

Padrões de consumo de tabaco em residentes de um assentamento rural: um estudo transversal

Andrécia Cósmem da Silva^I, Lorena Silva Vargas^{II}, Roselma Lucchese^{III}, Bruno de Souza Calixto^{IV}, Rafael Alves Guimarães^V, Ivania Vera^{VI}, Paulo Alexandre de Castro^{VII}, Valéria Pagotto^V, Inaina Lara Fernandes^{VIII}

^I Universidade Estadual de Goiás. Ipameri, GO, Brasil

^{II} Secretaria Municipal de Saúde de Catalão. Programa Municipal de Controle do Tabagismo. Catalão, GO, Brasil

^{III} Universidade Federal de Goiás. Departamento de Enfermagem. Catalão, GO, Brasil

^{IV} Hospital Nars Faiad. Catalão, GO, Brasil

^V Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil

^{VI} Universidade Federal de Goiás. Departamento de Enfermagem. Catalão, GO, Brasil

^{VII} Universidade Federal de Goiás. Departamento de Física. Catalão, GO, Brasil

^{VIII} Secretaria Municipal de Saúde de Catalão. Catalão, GO, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Investigar os padrões e fatores associados ao consumo de tabaco em residentes de um assentamento rural.

MÉTODOS: Estudo de corte transversal realizado entre setembro e novembro de 2014, com 172 residentes de assentamento rural, na região Centro-Oeste do Brasil. Foram analisadas como variáveis dependentes o consumo de tabaco alguma vez na vida; o consumo atual de tabaco; abuso de tabaco; e alto risco de dependência nicotínica, com as variáveis sociodemográficas associadas ao consumo de tabaco, com aplicação dos instrumentos *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)* e *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)*.

RESULTADOS: As prevalências de uso de tabaco na vida, uso atual, abuso de tabaco e alto risco de dependência nicotínica foram de 62,2%, 20,9%, 59,8%, 10,3%, respectivamente. Idade mais elevada, escolaridade baixa, religião evangélica, consumo de maconha, consumo de hipnóticos ou sedativos, sexo masculino foram fatores associados aos padrões de consumo de tabaco nos assentados.

CONCLUSÕES: Verificaram-se elevadas prevalências nos padrões de consumo de tabaco, evidenciando a necessidade de políticas públicas de saúde de prevenção e controle do tabaco nessa população.

DESCRIPTORIOS: Tabagismo, epidemiologia. Assentamentos Rurais. Fatores de Risco. Fatores Socioeconômicos. Estudos Transversais.

Correspondência:

Andrécia Cósmem da Silva
Rua João Galdino Pereira, 73 Lago
das Mansões
75707-140 Catalão, GO, Brasil
E-mail: andreciacs@hotmail.com

Recebido: 21 out 2015

Aprovado: 2 nov 2016

Como citar: Silva AC, Vargas LS, Lucchese R, Calixto BS, Guimarães RA, Vera I, et al. Padrões de consumo de tabaco em residentes de um assentamento rural: um estudo transversal. Rev Saude Publica. 2017;51:100.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

O tabagismo representa um grave problema de saúde pública em todo o mundo. O uso de tabaco é responsável por aproximadamente 5,1 milhões de mortes de pessoas ao ano, principalmente por doenças crônicas não transmissíveis (neoplasias, doenças cardiovasculares e respiratórias)²³.

Em 2013, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que 21,0% dos adultos fazem uso regular do tabaco (1,1 bilhões de pessoas em nível global)²⁵. No Brasil, estima-se que a prevalência do consumo de tabaco seja de 15%¹⁸. Embora existam políticas públicas efetivas e sólidas para o controle do abuso e dependência do tabaco em nível global, a indústria tabaqueira ainda promove estratégias para atrair as populações consideradas vulneráveis, como pela adição de sabores e alteração do aroma nas diversas apresentações de tabaco, conferindo possibilidade de consumo mais agradável e consequente aumento das taxas de uso de tabaco e dependência nicotínica¹³.

O consumo de tabaco é cada vez mais concentrado em determinadas populações, como indivíduos com baixa renda e status socioeconômico²². Nesse contexto, residentes de assentamento rural constituem uma população em elevada vulnerabilidade para uso de tabaco. Em geral, esses indivíduos apresentam condições desfavoráveis (baixo poder socioeconômico e escolaridade baixa) e múltiplos fatores de risco ao uso de tabaco, como problemas familiares, alta prevalência do uso e abuso de outras substâncias psicoativas (por exemplo, álcool e drogas ilícitas), déficit de conhecimento sobre riscos do uso do tabaco e dificuldades no acesso à assistência à saúde^{8,16}.

Alguns estudos têm mostrado elevadas prevalências de consumo de tabaco em residentes de zonas rurais^{1,7,9,14}. Nos Estados Unidos da América, um estudo identificou que a prevalência do uso de tabaco nessa população varia de 24,9% a 28,0%⁷. Em Bangladesh, uma prevalência de 23,6% foi encontrada em residentes de áreas rurais⁹. Na Malásia, um estudo encontrou uma prevalência de 56,9% em populações rurais, superior à estimada em residentes da zona urbana (45,2%)¹⁴. No Brasil, um estudo conduzido em populações rurais estimou uma prevalência do uso regular de tabaco de 20,3%, taxa mais elevada à estimada em residentes da área urbana do país (16,6%)¹.

No Brasil, há poucos estudos sobre uso e dependência de tabaco em populações de assentados rurais^{5,19}. Dessa forma, investigar a epidemiologia do consumo de tabaco nesse grupo populacional pode contribuir para ações e diretrizes de políticas públicas de prevenção e controle do tabaco em residentes de assentamentos urbanos, que levem em conta as particularidades inerentes à zona rural. Assim, a proposta deste estudo foi investigar os padrões e fatores associados ao consumo de tabaco em residentes de um assentamento rural.

MÉTODOS

Estudo de corte transversal, de base populacional, realizado em residentes de um assentamento rural localizado no sudeste do estado de Goiás, região Centro-Oeste do Brasil. O assentamento, criado em 2005, possui uma área total de 4.322 hectares, habitado atualmente por 84 famílias, compostas por 250 pessoas (200 adultos e 50 crianças e adolescentes). Os residentes possuem condições de vida precária, com casas, em sua maioria, de alvenaria e sem água tratada, esgoto e coleta regular de lixo. Não há unidade de saúde local. Os dados foram coletados entre setembro e novembro de 2014.

Nesse estudo, incluímos indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos e que residiam no assentamento por pelo menos seis meses. Foram excluídos os sujeitos que não estavam em sua residência por até três ocasiões da visita dos pesquisadores de campo.

Inicialmente, foi agendada reunião com os líderes do assentamento para apresentar a proposta do estudo e obter sua anuência. A seguir, uma segunda reunião foi realizada com

os residentes, a fim de orientar sobre os objetivos, métodos e benefícios da pesquisa, e para solicitar a participação voluntária e anônima.

Todos os participantes foram recrutados no próprio domicílio, em período matutino ou vespertino. Após autorização de entrada na residência, os assentados que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e, a seguir, foram entrevistados, face a face, por pesquisadores da equipe do projeto, previamente treinados.

Os participantes foram entrevistados usando um questionário estruturado sobre características sociodemográficas e fatores associados ao consumo de tabaco. Também responderam questões dos instrumentos *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*²², para rastreamento dos padrões de consumo de tabaco, e *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)*, para detecção de transtorno mental comum (TMC)¹⁰.

As variáveis dependentes deste estudo foram extraídas do ASSIST, instrumento que detecta uso e problemas relacionados ao abuso de substâncias psicoativas. É composto por questões relativas à frequência, ao abuso e ao risco de dependência de drogas lícitas e ilícitas²². Escores menores de zero a três (ou zero a 10 no caso do álcool) identificam pessoa exposta com baixo risco de apresentar problemas relacionados ao uso de substâncias; escores de quatro a 26 (ou de 11 a 26 para álcool) indicam risco moderado, isto é, uso nocivo ou problemático de substâncias; escores acima de 27 para qualquer substância sugerem que a pessoa está sob alto risco de dependência²².

Para esta investigação, foram consideradas as seguintes variáveis dependentes: (i) consumo de tabaco alguma vez na vida; (ii) consumo atual de tabaco, definido por uso de tabaco pelo menos uma vez nos últimos 30 dias; (iii) abuso de tabaco, definido por uma pontuação de quatro a 26 no ASSIST; e (iv) alto risco de dependência nicotínica, definida por uma pontuação ≥ 27 na avaliação pelo ASSIST.

Foram avaliadas as seguintes variáveis independentes: idade (ano), estado civil (solteiro ou separado; casado), sexo (feminino; masculino), filhos (não; sim), escolaridade (ano), religião (nenhuma; católica; evangélica), sofreu atos de violência (não; sim), prática regular de atividade física (não; sim), acesso à unidade básica de saúde (não; sim), uso de hipnóticos ou sedativos nos últimos 30 dias (não; sim), uso de maconha na vida (não; sim), uso de cocaína ou *crack* na vida (não; sim) e suspeita de TMC (não; sim).

A idade foi categorizada em: < 30 anos, 30 a 44 anos e > 44 anos, e a escolaridade foi categorizada em ≤ 8 anos de estudo e > 8 anos de estudo. Consideramos prática regular de atividade física o indivíduo que relatou frequência de pelo menos 150 minutos de atividade física aeróbica moderada (como caminhada ou ginástica) ou 75 minutos de atividade física aeróbica vigorosa ao longo da semana (como corrida ou futebol), segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde²⁴.

Suspeita de TMC foi mensurada pelo SRQ-20, instrumento de rastreamento psiquiátrico validado no Brasil em 1986¹⁷. Trata-se de um questionário composto por 20 questões relacionadas a transtornos mentais não psicóticos, nos últimos 30 dias. Cada um dos itens pode apresentar como escore zero ou um. O resultado varia de zero (nenhuma probabilidade para TMC) a 20 (extrema probabilidade para TMC). Escores de sete pontos ou mais sugerem presença de TMC¹⁰.

Os dados foram analisados no programa *Stata Software Package*, versão 12.0. Prevalências para os padrões de consumo de tabaco foram calculadas com intervalos de confiança de 95% (IC95%). Análises univariadas e multivariadas foram realizadas para estimar os fatores associados a cada uma das variáveis dependentes. Inicialmente, foi realizada análise univariada. A seguir, variáveis com valor de $p < 0,10$ foram incluídas no modelo de regressão de *Poisson*, para obtenção da razão de prevalência ajustada (RPaj) e IC95%. O teste qui-quadrado ou

Tabela 1. Análise univariada dos fatores associados ao consumo de tabaco na vida e atual em residentes de um assentamento rural. Região Centro-Oeste do Brasil, 2014.

Variável	Total ^a	Consumo de tabaco na vida		RP bruta		Consumo de tabaco atual		RP bruta		
	(n = 172)	n	%	IC95 %	p ^b	n	%	IC95 %	p ^b	
Idade (anos)										
< 30	45	13	28,9	1,00		6	13,3	1,00		
30–44	45	30	66,7	2,30 (1,39–3,82)	< 0,01	10	22,2	1,66 (0,65–4,20)	0,28	
> 44	82	64	78,0	2,70 (1,68–4,33)	< 0,01	20	24,4	1,82 (0,79–4,23)	0,15	
Sexo										
Feminino	82	47	57,3	1,00		15	18,3	1,00		
Masculino	90	60	66,7	1,16 (0,91–1,47)	0,21	21	23,3	1,27 (0,70–2,30)	0,42	
Filhos										
Não	48	49	39,6	1,00		7	14,6	1,00		
Sim	124	88	71,0	1,79 (1,24–2,59)	< 0,01	29	23,4	1,60 (0,75–3,42)	0,22	
Escolaridade (anos)										
> 8	81	33	40,7	1,00		9	11,1	1,00		
< 8	91	74	81,3	1,99 (1,50–2,64)	< 0,01	27	29,7	2,67 (1,33–5,34)	< 0,01	
Estado civil										
Solteiro ou separado	53	22	41,5	1,00		8	15,1	1,00		
Casado	119	85	71,4	1,72 (1,22–2,40)	< 0,01	28	23,5	1,55 (0,76–3,19)	0,22	
Religião										
Não	18	8	44,4	1,00		5	27,8	1,00		
Evangélica	73	42	57,5	1,29 (0,74–2,25)	0,36	6	8,2	0,29 (0,10–0,86)	0,03	
Católica	81	57	70,4	1,58 (0,92–2,70)	0,09	25	30,9	1,11 (0,49–2,51)	0,80	
Sofreu ato de violência										
Não	138	85	61,6	1,00		25	18,1	1,00		
Sim	34	22	64,7	1,05(0,79–1,39)	0,73	11	32,4	1,78(0,97–3,26)	0,06	
Atividade física regular										
Sim	57	26	45,6	1,00		7	12,3	1,00		
Não	115	81	70,4	1,54 (1,13–2,10)	< 0,01	29	25,2	2,05 (0,95–4,40)	0,07	
Acesso UBS										
Sim	139	92	66,2	1,00		29	20,9	1,00		
Não	15	15	45,5	0,68 (0,46–1,01)	0,06	7	21,2	1,47 (0,89–2,45)	0,12	
Suspeita de TMC										
Não	123	71	57,7	1,00		22	17,9	1,00		
Sim	39	29	74,4	1,28 (1,01–1,63)	0,04	10	25,6	1,43 (0,74–2,76)	0,28	
Uso de hipnóticos ou sedativos ^c										
Não	145	88	60,7	1,00		26	17,9	1,00		
Sim	27	19	70,4	1,59 (0,87–1,53)	0,30	10	37,0	2,06 (1,12–3,78)	0,02	
Uso de maconha ^d										
Não	159	94	59,1	1,00		28	17,6	1,00		
Sim	13	13	100	1,70 (1,48–1,91)	< 0,01	8	61,5	3,21 (1,79–5,76)	< 0,01	
Uso de cocaína ou crack ^d										
Não	166	102	61,4	1,00		34	20,3	1,00		
Sim	6	5	83,3	1,35 (0,92–1,98)	0,11	2	33,3	1,62 (0,50–5,26)	0,41	

UBS: unidade básica de saúde; TMC: transtorno mental comum

Valores com significância estatística apresentados em negrito.

^a Os valores diferem devido aos *missings* de algumas variáveis.^b Teste qui-quadrado ou exato de Fisher.^c Nos últimos 30 dias.^d Na vida.

exato de Fisher foi utilizado para analisar as diferenças entre as proporções, e variáveis com $p < 0,05$ foram consideradas estatisticamente significantes.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (Protocolo 162/2012, CAAE: 33249014.4.0000.5083) e respeitou os princípios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos regidos pela Resolução 466/2012.

RESULTADOS

Das 84 famílias do assentamento, 200 residentes foram considerados potencialmente elegíveis, de acordo com os critérios de inclusão. Desses, sete recusaram-se a participar e 21 não foram encontrados em suas residências nas visitas dos pesquisadores de campo. Assim, participaram do estudo 172 assentados.

Do total de participantes, 47,7% eram do sexo feminino. A média de idade dos participantes foi de 44,0 (DP = 14,3) anos, e a maioria era casada (69,2%). Com relação à escolaridade, aproximadamente a metade (52,9%) possuía menos de 8 anos de estudo.

As prevalências de uso de tabaco na vida e atual foram de 62,2% (IC95% 54,8–69,1) e 20,9% (IC95% 15,5–27,6), respectivamente. As Tabelas 1 e 2 apresentam as análises uni e multivariadas dos fatores associados a esses padrões de consumo.

Observou-se, em modelo multivariável, que os fatores independentemente associados ao consumo na vida foram: idade de 30 a 44 anos (RPaj = 1,74; IC95% 1,10–2,75); idade superior a 44 anos (RPaj = 1,89; IC95% 1,21–2,97); escolaridade inferior a oito anos (RPaj = 1,46; IC95% 1,12–1,90) e consumo de maconha (RPaj = 2,18; IC95% 1,62–2,93). Com relação ao uso atual de tabaco, permaneceram como fatores associados em análise multivariada: escolaridade inferior a oito anos (RPaj = 3,43; IC95% 1,63–4,38); religião evangélica (RPaj = 0,24; IC95% 0,09–0,64); consumo de hipnóticos ou sedativos (RPaj = 2,67; IC95% 1,63–4,38) e consumo de maconha (RPaj = 4,06; IC95% 1,91–8,62) (Tabela 2).

Do total de participantes, 59,8% (IC95% 50,3–68,6) apresentaram uso nocivo de tabaco e 10,3% (IC95% 5,8–17,4), alto risco de dependência nicotínica, mensurados pelo ASSIST. Verificou-se, em análise multivariada, que apenas sexo masculino (RPaj = 1,68; IC95% 1,14–2,46) permaneceu como fator independente do uso nocivo de tabaco. Também somente consumo de hipnóticos ou sedativos (RPaj = 7,12; IC95% 1,79–28,32) foi associado ao alto risco de dependência nicotínica após análise multivariada.

Tabela 2. Análise multivariada dos fatores associados ao consumo de tabaco em residentes de um assentamento rural. Região Centro-Oeste do Brasil, 2014.

Variável	RP ajustada	IC95%	p
Consumo de tabaco na vida ^a			
Idade (30–44 anos)	1,74	1,10–2,75	0,02
Idade (> 44 anos)	1,89	1,21–2,97	< 0,01
Escolaridade (< 8 anos)	1,46	1,12–1,90	< 0,01
Consumo de maconha ^d	2,18	1,62–2,93	< 0,01
Consumo de tabaco atual ^b			
Escolaridade (< 8 anos)	3,43	1,63–4,38	< 0,01
Religião evangélica	0,24	0,09–0,64	0,01
Consumo de hipnóticos ou sedativos ^c	2,67	1,63–4,38	< 0,01
Consumo de maconha ^d	4,06	1,91–8,62	< 0,01

^a Ajustada por idade, filhos, estado civil, escolaridade, religião, atividade física regular, acesso à unidade básica de saúde, suspeita de transtorno mental comum e consumo de maconha.

^b Ajustada por escolaridade, religião, atividade física regular, consumo de hipnóticos ou sedativos e consumo de maconha.

^c Nos último 30 dias.

^d Na vida.

DISCUSSÃO

Baseado em investigação em bases de dados científicas, a presente investigação em população de assentamento rural é inédita quanto aos testes das variáveis dependentes “uso de tabaco na vida e atual” e fatores associados. Associado à aplicação de instrumento de rastreio para uso de substâncias psicoativas, o *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* é indicado pela Organização Mundial de Saúde, especialmente na atenção básica no país²².

Este estudo investigou os padrões e os fatores associados ao consumo de tabaco em residentes de assentamentos rurais em Goiás. Estudos têm mostrado prevalências superiores de uso do tabaco em áreas rurais em comparação a áreas urbanas^{6,14}, sugerindo a necessidade de intervenções em saúde e da constituição de políticas públicas para prevenção e controle do uso da substância em indivíduos dessas regiões.

O consumo de tabaco representa um dilema real para o âmbito da saúde, por acarretar diversos agravos à saúde física e psíquica do usuário e família. No entanto, o abandono do uso pode ocasionar o decréscimo desses agravos. A cessação e a redução dos danos constituem um processo complexo, que requer investigações da seriedade dos prejuízos, e sua relação com o tempo de uso, tipo de consumo, ou mesmo demais fatores agregados ao intenso consumo⁶. Portanto, os fatores associados ao abuso e à dependência do tabaco devem ser considerados, a fim de propor mudanças para cessação dessa substância em populações-chave, como residentes de assentamentos rurais.

A prevalência de uso atual de tabaco nos assentados investigados (20,9%) foi superior (17%) à encontrada em mesmo grupo populacional no Sul do país¹⁹, e similar à estimada na população rural (20,3%; IC95% 19,1–21,7) e ligeiramente superior à de áreas urbanas do Brasil (16,6%; IC95% 16,1–17,1)¹. Algumas condições de vida dessa população, como precárias condições de instalações de moradia e saneamento básico das famílias, podem aumentar os riscos de danos quanto ao uso atual de tabaco¹⁹. Em contrapartida, há de se considerar as potencialidades dessa população, como a participação efetiva em movimentos sociais e a politização de jovens⁵, o que oportuniza intervenções de promoção à saúde e de empoderamento social.

O presente estudo também expôs elevadas prevalências de uso nocivo (59,8%) e dependência nicotínica (10,3%) nos assentados investigados. Esses padrões de consumo são responsáveis pelo aumento da carga global de patologias, elevando o risco de doenças crônicas não transmissíveis, dislipidemias, *diabetes mellitus*, osteoporose, neoplasias, hipertensão arterial sistêmica e comorbidades psiquiátricas⁴. Rastreamento do uso nocivo e dependência nicotínica devem fazer parte da assistência à saúde aos residentes de áreas rurais, com foco na abordagem e controle dos fatores de risco.

Neste estudo, importantes características sociodemográficas foram associadas aos padrões de consumo de tabaco, como idade, escolaridade, religião e sexo. Em especial, observou-se um aumento da prevalência de uso de tabaco na vida com o avançar da idade, sugerindo risco mais elevado do consumo nas faixas etárias mais elevadas. De fato, em áreas rurais, as taxas de experimentação e o uso regular de tabaco são maiores em adultos e idosos quando comparado a faixas etárias inferiores³.

Em países em desenvolvimento, as taxas de uso de tabaco são mais elevadas em indivíduos com baixo nível socioeconômico (renda e escolaridade baixa), como residentes de áreas rurais e comunidades urbanas (assentamentos urbanos formais e informais)^{6,11}. Essa maior prevalência em indivíduos com baixo nível socioeconômico pode ser explicada, entre outros fatores, pela maior probabilidade de não adesão ao tratamento para dependência e pela baixa percepção dos riscos do uso de tabaco, assim como pelo menor apoio de programas sociais e de saúde¹¹. Como visto neste estudo, a prevalência do uso na vida e atual de tabaco foi maior em assentados com escolaridade inferior a oito anos.

Nesta investigação, a religião evangélica foi fator de proteção do uso atual de tabaco (RPaj = 0,24). Estudos mostram a crença religiosa como um robusto fator protetor do uso de substâncias

psicoativas, como o tabaco¹⁵. A religiosidade apresenta efeitos positivos para a saúde mental, uma vez que encontra-se associada à promoção de comportamentos saudáveis para saúde, incluindo cessação do tabagismo¹². Alguns mecanismos são responsáveis por essa ligação, tais como apoio social de determinadas religiões e promoção de valores morais religiosos, voltada para o bem-estar psicossocial¹⁵.

Constatou-se, nessa pesquisa, que sexo masculino foi o único preditor do uso nocivo de tabaco (RPaj = 1,68). Da mesma forma, em países em desenvolvimento e desenvolvidos, há maior predominância do uso de tabaco em homens do que em mulheres. Essa associação pode ser explicada, já que, em algumas culturas, o uso do tabaco é visto como aceitável e como símbolo de *status* e poder social para os homens¹⁶.

O co-uso de maconha e tabaco é frequente em várias populações²⁰. Neste estudo, observaram-se associações entre uso de maconha e tabaco na vida (RPaj = 2,18) e atual (RPaj = 4,06), indicando poliuso de substâncias nos assentados. O co-uso de maconha e tabaco potencializa os danos à saúde física e mental, incluindo transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, piores taxas de cessação de tabaco e efeitos negativos psicomotores e cognitivos^{2,20}.

A dependência nicotínica é mais prevalente em determinados grupos, como indivíduos com transtornos relacionados ao uso de substâncias e com transtornos mentais. Considerando maior suscetibilidade genética, a alta prevalência pode ser explicada pela capacidade da nicotina em promover a redução de alguns sintomas psiquiátricos²¹. No presente estudo, não foi observada associação estatística entre TMC e os padrões de consumo de tabaco. No entanto, encontramos associações entre consumo de hipnóticos ou sedativos, e uso atual de tabaco (RPaj = 2,67) e alto risco de dependência nicotínica (RPaj = 7,12), sugerindo a maior prevalência de transtornos mentais e sintomas psiquiátricos em indivíduos fumantes.

Esse estudo apresenta algumas limitações. A natureza transversal não possibilita o apontamento de relações causais quanto aos resultados encontrados. Também, ao se restringir a apenas uma comunidade local, não permite que os achados sejam generalizados para todas as populações rurais do Brasil. Além disso, os dados foram autorrelatados, passíveis de vieses de memória e de resposta a determinadas perguntas consideradas moralmente corretas, podendo estar sub- ou superestimados. Apesar disso, o estudo expôs vários fatores que aumentam a vulnerabilidade de populações rurais ao uso e dependência de tabaco.

A problemática em relação ao consumo desenfreado do tabaco em áreas rurais torna-se favorecida pela dificuldade de acesso a áreas de atuação de equipes de saúde, infraestrutura e mesmo dificuldades de adesão a programas de saúde pública por parte dessa população. A cessação do tabagismo é dificultada por diversos fatores, como culturais e hábitos enraizados nessas comunidades⁸, uma lacuna identificada neste estudo.

Este estudo apresentou características relevantes para averiguação da relação consumo-indivíduo-localidade, necessária para o entendimento da problemática do uso de tabaco em comunidade rural. Também se mostra em consonância com a literatura científica no tocante às altas prevalências encontradas, bem como associação desse hábito com variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, sexo e religião) e consumo de outras substâncias (hipnóticos ou sedativos e maconha).

Dessa forma, esses achados favorecem o desenvolvimento de estratégias de verificação e diagnóstico em saúde de pessoas residentes de assentamento rural, considerando-se que a cessação do tabagismo é norteadas por uma gama de fatores políticos, econômicos e biopsicossociais. Os resultados mostraram, ainda, a relevância da atenção às necessidades de saúde desse grupo, com vistas a ofertar atenção integral, garantindo prevenção de doenças e promoção da saúde e de condições que impactam na qualidade de vida de moradores de comunidade rural. Além disso, os resultados sugerem a necessidade de proposição de diretrizes para formulação de políticas públicas de saúde voltadas para esse grupo populacional, considerando suas nuances e enfrentamentos, além de impulsionar novas pesquisas com foco na população rural.

REFERÊNCIAS

1. Almeida L, Szklo A, Sampaio M, Souza M, Martins LF, Szklo M, et al. Global Adult Tobacco Survey Data as a tool to monitor the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) implementation: the Brazilian case. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(7):2520-36. <https://doi.org/10.3390/ijerph9072520>
2. Agrawal A, Budney AJ, Lynskey MT. The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: a review. *Addiction*. 2012;107(7):1221-33. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03837.x>
3. Azevedo e Silva G, Valente JG, Malta DC. Trends in smoking among the adult population in Brazilian capitals: a data analysis of telephone surveys from 2006 to 2009. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14 Supl 1:103-14. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500011>
4. Benowitz NL. Nicotine addiction. *N Engl J Med*. 2010;362(24):2295-303. <https://doi.org/10.1056/NEJMra0809890>
5. Castro EG, Martins M, Almeida SLF, Rodrigues MEB, Carvalho JG. Os jovens estão indo embora? Juventude rural e a construção de um ator político. Rio de Janeiro: Mauad; 2009 [citado 20 ago 2016]. Disponível em: <http://www.iicabr.iica.org.br/wp-content/uploads/2014/03/jovensestaoindoembora.pdf>
6. Chockalingam K, Vedhachalam C, Rangasamy S, Sekar G, Adinarayanan S, Swaminathan S, et al. Prevalence of tobacco use in urban, semi urban and rural areas in and around Chennai City, India. *PLoS One*. 2013;8(10):e76005. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0076005>
7. Doescher MP, Jackson JE, Jerant A, Hart LG. Prevalence and trends in smoking: a national rural study. *J Rural Health*. 2006;22(2):112-8. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2006.00018.x>
8. Ferrante VLSB, Barone LA, Duval HC. O final de um ciclo? Reflexões sobre assentamentos rurais no Estado de São Paulo. *REDD Rev Espaço Dialogo Desconex*. 2012[citado 16 jun 2017];5(1):1-28. Disponível em: <http://seer.fclar.unesp.br/redd/article/view/5317/4482>
9. Gfroerer JC, Larson SL, Colliver JD. Drug use patterns and trends in rural communities. *J Rural Health*. 2007;23 Suppl:10-5. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2007.00118.x>
10. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):380-90. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>
11. Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafò M. Socioeconomic status and smoking: a review. *Ann N Y Acad Sci*. 2012;1248(1):107-23. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x>
12. Levin J. Religion and mental health: theory and research. *Int J Appl Psychoanal Stud*. 2010;7(2):102-15. <https://doi.org/10.1002/aps.240>
13. Levy D, Jiang M, Szklo A, Almeida LM, Autran M, Bloch M. Smoking and adverse maternal and child health outcomes in Brazil. *Nicotine Tob Res*. 2013;15(11):1797-804. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntt073>
14. Lim HK, Ghazali SM, Kee CC, Lim KK, Chan YY, Teh HC, et al. Epidemiology of smoking among Malaysian adult males: prevalence and associated factors. *BMC Public Health*. 2013;13:8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-8>
15. Lucchetti G, Lucchetti ALG. Spirituality, religiosity and substance use: evidence and proposed mechanisms. *J Subst Abuse Alcohol*. 2014 [citado 16 jun 2017];2(2):1016. Disponível em: <https://www.jscimedcentral.com/SubstanceAbuse/substanceabuse-2-1016.pdf>
16. Mao A, Yang T, Bottorff JL, Sarbit G. Personal and social determinants sustaining smoking practices in rural China: a qualitative study. *Int J Equity Health*. 2014;13:12. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-12>
17. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148(1):23-6. <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>
18. Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional de Saúde: PNS 2016-2019. Brasília (DF); 2016 [citado 16 jun 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2016_2019_30032015_final.pdf
19. Oliveira JC, Fadel CB, Lemos JRD, Kuhn WM. Construção de diagnósticos de saúde na agricultura familiar: uma iniciativa à luz do Programa Universidade sem Fronteiras. *Rev Cienc Ext*. 2012 [citado 16 jun 2017];8(3):142-54. Disponível em: http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/509/751

20. Peters EN, Budney AJ, Carroll KM. Clinical correlates of co-occurring cannabis and tobacco use: a systematic review. *Addiction*. 2012;107(8):1404-17. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03843.x>
21. Williams JM, Gandhi KK, Lu SE, Kumar S, Shen J, Foulds J, et al. Higher nicotine levels in schizophrenia compared with controls after smoking a single cigarette. *Nicotine Tob Res*. 2010;12(8):855-9. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq102>
22. World Health Organization. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): guidelines for use in primary care. Draft version 1.1 for field testing. Geneva: WHO; 2003 [citado 10 set 2015]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf
23. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009 [citado 10 set 2015]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
24. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010 [citado 10 set 2015]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf
25. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: raising taxes on tobacco. Geneva: WHO; 2015 [citado 10 set 2015]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606_eng.pdf

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG – Edital 006/2012).

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: ACS, LSV, RL. Coleta, análise e interpretação dos dados: ACS, LSV, RL, RAV, BSC. Elaboração ou revisão do manuscrito: ACS, LSV, RL, RAV, BSC, IV, PAC, VP, ILF. Aprovação da versão final: ACS, LSV, RL, PAC. Responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo: ACS, LSV, RL, PAC.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.