

Prevalência de tabagismo em policiais militares

Prevalence of tobacco smoking among military policemen in Brazil

Adriana Arruda Barbosa Rezende¹, Elizângela Sofia Ribeiro Rodrigues², Sávaia Denise Silva Carlotto Herrera³, Janne Marques Silveira⁴, Keylla Karla da Silva Barreto⁵, Pedro Henrique Félix do Carmo⁵

RESUMO

¹ Fisioterapeuta. Professora Adjunta do Centro Universitário Unirg. Gurupi, TO – Brasil.

² Fisioterapeuta. Professora Adjunta I do Centro Universitário Unirg. Gurupi, TO – Brasil.

³ Fisioterapeuta. Professora Assistente do Centro Universitário Unirg. Gurupi, TO – Brasil.

⁴ Fisioterapeuta. Professora Adjunta II do Centro Universitário Unirg. Gurupi, TO – Brasil.

⁵ Fisioterapeuta. Graduados pelo Centro Universitário Unirg. Gurupi, TO – Brasil.

Introdução: o tabagismo é o hábito de consumir cigarros cujo princípio ativo da dependência é a nicotina. É reconhecido como fator etiológico para inúmeras doenças e, devido a isso, responsável por alta porcentagem de mortalidade anualmente no mundo. **Objetivo:** identificar a prevalência de tabagismo em policiais militares do 4º Batalhão de Polícia Militar de Gurupi-TO. **Metodologia:** foi realizada abordagem direta em 165 policiais militares da cidade de Gurupi-TO e solicitados a responder um questionário sobre o consumo de tabaco. O questionário foi autoaplicável e continha o teste de Fagerström, que avalia o grau de dependência nicotínica. **Resultados:** verificou-se que 17% dos militares eram ex-tabagistas, 4% eram tabagistas regulares, enquanto somente 1% fumava esporadicamente. O cigarro com filtro foi o mais utilizado pelos indivíduos selecionados (87,5%). O abandono do hábito tabágico foi observado em 39, 36, 7, 11, 4 e 4% dos militares há mais de 120, entre 60 a 120 anos, entre 12 a 60, entre 6 a 12, entre 1 a 6, e há menos de um mês, respectivamente. A dependência nicotínica foi observada como muito baixa e baixa em 37 e 25%, respectivamente (62%), enquanto 37,5% exibiram grau muito elevado. **Conclusão:** a prevalência de tabagismo em policiais militares é inferior à média encontrada na população geral do Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo/epidemiologia; Polícia; Prevalência; Estudos Transversais.

ABSTRACT

Introduction: Tobacco smoking is the habit of smoking cigarettes that have nicotine as active ingredient that causes dependence. It is known as the etiologic factor for several diseases and, therefore, responsible for high annual percentage of mortality related to such diseases worldwide. **Objective:** To identify the prevalence of tobacco smoking among militaries of the 4th Battalion of Military Police (preventative police force comparable to “gendarmierie”) in the Municipality of Gurupi, State of Tocantins, Brazil. **Methodology:** In total, 165 militaries were approached and asked to fill out a questionnaire about tobacco use. The questionnaire was self-applicable and included the Fagerström test, which assesses the level of nicotine dependence. **Results:** in the sample, 17 % of the militaries were former smokers, 4 % were regular smokers, and 1 % used to smoke sporadically. Filter cigarettes were the most common type used (87.5 %). Smoke quitting took place over 120 months before data collection among 39 % of the militaries, from 60 through 120 months among 36 %, from 12 through 60 months among 7 %, from 1 through 6 months among 4%, and within 1 month among 4 %. Nicotine dependence was very low and low for respectively 37 and 25 % of the sample (62 % altogether), and very high for 37.5 %. **Conclusion:** The prevalence of tobacco smoking among militaries is lower than the mean found for the general population in Brazil.

Key words: Tobacco smoking/epidemiology; Policy; Prevalence; Cross-sectional studies.

Recebido em: 02/03/2012

Aprovado em: 08/06/2012

Instituição
Centro Universitário Unirg
Gurupi, TO – Brasil

Endereço para correspondência:
Adriana Arruda Barbosa Rezende
Rua 80 H Qd. 173 Lt. 22 nº 123
Setor Nova Fronteira
Gurupi, TO – Brasil
CEP: 77415-780
E-mail: drikas.arruda@gmail.com

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o tabagismo representa o ato de consumir cigarros ou outros produtos que venham a conter o tabaco, cujo princípio ativo é a substância nicotina.¹

O tabaco é considerado a droga mais utilizada e disseminada no mundo, responsável por 50% de cerca de cinco milhões de mortes registradas no ano 2000 nos países em desenvolvimento.^{2,3} Estima-se que no período de 2002/2030 as mortes atribuíveis ao tabaco irão reduzir em 9% em países desenvolvidos, entretanto, aumentará em 100% (para 6,8 milhões) em países em desenvolvimento. Outras estimativa afirmam que em 2015 as mortes relacionadas ao fumo superarão em 50% aquelas causadas pela epidemia da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) e que o tabaco passará a ser responsável por cerca de 10% de todas as mortes no mundo.⁴

A mortalidade por câncer de pulmão entre fumantes é 15 vezes maior do que entre pessoas que nunca fumaram em suas vidas, enquanto entre ex-fumantes esses valores são quatro vezes mais altos. Fumantes que consomem entre um e 14 cigarros ao dia apresentam risco oito vezes mais alto de morte por câncer de pulmão. Já fumantes que consomem entre 15 e 24 cigarros e mais de 25 cigarros ao dia têm, respectivamente, risco 14 e 24 vezes mais alto de morte por esse tipo de câncer do que pessoas que nunca fumaram. A cessação do hábito de fumar reduz consideravelmente o risco de morte por causas associadas ao tabaco, aumentando em nove anos a sobrevivência média de uma população.⁵

Os prejuízos causados à saúde pelo hábito de fumar são amplamente conhecidos e divulgados pela imprensa, sendo o seu controle considerado um dos maiores desafios da saúde pública no mundo atual. O tratamento para a cessação do tabagismo envolve uma abordagem que contempla aspectos físicos, emocionais e comportamentais.⁶

Entre as principais causas para o uso do tabaco, encontra-se o estresse, seguido por situações conflitantes no trabalho.⁷ A profissão de policial militar exige versatilidade de atitudes e comportamentos que, para se obter êxito na profissão, é necessário controle emocional e preparação física. Em função do trabalho ocorrer num ambiente diversificado, sob grande estresse pela exposição da sua vida a situações adversas, os policiais tendem a predispor ao estilo de vida incorreto, o qual pode comprometer seu rendimento físico e mental, além de comprometer sua saúde.⁸

Diante disso, o presente estudo teve por objetivo identificar a prevalência de tabagismo em policiais militares (PM) do 4º Batalhão de Polícia Militar (BPM) de Gurupi-TO.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo teve caráter transversal, descritivo e exploratório e foi realizado no período de setembro a outubro de 2010, no 4º BPM do município de Gurupi-TO. No momento da coleta de dados, a população estudada constituía-se de 220 policiais, sendo 180 do gênero masculino e 40 do gênero feminino. Foi desenvolvido após a sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário Unirg sob o protocolo nº 0142/2010.

Os fatores de inclusão foram: PM lotados no 4º BPM presentes no local de trabalho na data da aplicação dos questionários, de ambos os sexos, de qualquer faixa etária e sem déficit cognitivo que impedisse a compreensão dos questionários. Sendo assim, a amostra foi composta de 165 policiais que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A coleta de dados aconteceu em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.⁹ Inicialmente, foi solicitada autorização dos participantes para que o estudo fosse desenvolvido, a partir do TCLE, explicando-se a natureza do estudo, objetivos e procedimentos.

Os policiais previamente esclarecidos responderam os questionários na forma autoaplicável.

Inicialmente responderam a um questionário adaptado sobre hábito tabagístico.¹⁰ Nesse questionário, os PMs foram indagados sobre o consumo de tabaco, parecer do entrevistado sobre a existência de locais com proibição do fumo, a idade de início, o tempo de abstinência ao tabaco para os ex-fumantes, o número de maços ou cigarros consumidos por dia, a duração do consumo tabagístico, se houve aconselhamento para parar de fumar, o tipo de produto tabagístico consumido, a intenção em deixar de fumar, a prática do tabagismo em casa, na presença de familiares e no ambiente de trabalho.

Foi considerado fumante o indivíduo que consumiu cigarros ou qualquer produto tabágico regularmente ou ocasionalmente no momento da realização do estudo; o fumante regular foi considerado aquele que consumiu no mínimo um cigarro por dia e ocasional o fumante sem regularidade. Foi consi-

derado não fumante o indivíduo que nunca fumou ou que fumava anteriormente ao período do estudo.¹¹ Posteriormente, os voluntários identificados como fumantes foram submetidos à avaliação do grau de dependência nicotínica, por meio do questionário autoaplicável e modificado de Fagerström.¹²

Para a análise estatística utilizou-se o *software* Bioestat versão 4¹³, adotando-se o nível de significância de 5% de probabilidade nos procedimentos estatísticos. Foi utilizado o teste qui-quadrado e calculado o intervalo de confiança para o percentual de fumantes.

RESULTADOS

Foram avaliados 165 policiais militares do 4º Batalhão de Polícia Militar de Gurupi, sendo 121 homens (73%) e 44 mulheres (27%). Entre os participantes, 129 (78%) não eram fumantes, 28 (17%) eram ex-fumantes e oito (5%) eram fumantes. Dos fumantes, seis (75%) eram fumantes regulares e dois (25%) fumantes ocasionais.

A análise estatística demonstrou intervalo de confiança de 95%, na qual a proporção da população fumante permaneceu entre 2 e 8%.

Verificou-se que o gênero masculino influenciou no hábito tabágico ($p < 0,01$).

Em se tratando da existência de locais de proibição do fumo, 162 (98%) foram favoráveis.

A Figura 1 demonstra porcentagem da amostra e o tempo de abstinência do hábito de fumar.

A Tabela 1 demonstra o número de maços de cigarros consumido ao dia, tempo de consumo e idade da primeira experiência.

Tabela 1 - Média (MA) e desvio-padrão (DP) do consumo de maços/dia, tempo em anos, relação anos/maço e idade da primeira experiência (n =36)

	Consumo maço/dia	Tempo (anos)	Relação anos/maço	1º experiência tabágica
MA	1,13	11,46	11,83	16,9
DP	0,9	10,06	13,9	4,72

Entre os oito fumantes e 28 ex-fumantes, seis (75%) e 21 (75%), respectivamente, informaram ter sido aconselhados a deixar de fumar, entretanto, verificou-se que o aconselhamento não influenciou na cessação do hábito tabágico ($p=0,9868$).

O cigarro com filtro foi a forma de tabagismo mais utilizada pela amostra, sendo que 75% relataram o interesse em cessar o hábito de fumar. Da amostra estudada, 25% referiram o hábito no domicílio e na presença de familiares e 75% utilizavam o cigarro no local de trabalho.

Sobre a dependência nicotínica, verificaram-se elevadas prevalências do grau muito baixo e muito elevado, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 - Porcentagem da amostra e graus de dependência nicotínica da amostra (n=8)

Grau de dependência nicotínica	N	Prevalência (%)
Muito baixo	3	37
Baixo	2	25
Médio	0	0
Elevado	0	0
Muito elevado	3	37,5
Total	8	100

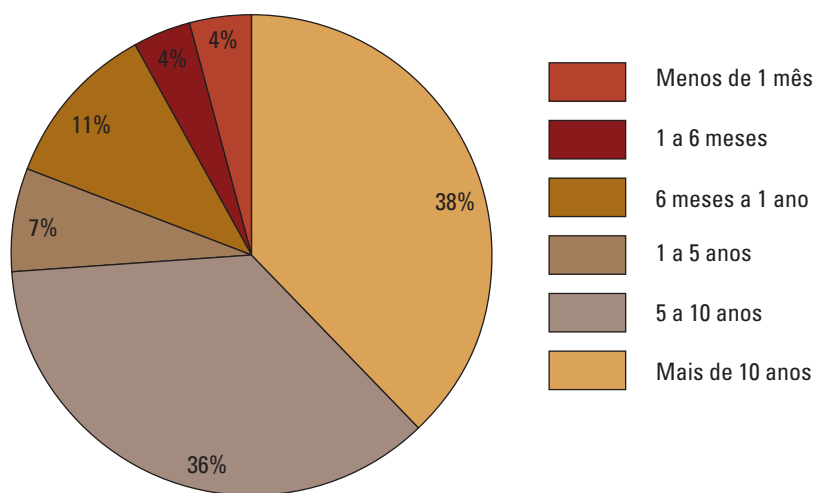


Figura 1 - Tempo de abstinência tabágica em policiais militares (n=28)

DISCUSSÃO

A baixa prevalência de fumantes encontrada no presente estudo (5%) pode ser atribuída a uma tendência regional. Segundo a pesquisa realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), a mais alta prevalência de uso regular de cigarros foi encontrada em Porto Alegre (25,2%) e a mais baixa em Aracaju (12,9%). Regiões menos populosas e menos industrializadas apresentam reduzidas prevalências em comparação aos grandes centros.¹⁴

Assim como neste estudo, que detectou baixa prevalência de fumantes, em pesquisa com 70 indivíduos (51 militares e 19 esposas de militares) constatou-se que 91,5% não possuíam o hábito de fumar ou o abandonaram há mais de cinco anos.¹⁵ Em 492 universitários da área da saúde entrevistados, somente 5,7% eram tabagistas¹⁶ e em outro estudo, dos 1.245 universitários observou-se prevalência de fumantes de 6,67%.¹⁷ Foram encontrados dados superiores a esses na cidade de Passo Fundo-RS, em pesquisa com 521 policiais militares, no qual a prevalência de fumantes encontrada foi de 25,5% dos entrevistados.¹⁸

A maior parte da população investigada neste estudo (seis - 75%) referiu o interesse de interromper o hábito de fumar. Resultados semelhantes foram observados noutros trabalhos.¹⁰

Nesta pesquisa, 75% dos 28 ex-fumantes relataram ter sido aconselhados a deixar de fumar. Acredita-se que embora não existam programas específicos na cidade de Gurupi-TO para o combate ao tabagismo, existem outras formas de incentivo ao abandono do hábito. Os profissionais da área de saúde tornam-se fontes diretas de orientação e apoio para o controle do tabagismo, quando procurados pelos fumantes.¹⁹ Os melhores resultados são observados quando há aconselhamento por esses profissionais²⁰, incentivo da família²¹ e dos amigos²².

Entre os fumantes atuais (regulares e ocasionais), 75% afirmaram ter recebido o aconselhamento para abandonar o hábito, embora todos ainda mantenham o hábito ativo independentemente de aconselhamento. Isso permite supor que embora a abordagem direta seja importante, as políticas públicas locais poderiam ser mais eficazes para influenciar comportamentos e decisões.²³ Além disso, observando-se o número de anos-maço (consumo do número de maços por dia x tempo de consumo de cigarros em anos) apresentado pelos ex-fumantes e pelos fumantes, detectaram-se, em média, nove e 21 anos-maço,

respectivamente, para cada grupo, o que sugere que os ex-fumantes tiveram, em média, tempo e quantidade de consumo tabágico menores que dos fumantes atuais, o que também pode ter influenciado na determinação da cessação tabágica dos ex-fumantes.

A tendência à diminuição do tabagismo pode ser indicativo da eficiência de intervenções em políticas públicas nacionais.^{10,17} Entre as intervenções tomadas, estão: a criação e aprovação de projetos de lei que proíbem o fumo em locais fechados no país, sejam eles públicos ou privados; a determinação do fim dos fumódromos; o aumento da advertência sobre os riscos do fumo; a obrigatoriedade de aumentar os avisos sobre os malefícios do fumo, que deverão aparecer em 30% da área frontal do maço de cigarros, a partir de 1º de janeiro de 2016; a proibição da publicidade dos cigarros em pontos de vendas; aumento da carga tributária dos cigarros, além de fixar preço mínimo de venda do produto no varejo.²⁴

A baixa prevalência detectada neste estudo (5%) pode ser reflexo do bom êxito de ações antitabágicas em nível federal. Mesmo não recebendo as medidas educativas diretamente, pode-se presumir que para esses indivíduos as diversas formas de mídia contribuíram positivamente para a detecção da baixa prevalência encontrada.

Da mesma forma, a verificação da existência, neste estudo, de ex-tabagistas que não receberam aconselhamento para a cessação do hábito tabágico pode ser considerada mais um indício de que as campanhas realizadas pela mídia televisiva, impressa e digital, de caráter nacional tiveram impacto positivo no grupo investigado. Isso porque os mesmos apenas afirmaram não terem recebido aconselhamento direto para deixar de fumar, o que não descarta a possibilidade de terem recebido esclarecimentos e conscientização sobre os riscos do hábito de forma indireta.

O índice de cessação do uso do tabaco no Brasil, apurado no Inquérito Domiciliar das 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, foi de 44 a 58,3% e considerado fator promissor no país.¹⁴ Neste estudo encontrou-se índice superior aos índices nacionais (77%), o que é extremamente satisfatório e mais um indicativo da eficiência das políticas públicas nacionais na população estudada.

Além disso, o nível de esclarecimento do grupo estudado (policiais militares), embora não tenha passado por avaliação nesta investigação, deve ser satisfatório, pela implicação na execução da atividade profissional dos mesmos, o que pode ter con-

tribuído para o ótimo índice de cessação verificado nesse grupo, visto que o mesmo inquérito realizado pelo INCA, anteriormente citado, afirma que o índice de cessação do tabagismo é mais elevado em grupos com mais escolaridade, pelo nível de esclarecimento que os mesmos apresentam.¹⁴

Apesar do índice de cessação do tabagismo ser mais elevado em grupos com mais escolaridade, o que é benéfico, o nível de industrialização e urbanização também influenciam nas taxas de prevalência do tabagismo, como observado em grandes cidades como Manaus e São Paulo, que apresentam níveis ideais de escolaridade, mas intenso desenvolvimento industrial e populacional.¹⁴ Regiões mais industrializadas e urbanizadas tendem a ter um aumento no consumo de tabaco na faixa etária mais jovem.²⁵ Além disso, evidenciam-se hábito mais boêmio em regiões mais urbanizadas e a associação do tabaco com o uso de drogas lícitas e ilícitas.²⁶

Nesta pesquisa, apurou-se que oito (100%) dos fumantes atuais e 25 (91,7%) dos ex-fumantes são homens. A influência do gênero masculino no hábito de fumar também foi registrada em amostra de 871 universitários pesquisados, sendo que 10,8% do sexo masculino e 5,5% do sexo feminino referiram esse hábito,¹⁰ como demonstrado neste estudo. No Brasil, um terço da população adulta é tabagista, sendo 60% do sexo masculino e 40% do sexo feminino.²⁷ Esses dados corroboram o inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis realizado em 2004 em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Neste se encontrou que em todas as capitais estudadas a prevalência de consumo de cigarros foi mais alta entre os homens do que entre mulheres,²⁵ assim, como reportado por meio do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.²⁸ Essa diferença da prevalência de tabagismo entre os sexos pode ser explicada pelos fatores socioeconômicos, históricos e culturais,¹⁷ além do estímulo de outros jovens e da influência de familiares que experimentaram o tabaco e o álcool.²⁹

A alta prevalência encontrada neste estudo de policiais favoráveis à proibição do fumo em ambientes coletivos leva a crer que existe a preocupação com aqueles que não fumam, sabendo da existência do fumante passivo. Essa preocupação se justifica, pois o tabagismo passivo é a terceira maior causa de morte evitável no mundo.³⁰ Pesquisas realizadas pelo Instituto Datafolha destacam que a maioria dos brasilei-

ros (81%) concorda com a proibição do fumo dentro de ambientes coletivos fechados.³¹ Resultados semelhantes foram enfatizados ao identificar-se que mesmo as pessoas que fumavam há mais de 10 anos, os ex fumantes e os não fumantes se diziam favoráveis à restrição do fumo em ambientes com circulação pública.³² O tempo de abstinência do tabaco constatado para os ex-fumantes foi superior ao de outras pesquisas (mais prevalente em 39% maior que 10 anos), o que ressalta um aspecto positivo encontrado na população investigada. Outras pesquisas mencionaram períodos mais curtos. Exemplo disso foi citado por Costa e Elabras Filho (2006),³³ em que 17% afirmaram abstinência de apenas um, enquanto Rodrigues, Cheik e Mayer (2008)¹⁰ obtiveram a mais alta prevalência de abstinência entre um e cinco anos.

Nesta pesquisa a idade da primeira experiência tabágica ocorreu, em média, aos 16,9 anos (dp ± 4,72). Outros dados referem que o primeiro contato com o cigarro acontece no âmbito universitário, na faixa etária dos 17 anos (dp ± 4) anos, tendo como consumo tabagístico menos de 10 cigarros por dia.¹⁰ Em Porto Alegre, Vitória, Goiânia e Boa Vista, verificou-se que cerca de 70% dos jovens experimentam cigarro aos 13 anos ou menos e em Curitiba a experimentação precoce chega a quase 80% (Brasil, 2004).³² O mesmo foi salientado em outra pesquisa ao observar que 89% dos entrevistados fumantes iniciaram o hábito com idade inferior aos 20 anos,³⁴ enquanto para outros autores³⁵ a primeira experiência tabágica foi na faixa etária dos 16 aos 20 anos (p < 0,05). Em alguns trabalhos³⁶, a idade de experimentação e início do hábito tabágico antes dos 20 anos de idade estão comumente associados ao período de transição do indivíduo, do nível de ensino médio para o superior, sendo que muitos jovens podem apresentar o primeiro contato com o cigarro ao ingressarem na Universidade.

Os efeitos do *status* socioeconômico dos pais, nível socioeconômico próprio e a mobilidade social influenciam no desenvolvimento do hábito de fumar desde a adolescência até a idade adulta. Isso porque o mais baixo nível de instrução por parte dos pais representa significativo fator de risco para o tabagismo nos filhos.³⁷ Outra questão que se relaciona ao hábito é a participação em grupos sociais, pois o fato de ter um amigo tabagista aumenta cinco vezes as chances de iniciar o consumo. E esse uso inicia-se geralmente com os amigos. Além disso, destaca-se que o uso de outras drogas tanto ilícitas quanto lícitas, principalmente o álcool, favorece o consumo de tabaco.²⁶ A faixa etária da primei-

ra experiência tabágica encontrada neste estudo (16,9 anos - dp \pm 4,72) considera a hipótese do incentivo ao início do hábito tabágico associada a comportamentos ligados à participação em grupos sociais.

Vários pesquisadores avaliaram a associação entre tabagismo, uso de álcool e atividade física e a forma como os hábitos de saúde podem prever mudanças em outros comportamentos, desde a adolescência até a idade adulta, e constataram que o hábito de fumar foi associado à inatividade física e ao uso de álcool. Desse modo, os autores destacam que a promoção de hábitos de vida saudáveis, o bom uso do lazer, estímulo à prática de atividades físicas e a criação de projetos de vida são fatores significativos que contribuem não só para minimizar o consumo de tabaco, mas também previnem outros comportamentos de hábitos não saudáveis.³⁷

Acredita-se que a baixa dependência nicotínica encontrada neste estudo (37% muito baixo e 25% baixo grau) seja em razão dos policiais serem fisicamente ativos, pois indivíduos praticantes de atividade física, quando tabagistas, tendem a ser fumantes leves e ocasionais, sugerindo que o exercício físico colabora para a manutenção da baixa dependência nicotínica.³⁸ Esses achados podem estar relacionados à atuação de programas nacionais, a partir de campanhas de conscientização antitabágica, sendo um forte indicativo para minimizar a prevalência do hábito tabágico, apesar da deficiência em ações de combate local.

CONCLUSÃO

O estudo com policiais militares no 4º BPM de Gurupi-TO para verificar a prevalência de tabagismo constatou índice de 5%, considerado abaixo da média brasileira, sendo que apenas 25% apresentaram baixo grau de dependência nicotínica.

REFERÊNCIAS

- Rosemberg J, Perin S. Tabagismo entre estudantes da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. *Tabagismo nos acadêmicos de medicina e nos médicos*. *J Pneumol*. 2008; 16(8):13-22.
- Ezzati M, Lopez AD. Regional, disease specific patterns of smoking-attributable mortality in 2000. *Tob Control*. 2004; 13(4):388-95.
- World Health Organization. *The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO; 2002.
- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*. 2006; 3(11):2011-09.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevalência e Vigilância. *Tabagismo*. Rio de Janeiro; 2005. [Citado 2012 fev. 07]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/causalidade_tabagismo.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde do trabalhador*. Brasília: MS; 2002.
- Ferreira DK, Bonfim C, Augusto LGS da. Fatores associados ao estilo de vida de policiais militares. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(8):3403-12.
- Reza CG, Nogueira MS. Estilo de vida de pacientes hipertensos de um programa de exercício aeróbico: estudo na cidade de Toluca, México. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12(2):265-70.
- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 10 de Outubro de 1996.
- Rodrigues ESR, Cheik NC, Mayer AF. Nível de atividade física e tabagismo em universitários. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(4):672-8.
- World Health Organization. *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva: WHO; 1998.
- Halty LS, Huttner MD, Netto ICO, Santos VA, Martins G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerstrom (QTF) com instrumento de medida da dependência nicotínica. *J Pneumol*. 2002; 28(4):180-6.
- Ayres M, Ayres Júnior M, Ayres DL, Santos AAS. *BioEstat 4.0: Aplicações estatísticas nas áreas das Ciências Biológicas e Médicas*. 4ª ed. Belém: Sociedade Civil Mamirauá; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *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; 2004. [Citado em 2012 fev 05]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/completa.pdf>
- Diniz SMF. *Implicações do diabetes mellitus na qualidade de vida de indivíduos, participantes do programa de saúde para o diabético tipo 2 do Hospital do Policial Militar (PSPD - HPM [dissertação]*. Goiânia: Universidade Católica de Goiás. Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde; 2009.
- Granville-Garcia AF, Sarmiento DJS, Santos JA, Pinto TA, Sousa RV, Cavalcanti AL. *Tabagismo entre acadêmicos da área de saúde*. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(2):389-96.
- Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C, Silva AMC. Estudo comparativo entre características de personalidade de universitários fumantes, ex-fumantes e não-fumantes. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2005; 27(2):140-50.
- Reis AUL. Incidência de tabagismo entre policiais militares. *Rev Med Hosp São Vicente de Paulo*. 1992; 4(9):9-12.
- Souza AL. *O tabagismo e os programas de auxílio à cessação do fumar [thesis on the Internet]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Engenharia de Produção; 2003. [Citado em 2006 Oct 7]. Disponível em: <http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/10822.pdf>

20. Cinciripini PM, Hecht SS, Henningfield JE, Manley MW, Kramer BS. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. *J Natl Cancer Inst.* 1997; 89(24):1852-67.
21. Russo AC, Azevedo RCS. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. *J Bras Pneumol.* 2010; 36(5):603-11.
22. Echer IC, Menna BSS, Motta GCP. Fatores que contribuem para o abandono do tabagismo. *Rev Gaúcha Enferm.* 2007; 28(3):350-8.
23. Organização Mundial da Saúde. Tabagismo e saúde nos países em desenvolvimento; tradução. Brasília: Instituto Nacional do Câncer; 2003. [Citado 2010 maio 4]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=publicacoes&link=tabagismo_saude.pdf
24. Brasil. Senado Federal. Senado aprova lei antifumo. *Jus Brasil*; 24 de Novembro de 2011. [Citado em: 2010 maio 13]. Disponível em: <http://expressomt.jusbrasil.com.br/politica/8111752/senado-aprova-lei-antifumo>.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevalência e Vigilância. Prevalência de Tabagismo no Brasil: Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro; 2004. [Citado em 2011 out 05] Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/.../PRDownloadServlet?arquivo=Prevalencia_Tabagismo_Brasil_Inquerito_Domiciliar.pdf
26. Razzino BE, Ribordy SC, Grant K, Ferrari JR, Bowden BS, Zeisz, J. Gender-related processes and drug use: Self-expression with parents, peer group selection, and achievement motivation. *Adolescenc.* 2004; 39:167-77.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo no Brasil e no mundo [online]. [Citado em 2006 jan 15]. Disponível em: www.inca.gov.br
28. Malta DC, Oliveira MR, Moura EC, et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(3):2011-22.
29. Horta BL, Calheiros P, Pinheiro RT, Tomasi E, Costa do Amaral K. Tabagismo em adolescentes de área urbana na região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2001; 35(2):159-64.
30. International Agency of Reaserch in Cancer (IARC). Environmental Carcinogens methods of analysis and exposure measurement. Passive Smoking. Scientific Publications. 1987; 9(31):11-23.
31. Porto R, Thompson P, Fernandes C. Reportagem testa tolerância com o fumo em lugares proibidos. 2008. [Citado em 2011 maio 21]. Disponível em: <http://www.tabagismoonline.com.br/servicos/noticias/reportagem-testa-tolerancia-com-o-fumo-em-lugares-proibidos/>
32. Vendrametto MC, Silva MC, Gomes MF, Mella-Júnior SE, Mella EAC. Prevalência de tabagismo em docentes de uma instituição de ensino superior. *Arq Ciênc Saúde Unipar.* 2007; 11(2):143-8.
33. Costa AA, Elabras Filho J, Araújo ML, Ferreira JES, Meirelles LR, Magalhães CK. Programa Multiprofissional de Controle do Tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. *Rev SOCERJ.* 2006; 19(5):397-403.
34. Andrade APA, Bernardo APC, Viegas CAA, Ferreira DBL, Gomes TC, Sales MR. Prevalência do tabagismo em jovens da Universidade de Brasília. *J Bras Pneumol.* 2006; 32(1):23-8.
35. Lobo MS, Oliveira MN, Soares M. Prevalência de tabagismo em universitários da área da saúde e demais cursos na faculdade UNIRG em Gurupi-TO [Monografia]. Gurupi: Centro Universitário Unirg; 2007.
36. Adlaf EM, Gliksman L, Demers A, Newton-Taylor B. Cigarette use among Canadian undergraduates. *Can J Public Health.* 2003; 94(1):22-4.
37. Paavola M, Vartiainen E, Haukkala A. Smoking from adolescence to adulthood: The effects of parental and own socioeconomic status. *Eur J Public Health.* 2004; 14:417-42
38. Escobedo LG, Marcus SE, Holtzman D, Giovino GA. Sports participation, age at smoking initiation, and the risk of smoking among us high school students. *JAMA.* 1993; 269(11):1391-5.