no art. 6º, III, do CDC. Assim, todas as informações sobre os riscos relacionados ao fumo devem constar nas embalagens de maneira que informe adequadamente o consumidor sobre o riscos que o produto traz (BRASIL, 2008).

O Artigo 11 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), dispõe algumas medidas efetivas para as embalagens e etiquetagens de produtos de tabaco.

> "Embalagem e etiquetagem de produtos de tabaco
>
> 1. Cada Parte, em um período de três anos a partir da entrada em vigor da Convenção para essa Parte, adotará e implementará, de acordo com a sua legislação nacional, medidas efetivas para garantir que:
>
> a) a embalagem e a etiquetagem dos produtos de tabaco não promovam produto de tabaco de qualquer forma que seja falsa, equivocada ou enganosa, ou que possa induzir ao erro, com respeito as suas características, efeitos para saúde, riscos ou emissões, incluindo termos ou determinado produto de tabaco é menos nocivo que outros. São exemplos dessa promoção falsa, equívoca ou enganosa, ou que possa induzir a erro, expressões como "low tar" (baixo teor), "light", "ultra light" ou "mild"(suave); e
>
> b) cada carteira unitária e pacote de produtos de tabaco, e cada embalagem externa e etiquetagem de tais produtos também contenham advertências descrevendo os efeitos nocivos do consumo do tabaco, podendo incluir outras mensagens apropriadas. Essas advertências e mensagens:
>
> (i) serão aprovadas pela autoridade nacional competente;
>
> (ii) serão rotativas;
>
> (iii) serão amplas, claras, visíveis e legíveis;
>
> (iv) ocuparão 50% ou mais das principais áreas expostas e em nenhum caso menos que 30% daquela superfície;
>
> (v) podem incluir imagens ou pictogramas.

> 2. Cada carteira unitária e pacote de produtos de tabaco e cada embalagem externa e etiquetagem de tais produtos deverá conter, além das advertências especificadas no parágrafo
> 1(b) do presente Artigo, informações sobre os componentes e as emissões relevantes dos produtos de tabaco, tais como definidos pelas autoridades nacionais competentes.
> 3. Cada Parte exigirá que as advertências e a informação especificada nos parágrafos 1(b) e 2 do presente artigo figurem – em cada carteira unitária, pacote de produtos de tabaco, e em cada embalagem externa e etiquetagem de tais produtos – em seu idioma, ou em seus principais idiomas.
> 4. Para os fins desse Artigo, a expressão "embalagem externa e etiquetagem", em relação a produtos de tabaco, aplica-se a qualquer embalagem ou etiquetagem utilizadas na venda no varejo de tais produtos." (BRASIL, 2008).

### 3.6.5-Proibições do Fumo em Locais Públicos e nos Locais de Trabalho

A promulgação da Lei Federal nº 9294/96 constituiu um avanço nas ações de controle do tabagismo no Brasil, quando, proíbe o uso de produtos fumígenos derivado do tabaco em recinto coletivo, privado ou público, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente (BRASIL, 2010). Quanto ao artigo 2º:

> Art. 2° É proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente.
> § 1° Incluem-se nas disposições deste artigo as repartições públicas, os hospitais e postos de saúde, as salas de aula, as bibliotecas, os recintos de trabalho coletivo e as salas de teatro e cinema.
> Art. 2º Para os efeitos deste Decreto são adotadas as seguintes definições:
> I - RECINTO COLETIVO: local fechado destinado a permanente utilização simultânea por várias pessoas, tais como casas de espetáculos, bares, restaurantes e estabelecimentos similares. São excluídos do conceito os locais abertos ou ao ar livre, ainda que cercados ou de qualquer forma delimitados em seus contornos;
> II - RECINTOS DE TRABALHO COLETIVO: as áreas fechadas, em qualquer local de trabalho, destinadas a utilização simultânea por várias pessoas que nela exerçam, de forma permanente, suas atividades; (não podemos deixar de considerar que nos restaurantes é exercida todo o tempo atividade laboral por parte dos garçons).

> IV - ÁREA DEVIDAMENTE ISOLADA E DESTINADA EXCLUSIVAMENTE A ESSE FIM: a área que no recinto coletivo for exclusivamente destinada aos fumantes, separada da destinada aos não fumantes por qualquer meio ou recurso eficiente que impeça a transposição da fumaça.
> Art. 3º É proibido o uso de produtos fumígenos em recinto coletivo, salvo em área destinada exclusivamente a seus usuários, devidamente isolada e com arejamento conveniente.
> Parágrafo único. A área destinada aos usuários de produtos fumígenos deverá apresentar adequadas condições de ventilação, natural ou artificial, e de renovação do ar, de forma a impedir o acúmulo de fumaça no ambiente (BRASIL, 2011).

Em suma, o ato de fumar é tolerado pela legislação nacional apenas em áreas destinadas exclusivamente a esse fim, devidamente isoladas e com arejamento conveniente. Porém, na prática, esses locais não são destinados exclusivamente ao ato de fumar, mas também para efetiva prestação de serviços, como em bares e restaurantes, que expõe os trabalhadores destes estabelecimentos aos efeitos tóxicos da fumaça do tabaco diariamente (BRASIL, 2010).

Pelo exposto, o atual cenário levou o Ministério da Saúde a elaborar um Projeto de Lei (PL) que propõe uma emenda ao artigo 2º da Lei 9294/96 no sentido de banir totalmente o ato de fumar em recintos coletivos públicos ou privados:

> Art. 1º A Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, passa a vigorar com a seguinte redação:
> "Art. 2º É proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto derivado do tabaco que produza fumaça, em recinto fechado, público ou privado, de uso coletivo.
> § 1o Considera-se recinto fechado de uso coletivo o local coberto e fechado, total ou parcialmente, em dois ou mais lados, de forma permanente ou provisória, onde haja circulação de pessoa (BRASIL, 2011).

As políticas legais direcionadas à restrição do fumo passivo, juntamente com as conclusões sobre os efeitos negativos do cigarro, auxiliaram à restrição do fumo em locais privados e públicos, além de locais de trabalho. As restrições protegem os não fumantes, reduzem o consumo de cigarros entre os fumantes e estimulam a cessação do vício (BRASIL, 2010).

### 3.6.6-A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

Em meio ao cenário atual da epidemia do tabaco, foi realizado o primeiro tratado internacional de saúde pública negociado sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde (OMS) por 192 países denominado Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT). O Brasil aderiu a este tratado em novembro de 2005 (INCA, 2007).

A CQCT surgiu a partir de evidências de que o crescimento dos produtos do tabaco aumentou. Através do reconhecimento de que a expansão do tabagismo é um problema mundial, foi proposto em maio de 1999, durante a 52ª Assembléia Mundial da Saúde (AMS), a adoção do primeiro tratado internacional de saúde pública. O tratado articula ações baseadas em evidências para responder à globalização da epidemia do tabaco, reafirmando o direito das pessoas aos mais altos padrões de saúde (INCA, 2004).

Os objetivos da CQCT estão previstos no seu artigo 3º:

> Proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco a serem implementadas pelas Partes nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco (BRASIL, 2011).

O artigo 4° da estabelece os princípios norteadores da Convenção. São eles:

> 1. Toda pessoa deve ser informada sobre as consequências sanitárias, a natureza aditiva e a ameaça mortal imposta pelo consumo e a exposição à fumaça do tabaco e medidas legislativas, executivas, administrativas e outras medidas efetivas serão implementadas no nível governamental adequado para proteger toda pessoa da exposição à fumaça do tabaco.
> 2. Faz-se necessário um compromisso político firme para estabelecer e apoiar, no âmbito nacional, regional e internacional, medidas multissetoriais integrais e respostas coordenadas, levando em consideração:
> (a) a necessidade de tomar medidas para proteger toda pessoa da exposição à fumaça do tabaco;
> (b) a necessidade de tomar medidas para prevenir a iniciação, promover e apoiar a cessação e alcançar a redução do consumo de tabaco em qualquer de suas formas;
> (c) a necessidade de adotar medidas para promover a participação de pessoas e comunidades indígenas na elaboração, implementação e avaliação de programas de

> controle do tabaco que sejam social e culturalmente apropriados as suas necessidades e perspectivas; e
> (d) a necessidade de tomar medidas, na elaboração das estratégias de controle do tabaco, que tenham em conta aspectos específicos de gênero.
> 3. Uma parte importante da Convenção é a cooperação internacional, especialmente no que tange à transferência de tecnologia, conhecimento e assistência financeira, bem como à prestação de assessoria especializada com o objetivo de estabelecer e aplicar programas eficazes de controle do tabaco, tomando em conta os fatores culturais, sociais, econômicos, políticos e jurídicos locais.
> 4. Devem ser adotadas, no âmbito nacional, regional e internacional, medidas e respostas multissetoriais integrais para reduzir o consumo de todos os produtos de tabaco, com vistas a prevenir, de conformidade com os princípios de saúde pública, a incidência das doenças, da incapacidade prematura e da mortalidade associadas ao consumo e a exposição à fumaça do tabaco.
> 5. As questões relacionadas à responsabilidade, conforme determinado por cada Parte dentro de sua jurisdição, são um aspecto importante para um amplo controle do tabaco.
> 6. Devem ser reconhecidos e abordados, no contexto das estratégias nacionais de desenvolvimento sustentável, a importância da assistência técnica e financeira para auxiliar a transição econômica dos produtores agrícolas e trabalhadores cujos meios de vida sejam gravemente afetados em decorrência dos programas de controle do tabaco, nas Partes que sejam países em desenvolvimento, e nas que tenham economias em transição.
> 7. A participação da sociedade civil é essencial para atingir o objetivo da Convenção e de seus protocolos (BRASIL, 2011).

A CQCT reconhece a interferência da indústria do tabaco na epidemia do tabagismo e demonstra preocupações com suas estratégias de promoção do consumo e interferência nas medidas adotadas para sua redução. Assim, a CQCT articula um conjunto de ações baseadas em evidências, respondendo a globalização da epidemia do tabagismo e reafirmando o direito de todas as pessoas aos mais altos padrões de saúde (BRASIL, 2010).

## 3.7-INDÚSTRIAS TABAGISTAS X ESTADO

### 3.7.1-Indústria do tabaco: breve contextualização histórica

Em 25 de abril de 1903, Albino Souza Cruz começou a produzir no Rio de Janeiro o primeiro produto da empresa Souza Cruz. Em 1910 a Souza Cruz fez a aquisição da Imperial

Fábrica de Rapé Paulo Cordeiro, local este para o qual foram transferidas as instalações industriais e o rapé foi sendo substituído pelos cigarros gradativamente (SOUZA CRUZ, 2010) No Brasil, o chamado sistema integrado de produção de fumo, foi criado pela *British American Tobacco* (BAT) – controladora acionária da Souza Cruz desde 1914 se torna, a maior fabricante de cigarros do mundo. Desde então, a produção de fumo aumentou, de forma que o Brasil tornou-se o segundo maior produtor mundial de tabaco, e o líder no *ranking* de exportação do tabaco em folha desde 1993 (BONATO, 2007; DESER, 2009).

No Brasil, o mercado do tabaco é dominado por 62,1% em 2008 pela Souza Cruz. Durante o ano de 2008 a Souza Cruz produziu 78,8 bilhões de unidades de cigarros, faturando R$11,05 bilhões e lucrando R$ 1,25 bilhão (KNOPLOCH 2009). O restante do mercado é controlado por diversas empresas locais e internacionais, mas cerca de 25% a 30% do mercado brasileiro de tabaco é abastecido por produtos ilegais, sendo a maior parte contrabandeados “de volta” para o Brasil (PAHO. and INCA. 2007; KNOPLOCH 2009).

### 3.7.2-Movimentos antitabagistas: breve contextualização histórica

Em contrapartida ao crescimento das indústrias de tabaco, surge os movimentos antitabagistas. A primeira obra antitabagista foi escrita pelo rei da Inglaterra, Jaime I, em 1604. Desde então, vários países tentam proibir o consumo do tabaco no início do século XVII. O papa Urbano VIII proíbe o uso de tabaco entre clesiásticos em 1642. Em 1830, a Igreja Adventista dos EUA, desenvolve uma tradição cristã antitabagista e de combate ao alcoolismo. Paralelamente, emerge em 1860 a consciência crítica de médicos, que se somam aos religiosos na luta contra o “vício”, formando assim a base de uma rede social antifumo (NARDI, 1996).

Na década de 1900, especialistas médicos e cientistas já eram ativistas antifumo. Segundo pesquisadores da época, o tabagismo podia provocar impactos na “eficiência mental” ser um hábito enfraquecedor dos indivíduos fumantes. Tais concepções, entretanto, não eram suficientes para deter o consumo de cigarros (NARDI, 1996).

No início do século XX surgem diversas leis contra o tabagismo nos EUA, mas ao final da década de 1920 a maioria são abolidas devido as empresas conseguirem driblar as legislações, utilizando-se de estratégias pró-ativas e reativas, como por exemplo, vender os componentes do cigarro (o tabaco picado e o papel), introduzir ilegalmente pacotes nos estados em que a venda está proibida ou estabelecer negócios no exterior. O estímulo ao contrabando é retomado em vários momentos da história da indústria fumageira,

especialmente na década de 1990, quando surgem denúncias sobre o caso, baseadas em documentos sigilosos das empresas (GLANTZ et al, 1996). As leis acabam servindo para concentrar o setor, porque os pequenos fabricantes não suportavam a concorrência na busca de brechas na legislação (BOEIRA, 2002).

No Brasil, a divulgação dos relatórios sobre fumo e saúde pela comunidade médica no país, em especial, entre os tisiologistas, possibilitou a formação de um grupo antitabagista cada vez mais coeso. A articulação entre médicos, imprensa, principalmente especializada, e representantes do Estado, nesse período, foi o início de um processo que culminou numa política nacional de controle do tabagismo oficializada apenas em meados dos anos 80 (GONÇALVES, 2009).

A partir de 1964, projetos de lei para o controle de tabaco entraram na pauta do Congresso Nacional, refletindo a preocupação dos médicos no país, atentos às pesquisas internacionais. Destaca-se desse período, o projeto de lei que determinava a impressão de advertência nos maços de cigarro sobre o risco de câncer (GONÇALVES, 2005).

## 3.8- PROPAGANDA E MARKETING DA INDÚSTRIA TABAQUEIRA

A publicidade é um fenômeno grande importância no mercado, pois se tornou indissociável das relações de consumo. A publicidade é um meio de divulgação de produtos e serviços que o fornecedor pretende ofertar para os consumidores, sendo assim, um meio de persuadir e influenciar a população, com instrumentos diversos, capazes de formar ou orientar a escolha do consumidor. Neste contexto, a publicidade gera no consumidor uma necessidade, podendo muitas vezes ser inexistente ou ainda ilusória, como no caso da propaganda enganosa, sendo necessário por vezes, coibir a publicidade enganosa e abusiva, devido prejuízo ao consumidor, parte fragilizada dentro dessa relação. Dentro do Código de Defesa do Consumidor há o princípio da fragilidade do consumidor, instituto que deu origem à inversão do ônus da prova dentro das relações de consumo (BENJAMIN, 2007).

A publicidade segue uma ordem para que a mensagem seja absorvida pelo consumidor. O objetivo da publicidade é instigar o consumidor, ou seja, chamar atenção. Deve-se provocar o interesse para que o consumidor absorva a mensagem. Após o consumidor captar a mensagem, passa-se ao desejo e anseios mais profundos, finalizando com a ação, como um modo de fazer e transmitir o anúncio (JACOBINA, 1996).

Quanto à publicidade tabagista, a persuasão, o objetivo da indústria tabaqueira é trazer mais consumidores para o seu mercado apresentando anúncios publicitários com um tom de

sociabilidade, reflexão sobre valores e atitudes, indicando melhor qualidade de vida, saúde, minoração do estresse, com o intuito de manter uma ambientação constante do produto nocivo (DELFINO, 2002).

O *Marketing* é uma orientação organizacional em que o primordial é determinar as necessidades, desejos e valores de um mercado, adaptando a estrutura para promover as satisfações desejadas, tornando mais efetivo e eficiente os concorrentes (DELFINO, 2002). Assim, o papel do *marketing* é conquistar e manter clientes (MINADEO, 2005).

A ideia do *marketing* trabalha o processo de escolha de um produto de mercado, define o objeto ou a mercadoria a ser produzida, estabelecendo o preço a comercialização, para uma melhor colocação no mercado. A publicidade em suma, se presta para influenciar o comportamento do público, correspondendo positivamente ao produto ofertado (PASQUALOTTO, 1997).

A publicidade consiste em influenciar o público em favor, direta ou indiretamente, de produtos ou serviços, com ou sem finalidade lucrativa, através do auxílio da mídia, que pressupondo a intervenção de três sujeitos: o anunciante, que deseja vender o seu produto ou serviço; a agência de publicidade, que cria e produz o anúncio; e o veículo, que transmite (PASQUALOTTO, 1997; BENJAMIN, 2007).

A publicidade sobre tabaco vinha defendendo a ideia de que as pessoas que fizessem uso dos produtos vinculados ao anúncio, seriam visualizadas como pessoas bem resolvidas, seguras e bem sucedidas na vida afetiva, profissional e social. Para as mulheres, a publicidade defende a ideia de que seriam mais sedutoras, charmosas e inteligentes, e para os homens, a ideia de virilidade, esportistas, cultos e seguros de si (PEZZELLA, 2002).

Visando alcançar todos os estilos de vida, versões *light*, com baixos teores, e com sabores foram criadas pelas indústrias, dando ideia de personalização do produto (DELFINO 2002).

As indústrias cigarreiras sempre tiveram consciência de que quanto mais cedo começa o hábito de fumar mais fácil a dependência instala-se. Por este motivo a publicidade é geralmente direcionada aos jovens. A vinculação do cigarro com jogos de *videogame*, brinquedos, em cenas de filme com artistas famosos, patrocínio de esportes e outros tipos de eventos de forma sutil, apresentava aos jovens características do cigarro (DELFINO 2002).

Os fabricantes de tabaco têm amplo conhecimento de que raramente alguém experimenta seu primeiro cigarro depois da infância e adolescência. Em vários documentos internos, abertos ao público por ações judiciais, diferentes companhias de tabaco têm

manifestado seu entendimento sobre a importância do *marketing* para os jovens como uma estratégia de sobrevivência no mercado (BRASIL, 2009).

Os fabricantes têm a clara noção de que o primeiro contato dos adolescentes com o cigarro é uma experiência desagradável devido ao efeito aversivo da nicotina e ao sabor forte do produto. Visando diminuir esta aversão, trabalham ativamente através de simbolismos próprios da fase da adolescência para motivá-los a experimentar e a usar o cigarro como um passaporte para o mundo adulto (BRASIL 2009).

### 3.8.1-Advertências sanitárias nos produtos de tabaco

As embalagens de cigarro é essencial para a expansão do consumo do tabaco. Ao contrário de outros produtos onde a embalagem é descartada depois de aberta, os fumantes geralmente mantêm o maço até consumir todos os cigarros, ficando até 24 horas por dia com as embalagens, levando-as para todos os lugares, deixando-os constantemente expostos. Por isso, as embalagens funcionam como uma forma de propaganda, permitindo um alto grau de visibilidade social do produto. Daí o reconhecimento dos maços de cigarros como produto "crachá", "emblema" ou "símbolo" (MORLEY, 2002; LEWIS, 2006).

A cor, a forma e as letras da embalagem comunicam perfeitamente o teor, o gosto e a sensação esperada. Estudos demonstram como a visão da embalagem afeta a forma como o fumante descreve as características do produto. A marca do cigarro é uma forma do fumante comunicar seu estilo, sua imagem e, assim, os jovens são induzidos pelas estratégias de marketing a expressarem seu ideal de autoimagem através da escolha da marca (INCA, 2009)

Em vários documentos internos, abertos ao público por ações judiciais, diferentes companhias de tabaco têm manifestado seu entendimento sobre a importância do *marketing* para os jovens como uma estratégia de mercado. Os fabricantes têm noção de que o primeiro contato dos adolescentes com o cigarro é uma experiência desagradável devido ao efeito aversivo da nicotina e ao sabor forte do produto. Para diminuir esta aversão, trabalham ativamente através de simbolismos próprios da fase da adolescência para motivá-los a experimentar e a usar o cigarro como um passaporte para o mundo adulto (INCA, 2009).

Além das indústrias utilizarem marcas aromatizadas com sabores adocicados, no intuito de promover a iniciação de jovens e adolescentes ao tabaco, outras estratégias também tem sido exploradas, como a associação entre a embalagem dos cigarros e a mensagem da propaganda, que busca criar uma identificação entre a imagem dos jovens modelos com o maço de cigarros em representações de situações desejadas pela maioria dos adolescentes, tais

como estar em grupo, ser um cidadão do mundo aberto para novas experiências e ter atitude e ousadia para o enfrentamento da vida (INCA, 2009).

Uma das ações mais importantes de controle do tabagismo adotadas no Brasil nos últimos 10 anos, foi a restrição das propagandas aos pontos internos de venda e a proibição de patrocínio de eventos culturais e esportivos pelas companhias de tabaco, desde 2000. Além disso, outra importante ação foi a inclusão de advertências sanitárias com fotos impactantes nas embalagens de produtos de tabaco a partir de 2001 (INCA, 2009).

Mesmo após as advertências passarem a ser veiculadas nas embalagens, os fabricantes continuaram a desenvolver estratégias para reduzir a visibilidade das mensagens como pequenos panfletos com superfície autocolante com propaganda da marca, no mesmo formato e tamanho das advertências sanitárias para o mesmo fim (CAVALCANTE, 2003; SUWWAN, 2002).

### 3.8.2-Evolução das advertências no Brasil

As advertências sanitárias é uma das medidas que tem melhor relação custo-efetividade, pois o ônus de sua divulgação é do fabricante, e por se tratar de uma medida reconhecida cientificamente como efetiva para informar toda a sociedade sobre a dimensão dos riscos do tabagismo. Esta estratégia vem sendo utilizada para o controle do tabagismo, no Brasil, desde os anos 80 de forma cada vez mais intensa, tendo passado por quatro fases:

Fase 1- 1988 – Advertência sanitária única e regulamentada por medida do Poder Executivo: Em 1988 foi publicada a Portaria do Ministério da Saúde nº 490, obrigando as companhias do tabaco a inserirem nas embalagens, a frase: “O Ministério da Saúde adverte: Fumar é prejudicial à saúde” (INCA, 2009).

Fase 2- 1995 – Advertências rotatórias, oriundas de um acordo voluntário entre governo e indústria do tabaco: Em 1995 a Portaria Interministerial nº 477 substituiu a mensagem de advertência anterior, por uma série de mensagens variadas e específicas, como “O Ministério da Saúde adverte: Fumar pode causar câncer de pulmão”, pode causar infarto, etc. Assim, a população passou a ser esclarecida sobre diferentes malefícios causados pelo tabagismo. Além disso, foram introduzidas as mesmas mensagens de advertência escritas após todas as propagandas de tabaco na televisão e rádio. As mensagens foram definidas da seguinte forma: “O Ministério da Saúde adverte: Fumar pode causar doenças do coração e derrame cerebral; Fumar pode causar câncer do pulmão, bronquite crônica e enfisema pulmonar; Fumar durante a gravidez pode prejudicar o bebê; Quem fuma adoece mais de

úlcera do estômago; Evite fumar na presença de crianças; Fumar provoca diversos males à sua saúde"(INCA, 2009).

Fase 3- 1996 – Advertências mais enfáticas, diretas e reguladas por lei: Em 1996, com o advento da Lei Federal 9.294, as advertências sanitárias passaram a ser reguladas por lei. Em 1999 a Medida Provisória nº 1.814 modificou a Lei Federal 9.294/96, que já regulava diferentes aspectos do consumo de tabaco, dando ao Ministério da Saúde o poder de definir as novas advertências sanitárias e substituir o termo “pode causar” pelo termo “causa”, tornando as advertências mais enfáticas e diretas. O Ministério da Saúde também introduziu dois novos e fortes temas: a dependência de nicotina e a impotência sexual (INCA, 2009).

Esta nova tendência na formulação das mensagens sanitárias já observava as diretrizes internacionais sobre o tema que vinham sendo discutidas durante o processo de negociação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, da qual hoje o Brasil é Estado-Parte. As mensagens definidas foram: "O Ministério da Saúde adverte: Fumar causa câncer de pulmão; Fumar provoca infarto do coração; A nicotina é droga e causa dependência; Fumar causa impotência sexual; Crianças começam a fumar ao verem os adultos fumando"(INCA, 2009).

Em 1999, o Ministério da Saúde, ao criar a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (Lei Federal 9.782), incluiu, entre as suas atribuições, a regulamentação, o controle e a fiscalização dos produtos derivados do tabaco, passando a exercer suas atividades em cooperação técnica com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2009).

Fase 4- 2001 – Advertências sanitárias diretas, reguladas por lei e ilustradas por fotos: Em maio de 2001, através da Medida Provisória nº 2.134-30 publicada pelo Presidente da República em 24 de maio de 2001, determinou-se que o material de propaganda e as embalagens de produtos fumígenos derivados do tabaco, exceto as destinadas à exportação, tivessem advertências acompanhadas de imagens que ilustrem o seu sentido. Assim, cabe ao INCA e a ANVISA, determinar as advertências que deverão ser veiculadas, o espaço que devem ocupar nas embalagens, suas características gráficas, e as características das imagens que as ilustrarão (INCA, 2009).

As primeiras frases acompanhadas por imagens, foram todas precedidas da afirmação “O Ministério da Saúde Adverte”, são elas: "Fumar causa mau hálito, perda de dentes e câncer de boca; Fumar causa câncer de pulmão; Fumar causa infarto do coração; Quem fuma não tem fôlego para nada; Fumar na gravidez prejudica o bebê; Em gestantes, o cigarro provoca parto prematuro, nascimento de crianças com peso abaixo do normal e facilidade de contrair asma; Crianças começam a fumar ao verem os adultos fumando; A nicotina é droga e causa dependência; Fumar causa impotência sexual" (INCA, 2009).

A inserção do número de telefone do Disque Saúde - Pare de Fumar – também foi um grande avanço nas advertências das embalagens. O serviço do Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente à população apoio para deixar de fumar e informações gerais sobre tabagismo. O Ministério da Saúde também determinou a inclusão dos teores de alcatrão, monóxido de carbono e nicotina na lateral dos produtos junto à mensagem: “Não existem níveis seguros para o consumo dessas substâncias” (INCA, 2009).

Fase 5 - 2003 – Advertências sanitárias diretas, reguladas por lei e ilustradas por fotos mais impactantes: Em 2003 o Ministério da Saúde lançou um segundo grupo de advertências sanitárias com mensagens e imagens mais fortes, publicadas na Resolução da ANVISA nº 335 que também determinou a inserção na propaganda dos produtos de tabaco. Tal iniciativa procurou manter a renovação do conteúdo das frases e das fotos, que se tornaram ineficientes após um longo tempo de veiculação.Outras frases também incluídas nas embalagens: “Venda proibida a menores de 18 anos - Lei 8.069/1990 e Lei 10.702/2003”, ficando proibido o uso de frases do tipo “Somente para adultos” ou “Produto para maiores de 18 anos”; “Este produto contém mais de 4.700 substâncias tóxicas, e nicotina que causa dependência física ou psíquica. Não existem níveis seguros para consumo dessas substâncias” (INCA, 2009).

Um segundo grupo de advertências sanitárias com fotos entraram em vigor em agosto de 2004 e permanecem até 2008. As mensagens do segundo grupo de advertências sanitárias com fotos eram as seguintes: "Esta necrose foi causada pelo consumo do tabaco; Fumar causa impotência sexual; Crianças que convivem com fumantes têm mais asma, pneumonia, sinusite e alergia; Ele é uma vítima do tabaco. Fumar causa doença vascular que pode levar a amputação; Fumar causa aborto espontâneo; Ao fumar você inala arsênico e naftalina, também usados contra ratos e baratas; Fumar causa câncer de laringe; Fumar causa câncer de boca e perda dos dentes; Fumar causa câncer de pulmão; Em gestantes, fumar provoca partos prematuros e o nascimento de crianças com peso abaixo do normal"(INCA, 2009).

Como as imagens devem ser substituídas regularmente para não perder o impacto e para ampliar a divulgação de informações, o Ministério da Saúde passou a investir esforços para inovar na construção de novas advertências. Assim, investiu em um estudo que trabalhou, de 2006 a 2008, no Projeto de Desenvolvimento e Implementação das Novas Imagens e Advertências Impressas nos Maços de Cigarros, produzindo e selecionando fotos e mensagens das advertências sanitárias, veiculadas nas embalagens de produtos de tabaco comercializados no Brasil, com base no impacto emocional suscitado entre jovens de 18 a 24 anos (INCA, 2009).

Para as novas advertências foram desenvolvidas 10 imagens, buscando alcançar na população alvo uma reação emocional negativa, de repulsa ao produto, através da inserção cuidadosa nos maços de cigarros, de forma que atraia consumidores para produtos que causam dependência, e que leva ao adoecimento e morte (INCA, 2009).

Após a definição dos temas, as imagens ficaram vinculadas às seguintes frases: " VÍTIMA DESTE PRODUTO – Este produto causa parto prematuro e morte do bebê; GANGRENA; MORTE – Câncer de pulmão e enfisema; INFARTO; FUMAÇA TÓXICA – Tabagismo passivo; HORROR – Envelhecimento precoce da pele; PRODUTO TÓXICO – Este produto contém substâncias tóxicas; SOFRIMENTO – Dependência da nicotina; IMPOTÊNCIA; PERIGO – Derrame cerebral"(INCA, 2009).

### 3.8.3-Impacto das advertências sanitárias nas embalagens de produto derivados de tabaco

Alguns resultados positivos já foram alcançados, traduzidos na redução da proporção de fumantes de 34,8% para 22,4% na população de 18 anos ou mais. Em 2006, um inquérito populacional do Ministério da Saúde, realizado por telefone em todas as capitais, mostrou uma prevalência de tabagismo de 16% na população acima de 18 anos (BRASIL, 2006).

Houve também uma redução na taxa de mortalidade por câncer de pulmão entre os homens que, em 90,0% dos casos, acontece entre fumantes (BRASIL, 2004).

Uma análise elaborada pelo Banco Mundial em 2007 reforça esses dados, com base nas informações da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), e mostra que entre 1995 e 1996 e entre 2002 e 2003 houve um aumento de famílias não fumantes de 66,0% para 73,0% (IGLESIAS, 2007).

Uma pesquisa de opinião, realizado pelo Pare de Fumar, entre março e dezembro de 2002 constatou que dos entrevistados, 92,0% apoiaram a medida, 79,0% disseram que as fotos de advertência deveriam ser mais chocantes e 90,0% conheciam o número do serviço Disque Saúde - Pare de Fumar através dos maços de cigarros (INCA, 2009).

Outra pesquisa desenvolvida no Brasil sobre o impacto das advertências foi realizada pelo DATAFOLHA em 2002, envolveu 2.216 participantes com mais de 18 anos, em 126 municípios brasileiros, 76,0% dos entrevistados apoiaram a obrigatoriedade das imagens. Deste total, houve um maior apoio entre os não fumantes (77,0%) em comparação ao grupo de fumantes (73,0%). Entre os jovens de 18 a 24 anos, 82,0% apoiaram a medida. Quanto ao

estímulo à cessação de fumar, 67,0% dos fumantes disseram ter sentido vontade de deixar de fumar (DATAFOLHA, 2008).

Segundo o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos Não-Transmissíveis – Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Instituto Nacional de Câncer, realizado em 2003, as imagens de advertência escolhidas por fumantes como as que mais motivavam a deixar de fumar foram as que ilustravam situações mais dramáticas. As imagens que menos motivaram foram as que retratavam situações sociais ou jocosas, como a relacionada ao exemplo dos pais como um fator para a iniciação entre jovens (INCA, 2008).

# 4- MATERIAIS E MÉTODOS

## 4.1- LOCAL

O estudo foi realizado no Centro de Ensino Fundamental 519 de Samambaia no Distrito Federal. A escola era composta de 1200 alunos distribuídos em 30 turmas nos turnos matutino e vespertino, sendo 15 turmas no período matutino e 15 no período vespertino. As turmas eram de 5ª, 6ª, 7ª e 8ª séries, com aproximadamente 40 alunos por turma.

## 4.2- TIPO DE ESTUDO

O estudo envolveu dois grupos focais como técnica de pesquisa qualitativa. Segundo Powell e Single (1996, p. 449), um grupo focal é um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é objeto de pesquisa a partir de sua experiência pessoal". Morgan e Krueger (1993), afirma que "a pesquisa com grupos focais tem por objetivo, captar a partir das trocas realizadas no grupo, conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações, frente a um determinado questionamento". É "uma técnica de coleta de dados diretamente das falas de um grupo que relata suas experiências e percepções em torno de um tema de interesse coletivo" (LEOPARDI et al., 2001).

Como técnica de pesquisa qualitativa, a utilização de grupos focais serve para a obtenção de dados a partir de reuniões em grupo com pessoas que representam o objeto de estudo. "O trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, prevalentes no trato de uma questão, por pessoas que partilham traços comuns." (GATTI, 2005).

O grupo focal têm sido utilizado internacionalmente para a estruturação de ações diagnósticas e levantamento de problemas; para o planejamento de atividades educativas, como objeto de promoção em saúde. Relativamente simples e rápido, o grupo focal parece responder a contento à nova tendência da educação em saúde, que tem se deslocado da perspectiva do indivíduo para o grupo social e da educação calcada em conteúdos e abordagens universais para a educação centrada na perspectiva cultural de seus possíveis beneficiários. Alguns autores afirmam que o grupo focal enfatiza a compreensão dos problemas do ponto de vista dos grupos populacionais, assim como o conhecimento das aspirações da comunidade expressos por ela própria, e que sua utilização é "consistente com a

filosofia da Educação em Saúde" por se apoiar no princípio da "participação integral" do educando no processo educativo (IERVOLINO e PELICIONI, 2001).

## 4.3- AMOSTRA

Foi realizado um sorteio aleatório para definição da amostra a ser pesquisada. Segundo Moresi, 2003, amostra é uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo. Gatti, 2005, afirma que para a abordagem das questões com maior profundidade pela interação grupal, cada grupo focal deve conter preferencialmente entre seis e doze pessoas, sendo que para projetos de pesquisa o ideal é não trabalhar com mais de dez participantes. Sendo assim, foram sorteados vinte alunos, aleatoriamente do turno vespertino.

## 4.4- CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo, indivíduos com idade entre 12 e 19 anos, regularmente matriculados no Centro de Ensino Fundamental 519 de Samambaia, na 5ª, 6ª, 7ª, ou 8ª série do ensino fundamental, residentes em Samambaia, previamente sorteados, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

## 4.5- CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo, indivíduos com idade inferior a 12 anos ou superior a 19 anos por não se enquadrarem na definição de adolescente estabelecida pela Organização Mundial de Saúde, indivíduos que não estavam regularmente matriculados no Centro de Ensino Fundamental 519 de Samambaia, os que não residiam em Samambaia, os que não foram sorteados de acordo com a metodologia da pesquisa e aqueles que não aceitaram participar voluntariamente da pesquisa ou que não tinham autorização do responsável.

## 4.6- DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido através uma pesquisa com grupos focais. Aconteceu no primeiro bimestre do calendário escolar da Secretaria de Educação do Distrito Federal no mês de abril de 2013.

Realizou-se um sorteio aleatório de uma turma da 6ª, 7ª e 8ª série do período vespertino. Após as turmas serem escolhidas, houve um sorteio aleatório através da lista de frequência dos professores das respectivas turmas, e assim foram escolhidos os vinte sujeitos da pesquisa. Os estudantes foram conduzidos a uma sala previamente preparada para a realização do estudo, onde houve o esclarecimento sobre o tema da pesquisa e bem como seria conduzida. Todos os alunos sorteados concordaram em participar voluntariamente conforme estabelecido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi devidamente assinado pelos alunos e pelo o Diretor da escola. Após a assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, os estudantes foram identificados com um crachá com o nome, idade e série e o instrumento de pesquisa foi aplicado.

Em seguida foi realizado uma dinâmica em grupo, onde os integrantes foram expostos cartões com as imagens e frases de advertência sanitária das embalagens de cigarro e orientados a escolherem espontaneamente as que mais se identificassem. Após escolha das imagens, os participantes foram instruídos a expressarem suas impressões e sentimentos e uma roda de conversa foi realizada, onde todos os estudantes puderam discutir sobre o tema proposto. Esta etapa da dinâmica foi gravada por um aparelho audiodigital, para transcrição das falas. Após esta etapa houve uma educação em saúde sobre os danos ocasionados pelo tabaco. A atividade com cada grupo focal durou aproximadamente 40 minutos.

## 4.7- INSTRUMENTO DE PESQUISA

O instrumento de pesquisa incluiu um questionário semiestruturado com três blocos de perguntas que abordavam os dados sociodemográficos, as informações sobre o hábito de fumar e a percepção sobre as campanhas antitabagistas.

## 4.8- ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada a partir da leitura e interpretação do instrumento de pesquisa e das falas que os alunos fizeram em relação ao tema proposto. Esses resultados foram discutidos à luz da literatura e opiniões de especialistas em comunicação em saúde.

## 4.9- ASPECTOS ÉTICOS

No que se refere aos aspectos éticos, à pesquisa seguiu todas as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

O respectivo estudo foi postado na PLATAFORMA BRASIL, conforme exigência da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Ministério da Saúde (CONEP/MS), e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Brasília, sob o Parecer número 218.776. Além disso, o sujeito do estudo foi informado sobre o conteúdo da pesquisa, bem como seus benefícios e riscos, e após concordarem em participar voluntariamente, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurado o sigilo de identidade e a permissão para desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem risco de penalização sob qualquer forma.

## 5- RESULTADO E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 20 adolescentes de um Centro de Ensino Fundamental de Samambaia, todas na faixa etária de 13 a 19 anos e escolaridade de 6ª, 7ª e 8ª séries. Dentre os 20 entrevistados, nove eram homens, correspondendo a 45,0% da amostra e onze meninas, o que representou um total de 55,0% do total de entrevistados. A Tabela 1 mostra as variáveis sociodemográficas e os anos de estudo dos alunos.

**Tabela 1-** Dados sociodemográficos e escolaridade dos adolescentes de um Centro de Ensino Fundamental de Samambaia/DF, 2013.

| Variáveis | n | % |
|---|---|---|
| **Sexo** | | |
| Feminino | 11 | 55,0 |
| Masculino | 9 | 45,0 |
| **Idade** | | |
| 13 anos | 1 | 5,0 |
| 14 anos | 8 | 40,0 |
| 15 anos | 7 | 35,0 |
| 16 anos | 2 | 10,0 |
| 17 anos | 1 | 5,0 |
| 19 anos | 1 | 5,0 |
| **Série** | | |
| 6ª série | 3 | 15,0 |
| 7ª série | 7 | 35,0 |
| 8ª série | 10 | 50,0 |

Considerando os alunos entrevistados, 100,0% deles afirmaram não serem fumantes. Quando questionados sobre a experiência com o tabaco, sete estudantes afirmaram que já experimentaram o fumo, correspondendo a uma prevalência de 35,0% dos casos.

Um estudo realizado no Distrito Federal em 2004 com 2661 alunos de 5ª a 8ª séries do ensino fundamental e da 1ª a 3ª séries do ensino médio, mostrou uma prevalência de tabagismo de 10,5%, sendo que 16,5% dos entrevistados já haviam experimentado cigarro ao menos uma vez na vida. (RODRIGUES, VIEGAS et al., 2009). Ao comparar com os dados desse estudo, os valores foram mais elevados, entretanto, os estudantes do atual estudo tinham menor idade.

Ao relacionar os dados desse estudo e o realizado por Rodrigues e Viegas (2009), no que se refere a prevalência de tabagismo, não foi observado indivíduos fumantes. Provavelmente, a diferença deve-se também ao tamanho da amostra de indivíduos estudados.

Também houve diferença quanto comparado à prevalência dos indivíduos que já experimentaram ao menos uma vez cigarro, nesse estudo demonstrou uma alta prevalência de experimentação, principalmente entre os alunos do sexo masculino, quando 71,4% já haviam

experimentado o cigarro. Porém, quando comparado ao estudo realizado em Ribeirão Preto, em 2009, com adolescentes em uma escola estadual, 67,5% dos entrevistados haviam experimentado cigarro ao menos uma vez na vida (OLIVEIRA, 2009), ou seja, os dados do estudo foram mais elevados, o que é um alerta para o desenvolvimento de campanhas antitabagistas na escola com foco neste grupo de risco.

Ao ser levantado dados sobre o local da primeira experiência com o cigarro, os locais mais citados foram a escola e o domicílio, como demonstra os relatos a seguir:

"Minha primeira experiência foi lá em casa escondida e aqui na escola um monte de vez[...]" (Entrevistado 9).

"Em casa[...]" ( Entrevistado 14).

"Foi na porta da escola porque pensei que era divertido[...]" (Entrevistado17).

Outro local que foi assinalado pelos alunos de experimentação de cigarro foram as festas ou saídas noturnas, como citado por um entrevistado:

"Num frevo[...]" ( Entrevistado 13).

Quanto à idade, outro fator importante a ser destacado nesse estudo foi a experimentação do fumo, sendo o grupo de 10 aos 13 anos de idade o mais presente, conforme os relatos a seguir:

"Uma vez quando eu tinha 10 anos, o cigarro era da minha tia[...]" (Entrevistado 3).

"Foi quando eu tinha 12 anos no Maranhão[...]" (Entrevistado 5).

"Lá pra 2009. Fumei até o começo do ano passado, mas parei quando comecei a ir pra igreja." (Entrevistado 12, com 15 anos).

Quando comparado com o estudo de Oliveira (2009), a prevalência se assemelha a esse estudo, visto que a experimentação do tabagismo aconteceu nas faixas etárias de 13 a16 anos e de 9 a 12 anos, respectivamente. O início precoce do uso do tabaco no cenário escolar tão presente para o primeiro contato com o cigarro, aponta para a necessidade de políticas de prevenção ao tabagismo nas escolas com enfoque para as crianças, utilizando os educadores como mediadores das campanhas antitabagistas.

No que se refere ao porquê da experimentação do cigarro, considerando as verbalizações dos alunos, quanto à motivação do uso do tabaco, se destacaram:

"[...]porque estava a fim." (Entrevistado 5)

"[...]um monte de vezes porque me deu vontade." (Entrevistado 9)

"[...]por curiosidade." (Entrevistado 14)

"[...]pensei que era divertido. Via todos os adolescentes fumando e resolvi experimentar, mas não gostei." (Entrevistado 17)

Observa-se que a vontade própria foi o fator mais relevante, porém a influência dos outros parceiros fumando, a curiosidade e as festas também foram achados importantes assinalados pelos alunos. O estudo de Malcon e Menezes (2002) afirmaram que o envolvimento do adolescente com o cigarro é devido ao desejo de contestação, do experimento de algo novo e de se identificar como grupo, coincidindo com os achados desse estudo.

Outra fator importante foi que 42,8% dos entrevistados que afirmaram que já experimentaram cigarro ao menos uma vez na vida, reconheceram que não gostaram da experiência como mostram as verbalizações:

"[...]foi muito ruim. Eu fiquei tossindo muito." (Entrevistado 3)

"[...]eu não gostei." (Entrevistado 13)

"[...]resolvi experimentar mas não gostei." (Entrevistado 17)

O resultado observado nessa casuística foi compatível com os achados do Ministério da Saúde (2009) que afirma que o primeiro contato das crianças e adolescentes com o cigarro, se dá com o sabor forte e amargo do produto, devido o efeito aversivo da nicotina. Daí a grande investida das indústrias tabaqueiras para atingirem os jovens através de marcas com sabores e aromas mais adocicados, fazendo com que a primeira experimentação seja menos aversiva.

Na análise sobre os hábitos dos familiares de fumar, 50,0% dos entrevistados afirmaram ter algum familiar que faziam uso do tabaco. A Tabela 2 demonstra a frequência e a distribuição dos familiares que fumam, citado pelos adolescentes.

**Tabela 2-** Distribuição dos hábitos dos familiares e do grau de parentesco dos adolescentes. Centro de Ensino Fundamental de Samambaia/DF, 2013.

| **Variáveis** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| **Familiar fumante?** | | |
| Sim | 10 | 50,0 |
| Não | 10 | 50,0 |
| **Grau de parentesco** | | |
| Mãe | 1 | 11,1 |
| Pai | 3 | 33,3 |
| Irmãos | 1 | 11,1 |
| Primos | 1 | 11,1 |
| Tios | 2 | 22,2 |
| Avós | 1 | 11,1 |
| Sem informação | 2 | 20,0 |

É importante que os pais estabeleçam vínculos com os filhos e atentem para a responsabilidade e dê exemplo, visando a proteção contra o uso de substâncias psicoativas. Além disso, o tabagismo passivo é prejudicial à saúde do indivíduo exposto à fumaça e, o

convívio com fumantes aumenta consideravelmente as manifestações de sintomas respiratórios, sendo mais frequente a bronquite e a pneumonia.

É notório que familiares fumantes influenciam crianças e adolescentes a experimentarem o cigarro. Segundo Wakefield (2002), crianças adotam um comportamento através da observação, pela imitação desse comportamento dos pais, amigos e ídolos, ou seja, de pessoas que admiram e/ou convivem. A Tabela 3 mostra a relação entre os adolescentes que já experimentaram cigarros ao menos uma vez na vida e o convívio com familiares fumantes.

**Tabela 3-** Frequência dos adolescentes que experimentaram cigarros e hábitos tabagísticos de seus familiares em um Centro de Ensino Fundamental de Samambaia/DF, 2013.

| **Variáveis** | **Adolescente já experimentou fumar** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Sim** | | **Não** | |
| | **n** | **%** | **n** | **%** |
| **Familiar fumante?** | | | | |
| Sim | 5 | 71,4 | 5 | 38,5 |
| Não | 2 | 28,6 | 8 | 61,5 |

Observou-se que entre os adolescentes que experimentaram cigarro, há uma alta prevalência de familiares fumantes (71,5%), quando comparado a adolescentes que nunca experimentaram cigarros (38,5%). Assim, conclui-se que o ambiente e convívio familiar é de suma importância para o desenvolvimento de hábitos saudáveis das crianças e adolescentes, quanto ao hábito de fumar.

Ao perguntar sobre a frequência com que o assunto tabagismo é abordado no cotidiano dos adolescentes, 25,0% dos entrevistados não souberam responder. Dos adolescentes que responderam, observou-se que o ambiente escolar, seguido das conversas nas ruas, roda de amigos, festas hospitais, em casa, diante da doença, morte e os meios de comunicação respectivamente. Outro dado importante foi que 12,5% dos entrevistados que responderam a pergunta afirmaram que o tema tabagismo não tem sido abordado em nenhum lugar, o que impressiona pelo fato de alta prevalência e por ser um assunto de tamanha importância, principalmente para este grupo de risco. A Tabela 4, apresenta os locais mais citados pelos adolescentes.

Pode-se observar, apesar da escola ainda ser o local onde mais se aborda o tema, é evidente que ainda há uma deficiência de campanhas antitabagistas voltadas para adolescentes.

É importante que se explore outros meios para abordar os adolescentes, isto inclui utilizar os meios de comunicação em massa de maneira mais efetiva. Além disso, há necessidade de reforçar as campanhas em instituições de saúde e ensino, utilizando para isso a

capacitação dos profissionais para lidar com o público adolescente e levar assim as informações pertinentes a fim de reduzir a experimentação e consequentemente o vício.

**Tabela 4-** Frequência dos meios de informação dos adolescentes de um Centro de Ensino Fundamental de Samambaia/DF, 2013.

| **Variáveis** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| **Veículos de comunicação?** | | |
| Televisão | 1 | 4,2 |
| Jornais | 1 | 4,2 |
| **Instituições de ensino e saúde?** | | |
| Escola | 7 | 29,2 |
| Hospitais | 2 | 8,3 |
| **Conversas informais?** | | |
| Roda de amigos | 2 | 8,3 |
| Rua | 4 | 16,7 |
| Festas | 2 | 8,3 |
| Casa | 1 | 4,2 |
| Doença/Morte | 1 | 4,2 |
| Em nenhum lugar | 3 | 12,5 |

Ao serem questionados sobre a opinião a respeito das imagens das embalagens de cigarro, as respostas foram categorizadas para a análise a seguir: contextualização do problema, informações de saúde; impacto da informação, invisibilidade da informação.

Na "contextualização do problema", destacou-se as seguintes falas:

"elas pra mim são boas porque elas mostram o que o cigarro faz com muitas pessoas." ( Entrevistado 1)

"é a realidade do que o cigarro faz." (Entrevistado 4)

"acho muito constrangedor mas ao mesmo tempo mostra o que acontece com aquelas pessoas que fumam ou tem vícios." (Entrevistado 6)

"a minha opinião é que eles ao mostrar a realidade do que realmente acontece com quem fuma." (Entrevistado 16)

Observa-se que os entrevistados compreendem a importância e os benefícios das advertências sanitárias vinculadas às embalagens de cigarro, devido a realidade que é demonstrada por meio das imagens.

Considerando a categoria "informações de saúde", as falas foram as seguintes:

"são muito demonstrativas para o que o cigarro faz mal para quem está consumindo." (Entrevistado 7)

"muito ruim[...] mostra as tragédias que o cigarro pode causar na vida de uma pessoa." (Entrevistado 8)

"que faz mal para a saúde." (Entrevistado 10)

"a que é interessante pra gente tá vendo o que o cigarro pode causar com sua saúde." (Entrevistado 19)

Os entrevistados assimilaram o conteúdo das imagens e correlacionaram as fotografias apresentadas aos malefícios do cigarro na saúde do indivíduo fumante.

Na análise da categoria "impacto da informação", foram observadas as seguintes falas:

"muito fortes." (Entrevistado 3)

"horríveis, porque causam muitas doenças feias e que podem até mesmo levar a morte ou ficar com isso pro resto da vida." (Entrevistado 9)

"você fica assustado com as imagens." (Entrevistado 13)

"eu acho que essa pessoa esta pessoa está querendo só acabar com a vida." (Entrevistado 2)

"muito feias." (Entrevistado 5)

"nossa, na minha opinião, achei muito feia e um pouco nojenta." (Entrevistado 17)

O conteúdo das imagens causaram impacto nos entrevistados devido à realidade apresentadas nas ilustrações e com valorização referidas a partir das imagens.

Na categoria "invisibilidade da informação" as falas mostraram:

"que elas mostram fatos reais mais poucos se importam." (Entrevistado12)

"elas são muito fortes mas ainda não causa um certo medo nas pessoas." (Entrevistado 14)

"acho até uma coisa boa, é importante e seria melhor ainda se o fumante as observassem melhor." (Entrevistado15)

"eu acho eu as imagens chamam muita a atenção mais não está adiantando nada." (Entrevistado 18)

Observa-se que apesar de considerarem as imagens importantes e impactantes, os entrevistados afirmam que as advertências não causam o impacto esperado no fumante.

Quando questionados sobre qual a opinião à respeito das frases das embalagens de cigarro, as respostas divergiram bastante conforme as falas que seguem:

"muito interessante." (Entrevistado 1)

"está certo ter uma frase alertando os fumantes do seu risco de consumo." (Entrevistado 3)

"talvez os fumantes vê e parem." (Entrevistado 4)

"acho legal para incentivar a parar de fumar." (Entrevistado 7)

"que deveria não ter porque influi muito." (Entrevistado 8)

"que avisa muito as consequências de quem fuma." (Entrevistado 9)

"são frases reais que relatam acontecimentos de fumantes." (Entrevistado 12)

"elas dão um aviso." (Entrevistado 13)

"deveriam ser mais completas." (Entrevistado 14)

"são bem mais explicativas do que as imagens." (Entrevistado 15)

"é bom avisar aos fumantes o que realmente causa." (Entrevistado 16)

"as frases não ajudam em nada." (Entrevistado 18)

"elas são importantes para mostrar o que o uso do cigarro pode causar, mais mesmo assim elas vindo nas embalagens, todos continuam fumando." (Entrevistado 19)

Observou-se que a percepção da maioria dos adolescentes quanto às imagens e frases foi a de que estas informações são importantes, realistas e demonstram que os adolescentes contextualizaram dentro de suas realidades. Tal percepção causa impacto e até mesmo aversão às fotos e às frases, o que pode ser considerado positivo quando esta aversão é vinculada ao produto da embalagem, pois ajuda evitar a iniciação ou o auxilia a deixar o vício. Porém, observou-se que alguns entrevistados, afirmaram que apesar das imagens e frases serem reais e impactantes, não causam medo aos fumantes ou a maioria dos usuários não as observam e/ou nem se importam sobre essas informações e com o hábito de fumar.

Uma pesquisa realizada pelo DATAFOLHA em 2002, concluiu que 54,0% dos entrevistados afirmaram maior conscientização à respeito das consequências do cigarro após a vinculação das imagens e frases nas embalagens, e 73,0% dos jovens entrevistados afirmaram ter sentido vontade de parar de fumar, após observarem as imagens e frases. Este resultado se assemelha a esse estudo quando os adolescentes afirmaram que as imagens e frases são boas para mostrarem a realidade e alertarem aos usuários quanto aos males à saúde causados pelo uso do tabaco.

Ao serem questionados sobre o que falta nas campanhas antitabagistas para motivar os adolescentes a não fumar, as falas se basearam nos seguintes grupos de respostas conforme o Quadro 2:

**Quadro 2-** O que falta nas campanhas antitabagistas para motivar os adolescentes a não fumar?

| Sugestões de Campanhas | Falas dos entrevistados |
|---|---|
| **Mais orientações e conscientização** | " pra mim já está tudo bom mais precisaria de uma orientação falando do cigarro." (Entrevistado 1)<br><br>" falta essas pessoas verem que o cigarro só acaba com a vida e ir procurar uma clínica de fumantes." (Entrevistado 2)<br><br>" mais conselhos."(Entrevistado 5)<br><br>" mais incentivo para mostrar como o cigarro faz |

| | |
|---|---|
| | mal."(Entrevistado 7)<br><br>"mostrar que fumar faz mal." (Entrevistado 10)<br><br>"para não prejudicar a saúde." (Entrevistado 11) |
| **Ser mais realista** | " mostrando as imagens." (Entrevistado 4)<br><br>" falta mostrar a verdadeira realidade como aquelas pessoas que utiliza pois muitos adolescentes não sabem realmente o que acontece com o corpo." (Entrevistado 6)<br><br>" falta mostrar a realidade do que acontece com quem fuma. a verdadeira realidade." (Entrevistado 18)<br><br>" que deveriam falar mais como não usar o cigarro, o que ele realmente causa para os jovens."(Entrevistado 19) |
| **Campanhas lúdicas com atores** | "podia ter mais pessoas de teatro falando sobre esse assunto." (Entrevistado 8)<br><br>"poderiam fazer peças de teatro para todos terem mais consciência sobre o assunto." (Entrevistado 15) |
| **Palestras nas escolas com o acompanhamento dos pais e responsáveis** | "palestras nos centros de ensino e o acompanhamento dos responsáveis na área." (Entrevistado 14)<br><br>"acho que os pais tinham que ser mais emotivos para os filhos." (Entrevistado 17) |
| **Testemunhos de fumantes** | " testemunhos de quem fumam." (Entrevistado 12) |
| **Leis antitabagistas** | " devia criar uma lei proibindo o cigarro para as pessoas não fumar mais." (Entrevistado 3) |
| **Não falta nada** | " nada porque na minha opinião a pessoa faz só se quiser, mesmo sabendo das doenças que podem causar." (Entrevistado 9)<br><br>" eu acho que fuma quem quiser pois sabem as reações." (Entrevistado 13)<br><br>"tá bom assim do jeito que está. se eles compreender, eles não vão fumar mas se não, eles acabam indo para esse caminho do fumo." (Entrevistado 16) |

Os resultados sugeridos pelos adolescentes quanto o que falta na educação em saúde foram bastante distintos, porém na grande maioria, as respostas se basearam no fato de que para que as campanhas antitabagistas devam ser mais eficazes, sendo necessário incluir mais orientações e informações reais e impactantes. Tal achado chama a atenção para a necessidade de campanhas mais apelativas para o público adolescente e jovem. Na comparação desses achados e da pesquisa DATAFOLHA de 2002, a grande maioria dos pesquisados disseram que as frases e imagens deveriam ser mais chocantes e impactantes, semelhantemente ao estudo atual.

Outro achado relevante foi a afirmação de que as campanhas com teatro e atores seria importante para atrair os adolescentes, o que nos leva à necessidade de uma abordagem através das comunicação em massa (rádio/televisão/internet), disponível e acessível a esta faixa etária.

Uma sugestão importante apontada pelos adolescentes foram as campanhas nos Centros de Ensino, acompanhadas pelos pais e responsáveis. É interessante observar nas falas dos adolescentes a importância que os adolescentes deram ao acompanhamento dos pais ou responsáveis no processo de conscientização antitabagista e, a relevância que o ambiente escolar tem para este grupo, o que traz à tona a importância de campanhas antitabagistas focadas para a escola com o envolvimento familiar.

Outro aspecto abordado foi o depoimento de fumantes, apontado pelos estudantes como uma estratégia para melhorar as campanhas antitabagistas, o que seria importante por se tratar de uma experiência baseada em um fato real e, que poderia comover aqueles que estão iniciando o uso do cigarro e até mesmo os que já têm o vício do tabaco.

Foi também apontado a ampliação da legislação, com a proibição de venda e consumo de cigarros, como uma opção antitabagista pelos adolescentes. Sabe-se que a proibição do fumo em recintos coletivos é uma medida eficaz de diminuição do tabagismo passivo.

Alguns entrevistados afirmaram que nada faltava para que as campanhas antitabagistas sejam mais eficazes para o público adolescente, uma vez que, as campanhas tem informações suficientes para alertar os fumantes sobre os danos causados pelo consumo do cigarro. Sendo assim, segundo os adolescentes, fuma quem quer.

Na segunda parte da entrevista, os alunos foram orientados as escolherem livremente uma imagem que se identificassem e que permitisse a discussão da imagem e da frase e suas percepções no grupo.

Das vinte e nove imagens de advertência sanitária, nove não foram escolhidas pelos alunos. Observou-se que a maioria das imagens que não foram escolhidas pertenciam ao atual grupo de imagens, o que coloca em prova a eficácia das advertências sanitárias em vigor para esse seguimento social.

Imagens não escolhidas pelos adolescentes:

Fonte: INCA (2008)

A seguir, serão apresentadas as frases de advertências sanitárias do Ministério da Saúde, e as respectivas percepções colocadas pelos adolescentes à respeito das imagens e frases:

**Quadro 3-** Imagens selecionadas pelos adolescentes relacionadas à gestação e às crianças:

| Imagens | Percepção dos adolescentes | Análise |
|---|---|---|
| | "ela não tá nem ai, tá se importando só com ela" (Entrevistado 11)<br><br>"ela não se importa com o bebê dela e ta fumando muito por causa da pratica e quando o bebê nascer vai nascer com algum problema por causa do cigarro" (Entrevistado 10)<br><br>"eu acho que essa mulher é uma doida, porque ela não pensou antes de fazer o que ela fez com o bebê" (Entrevistado 5) | Observou-se que a percepção do grupo diante da imagem foi a de irresponsabilidade da mãe em relação ao bebê. As colocações que predominaram nas falas dos entrevistados foram as de que uma gestante ao fumar, não se importa com a saúde da criança. |
| | "acho ruim porque a criança não tem nada a ver com isso, a mãe fumou e ele ta ai sofrendo" (Entrevistado 19)<br><br>"é bem sofrido" (Entrevistado 20)<br><br>"a mãe fuma e a criança que paga"(Entrevistado 18) | Diante da imagem, os adolescentes foram unânimes ao expressarem tristeza, ao refletirem sobre as consequências do cigarro na gestação e nos recém nascidos. |

| | | |
|---|---|---|
| | "sinto pena do bebê" (Entrevistado 2)<br><br>"não sinto nada" (Entrevistado 11)<br><br>"sinto pena da criança porque ela não é responsável por nada disso e acabou sofrendo com a mãe provavelmente" (Entrevistado 14) | O sentimento dominante diante da imagem exposta foi o de compaixão pelo bebê, apesar de um dos entrevistados ter afirmado que a imagem não despertou nenhuma sensação. |
| | "não sei, não sinto nada" (Entrevistado 20)<br><br>"é triste ver uma criança desse jeito, culpa da mãe" (Entrevistado 18)<br><br>"eu acho que uma criança inocente que por culpa dos pais que tem consciência do que acontece... faz e um ser inocente acaba pagando"(Entrevistado 15) | A percepção dos adolescentes frente a esta imagem foi a de tristeza e fazem julgamento das atitudes dos pais, pela irresponsabilidade com o bebê. Houve também relatos de que a imagem não causava nenhum impacto ou sentimento. |
| | "é triste ver uma coisa dessa" (Entrevistado 4)<br><br>"acho que é uma vítima de aborto não sei, pelo estado que ele tá, e a consequência que a mãe trouxe à vida do menininho pelo vicio que a mãe tem... Pena!" (Entrevistado 14)<br><br>"acho que a mãe não pensou no que poderia acontecer com o bebê, ela pensou que ia nascer saudável mais nasceu morto já" (Entrevistado 2) | Semelhantemente às imagens que apresentam bebês e crianças, os adolescentes demonstraram tristeza e compaixão pelo bebê, além de julgarem o comportamento da mãe da criança. |

Fonte: INCA (2008)

**Quadro 4-** Imagens selecionadas pelos adolescentes relacionadas à doença e morte:

| Imagem | Percepção dos adolescentes | Análise |
|---|---|---|
| | "eu acho essa imagem muito triste, vê uma pessoa com câncer e não poder fazer nada" (Entrevistado 8)<br><br>"uma imagem chocante, a pessoa deve estar arrependida" (Entrevistado 18)<br><br>"uma imagem sofrida" (Entrevistado 6)<br><br>"é triste, ele tinha tudo pra ser alguém na vida e foi acabar desse jeito ai" (Entrevistado 1) | O sentimento de tristeza e sofrimento do grupo foi predominante diante da imagem. Observou-se que a imagem foi extremamente forte na visão dos adolescentes e trouxe uma reflexão à respeito dos danos futuros do tabagismo. |

| | | |
|---|---|---|
| | "ela e chocante né, ficar sem as pernas" (Entrevistado 13)<br><br>"sofrimento é uma grande perda pra ele" (Entrevistado 11)<br><br>"antes dele fumar ele não pensou que ia acontecer isso,agora ele deve estar arrependido do que aconteceu" (Entrevistado 10)<br><br>"trágico, porque é um sofrimento né o que aconteceu ele, querer ir pra um lugar e não consegue tem que ir de cadeira de rodas (Entrevistado 11) | A imagem causou ao grupo um sentimento de sofrimento, além de levantarem a questão dos danos à saúde causado pelo tabaco. |
| | "ele pode perder a perna dele" (Entrevistado 12)<br><br>"sinto pena, é muito feio isso" (Entrevistado 14)<br><br>"acho que ele tá arrependido do que fez" (Entrevistado 5)<br><br>"o cara não pensou que ele podia sofrer mais tarde, depois ter que amputar a perna, perder a perna" (Entrevistado 2)<br><br>"não sinto nada" (Entrevistado 3) | A imagem como a anterior, levantou a questão dos danos futuros causados pelo consumo prolongado do cigarro, além de uma reflexão sobre um possível arrependimento que o indivíduo tabagista. Houve entrevistado que também relataram não serem comovidos pela imagem. |
| | "acho muito estranho um pulmão do jeito que ele é vermelhinho ficar numa cor dessa daqui deve ser bem prejudicial a saúde" (Entrevistado 14)<br><br>"o dono desse pulmão ai ficou bem prejudicado... morreu" (Entrevistado 5)<br><br>"sem palavras,não tenho o que dizer não, só acho que a gente não deve fumar se não vai acontecer o mesmo com a gente" (Entrevistado 10) | A imagem causou impacto entre os entrevistados e, a morte dos indivíduos que fumam, em decorrência das complicações causadas pelo cigarro foi o foco da discussão. |
| | "eu acho bem sofrida" (Entrevistado 15)<br><br>"acho muito triste" (Entrevistado 8)<br><br>"comovente" (Entrevistado 1)<br><br>"horrível esse tubo na garganta, sei lá muito estranho" (Entrevistado 6) | A imagem trouxe impacto aos entrevistados e foram unânime os relatos de sentimento de tristeza e sofrimento diante da cena exposta. |
| | "eu acho muito nojento" (Entrevistado 20)<br><br>"eu acho feio, a pessoa tá falando com a outra sem dente é muito esquisito" (Entrevistado 6)<br><br>"eu acho feio a pessoa com mal hálito, que é um cheiro muito ruim, e também fica banguela" (Entrevistado 7) | Como na imagem semelhante a esta do grupo anterior, o sentimento predominante foi o de nojo e aversão à imagem. |

| | | |
|---|---|---|
| | "eu acho essa imagem horrorosa, feia, nojenta, que dá é nojo" (Entrevistado 6)<br><br>"eu acho que é ruim porque a pessoa tá vendo o quanto o cigarro faz mal pra ela e continua, não para" (Entrevistado 8)<br><br>"não acho nada" (Entrevistado 16)<br><br>"triste né a pessoa não pensar nas consequências, que traz o cigarro, vai se arrepender muito tarde" (Entrevistado 20) | A imagem impactou os entrevistados, trazendo um sentimento de nojo e aversão, de tristeza pela consequência do tabagismo. Houve relatos de que a imagem não causava impacto e nenhum outro sentimento. |
| | "eu acho esquisito né, a pessoa saber das consequências e mesmo assim continuar fazendo" (Entrevistado 7) | Foi unânime o sentimento de tristeza e reflexão diante da consequência final do tabagismo. |

Fonte: INCA (2008)

**Quadro 5-** Imagens selecionadas pelos adolescentes relacionadas ao convívio social.

| Imagem | Percepção dos adolescentes | Análise |
|---|---|---|
| | "Acho que ela vai seguir o exemplo dos pais né. Eles estão vendo os pais fazerem e também vão querer fazer" (Entrevistado 17)<br><br>"eu acho que exemplo tem que começar dentro de casa, ele não deveria estar fumando perto do filho" (Entrevistado 19)<br><br>"eu acho que o pai na verdade tá incentivando, se ele fumasse pelo menos longe do filho, mais não, fica fumando na frente dele, então tá incentivando, e isso que eu acho" (Entrevistado 6)<br><br>"acho má influência porque com certeza o filho vai sentir curiosidade, ele vai querer fazer também pra ter a sensação de saber como é" (Entrevistado 15) | Observou-se nas falas dos entrevistados que o exemplo no contexto familiar é determinante para a iniciação da criança e adolescente no tabagismo, e unânimes,os entrevistados expressaram uma aversão ao comportamento do pai diante do filho como exemplificado na imagem. |
| | "eu acho que ela tá se estragando por dentro e se estragando por fora" (Entrevistado 8)<br><br>"eu acho isso um absurdo a pessoa fuma tanto a ponto de ficar sem os dentes" (Entrevistado 13 )<br><br>"nojento, imagina ta falando com uma pessoa com mal hálito, nossa acho feio, nojento" (Entrevistado 17) | Diante da imagem, a expressão do grupo foi a de que ao fumar, o indivíduo se autodestrói. O sentimento de nojo e aversão à imagem também foi expressado pela maioria dos entrevistados. |

| | | |
|---|---|---|
| | "ele fumou né, agora o pulmão dele não ta mais dando conta de trazer oxigênio pra ele, ele pode ate morrer sufocado" (Entrevistado 10)<br><br>"não sinto nada" (Entrevistado 4)<br><br>"constrangedor vendo uma imagem dessa dai, as piores coisas que tem é a pessoa com falta de ar" (Entrevistado 14)<br><br>"sinto pena" (Entrevistado 5) | A percepção da imagem pelo grupo foi a de pena pelo grande malefício à saúde do fumante para alguns, além daqueles que afirmaram que não foram sensibilizados quanto à gravidade do problema diante da imagem. |
| | "...É triste vê um viciado desse jeito no tabaco. Ele ta pegando uma coisa pra se matar, porque ele não fuma, ele se mata" (Entrevistado 12)<br><br>"deve estar igual o da minha irmã por que ela fuma tanto quando ela ta estressada, ela fuma tipo um atrás do outro" (Entrevistado 11)<br><br>"chocante uma pessoa no estado desse dai estragando o corpo inteiro e além do mais, contaminando as outras pessoas que pode estar perto" (Entrevistado 14) | Diante da imagem, os adolescentes expressaram uma tristeza em relação ao viciado e às futuras consequências, além de expressarem realidades pessoais vividas no cotidiano familiar. |
| | "é muito ruim você ta comendo lá no meio da fumaça..." (Entrevistado 4)<br><br>"nojento, perde o apetite, tá comendo e sentindo cheiro dele, nojento" (Entrevistado 14)<br><br>"é ruim ficar sentindo esse cheiro, a fumaça de cigarro faz mal né" (Entrevistado 3)<br><br>"a menina ta sentindo o cheiro da fumaça pode fazer mal pro pulmão dela enquanto ela tiver comendo" (Entrevistado 10) | Ao verem a imagem, os entrevistados expressaram nojo e repulsa, além de discutirem sobre o desconforto e os males de ser um fumante passivo, conforme o apresentado na imagem. |

Fonte: INCA (2008)

**Quadro 6-** Imagens selecionadas pelos adolescentes relacionadas à representação social:

| Imagens | Percepção dos adolescentes | Análise |
|---|---|---|
| | "não entendi a imagem, acho que é ruim..." (Entrevistado 9)<br><br>"sei lá, eu entendo, mas eu não sei explicar não" (Entrevistado 15)<br><br>"... o homem fumou em cima e não consegue funcionar em baixo (risos)" (Entrevistado 9) | Quando apresentado a imagem, houve uma reação cômica dos participantes, além de um acanhamento para discutirem a imagem. A maioria dos entrevistados afirmaram entender o sentido da imagem, porém houve um número considerável de participantes que afirmaram não entender a mensagem da imagem. |

| | | |
|---|---|---|
| | "deve ser horrível uma pessoa usar isso ai, rato e barata morto... pode acontecer com qualquer pessoa" (Entrevistado 8)<br><br>"isso ai é muito feio, feio demais principalmente numa pessoa, você vê numa pessoa deve ser mais horrível ainda" (Entrevistado 16)<br><br>"nojenta essa imagem" (Entrevistado 17) | Observou-se que os indivíduos da entrevista desconheciam a composição real do cigarro, pois ao ser exposta a imagem e a frase, os entrevistados questionaram o significado das palavras arsênico e naftalina, e após ser explicado e sanado as dúvidas dos participantes, o sentimento observado foi o de estranheza e nojo. |

Fonte: INCA (2008)

Sendo assim, observou-se que as imagens que mais causam impacto para a faixa etária investigada foram as imagens que apresentam bebês e crianças vítimas do uso do cigarro pelos adultos e, as imagens que abordam doenças, internações e morte decorrentes do tabagismo. Além disso, a imagem que representa o composição do cigarro, também causou muito impacto e repulsa nos participantes.

As imagens que menos causaram impacto no grupo foram aquelas que apresentaram situações do cotidiano como o tabagismo passivo, provavelmente por fazer parte do seu cotidiano.

Estes resultados coincidem com a pesquisa realizada pelo INCA, através do do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos Não-Transmissíveis, realizado em 2003 em capitais brasileiras, com a população acima de 15 anos, onde foram testadas as advertências do primeiro grupo, em vigor entre 2002 e 2004, concluindo-se que as imagens de advertência escolhidas por fumantes como as que mais motivavam a deixar de fumar, foram as que ilustravam situações mais dramáticas: a mulher entubada com câncer de pulmão e o bebê prematuro. Em contrapartida, as imagens que menos motivaram foram as que retratavam as situações sociais e a de dependência de nicotina (BRASIL, 2009).

Outro estudo desenvolvido pelo Laboratório de Neurofisiologia II da Universidade Federal do Rio de Janeiro e o Laboratório de Neurofisiologia do Comportamento da Universidade Federal Fluminense, avaliou o impacto emocional das imagens de advertências sanitárias veiculadas entre 2001 e 2004 e 2004 e 2008 e concluiu-se também que as imagens menos impactantes foram praticamente as mesmas avaliadas pelo Inquérito Domiciliar, onde as imagens mais impactantes foram o bebê prematuro, a mulher no leito do hospital e da grávida fumando (BRASIL, 2009), o que também se assemelha aos resultados do atual estudo.

## 6- CONCLUSÕES

A presente pesquisa evidenciou que a maioria dos entrevistados eram meninas, com 14 anos de idade e cursavam a 8ª série do ensino fundamental. Nenhum dos adolescentes entrevistados se declarou fumante. Constatou-se que sete indivíduos haviam apresentado um contato precoce com cigarro, entre 10 e 13 anos, o que na maioria das vezes aconteceu na escola e no domicílio por vontade própria e curiosidade. Dos entrevistados, 42,8% que já experimentaram cigarro ao menos uma vez na vida, não gostaram da experiência.

A pesquisa também constatou que a metade dos indivíduos afirmaram ter parentes fumantes, sendo que o pai foi o maior responsável pelo fuma passivo.

Observou-se que o ambiente escolar é o local onde mais se aborda o assunto tabagismo, sendo que uma das sugestões para a melhoria da educação em saúde dos adolescentes foi a de campanhas antitabagistas na escola com o acompanhamento dos docentes, pais e responsáveis.

Quanto às campanhas antitabagistas do Ministério da Saúde, no que se refere às imagens e frases de advertência sanitária vinculadas nas embalagens de cigarros, os adolescentes entrevistados afirmaram apoiar a medida, desde que as advertências sejam mais compreensivas e mais impactantes.

Em relação a percepção dos entrevistados, quanto as imagens e frases nas embalagens de cigarro, concluiu-se que as advertências sanitárias apelativas, vinculadas à bebês, mulheres grávidas, abortos, doenças e morte, foram as que mais comoveram, causaram aversão e permitiram uma reflexão sobre os danos ocasionadas pelo hábito de fumar. Observou-se ainda uma deficiência de conhecimento dos adolescentes quanto as substâncias que compõe o cigarro e o risco da sua utilização.

Concluiu-se que os adolescentes compreendem as mensagens implícitas nas imagens e frases de advertência sanitárias nos produtos do tabaco e as consideram importantes como forma de conscientização para o público adolescente.

## 7- RECOMENDAÇÕES

É necessário campanhas antitabagistas com maior enfoque para as crianças e adolescentes, visto que é a fase de maior iniciação do tabagismo. Sendo assim, é importante conhecer as reais motivações deste grupo para o início do tabagismo, bem como se interar de suas crenças, dúvidas e anseios para que se desenvolva campanhas mais efetivas.

Como a influência social é de suma importância da fase da infância e adolescência, entende-se que seria válido, campanhas que incluam jovens como multiplicadores de conhecimento e de bons exemplos, afim de influenciar positivamente uns aos outros e assim, reduzir a prevalência de crianças, adolescentes e jovens no mundo do tabaco.

## REFERÊNCIAS

ACT- **Aliança de Controle do Tabagismo.** 2011. Disponível em: actbr.org.br/tabagismo - Acesso em: 05/11/2012.

ALMEIDA, A. F.; MUSSI, F. C. **Tabagismo: Conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador.** Rev. Esc. Enferm. USP, 2006. Disponível em: www.scielo.br/pdf - Acesso em: 15/12/2012.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Luther Terry Awards Leadership on Tobacco control.** Helsinki, 2003.

ARAÚJO, A. J.; MENEZES, A. M. B.; DOREA, A. J. P. S. et al. **Diretrizes para Cessação do Tabagismo.** J Bras Pneumol; 30: S1-S76, 2004.

BAUS J, KUPEK E, PIRES M. **Prevalência e Fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares**. Rev. Saúde Pública, 2002.

BENJAMIN, Antônio Herman V. et al. **Código Brasileiro de Defesa do Consumidor, comentado pelos atores do anteprojeto.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007, 9ª Ed., p. 36.

BENOWITZ N. L. **Pharmacology of nicotine: Addiction and Therapeutics**. Rev. Pharmacol. Toxicol., 1996, pg. 597-613.

BOEIRA, S. L. **Atrás da cortina de fumaça**. **Tabaco, tabagismo e meio ambiente: estratégias da indústria e dilemas da crítica.** Itajaí: Editora Univali, 2002.

BONATO, A. A. **A fumicultura no Brasil e a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco. DESER – Departamento de Estudos Socioeconômicos Rurais.** Curitiba: Deser, 2007.

BRASIL. Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco - 2009. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro. INCA, 2008.

BRASIL. **Controle de Tabagismo no Brasil.** Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf - Acesso em: 12/09/2012.

BRASIL. **Tabagismo: dados e números. INCA 2008.** Disponível em: www.inca.gov.br Acesso em: 28/08/2012.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer - Ministério da Saúde. **Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro (Brasil). INCA, 2006. Disponível em: www.inca.gov.br Acesso em: 13/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça o cigarro por dentro.** Disponível em: www.inca.gov.br/tabagismo - Acesso em: 10/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tabagismo no Brasil e no mundo.** Disponível em: www.inca.gov.br - Acesso em: 15/12/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.** Texto oficial. Rio de Janeiro. INCA, 2011.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. **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 (Brasil). INCA, 2004. Disponível em: www.inca.gov.br - Acesso em: 13/11/2012.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. **Tabagismo passivo: A importância de uma legislação que gere Ambientes 100% Livres de Fumaça de Tabaco.** Nota técnica. Política Nacional de Controle do Tabaco**.** Brasil, INCA, 2010.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A. **I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país, 2001**. São Paulo: Cebrid/EPM, 2002.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A. R.; NAPPO, A. S.; FONSECA, A. M.; CARLINI, C. M et al. **II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 2005**. Brasília: Senad, 2007.

CARVALHO, J. T. **Componentes químicos do fumo do tabaco**. In:___**O Tabagismo visto sob vários aspectos.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2000.

CAVALCANTE, T. M. **Labelling and Packaging in Brazil**. **Who Tobacco Control Papers, 2003**. Disponível em: www.who.int/tobacco.pdf - Acesso em: 25/10/2012.

CAVALCANTE, T. M. **O Controle do Tabagismo no Brasil: avanços e desafios**. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo, vol. 32, nº 5, setembro/outubro, 2005. Disponível em: www.hcnet.usp.br - Acesso em: 19/12/2012.

CAVALCANTE, T.; PINTO, M. **Considerações sobre tabaco e pobreza no Brasil: consumo e produção de tabaco**. Disponível em: www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/tabaco_pobreza.pdf. Acesso em: 20/11/2012.

CAVALCANTE, T.; PINTO, M.; FISCH, M. **Brazilian Il Legal Cigarette Market: a public health hazard.** Poster presentation in *12th World Conference Tobacco or Health Program*, Helsinki, Finland, 2003.

CORDERO-ERAUSKIN, M.; MARUBIO, L. M.; CLINK, R.; CHANGEUX, J-P. **Nicotinic receptor function: new perspectives from knockout nice**. Trends Pharmacol. Sci. 21: 211-217, 2000.

CUMMINGS, K. M.; MORLEY, C. P.; HORAN, J. K.; STEGER, C.; & LEAVELL, N. R. (2002). Marketing to America's youth: evidence from corporate documents. Tobacco Control, 11 Suppl 1, I5/17.

DATAFOLHA - Instituto de Pesquisa - Opinião pública. São Paulo: Datafolha Instituto de Pesquisa. 76% são a favor que embalagens de cigarros tragam imagens que ilustram males provocados pelo fumo. Disponível em: datafolha. folha.uol.com - Acesso em: 03/12/2012.

DATAFOLHA. (2002**). "76% são a favor que embalagens de cigarros tragam imagens que ilustram males provocados pelo fumo, 67% dos fumantes que viram as imagens afirmam terem sentido vontade de parar de fumar".** Opinião Pública Retrieved, 2009. Disponível em: datafolha.folha.uol.com.br - Acesso em: 03/10/2012.

DATAFOLHA and ACT, (2008). "**Percepção de marcas de cigarros em pontos de venda."** Retrieved, 2010. Disponível em: actbr.org.br/uploads - Acesso em: 03/10/2012.

DELFINO, Lúcio. **Responsabilidade civil e tabagismo no Código de Defesa do Consumidor.** Belo Horizonte: Del Rey, 2002, pg. 6.

DESER. **Fumo e fumicultura.** Disponível em: www.deser.org.br - Acesso em: 02/03/2009.

DI CHIARA, G. **Role of Dopamine in the Behavioural Actions of Nicotine Related to Addiction**. Eur. J. Pharmacol. 30: 393(1-3): 295-314, 2000.

EISSENBERG, T. **Measuring the mergence of tobacco dependence: contribution of negative rein forcement models**. Addiction, 2004.

EISENSTEIN, E. **Adolescência: definições, conceitos e critérios**. **Adolesc. Saúde, 2005**. Disponível em: www.adolescenciaesaude.com - Acesso em: 14/11/2012.

EZZATI, M.; LOPEZ, A. D**. Estimates of Global Mortality Attributable to Smoking in 2000.** Lancet, 2003, pg. 847-852.

FIGUEIREDO, V. C.; SZKLO, M.; LOZANA, J. A.; CASADO, L.; FERNANDES, E. M. **Perfil do Tabagismo na População de 15 Anos ou mais do Município do Rio de Janeiro em 2001- Instituto Nacional de Câncer/Coordenação de Prevenção e Vigilância/Divisão de Epidemiologia.** Apresentação oral durante o V Congresso Brasileiro de Epidemiologia – 2002 - Curitiba/Paraná.

FILHO, A. F. **SOS Fumo.** 2011. Disponível em: www.falconi.com.br - Acesso em: 10/01/2013.

FURTADO, R. A; **Implicações Anestésicas do Tabagismo**. Revista Brasileira de Anestesiologia, vol. 52, nº 3, Campinas, mai/jun. 2002. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php. - Acessado em: 06/05/2010.

FOWLER, J.S.; VOLKOW, N. D.; WANG, G. J. **Brain monoamine oxidase A inhibition in cigarette smokers**. Proc. Natl Acad. Sci. USA; 93: 14065-14069, 1996.

GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; CARLINI, E. A. **V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras.** São Paulo: Cebrid/Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 2004.

GATTI, Bernadete. **Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas.** Brasília, DF: Liber Livro, 77 pg., 2005.

GLANTZ, S. et al. **The cigarette papers**. Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1996.

GONÇALVES, Huener Silva. **"O Ministério da Saúde adverte": o discurso médico-científico incorporado às ações do Estado brasileiro (1986-2005).** 2005, 77 fl. Monografia (Bacharelado em História). Fafich, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

GOODMAN et GILMAN. **As bases farmacológicas da terapêutica**. Rio de Janeiro, 2005.
GUINDON, E.; TOBIN, D.; YACH, D. **Trends and affordability if cigarettes prices: ample room for tax increases and related health gains.** Tobacco Control, 11:35-43, 2002.
HENNINGFIELD, J. E.; STAPLETON, J. M.; BENOWITZ, N. L.; GRAYSON, R. F; LONDON, E. D. **Higher levels of nicotine in arterial than in venous blood after cigarette smoking**. Drug Alcohol Depend. 33: 23-29, 1993.

HOUSTON, T. K.; PERSON, S. D.; PLETCHER, M. J.; LIU, K.; IRIBARREN; KIEFE, C.I. **Active and passive smoking and development of glucose intolerance**. British Medical Journal, 332(7549): 1064-9, 2006.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 2008. **Tabagismo Brasília**. IBGE, 2008.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C F. **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde.** Rev Esc Enf USP, vol. 35, nº 2, pg.115-121, junho, 2001. Disponível em: www.scielo.br/pdf - Acesso em: 03/12/2012.

IGLESIAS, R.; JHA, P.; PINTO, M.; COSTA E SILVA, V. L.; GODINHO, J. **Controle do tabagismo no Brasil**. Washington DC: World Bank, 2007.

INCA. **Tabagismo: dados e números, 2008.** Disponível em: www.inca.gov.br - Acesso em: 28/08/2012.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **A Publicidade no Direito do Consumidor.** Rio de Janeiro: Forense, pg. 15, 1996.

JAIN, R. K. **Clearing the smoke on nicotine and angiogenesis**. Nature Medicine, 7(7): 775-776, 2001.

JAMAL, A.; MURRAY, T.; SAMUELS, A. et al. **Cancer statistic, 2003**. CA Cancer J Clin. 53:5-26, 2003.

JARDIM, J. R; OLIVEIRA, J. C. A. **Tabagismo**. **Pneumoatual.** Disponível em: www.pneumoatual.com.br - Acesso em: 10/09/2012.

JONES, R. T. & BENOWITZ, N. L. **Therapeutics for nicotine addiction**. **Neuropsychopharmacology: The fifth generation of progress**. Chapter 107, 1533-1543, 2002.

KING, W. **Secondhand smoke may affect brain of fetus**. Seattle Times, 2007.

KNOPLOCH, F. **Souza Cruz: Relatório Anual 2008. Departamento de Assuntos Corporativos da Souza Cruz.** Rio de Janeiro, RJ, 2009.

KROEFF, L. R.; MENGUE, S. S.; DUNCAN, M. I. **Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras**. Revista de Saúde Pública, vol.38, nº 2, p. 261-267, 2004.

KROEFF, R. L.; MENGUE, S.S. **Análise dos gastos individuais com tabagismo a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, pg. 2334-2342, 2010.

LAVIOLETTE, S.R.; VAN DER KOOY, D. **Blockade of mesolimbic dopamine transmission dramatically increases sensitivity to the rewarding effects of nicotine in the ventral tegmental area.** Mol Psychiatry, 8:50-9, 2003.

LEOPARDI, Maria Tereza; BECK, Carmem Lúcia Colomé; NIETSCHE, Elisabeta Albertina; GONZALES, Rosa Maria Barcini. **Metodologia da pesquisa na Saúde.** Santa Maria: Pallotti, 2001.

LEWIS, M. J.; WACKOWSKI, O. **Dealing with an innovative industry**: a look at flavored cigarettes promoted by mainstream brands. Am J Public Health, 96(2):244-51, 2206.

LONGENECKER, G. L. **Drogas: ações e reações.** São Paulo: Market Books, 2002.

LOTUFO, J. P. **Tabagismo, uma doença pediátrica.** São Paulo: Savier, p. 17-19, 2007.

_____ **Manual de bases técnicas** APAC/ONCO. Disponível em: dtr2001.saude.gov.vr - Acesso em: 07/09/2012.

LÜSCHER, C.; UNGLESS, M. A. **The mechanistic classification of addictive drugs**. PLOS Medicine, 3(11): 2005-2010, 2006.

MARQUES, Cláudia Lima. **Violação do dever de boa-fé de informar corretamente, atos negociais omissivos afetando o direito/liberdade de escolha**. Revista dos Tribunais, São Paulo, vol. 94, nº 835, pg.75-133, 2005.

MARTINEZ, L. DEL C.; FERRIANI, M. G. **Relação entre as características da adolescente grávida e a resistência contra o consumo de drogas**. Rev Latino-Am Enfermagem, 12:333-9, 2004.

MINADEO, Roberto. **1.000 perguntas – marketing**. Rio de Janeiro: Estácio de Sá, 2ª Ed., pg. 1, 2005.

MONERO, S.R.; VENTURA, R.N.; BRÊTAS, J. R. S. **Ambiente familiar e consumo de álcool e tabaco entre adolescentes.** *Rev Paul. Pediatra, 27(4): 354-60, 2009.*

MORESI, Eduardo. **Metodologia da Pesquisa.** Disponível em: www.inf.ufes.br.pdf - Acesso em: 18/11/2011.

MORGAN, David L.; KRUEGER, R. A. **When to use focus groups and why**. In: MORGAN, D. L**.** (Ed.). **Successful focus groups: advancing the state of the art**. Newsbury Park, CA: Sage Publications, pg. 3-9, 1993.

NARDI, J. B. **O fumo brasileiro no período colonial.** São Paulo: Ed. Brasiliense, 1996.

NUNES, E. **Consumo de tabaco. Efeitos na Saúde**. Rev. Port. Clin. Geral, vol. 22, pg. 225-244, 2006.

OGA, S.; CAMARGO, M. M. A.; BATISTUZZO, J. A. O. Fundamentos de Toxicologia. São Paulo: Atheneu Editora, 3ª Ed., 677 pg., 2008.

OLIVEIRA, Cassiana Morais de. **Fatores motivacionais relacionados ao início do tabagismo em estudantes adolescentes de Ribeirão Preto/SP**. Ribeirão Preto, 2009.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD) & WHO. **Poverty and Health (Draft)** - reference document published by Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) and WHO. 2001.

PAHO and INCA. The tobacco Industry Documents: What do they tell us about the industry in Brazil? Phase I Report, **Pan American Health Organization, PAHO.** Instituto Nacional do Câncer, INCA. Ministério da Saúde do Brasil, 2007.

PASQUALOTTO, Adalberto Souza. **Os Efeitos Obrigacionais da Publicidade no Código de Defesa do Consumidor**. São Paulo: Revista dos Tribunais**,** pg. 69**,** 1997.

PEZZELLA, Maria Cristina Cereser. **A Eficácia Jurídica na Defesa do Consumidor: o poder do jogo na publicidade: um estudo de caso**. (Tese de doutorado em Direito) – Universidade Federal do Paraná – UFPR, Paraná, pg. 66-67, 2002.

PICCIOTTO, M. R.; CALDERONE, B. J.; KING, S. L.; ZACHARIOU, V. **Nicotine Receptors in Brain: Links between Molecular Biology and Behavior**. Neuropsychopharmachology 22: 451-64, 2000.

PINTO, M.; UNGÁ, M. A. D. **Os custos de doenças tabaco relacionados para o Sistema Único de Saúde.** Cad. Saúde Pública**,** Rio de Janeiro, 26 (6):1234-1245, 2010.

PINTO, M.; UNGÁ, M. A. D. **Custo do tratamento de pacientes com histórico de tabagismo em hospital especializado em câncer.** Rev Saúde Pública, 45(3):575-82, 2011.

PNAD - **Pesquisa Especial sobre Tabagismo** (PETab), 2008. Disponível em: www.ibge.gov.br - Acesso em: 28/08/2012.

POWELL, R. A.; SINGLE, H. M. **Focus groups**. International Journal of Quality in Health Care, vol. 8, nº 5, pg. 499-504, 1996.

PRATTA, E.M.; SANTOS, M. A. **Opiniões dos Adolescentes do Ensino Médio sobre o relacionamento familiar e seus planos para o futuro.** Paideia, 17:103-14, 2007.

RAMIREZ, R. M.; ANDRADE, D. **La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes.** Rev Lat-Am Enfermagem, 13:813-8, 2005.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M.; MOORE, P. K. **Farmacologia.** Tradução da 5ª Edição. Tradutores: Patrícia Lydie Voeux; Antônio José Magalhães da Silva Moreira. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

REICHERT, J.; ARAÚJO, A. J.; GONÇALVES, C. M. C. **Diretrizes para Cessação do Tabagismo 2008.** Jornal Brasileiro de Pneumologia**,** vol. 34, nº 10, pg. 845-880, 2008.

REINBERG, S. **Smoking reduces a man´s fertility**. HealthDay, 2006.

ROBBINS, C. **Patologia: Bases patológicas das doenças**. Rio de Janeiro: Elsevier, 7ª Edição, 1504 pg., 2005.

RODRIGUES, M. C.; VIEGAS et al. **"Prevalência do tabagismo e associação com o uso de outras drogas entre escolares do Distrito Federal."** Jornal Brasileiro de Pneumologia, 35: 986-991, 2009.

ROSEMBERG, J. **Pandemia do tabagismo.** Enfoques históricos e atuais. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, pg. 184, 2002.

SENA, A.; FERRET-SENA, V. **Neurobiologia do uso de nicotina**. In: FERREIRA-BORGES, C.; FILHO, H.C. (coords). **Usos, Abusos e Dependências: Tabagismo**. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. **Risk and protective factors and drug use among adolescence**. Cienc Saude Coletiva, 10:707-17, 2005.

SILVA, L. C. C. **Tabagismo**. **Doença que tem tratamento**. Editora Artmed, Porto Alegre, 2012.

SILVA, Maristela Prado e; SILVA, Regina Maria Veras Gonçalves da.; BOTELHO, Clovis. **Fatores associados à experimentação do cigarro em adolescentes**. J. Bras. Pneumol**.,** vol. 34, nº 11, 2008. Disponível em: www.scielo.br/scielo - Acesso em: 03/12/2012.

SILVA, R. M. V. G.; VALENTE, J.; SANTOS, M. G. V. L. **Tabagismo no domicílio e baixa estatura em menores de cinco anos**. Cadernos de Saúde Pública**,** Rio de Janeiro, vol.21, nº 5, pg. 1540-1549, 2005.

SOUZA CRUZ. **Fumo e saúde. Redução de risco**. Disponível em: www.souzacruz.com.br Acesso em: 09/09/2012.

SOUZA CRUZ. **História e ideologia contemporânea sobre responsabilidade social.** Artigo, 2010.

SUWWAN, L. Governo investiga "maquiagem" em maço de cigarros. **Folha Online** Jornal na Internet. 2002/ Mar/ 30. Disponível em: www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano - Acesso em: 29/11/2012.

TAMASHIRO, E.; COHEN, N. A.; PALMER, J. N.; LIMA, W. T. A. **Efeitos do cigarro sobre o epitélio respiratório e sua participação na Rinossinusite Crônica**. Braszilian Journal of otorhinolaryngology**.** Novembro/Dezembro 2009. Disponível em: www.rborl.org.br - Acesso em: 13/01/2013.

TIFFANY, S. T.; CONKLIN, C.A.; SHIFFMAN, S.; CLAYTON, R. R. **What can dependence theories tell us about assessing the emergence of tobacco dependence**. Addiction 99:30-50, 2004.

TUCCI, S.; GENN, R.F.; MARCO, E.; FILE, S. E. **Do different mechanisms underlie two anxiogenic effects of systemic nicotine?** Behay Pharmacol 14:323-9, 2003.

VALLE, L.B.S.; OLIVEIRA FILHO, R.M.; DELUCIA, R.; OGA, S. **Farmacologia Integrada.** Rio de Janeiro: Editora Revinter, 3ª edição, 2007.

VILLANOVA, C. A. C. **Tabagismo como fator de risco**. In: SILVA, L. C. C. **Condutas em Pneumologia.** Volume I. Rio de Janeiro: Revinter, 21-3, 2001.

VOLKOW, N. D. **Tabacco Addiction**. National Institute on Drug - Abuse Research Report Series 06; 4342, 2006.

XIAO, D.; HUANG, X.; YANG, S.; ZHANG, L. **Direct effects of nicotine on contractility of the uterine artery in pregnancy.** Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics, 2007.

WAKEFIELD, M., & BORLAND, R. **Saved by the bell: the role of telephone helpline services in the context of mass-media anti-smoking campaigns.** Tobacco Control, 9, 117-119, 2000.

WAKEFIELD, M. A.; CHALOUPKA, F. J.; KAUFMAN, N. J. et al. **Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places de teenage smoking: cross sectional study**. BMJ, 321:333-7, 2000. **CA Cancer J Clin.,** 53: 102-23, 2003.

WHO and Research for International Tobacco Control. **Appendix I**: **Country Profiles**. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package**. Geneva, World Health Organization: 329 pg., 2008.

WHO 2011. **Global status report on non communicable diseases**, 2010. Disponível em: www.who.int/nmh/publications - Acesso em: 28/08/2012.

WHO - World Health Organization 2008 – **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic** – The MPOWERPackage pg. 21. Disponível em: www.who.int/tobacco - Acesso em: 28/08/2012.

WORLD BANK, 2003. Tobacco **& Health in the Developing World. A Background Paper for the High Level Round Table On Tobacco Control and Development Policy**. Organized by the European Commission in collaboration with the World Health Organization and the World Bank, Brussels, February, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/TOBACCO FREE INITIATIVE, 2001. Confronting Tobacco Epidemic in an Era of Trade Liberalization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Neuroscience of psychoactive substance use and dependence.** Geneva: WHO, 2004.

WOUTERS, E. F. **Local and systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease.** Proc Am Thorac Soc., vol. 2, nº 1, pg. 26-33, 2005.

## APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **Percepção dos adolescentes de um Centro de Ensino Fundamental de Samambaia frente às campanhas antitabagistas do Ministério da Saúde,** sob responsabilidade da Prof. Maria do Socorro Nantua Evangelista e da acadêmica Jeniffer Tavares de Santana.

O objetivo desta pesquisa é: Analisar a percepção dos adolescentes sobre as campanhas antitabagistas, justificando-se, pela alta proporção de adolescentes que experimentam o tabaco, e a necessidade de ações educativas governamentais voltadas a esse grupo.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Você pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

A sua participação será da seguinte forma: resposta do questionário com quatorze perguntas, participação da dinâmica em grupo, onde será exposto imagens e frases contidas nas embalagens de cigarros e cada participante expressará sua impressão e a roda de conversa com o tema tabagismo, sendo que esta parte da pesquisa será gravada em aparelho audiodigital para posterior transcrição das falas. O tempo estimado para sua realização é de aproximadamente 40 minutos.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade Católica de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador e armazenados por um período de cinco anos, sendo destruídos posteriormente.

Esta pesquisa possui os benefícios de identificar se as campanhas governamentais antitabagistas têm impactado o público adolescente e promover ajustes e melhorias para que as campanhas antitabagistas tenham mais eficácia. A pesquisa apresenta um leve risco de stress ou mudança emocional devido o desconforto que o participante poderá sentir em compartilhar informações pessoais ou em algum tópico que ele possa sentir incômodo em falar, que serão minimizados com a permissão do participante deixar a pesquisa, em qualquer momento, mesmo que tenha concordado inicialmente.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Prof. Maria do Socorro Nantua Evangelista, na Universidade Católica de Brasília telefone: 3356-9225, no horário de 14:00 às 18:00 horas.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCB, Parecer número 216.776. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos também pelo telefone: (61) 3356-9784.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o voluntário da pesquisa.

_____

Nome / assinatura do participante

_____

Nome/ assinatura do responsável legal

_____

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ___ de _____de _____

## APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE PESQUISA

Universidade Católica de Brasília

**Instrumento de pesquisa**

**Título:** Percepção dos adolescentes de um Centro de Ensino Fundamental de Samambaia frente às campanhas antitabagistas do Ministério da Saúde.
**Pesquisadora:** Jeniffer Tavares de Santana
**Orientadora:** Dra. Maria do Socorro Nantua Evangelista

**I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**
Nome:_____
Idade:_____ Série:_____ Turno:_____

**II - INFORMAÇÕES SOBRE O HÁBITO E FUMAR**
**1 - Você é fumante?**
( )Sim
a) Quanto tempo?_____
b) Quantos cigarros por dia? _____
( ) Não

**2- Você já experimentou fumar?**
( ) Sim
Quando foi sua primeira experiência, onde e por que?
_____
_____
( ) Não

**3 - Alguém da sua casa fuma?**
( ) Sim
Qual grau de parentesco?_____
( ) Não

**III - SOBRE AS CAMPANHAS ANTITABAGISTAS**
1. Qual a sua opinião sobre as imagens das embalagens de cigarro?
_____
_____
2. Qual a sua opinião sobre as frases das embalagens de cigarro?
_____
_____
3. Onde o tema tabagismo tem sido mais frequentemente abordado no seu cotidiano?
_____
_____
4. O que falta nas campanhas antitabagistas para motivar os adolescentes a não fumar?
_____
_____

# ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA - UCB

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DOS ADOLESCENTES DE UM CENTRO DE ENSINO FUNDAMENTAL DE SAMAMBAIA FRENTE AS CAMPANHAS ANTITABAGISTAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Pesquisador:** Maria do Socorro Nantua Evangelista

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 13584513.6.0000.0029

**Instituição Proponente:** Universidade Católica de Brasília - UCB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 218.776

**Data da Relatoria:** 11/03/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de pesquisa vinculado a TCC em Enfermagem desenvolvido pela estudante Jeniffer Tavares de Santana.

JUSTIFICATIVA: Entendendo que o tabaco no Brasil é um grande problema de saúde pública e considerando a alta proporção de adolescentes que experimentam o tabaco, há necessidade de ações educativas governamentais e não estatais voltadas a esse grupo, como forma de maior controle à experimentação do cigarro entre adolescentes. Este trabalho visa levantar como a antipropaganda tabagista é percebida pelos adolescentes, analisando como as fantasias, o imaginário social e ideológico são percebidos pelos adolescentes a partir das propagandas propostas pelo governo brasileiro, bem como o enfoque apelativo das indústrias tabaqueiras e como tem sido interpretado pelo público adolescente. Assim, este estudo tem como questão norteadora: Qual o impacto que as campanhas antitabagistas exercem no adolescente?

LOCAL: Centro de Ensino Fundamental 519 de Samambaia, Distrito Federal. A escola é composta de 1200 alunos, residentes em Samambaia. São 30 turmas distribuidas nos periodos matutino e vespertino, sendo 15 turmas no periodo matutino e 15 turmas no periodo vespertino. As turmas são de 5ª, 6ª, 7ª e 8ª séries, com aproximadamente 40 alunos por turma.

**Endereço:** QS 07 Lote 01 EPCT - Bloco Central - João Batista de la Salle - Sala - A-005
**Bairro:** Taguatinga **CEP:** 71.966-700
**UF:** DF **Município:** BRASILIA
**Telefone:** (61)3356-9784 **Fax:** (61)3356-3010 **E-mail:** cep@ucb.br

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS: realização de dois grupos focais com a participação de até dez estudantes de cada turno da escola em cada um deles (matutino e vespertino), totalizando 20 estudantes. A seleção será aleatória, realizada por meio de um sorteio. Será realizada uma dinâmica em grupo, onde os integrantes serão expostos à imagens e frases de advertência sanitária presentes em embalagens de cigarro. Após a exposição das imagens os participantes serão instruídos a expressarem suas impressões sobre as imagens através de uma palavra ou frase escrevendo-as em uma ficha que será distribuída a cada aluno. Posteriormente, as fichas serão recolhidas e a moderadora lerá as palavras e frases atribuídas as advertências sanitárias escritas pelos alunos e assim, abrirá uma roda de conversa onde os participantes poderão discutir sobre o tema de pesquisa proposto. Esta etapa da dinâmica será gravada por um aparelho gravador audiodigital, para posterior transcrição das falas. A previsão de duração de cada sessão é de 40 a 60 min. Também está prevista a resposta dos estudantes a um questionário contendo 14 perguntas abertas e fechadas sobre a temática em estudo.

ANÁLISE DOS DADOS: será realizada a partir da leitura e interpretação das falas que os alunos fizeram em relação ao tema proposto. Esses resultados serão discutidos à luz da literatura e opiniões de especialistas em comunicação em saúde.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: indivíduos com idade entre 12 e 19 anos, regularmente matriculados no Centro de Ensino Fundamental 519 de Samambaia, na 5ª, 6ª, 7ª, 8ª ou 9ª série do ensino fundamental, residentes em Samambaia, previamente sorteados, que aceitarem participar voluntariamente da pesquisa.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: indivíduos com idade inferior a 12 anos ou superior a 19 anos por não se enquadrarem na definição de adolescente estabelecida pela OMS, indivíduos que não estiverem regularmente matriculados no Centro de Ensino Fundamental 519 de Samambaia, os que não residirem em Samambaia, os que não foram sorteados de acordo com a metodologia da pesquisa e aqueles que não aceitarem participar voluntariamente da pesquisa ou que não foram autorizados pelo responsável.

**Objetivo da Pesquisa:**

GERAL: Analisar a percepção dos adolescentes sobre as campanhas antitabagistas.

ESPECÍFICOS: (1) Caracterizar a população entrevistada sobre a percepção das campanhas antitabagistas; (2) Identificar qual a abordagem para as embalagens dos produtos derivados do

tabaco é mais impactante para o público adolescente; e (3) Analisar o nível de entendimento e aceitação das campanhas governamentais de combate ao tabagismo pelos adolescentes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Consta no projeto de pesquisa: "O projeto será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Brasília. Além disso, o sujeito da pesquisa será informado sobre o conteúdo da pesquisa, bem como seus benefícios e riscos, e caso aceite participar voluntariamente, o responsável deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, juntamente a autorização do seu responsável, sendo assegurado o sigilo de identidade e a permissão para desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem risco de penalização sob qualquer forma" (págs. 51-52).

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Considera-se que um dos benefícios da pesquisa aos participantes é a possibilidade dos mesmos serem esclarecidos a respeito dos malefícios do tabaco, uma vez que encontra-se estabelecido no projeto de pesquisa que "A pesquisadora fará orientação sobre os danos ocasionados pelo tabaco e (...) deixará para aberto os interessados tirarem alguma dúvida sobre o tema ou sobre a própria pesquisa" (pág. 51).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- A Folha de Rosto foi apresentada e encontra-se devidamente preenchida e assinada.
- Consta Termo de Concordância emitido pelo Centro de Ensino Fundamental 519 de Samambaia, assinado pelo Diretor Raimundo dos S. M. Filho, autorizando o desenvolvimento do estudo no local.
- O TCLE foi apresentado e considerado adequado para a proposta de pesquisa. Apesar do estudo incluir a participação de menores de idade, há um campo específico destinado para a aposição de assinaturas por parte de seus responsáveis.
- O instrumento de coleta de dados foi apresentado e inclui perguntas a respeito de dados socioeconômicos e questionários contendo questões referentes às imagens e frases de advertência sanitária das embalagens de cigarro.

**Recomendações:**

1) Na pág. 50 do projeto de pesquisa, tem-se que"os alunos serão divididos em dois grupos, um grupo será exclusivamente de mulheres e outro exclusivamente de homens". Uma vez que este não é um estudo comparativo, sugere-se-se esclarecer a razão de separar meninos e meninas nesta fase de coleta de dados ou, em alternativa, incluir esta comparação como um dos objetivos específicos do estudo.

2) A pergunta a seguir, extraída do instrumento de coleta de dados, poderia especificar que a imagem a que se faz referência é aquela de advertência nos maços de cigarro, e não qualquer outra: "Qual a sua opinião sobre as imagens das embalagens de cigarro?".

3)Sugere-se também que os pesquisadores identifique/separe os fumantes dos não fumantes, pois esta condição deve influenciar nos resultados da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há inadequações, mas apenas sugestões que não caracterizam óbice ético, as quais estão listadas no tópico "Recomendações", acima.

O projeto atende às exigências da Resolução 196/96 e recomenda-se sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Após a realização da pesquisa é compromisso dos/das proponentes a entrega de relatório final ou versão final do trabalho.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASILIA, 14 de Março de 2013

**Assinador por:**
**Yomara Lima Mota**
**(Coordenador)**

## ANEXO B: TERMO DE CONCORDÂNCIA

O Diretor do Centro de Ensino Fundamental 519 de Samambaia está de acordo com a realização, nesta Escola, da pesquisa: Análise da percepção dos adolescentes de um Centro de Ensino Fundamental de Samambaia, frente as campanhas antitabagistas do Ministério da Saúde, de responsabilidade da pesquisadora Jeniffer Tavares de Santana, para realização do Trabalho de Conclusão de Curso com a finalidade de obtenção do título de bacharel em Enfermagem, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Brasília.

O estudo envolve realização de entrevistas e gravação de áudio de alunos do CEF 519 de Samambaia. Tem duração de um mês, com previsão de início para maio de 2013.

Brasília, 20 / 02 / 2012

Diretor responsável da Escola: _____

Diretor - Mat. 331[illegible]
CEF 519 Samambaia

Assinatura/carimbo

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa: Maria do Socorro Nautra Evangelista

Assinatura

## ANEXO C: CARTA DE ENCAMINHAMENTO

**CARTA DE ENCAMINHAMENTO**

CEP

Brasília, 28 de fevereiro de 2013

Eu, Maria do Socorro Nantua Evangelista, Professora do Curso de Enfermagem, encaminho o projeto de pesquisa intitulado: **"Percepção dos adolescentes de um Centro de Ensino Fundamental de Samambaia frente as campanhas antitabagistas do Ministério da Saúde"**, para ser analisado por este Comitê de Ética em pesquisa.

O presente trabalho será realizado, sob minha orientação.

A Equipe da Pesquisa é composta pelos seguintes pesquisadores: Maria do Socorro Nantua Evangelista.

Atenciosamente,

Maria do Socorro Nantua Evangelista

Dra. Maria do Socorro Nantua Evangelista
Responsável pela pesquisa

Universidade
Católica de Brasília

Campus I - QS 07 Lote 01 EPCT, Águas Claras - CEP: 71966-700 - Taguatinga/DF - Telefone: (61) 3356-9000
Campus Avançado Asa Norte - SGAN 916 Avenida W5 - CEP: 70790-160 - Brasília/DF - Telefone: (61) 3448-7134
Campus Avançado Asa Sul - SHIGS 702 Conjunto 2 Bloco A - CEP: 70330-710 - Brasília/DF - Telefone: (61) 3226-8210