

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**

**Tabagismo e atividade física em Universitários de Cuiabá/MT**

**Hindenburg Soares Gaspar**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva para obtenção do  
título de Mestre em Saúde Coletiva.**

**Área de Concentração: Epidemiologia**

**Orientador: Prof Dr Clovis Botelho**

**Cuiabá - MT**

**2008**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Tabagismo e atividade física em Universitários de Cuiabá/MT

**Hindenburg Soares Gaspar**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.**

**Área de Concentração: Epidemiologia**

**Orientador: Prof Dr Clovis Botelho**

**Cuiabá**  
2008

**FICHA CATALOGRAFICA**

G249t

Gaspar, Hindenburg Soares.

Tabagismo e Atividade Física em Universitários de Cuiabá-MT./ Hindenburg Soares Gaspar. Cuiabá: UFMT, 2008.

74 fls.

Dissertação – Mestrado em Saúde Coletiva – Área de Concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Clóvis Botelho

1.Tabagismo. 2.Universitários. 3.Atividade Física.

I.Título.

CDU 614

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

## AGRADECIMENTOS

A todos que contribuíram generosamente com seu tempo e esforço para me auxiliar a tornar esta dissertação a mais acurada possível. Expresso maiores agradecimentos aos professores Dr. Clóvis Botelho e Dra. Regina Maria Veras G. da Silva, que revisaram, sugeriram, criticaram construtivamente este trabalho e trabalharam arduamente para que esta dissertação fosse construída. Também gostaria de agradecer aos professores do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT que apoiaram e prestaram seus esclarecimentos sobre a presente pesquisa, em especial às professoras Dra. Marta Gislene Pignatti e Dra. Lenir V. Guimarães.

Aos colegas e amigos por terem profunda paciência neste momento, em especial às amigas Aparecida Camila Reis, Edilaura Nunes Rondon, Livia Victorio de Carvalho Almeida, Marly de Cerqueira Vasconcelos, Michella Velasquez e Sandra Maria Torquato de Aquino.

A *Deus*, por seu cuidado, atenção e amor, e por ser presença certa nos momentos mais difíceis da minha vida, por sua proteção e por ter me dado a oportunidade de realizar mais este sonho.

À minha família, meu porto seguro, em especial às minhas tias Janiele, Janizélia, Joselma, Samuedna e Marilene, à minha mãe Maria das Graças Gaspar, às minhas avós Janília Soares e Paula Gaspar, por terem me apoiado em todos os momentos, e aos meus irmãos Herbert Vinicius Gaspar e Hindenberg Gaspar, que apesar de estarem longe me apoiaram em todos os momentos deste caminhar.

A Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Mato Grosso pelo auxílio financeiro recebido durante o curso.

## RESUMO

Gaspar HS. Tabagismo e atividade física em universitários. [Dissertação de Mestrado]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso; 2008.

**Introdução:** O tabagismo é responsável por uma parcela significativa de mortes prematuras. Por outro lado, existe uma importante evidência de que indivíduos fumantes são geralmente inativos. **Objetivos:** Estimar a prevalência do tabagismo e sua associação com a prática de atividade física em universitários de Cuiabá/MT. **Métodos:** Estudo de corte transversal, utilizando-se de questionário autopreenchido, com 1501 universitários de ambos os sexos de instituições públicas e privadas. Para o cálculo da amostra considerou-se uma prevalência de 15% de tabagismo, um erro de 5%, sendo proporcional ao número de estudantes de cada universidade. Para avaliação do nível de atividade física utilizou-se o *International Physical Activity Questionnaire*, adaptado para a população brasileira. Classificou-se em fumantes aqueles que fumaram pelo menos 5 maços de cigarros na vida e que fumam atualmente. Utilizou-se a razão de prevalência e seu respectivo intervalo de confiança de 95%, como medida de associação entre a variável dependente e as demais variáveis explicativas. Para verificar a linearidade das associações, utilizou-se o teste do qui-quadrado para tendência linear. Para análise multivariada, foram incluídas no modelo todas as variáveis estudadas nas duas primeiras fases (univariada e bivariada), sendo excluídas do modelo aquelas que não apresentaram significância estatística. Nesta fase, por meio da regressão logística hierarquizada, as variáveis foram incluídas em blocos. Os fatores mais distais foram os

primeiros a serem incluídos, vindo a seguir, aquelas consideradas mais próximas do desfecho.

**Resultados:** Foram estudados 1501 universitários, sendo 43,2% do sexo masculino. Dentre eles, 7,7% se declararam fumantes. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre atividade física e o tabagismo. Maior prevalência de tabagismo foi encontrada para a faixa etária de 40 anos e mais, para o sexo masculino e para os estudantes de instituições privadas. Após regressão logística, ficaram associados ao tabagismo: a instituição de ensino, o turno escolar, o sexo, a idade, a exposição ao tabagismo passivo. **Conclusão:** Não foi observada associação significativa entre o tabagismo e a prática de atividade física.

**Descritores:** tabagismo, universitários, atividade física.



## ABSTRACT

Gaspar HS. Smoking and physical activity in academical. [Dissertation of Master's degree]. Cuiabá: Institute of Collective Health of the Federal University of Mato Grosso; 2008

**Introduction:** Cigarette smoking is responsible for a significant portion of premature deaths. There is also an important evidence that smokers are generally inactive individuals. **Objectives:** To estimate the prevalence of smoking and its association with physical activity in university of Cuiabá / MT. **Methods:** A cross-sectional study, using questionnaire AutoFill, with 1,501 students of both sexes in public and private institutions. To calculate the sample considered is a 15% prevalence of smoking, an error of 5% and is proportional to the number of students from each university. To assess the level of physical activity using the International Physical Activity Questionnaire, adapted for the Brazilian population. Classified themselves in smokers who smoked at least 5 packs of cigarettes in life and who smoke now. Using the ratio of its prevalence and its confidence interval 95%, as a measure of association between the dependent variable and other explanatory variables. To check the linearity of the associations, it was used the chi-square for linear trend. In multivariate analysis, were included in the model all the variables in the first two stages (univariate and bivariate),

and not those of the model showed no statistical significance. At this stage, by means of hierarchical logistic regression, variables were included in blocks. The more distal factors were the first to be included, from below, as those closest to the outcome.

**Results:** We studied 1501 university, and 43.2% male. Among them, 7.7% were smokers stated. There was no statistically significant difference between physical activity and smoking. Higher prevalence of smoking was found for the age of 40 years and over, for males and for students of private institutions. After logistic regression, were associated with smoking: the institution of education, the school part, sex, age, exposure to passive smoking. **Conclusion:** There was no significant association between smoking and physical activity.

**Descriptors :** smoking, academics, physical activity.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1 EPIDEMIOLOGIA DO TABAGISMO .....	11
1.2 A INICIAÇÃO AO TABAGISMO.....	14
1.3 ATIVIDADE FÍSICA .....	16
1.4 RELAÇÃO ENTRE TABAGISMO E ATIVIDADE FÍSICA .....	19
<b>2.OBJETIVOS</b> .....	23
2.1 GERAL .....	23
2.2 ESPECÍFICOS.....	23
<b>3. MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	24
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	24
3.2 LOCAL E POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	24
3.3 TAMANHO DA AMOSTRA.....	25
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	27
3.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	28
3.6 OPERACIONALIZAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO.....	29
3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	30
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
<b>4. RESULTADOS</b> .....	32
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	40
5.1 DO MÉTODO.....	40
5.2 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS, CARACTERÍSTICAS DO ENSINO E ATIVIDADE FÍSICA.....	41
5.3 VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TABAGISMO.....	43

<b>6. CONCLUSÕES</b> .....	51
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	52
<b>ANEXOS</b> .....	65
Anexo1. Questionário aplicado.....	66
Anexo 2. Cargas das análises das variáveis componentes do questionário: indicador econômico para o Brasil baseado no censo demográfico de 2000 e seus coeficientes.....	71
Anexo 3. Classificação do nível de atividade física, segundo questionário IPAQ.....	72
Anexo 4. Teste de Fagerström.....	73
Anexo 5. Termo de consentimento.....	74

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Distribuição da população de estudo por Instituição de Ensino Superior e segundo o sexo .....	24
Quadro 2 - Tamanho da amostra, segundo a população total de cada Instituto de Ensino Superior e a prevalência estimada de tabagismo em universitários (15%) .....	25
Quadro 3 - Tamanho da amostra, segundo a Instituto de Ensino Superior e as áreas de conhecimento.....	26
Tabela 1 - Distribuição dos estudantes, segundo variáveis sócio-demográficas, Cuiabá/MT, 2007 .....	33
Tabela 2 - Distribuição dos estudantes, segundo variáveis relacionadas às atividades escolares, atividade física e tabagismo, Cuiabá/MT, 2007.....	34
Tabela 3 - Distribuição dos estudantes, segundo teste de dependência de Fagerström, Cuiabá/MT, 2007.....	35
Tabela 4 - Prevalência (%), razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%) de tabagismo dos estudantes, segundo variáveis sócio-demográficas.....	36
Tabela 5 - Prevalência (%), razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%) de tabagismo dos estudantes, segundo variáveis relacionadas às atividades escolares e atividade física e exposição ao tabagismo passivo.....	37
Tabela 6 - Odds ratio (OR) ajustada e intervalo de confiança de 95% (IC 95%) dos fatores associados ao tabagismo entre universitários de Cuiabá-MT, 2007 .....	38

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 - Epidemiologia do tabagismo

A principal substância do tabaco fumado é a *Nicotiana tabacum*, cujo nome foi dado devido a Jean Nicot, embaixador francês em Portugal que em 1560 exaltou em público a virtude do tabaco como agente curativo. A composição química do tabaco tem como principais componentes o hidrocarbonetos, fenóis, ácidos graxos, isoprenos, ésteres e minerais inorgânicos (na maioria cloretos, mas metais também podem estar presentes como: potássio, sódio, alumínio, arsênio, cálcio e cobre). A nicotina presente no tabaco é a droga que apresenta alto poder de modificar a biologia e fisiologia do cérebro, sendo fortemente indutora de dependência. Fatores sociais, individuais e ambientais são importantes no desenvolvimento deste comportamento adicional, que passa pelo aprendizado do uso da droga (BATISTA, 1980).

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. A OMS estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas (entre as quais 200 milhões de mulheres), sejam fumantes. Pesquisas comprovam que aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina no mundo fumam. Nos países em desenvolvimento, os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, nos países desenvolvidos a participação das mulheres mais que triplica: 42% dos homens e 24% das mulheres são fumantes. (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2004).

Um terço da população mundial com 15 anos ou mais é fumante e no Brasil um terço da população adulta. No Brasil, nos últimos anos, há evidências de que houve redução da prevalência de tabagismo entre adultos sendo que as maiores reduções têm ocorrido nas classes sociais mais altas, porém tem havido aumento da prevalência de tabagismo em grupos específicos, como mulheres e jovens (MENEZES, 2004).

O tabaco é responsável por 4,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2004), caso as atuais tendências de expansão de seu consumo sejam mantidas, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva (entre 35 e 69 anos). Um fato a se destacar é que o fumo mata mais do que a AIDS, drogas legais e ilegais, acidentes automobilísticos, assassinatos e suicídios, todos juntos (WHO, 2006).

Noventa por cento dos fumantes ficam dependentes da nicotina entre os 5 e os 19 anos de idade. Atualmente existem no Brasil 2,8 milhões de fumantes na faixa etária citada (Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas – CEBRID, 2005). É muito importante que se dê enfoque aos estudos feitos com jovens e adolescentes, buscando identificar as variáveis associadas ao consumo de tabaco, com o objetivo de compreender esse fenômeno, pois a OMS considera o tabagismo como uma doença em expansão, com idade (média) de iniciação de 15 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O tabagismo é considerado hoje uma pandemia silenciosa. Estudo transversal realizado no segundo semestre de 2003, entre alunos da Universidade de Brasília (UnB) teve como objetivo conhecer as características do tabagismo entre esses estudantes, como medida auxiliar para o desenvolvimento de estratégias que visem a profilaxia do consumo

de cigarros na população jovem. Foram entrevistados 1.341 alunos, dos quais a maior parte (1.084) se declarou não fumante, representando 80,8% da amostra. A prevalência de tabagismo foi de 14,7%, sendo 9% de fumantes regulares e 5,7% de fumantes ocasionais. Como ex-fumantes, foram classificados 4,5% dos alunos (ANDRADE et al. 2006).

Vários estudos no Brasil e no mundo mostram que o tabagismo se instala precocemente, já que 80% dos atuais adultos fumantes declararam iniciação no tabagismo antes dos dezoito anos de idade (WHO, 2005). Essa informação confirma a tendência mundial de aumento da prevalência do uso de cigarros entre a população de adolescentes e adultos jovens (RIGOTTI, 2000), principalmente entre os estudantes universitários (HADDAD E MALAK, 2002), jovens estes considerados público com grande susceptibilidade de envolvimento com o tabaco (RIGOTTI, 2000). Diante da gravidade desse quadro, vários estudos sugerem que medidas anti-tabágicas sejam direcionadas prioritariamente a essa população.

O Programa de Controle do Tabagismo é coordenado e executado pelo INCA (Instituto Nacional de Câncer), em âmbito nacional, e visa à prevenção de doenças na população por meio de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco-relacionadas no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). As ações do Programa são desenvolvidas em parceria pelas três instâncias governamentais - federal, estadual e municipal - para capacitar e apoiar os 5.561 municípios brasileiros e abrangem as áreas da educação, legislação e economia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

No Brasil, de dezembro de 2000, proibiu a publicidade dos derivados de tabaco em jornais, revistas, outdoors, rádios e outros meios de comunicação. A Lei federal número



9294, de 1996, proíbe o uso do fumo em ambientes fechados e exige que fumantes tenham áreas separadas dos não fumantes.

## **1.2 - A iniciação ao tabagismo**

Como todas as outras dependências químicas, a nicotina envolve indivíduos que se encontram em alguma situação de vulnerabilidade. A iniciação no tabagismo é mais comum entre divorciados, desempregados, viúvos, mas principalmente entre adolescentes. Geralmente estes indivíduos apresentam baixa auto-estima, maior impulsividade, dificuldade para se concentrar, maior agressividade ou docilidade excessiva. Fumar é um comportamento social adquirido e estilizado, muitos fatores de risco devido ao tabagismo têm sido identificados, dentre estes as influências sociais no mundo contemporâneo que oferecem às crianças, de forma repetitiva, um quadro de como fumar e o que ganhar com esse ato (KIRCHENCHTEJN, 2004).

O tabagismo pode estar relacionado a fatores genéticos, sociais, econômicos, culturais, psicológicos ou simplesmente ao fácil acesso ao tabaco (CHASSIN et al, 1998 E HUGHES, 1986). Adolescentes se iniciam no tabagismo em resposta às influências sociais de familiares, pais e amigos. Além disso, a mídia exerce um papel importante devido às mensagens de incentivo a esta endemia. Nos Estados Unidos, por exemplo, são gastos 10 bilhões de dólares/ano em publicidade de tabaco, apesar das restrições impostas (SANT'ANNA, 2004).

Os modelos de comportamento induzidos por ídolos no cinema, na televisão e na internet também são importantes na promoção do tabaco. Principalmente em indivíduos com relativa baixa auto-estima, que adotam o tabaco como um meio para melhorar a própria imagem, para reforçar positivamente o seu ego, ou para ser aceito no grupo de amigos onde utilizar o tabaco é um fator determinante para ajustar-se ao grupo (SANT'ANNA, 2004).

Dentre os fatores associados com a iniciação do tabagismo temos: os fatores ambientais: parentes, pais ou amigos fumantes, atitudes e regras do grupo de amigos, fatores sócio-demográficos: idade, etnia, situação socioeconômica dos pais, o tabagismo está inversamente associado ao nível socioeconômico, situação financeira pessoal, fatores comportamentais: desempenho nos estudos, estilo de vida, auto-estima, atitudes para fumar, estresse e preocupações com a saúde (CHASSIN et al, 1998 E HUGHES, 1986).

Em pesquisa com o objetivo de avaliar as tendências temporais de tabagismo entre estudantes de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (RS) nos últimos dezessete anos, e alguns dos fatores associados ao tabagismo desses estudantes, foram encontrados os seguintes resultados: a prevalência de tabagismo entre os estudantes foi de 10,1%, valor estatisticamente similar ao dos levantamentos de 1991 e 1996. Não foram encontradas diferenças na prevalência de tabagismo por sexo, idade, tabagismo materno ou paterno. A frequência de tabagismo aumentou durante os anos em que os estudantes freqüentavam a faculdade (MENEZES et al, 2004).

No Brasil, pesquisa do CEBRID, em 2001, revelou que o uso de tabaco durante a vida foi de 41,1% entre os pesquisados. Para os adolescentes (12-17 anos) a prevalência

foi de 15,7%, o que significou uma queda em relação às pesquisas anteriores, podendo estar relacionado ao impacto das campanhas realizadas nos últimos anos contra o tabaco. O desejo de parar de fumar foi de 5,3% na faixa de 12-17 anos e chegou a 20,8% naqueles com idade acima de 35 anos. Esse aspecto pode estar refletindo o aumento dos prejuízos que o uso de cigarros provoca ao longo do tempo e que são percebidos pelos entrevistados tardiamente (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2001).

O uso do tabaco impõem elevados custos sanitários com relação à própria saúde e à saúde dos outros, sem contar com a agressão ao meio-ambiente. Os riscos/danos justificam medidas para a proibição do tabagismo em locais públicos e de trabalho, campanhas educacionais para se evitar a exposição ao tabaco intradomiciliar e para encorajarem o abandono do fumo (OLIVEIRA e SALES, 2004).

### **1.3- Atividade Física**

Atividade física possui componentes e determinantes de ordem biológica e psicossócio-cultural e pode ser exemplificada por esportes, exercícios físicos e atividades de lazer (como jardinagem, danças e caminhadas). É operacionalmente definida como qualquer movimento corporal produzido por músculos esqueléticos e que resulte em gasto energético acima dos níveis de repouso (CASPERSEN et al. 1985).

Entre os múltiplos efeitos benéficos proporcionados pela atividade física regular pode-se citar, entre os principais, a redução da gordura corporal devido ao maior gasto

calórico, aumento da sensibilidade das células à insulina, diminuição dos níveis de pressão sistólica e diastólica, fortalecimento do sistema imunológico e incentivo a mudanças de outros hábitos de vida (LEON, 1987; DEAN, 1995).

Em relação à morbidade, estudos em diferentes populações permitiram estabelecer relações de causa e efeito entre atividade física e menor incidência de doença coronariana, hipertensão arterial, diabetes tipo II, osteoporose, ansiedade, depressão e tabagismo (LEON, 1987; KING, 1989; HELMRICH, 1991; LEE, 1991; SNOW-HARTER, 1991; FERREIRA, 1999).

De acordo com o estudo seccional, realizado por STEPTOE et al. (1997), sobre o perfil de atividade física de lazer de jovens estudantes universitários europeus, de 21 países, a prevalência de depressão moderada declinou com o aumento dos níveis de atividade física em ambos os sexos ( $p < 0,001$ ). Entre os homens, 24% dos que se exercitavam, com regularidade, apresentaram escore moderado para depressão, comparados com 33,6% dos homens inativos ( $p < 0,001$ ).

No estudo seccional conduzido por STEPHENS (1988), em população residente nos Estados Unidos e Canadá, foi observado que o nível de atividade física se mostrou positivamente associado a vários aspectos da saúde mental como maior disposição para atividades sociais e para o trabalho, baixos níveis de ansiedade e depressão e maior bem-estar geral. Essa associação foi independente do nível sócio-econômico, ocorrendo em jovens e adultos de ambos os sexos, sendo, porém mais evidente em pessoas acima de 40 anos e também em mulheres.

Estudo sobre a prevalência de sedentarismo realizado em 1991 nos Estados Unidos, pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco Ambientais, não mostrou

diferenças quanto ao sedentarismo entre os sexos (42% dos homens e 41% das mulheres não praticavam atividades físicas). No entanto, em relação à idade, ocorreu diferenciação na prevalência de sedentarismo. Para indivíduos de ambos os sexos, com idade variando entre 18 e 34 anos, a prevalência foi de 54,6%; para aqueles entre 35 e 54 anos, a prevalência foi de 59%, e acima de 55 anos, a prevalência de indivíduos inativos foi de 62% (PATE, 1995).

Segundo estudo transversal realizado por RUSSEL et al. (1995), no Canadá, sobre o perfil de atividade física relacionado com as diversas características sócio-demográficas, os homens aderem mais à prática de atividade física do que as mulheres e, quanto maior a faixa etária, menor a intensidade de atividade física.

Essa diferenciação entre os níveis de atividade física entre homens e mulheres é um fator importante para a elaboração de programas de saúde. Estudos têm demonstrado que as razões para se exercitar, as preferências por determinadas atividades físicas e a percepção das barreiras variam de acordo com sexo e idade. A falta de tempo para a prática de atividade física regular é a dificuldade mais citada por homens e mulheres no Brasil e em outros países da Europa e América do Norte (CHOR, 1997; POLS, 1997; EYLER, 1998).

Estudos mais recentes também têm evidenciado grande influência do hábito de atividade física dos pais sobre os filhos, destacando que o estilo de vida na idade adulta é determinado, em parte, já na infância. Os autores ressaltam que crianças sedentárias poderão tornar-se adultos potencialmente sedentários. Nesse sentido, ANDRADE et al. (1998) mensuraram o nível de atividade física em crianças e seus pais. Os resultados

apontaram que os filhos de mães ativas eram duas vezes mais ativos do que os filhos de mães sedentárias (ANDRADE, 1998).

#### **1.4- A Relação tabagismo x atividade física**

O esporte, as ginásticas, a dança, as artes marciais, as práticas de aptidão física tornam-se, cada vez mais, produtos de consumo (mesmo que apenas como imagens) e objetos de conhecimento e informação amplamente divulgados ao grande público. Jornais, revistas, videogames, rádio e televisão difundem idéias sobre a cultura corporal de movimento (BETTI e ZULIANI, 2002).

Ao longo dos últimos anos, tem havido interesse crescente pelo estudo de hábitos de vida relacionados à saúde. Isso é justificável na medida em que mudanças ligadas ao hábito de vida, particularmente em relação à dieta, hábito de fumar e prática de atividades físicas estão associados ao declínio nas taxas de incidência e mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis, principais causas de mortalidade nos países desenvolvidos e nas grandes cidades brasileiras (LOTUFO e LOLIO, 1993).

Inserido nesse contexto, várias investigações têm discutido a importância da prática de atividade física regular, apontando seu papel decisivo, de forma independente ou em conjunto com outras características do estilo de vida, na prevenção de diversas doenças e na melhoria da qualidade de vida (BOUCHARD e SHEPHARD, 1994).

No Brasil, estudos (DUNCAN et al, 1993; RODRIGUES, 1996) estimam alta prevalência de sedentarismo, com índices superiores a outros fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis como: obesidade, hipercolesterolemia, e tabagismo. Confirmam-se assim indicações de que o sedentarismo está se tornando um problema de saúde pública, podendo ser prejudicial não só para o indivíduo em si, como potencialmente prejudicial à sociedade como um todo.

O sedentarismo foi associado ao hábito de fumar entre homens e mulheres, no estudo conduzido por STEPTOE et al. (1997) na Europa: 40,7% dos homens sedentários eram fumantes, comparados com 29,8% dos homens ativos ( $p < 0,001$ ). Entre as mulheres, as proporções correspondentes foram de 34,4% e 26,8%, respectivamente ( $p < 0,001$ ).

Estudo com adolescentes acompanhados durante seis anos na Finlândia, com o objetivo de comparar a prevalência de fatores de risco entre o grupo sedentário e o grupo que praticava atividades físicas de lazer regularmente, identificaram associação entre atividade física de lazer e menor prevalência de fumantes em ambos os sexos. Assim, demonstraram que adolescentes ativos raramente começavam a fumar (RAITAKARI, 1995).

No Brasil, poucos estudos de prevalência de hábitos e comportamentos de vida - principalmente tabagismo, sedentarismo, consumo de álcool e tipo de dieta foram realizados. Aqueles disponíveis se referem a algumas regiões específicas do país (FONSECA et al. 1999). Estudo multicêntrico realizado no Rio de Janeiro foi observado que os homens que praticavam atividade física apresentaram menor prevalência de tabagismo (FONSECA et al. 1999).

Pesquisas realizadas pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) apontam que há, na cidade de São Paulo, maior prevalência de sedentarismo do que de outros fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis como hipertensão arterial, obesidade, tabagismo e alcoolismo (ANDRADE, 1998). No Estudo Multicêntrico de Nutrição e Saúde no Rio de Janeiro, (SICHIERI, 1998) constatou que aproximadamente 50% da população (adolescentes, adultos e idosos) não realizavam nenhuma atividade física. Em estudo realizado em população adulta de quatro áreas de Porto Alegre, para estimar a prevalência e simultaneidade dos fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis, foi estimada prevalência de sedentarismo de 47% (DUNCAN et al. 1993).

A incorporação da atividade física como hábito de vida também influencia indiretamente outros cuidados com a saúde (SICHIERI, 1998). Dessa forma, aqueles que praticam esportes ou outros tipos de atividade, tendem a fumar menos e a se preocuparem mais com a composição corporal e o tipo de dieta consumida. Estudos têm identificado também a ocorrência simultânea de fumo e sedentarismo e sedentarismo e dieta pouco saudável (CHOR, 1997).

Considerando que o tabagismo está normalmente associado ao sedentarismo, a recomendação da prática de atividade física parece ser uma estratégia de saúde pública razoável na prevenção e mesmo no tratamento do tabagismo, a partir de critérios clínicos e cientificamente definidos. Sendo assim, e pela escassez de estudos relacionando níveis de atividade física e/ou sedentarismo e tabagismo em Mato Grosso e no Brasil, torna-se necessário e atraente, como objeto de estudo, conhecer as características epidemiológicas deste fator e sua associação com o tabagismo. Tais informações



poderão ser úteis para a implementação de programas de saúde pública, com ênfase na atividade física como fator de prevenção, tratamento e controle do tabagismo e melhoria da qualidade de vida da população.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral:**

- Estimar a prevalência do tabagismo e sua associação com a prática de atividade física e fatores associados em universitários de Cuiabá/MT.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- Descrever as características sócio-econômicas e demográficas dos universitários da rede pública e privada de ensino superior;
- Identificar os níveis da prática de atividade física na população em estudo;
- Estimar a prevalência do tabagismo na população em estudo;
- Analisar a associação entre o tabagismo e a prática de atividade física na população em estudo.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1. Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo de corte transversal, que foi realizado sob a forma de um inquérito epidemiológico, realizado em instituições públicas e privadas de ensino superior no município de Cuiabá/MT, no ano de 2007.

#### **3.2. Local e população em estudo**

O inquérito foi realizado em Instituições públicas e privadas de ensino superior do município de Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso, Brasil, localizada na região Centro Oeste, centro Geodésico da América do Sul. A população do município está estimada em 533.800 habitantes, com densidade demográfica de 158,30 habitantes/km<sup>2</sup>, sendo 248.784 do sexo masculino e 261.680 do sexo feminino (IBGE, 2006).

A população em estudo abrange estudantes universitários de ambos os sexos, das seguintes Instituições de ensino superior: Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Universidade de Cuiabá (UNIC), Centro Universitário Cândido Rondon (UNIRONDON), Faculdade Católica Dom Aquino de Cuiabá (FAC), Faculdade de Cuiabá (FAUC), Faculdades Integradas de Cuiabá (FIC), Centro Federal de Educação Tecnológica (CEFET). A amostra estudada deriva de uma população total de 35.821

alunos, e se apresenta dividida da seguinte forma entre as Instituições de Ensino Superior (IES):

Quadro 1 – Distribuição dos universitários por Instituição de Ensino Superior(IES) e segundo o sexo.

Instituições de Ensino Superior (IES)	Sexo				
	M	%	F	%	T
UFMT	4342	27,8	4396	21,7	8738
UNIC	8531	54,6	13379	65,9	21910
UNIRONDON	1550	9,9	1857	9,2	3407
CEFET	672	4,3	215	1,1	887
FAUC	302	1,9	356	1,8	658
FAC	42	0,3	42	0,2	84
FIC	190	1,2	47	0,2	137
TOTAIS	15629		20292		35821

M=Masculino, F=Feminino, T=Total

### 3.3.Tamanho da amostra:

Considerou-se no cálculo da amostra um nível de confiança de 95%, isto é,  $Z_{\alpha/2} = 1,96$  e uma proporção ( $p$ ) de acordo com a população de cada universidade, com um erro estimado em 5% ( $d = 0,05$ ).

Quadro 2. Tamanho da amostra, segundo a população total de cada IES e a prevalência estimada de tabagismo em universitários (15%).

IES	M	%	F	%	T	$n_i$ (M)	$n_i$ (F)	n(T)
UFMT	4342	27,8	4396	21,7	8738	207	164	371
UNIC	8531	54,6	13379	65,9	21910	407	498	905

UNIRONDON	1550	9,9	1857	9,2	3407	74	69	143
CEFET	672	4,3	215	1,1	887	32	8	40
FAUC	302	1,9	356	1,8	658	14	13	27
FAC	42	0,3	42	0,2	84	2	2	4
FIC	190	1,2	47	0,2	137	9	2	11
TOTAL	15629		20292		35821	745	756	1501

$n_i$  = Tamanho de amostra por universidade para  $d = 0,05$  e  $Z_{\alpha/2} = 1,96$ .

Onde:

$N(M)$  = Tamanho da população do sexo masculino.

$N(F)$  = Tamanho da população do sexo feminino.

$n_i(M)$  = Tamanho de amostra para o sexo masculino.

$n_i(F)$  = Tamanho de amostra para o sexo feminino.

$n(T)$  = tamanho de amostra para o sexo masculino e feminino.

Nas instituições com mais de mil estudantes, o sorteio de turmas e alunos foi efetuado mediante a definição de áreas de conhecimento. Dentro de cada área as turmas foram sorteadas aleatoriamente, de modo a representar a mesma proporcionalmente da população fonte. Em cada turma os alunos foram sorteados sistematicamente por fila de carteiras. Nas instituições de menor porte, o sorteio de turmas foi aleatório e os alunos foram selecionados por abordagem sistemática. Em todas as instituições a seleção de filas foi realizada com a utilização de um dado e as filas foram consideradas em ordem crescente (as filas foram numeradas na ocasião da entrada em sala).

Quadro 3. Tamanho da amostra, segundo a Instituição de Ensino Superior e a área de conhecimento.

Instituições	Nº de alunos (Amostra) por área de conhecimento			
	SAÚDE	EXATAS	HUMANAS	TOTAL
FAC	-	3	-	3
FIC	SAÚDE	EXATAS	HUMANAS	
	-	-	12	12
FAUC	SAÚDE	EXATAS	HUMANAS	
	-	-	28	28
CEFET	SAÚDE	EXATAS	HUMANAS	
	-	40	-	40
UNIRONDON	SAÚDE	EXATAS	HUMANAS	
	5	46	93	144
UFMT	SAÚDE	EXATAS	HUMANAS	
	63	166	141	370
UNIC	SAÚDE	EXATAS	HUMANAS	
	334	110	460	904
TOTAL	402	365	734	1501

### 3.4. Instrumento de coleta de dados

O instrumento (anexo) utilizado para levantamento dos dados da pesquisa foi um questionário estruturado, de auto-preenchimento, sem identificação do estudante. O questionário é composto por cinco sessões (Anexo 1):

- 1) Sessão referente a identificação (sexo, idade, tipo de instituição, turno em que estuda, área de conhecimento, ocupação, estado civil);
- 2) Sessão referente ao indicador sócio-econômico da família;
- 3) Sessão referente ao tabagismo;
- 4) Sessão referente ao questionário de tolerância de Fagerström;
- 5) Sessão composta pelo Questionário Internacional de Atividade física (IPAQ).

### 3.5. Variáveis de Estudo

Idade: utilizada como variável categórica;

Sexo: utilizada como variável categórica, dicotomizada em masculino e feminino;

Estado Civil: utilizada como variável categórica nos diferentes estados civis;

Ocupação (trabalho): utilizada como variável categórica, dicotomizada entre os que trabalham e os que não trabalham;

Turno em que estuda: matutino, vespertino, noturno, integral;

Nível sócio-econômico: verificado através do Indicador econômico para o Brasil baseado no censo demográfico de 2000 (BARROS E VICTORA, 2005), composto por 13 questões, onde cada resposta possui um valor que será multiplicado pelo coeficiente (peso, valor) de cada questão. O somatório dos pontos através do resultados de todas as questões indicará o nível socioeconômico da família em quintis, podendo ser comparado através de tabelas que apresentam quintis nacional e regional (Anexo 2).

Atividade Física: A avaliação do nível de atividade física foi realizada utilizando-se o questionário: *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), elaborado por pesquisadores de diversos países com suporte da Organização Mundial da Saúde (OMS), como parte de um estudo multicêntrico envolvendo 12 países, para conhecer a classificação da população em relação à atividade física (CRAIG et al., 2003). Cada país participante adaptou e validou seu questionário, levando em consideração as características da população. No Brasil, este questionário foi validado pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS). Optou-

se por analisar o questionário de auto-administração em seu formato curto, por ser a versão mais freqüentemente sugerida para utilização em populações jovens (maiores de quatorze anos). Essa versão é composta por sete questões abertas e suas informações permitem estimar o tempo despendido por semana em diferentes dimensões de atividade física (caminhadas e esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa) e de inatividade física (posição sentada). A partir das respostas obtidas os universitários foram classificados quanto ao nível de atividade física (Anexo 3).

Tabagismo: Foram considerados fumantes aqueles indivíduos que declararam já ter fumado 5 maços de cigarros ou 100 cigarros durante toda a vida e que fumam atualmente; ex-fumantes aqueles que eram fumantes e que deixaram de fumar pelo menos há seis meses. Os demais foram classificados como não-fumantes. O nível de dependência nicotínica foi classificado como leve, médio ou alto, de acordo com a pontuação obtida no Questionário de Tolerância de Fagerström (Anexo 4).

### **3.6. Operacionalização do trabalho de campo**

Os inqueritos foram aplicados pelo próprio pesquisador, em todas as turmas sorteadas. A aplicação foi na própria sala de aula, após orientações básicas, esclarecimento das dúvidas, e decisão do estudante se participaria ou não da pesquisa.



### **3.7. Análise dos dados**

Os estudantes foram classificados em fumantes e não fumantes. Em seguida, foi realizada uma análise descritiva de todas as variáveis estudadas, utilizando estimativas pontuais como, frequências absolutas e relativas, médias e medianas, conforme a natureza da variável. Em uma fase posterior (análise bivariada), foi utilizada a razão de prevalência e seu respectivo intervalo de confiança de 95%, como medida de associação entre a variável dependente (tabagismo) e as demais variáveis explicativas estudadas. Para a obtenção dos parâmetros foram utilizados os programas de computador Epi-Info 2000 (elaboração do questionário e digitação dupla dos dados) e SPSS, versão 11.

### **3.8. Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso e aprovado sob protocolo número 328/CEP – HUJM/07. Além disso, foi requerida autorização prévia dos reitores e diretores das Faculdades envolvidas na pesquisa. Os universitários sorteados para compor o estudo foram informados a cerca da pesquisa pelo pesquisador, em sala de aula, no dia da entrevista, recebendo instruções de preenchimento do questionário. Além disso, antes de iniciar o preenchimento do questionário, receberam e assinaram o formulário de

consentimento livre e esclarecido, de acordo com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

#### 4. RESULTADOS

Participaram deste estudo 1.501 estudantes com média de idade de 23,3 anos, sendo 43,2% do sexo masculino. Quanto ao estado civil, a maioria era solteira (79,5%) e pertencia ao quintil mais elevado do nível sócio-econômico, tanto em relação ao Brasil como a Cuiabá (Tabela 1).

A distribuição dos estudantes, segundo variáveis relacionadas às atividades escolares, tabagismo e atividade física é mostrada na Tabela 2. Observa-se que 71,5% dos estudantes freqüentavam instituições de ensino privado. Dentre eles, 7,7% declararam ser fumantes, sendo que destes, 81,5% apresentavam dependência de grau leve pelo teste de Fageström. Além disso, verificou-se que a maioria dos universitários exercia algum tipo de atividade física (77,1%).

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos estudantes segundo o teste de Fageström que classifica os fumantes segundo o nível de dependência. Verifica-se que a maior proporção de fumantes esta incluída no nível leve de dependência.

A Tabela 4 apresenta a prevalência do tabagismo, a razão de prevalência e o intervalo, segundo variáveis sócio-demográficas. Observa-se uma maior prevalência de fumantes no sexo masculino (9,6%), e na faixa etária dos quarenta anos e mais (12,1%). Nota-se menor prevalência de fumantes (7,6%) nos quintis com renda familiar mais elevada (quarto e quinto quintis). Em relação à razão de prevalência, verifica-se que o sexo masculino apresentou uma probabilidade 54% maior de ser tabagista do que o sexo feminino. Quanto à faixa etária, observa-se que tanto a de 20 a 39 anos [RP= 2,26 (1,30 –

3,71)], como a de 40 anos e mais [RP= 3,00 (1,31 – 6,88)] apresentaram uma probabilidade maior de ser tabagista, do que aquela dos menores de 19 anos. Além disso, detectou-se tendência linear significativa e direta entre a prevalência do tabagismo e a idade dos universitários. As variáveis nível socioeconômico, atividade remunerada e situação conjugal não apresentaram associação com a variável desfecho.

Foi maior a prevalência de tabagismo entre os estudantes das instituições privadas, os quais apresentaram uma probabilidade quase 90% maior de fumar do que aqueles da universidade pública, em relação ao tabagismo passivo observa-se uma probabilidade quase cinco vezes maior de quem é exposto ao tabagismo de fumar do que quem não é exposto(tabela 5).

A análise multivariada (tabela 6) mostrou que os alunos das universidades privadas apresentaram uma chance duas vezes maior de ser tabagista do que aqueles das universidades públicas e, da mesma forma, os que estudam no período integral têm quase o dobro de chance de fumar do que aqueles que estudam no período diurno. Além disso, universitários do sexo masculino apresentaram maior chance de fumar(86%) do que aqueles do sexo feminino, em relação a exposição ao tabagismo passivo, o estudante exposto tem uma chance 94% maior de ser fumante do que o estudante não exposto.

**Tabela 1: Distribuição dos estudantes segundo variáveis sócio-demográficas, Cuiabá/MT, 2007.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	649	43,2
Feminino	852	56,8
<b>Idade (anos)</b>		
Até 19	449	29,9
20 a 39	993	66,2
40 e +	58	3,9
<b>Situação Conjugal</b>		
Solteiro	1192	79,5
Casado	261	17,4
Separado	37	2,5
Viúvo	9	0,6
<b>Atividade Remunerada</b>		
Sim	753	50,9
Não	726	49,1
<b>Indicador Socioeconômico (Brasil)</b>		
1º Quintil ( $\leq 242$ )	2	0,1
2º Quintil (243 a 320)	18	1,2
3º Quintil (321 a 421)	53	3,6
4º Quintil (422 a 670)	323	21,8
5º Quintil ( $\geq 671$ )	1089	73,3
<b>Indicador Socioeconômico (Cuiabá)</b>		
1º Quintil ( $\leq 307$ )	21	1,4
2º Quintil (308-410)	46	3,1
3º Quintil (411-549)	154	10,3
4º Quintil (550-832)	538	36,1
5º Quintil ( $\geq 833$ )	731	49,1

**Tabela 2: Distribuição dos estudantes segundo variáveis relacionadas às atividades escolares, atividade física e tabagismo Cuiabá/MT, 2007.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de Instituição de Nível Superior</b>		
Privada	1073	71,5
Pública	426	28,4
<b>Turno escolar</b>		
Matutino	315	21
Vespertino	16	1,1
Noturno	652	43,4
Integral	518	34,5
<b>Área de Conhecimento</b>		
Ciências Exatas	382	25,4
Ciências da Saúde	543	36,2
Ciências Humanas	574	38,2
<b>Atividade Física</b>		
Muito ativo	252	16,8
Ativo	546	36,5
Irregularmente ativo a	312	20,9
Irregularmente ativo b	52	3,2
Sedentário	339	22,6
<b>Tabagismo</b>		
Sim	115	7,7
Não	1382	92,1

**Tabela 3: Distribuição dos estudantes fumantes segundo o nível de dependência, Cuiabá/MT, 2007.**

Variáveis	Nível de Dependência		
	Leve N (%)	Moderada N (%)	Grave N (%)
<b>Fumantes</b>	88 (81,5)	18 (16,7)	2 (1,9)
<b>Idade (anos)</b>			
Até 19	12(80)	3(20)	
20 a 39	69(80,2)	15(17,4)	2(2,3)
40 e +	7(100)		
<b>Sexo</b>			
Masculino	46(74,2)	14(22,6)	2(3,2)
Feminino	42(91,3)	4(8,7)	-
<b>Turno escolar</b>			
Matutino	13(92,9)	1(7,1)	-
Vespertino	1(100)	-	-
Noturno	37(75,5)	10(20,4)	-
Integral	37(84,1)	7(15,9)	-
<b>Área de Conhecimento</b>			
Ciências Exatas	23(85,2)	4(14,8)	-
Ciências da Saúde	34(81)	7(16,7)	1(2,4)
Ciências Humanas	31(79,5)	7(17,9)	1(2,6)
<b>Atividade Remunerada</b>			
Sim	43(81,1)	8(15,1)%	2(3,8)
Não	44(81,5)	10(18,5)%	-
<b>Situação Conjugal</b>			
Solteiro	68(79,1)	16(18,6)	2(2,3)
Casado	19(95)	1(5)	-
Outros	1(50)	1(50)	-
<b>Atividade Física</b>			
Muito ativo	16 (76,2)	5 (23,8)	-
Ativo	34 (85,0)	6 (15,0)	-
Irregularmente ativo	20 (74,1)	7 (25,9)	-
Sedentário	18 (78,3)	3 (13,0)	2(8,7%)

**Tabela 4: Prevalência do tabagismo(%), razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança (IC 95%) segundo variáveis sócio-demográficas.**

<b>Variáveis</b>	<b>Prevalência (%)</b>	<b>RP (IC 95%)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Sexo</b>			
Feminino	6,2 (53/851)	1,00	
Masculino	9,6 (62/646)	1,54 (1,08 – 2,19)	0,0153
<b>Idade (anos)*</b>			
Até 19	4,0 (18/448)	1,00	
20 a 39	9,1 (90/990)	2,26 (1,30 – 3,71)	0,0007
40 e +	12,1 (7/58)	3,00 (1,31 – 6,88)	0,0078
<b>Situação Conjugal</b>			
Outro	6,5 (3/46)	1,00	
Solteiro	7,6 (91/1190)	1,17 (0,39 – 3,56)	0,7776
Casado	8,1 (21/259)	1,24 (0,39 – 4,00)	0,7131
<b>Atividade Remunerada</b>			
Sim	7,6 (57/749)	1,00	
Não	7,7 (56/726)	1,01 (0,71 – 1,44)	0,9405
<b>Indicador Socioeconômico(Brasil)</b>			
Somatório do 4º e 5º quintis	7,6 (107/1409)	1,00	
Somatório do 1º, 2º e 3º quintis	9,6 (7/73)	1,36 (0,66 – 2,81)	0,5329
<b>Indicador Socioeconômico (Cuiabá)</b>			
Somatório do 1º, 2º e 3º quintis	6,7(15/221)	1,00	
Somatório do 4º e 5º quintis	7,8(99/1266)	1,15(0,68 – 1,95)	0,5946

\* p da tendência linear < 0,05



**Tabela 5: Prevalência de tabagismo dos estudantes (%), razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%), segundo variáveis relacionadas às atividades escolares, atividade física e exposição ao tabagismo passivo.**

<b>Variáveis</b>	<b>Prevalência (%)</b>	<b>RP (IC 95%)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Tipo de Instituição de Nível Superior</b>			
Pública	4,7 (20/426)	1,00	
Privada	8,9 (95/1069)	1,89 (1,18 – 3,03)	0,0060
<b>Turno escolar</b>			
Diurno (Matutino+Vespertino)	4,8 (16/331)	1,00	
Noturno	8,3 (54/648)	1,72 (1,00 – 2,96)	0,0445
Integral	8,7 (45/518)	1,80 (1,03 – 3,13)	0,0340
<b>Área de Conhecimento</b>			
Ciências Humanas	7,3 (28/382)	1,00	
Ciências da Saúde	7,7 (42/543)	1,06 (0,67 – 1,67)	0,8187
Ciências Exatas	7,9 (45/570)	1,08 (0,68 – 1,70)	0,7482
<b>Atividade Física</b>			
Sedentário	7,7 (26/339)	1,00	
Ativo	7,9 (43/546)	1,03 (0,64 – 1,64)	0,9116
Muito ativo	8,4 (21/250)	1,16 (0,63 – 1,90)	0,7466
Irregularmente ativo	9,0 (28/311)	1,17 (0,70 – 1,96)	0,5386
<b>Exposição ao tabagismo passivo</b>			
Sim	11,5(97/846)	4,15(2,53 – 6,79)	0,00000
Não	2,8(18/651)	1,00	

**Tabela 6: Odds ratio (OR) ajustada e intervalo de confiança de 95% (IC 95%) dos fatores associados ao tabagismo entre universitários de Cuiabá-MT, 2007.**

<b>Variáveis</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p-valor</b>
<b><u>Nível 1</u></b>		
<b>Tipo de Instituição de Nível Superior</b>		
Privada/Pública	2,04 (1,22 – 3,41)	0,0064
<b>Turno escolar</b>		
Noturno/Diurno	1,24 (0,81 – 1,91)	0,3163
Integral/Diurno	1,95 (1,08 – 3,52)	0,0267
<b><u>Nível 2</u></b>		
<b>Sexo</b>		
Masculino/Feminino	1,86 (1,24 – 2,78)	0,0025
<b>Idade (em anos)</b>		
20 a 39/até 19	1,94 (0,82 – 4,60)	0,1338
40 e +/até 19	4,72 (1,78 – 12,50)	0,0018
<b>Exposição ao tabagismo passivo</b>		
Sim/Não	4,61 (2,73 – 7,79)	0,0001
<b>Atividade física</b>		
Sim/Não	0,94 (0,59 – 1,52)	0,8156

## **5. DISCUSSÃO**

### **5.1 Do Método**

Desde a década de 80 vêm sendo realizados, no Brasil, levantamentos epidemiológicos descrevendo a prevalência do tabagismo entre os universitários, sendo que a maioria destes estudos avaliou as características do tabagismo entre os estudantes pertencentes à área de ciências da saúde (RUFINO 1981, PAINE 1985, RUFINO 1988, ROSENBERG E PERÓN 1990, RIBEIRO 1999, MENEZES 2001). O presente trabalho analisou a prevalência do tabagismo entre universitários de Cuiabá de todas as áreas do conhecimento (ciências da saúde, ciências humanas e ciências exatas), na tentativa de mostrar, com esta amostra diversificada, o perfil da endemia neste grupo populacional específico.

Foi realizado inquérito epidemiológico, tipo transversal, utilizando questionário fechado, padronizado, aplicado em sala de aula, sem identificação do estudante. Esse tipo de estudo, de custo relativamente baixo, apresenta um alto potencial descritivo, simplicidade analítica, necessidade de um período curto de tempo para sua realização, porém apresenta limitações, como a não utilização da temporalidade como critério causal, pois fatores de risco e desfecho são vistos em um mesmo momento e o viés da causalidade reversa não pode ser eliminado.

## **5.2 Dados sócio-demográficos, características do ensino e atividade física.**

Os universitários deste estudo eram, em sua maioria, do sexo feminino, com idade entre 20 e 39 anos, solteiros, exerciam atividade remunerada e pertenciam aos quintis mais elevados da população, tanto em relação ao Brasil, como a Cuiabá, estimado pelo indicador econômico para o Brasil, baseado no censo demográfico de 2000 (BARROS e VICTORA, 2005).

Outros estudos realizados no país encontraram resultados semelhantes. Em pesquisa sobre tabagismo aplicada entre estudantes de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, a maioria do participantes foi do sexo masculino (53,1%), com idade entre 20 e 24 anos (72,6%), e média de idade de 22,6 anos (MENEZES et al., 2004).

Com o objetivo de estimar a prevalência de tabagismo entre estudantes de graduação da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, OGUISSO e SEKI (2001) verificaram que a maioria absoluta (90,2%) dos universitários era solteira e constituída por jovens de até 25 anos de idade. Outro estudo sobre tabagismo conduzido na mesma universidade, com estudantes de diversas áreas do conhecimento mostrou que 63% dos participantes eram do sexo feminino, com idade média de 22 anos (RIBEIRO et al., 1999).

Em pesquisa realizada em São Paulo com universitários (SILVA et al, 2006), os alunos apresentaram o seguinte perfil: estudavam no período diurno ou integral (78,7%), eram do sexo feminino (60,7%), com idade entre 15 e 24 anos (88%) e solteiros (95,2%).

RONDINA et al. (2005), estudando as características psicológicas associadas ao tabagismo de jovens de uma Universidade Federal da cidade de Cuiabá/MT, verificaram que a maioria dos universitários era do sexo feminino (55,8%) e com média de idade de 24,5 anos.

Em relação às atividades escolares, verificou neste estudo que 71,5% dos estudantes pertenciam às universidades privadas, sendo que a maioria estudava no período noturno e na área de ciências humanas. A maior proporção de universitários nesta área, tanto nas universidades públicas, quanto nas privadas, talvez seja o reflexo do maior número de vagas ofertadas pelas universidades neste campo do conhecimento. Provavelmente, isto ocorra por que os cursos desta área são menos onerosos, comparados com aqueles que necessitam de laboratórios e maior estrutura para seu funcionamento, e, com isso, são mais acessíveis para os alunos.

Quanto à atividade física, verificou-se, no presente estudo, que 36,5% dos universitários foram classificados como ativos e 22,6% como sedentários. Resultado similar foi encontrado por Braga (2007), que estudando indivíduos de 18 a 74 anos, hipertensos, na cidade de Cuiabá/MT verificou que, segundo os critérios de MATSUDO et al. (2001), 53,5% eram irregularmente ativos, 24,2% fisicamente ativos e 22,3% sedentários. Segundo a OMS (2006), a prática regular de atividade física proporciona os seguintes benefícios: reduz o risco de morte prematura por doenças do coração e por diabetes do tipo II, reduz a prevalência de hipertensão, auxilia na prevenção de osteoporose, além de promover bem-estar psicológico, reduzir a tensão, ansiedade e sentimentos de depressão e solidão.

A prevalência do sedentarismo neste estudo (22,6%) pode ser considerada elevada, principalmente por tratar-se de uma população jovem, que normalmente faz mais atividade física do que uma população com idade mais avançada.

Vale ressaltar que o método utilizado para avaliar a atividade física dos universitários, IPAQ, leva em consideração os últimos sete dias que o indivíduo executou atividade física e quando os universitários foram entrevistados encontravam-se em período de prova, o que dificultava, segundo declaração dos próprios estudantes, a prática de atividade física. O fato de o instrumento questionar a realização da atividade física apenas nos últimos sete dias, pode ter levado a um viés de classificação dos universitários, já que indivíduos que normalmente fazem atividade física podem ter sido considerados sedentários, se apenas naquela semana não executaram nenhum tipo de atividade física. Da mesma forma, um indivíduo sedentário pode ter sido classificado como ativo se naquela semana decidiu iniciar um programa de atividade física.

### **5.3 Variáveis relacionadas ao tabagismo**

A prevalência de tabagismo (7,7%) deste estudo pode ser considerada baixa em relação à da população brasileira, que é estimada entre 12,9 e 25,2% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Resultado similar foi encontrado por RONDINA et al. (2005), que estudando as características de personalidade de universitários fumantes, ex-fumantes e não-fumantes de Cuiabá/MT, encontrou prevalência de 6,6%.

A baixa prevalência de tabagismo entre universitários está de acordo com pesquisas, realizadas em diferentes contextos sócio-geográfico e cultural, os quais também mostram que a prevalência do tabagismo é inversamente proporcional ao grau de instrução dos indivíduos pesquisados (WILLCOX, 1997; KENDLER, 1999; CAVALCANTE, 2002; GONÇALVES-SILVA et al., 2005). Supõe-se que a conscientização em relação aos riscos do consumo de tabaco esteja aumentando, especialmente na população universitária, dado seu grau de escolarização, fazendo com que essa prevalência seja inferior àquelas estimadas para outros grupos.

Dados levantados em estudos populacionais recentemente conduzidos pelo INCA, no Brasil, mostraram que a maior prevalência de tabagismo foi encontrada em Porto Alegre (25,2%) e a menor em Aracaju (12,9%). De uma forma geral, as cidades mais urbanizadas apresentam maiores prevalências. Além disso, em todas as capitais estudadas, a prevalência do tabagismo foi maior para o sexo masculino do que para o feminino, sendo que nas regiões Norte e Nordeste a proporção é de 2 homens para 1 mulher, enquanto que nas regiões Sul e Sudeste a proporção é de 1 homem para 1 mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No âmbito internacional, percebe-se tendência de crescimento do tabagismo entre universitários, ao contrário do que ocorre no Brasil (HALPERIN e RIGOTTI, 2003). Estudos que avaliaram a prevalência do tabagismo entre os alunos das principais universidades brasileiras apontam para uma tendência de redução do tabagismo entre os universitários nas últimas décadas (RUFINO et al, 1988, ROSENBERG e PERÓN, 1990, MENEZES et al., 2001).

Apesar disto, existe certa tendência de aumentar o uso do tabaco após a admissão na universidade, possivelmente decorrente da liberdade que o jovem passa a ter como universitário, ao desprender-se do ambiente familiar. HALPERIN e RIGOTI (2003) verificaram que mais de 50% dos estudantes tabagistas regulares tendiam a aumentar o consumo de tabaco após a admissão no ambiente universitário.

Em relação ao grau de dependência do tabagismo, avaliado através do Teste de Fagerström, verificou-se um número maior de dependentes leves (81,5%), seguido de dependência moderada (16,7%) e grave (1,9%). Estes resultados apresentam percentuais similares àqueles encontrados no estudo de CHABROL et al. (2000) realizado na França com adolescentes fumantes, que verificou que 14,6% dos estudantes tinham dependência grave, enquanto 32,3% apresentavam dependência moderada.

Ao contrário, outro estudo realizado com pacientes adultos revelou que a maioria (54,9%) dos fumantes pertencia ao grupo de elevada dependência nicotínica (HALTY et al., 2002). É provável que a diferença encontrada entre os estudos seja decorrente da idade dos participantes, cuja média era de 48,6 anos no estudo de HALTY et al. (2002) e de 23,3 anos no presente estudo.

No presente estudo, observou-se ainda que o sexo masculino apresentou uma probabilidade 54% maior de ser tabagista do que o sexo feminino. Da mesma forma, os universitários que se encontravam na faixa etária dos quarenta anos e mais tinham o triplo de probabilidade de ser fumante em relação aos componentes da faixa etária de até dezenove anos.

Semelhante ao encontrado neste estudo, em uma pesquisa realizada entre estudantes de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, para se avaliar as tendências



temporais do tabagismo, observou-se uma razão de prevalência de 1,16 vezes maior para o sexo masculino em relação ao feminino. Ao contrário do achado no presente estudo, em relação a variável idade, os autores observaram uma razão de prevalência de 2,22 vezes maior para a faixa etária de menor de vinte anos em relação aos maiores de vinte e cinco anos, os quais apresentaram a menor prevalência do grupo (MENEZES et al., 2004).

Quanto ao nível sócio-econômico, não foi encontrada associação estatisticamente significativa com o tabagismo. Sabe-se que o tabagismo é mais prevalente nos estratos sociais mais baixos (GONÇALVES-SILVA et al., 2005). Da mesma forma, o nível socioeconômico baixo foi fator de risco para hábito de fumar no estudo de MUZA e COSTA (1993), em Brasília, enquanto que, em Ribeirão Preto, MUZA et al. (1997) não observaram associação entre o nível socioeconômico e o hábito de fumar.

Ao se analisar o nível sócio-econômico dos universitários deste estudo, através do indicador econômico para o Brasil, baseado no censo demográfico de 2000 (BARROS e VICTORA, 2005) verificou-se que a maioria pertencia aos quintis mais elevados de nível sócio-econômico da população, tanto em relação ao Brasil, como a Cuiabá. Diante disto, percebe-se que a população deste estudo difere da população geral, uma vez que é composta majoritariamente por representantes das camadas sociais mais elevadas, o que pode justificar a não associação entre o tabagismo e o nível sócio-econômico.

Quando se analisa a prevalência do tabagismo entre universitários de diversos cursos, classificados por área do conhecimento, os resultados não mostraram diferenças significativas entre estas áreas. Estes dados são contrários aos existentes na literatura,

que têm mostrado que prevalências de tabagismo entre estudantes de cursos da área da saúde são inferiores aos de outras áreas do conhecimento (BASKA et al., 2000; HADDAD e MALAK, 2002; RODRIGUES et al., 2008).

Corroborando com os estudos citados e discordando dos resultados do presente estudo, pesquisa realizada com estudantes da Universidade de Cambridge detectou maior prevalência de tabagismo entre alunos pertencentes a cursos da área de ciências humanas em relação a estudantes da área de ciências da saúde, 17% versus 7,7% (WILLCOX, 1997). Um outro estudo, realizado na Universidade da Jordânia, também mostrou menores prevalências de tabagismo entre estudantes procedentes das faculdades de ciências da saúde, do que entre aquelas das demais áreas (HADDAD e MALAK, 2002)

No entanto, ao se comparar os dados das universidades públicas com os das particulares, verificou-se que a probabilidade de ser fumante foi quase 90% maior entre os alunos das universidades particulares em comparação àqueles das universidades públicas [8,9 versus 4,7 %; RP= 1,89 (1,18 - 3,03)]. Em relação a este resultado, se poderia supor que a maior prevalência entre os estudantes das universidades particulares seria decorrente da melhor condição financeira para adquirir o cigarro, porém isto não parece não ser aceito como verdade, pois não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os estratos econômicos estudados. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada em escolas do ensino médio da região metropolitana de São Paulo, onde se verificou uma prevalência de tabagismo de 13,8% na rede particular de ensino e de 5,1% na rede pública (CARLINI, 2000).

O estudo da associação entre o tabagismo e a atividade física não mostrou diferenças estatisticamente significantes entre as diversas categorias estudadas através da classificação do IPAQ. Isto pode ter sido decorrente da baixa prevalência de tabagismo encontrada entre os universitários deste estudo. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por ALVES et al. (2005) com estudantes de medicina em Pernambuco, que mostrou uma prevalência de sedentarismo estimada em 77,4%, sendo o percentual de fumantes semelhante entre os fisicamente ativos e os sedentários (5,7% versus 3,3%).

Os resultados da análise multivariada mostram que permaneceram associados ao tabagismo, o tipo de instituição, o turno escolar, o sexo, a idade, e a exposição ao tabagismo passivo.

No nível 1, após ajustes para fatores de confusão, o tipo de instituição (privada/pública) e o turno escolar foram associados ao tabagismo, mostrando que os universitários da instituição privada apresentaram uma chance duas vezes maior de serem fumantes do que aqueles da instituição pública. E, ainda, os que estudavam em período integral tinham quase o dobro de chance de ser fumantes do que aqueles que freqüentavam o período diurno. Estudo realizado por Silva (2007) com adolescentes de escola privada e pública em Cuiabá/MT, mostrou resultado semelhante, ou seja, estudantes da escola pública apresentaram chance 1,55 vez maior de ser fumantes do que os da escola privada [OR=1,56 (1,22-2,00)].

No nível 2, o sexo masculino continuou associado ao tabagismo, com uma chance 1,86 vez maior dos homens serem fumantes em relação às mulheres. Moreira et al. (2005) estudando os fatores associados ao tabagismo em uma área metropolitana da

região Sul do Brasil, verificaram que mesmo após ajustes para fatores de confusão, o tabagismo foi associado ao sexo, apresentando uma chance 1,44 vez maior para o sexo masculino em relação ao sexo feminino.

Em relação à idade, verificou-se que apenas a faixa etária de 40 anos e mais permaneceu associada após análise multivariada. Ao contrário, estudo realizado com a população urbana de Porto Alegre revelou que o grupo de adultos na faixa etária de 30 a 39 anos associou-se ao tabagismo, enquanto que as faixas etárias dos indivíduos de mais idade não foram associadas.

Observa-se que aqueles universitários que foram, ao longo de suas vidas, expostos ao tabagismo passivo, apresentaram uma chance quase 5 vezes maior de serem fumantes do que aqueles que nunca foram expostos. Estudos têm demonstrado que os indivíduos que são expostos ao tabagismo apresentam maior chance de experimentar o cigarro e de virem a ser fumantes do que aqueles que não são expostos (MACHADO NETO e CRUZ, 2003; SILVA, 2007).

Segundo GONÇALVES-SILVA et al. (2005), quando os membros de uma família convivem durante longo tempo com o tabagismo, eles passam a encará-lo como algo que faz parte da rotina e da vida das pessoas, não considerando ou percebendo os efeitos negativos para a saúde, ocorrendo de forma natural à experimentação do cigarro.

Apesar da não associação entre tabagismo e atividade física verificada neste estudo, sabe-se da importância da mesma no desenvolvimento de um programa de cessação de tabagismo. Dentre as dificuldades para a cessação do tabagismo não resta a menor dúvida de que a síndrome de abstinência é uma das principais causas que

contribui para a sua manutenção. A síndrome da abstinência apresenta sintomas psicológicos como: depressão, insônia e sonolência diurna, irritabilidade, frustração, raiva, ansiedade, dificuldade para concentrar-se e manter atenção, inquietação e sintomas biológicos como bradicardia, hipotensão, aumento de apetite, ganho de peso, incoordenação motora e tremores (DÓREA, 2004). Todos estes fatores dificultadores da cessação do tabagismo poderiam ser minimizados pela atividade física.

A criação de parques, áreas de lazer e outros locais destinados à prática de atividade física, e o fomento de medidas públicas e privadas que conscientizem a população dos benefícios da prática regular de exercícios em qualquer faixa etária, são estratégias efetivas no combate à inatividade física. Novos estudos, de base populacional, com avaliação mais detalhada do impacto da atividade física em relação ao tabagismo e outros fatores de risco são necessários. Sabe-se que a maneira mais eficaz de diminuir o impacto do tabagismo em nível populacional é o desenvolvimento de ações de prevenção e controle dos seus fatores de risco, ou seja, ações de promoção de saúde e de prevenção primária.

## 6. CONCLUSÕES

1. A prevalência do tabagismo na população universitária de Cuiabá pode ser considerada baixa sendo que a maioria dos fumantes apresentou grau leve de dependência ao tabaco;

2. Houve maior prevalência de tabagismo na a faixa etária de 40 anos e mais com associação linear significativa e direta entre a prevalência do tabagismo e a idade dos universitários;

3. Detectou-se maior prevalência de tabagismo entre os estudantes das instituições privadas, os quais apresentavam probabilidade quase 90% maior de fumar do que aqueles da universidade pública;

4. A prevalência do tabagismo foi maior entre as mulheres;

5. A prevalência de sedentarismo foi de 22,6%;

6. Não foi observada associação significativa entre o tabagismo e a prática de atividade física.

## **7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS :**

Alves JGB, Montenegro FMU, Oliveira FA, Alves RV. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. Rev Bras Med Esporte. 2005;11(5): 291-4.

Andrade APA, Bernardo ACC, Viegas CAA . Prevalência e características do tabagismo em jovens da Universidade de Brasília. J Bras Pneumol. 2006;32(1):23-8.

Andrade DR., Matsudo SMM, Matsudo VKR, Figueira JA, Araújo TL, Andrade EL, Oliveira LC. Barriers to exercise adherence among active young adults. Medicine & Science in Sports & Exercise. Supplement. Official Journal of the American College of Sports Medicine. 1998;30(5):182-4.

Barros AJD, Victora CG. Indicador econômico para o Brasil baseado no censo demográfico de 2000. Rev Saúde Pública. 2005; 39(4):523-9.

Baska T, Straka S, Madar R. Smoking habits in university students in Slovakia. *Cent Eur J Public Health*. 2000;8(4):245-8.

Batista SP. Inhalation studies of toxicity of tobacco smoke. In: Gori GB, Bock FG. (editors). *Banbury Report 3-A safe cigarette?* Cold Spring Harbor, New York, Cold Spring Harbor Laboratory. 1980:51-62.

Betti M, Zuliani LR. Educação Física escolar: uma proposta de diretrizes pedagógicas. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*. 2002;1(1):73-81.

Bouchard C, Shephard R, Stephens T. *Physical activity, fitness and health: International Proceedings and Consensus Statement*. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers. 1994.

Braga Jr F. *Hipertensão Arterial e Atividade Física na População de Cuiabá. Estudo de Base Populacional*. [dissertação de mestrado]. Cuiabá – MT: Instituto de Saúde Coletiva da UFMT, 2007.



.Caspersen C, Powell KE, Christenson. Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. Public Health Reports. 1985;100(2):127-31.

Carlini CB, Carvalho CG, Gouveia N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo Rev. Saúde Pública. 2000;34 (6): 636- 45, disponível no site: [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp).

Cavalcante J. O impacto mundial do tabagismo. Fortaleza: Realce. 2002, 151p.

Chassin L, Presson CC, Todd M, Sherman SJ & Rose JS. Maternal socialization of adolescent smoking: the intergenerational transmission of parenting and smoking. Dev Psychol. 1998; 34:1189-201.

Chor, D. Perfil de Risco Cardiovascular de Funcionários de Banco Estatal. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 1997.

Dean K, Concha C, Santiago PH. Research on lifestyles and health: searching for meaning. 1995: 845-55.

Dórea AJP, Botelho C. Fatores Dificultadores da cessação do tabagismo. In:J Bras Pneumologia diretrizes para cessação do tabagismo. 2004; 30(2): 41-6.

Duncan BB, Schimidt MI, Polanczyk CA, Homrich CS, Rosa RS, Achutti AC. Fatores de risco para doenças não transmissíveis em área metropolitana na região sul do Brasil. Prevalência e simultaneidade. Revista de Saúde Pública. 1993;27:143-48.

Eyler AA, Backer E, Cromer L, King AC, Brownson RC, Donatelle RJ. Physical Activity and Minority Womem: A Qualitative Study. Health Education & Behavior. 1998;25(5):640-52.

Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav. 1978;3:235-41.

Ferreira J. Aptidão física, atividade física e saúde da população escolar do Centro da Área Educativa de Viseu - Estudo em crianças e jovens de ambos os sexos dos 10 aos 18 anos de idade. [Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física]. Porto (PT): Universidade do Porto.1999.

Fonseca MJM, Chor D, Valente JG. Hábitos Alimentares entre Funcionários de Banco Estatal: padrão de consumo alimentar. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 1999;15(1):29-39.

Gonçalves-Silva RMV, Valente JG, Lemos-Santos MGF, Sichieri R. Tabagismo domiciliar em famílias com crianças menores de 5 anos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(3):163-9.

Haddad LG, Malak MZ. Smoking habits and attitudes towards smoking among university students in Jordan. *Int J Nurs Stud*. 2002;39(8):793-802.

Halperin AC, Rigotti NA. US public universities' compliance with recommended tobacco-control policies. *J Am Coll Health*. 2003;51(5):181-8.

Halty LS, Hüttner MD, Netto ICO, Santos VA, Martins G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. *J Pneumol*. 2002; 28(4): 180-86.

Helmrich SP, Ragland DR, Leung RW, Paffenbarger RS. Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *The New England Journal of Medicine*. 1991;325: 147-52.

Horta BL, Calheiros P, Pinheiro RT, Tomasi E e Amaral KC. Tabagismo em adolescentes de área urbana na região Sul do Brasil. Rev Saúde Pública 2001;35(2):159-64.

Hughes JR. Genetics of smoking: a brief review. Behav Ther. 1986; 17:335 – 45.

Kendler KS, Neale MC, Sullivan P, Corey LA, Gardner CO, Prescott CA. A population-based twin study in women of smoking initiation and nicotine dependence. Psychol Med. 1999;29:299-308.

King AC, Taylor CB, Haskell WL, Dbusk RF. Influence of regular aerobic exercise on psychological health. Health Psychol. 1989;8: 305-24.

Kirchentejn C, Chatkin JM. Dependência da nicotina. In: J Bras Pneumologia diretrizes para cessação do tabagismo. 2004; 30 supl 2: 11-8.

Lee I, Paffenbarger RS, Hsieh C. Physical activity and risk of developing colorectal cancer among college alumni. J. Natl. Cancer Inst. 1991; 83:1324-9.

Leon AS, Connett J, Jacobs DR, Rauramaa R. Leisure-time physical activity levels and risk of coronary heart disease and death. JAMA. 1987;258(17): 2388-95.

Lotufo PA, Lolio CA. Tendência da mortalidade por Doença isquêmica do coração no Estado de São Paulo:1970 a 1989. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 1993;61(3):149-53.

Machado Neto AS, Cruz AA. Tabagismo em amostra de adolescentes escolares de Salvador-Bahia. *J Pneumol*. 2003; 29(5): 264-72.

Matsudo VKR, Matsudo SMM, Andrade D, Araújo D, Araújo T, Andrade E et al. Promoção da saúde mediante o aumento do nível de atividade física: a proposta do programa agita São Paulo. *Rev. Âmbito Medicina Esportiva* 2001; 5 – 15.

Menezes A, Palma E, Holthausen R, Oliveira R, Oliveira PS, Devéns E, Steinhaus L, Horta B, Victora CG. Evolução temporal do tabagismo em estudantes de medicina, 1986, 1991, 1996. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(2):165-69.

Menezes, AMB, Curi PH, Silva F, Souza M, Paiva L, D'Avila A et al. Tabagismo em estudantes de Medicina: tendências temporais e fatores associados. In: *J Bras Pneumol*. 2004; 30(3) 223-8.

Ministério da Justiça. Secretaria Nacional Antidrogas. Primeiro Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas. CEBRID. 2001.

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. 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: INCA. 2004.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer. Rio de Janeiro: INCA. 2002.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Inquérito de tabacos em escolares: Vigescola, novembro, 2005, disponível no site: <http://www.inca.gov.br/vigescola/> [24/07/2006].

Muza GM, Bettiol H, Muccillo G, Barbieri MA. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil): II. Distribuição do consumo por classes sociais. Rev Saude Publica 1997;31(2):163-70.

Muza GM, Costa MP. Aspectos sociofamiliares do consumo de tabaco por adolescentes escolares da rede privada do Distrito Federal. Revista ABP-APAL 1993;15(1):31-6.

Oguisso, T.; Seki, LK. A prevalência do tabagismo entre estudantes de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Rev Enf USP, 2001;35 (1) 19-27.

Oliveira MVP, Sales MPU. Tabagismo passivo. In: J Bras Pneumologia diretrizes para cessação do tabagismo. 2004; 30(2): 65-71.

Paine PA, Amaral JA, Pereira MG. Association between parental and student smoking behaviour in a Brazilian medical school. *Int J Epidemiol*. 1985;14(2):330-2.

Pate RR, Pratt M, Leon AS, Morris J, Paffenbarger RS, Kevin P, Pollock ML, Rippe JM, Sallis J, Wilmore JH. Physical activity and public health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the American college of sports medicine. *JAMA*. 1995; 273(5): 402-07.

Pols MA, Peeters PHM, Twisk JWR, Kemper CG, Grobbee DE. Physical Activity and Cardiovascular disease risk prolife in women. *American Journal of Epidemiology*. 1997;146(4):322-32.

Raitakari OT, Leino M, Raikkonen K, Porkka KVK, Taimela S, Rasanen L, Viikari JSA. Clustering of risk habits in young adults: the cardiovascular risk in young finns study. *American Journal of Epidemiology*. 1995;142:36-44.

Ribeiro AS, Jardim JR, Laranjeira RR, Alves AKS, Kesselring F, Fleissig L, et al. Prevalência de tabagismo na Universidade Federal de São Paulo, 1996: dados preliminares de um programa institucional. *Rev Assoc Med Bras*. 1999;45(1):39-44.

Ribeiro SA, Jardim JR De B, Laranjeira RR, Alves AKS, Kesselring F, Fleissig L, Almeida MZH, Matsuda M, Hamamoto RS. Prevalência de tabagismo na Universidade Federal de São Paulo, 1996 – dados preliminares de um programa Institucional. Rev Ass Med Brasil. 1999; 45(1): 39-44.

Rigotti NA, Lee JE, Wechsler H. US college students' use of tobacco products: results of a national survey. JAMA. 2000;284(6):699-705.

Rodrigues GA, Galvão V, Viegas CAA. Prevalência do tabagismo entre dentistas do Distrito Federal. J Bras Pneumol. 2008;34(5):288-93

Rodrigues MVK. Measuring nutrition status, physical activity, and fitness, with special emphasis on populations at nutritional risk. Nutr. Rev. 1996; 54(4):79-96.

Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C, Silva AMC. Um estudo comparativo entre características de personalidade de universitários fumantes, ex-fumantes e não-fumantes. Rev Psiquiatr RS. 2005;27(1):40-50.

Rosenberg J, Perom S. Tabagismo entre estudantes da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. Tabagismo nos acadêmicos de medicina e nos médicos. J Pneumol. 1990;16(1):13-22.



Ruffino Netto A, Rufino MC, Gruber CA, Izuzuki EE, Carramaschi FR, Machado FA. Tabagismo entre acadêmicos de Ribeirão Preto - SP. J Pneumol. 1981;7(3):164-70.

Ruffino-Netto A, Ruffino MC, Passos ADC, Silva CA, Madeira AN. Tendência do tabagismo entre acadêmicos de Ribeirão Preto (SP) - estudo prospectivo. J Pneumol. 1988;14(4): 163-9.

Russel RP, Pratt M, Blair SN, Pollock ML, Kriska A, Leon AS, Morris J, Paffenbarger RS, Bouchard C, Buchner D, King AC, Sallis J, Wilmore JH. Physical activity and public health. Jama. 1995;273(5):402-07.

Sant'anna CC, Araújo AJ, Orfaliais CS. Abordagem de grupos especiais: crianças e adolescentes. In: J Bras Pneumologia diretrizes para cessação do tabagismo. 2004; 30 supl 2: 47-54.

Sichieri R. Epidemiologia da Obesidade. Medidas e determinantes da Obesidade. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 1998:15-23.

Silva LVER, Malbergier A, Stempliuk VA, Andrade AG. Fatores associados ao álcool e drogas entre estudantes universitários. Rev Saúde Pública. 2006;40(2):280-8.

Silva MP. Fatores associados à iniciação do tabagismo em adolescentes. Estudo de Base Populacional. [dissertação de mestrado]. Cuiabá – MT. Instituto de Saúde Coletiva da UFMT. 2007.

Snow-Harter C, Marcus R. Exercise, bone mineral density, and osteoporosis. *Exerc Sport Sci Rev.* 1991;19: 351-88.

Stephens T. Physical activity and mental health in the United States and Canada: evidence from four population surveys. *Prev. Med.* 1988; 17:35-47.

Steptoe A, Wardle J, Raymond F, Holte A, Justo J, Sanderman R, Wichstrom L. Leisure-time physical exercise: Prevalence, attitudinal correlates, and behavioral correlates among young europeans from 21 countries. *Preventive Medicine.* 1997;26: 845-54.

Willcox ML. Tobacco control programmes for universities: a feasibility study. *J Public Health Med.* 1997;19(1):37-44.

World Health Organization (WHO). Tobacco Free Initiative. 2004, disponível no site: <http://www.who.int/tobacco/en> [2006 jul 23].

World Health Organization. The tobacco atlas: deaths, novembro,2005. Disponível em<  
<http://www.who.int/tobacco/en/atlas11>> [2006 jul 23].

World Health Organization. World no-Tobacco Day. Tobacco and poverty: a vicious  
circle, 2004.

World Health Organization report on the global tobacco epidemic, 2008: The mpower  
package. Disponível  
em<[http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf)> [2008 jan 05].

## Anexos

## ANEXO 1

### QUESTIONÁRIO APLICADO

#### UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

Nº de identificação	Dia	Mês	Ano
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

#### Seção A – Identificação

<p>A – 1 Idade: _____ anos</p> <p>A – 2 – altura:</p> <p>A – 3 – Peso:</p> <p>A – 4 Sexo: 1 _  masculino 2 _  feminino</p> <p>A – 5 Instituição de Ensino Superior: 1 _  privada 2 _  pública</p> <p>A – 6 Turno (s) em que freqüenta a faculdade: 1 _  matutino 2 _  vespertino 3 _  noturno</p>	<p>A – 7 Área de conhecimento: 1 _  Ciências Humanas e Sociais Aplicadas 2 _  Ciências da Saúde e Biológicas 3 _  Ciências Exatas e da Terra</p> <p>A – 8 Trabalho ou atividade remunerada: 1 _  Sim 2 _  Não</p> <p>A – 9 Situação conjugal: 1 _  casado(a) / união consensual 2 _  separado(a) / divorciado(a) / desquitado (a) 3 _  solteiro(a) 4 _  viúvo(a)</p>
---	--

## Seção B – Indicador Econômico

B – 1	Escolaridade do chefe da família: 0 _  menos do que 4 anos 1 _  4-7 anos de escolaridade 2 _  ensino fundamental completo (8-10 anos) 3 _  ensino médio completo (11+ anos) 4 _  nível superior completo	B – 6	Rádio: 1 _  Sim 2 _  Não
B – 2	Número total de dormitórios: 1 _  1 2 _  2 3 _  3 4 _  4+	B – 7	Geladeira ou freezer: 1 _  Sim 2 _  Não
B – 3	Número total de banheiros: 0 _  0 1 _  1 2 _  2 3 _  3+	B – 8	Videocassete: 1 _  Sim 2 _  Não
B – 4	Número de aparelhos de TV: 0 _  0 1 _  1 2 _  2 3 _  3+	B – 9	Máquina de lavar: 1 _  Sim 2 _  Não
B – 5	Número de carros: 0 _  0 1 _  1 2 _  2+	B – 10	Forno de Microondas: 1 _  Sim 2 _  Não
		B – 11	Linha telefônica: 1 _  Sim 2 _  Não
		B – 12	Microcomputador: 1 _  Sim 2 _  Não
		B – 13	Condicionador de ar: 1 _  Sim 2 _  Não

## Seção C - Tabagismo

C – 1	Você fica em contato com a fumaça do cigarro de outras pessoas em sua casa, trabalho ou escola? 1 _  Sim 2 _  Não	C – 5	Somando todos os cigarros que você fumou na vida inteira, o total chega a 5 maços ou 100 cigarros? 1 _  Sim 2 _  Não
C – 2	Alguma vez você já experimentou ou tentou fumar cigarros, mesmo uma ou duas tragadas? 1 _  Sim 2 _  Não	C – 6	Há quantos anos você fuma regularmente? _____anos
C – 3	Com que idade você experimentou ou tentou fumar cigarros pela primeira vez? _____anos	C – 7	Se você fumou regularmente e hoje não fuma mais, Há quanto tempo você é um ex-fumante? _____anos
C – 4	Atualmente você fuma cigarros? 1 _  Sim 2 _  Não		

## Seção D – Questionário De Tolerância De Fagerström

1.Quanto tempo, depois de acordar, você fuma o seu primeiro cigarro?

0 - Após 60 minutos

1 - 31-60 minutos

2 - 6-30 minutos

3 - Nos primeiros 5 minutos

2.Você encontra dificuldades em evitar fumar em lugares onde é proibido, como, por exemplo, igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc.?

0 – Não

1 – Sim

3.Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?

0 - Qualquer um

1 - O primeiro da manhã

4.Quantos cigarros você fuma por dia?

0 - 10 ou menos

1 - 11 a 20

2 - 21 a 30

3 - 31 ou mais

5.Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?

0 – Não

1 - Sim

6.Você fuma mesmo estando doente a ponto de ficar acamado a maior parte do dia?

0 – Não

1 – Sim

### Seção E – Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)

Pense sobre todas as atividades vigorosas que você fez nos últimos 7 dias. Atividades físicas vigorosas referem-se às atividades que requerem esforço físico pesado e fazem você respirar muito mais forte que o normal. Pense *apenas* naquelas atividades físicas que você fez por pelo menos 10 minutos em cada vez.

1. Durante os últimos 7 dias, em quantos dias você fez atividades físicas vigorosas como levantamento de pesos, escavar, escavar, exvar, exercícios aeróbicos, ou pedalar rápido na bicicleta?

- a) |\_\_| dias por SEMANA  
 b)  Nenhuma atividade física vigorosa (**PULAR PARA 3**)

2. Nos dias em que você faz este tipo de atividade, quanto tempo você gasta fazendo essas atividades POR DIA?

- a) |\_\_| horas por dia  
 b) |\_\_| minutos por dia  
 c)  Não sabe / Não tem certeza

Pense sobre todas as atividades moderadas que você fez nos últimos 7 dias. Atividades moderadas referem-se àquelas que requerem esforço físico moderado e fazem você respirar um pouco mais forte que o normal. Pense somente naquelas atividades físicas que você fez por pelo menos 10 minutos em cada vez.

3. Durante os últimos 7 dias, em quantos dias você fez atividades físicas moderadas como carregar pesos leves, pedalar num ritmo leve na bicicleta, ou tênis em duplas?

**Não inclui caminhar.**

- a) |\_\_| dias por SEMANA  
 b)  Nenhuma atividade física moderada (**PULAR PARA 5**)

4. Quanto tempo você geralmente gasta fazendo atividades físicas moderadas em um desses dias?

- a) |\_\_| horas por dia  
 b) |\_\_| minutos por dia  
 c)  Não sabe / Não tem certeza

Pense sobre o tempo que você gastou andando nos últimos 7 dias. Isso inclui no trabalho e em casa, andando para ir de um lugar a outro, e qualquer caminhada que você pode fazer unicamente por recreação, esporte, exercício, ou lazer.

5. Durante os últimos 7 dias, em quantos dias você andou por pelo menos 10 minutos em cada vez.

- a) |\_\_| dias por SEMANA  
 b)  Não caminhou (**PULAR PARA 7**)

Continuação Seção E



6.Quanto tempo você geralmente gasta caminhando em um desses dias?

a)|\_|\_| horas por dia

b)|\_|\_| minutos por dia

c) Não sabe / Não tem certeza

A última questão é sobre o tempo que você permaneceu sentado nos dias de semana durante os últimos 7 dias. Inclua o tempo gasto no trabalho, em casa, fazendo lição de casa e durante o tempo de lazer. Isso pode incluir o tempo gasto sentado à mesa, visitando amigos, lendo, ou sentado ou deitado assistindo à televisão.

7.Durante os últimos 7 dias, quanto tempo você permaneceu sentado em um dia de semana?

a)|\_|\_| horas por dia

b)|\_|\_| minutos por dia

c) Não sabe / Não tem certeza

## ANEXO 2

CARGAS DAS ANÁLISES DAS VARIÁVEIS COMPONENTES DO QUESTIONÁRIO:  
INDICADOR ECONÔMICO PARA O BRASIL BASEADO NO CENSO DEMOGRÁFICO  
DE 2000 E SEUS COEFICIENTES

Variável	Codificação	Coeficiente
Escolaridade do chefe da família	0= menos do que 4 anos; 1=4-7 anos de escolaridade; 2=ensino fundamental (8-10 anos); 3=ensino médio (11+ anos); 4=nível superior (completo)	23
Número total de dormitórios	1=1; 2=2; 3=3; 4=4+	20
Número total de banheiros	0=0; 1=1; 2=2; 3=3+	47
Número de aparelhos de TV	0=0; 1=1; 2=2; 3=3+	44
Número de carros	0=0; 1=1; 2=2+	52
Rádio	1=Sim; 0=Não	46
Geladeira ou freezer	1=Sim; 0=Não	61
Videocassete	1=Sim; 0=Não	65
Máquina de lavar	1=Sim; 0=Não	64
Forno de Microondas	1=Sim; 0=Não	76
Linha telefônica	1=Sim; 0=Não	63
Microcomputador	1=Sim; 0=Não	89
Condicionador de ar	1=Sim; 0=Não	73

## ANEXO 3

CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA SEGUNDO O QUESTIONÁRIO IPAQ
---

- a) Muito Ativo: aquele que cumpriu as recomendações de:
- a) Vigorosa:  $\geq 5$  dias/sem e  $\geq 30$  minutos por sessão e/ou
  - b) Vigorosa:  $\geq 3$  dias/sem e  $\geq 20$  minutos por sessão + Moderada e/ou Caminhada:  $\geq 5$  dias/sem e  $\geq 30$  minutos por sessão.
- b) Ativo: aquele que cumpriu as recomendações de:
- a) Vigorosa:  $\geq 3$  dias/sem e  $\geq 20$  minutos por sessão; e/ou
  - b) Moderada ou Caminhada:  $\geq 5$  dias/sem e  $\geq 30$  minutos por sessão; e/ou
  - c) Qualquer atividade somada:  $\geq 5$  dias/sem e  $\geq 150$  minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa).
- c) Irregularmente Ativo: aquele que realiza atividade física porém insuficiente para ser classificado como ativo pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação soma-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa). Este grupo foi dividido em dois sub-grupos de acordo com o cumprimento ou não de alguns dos critérios de recomendação:
- c.1) Irregularmente Ativo A: aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência ou quanto à duração da atividade:
    - a) Frequência: 5 dias /semana ou
    - b) Duração: 150 min / semana
  - c.2) Irregularmente Ativo B: aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.
- d) Sedentário: aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

**ANEXO 4**
**CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA SEGUNDO O TESTE DE  
FAGERSTRÖM**

	<b>pontos</b>
1.Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	
após 60 minutos	0
entre 31 e 60 minutos	1
entre seis e 30 minutos	2
nos primeiros cinco minutos	3
2.Você encontra dificuldades em evitar de fumar em locais proibidos, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc?	
não	0
sim	1
3.Qual o cigarro mais difícil de largar de fumar?	
qualquer outro	0
o primeiro da manhã	1
4.Quantos cigarros você fuma por dia?	
menos de 10 cigarros	0
entre 11 e 20 cigarros	1
entre 21 e 30 cigarros	2
mais de 30 cigarros	3
5.Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?	
não	0
sim	1
6.Você fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar acamado a maior parte do dia?	
não	0
sim	1

Pontuação:

0 a 4 – dependência leve; 5 a 7 – dependência moderada e 8 a 10 – dependência grave

II Consenso Brasileiro de DPOC 2004 (modificado de Fagerström K 1989)

## ANEXO 5

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

Projeto: Atividade Física e Tabagismo em universitários

Pesquisador: Hindenburg Soares Gaspar

Objetivo principal: Analisar a associação entre o hábito de fumar e a prática de atividade física em universitários da rede pública e particular de ensino superior no município de Cuiabá, capital do estado do Mato Grosso.

Procedimentos: Utilização de questionário auto-aplicável

Possíveis riscos e desconforto: Ausência de riscos e desconforto mínimo

Benefícios previstos: Possibilidade de encaminhamentos, palestras informativas e orientações aos interessados.

Eu....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém além dos pesquisadores terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Entendo também, que tenho direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal. Fui informado ainda, que a minha participação é voluntária e que se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso NÃO acarretará qualquer tipo de penalidade.

Compreendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento e concordo em participar do mesmo.

Assinatura do participante: .....

Assinatura do pesquisador principal:.....

Em caso de necessidade, contate o pesquisador através do telefone 92388903 ou do e-mail hindenburggaspar@yahoo.com.br

Para obter informações sobre o projeto, fazer contato com o CEP do HUJM, fone: (65) 3615-7254.

Cuiabá, ..... de ..... de 2007.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)