

TABAGISMO EM ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA DA FACULDADE DA ALTA PAULISTA - FAP, TUPÃ – SP

TABAGISMO EM ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA DA FACULDADE DA ALTA PAULISTA - FAP, TUPÃ – SP

Juliana Bassalobre Carvalho Borges
Professora Doutora – FAP e Unesp Marília

Gabriela Freese Navarini
Aluna do 8º termo do curso de Fisioterapia - FAP - Tupã/SP

Elisângela Cristina Dias Felipus
Aluna do 8º termo do curso de Fisioterapia - FAP - Tupã/SP

Keli Aparecida dos Santos Antonio
Fisioterapeuta ex aluna da Faculdade da Alta Paulista - FAP - Tupã/SP

Thaiana Fantacussi dos Santos
Fisioterapeuta ex aluna da Faculdade da Alta Paulista - FAP - Tupã/SP

Sebastião Marcos Ribeiro de Carvalho
Professor Doutor - Estatística, FFC-Unesp, DPE, Marília e Consultor da FAMEMA - Marília/SP

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi avaliar o índice de tabagismo, grau de dependência nicotínica e sua relação com índice de massa corpórea em alunos do curso de Fisioterapia da Faculdade da Alta Paulista, Tupã-SP. Foram avaliados 152 estudantes de ambos os gêneros, idade entre 18 e 46 anos (média $21,7 \pm 4,82$ anos), submetidos a protocolo com dados pessoais; hábitos de vida como tabagismo, prática de atividade física; avaliação do índice de massa corpórea (IMC), questionário para tabagistas adaptado do Ministério da Saúde e dependência à nicotina pelo questionário de Fagerström (QTF). Foi realizada análise estatística pelo teste qui-quadrado, adotou-se nível de significância 5%. Na amostra encontrou-se 13,2% de tabagistas dos quais, 40% apresentaram dependência nicotínica muito baixa, 30% baixa, 15% média e 15% elevada. Quanto à classificação do IMC, 17,6% abaixo do peso; 52% normal; 19,1% sobrepeso, 11,3% obesos e 2% severamente obesos. Observaram-se resultados significantes quando se relacionou: gênero com número de cigarros consumidos por dia ($p=0,008$); dependência nicotínica com fumo freqüente pela manhã ($p=0,03$); dependência nicotínica com tempo para fumar o primeiro cigarro após acordar ($p=0,002$) e dependência nicotínica com uso do tabaco quando doente ($p=0,03$). Não houve associação entre IMC e dependência nicotínica nessa amostra. A avaliação do QTF e IMC são medidas adequadas, importantes e de baixo custo, entretanto sugerimos que são necessários estudos mais específicos sobre essa relação nesta população. Destacamos a importância da atuação preventiva sobre obesidade, dependência ao tabaco e fatores de risco cardiovascular em adultos jovens.

Palavras-chave: Estudantes. Questionário de Fagerström. Tabagismo.

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the rate of smoking, degree of dependence on tobacco and its relation to body mass index in the course of physiotherapy students of the Alta Paulista University, Tupã-SP. We evaluated

152 students of both genders, aged between 18 and 46 years (average 21.7 ± 4.82 years), submitted the protocol to personal data; living habits such as smoking, physical activity, evaluation of mass index body (BMI), smoking questionnaire adapted to the Ministry of Health and addiction to nicotine by questionnaire from Fagerström (QTF). Statistical analysis was performed by chi-square, took up 5% level of significance. In the sample we found 13.2% of smokers of which 40% showed very low dependence on tobacco, 30% lower, 15% medium and 15% high. As the classification of BMI, 17.6% below the weight, 52% normal, 19.1% overweight, 11.3% obese and 2% severely obese. There were significant results when it reported: gender with number of cigarettes smoked each day ($p = 0008$); addiction to tobacco smoke frequent in the morning ($p = 0.03$); dependence on tobacco smoking in time for the first cigarette after waking ($p = 0002$) with tobacco use and addiction of smoking when is sick ($p = 0.03$). There was no association between BMI and tobacco dependence in this sample. The assessment of the QTF and BMI measures are appropriate, significant and low cost, however suggest that more detailed studies are needed on this relationship in this population. We stress the importance of preventive action on obesity, addiction to tobacco and cardiovascular risk factors in young adults.

Key-words: Students. Questionnaire for Fagerström. Smoking.

INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares têm sido alvo de estudos e despertado interesse por atingirem grandes contingentes populacionais, além de representar elevados custos sociais e econômicos. Embora tenha ocorrido uma redução na taxa de óbitos atribuídas às doenças cardiovasculares nos últimos 30 anos, ainda continua sendo a principal causa de morte prematura, responsável pela maior taxa de morbidade e mortalidade na maioria dos países, sendo a doença arterial coronária (DAC) a principal causa (SIMÃO et al. 2002; LEON, 2003).

No Brasil, as doenças cardiovasculares têm se tornado um grave problema de Saúde Pública, são as principais causa de mortes. No ano de 2000, mais de 30% do total de mortes ocorridas foram devido a doenças cardíacas, dentre as quais a DAC, totalizou 30,1% dos óbitos (FIGUEIREDO, 2007). Segundo Ramos (2006), no ano de 2003 as doenças cardiovasculares representaram cerca de 32% dos óbitos.

A DAC está ligada a diversos fatores de risco, que podem ser definidos como características que se relacionam à maior predisposição para o desenvolvimento de uma doença (REGENGA, 2000; PORTO, 2005). Segundo Leon (2003), o tabagismo é o mais importante fator de risco comportamental para a DAC. A disseminação do consumo de cigarro, de acordo com Levy; Silva; Morano (2005), ocorreu com o início de sua produção industrial no final do século XIX, houve uma disseminação endêmica do seu consumo, incrementada pela propaganda direta e indireta do produto.

Pesquisas revelam que o consumo do tabaco pode causar diferentes doenças, dentre elas as doenças cardiovasculares (infarto, angina), o câncer, doenças respiratórias obstrutivas crônicas, e derrame cerebral (LEON, 2003; LEVY; SILVA; MORANO, 2005). Segundo o Ministério da Saúde (1997), o tabagismo está associado a 30% das mortes por câncer, 90% por câncer de pulmão, 30% por DAC, 85% por doença pulmonar obstrutiva crônica e 25% das mortes por doença cerebrovascular.

Vários estudos mostram que o hábito de fumar se instala precocemente, já que 80% dos adultos fumantes declararam ter iniciado no tabagismo antes dos dezoito anos. O início do tabagismo dá-se na infância e adolescência, na maior parte dos fumantes, e as doenças por ele produzidas em geral começam a partir dos 40 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997; RIBEIRO et al., 1999; LEON, 2003; MENEZES et al., 2004; LEVY; SILVA; MORANO, 2005; SALES et al., 2006; SPIANDORELLO et al., 2007).

Assim como Leon (2003) relatou ser o tabagismo o mais importante fator de risco comportamental para a DAC, Regenga (2000) e Carneiro et al. (2003) mostraram a influência da obesidade, destacando também como um fator de risco controlável e importante para mesma.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a obesidade atualmente é caracterizada como uma epidemia mundial, sem limites de fronteiras, acometendo altos índices em países desenvolvidos (SOUZA et al., 2003). Há mais de um bilhão de adultos com excesso de peso, dos quais trezentos milhões, pelo menos, são obesos. No Brasil, de acordo com os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, realizada entre 2002 e 2003, 40,6% da população total de adultos apresenta sobrepeso, sendo 11% considerados obesos, com prevalência maior entre as mulheres (BARBATO et al., 2006; FIGUEIREDO, 2007).

Existem diversas maneiras de diagnosticar e classificar a obesidade, por meio dos chamados indicadores (ou medidas) antropométricos: tais como a relação circunferência cintura-quadril (waist-hip ou W/h), espessura da prega cutânea, índice de gordura do braço e índice de massa corpórea (IMC), sendo a relação W/h e IMC os mais utilizados. As medidas antropométricas são amplamente divulgadas e utilizadas por serem instrumentos de fácil reprodutibilidade, não-invasivos e de baixo custo (POWERS; HOWLEY, 2000; REGENGA, 2000; CONDE; MONTEIRO, 2006; FIGUEIREDO, 2007).

O IMC é uma forma para se medir a obesidade, e identifica indivíduos com risco maior para doenças cardiovasculares, são usadas medidas antropométricas para detectar excesso de peso, assim podemos definir se um indivíduo está abaixo do peso, peso normal, sobrepeso, obeso e severamente obeso. O IMC é calculado por meio do peso dividido pela altura ao quadrado (Kg/m^2) (GUS et al. 1998; CERCATO et al., 2000; POWERS; HOWLEY, 2000; REGENGA, 2000).

A respeito das implicações da obesidade sobre a saúde, diversos estudos mostram sua relação com o risco cardíaco. Sabe-se que a obesidade é um fator de risco independente para várias doenças cardiovasculares, associa-se a maior predisposição para DM tipo 2, dislipidemia e HAS, fatores de risco para DAC (REGENGA, 2000; LEON, 2003; BARBATO et al., 2006).

Dentre os principais componentes de políticas de uma vida saudável destacam-se a promoção do aumento da atividade física, a implantação de programas de exercício físico e o incentivo à aquisição de hábitos alimentares e de vida saudáveis (POWERS; HOWLEY, 2000).

Estudos relatam que é papel das escolas e universidades criarem mecanismos educativos e servir de exemplo para as suas comunidades. Destacam sua importância não apenas na formação acadêmica, como também na formação pessoal do aluno, refletindo na construção dos hábitos de vida (RIBEIRO et al., 1999; MENEZES et al., 2004; MONEGO; JARDIM, 2006; FIGUEIREDO, 2007; SPIANDORELLO et al., 2007).

Diante dessas afirmações e considerando os efeitos dos fatores de risco para DAC sobre a saúde, verifica-se a importância de identificar sua presença, destacando o tabagismo, a obesidade e o risco cardiovascular na população de adolescentes e adultos jovens, principalmente entre os estudantes universitários, justificando a realização desse estudo.

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar o índice de tabagismo, o grau de dependência nicotínica e sua relação com o IMC em alunos do curso de Fisioterapia da Faculdade da Alta Paulista, da cidade de Tupã.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal, quantitativo e descritivo, com estudantes do primeiro ao quarto ano do curso de

Fisioterapia da Faculdade da Alta Paulista (FAP), na cidade de Tupã-SP. O curso de Fisioterapia contava com total de 174 alunos matriculados no ano de 2007, todos foram convidados a participar, porém a amostra total foi de 152 alunos. Foram excluídos 22 alunos, dos quais, 11 faltaram no período marcado para avaliação e 11 se recusaram a participar da pesquisa.

O estudo foi realizado no mês de Outubro de 2007, aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Marília e obtido termo de Consentimento Livre e Esclarecido de cada voluntário.

Foram avaliados 152 estudantes, 122 do gênero feminino e 30 do masculino, com idade entre 18 e 46 anos (média de $21,7 \pm 4,82$ anos), submetidos à avaliação por protocolo padronizado desenvolvido pelas pesquisadoras de acordo com a literatura (REGENGA, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; LEVY; SILVA; MORANO, 2005; SALES et al., 2006; SPIANDORELLO et al., 2007); onde se realizou coletados dados pessoais, antecedentes familiares, uso de medicamentos, hábitos de vida como tabagismo e prática de atividade física e, exame físico.

Para se obter as informações necessárias sobre o consumo de tabaco, foi utilizado um questionário desenvolvido por adaptações do Ministério da Saúde, (1997 e 2001); Levy; Silva; Morano (2005) e Spiandorello et al. (2007). Neste questionário encontram-se perguntas relacionadas ao hábito tabágico, idade de início e tempo de tabagismo, número de cigarros fumados ao dia, intenção de continuar fumando, motivação e preparação para a tarefa de parar de fumar e número de tentativas prévias frustradas para se parar de fumar. Além disso, foi avaliada a dependência à nicotina pelo questionário de Fagerström (QTF).

Para cada alternativa do teste de Fagerström existe uma pontuação estipulada. Após a aplicação do questionário foi realizada a soma dos pontos de cada alternativa e, o valor total mostrou o grau de dependência nicotínica. Considerando o valor total: de 0 a 2 = dependência muito baixa; de 3 a 4 = dependência baixa; de 6 a 7 = dependência alta e de 8 a 10 = muito alta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; HALTY et al. 2002; SPIANDORELLO et al., 2007). No Brasil, esse instrumento foi validado por Carmo e Pueyo (2002).

Além do questionário de Fagerström, aplicado na íntegra, foram acrescentadas ao questionário, perguntas relativas ao hábito de vida do fumante, como: motivo que começou a fumar, queixas relacionadas ao tabaco, motivos que os fazem manter o vício, se pensa em parar de fumar ou até estipular uma data para isso, podendo assim ser assinaladas mais de uma alternativa.

Em nosso estudo o questionário e as perguntas sobre o tabagismo foram aplicados à amostra total de fumantes, que correspondeu a 20 indivíduos.

O exame físico constou de medidas antropométricas, peso e altura, utilizando uma balança da marca Welmy®. Para a aferição de peso e altura, os indivíduos foram orientados a permanecerem na posição ortostática, com pés descalços sobre o centro da balança, e usando roupas leves. Para a medida da altura foi utilizada a régua da balança, com medidas em centímetros (DOIRADO, 2006). As medidas foram anotadas no protocolo e realizadas avaliação do Índice de Massa Corpórea (IMC) e classificação do Risco de Doença Cardiovascular (RCV)

A avaliação do IMC foi realizada pelo cálculo da relação entre o peso corporal em quilogramas (Kg), e a altura em metros ao quadrado. $IMC = \text{peso (kg)} \div \text{altura (m}^2)$ (POWERS; HOWLEY, 2000; REGENGA, 2000; DOIRADO, 2006). A classificação do IMC foi definida segundo Regenga (2000): abaixo do peso = $IMC < 20$; peso normal = $IMC 20$ a $24,9$; sobrepeso = $IMC 25$ a $29,9$; obeso = $IMC 30$ a $39,9$ e severamente obeso $IMC \geq 40$.

A classificação do RCV foi realizada segundo a “American Heart Association”, que determina uma correlação entre o risco de doença cardiovascular e o aumento do IMC, foram classificados os indivíduos em cinco categorias: IMC

20 - 24,9 = RCV muito baixo; IMC 25 - 29,9 = RCV baixo; IMC 30 - 34,9 = RCV moderado; IMC 35 - 39,9 = RCV alto e IMC 35 \geq 40 = RCV muito alto (REGENGA, 2000).

Foi realizada análise estatística pelo teste qui-quadrado, adotou-se nível de significância em 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As características gerais dos estudantes estão resumidas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características gerais dos estudantes.

CATEGORIA	FREQÜÊNCIA - n	%
Gênero		
Feminino	122	80,3
Masculino	30	19,7
Curso de Fisioterapia		
1º ano	29	19,1
2º ano	40	26,3
3º ano	57	37,5
4º ano	26	17,1
Atividade Física		
Sedentário	71	46,7
Leve	46	30,3
Moderada	13	8,6
Intensa	8	5,3
Muito intensa	14	9,2
Tabagismo		
Sim	20	13,2
Não	132	86,8
Medicamentos		
Sim	6	3,9
Não	146	96,1
Consumo de álcool		
Sim	81	53,3
Não	71	46,7
Patologias		
Ausente	148	97,4
HAS	4	2,6
Estado Civil		
Casado	15	9,9
Solteiro	137	90,1

Observou-se no presente estudo prevalência no curso de Fisioterapia do gênero feminino com 122 estudantes (80,3%), no gênero masculino foram encontrados 30 estudantes (19,7%). Próximo aos nossos achados encontra-se o estudo de Tauil; Coelho; Monteiro (2006), que estudaram 176 alunos de graduação, porém do curso de enfermagem, observaram prevalência do gênero feminino com 144 estudantes (81,8%); enquanto no gênero masculino 32 estudantes (18,2%).

Acreditamos que isso mostre o perfil do curso de Fisioterapia onde se sugere que ainda é mais procurado por mulheres, assim como o de Enfermagem.

Na classificação do IMC, 17,8% dos estudantes foram classificados em abaixo do peso, 52% peso normal, 19% sobrepeso, 9,3% obesos e 2% severamente obeso.

Caíres et al. (2005) estudaram 435 funcionários de uma Universidade, obtendo 53,5% indivíduos com peso normal, 4,1% abaixo do peso, 31,9% sobrepeso e 10,3% obesidade. Freitas et al. (2007), analisaram 768 indivíduos da cidade de Ouro Preto, encontraram 6,4% de baixo peso e 30% com sobrepeso e obesidade.

Para classificar o RCV, foram utilizados critérios definidos por Regenga (2000), onde determina correlação entre o risco de doença cardiovascular e o aumento do IMC. Os estudantes foram classificados em: sem risco 27 (17,8%), risco muito baixo 79 (52%), baixo 30 (19,7%), risco moderado 12 (7,9%), alto com 1 (7%) e muito alto 3 (2%).

Fernandes et al. (2006) estudou o IMC e RCV em funcionários de uma empresa de seguro-saúde, observou prevalência de indivíduos do gênero feminino 91 (61,5%) em relação ao masculino, 57 (38,5%). Rezende et al (2006) estudaram 231 servidores da Universidade Federal de Viçosa, encontrou 106 indivíduos do gênero feminino (45,9%) e 125 no masculino (54,1%).

Em relação ao uso de tabaco, observou-se no presente estudo que 20 dos 152 estudantes (13,2%) possuem o hábito de fumar, esse achado está próximo ao encontrado na literatura quando comparado com estudos semelhantes em universitários. Rondina; Moratelli; Botelho (2000) estudaram total de 187 alunos universitários do curso de administração de empresa; turismo; pedagogia; ciências sociais e comunicação social, observaram 17,1% de tabagistas. Coelho et al. (2005) estudaram 153 universitários do curso de medicina, observaram 5,9% de tabagistas.

Na associação entre gênero e tabagismo foi observado resultado significante ($p=0,03$), os estudantes do gênero masculino apresentam maior prevalência de tabagistas (26,7%) em relação aos do feminino (9,8%), concordando com Ribeiro et al (1999), onde também observaram maior prevalência de tabagismo no gênero masculino.

Coelho et al. (2005) relatam que a Sociedade Brasileira de Cardiologia do Estado de São Paulo encontrou 17% tabagistas no ano de 1999; isso gerou debates quanto aos malefícios que o tabaco possui e acreditam que devido ao conhecimento e divulgação, essa taxa tende a diminuir.

No gráfico 1 observa-se que do total de 20 tabagistas submetidos ao QTF, 40% indivíduos com dependência nicotínica muito baixa, 30% indivíduos com baixa dependência, 15% indivíduos com média dependência e 15% indivíduos com elevada dependência, não obtendo valores para grau de dependência ao tabaco muito elevado.

Esses dados encontrados concordam com o estudo de Munaretti e Terra (2007), que estudaram 84 pacientes do Ambulatório de Psiquiatria do CEJBF, em Porto Alegre RS, dos quais 18 eram tabagistas, obtendo, dependência nicotínica baixa, em 61,11% dos casos, 27,78% moderada e 11,11% grave.

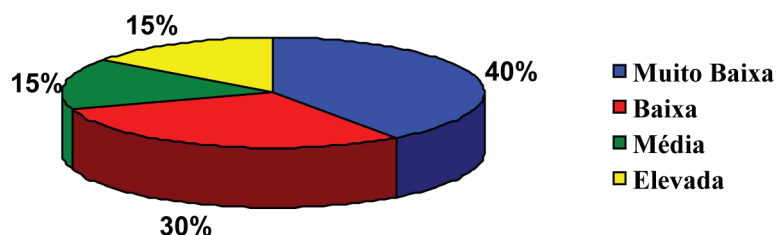


Gráfico 1: Classificação do Grau de Dependência Tabágica segundo o QTF

Em amostra mais ampla, porém com caracterização dos dados semelhantes ao presente estudo, encontra-se Castro et al. (2007), que analisou 276 sujeitos tabagistas da população geral de Porto Alegre RS, encontrando 50,4% de dependentes leves, 33,7% moderados e 15,6% com alto grau de dependência de tabaco.

Já ao comparar com o estudo de Machado, Alérico e Sena (2007), verifica-se que em uma amostra de 40 tabagistas, do ambulatório do centro municipal de saúde do município de Redentora RS, foram encontrados 25% dos indivíduos com baixa dependência, 55% com grau elevado e 20% muito elevado, não havendo muito baixo e médio grau de dependência ao tabaco. Assim como no estudo de Luppi, Alves e Santos (2006), ao analisar 159 indivíduos do Programa de Cessação ao Tabagismo na Unesp de Botucatu, encontrando, 39% dos pacientes com grau elevado de dependência e 37,7% com grau muito elevado.

Acredita-se que o baixo grau de dependência ao tabaco encontrado no presente estudo, esteja relacionado ao nível de escolaridade dos indivíduos da amostra, já que 100% deles possuem nível superior incompleto, concordando com Castro et al (2007), onde os dependentes mais graves possuíam menor escolaridade, assim como no estudo de Ribeiro et al (1996). Outro fator que pode estar relacionado seria o fato da amostra pertencer a um curso da área da saúde, onde se acredita que o conhecimento sobre os malefícios do tabaco são mais evidentes entre os alunos, evitando assim o seu consumo; isso foi afirmado no estudo de Sawicki e Rolim (2004), que analisaram uma amostra de 279 alunos do curso de enfermagem da UNIFESP, obtendo 23 tabagistas, dos quais apenas 9,1% tiveram um grau de dependência elevada a nicotina.

Não houve associação entre IMC e dependência nicotínica nessa amostra

Na associação entre grau de dependência nicotínica ao fumo freqüente pela manhã, foi observado resultado significativo nessa amostra ($p=0,037$), 100% dos indivíduos com dependência nicotínica muito baixa, não possuem o hábito de fumar pela manhã. Não foram encontrados estudos semelhantes que tenham obtido esta relação (Tabela 2). Em estudo de Halty et al (2002), onde o QTF foi aplicado a 301 indivíduos da Santa Casa de Misericórdia e no Hospital Universitário da cidade de Rio Grande RS, apenas 25,9% dos indivíduos com elevada dependência de tabaco responderam afirmativamente esta questão, sendo considerada pelos autores uma pergunta com pouco poder discriminatório.

Tabela 2 - Associação entre Dependência e Fumo freqüente pela manhã, resíduo ajustado (RAJ) e estatística

Dependência		Fumo Freqüente pela Manhã		Total
		SIM	NÃO	
Muito Baixa	n	0	8	8
	% dentro da Dependência	0	100	100
	% dentro do fumo freqüente pela manhã	0	61.5	40,0
	R _{AJ}	-2.7	2.7 *	
Total	n	7	13	20
	% dentro da Dependência	35,0	65,0	100
	% dentro do fumo freqüente pela manhã	100	100	100

Teste do qui-quadrado: χ^2 (Monte Carlo); $p = 0,037$

Na associação entre grau de dependência nicotínica a questão que se refere ao fumo mesmo doente, Tabela 3, foi observado resultado significativo nessa amostra ($p=0,038$) no que se diz respeito aos indivíduos com dependência nicotínica muito baixa e o fato de não realizar uso do tabaco quando doente, totalizando 87,5% da amostra. No estudo de Halty et al (2002), 70,1% dos entrevistados atestaram fumar mesmo quando doentes, indicando ser esta questão um preditor importante de dependência nicotínica.

Verificou-se ainda associação estatisticamente significativa ($p=0,002$) entre tempo de fumar o primeiro cigarro após acordar e grau de dependência nicotínica, sendo que em nossa amostra, 100% dos indivíduos que fumam seu primeiro

cigarro com tempo inferior a 5 minutos após acordar possuem média dependência ao tabaco, e 100% dos indivíduos que fumam seu primeiro cigarro entre 6 e 30 minutos após acordar possuem elevada dependência ao tabaco (Tabela 4).

Tabela 3- Associação entre Dependência e Fumo mesmo doente, resíduo ajustado (RAJ) e estatística

Dependência		Fuma Mesmo Doente		Total
		SIM	NÃO	
Muito Baixa	n	1	7	8
	% dentro da Dependência	12,5	87,5	100
	% dentro do Tabagismo enquanto doente	10,0	70,0	40,0
	R _{AJ}	-2.7	2.7*	
Total	n	10	10	20
	% dentro da Dependência	50,0	50,0	100
	% dentro do Tabagismo enquanto doente	100	100	100
	Teste do qui-quadrado: χ^2 (Monte Carlo); p = 0,038			

Concordando com resultados de Halty et al (2002), onde 93,3% dos indivíduos que pertencem ao grupo de elevada dependência nicotínica fumam seu primeiro cigarro com tempo igual ou inferior a 5 minutos após acordar. Essa questão representa uma das mais importantes questões do QTF, pois verifica o quão rápido o fumante precisa de um cigarro pela manhã, revelando a intensidade do seu desejo de fumar.

Tabela 4 - Associação entre Dependência e Tempo para fumar o primeiro cigarro após acordar

Dependência		Tempo para fumar o primeiro cigarro após acordar				Total
		5 min	6 a 30	31 a 60	>60	
Média	n	1	2	0	0	3
	% dentro da Dependência	33,3	66,7	0	0	100
	% dentro do tempo para fumar o 1º cigarro	100	33,3	0	0	15,0
	R _{AJ}	2,4*	1,5	-0,6	-2,1	
Elevada	n	0	3	0	0	3
	% dentro da Dependência	0	100	0	0	100
	% dentro do tempo para fumar o 1º cigarro	0	50,0	0	0	15,0
	R _{AJ}	-0,4	2,9*	-0,6	-2,1	
Total	n	1	6	2	11	20
	% dentro da Dependência	5,0	30,0	10,0	55,0	100
	% dentro do tempo para fumar o 1º cigarro	100	100	100	100	100
	Teste do qui-quadrado: χ^2 (Monte Carlo); p = 0,002					

No presente estudo, apesar de não ter sido verificada associação significante entre gênero e dependência nicotínica, assim como na amostra de Halty et al (2002); quando comparamos o gênero com o consumo de cigarros por dia, encontramos resultado estatisticamente significante, ou seja, o consumo de cigarros é maior no gênero masculino quando comparado com o feminino (Tabela 5).

Tabela 5 - Associação entre Gênero e Número de cigarros consumidos por dia número.

Gênero		Número de cigarros por dia			Total
		<10	11 a 20	21 a 30	
Masculino	n	1	6	1	8
	% dentro do Gênero	12,5	75,0	12,5	100
	% dentro do nº de cigarros por dia	11,1	85,7	25,0	40,0
	R _{AJ}	-2,4	3,1*	-0,7	
Feminino	n	8	1	3	12
	% dentro do Gênero	66,7	8,3	25,0	100
	% dentro do nº de cigarros por dia	88,9	14,3	75,0	60,0
	R _{AJ}	2,4*	-3,1	0,7	
Total	n	9	7	4	
	% dentro do Gênero	45,0	35,0	20,0	100
	% dentro do nº de cigarros por dia	100	100	100	100

Teste do qui-quadrado: χ^2 (Monte Carlo); p = 0,008

CONCLUSÕES

Mediante os dados obtidos, o estudo permite considerar:

- os estudantes apresentam composição corporal com 30% acima dos valores considerados normais, classificados na maioria como sobrepeso e risco cardiovascular baixo. Os maiores valores de IMC, com prevalência de sobrepeso e risco baixo, ocorrem no gênero masculino.
- o risco cardiovascular baixo e muito baixo são mais freqüentes para esta amostra de estudantes.
- os estudantes são classificados em tabagistas e não tabagistas, sendo mais freqüente o não uso de tabaco. O tabagismo apresenta relação com gênero, onde a prevalência de tabagistas é no masculino.
- nesta amostra os estudantes apresentam uma baixa dependência nicotínica.
- a avaliação do QTF, IMC e RCV são medidas adequadas, importantes e de baixo custo, facilmente reproduzidas para divulgação sobre o estado de saúde; entretanto sugerimos que são necessários estudos mais específicos sobre essa relação nesta população.

Destacamos que são necessárias medidas preventivas, objetivando aquisição de hábitos de vida saudáveis juntamente com a prática de atividade física, na tentativa de minimizar o grau de dependência ao tabaco, sobrepeso, obesidade e os fatores de risco cardiovascular em adultos jovens. É essencial prevenir o aparecimento de cardiopatias e suas comorbidades, como forma de evitar sua evolução, propiciando maior qualidade de vida ao indivíduo.

REFERÊNCIAS

BARBATO, K. B. G. et al. Efeitos da redução de peso superior a 5% nos perfis hemodinâmico, metabólico e neuroendócrino de obesos grau I. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo. v. 87, n.1, p. 12-21, jul. 2006.

CAIRES, N. F. R. et al. Sobrepeso e obesidade entre os funcionários da UEFS. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 29, n. 2, p. 238-250, jul./dez.2005.

CASTRO, M.G. et al. **Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco**. Rev. Psiq. Clín. Porto Alegre. v. 34, p. 61,67, 2007.

CERCATO, C. et al. Risco cardiovascular em uma população de obesos. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v. 44, n.1, p.45-48, 2000.

CONDE, W. L.; MONTEIRO, C. A. Valores críticos do índice de massa corporal para classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes brasileiros. **Jornal de Pediatria**. v. 82, n.4, p. 266-72, 2006.

DOIRADO, F. G. **Avaliação do índice de massa corpórea e risco cardiovascular em escolares de uma escola privada na cidade de Tupã, SP**. 2006. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Faculdade da Alta Paulista, Tupã.

FIGUEIREDO, J. C. **Avaliação do índice de massa corpórea e risco cardiovascular em escolares em uma escola particular na cidade de Marília, SP**. 2007. 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Unesp, Marília.

GUS, M. et al. Associação entre diferentes indicadores de obesidade e prevalência de hipertensão arterial. **Arq.Bras. Cardiol**. São Paulo. v. 70, n. 2, fev.1998.

HALTY, L. S. et al. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. **J. bras. pneumol**. São Paulo. v.28, p. 181-86.

LEON, A. S. Bases científicas para as medidas de prevenção das doenças cardiovasculares hipertensiva e aterosclerótica. In: POLLOCK, M.; SCHMIDT, D.H. **Doença Cardíaca e Reabilitação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

LEVY, C. S.; SILVA, R. M. M.; MORANO, M. T. A. P. O tabagismo e suas implicações pulmonares numa amostra da população em comunidade de Fortaleza-CE. **RBPS**. v.18, n. 3, p.125-29, 2005.

LUPPI, C. H. B.; ALVES, M. V. F. F.; SANTOS, A. A. Programa de Cessação ao Tabagismo: Perfil e Resultados. **Ver. Cienc. Ext**. v.2, n.2, p.51, 2006.

MACHADO, V.C.; ALERICO, M.I.; SENA, J. Programa de prevenção e tratamento do tabagismo: uma vivência acadêmica de enfermagem. **Cogitare Enferm**. São Paulo. v. 12, Abr/Jun. p. 248-52, 2007.

MENEZES, A M. B. et al. Tabagismo em estudantes de Medicina: tendências temporais e fatores associados. **J. bras. pneumol**. São Paulo. v. 30 n. 3, maio/jun. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ajudando seu paciente a deixar de fumar. Rio de Janeiro: **INCA**, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Abordagem e tratamento do fumante – Consenso 2001. Rio de Janeiro: **INCA**, 2001.

PORTO, C. C. **Doenças do Coração – Prevenção e tratamento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

POWERS, S. K.; HOWLEY, E. T. **Fisiologia do exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2000.

RAMOS, M.M. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em profissionais de saúde no ambiente de trabalho. **Revista da SOCERJ**. v. 19, n. 4, 2006.

REGENGA, M. M. **Fisioterapia em Cardiologia: da UTI à reabilitação**. São Paulo: Roca, 2000.

RIBEIRO, S. A. et al. Prevalência de tabagismo na Universidade Federal de São Paulo, 1999 – dados preliminares de um programa institucional. **Rev. Ass. Med. Brasil**. v. 45, n. 1, p. 39-44, 1999.

SALES, M. P. U. et al. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. **J. bras. pneumol**. São Paulo. v. 32, n. 5, set./out. 2006.

SIMÃO, M. et al. Doenças Cardiovasculares: Perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do Interior Paulista. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 27-35, 2002. Disponível em <http://www.fen.utg.br>. Acessado em 24/09/05.

SOUZA, L. J. et al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos, **Arq. Bras. Endocrinol Metab**. Rio de Janeiro. v. 47, n. 6, p. 669-76, 2003.

SPIANDORELLO, W. P. et al. Avaliação da participação de pequeno número de estudantes universitários em um programa de tratamento do tabagismo. **J. bras. pneumol**. São Paulo. v. 33, n. 1, jan./fev. 2007.

TAUIL, M. C; COELHO, R. A. C; MONTEIRO, P. S. Prevalência do uso de fumo entre alunos do curso de graduação em enfermagem da Universidade de Brasília. **Comun. Ciênc. Saúde**. v. 17, n. 2, p. 121-127, 2006.

VIEBIG, R. F. et al. Perfil e saúde cardiovascular de uma população adulta da região metropolitana de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 86, n. 6, maio, 2006.