

LABORO – CENTRO DE CONSULTORIA E EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

BIMAURA SERRA ROSA PEREIRA
RACHEL LIMA PENHA BARBOSA GONÇALVES BARROS

**EXPOSIÇÃO E PRÁTICA DO TABAGISMO ENTRE PROFISSIONAIS
DE SAÚDE DE UNIDADES MISTAS DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS (MA)**

São Luís
2008

**BIMAURA SERRA ROSA PEREIRA
RACHEL LIMA PENHA BARBOSA GONÇALVES BARROS**

**EXPOSIÇÃO E PRÁTICA DO TABAGISMO ENTRE PROFISSIONAIS
DE SAÚDE DE UNIDADES MISTAS DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS (MA)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Vigilância em Saúde da Laboro Excelência em Pós-graduação – Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Vigilância em Saúde.

Orientador: Prof. Msc. Dagolberto Calazans
Co-orientadora: Profa. Msc. Luzilene Sousa Rosas

São Luís
2008

**BIMAURA SERRA ROSA PEREIRA
RACHEL LIMA PENHA BARBOSA GONÇALVES BARROS**

**EXPOSIÇÃO E PRÁTICA DO TABAGISMO ENTRE PROFISSIONAIS
DE SAÚDE DE UNIDADES MISTAS DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS (MA)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Vigilância em Saúde
da Laboro Excelência em Pós-graduação –
Universidade Estácio de Sá para obtenção do título
de Especialista em Vigilância em Saúde.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dagolberto Calazans Araújo Pereira (Orientador)
Mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Prof^a. Luzilene Sousa Rosas
Mestre em Saúde e Ambiente
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Aos nossos maridos, pela
cumplicidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por esse dom maravilhoso que é a vida.

Aos nossos pais pelo exemplo como forma de aprendizagem.

Às nossas famílias pelo amor, carinho e companheirismo.

A Laboro pela oportunidade e conhecimentos oferecidos.

À Secretaria Municipal de Saúde – Superintendência de Educação em Saúde, na pessoa de Rosângela Lima Penha.

Aos mestres Dagolberto Calazans e Luzilene Sousa Rosas pela compreensão, colaboração e orientação.

Aos professores e colegas de turma por mais uma vitória alcançada.

As amigas Lília Gomes e Sebastiana Paes Landi pela especial colaboração.

*“Meu refúgio, minha fortaleza, meu Deus,
eu confio em ti!”.*

Salmo 91:2

RESUMO

Este estudo foi realizado no período de julho a agosto de 2007 e objetivou pesquisar a exposição e prática do tabagismo entre profissionais de saúde de Unidades Mistas do município de São Luís-MA, através da aplicação de questionário e teste de Fagerström para verificação do grau de dependência entre os fumantes ativos. Os questionamentos foram respondidos por 264 profissionais, destes 39 (15%) do sexo masculino e 225 (85%) do sexo feminino, ambos com faixa etária entre 20 a + 60 anos. Sendo que 43 (16%) com idade variando de 20 a 30 anos, 89 (35%) entre 31 a 40 anos, 83 (31%) entre 41 a 50 anos, 43 (16%) entre 51 a 60 anos e apenas 06 (2%) com mais de 60 anos. Os resultados obtidos demonstraram que 80% dos profissionais entrevistados nunca fumaram; 16% são ex-fumantes e apenas 3% fumantes ativos. Convivendo com fumantes no trabalho 60% e 44% convivendo com fumantes em casa. Entre os ex-fumantes 51% pertencia a categoria de técnicos de enfermagem, 14% enfermeiros e 12% médicos. O percentual de 3% correspondente ao número de fumantes esteve representado pelas categorias de médicos, psicólogos e técnicos em enfermagem. Sobre a Lei 9.294/06, que proíbe o uso de produtos fumígenos em espaços públicos, 46% afirmaram conhecê-la, 9% a desconheciam e 45% somente ouviram falar. Contudo, 100% dos interrogados concordaram com o que determina a legislação em questão. Com relação ao maior risco de exposição às substâncias nocivas do cigarro pelo fumante passivo 93% tinha conhecimento e apenas 7% não. Declararam-se fumantes passivos 50% dos profissionais. O teste de Fagerström revelou que para 63% dos fumantes ativos o grau de dependência é muito baixo e para 37% entre baixo e alto.

Palavras-chave: Tabagismo. Unidade Mista de Saúde, São Luís/ MA.

SUMMARY

This study was conducted during the period of July 2007 to August 2007 and aimed at the exposure and practice of smoking among professionals of health from the Co-educational Units of São Luis City, by the application of a questionnaire and Fagerstrom test to check the degree of dependence among active smokers. The questions were answered by 264 professionals, among them 39 (15%) were males and 225 (85%) were females, both with the age group from 20 to more than 60 years old. From this group, 43 people (16%) ranged from the ages 20 to 30 years old, 89 (35%) among 31 to 40 years old; 83 (31%) among 41 to 50 years old; 43 (16%) from 51 to 60 years and only 06 (2%) over 60 years. The result showed that 80% of the professionals interviewed had never smoked, 16% were ex-smokers and only 3% active smokers. From this group, 60% worked together in the same workplace and 44% lived with smokers at home. Among ex-smokers 51% belonged to the category of health technicians, 14% were nurses and 12% were doctors. The percentage of 3% corresponding to the number of smokers was represented by the categories of doctors, psychologists and technicians in nursing. About the Law 9.294/06, which prohibits the use of any kind of product of this category in public places, 46% know it, 9% don't and 45% just heard about it. However 100% of the interviewed people agreed with what determines the law in question. Related to risk of exposure to the harmful substances by the passive cigarettes smoker 93% knew and only 7% did not. 50% of the professionals said they are passive smokers. The Fagerstrom test showed that to 63% of active smokers the degree of dependence is very low and 37% between low and high.

Keywords: Smoking. Co-educational Units of Health. São Luis/MA

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	– Distribuição percentual representando o sexo dos funcionários entrevistados, São Luís (MA) 2007	29
Gráfico 2	– Distribuição percentual representando a faixa etária dos funcionários entrevistados, São Luís (MA) 2007	29
Gráfico 3	– Distribuição percentual das respostas sobre o conhecimento da Lei 9.294/96 apresentadas pelos funcionários entrevistados, São Luís (MA) 2007	34
Gráfico 4	– Distribuição percentual das respostas apresentadas pelos funcionários entrevistados para a pergunta “você se considera um fumante passivo?” São Luís (MA). 2007	36
Gráfico 5	– Distribuição percentual das respostas apresentadas pelos funcionários entrevistados para a pergunta “Você sabia que o fumante passivo fica exposto 3 vezes mais à nicotina, ao monóxido de carbono e as substâncias cancerígenas que o fumante ativo?” São Luís (MA). 2007	36
Gráfico 6	– Distribuição percentual de fumantes ativos por categoria profissional entre os funcionários entrevistados, São Luís (MA). 2007	38
Gráfico 7	– Distribuição percentual de fumantes ativos por Unidade Mista entre os funcionários entrevistados, São Luís (MA), 2007	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Distribuição numérica representando a unidade mista, o sexo e a faixa etária dos funcionários entrevistados, São Luís (MA) 2007....	30
Tabela 2	– Distribuição numérica para as respostas “Em relação ao tabagismo” apresentadas pelos funcionários entrevistados, São Luís (MA) 2007.....	32
Tabela 3	– Distribuição numérica para as respostas “Em relação ao tabagismo” considerando as categorias profissionais dos funcionários entrevistados, São Luís (MA) 2007.....	33
Tabela 4	– Distribuição numérica para as respostas apresentadas considerando o conhecimento da Lei 9.294/06 de acordo com cada Unidade Mista, São Luís (MA) 2007.....	35
Tabela 5	– Distribuição numérica representando as respostas sobre fumante passivo e exposição aos componentes do cigarro de acordo com cada Unidade Mista, São Luís (MA) 2007.....	37
Tabela 6	– Respostas obtidas com a aplicação do teste de Fagerström.....	40

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	16
2.1	Geral	16
2.2	Específicos	16
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
4	METODOLOGIA	26
4.1	Classificação da Pesquisa	26
4.2	Área de Atuação da Pesquisa	26
4.3	Amostragem	27
4.4	Período de Realização da Pesquisa	27
4.5	Instrumento para Coleta de Dados	27
4.6	Critério Ético-Legal	28
4.7	Organização e Análise dos Dados	28
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
6	CONCLUSÃO	41
	REFERÊNCIAS	42
	APÊNDICES.....	48
	ANEXOS.....	50

1 INTRODUÇÃO

O termo tabagismo refere-se ao consumo de produtos que contenham tabaco, cuja principal substância ativa é o alcalóide tóxico nicotina. O cigarro é o produto tabagístico mais utilizado mundialmente, sendo uma droga lícita, embora pesquisas demonstrem sua toxicidade e associação com inúmeras doenças, dentre elas o câncer, além da relação direta com a poluição atmosférica. O certo é que, durante muito tempo não se deu a devida importância a essa prática nem a nicotina como droga capaz de causar dependência, considerando-se que o hábito de fumar cigarros é admissível e aceito pela sociedade. Entretanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define o tabagismo como uma doença epidêmica classificada como dependência de nicotina e incluída no grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas do CID 10, responsabilizando-a por 10 mil vítimas diárias, sendo 5 milhões de mortes por ano no mundo inteiro, das quais 200 mil somente no Brasil (BRASIL, 2004a).

O ar poluído contém, em média, três vezes mais nicotina e monóxido de carbono, e até cinquenta vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça que entra pela boca do fumante depois de passar pelo filtro do cigarro (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2007a). Fumando, as pessoas ficam expostas a cerca de 4.720 substâncias tóxicas, responsáveis pela causa de quase 50 doenças. As principais são problemas de coração, câncer de pulmão, boca, laringe, pâncreas, rins, bexiga, colo do útero e esôfago, além de complicações respiratórias, principalmente bronquite e enfisema. Estima-se que atualmente haja cerca de 1,2 bilhões de fumantes no mundo, sendo 30,6 milhões no Brasil. Ao consumo de tabaco podem ser atribuídas 45% das mortes por doença coronariana, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cérebro-vascular e 30% das mortes por câncer (COMPANHIA DE PROCESSAMENTO DE DADOS DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, 2007).

A fumaça dos derivados do tabaco em ambientes fechados é denominada de Poluição Tabagística Ambiental (PTA), e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabagismo passivo, é a 3ª maior causa de morte evitável no mundo, subsequente ao tabagismo ativo e ao consumo excessivo de álcool (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2007a). O tabagismo passivo caracteriza-se pela inalação da fumaça de derivados do tabaco por indivíduos não-fumantes, que convivem com

fumantes em ambientes fechados. A Lei nº 9.294 de 15 de julho de 1996 proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, ou de qualquer outro produto fumígeno derivado do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público, tais como, repartições públicas, hospitais, salas de aula, bibliotecas, ambientes de trabalho, teatros e cinemas, exceto em fumódromos.

A estimativa da OMS para o ano de 2020 é de 10 milhões de mortes anualmente, com 70% ocorrendo em países como o Brasil, ou seja, em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003). O reconhecimento da expansão do tabagismo como um problema mundial fez com que, em maio de 1999, durante a 52ª Assembléia Mundial da Saúde, os Estados Membros das Nações Unidas propusessem a adoção do primeiro Tratado Internacional de Saúde Pública, denominado Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, que representa um conjunto de medidas com o objetivo de deter a expansão do consumo de tabaco e seus danos à saúde (BRASIL, 2004a).

No Brasil, estima-se que cerca de 200.000 mortes/ano são decorrentes do tabagismo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2007). De acordo com o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, realizado em 2002 e 2003, entre pessoas de 15 anos ou mais, residentes em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, a prevalência de tabagismo variou de 12,9 a 25,2% nas cidades estudadas. Os homens apresentaram prevalências mais elevadas do que as mulheres em todas as capitais (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2007b).

O poder público brasileiro, reconhecendo os índices preocupantes do consumo de produtos fumígenos pela população, resolve por meio da Portaria GM/MS nº 1.035 de 31 de maio de 2004, ampliar o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Determinando que os medicamentos e os materiais de apoio para o tratamento do fumante sejam disponibilizados pelo Ministério da Saúde aos Municípios/Estados com unidades credenciadas para esse fim, bem como implantação de programas de psicoterapia em grupo com profissionais capacitados.

Objetivando contribuir ativamente para a redução de consumo de tabaco e incluir o controle do tabagismo na agenda da saúde pública em níveis nacional,

regional e global, a Organização Mundial de Saúde elaborou o código de práticas para organizações do profissional de saúde (ver ANEXO A), por meio do qual ficou acordado uma série de compromissos dentre os quais: aconselhar seus membros a perguntar rotineiramente aos pacientes e clientes sobre o consumo e exposição à fumaça do tabaco (usando a abordagem baseada em evidências e boas práticas), aconselhar sobre como deixar de fumar e assegurar o acompanhamento da abstinência e participar das ações de controle do tabagismo das redes de profissionais de saúde (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2007c).

Em 1996, a Associação Médica Brasileira constatou que as regiões geográficas do Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram as maiores prevalências de fumantes em inquérito realizado sobre o tabagismo na classe médica. Considerou-se no mesmo inquérito que o médico que fuma destrói toda a credibilidade da mensagem de que fumar é lesivo à saúde e apressa a morte, desacreditando a luta antitabágica (MIRRA; ROSEMBERG, 1997). O Departamento de Medicina Preventiva, Clínica Médica e Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo nesse mesmo ano, ao verificar o consumo de cigarros entre os seus funcionários e alunos, publicou que 15,5% entre docentes, enfermeiros e outros eram fumantes, concluindo que programas educacionais em nível institucional são necessários, devendo ser realizados para que as leis de restrição do fumo dentro de instituições sejam efetivamente cumpridas (RIBEIRO et al., 1999). Para a Organização Mundial de Saúde (1983) o alvo prioritário da ação antifumo em países em desenvolvimento deverá estar focado nos profissionais de saúde.

A mesma Organização registra mais de 60 mil pesquisas publicadas e reproduzidas em diversos lugares do mundo, comprovando a relação causal entre o consumo do cigarro e doenças graves como câncer de pulmão (90% dos casos), enfisema pulmonar (80%), infarto do miocárdio (25%), bronquite crônica e derrame cerebral (40%). Por esta razão, o controle do tabagismo é uma das prioridades do Instituto Nacional de Câncer, já que esta é a mais importante e eficaz ação de prevenção do câncer de pulmão, reduzindo seus índices de incidência e mortalidade (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996).

O controle do tabagismo é um tema de saúde pública que envolve questões socioambientais e econômicas que vão além do simples ato de fumar. A política nacional tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes em nosso país, e a conseqüente morbimortalidade por doenças relacionadas ao tabaco. As

estratégias utilizadas consistem na prevenção da iniciação ao tabagismo, proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco, promoção e apoio à cessação de fumar e regulação dos produtos de tabaco através de ações educativas e de mobilização de políticas e iniciativas legislativas e econômicas (BRASIL, 2003a).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) é desenvolvido pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde propondo ações de prevenção de doenças na população, estimulando a adoção de comportamentos e estilos saudáveis de vida, o que destaca o Brasil como um dos principais países na luta contra o fumo (LUTA..., 2006).

Os malefícios do cigarro sobre a saúde humana são fatos comprovados pela ciência e já do senso comum. A solução para os agravos provocados pelo tabagismo pressupõe ações e abordagens multidisciplinares que dependem de praticamente todos os atores e setores sociais, sendo que a categoria dos profissionais de saúde é a que mais responsabilidade tem junto a população nesse sentido. A participação consciente desses profissionais é fundamental nas apresentações e discussões de dados científicos relativos aos efeitos do tabagismo sobre a saúde (ALIANÇA..., 2007).

Sendo assim a conduta do profissional de saúde é primordial para o controle e prevenção do tabagismo, contudo será que esse profissional encontra-se sensibilizado e/ou conscientizado sobre o tema em questão e sobre a sua responsabilidade nesse contexto? Ou até que ponto a prática tabagística é comum e representa um risco à saúde de profissionais que trabalham em Unidades Mistas de São Luís (MA), funcionando como aspecto dificultador para a sensibilização da população.

Com base nas informações apresentadas e considerando a carência de pesquisas a nível nacional e local que possibilitem conhecer a exposição e prática do tabagismo no ambiente de trabalho, em especial na área de saúde pública, é que nos propusemos a realizar este estudo. A busca do conhecimento sobre um pouco da nossa realidade em relação a essa temática considerando profissionais de saúde de Unidades Mistas do município de São Luís (MA), poderá futuramente subsidiar reflexões e discussões entre as categorias profissionais e gestores na identificação

de estratégias e mecanismos educativos que minimizem a problemática em questão e sirva de exemplo para a sociedade.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Pesquisar a exposição e prática do tabagismo em uma amostra de profissionais de saúde das Unidades Mistas do município de São Luís (MA).

2.2 Específicos

- Identificar o número de profissionais fumantes na amostra estudada em cada Unidade Mista;
- Reconhecer entre os profissionais qual a categoria mais atingida pela prática tabagística;
- Investigar o grau de dependência dos profissionais fumantes de cada Unidade Mista, conforme teste de Fagerström adaptado por Drauzio Varella;
- Verificar o interesse e tentativas dos fumantes em abandonar a prática tabagística;
- Averiguar o conhecimento da Lei nº 9.294/1996 entre os profissionais das Unidades Mistas conforme amostra estudada.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Tabagismo: aspecto histórico-cultural

Segundo Mentz (1992), a planta do tabaco, *Nicotiana tabacum*, originária da América Central foi introduzida na Europa por volta do século XVI e possivelmente chegou ao Brasil com a migração de tribos Tupis-guaranis, pela sua utilização em cerimônias e rituais sagrados indígenas, durante os quais o sacerdote, cacique ou pajé entrava em transe, aspirando ao fumo do tabaco. Costa e Silva (1990) relatam que após chegar ao Brasil o tabaco foi produzido na região do Recôncavo Baiano, Sergipe e Alagoas, sendo utilizado como elemento de escambo no tráfico de escravos na África, se difundido também neste continente.

A palavra nicotina que designa o princípio ativo responsável pela dependência do tabaco originou-se no século XVI e deriva-se do nome do diplomata francês Jean Nicot. Conforme Saidemberg (2001), ao enviar à rainha da França, Maria Catarina de Médices, folhas de tabaco para a inalação da fumaça, supostamente com o objetivo de tratar sua enxaqueca ele foi posteriormente homenageado pelo botânico Jaques Dalechamp e a planta, cientificamente foi chamada de *Nicotiana tabacum*.

No século XVII o uso do tabaco foi difundido em toda a Europa com atribuição de propriedades terapêuticas, dele sendo possível extraírem-se pomadas, xaropes, extratos e pastas dentrífeas. No final do século XVIII, o tabaco já figurava nas farmácias de todos os países, como medicamento, isolado ou associado a outros (MONTEIRO, 1998). Segundo a autora, o tabaco era utilizado na tentativa de curar úlceras, ferimentos, enxaquecas, reumatismo, hérnia, gota, doenças venéreas e, por mais inacreditável que pareça, bronquite crônica e asma.

Da segunda metade do século XVI, até o século XIX o tabaco se tornou a principal fonte de economia de vários países. No início do século passado a utilização do mesmo se dava preferencialmente pela mastigação e inalação, entretanto, por volta de 1920 à utilização na forma de cigarro passou a predominar com o processo de industrialização (ROSEMBERG, 1994). Atualmente o tabaco é cultivado em quase todas as regiões do mundo, sendo a China o maior produtor. O Brasil ocupa o quarto lugar na produção mundial com maior representatividade pelos estados da região Sul (RIGATTO, 1991).

Entretanto, foi a partir do século XX ajudado pelo desenvolvimento de técnicas avançadas de publicidade e marketing que o uso do tabaco espalhou-se de forma epidêmica pelo mundo (BRASIL, 1998). Para Ribeiro et al. (1999), a invasão tabágica no Brasil se aguçou em 1970 e até 1990 enquanto a população havia crescido em 61,5% o consumo de cigarros aumentou em 125,7%, sendo que na década de 50 foi publicado o primeiro relato científico associando o tabagismo ao câncer de pulmão. Em 1960, surgem os primeiros profissionais de saúde relacionando o tabagismo ao adoecimento do fumante e do não fumante, caracterizando o termo fumante passivo (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2002).

Tabagismo: aspecto epidemiológico

A epidemiologia é o estudo das doenças e de seus determinantes na população. Pode-se dizer que através dela se avalia o estado de saúde de uma população e são investigadas as causas de seu adoecimento e seus níveis de mortalidade (ACHUTTI et al., 2007).

O tabagismo é uma doença e grande parte dos brasileiros fuma, cerca de 30% da população adulta é fumante, sendo 11,2 milhões de mulheres e 16,7 milhões de homens. Aproximadamente 90% dos fumantes ficam dependentes da nicotina entre os 05 e os 19 anos de idade, são 2,4 milhões nessa faixa etária. Os indivíduos de nível socioeconômico mais baixo consomem mais cigarros. Paralelamente ao aumento no consumo de produtos fumíferos observado nos últimos anos, detecta-se também uma elevação da mortalidade por doenças crônico-degenerativas como o câncer, a hipertensão e diabetes (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2007b). A epidemia tabagística tem conseqüências biológicas, socioambientais e econômicas sérias e apesar de o adenocarcinoma pulmonar ter recebido mais destaque, por apresentar o maior risco relativo, é a doença coronariana que apresenta o maior risco atribuível na população (SILVA, 2007).

O uso do cigarro compromete principalmente o sistema cárdio-respiratório, trazendo seqüelas como destruição tecidual, acúmulo de secreção, falta de ar decorrente do comprometimento das trocas gasosas, perda gradual do indivíduo à execução das atividades da vida diária, associada à hipertensão arterial dentre outras (LEVY; SILVA; MORANO, 2007).

Conforme dados do Instituto Nacional de Câncer e Ministério da Saúde, o tabagismo gera uma perda de US\$ 200 milhões por ano no mundo, sendo que a metade dela ocorre nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2005). Esse valor, calculado pelo Banco Mundial, é o resultado da soma de vários aspectos, como o tratamento das doenças tabaco-relacionadas, mortes de cidadãos em idade produtiva, maior índice de aposentadorias precoces, aumento no índice de faltas e menor rendimento produtivo (BRUMINI; VRANJAC, 2005).

As substâncias psicoativas podem ser analisadas sob três aspectos: o *legal*, que define quais são as lícitas e as ilícitas; o *moral*, relacionada à aceitação na sociedade; o *científico*, determinado pelo quadro epidemiológico do problema (PEREIRA, 2007). A OMS conceitua dependência como um “estado caracterizado pelo uso descontrolado de uma ou mais substâncias químicas psicoativas com repercussões negativas em uma ou mais áreas da vida do indivíduo”. O Ministério da Saúde conceitua como droga “qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento” (BRASIL, 2007a).

A dependência química causada pela nicotina está além da possibilidade de controle de muitas pessoas, embora inúmeros fumantes se livrem do cigarro sem qualquer ajuda, motivados exclusivamente pela força de vontade como é o caso de mais de 90% dos ex-fumantes (VARELLA, 2007a). A nicotina presente na fumaça de cigarro é responsável pela dependência física e psicológica do indivíduo, entendendo-se como dependência física a adaptação fisiológica do usuário ao uso crônico de uma substância, desenvolvendo sintomas e sinais orgânicos, quando há interrupção de seu uso; e como dependência psicológica a necessidade do uso de uma droga para obter uma sensação máxima de funcionamento do corpo e de bem estar (RONDINA; MORATELLI; BOTELHO, 2001). Entretanto, a nicotina não é a única razão para o hábito de fumar, aspectos socioculturais dentre outros, estão envolvidos nessa conduta, que é uma decisão de caráter individual (VALENÇA; NASCIMENTO; NARDI, 1998).

Cada vez que a nicotina chega ao cérebro provoca a liberação de hormônios psicoativos. Com o decorrer do tempo, os receptores específicos cerebrais que reconhecem a nicotina exigem uma quantidade cada vez maior da droga para dar o mesmo nível de resposta. O tempo de instalação da nicotina-

dependência varia conforme os organismos e a quantidade de cigarros diariamente consumidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007).

Fumante ativo é quem faz uso regular e contínuo de cigarro, charuto ou cachimbo, enquanto fumante passivo é quem frequenta ambiente poluído com substâncias da fumaça do cigarro, ficando exposto 3 vezes mais à nicotina, ao monóxido de carbono e 50 vezes mais a substâncias cancerígenas que o ativo. As substâncias inaladas pelo fumante passivo permanecem no sangue por 24 horas (DOENÇAS..., 2007).

O monóxido de carbono, que se forma durante a combustão, combina-se com a hemoglobina, pois tem maior afinidade por ela que o oxigênio, formando a carboxihemoglobina. A consequência disso é uma redução na oxigenação dos tecidos, com efeitos deletérios principalmente no sistema nervoso central e circulatório. Várias substâncias isoladas do fumo têm atividade oncogênica, dentre elas os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, formaldeídos, acetaldeídos, nitrosaminas e elementos radioativos. O cigarro é considerado um dos mais poderosos oxidantes, sendo que, em cada tragada, a fumaça aspirada contém cerca de 2×10^{15} radicais livres (MAUCH; SILVA, 2007).

O pneumologista Celso Rodrigues (apud AMARAL, 2007), afirma que os prejuízos à saúde tanto nos fumantes ativos quanto nos passivos estão no mesmo patamar. Segundo ele o fumante passivo aspira todos os componentes presentes no cigarro, a diferença é que o fumante ativo traga a fumaça, favorecendo o efeito de dependência por causa da nicotina. Contudo, tanto o fumante ativo quanto o passivo estão sujeitos a doenças como infarto, derrame cerebral e câncer. Os fumantes passivos também sofrem os efeitos imediatos da poluição tabagística ambiental, tais como, irritação nos olhos, manifestações nasais, tosse, cefaléia, aumento de problemas alérgicos, principalmente das vias respiratórias e elevação da pressão arterial (SALGADO, 2007).

Poluição Tabagística Ambiental (PTA)

A Organização Internacional do Trabalho-OIT considera 50ppm de monóxido de carbono (CO) como a concentração máxima a ser atingida em ambientes de trabalho fechados, sendo o ser humano capaz de agüentar exposições dessa natureza por algum tempo. No entanto, colocando-se 25 fumantes

consumindo quatro cigarros por hora em uma sala de 1.000m³, rapidamente se atingirá 100ppm. O padrão de qualidade do ar bom é de 9ppm de CO. A concentração máxima permitida no ar urbano é de 30ppm. Nas cidades com altos índices de poluição ambiental, ao serem atingidas 40ppm de monóxido de carbono, são acionadas medidas de controle de poluição (AUSTONI JÚNIOR, 2007).

Os principais componentes da poluição tabagística ambiental são a fumaça exalada pelo fumante (corrente primária) e a fumaça que sai da ponta do cigarro (corrente secundária). Sendo, esta última formada em 96% do tempo total da queima dos derivados do tabaco. Em 1996 uma análise feita pelo INCA (BAHIA, 2007) em cinco marcas de cigarros comercializados no Brasil, constatou níveis 2 vezes maiores de alcatrão, 4,5 vezes maiores de nicotina e 3,7 vezes maiores de monóxido de carbono na fumaça que sai da ponta do cigarro do que na fumaça exalada pelo fumante. Os níveis de amônia na corrente secundária chegaram a ser 791 vezes superior que na corrente primária. A amônia alcaliniza a fumaça do cigarro, contribuindo assim para uma maior absorção de nicotina pelos fumantes, tornando-os mais dependentes da droga e é, também, o principal componente irritante da fumaça do tabaco (BRASIL, 1996).

De acordo com Salgado (2007), a absorção da fumaça do cigarro por pessoas que convivem em ambientes fechados com fumantes causa em adultos não fumantes um risco 30% maior de câncer de pulmão e 24% maior de infarto do coração do que os não-fumantes que não se expõem; em crianças maior frequência de resfriados e infecções do ouvido médio; risco maior de doenças respiratórias como pneumonia, bronquites e exacerbação da asma; maior risco de câncer de pulmão na vida adulta; em bebês risco 5 vezes maior de morrerem subitamente sem uma causa aparente (Síndrome da Morte Súbita Infantil); maior risco de doenças pulmonares até 1 ano de idade.

Tabagismo: aspecto legal

A legislação constitui-se como um ponto de apoio fundamental para que as ações de controle do tabagismo consolidem-se e tenham êxito. É necessária uma legislação adequada, forte e respeitada, que garanta tanto o controle do setor de produção do tabaco como o setor de consumo de seus derivados (AUSTONI JÚNIOR, 2007).

A Legislação Federal sobre tabaco no Brasil foi organizada e publicada pelo Instituto Nacional do Câncer (2005) considerando-se várias interfaces (ver ANEXO B) como proteção contra os riscos da exposição à poluição tabagística ambiental destacando-se a **Portaria interministerial nº 3.257** de 22 de setembro de 1988 que recomenda medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho e cria fumódromos, ou seja, áreas destinadas exclusivamente ao tabagismo, devidamente isoladas e com arejamento conveniente e a **Lei nº 9.294** de 15 de julho de 1996 que proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, ou de qualquer outro produto fumígeno derivado do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público, tais como, repartições públicas, hospitais, salas de aula, bibliotecas, ambientes de trabalho, teatros e cinemas, exceto em fumódromos.

No campo de restrição ao acesso dos produtos derivados do tabaco, enfatizaremos a Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 15 de 17 de janeiro de 2003, que veio regulamentar disposições da Lei 9.294/96 proibindo a venda de produtos derivados do tabaco na Internet e a Lei nº 10.702 de 14 de julho de 2003 que altera a referida Lei, proibindo a venda em órgãos ou entidades da Administração Pública.

Como amparo legal de proteção aos jovens, citaremos o Estatuto da Criança e do Adolescente, que proíbe vender, fornecer ou entregar, à criança ou ao adolescente, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica (Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990), a Lei nº 10.167 de 27 de dezembro de 2000 que altera a Lei nº 9.294/96, proibindo a participação de crianças e adolescentes na publicidade de produtos derivados do tabaco e a Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego nº 06 de 05 de fevereiro de 2001 que proíbe o trabalho do menor de 18 anos na colheita, beneficiamento ou industrialização do fumo.

Importante ressaltarmos a base legal para o tratamento e apoio ao fumante como a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.035 de 31 de maio de 2004 que amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde, e a Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde nº 442 de 13 de agosto de 2004 que aprova o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina.

Com relação à publicidade e patrocínio dos produtos derivados do tabaco, a Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988 já determinava que a publicidade estivesse sujeita às restrições legais contendo advertência sobre os malefícios decorrentes do seu uso. Aqui vale ressaltar o Código de Proteção e Defesa do Consumidor, que proíbe a publicidade enganosa e abusiva (Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990), bem como a Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 15 de 17 de janeiro de 2003 que define os conceitos de “propaganda de produtos derivados do tabaco” e “parte interna do local de venda”.

Quanto à disseminação de informação ao público a Lei nº 7.488 de 11 de junho de 1986 cria o Dia Nacional de Combate ao Fumo e determina a realização de comemorações no dia 29 de agosto em todo o território nacional. A ANVISA publica a Resolução nº 335 de 21 de novembro de 2003 que dispõe sobre a inserção de novas advertências, acompanhadas de imagens, nas embalagens e o material de propaganda dos produtos fumíferos determinando a impressão da seguinte frase nas embalagens: “Venda proibida a menores de 18 anos - Lei 8.069/1990 e Lei 10.702/2003”.

O controle e fiscalização dos produtos derivados do tabaco estão regulamentados por meio da Lei nº 9.782 de 26 de janeiro de 1999 que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e ANVISA, responsável pela regulamentação, controle e fiscalização dos cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco. As Resoluções nº 46 de 28 de março de 2001 e nº 346 de 02 de dezembro de 2003, ambas da ANVISA, que estabelecem respectivamente os teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono presentes na corrente primária da fumaça dos cigarros comercializados no país e as novas normas para o cadastro anual das empresas beneficiadoras de tabaco e fabricantes nacionais, importadoras ou exportadoras de produtos derivados do tabaco, bem como de todos os seus produtos, exigindo a apresentação de relatórios sobre seus componentes.

Outros aspectos legais relacionados ao financiamento à cultura do tabaco, taxaço sobre os produtos e medidas para conter o mercado ilegal de cigarros estão contemplados nos seguintes documentos: Resolução do Banco Central do Brasil nº 2.833 de 25 de abril de 2001 que veda a concessão de crédito público relacionado com a produção de fumo, no âmbito do Programa Nacional de

Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF), em regime de parceria ou integração com a indústria do tabaco; Decreto nº 4.924 de 19 de dezembro de 2003 que eleva o valor do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) incidente sobre os cigarros e Decreto nº 2.876 de 14 de dezembro de 1998 que determina que os cigarros, quando exportados para a América do Sul e América Central, inclusive Caribe, ficam sujeitos à incidência do imposto de exportação à alíquota de 150%. Posteriormente, houve ampliação de tal alíquota também para matérias-primas utilizadas na fabricação de cigarros.

O Papel dos Profissionais de Saúde no Controle e Prevenção do Tabagismo

Uma pesquisa realizada em 1996, direcionada para 46 escolas médicas em 10 países da América do Sul, onde o Brasil contribuiu com 50% das unidades pesquisadas, revelou que 37% das escolas abordavam o tabagismo de forma sistemática e apenas 29% ensinavam técnicas para o médico apoiar seu paciente fumante no processo de cessação de fumar. Certamente, esse processo poderia ganhar mais velocidade se os profissionais de saúde já saíssem de seus cursos de graduação ou pós-graduação preparados para oferecer uma abordagem eficiente no controle e prevenção do tabagismo nas suas rotinas de atendimento (RICHMOND; LARCOS; DEBONO apud CAVALCANTE et al., 2007).

Para Laranjeira e Ferreira (1997) o hospital é um ambiente privilegiado, em relação ao controle do tabagismo, por vários motivos, dentre os quais ser um local em que a população tem contato com os profissionais de saúde e deveria ter acesso a informações sobre os riscos do hábito de fumar. Está evidente a importância e o papel desses profissionais como modelos de saúde e catalisadores de mudanças sociais.

Em 2000 o INCA organizou e coordenou o 1º Encontro Nacional de Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, oferecendo recomendações sobre as condutas a serem empregadas. Participaram profissionais, de diferentes pontos do país, que acumulavam experiência na prática da cessação do tabagismo, além de conselhos e associações profissionais, sociedades científicas da área da saúde e integrantes da Câmara Técnica de Tabagismo do INCA (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2000).

As atividades educativas para o controle do tabagismo devem atingir os vários grupos populacionais, utilizando estratégias específicas para cada um. É fundamental que os profissionais de saúde e educação estejam alertados para o papel que devem desempenhar, no desenvolvimento dessas atividades. Tais grupos são considerados prioritários por serem exemplos de comportamento junto à comunidade e na formação de opinião relativa a questões de saúde. Para esse fim, torna-se importante que as diferentes dimensões do tema sejam apreendidas e assumidas por profissionais de saúde na sua área de atuação (AUSTONI JÚNIOR, 2007).

4 METODOLOGIA

4.1 Classificação da Pesquisa

A presente pesquisa se classifica como método epidemiológico de estudo descritivo, com referencial teórico embasado na bibliografia consultada sobre o assunto e levantamento de dados acerca dos profissionais de saúde e o tema proposto. A pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenômeno, sem o compromisso de explicar o que descreve, embora sirva de base para tal explicação. Trata-se, portanto, de uma modalidade de pesquisa cujo objetivo principal é descrever, analisar ou verificar as relações entre fatos e fenômenos, ou seja, tomar conhecimento do que, com quem, como e qual a intensidade do fenômeno em estudo (VERGARA, 2000).

A pesquisa é uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados. Esta definição a caracteriza como uma atividade inacabada, pois ao resultado de uma pesquisa não se deve atribuir verdade absoluta, uma vez que as descobertas são sempre renovadas (MINAYO, 1993).

4.2 Área de Atuação da Pesquisa

O campo de atuação da pesquisa foi o município de São Luís, que tem uma população estimada em 998.385 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006), e de acordo com as ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) encontra-se dividido em sete Distritos Sanitários, que são: Coroadinho, Bequimão, Itaqui-Bacanga, Tirirical, Centro, Cohab e Vila esperança. Cada distrito, por sua vez é composto por várias localidades e a exceção dos três últimos citados, os demais possuem uma Unidade Mista de Saúde (ver ANEXO C), desenvolvendo ações de média complexidade, mas sem a implantação do serviço de abordagem e tratamento do tabagismo.

4.3 Amostragem

O estudo foi realizado considerando-se as categorias de profissionais das quatro Unidades Mistas de Saúde do município de São Luís (MA), com ênfase para as seguintes categorias: médicos, odontólogos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais e psicólogos que estiveram desenvolvendo suas atividades durante o período de julho a agosto de 2007, o que totalizou 264 profissionais correspondendo a 33% da população informada pela Secretaria Municipal de Saúde/ SEMUS.

4.4 Período de Realização da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido durante quatro meses, compreendendo o intervalo de maio a agosto de 2007, sendo que nos dois últimos meses realizou-se a coleta de dados junto aos profissionais de saúde das respectivas Unidades Mistas, levando-se em conta os três turnos de trabalho e o número de profissionais presentes nas unidades, bem como a disponibilidade de acesso aos mesmos. Vale ressaltar que embora se fazendo presente nas Unidades Mistas nos três períodos (matutino, vespertino e noturno) não foi possível abordar todos os profissionais que compõem o quadro de funcionários das mesmas, uma vez que muitos, segundo informações nas próprias unidades, encontravam-se de licença, férias ou não faziam mais parte do quadro.

4.5 Instrumento para Coleta de Dados

O instrumento utilizado foi um questionário padronizado, autopreenchível e não identificado com questões objetivas referentes ao uso do tabaco, abordando aspectos como: características dos profissionais, consumo diário de cigarros, desistência a prática tabagística, conhecimento da legislação e exposição ao tabagismo ambiental (ver APÊNDICE A). Somente após a apresentação dos objetivos da pesquisa à administração da Unidade Mista e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Resolução 196/96), iniciamos a coleta de dados junto aos profissionais para que os questionários pudessem ser respondidos, respeitando-se a participação espontânea dos mesmos. Em um segundo momento

foi aplicado, para os fumantes, o teste de Fagerström adaptado por Varella (2007b) que diagnosticou o grau de dependência do usuário em relação ao tabaco (ver ANEXO D).

4.6 Critério Ético-Legal

De acordo com a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 do Ministério da Saúde, que tem por objetivo dar ênfase aos compromissos éticos com os sujeitos da pesquisa, seja indivíduo, seja coletivo, para realização deste estudo a privacidade e a individualidade da população estudada deverá ser respeitada, prevendo procedimentos que assegurem a confidencialidade, proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1996). Dessa forma antes da realização de coleta de dados foi assinado um termo de compromisso ético junto a Superintendência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, assegurando a divulgação das informações de forma responsável, bem como o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital Universitário.

4.7 Organização e Análise dos Dados

Os resultados obtidos foram consolidados, analisados, interpretados e apresentados na perspectiva da estatística descritiva, em forma de tabelas e gráficos, utilizando recursos do microsoft office excel e word. As considerações finais foram feitas a partir dos dados registrados e literatura consultada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As primeiras informações apresentadas relacionam-se aos aspectos gerais levantados por meio do questionário aplicado nas Unidades Mistas do Bequimão, Coroadinho, Itaqui-Bacanga e São Bernardo. Os dados encontram-se organizados de forma seqüenciada.

Os questionamentos foram respondidos por 264 profissionais, destes 39 (15%) do sexo masculino e 225 (85%) do sexo feminino (ver Gráfico 1), ambos com faixa etária entre 20 a + 60 anos (ver Gráfico 2). Sendo que 43 (16%) com idade variando de 20 a 30 anos, 89 (35%) entre 31 a 40 anos, 83 (31%) entre 41 a 50 anos, 43 (16%) entre 51 a 60 anos e apenas 06 (2%) com mais de 60 anos. Dos profissionais abordados apenas uma médica se recusou a participar da pesquisa. Estes dados corroboram parcialmente com os apresentados pela Secretaria Municipal de Administração (MARANHÃO, 2007), onde o sexo e a faixa etária predominante entre os funcionários públicos da Prefeitura de São Luís foi o feminino com idade entre 31 a 40 anos.

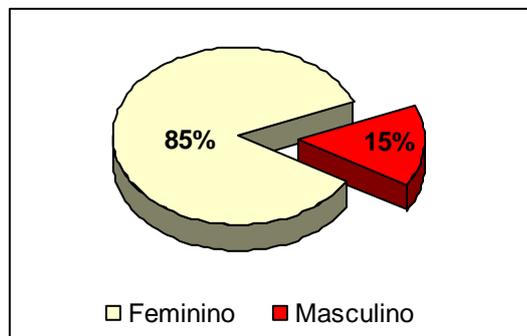


Gráfico 1 – Distribuição percentual representando o sexo dos funcionários entrevistados, São Luís (MA) 2007

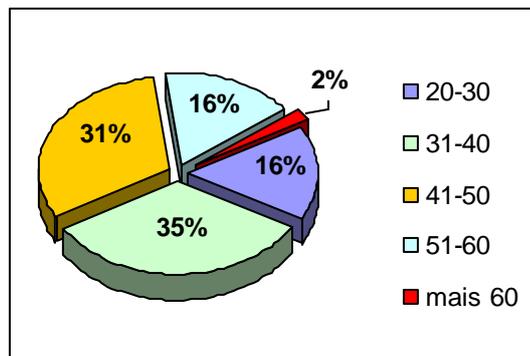


Gráfico 2 – Distribuição percentual representando a faixa etária dos funcionários entrevistados, São Luís (MA) 2007

De forma mais detalhada (ver Tabela 1), na Unidade Mista do Bequimão foram 84 questionários com 72 (86%) respostas femininas e 12 (14%) masculinas. A faixa etária prevalente foi 29 (35%) de 41 a 50 anos. Para a Unidade Mista do Coroadinho, aplicou-se 57 questionários, destes 47 (82%) para profissionais do sexo feminino e 10 (18%) para profissionais do sexo masculino. A faixa etária predominante foi de 31-40 anos com 38%. A Unidade Mista do Itaqui-Bacanga contabilizou 78 questionários sendo 64 (82%) respondidos por mulheres e 14 (18%) por homens, dos quais 41% com idade entre 31-40 anos. Para a Unidade Mista do São Bernardo foram 45 questionários aplicados, 42 (93%) respondidos por mulheres e apenas 03 (7%) por homens. Com relação à faixa etária o maior percentual ficou entre 41 a 50 anos com 35%. Na Secretaria Municipal de Saúde, segundo dados da Vigilância em Saúde, a faixa etária de 30 a 50 anos é majoritária, bem como a presença do sexo feminino no quadro funcional (SÃO LUÍS, 2002).

Tabela 1 – Distribuição numérica representando a unidade mista, o sexo e a faixa etária dos funcionários entrevistados, São Luís (MA) 2007

Faixa Etária	UNIDADE MISTA								Total
	Bequimão		Coroadinho		I. Bacanga		S. Bernardo		
	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	
20 a 30	04	13	02	03	05	11	00	05	43
31 a 40	02	24	04	18	08	24	00	09	89
41 a 50	03	26	03	17	00	18	00	16	83
51 a 60	03	09	01	07	01	10	03	09	43
+ 60	00	00	00	02	00	01	00	03	06
TOTAL	12	72	10	47	14	64	03	42	264

As informações a seguir referem-se de forma mais específica ao conhecimento dos profissionais de saúde das Unidades Mistas de São Luís (MA), acerca das questões socioambientais relacionadas ao consumo de produtos fumígenos, bem como a identificação do número de fumantes ativos e passivos entre os mesmos.

Para a experiência com produtos fumígenos (ver Tabela 2), foi possível observar que 80% responderam que nunca fumaram. Este fato pode ser considerado positivo, quando se pressupõe que estes profissionais encontrem-se

sensibilizados para os problemas de saúde e ambientais associados ao consumo de cigarros. Os demais percentuais constituíram-se em 16% para ex-fumantes e apenas 3% para fumantes ativos. Almeida (2004, p. 8), ao caracterizar profissionais de Unidades Básicas de saúde de Canindé (CE), registrou 10% de tabagistas em 266 questionários aplicados, ou seja, 7% a mais. Ribeiro et al. (1999, p. 1), investigando a prevalência do tabagismo na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), constatou de 2.613 respostas um percentual de 15,5% para fumantes, entre docentes, alunos, enfermeiros e outros funcionários. Pesquisa semelhante realizada por Santos e Monteiro (2004, p. 33) em população carcerária da Penitenciária Estadual de Maringá (PR) revelou que 49,4% dos reclusos eram usuários de tabaco, 28,6% já haviam usado a droga e 21,9% nunca haviam fumado. As diferenças observadas certamente estiveram influenciadas pelas condições socioeconômicas e ambientais das amostras exemplificadas e embora o número de fumantes ativos nas Unidades de Saúde tenha sido pequeno, não deve ser desconsiderado especialmente por se tratar de pessoas envolvidas diretamente com a saúde pública.

O valor encontrado para o item convivo com fumantes no ambiente de trabalho correspondeu a 60% e convivo com fumantes em casa a 44%. Isso demonstra que mesmo não havendo grande percentual de fumantes ativos é significativo o percentual de fumantes passivos entre os profissionais de saúde entrevistados. Segundo Carvalho (1991, p. 45) os não fumantes que convivem em ambientes poluídos pela fumaça do cigarro, denominados “fumantes passivos”, sofrem conseqüências sérias de saúde, tanto quanto, os fumantes propriamente ditos. Colombo (2007), citando o relatório consenso - *US National Academy of Sciences National Research Council* e Ministério da Saúde dos Estados Unidos de 1986 considera que o tabagismo passivo é causa de doenças, inclusive câncer de pulmão em não fumantes saudáveis. Vale ressaltar que durante a coleta de informações, vários profissionais mencionaram o consumo de cigarros por pacientes das unidades de saúde. Outros convivem com fumantes em casa e no trabalho simultaneamente.

Tabela 2 – Distribuição numérica para as respostas “Em relação ao tabagismo” apresentadas pelos funcionários entrevistados, São Luís (MA) 2007

Resposta	UNIDADE MISTA								Total
	Bequimão		Coroadinho		I. Bacanga		S. Bernardo		
	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	
Nunca fumei	09	64	07	37	10	51	01	34	213
Já fumei	02	08	01	10	03	11	01	07	43
Sou fumante	01	00	02	00	01	02	01	01	08
Convívio com fumantes									
Em casa	00	34	05	21	08	30	01	18	117
No trabalho	11	42	06	28	08	35	03	26	159

Levando-se em consideração as categorias profissionais interrogadas, a Tabela 3 demonstra que entre os ex-fumantes 51% estão representados por técnico de enfermagem, 14% por enfermeiros e 12% por médicos. Outras categorias entre fisioterapeuta, bioquímico e técnico em laboratório também somaram 23% em conjunto. O percentual de 3% correspondente ao número de fumantes encontra-se representado pelas categorias de psicólogos, técnicos em enfermagem e médicos. A convivência com fumantes, em casa e no trabalho, foi expressiva entre os técnicos em enfermagem, enfermeiros e médicos. O Inquérito sobre a prevalência do tabagismo na classe médica brasileira realizado por Mirra e Rosemberg (1997, p. 209-214) constatou 6,4% como fumantes regulares, 93,6% não-fumantes e 34,3% ex-fumantes, sendo que entre as Unidades da Federação com maior número de fumantes encontrava-se o Maranhão. Em Canindé (CE) a caracterização revelou que 37% dos fumantes pertenciam à categoria de agentes de saúde, 29% auxiliares de enfermagem e 7% médicos (ALMEIDA, 2004). Na UNIFESP 16% dos enfermeiros entrevistados declararam-se fumantes (RIBEIRO et al. 1999). Comparando-se os números percebe-se um percentual significativo de não-fumantes e ex-fumantes o que sinaliza para sensibilidade ao assunto e mudança favorável de comportamento. Entretanto, o hábito de fumar entre esses profissionais denota o enfraquecimento do controle do tabagismo a nível do Sistema Único de Saúde, no tocante a implantação do tratamento nas unidades de atenção básica, com profissionais capacitados e credenciados para o atendimento ao fumante.

Tabela 3 – Distribuição numérica para as respostas “Em relação ao tabagismo” considerando as categorias profissionais dos funcionários entrevistados, São Luís (MA) 2007

Categoria	RESPOSTAS				
	Nunca fumei	Já fumei	Sou fumante	Convivo com fumantes	
				Em casa	No trabalho
Assistente social	09	-	-	02	08
Enfermeiro	32	06	-	13	25
Fisioterapeuta	01	01	-	01	01
Médico	19	05	03	09	19
Odontólogo	02	-	-	01	01
Psicólogo	06	-	01	04	03
Téc. Enfermagem	106	22	03	62	81
Terap. ocupacional	02	-	-	01	01
Outros	36	09	01	24	20
TOTAL	213	43	08	117	159

Outro aspecto que se considera importante refere-se ao conhecimento da Lei nº 9.294 de 15 de julho de 1996 que proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, ou de qualquer outro produto fumígeno derivado do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público, tais como, repartições públicas, hospitais, salas de aula, bibliotecas, ambientes de trabalho, teatros e cinemas, exceto em fumódromos. Quando abordados sobre esse assunto os profissionais manifestaram o seguinte (ver Gráfico 3): resposta afirmativa 46%, para aqueles que souberam argumentar sobre a referida lei, com relação aos principais aspectos abordados na mesma. Resposta negativa 9% e os que já ouviram falar 45%. Percebe-se que a maioria (91%) de alguma forma teve acesso a informações sobre a Lei 9.294/06. Dessa forma, pode-se considerar a utilização desse conhecimento como fonte de ação positiva voltada para a prevenção de riscos associados ao tabagismo. Contudo, a legislação nacional que proíbe o fumo em ambientes fechados encontra-se defasada em termos de melhores práticas para proteção contra os riscos do tabagismo passivo, além de ser pouco obedecida, especialmente nos setores de entretenimento e hotelaria (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2007d, p. 18). À ANVISA foi atribuído o controle sanitário dos produtos derivados do tabaco e

segundo a mesma as medidas educativas, precisavam ser complementadas por ações legislativas que incluíssem desde a regulamentação até o consumo do produto e seus derivados (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005, p. 1).

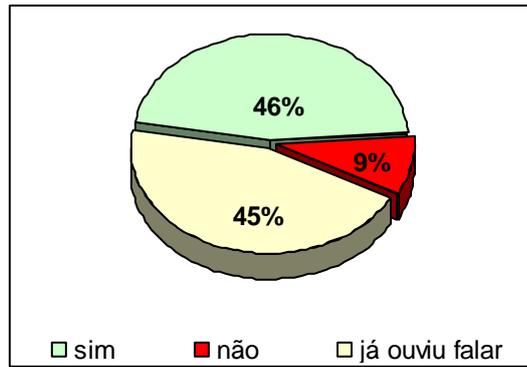


Gráfico 3 – Distribuição percentual das respostas sobre o conhecimento da Lei 9.294/96 apresentadas pelos funcionários entrevistados, São Luís (MA) 2007

Ainda em relação à Lei 9.294/06 é importante frisar que 100% dos interrogados concordam com o que determina a legislação em questão, 85% acham que ela é respeitada no seu ambiente de trabalho e 15% consideram que não há respeito a essa lei no seu ambiente de trabalho (ver Tabela 4). Comparando-se as respostas apresentadas de acordo com cada Unidade Mista observa-se que a minoria dos profissionais desconhecia a lei e a maioria destes, ao tomar conhecimento de seu conteúdo, concordou que a lei vem sendo respeitada dentro de cada Unidade de Saúde. Entretanto, o cumprimento da legislação torna-se tarefa difícil em função da ressalva, na própria lei, para a construção de fumódromos, áreas destinadas, exclusivamente para o consumo de produtos fumígenos. Para Bernardo (2007), não existe nenhum sistema de ventilação factível que possa reduzir a exposição ao tabagismo passivo a níveis seguros, não sendo possível a convivência harmônica de fumantes e não fumantes em um mesmo ambiente. Conforme dados do Instituto Nacional do Câncer, as maiores vítimas do tabagismo passivo são os trabalhadores não fumantes, que devido às circunstâncias de seu trabalho, são obrigados a se exporem a poluição tabagística ambiental (PTA) durante a jornada de trabalho (BRASIL, 2004b, p. 22).

Tabela 4 – Distribuição numérica para as respostas apresentadas considerando o conhecimento da Lei 9.294/06 de acordo com cada Unidade Mista, São Luís (MA) 2007

Respostas	UNIDADE MISTA				Total
	Bequimão	Coroadinho	Itaqui Bacanga	S.Bernardo	
Já conhecia	38	23	35	26	122
Já ouvi falar	44	24	35	16	119
Não conhecia	02	10	08	03	23
Concordo c/ a lei	84	57	78	45	264
Lei é respeitada	72	51	66	35	224
Não é respeitada	12	06	12	10	40

Partindo do conceito “fumante passivo é quem frequenta ambiente poluído com substâncias da fumaça do cigarro ou convive com fumantes” e após questionar “você se considera um fumante passivo?” obtivemos de forma bem equilibrada 50% dos profissionais respondendo positivamente e 50% negativamente, ou seja, conforme Gráfico 4, metade dos entrevistados não se considera fumante passivo. Na realidade o percentual de 50% para a resposta negativa representa um contraste quando comparado com os dados apresentados na Tabela 2 e 4 onde a maioria relatou conviver com fumantes em casa ou no ambiente de trabalho e ao mesmo tempo considera que existe respeito à Lei 9.294/06 no ambiente de trabalho respectivamente. Dessa forma, fica clara a falta de correlação entre o aspecto ambiente frequentado, a condição de fumante passivo e respeito à legislação pertinente. Estudos epidemiológicos envolvendo o risco de doenças tabaco-relacionadas em trabalhadores não fumantes de restaurantes demonstrou que o risco de desenvolver câncer de pulmão, devido à exposição involuntária a fumaça do tabaco, foi em média 50% maior do que entre os não expostos (BRASIL, 2004b). Segundo o INCA, doenças ocupacionais podem ser potencializadas ou aceleradas pelo consumo do cigarro, pois a fumaça funciona como veículo que favorece a entrada no organismo de várias substâncias químicas existentes nos ambientes de trabalho, podendo também intervir na transformação química dessas substâncias, devido ao intenso calor na extremidade incandescente do cigarro (BRASIL, 2004b).

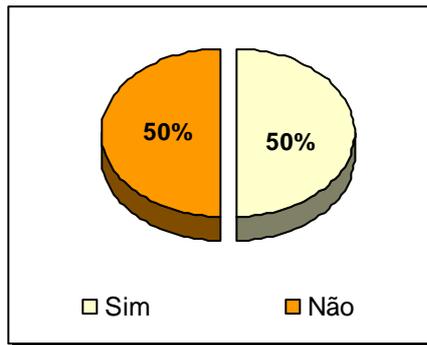


Gráfico 4 – Distribuição percentual das respostas apresentadas pelos funcionários entrevistados para a pergunta “você se considera um fumante passivo?” São Luís (MA). 2007

Com relação à pergunta “Você sabia que o fumante passivo fica exposto 3 vezes mais à nicotina, ao monóxido de carbono e as substâncias cancerígenas que o fumante ativo?” as respostas foram 93% sim e 7% não (ver Gráfico 5). A análise desta questão sugere a compreensão sobre a importância atribuída para a Lei 9.294/96 quando 100% concordaram com a existência e aplicabilidade da mesma. Para o INCA, hoje não há mais razão para se considerar o consumo de cigarros, charutos e outros derivados do tabaco como uma mera opção comportamental ou estilo de vida (BRASIL, 2004a, p. 12). Trata-se do consumo de um produto que não traz nenhum benefício para quem consome direta ou indiretamente, mas que mata pelo menos metade de seus consumidores. Varella (2007b) afirma “assim como não admitimos que os comerciantes de maconha, crack ou heroína façam propaganda, todas as formas de publicidade do cigarro deveriam ser proibidas terminantemente”.

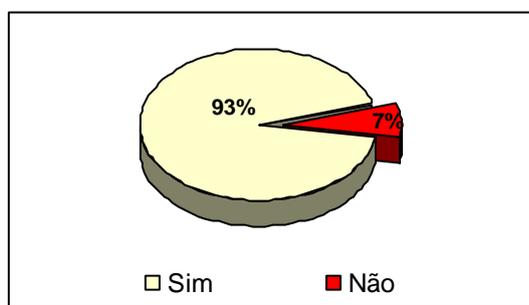


Gráfico 5 – Distribuição percentual das respostas apresentadas pelos funcionários entrevistados para a pergunta “Você sabia que o fumante passivo fica exposto 3 vezes mais à nicotina, ao monóxido de carbono e as substâncias cancerígenas que o fumante ativo?” São Luís (MA). 2007

Detalhando as informações para o aspecto ser fumante passivo, por Unidade Mista (ver Tabela 5), teremos em ordem decrescente os percentuais: 58% U.M Bequimão, 56% U. M. Coroadinho, 42% U.M. Itaqui-Bacanga e 40% U.M. São Bernardo. Sobre o fato de o fumante passivo ficar exposto 3 vezes mais à nicotina, ao monóxido de carbono e as substâncias cancerígenas que o fumante ativo, obtivemos 94% de conhecimento sobre essa informação na U. M. Bequimão, 93% na U. M. São Bernardo, 92% na U. M. Itaqui-Bacanga e 91% na U. M. Coroadinho. Esses números ratificam a importância das várias publicações científicas acerca do fumo como um grave problema de saúde pública, bem como das ações de caráter educativo. Conforme dados do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, as ações educativas envolvem níveis básicos de atuação através das escolas, das unidades de saúde e dos ambientes de trabalho (BRASIL, 2003b, p. 1). O mesmo Programa registra atuação em 3.703 municípios brasileiros, 2.864 unidades de saúde, 1.102 ambientes de trabalho e 11.527 escolas, além de 766 profissionais de saúde capacitados para tratamento ao fumante e 51 unidades de saúde pública prestando atendimento ao mesmo.

Tabela 5 – Distribuição numérica representando as respostas sobre fumante passivo e exposição aos componentes do cigarro de acordo com cada Unidade Mista, São Luís (MA) 2007

Perguntas	UNIDADE MISTA								Total	
	Bequimão		Coroadinho		I. Bacanga		S.Bernardo			
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Você se considera fumante passivo?	49	35	32	25	33	45	18	27	132	132
Você sabia da exposição aos componentes do cigarro?	79	05	52	05	72	06	42	03	245	19

Dentre os poucos fumantes identificados com a pesquisa 62,5% representaram o sexo masculino e 37,5% o sexo feminino. A faixa etária ficou entre 20 a 60 anos. Estes dados coincidem com os apresentados pelo Ministério da Saúde

(BRASIL, 2007b) através da vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) que revelou o hábito de fumar mais disseminado entre os homens (20,3%) do que entre as mulheres (12,8%), sendo que em São Luís a frequência para o sexo feminino foi de 8,1%. De acordo com o VIGITEL em ambos os sexos a frequência de fumantes aumentou com a idade até os 54 anos. Nesta pesquisa todos os fumantes conheciam a Lei 9.294/06, concordaram e acharam que a mesma era respeitada no ambiente de trabalho. Destes 75% relataram conviver com outros fumantes no ambiente domiciliar, na pesquisa realizada por Ribeiro et al. (1999), esse percentual foi igual a 40,6%. Pertenciam à categoria de técnico de enfermagem e médicos 74%, psicólogo e outras categorias 26% (ver Gráfico 6). A idade mínima com que iniciaram o hábito de fumar correspondeu a 14 anos e a máxima a 35 anos. A faixa etária intermediária ficou entre 15 a 20 anos. Apenas 25% dos entrevistados revelaram que nunca tentaram e não gostariam de parar de fumar, os demais além de terem tentado mais de uma vez gostariam de parar com o hábito tabagístico. O número de cigarros consumidos diariamente ficou entre 02 a 25 unidades, ou seja, chegando a mais de uma carteira diária. A Unidade Mista com maior número de fumantes foi a do Itaqui-Bacanga com 38% dos casos, as outras em conjunto somaram 62% (ver Gráfico 7).

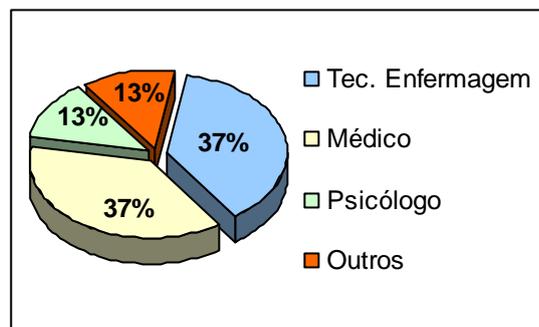


Gráfico 6 – Distribuição percentual de fumantes ativos por categoria profissional entre os funcionários entrevistados, São Luís (MA). 2007

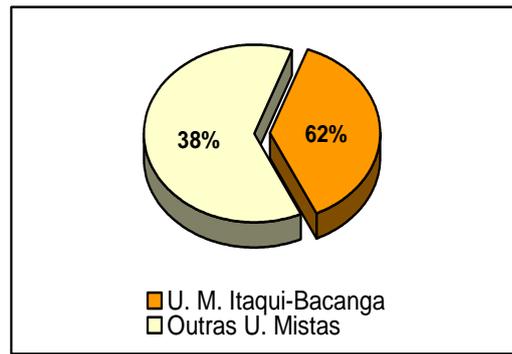


Gráfico 7 – Distribuição percentual de fumantes ativos por Unidade Mista entre os funcionários entrevistados, São Luís (MA), 2007

O teste de Fagerström revelou que para 63% dos fumantes ativos o grau de dependência é muito baixo e para 37% entre baixo e alto. Essa classificação esta baseada nas informações obtidas por meio dos questionamentos esquematizados na tabela 6, a cujas respostas estão atribuídos pontos para a avaliação do grau de dependência. Almeida (2004, p. 41) registrou em seu estudo o mesmo valor para dependência muito baixa e 37% entre elevada e muito elevada. Fumar o primeiro cigarro com mais de 60 minutos após acordar teve percentual igual a 63%, enquanto fumar em locais proibidos ficou com 13%. O primeiro cigarro consumido durante o dia para 50% é o que traz mais satisfação. O mesmo percentual observa-se para o consumo diário de 11 a 20 cigarros. Quanto maior o número de cigarros fumados por dia e o tempo que se fuma, maior a possibilidade de incidência de agravos para os quais o tabaco é fator de risco (SAIDEMBERG, 2001). Dos profissionais 38% fumam mais pela manhã do que no resto do dia, assim também como 38% fumam mesmo quando estão doentes de cama. O tabagismo aumenta o risco de morbimortalidade por doenças coronarianas, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer (SILVA; KOIFMAN, 1998).

Tabela 6 – Respostas obtidas com a aplicação do teste de Fagerström

PERGUNTAS	Nº RESPOSTAS
Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?	
Menos de 5 min	01
6 a 30 min	00
31 a 60 min	02
Mais de 60 min	05
Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?	
Sim	01
Não	07
Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?	
Primeiro do dia	04
Qualquer outro	04
Quantos cigarros você fuma por dia?	
10 ou menos	03
11 a 20	04
21 a 30	01
31 ou mais	00
Você fuma mais pela manhã do que no resto do dia?	
Sim	03
Não	05
Você fuma mesmo quando está doente, de cama?	
Sim	03
Não	05

6 CONCLUSÃO

Com base no estudo realizado concluiu-se que:

- a) Dos profissionais entrevistados a maioria nunca fumou (80%); existe uma pequena parcela de ex-fumantes (16%) e apenas 3% de fumantes ativos;
- b) O convívio com fumantes no trabalho (60%) é maior que o convívio com fumantes em casa (44%);
- c) A categoria de técnicos de enfermagem apresentou maior número de ex-fumantes (51%) seguida das categorias de enfermeiros (14%) e médicos (12%). Outras categorias somaram 23% em conjunto. O número de fumantes esteve representado pelas categorias de médicos, psicólogos e técnicos em enfermagem;
- d) A informação sobre a Lei 9.294/06, que proíbe o uso de produtos fumígenos em ambientes públicos, é significativa uma vez que 46% afirmaram conhecê-la, 45% de alguma forma ouviram falar e apenas 9% a desconheciam;
- e) É unânime a aceitabilidade da Lei 9.294/06, sendo que 85% acham que a mesma é respeitada no seu ambiente de trabalho e 15% consideraram que não;
- f) Dos profissionais entrevistados 50% são conscientemente fumantes passivos;
- g) O conhecimento por parte dos profissionais de saúde com relação ao maior risco de exposição às substâncias nocivas do cigarro pelo fumante passivo é bem expressivo (93%);
- h) Conforme o teste de Fagerström em 63% dos fumantes ativos o grau de dependência é muito baixo e para 37% entre baixo e alto. Para a maioria (63%) o consumo do primeiro cigarro acontece com mais de 60 minutos após acordar, enquanto a minoria fuma em locais proibidos (13%). Para 50% o primeiro cigarro consumido durante o dia é o que traz mais satisfação e o consumo diário ficou entre 11 a 20 cigarros. Dos profissionais 38% fumam mais pela manhã do que no resto do dia, assim também como fumam mesmo quando estão doentes de cama.

REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A.C. et al. **Epidemiologia das ateroscleroses coronária e cerebrovascular**. Disponível em: <<http://www.sbpt.org.br>>. Acesso em: 10 mar. 2007.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Legislação em vigilância sanitária. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Disponível em <<http://www.e-legis.bvs.br/leisref/public/>>. Acesso em: 11 mar. 2007.

_____. **Anvisa na redução do tabagismo**. Gerência de produtos derivados do tabaco. Brasília – DF: ANVISA, 2005. p. 1.

ALIANÇA de controle do tabagismo. Efeito do tabagismo sobre a saúde. Disponível em: <<http://www.tabacozero.net>>. Acesso em: 11 mar. 2007.

ALMEIDA, A. M. G. **Caracterização da dependência de nicotina entre os profissionais que integram as unidades básicas de saúde no município de Canindé - CE**. 2004. 53f. Dissertação (Residência em Saúde da Família) – Universidade estadual Vale do Acaraú – UVA, Ceará. 2004.

AMARAL, V. **Lei que proíbe fumar é desrespeitada no IESB**. Disponível em: <http://www.iesb.br/grad/jornalismo/na_pratica/noticias_detalhes.asp?id_artigo=214> Acesso em: 1 mar. 2007.

AUSTONI JÚNIOR, E. **Falando de tabagismo**. Disponível em: <<http://medjunior.vilabol.uol.com.br/voce.htm>>. Acesso em: 13 mar. 2007.

BAHIA, Secretaria de Estado da Saúde. **Programa estadual de controle do tabagismo**. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/tabagismo>>. Acesso em: 3 fev. 2007.

BERNARDO, M. Ações da ANVISA no controle de ambientes livres do tabaco Gerência de produtos derivados do tabaco – GPDTA/ ANVISA. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2006/101006.htm>. Acesso em: 3 jan. 2007.

BRUMINI, R.; VRANJAC, A. Custos hospitalares das principais doenças tabaco-relacionadas no Sistema Único de Saúde – SUS. **Boletim Epidemiológico Paulista**, n. 23, ano 2, ago. 2005. Disponível em: <http://wwwcve.saude.sp.gov.br/agencia_bepa>. Acesso em: 13 fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Por um mundo livre de tabaco**: 1º Tratado Internacional de Saúde Pública. 2. ed. Brasília: MS, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de Controle ao Tabagismo. Rio de Janeiro: INCA, 2003b p. 01.

_____. Ministério da Saúde. **Drogas lícitas**. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=154>. Acesso em: 25 abr. 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de riscos e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2007b. p. 24-32.

_____. Ministério da Saúde. **Falando sobre tabagismo**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA/CONTAPP, 1998.

_____. Ministério da Saúde. INCA. **A história do tabaco**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=EBRPT&link=oque.htm>>. Acesso em: 2 mar. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. **Bases para a implantação de um programa de controle do tabagismo**. Rio de Janeiro: INCA, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Tabaco e pobreza, um círculo vicioso - A convenção – quadro de controle do tabaco: uma resposta**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. Por um mundo sem tabaco. **Ação global para o controle do tabaco, 1º tratado internacional de saúde pública**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004b. p. 22.

CARVALHO, C. M. Fumo e Saúde: doenças diversas tabaco. **Jornal Brasileiro de Medicina**. v. 60, n. 5. São Paulo, 1991.

CAVALCANTE, T. et al. **O tabagismo**: suas diferentes faces e determinantes sociais - nível individual e coletivo. Disponível em: <<http://www.ufmg.br/redeunida/oficinas/>>. Acesso em: 23 mar. 2007.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS - CEBRID. I Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil. São Paulo: CEBRID, 2002.

COLOMBO, V. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **Promovendo ambientes livres da fumaça do tabaco**. Divisão de controle de tabagismo e outros Fatores de Risco/Conprev. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=passivo&link=tabagismo.htm>> Acesso em: 5 maio. 2007.

COMPANHIA DE PROCESSAMENTO DE DADOS DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. **Atividades marcam o dia mundial sem tabaco**. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br>>. Acesso em: 15 mar. 2007.

COSTA, A.; SILVA, J. Tabagismo, um problema de saúde pública no Brasil. **Jornal Brasileiro de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 1, p.14-16, ago. 1990.

DOENÇAS causadas pelo cigarro. **Brasil Escola Fórum**. Disponível em: <<http://brasilecola.com/index.php>>. Acesso em: 5 jan. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2006**: características gerais da população. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 3 mar. 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. **Falando sobre câncer e seus fatores de risco**. Rio de Janeiro: INCA, 1996.

_____. **Tabagismo passivo**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/>>. Acesso em: 3 mar. 2007a.

_____. **Inquérito domiciliar**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/>>. Acesso em: 3 mar. 2007b.

_____. **Código de Práticas para Organizações de Profissionais de Saúde para o Controle do Tabagismo**. Adotado e assinado pelos participantes da “Reunião Informal da OMS das Organizações do Profissional de Saúde e Controle do tabagismo”; 28 a 30 de janeiro de 2004; Genebra, Suíça. O original em inglês está disponível na página da OMS. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/codigo.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2007c.

_____. **Tabagismo um grave problema de saúde pública**. Rio de Janeiro: INCA, 2007d. p. 18.

_____. Atualidades em Tabagismo e Prevenção do Câncer - Ano 9 - jul a dez/2000. Encontro de Consenso sobre Abordagem e Tratamentos do Fumante disponível em: <http://www.inca.gov.br/atualidades/ano9_2/consenso.html>. Acesso em: 30 mar. 2007.

_____. **Legislação federal sobre tabaco no Brasil.** Atualizado em 20/09/2005. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/economia/leisfederais.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2007.

LARANJEIRA, R.; FERREIRA, M.P. Como criar um hospital livre de cigarros. **Rev. da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 43, n. 2, abr./jun. 1997.

LEVY, C.S.; SILVA, R.M.M.; MORANO, M.T.A.P. **O Tabagismo e suas implicações pulmonares numa amostra de população em comunidade de Fortaleza – CE.** Disponível em: <<http://www.unifor.br/notitia/file/614/pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2007.

LUTA contra o cigarro chega aos produtos Light. **Saúde em Foco**, ed. 038, 1 jun. 2006. Disponível em: <<http://www.olharvital.ufrj.br/2006/index.php>>. Acesso em: 21 fev. 2007.

MARANHÃO. Secretaria Municipal de Administração. **Perfil do quadro de funcionários da Prefeitura de São Luís/ MA.** São Luís, 2007. Disponível em: <<http://www.saoluis.ma.gov.br/noticias.aspx>>. Acesso em: 13 mar. 2007.

MAUCH, S.D.N.; SILVA, C.A.R. **Política de controle do tabagismo.** Disponível em: <<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias.php>>. Acesso em: 7 mar. 2007.

MENTZ, J. P. O. Fumo é a dica mais perigosa. **Vida e Saúde**, p. 24-25, fev. 1992.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** São Paulo: Hucitec, 1993.

MIRRA, A. P.; ROSEMBERG, J. Inquérito sobre prevalência do tabagismo na classe médica brasileira. **Rev. Associação Médica Brasil**, São Paulo, n. 3, jun/set, 1997.

MONTEIRO, A. M. **Uma breve história do tabaco.** Saber Saúde – Prevenção do tabagismo e outros fatores de risco de câncer. Rio de Janeiro: O Instituto, 1998. p. 8-11.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Strategie de lutte antitabac dans les pays em developpement.** Série de informes Técnicos. Genebra. 1983.

_____. La incidencia mundial del cáncer podría aumentar en un 50% y llegar a 15 millones de nuevos casos en el año 2020. 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/es/>>. Acesso em: 5 fev. 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. 1º Congresso Internacional de Prevenção de Tabagismo. Belo Horizonte, 2002. Disponível em: <www.opas.or.br>. Acesso em: 5 fev. 2007.

PEREIRA, S. M. Adolescência e consumo de substâncias psicoativas: riscos e reflexos para a vida futura. **Rev. Adolesc.** Capítulo 4 - adolescência, sexual, drogas e suicídio. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/revista/>>. Acesso em: 9 mar. 2007.

RIBEIRO, S. A. et al. Prevalência de tabagismo na Universidade Federal de São Paulo, 1996 – dados preliminares de um programa institucional. **Rev. da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 45, n.1, jan./mar. 1999.

RIGATTO, M. Tabagismo: fumo e pneumologia. In: SILVA, L. C. C. **Compêndio de pneumologia**. 2. ed. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1991.

RONDINA, R.C.; MORATELLI, H.; BOTELHO, C. Tabagismo e características da personalidade em estudantes universitários. **Rev. Psiquiatria Clínica**, São Paulo, n. 28, set. 2001.

ROSEMBERG, J. A guerra do fumo. **Globo Ciência**, Brasília-DF, ano 4, n. 38, set. 1994.

SAIDEMBERG, S. O tabagismo. In: SERRAT, S. M. **Drogas e álcool prevenção e tratamento**. Campinas: Komedi, 2001. p. 82-102.

SALGADO, J. **Tabagismo passivo é 3ª maior causa de morte evitável no mundo**. Disponível em: <http://www1.uol.com.br/vyaestelar/tabagismo_passivo.htm>. Acesso em: 10 mar. 2007.

SANTOS, A. S.; MONTEIRO, M. C. B. **Incidência do tabagismo entre a população carcerária da penitenciária estadual de Maringá**. Curitiba. 2004. 42f. Monografia (Especialização em Administração em Saúde Pública). ISEPE. Paraná, 2004.

SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. **Relatório anual de atividades**. São Luís. 2002. 209 p. Não publicado.

SILVA, J. L. Tabagismo: uma questão de saúde pública. **Boletim Epidemiológico Paulista**, n 8, ano 1, ago. 2004. Disponível em: <http://www.cve.saúde.sp.gov.br/agencia_bepa>. Acesso em: 13 fev. 2007.

SILVA, V. L. C.; KOIFMAN, S. Smoking in Latin América: a mjr public health problem. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, p. 99-108, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA-SBPT. **Tabagismo**. Disponível em: <<http://www.sbpt.org.br/leigos/tabagismo.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2007.

VALENÇA, A.; NASCIMENTO, I.; NARDI, A. Nicotina, ansiedade e depressão: série psicofarmacologia – 73. **J. Bras Psiquiatria**, São Paulo, n. 4, v. 73, 1998.

VARELLA, D. **Dependência fatal**. Disponível em: <<http://drauziovarella.ig.com.br/artigos/dependenciafatal.asp>>. Acesso em: 9 mar. 2007a.

_____. **Teste de dependência nicotínica**. Disponível em: <<http://drauziovarella.ig.com.br/artigos/cigarro.propaganda.asp>>. Acesso em: 9 mar. 2007b.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

APÊNDICE A – Questionário

A pesquisa “Exposição e prática do tabagismo entre profissionais de saúde de Unidades Mistas de São Luís (MA)” é importante para o conhecimento de uma realidade pouco explorada em nosso meio e poderá subsidiar futuras discussões entre categorias profissionais e gestores na identificação de estratégias e mecanismos que minimizem problemas relacionados ao tema em questão. A sua participação é fundamental.

1. IDENTIFICAÇÃO

Profissional: () Médico (a) () Enfermeiro (a) () Fisioterapeuta () Odontólogo () A. Social () Psicólogo () Técnico em enfermagem () Agente saúde () outro _____
Unidade Mista: () Bequimão () Coroadinho () São Bernardo () Itaqui-Bacanga
Sexo: () masculino () feminino
Faixa etária: () 20 a 30 () 31 a 40 () 41 a 50 () 51 a 60 () + 60

2. EM RELAÇÃO AO TABAGISMO (pode assinalar mais de uma opção)

Nunca fumei () Já fumei () Sou fumante ()
Convivo com fumantes: () Em casa () No trabalho

3. EM RELAÇÃO À LEGISLAÇÃO

Você já conhecia a Lei nº 9.294 de 15 de julho de 1996 que proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, ou de qualquer outro produto fumígeno derivado do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público, tais como, repartições públicas, hospitais, salas de aula, bibliotecas, ambientes de trabalho, teatros e cinemas, exceto em fumódromos?

Sim () Já ouvi falar () Não, estou conhecendo agora ()

Você concorda com a Lei nº 9.294? Sim () Não ()

A Lei nº 9.294 é respeitada no seu ambiente de trabalho? Sim () Não ()

4. PARA OS NÃO FUMANTES

Fumante passivo é quem frequenta ambiente poluído com substâncias da fumaça do cigarro ou convive com fumantes. Você se considera um fumante passivo?

Sim () Não ()

Você sabia que o fumante passivo fica exposto 3 vezes mais à nicotina, ao monóxido de carbono e as substâncias cancerígenas que o fumante ativo? ?

Sim () Não ()

5. PARA OS FUMANTES ATIVOS

Com que idade você começou a fumar? _____

Você já tentou parar de fumar alguma vez?

Nunca () uma vez () mais de uma vez ()

Hoje, você gostaria de parar de fumar? Sim () Não ()

Quantos cigarros você fuma diariamente? _____

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO

ANEXOS

ANEXO A – Código de práticas para organizações do profissional de saúde para o controle do tabagismo

Preâmbulo: Com o objetivo de contribuir ativamente para a redução de consumo de tabaco e incluir o controle do tabagismo na agenda da saúde pública em níveis nacional, regional e global, por meio desse está acordado que as organizações do profissional de saúde se comprometem a:

1. Encorajar e apoiar seus membros para que sejam modelos de comportamento não usando tabaco e promovendo uma cultura livre de tabaco.
2. Avaliar/conhecer o padrão de consumo de tabaco e atitudes de controle do tabagismo de seus membros através de pesquisas e da introdução de políticas apropriadas.
3. Fazer com que as instalações e os eventos das organizações sejam livres de tabaco, e encorajar seus membros a fazer o mesmo.
4. Incluir o controle do tabagismo na agenda de todos os congressos e conferências de saúde relevantes.
5. Aconselhar seus membros a perguntar rotineiramente aos pacientes e clientes sobre o consumo e exposição à fumaça do tabaco – usando a abordagem baseada em evidências e boas práticas –, aconselhar sobre como deixar de fumar e assegurar o acompanhamento da abstinência.
6. Influenciar instituições de saúde e de centros de educação a incluir o controle do tabagismo no currículo de seus profissionais de saúde, através da educação continuada e outros programas de capacitação/treinamento.
7. Participar ativamente do Dia Mundial sem Tabaco a cada 31 de maio.
8. Recusar investimento e qualquer tipo de apoio da indústria de tabaco – financeiro ou outro – e encorajar que seus membros façam o mesmo.
9. Assegurar que as organizações tenham uma política clara de relacionamento comercial ou de outro tipo com parceiros que interajam ou tenham interesse com a indústria de tabaco através de uma “declaração de interesses”.

10. Proibir a venda ou promoção de produtos derivados de tabaco nas suas instalações, e encorajar que seus membros façam o mesmo.
11. Apoiar ativamente os governantes no processo de assinatura, ratificação e implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabagismo.
12. Disponibilizar financiamento e outros recursos para o controle do tabagismo – incluindo recursos dedicados à implementação desse código de práticas.
13. Participar das ações de controle do tabagismo das redes de profissionais de saúde.
14. Apoiar campanhas para ambientes livres de tabaco.

Adotado e assinado pelos participantes da “Reunião Informal da Organização Mundial da Saúde das Organizações do Profissional de Saúde e Controle do tabagismo”; 28-30 de janeiro de 2004; Genebra, Suíça.

Fonte: <http://www.who.int/tobacco/areas/communications/events/>

ANEXO B - Legislação Federal sobre tabaco no Brasil organizada e publicada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2005)

A) PROTEÇÃO CONTRA OS RISCOS DA EXPOSIÇÃO À POLUIÇÃO TABAGÍSTICA AMBIENTAL

Portaria Interministerial n.º 3.257 de 22 de setembro de 1988 que recomenda medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho e cria fumódromos, ou seja, áreas destinadas exclusivamente ao tabagismo, devidamente isoladas e com arejamento conveniente.

Lei n.º 9.294 de 15 de julho de 1996 que proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, ou de qualquer outro produto fumífero derivado do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público, tais como, repartições públicas, hospitais, salas de aula, bibliotecas, ambientes de trabalho, teatros e cinemas, exceto em fumódromos.

Decreto n.º 2.018 de 1º de outubro de 1996 que regulamenta a Lei n.º 9.294/96, definindo os conceitos de recinto coletivo e área devidamente isolada e destinada exclusivamente ao tabagismo.

Portaria do Ministério da Saúde n.º 2.818 de 28 de maio de 1998 que proíbe fumar nas dependências do Ministério da Saúde, tanto as sediadas no Distrito Federal, como nos Estados e Municípios.

Lei n.º 10.167 de 27 de dezembro de 2000 que altera a Lei n.º 9.294/96, proibindo o uso de produtos fumíferos derivados do tabaco em aeronaves e demais veículos de transporte coletivo.

Portaria Interministerial n.º 1.498 de 22 de agosto de 2002 que recomenda às instituições de saúde e de ensino a implantarem programas de ambientes livres da exposição tabagística ambiental.

Lei n.º 9.503 de 23 de setembro de 1997 – Código de Trânsito Brasileiro que proíbe dirigir sob a influência de qualquer substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, ou dirigir o veículo com apenas uma das mãos,

exceto quando deva fazer sinais regulamentares de braço, mudar a marcha do veículo, ou acionar equipamentos e acessórios do veículo.

B) RESTRIÇÃO AO ACESSO DOS PRODUTOS DERIVADOS DO TABACO

Lei n.º 10.167 de 27 de dezembro de 2000 que altera a Lei n.º 9.294/96, proibindo a venda por via postal, a distribuição de amostra ou brinde e a comercialização em estabelecimentos de ensino e de saúde.

Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 15 de 17 de janeiro de 2003 que proíbe a venda de produtos derivados do tabaco na Internet.

Lei n.º 10.702 de 14 de julho de 2003 que altera a Lei n.º 9.294/96, proibindo a venda em órgãos ou entidades da Administração Pública.

C) PROTEÇÃO AOS JOVENS

Lei n.º 8.069 de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, que proíbe vender, fornecer ou entregar, à criança ou ao adolescente, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica.

Lei n.º 10.167 de 27 de dezembro de 2000 que altera a Lei n.º 9.294/96, proibindo a participação de crianças e adolescentes na publicidade de produtos derivados do tabaco.

Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego n.º 06 de 05 de fevereiro de 2001 que proíbe o trabalho do menor de 18 anos na colheita, beneficiamento ou industrialização do fumo.

Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 304 de 07 de novembro de 2002 que proíbe a produção, importação, comercialização, propaganda e distribuição de alimentos na forma de cigarro, charuto, cigarrilha, ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco. Proíbe o uso de embalagens de alimentos que simulem ou imitem as embalagens de cigarros, bem como o uso de nomes de marcas pertencentes a produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco.

Lei n.º 10.702 de 14 de julho de 2003 que altera a Lei n.º 9.294/96, proibindo a venda de produtos fumíferos derivados do tabaco a menores de 18 anos.

D) TRATAMENTO E APOIO AO FUMANTE

Portaria do Ministério da Saúde n.º 1.035 de 31 de maio de 2004 que amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde.

Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde n.º 442 de 13 de agosto de 2004 que aprova o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina.

E) PUBLICIDADE E PATROCÍNIO DOS PRODUTOS DERIVADOS DO TABACO

Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988 que determina que a publicidade de tabaco estará sujeita à restrições legais e conterà advertência sobre os malefícios decorrentes do seu uso.

Lei n.º 8.078 de 11 de setembro de 1990 – Código de Proteção e Defesa do Consumidor, que proíbe a publicidade enganosa e abusiva.

Portaria Interministerial n.º 477 de 24 de março de 1995 que recomenda às emissoras de televisão que evitem a transmissão de imagens em que apareçam personalidades conhecidas do público fumando. Recomenda aos órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde, a recusa do patrocínio, colaboração, apoio ou promoção de campanhas de saúde pública pelas indústrias produtoras de tabaco e seus derivados.

Lei n.º 10.167 de 27 de dezembro de 2000 que altera a Lei n.º 9.294/96, restringindo a publicidade de produtos derivados do tabaco à afixação de pôsteres, painéis e cartazes na parte interna dos locais de venda, proibindo, conseqüentemente, em revistas, jornais, televisão, rádio e outdoors. Proíbe a propaganda por meio eletrônico, inclusive Internet, a propaganda indireta contratada, também denominada *merchandising* e a propaganda em estádios, pistas, palcos ou locais similares. Proíbe o patrocínio de eventos esportivos nacionais e culturais.

Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 15 de 17 de janeiro de 2003 que define os conceitos de “propaganda de produtos derivados do tabaco” e “parte interna do local de venda”.

Lei n.º 10.702 de 14 de julho de 2003 que altera a Lei n.º 9.294/96, proibindo o patrocínio de eventos esportivos internacionais por marcas de cigarros a partir de 30 de setembro de 2005. Determina a veiculação de advertências sobre os malefícios do tabagismo na abertura, no encerramento e durante a transmissão de eventos esportivos internacionais, em intervalos de quinze minutos. Faculta ao Ministério da Saúde a colocação de propagandas fixas, com advertências sobre os malefícios do tabagismo, no local da realização do evento.

Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 199 de 24 de julho de 2003 que regulamenta a Lei nº 10.702/03 sobre as frases de advertência do Ministério da Saúde exibidas durante a transmissão no país de eventos esportivos e culturais internacionais.

F) DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÃO AO PÚBLICO

Lei n.º 7.488 de 11 de junho de 1986 que cria o Dia Nacional de Combate ao Fumo e determina a realização de comemorações no dia 29 de agosto em todo o território nacional.

Portaria Interministerial n.º 3.257 de 22 de setembro de 1988 que confere certificados de honra ao mérito às empresas que se destacarem em campanhas para o controle do tabagismo.

Medida Provisória n.º 2.190-34 de 23 de agosto de 2001 que altera a Lei n.º 9.294/96, determinando que o material de propaganda e as embalagens de produtos fumíferos derivados do tabaco, exceto as destinadas à exportação, contenham advertências acompanhadas de imagens que ilustrem o seu sentido.

Portaria Interministerial n.º 1.498 de 22 de agosto de 2002 que confere certificados de honra ao mérito às instituições de saúde e de ensino que se destacarem em campanhas para o controle do tabagismo.

Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 335 de 21 de novembro de 2003 que revoga as Resoluções da ANVISA n.º 104/01 e 14/03. Dispõe sobre a inserção de novas advertências, acompanhadas de imagens, nas embalagens e o material de propaganda dos produtos fumíferos derivados do tabaco. Determina a impressão da seguinte frase nas embalagens dos produtos derivados do tabaco: *“Venda proibida a menores de 18 anos - Lei 8.069/1990 e Lei 10.702/2003”*, proibindo o uso de frases como “Somente para adultos” e “Produto para maiores de 18 anos”. Altera a Resolução da ANVISA n.º 46/01, determinando a impressão da seguinte informação nas embalagens de cigarros: *“Este produto contém mais de 4.700 substâncias tóxicas, e nicotina que causa dependência física ou psíquica. Não existem níveis seguros para consumo destas substâncias”*.

Portaria Interministerial n.º 1.034 de 31 de maio de 2004 que institui, no âmbito da Secretaria de Educação a Distância, Grupo de Trabalho com a finalidade de promover a inserção do tema “Controle do Tabagismo” no recurso didático do ensino a distância, promovido pelo Programa TV Escola.

H) CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS PRODUTOS DERIVADOS DO TABACO

Decreto n.º 2.637 de 25 de junho de 1998 que determina que a comercialização de cigarros no País, inclusive a sua exposição à venda, seja feita exclusivamente em maços, carteiras ou outros recipientes que contenham vinte unidades.

Lei n.º 9.782 de 26 de janeiro de 1999 que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), responsável pela regulamentação, controle e fiscalização dos cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco.

Lei n.º 10.167 de 27 de dezembro de 2000 que altera a Lei n.º 9.294/96, definindo o valor da multa a ser aplicada em caso de descumprimento e os órgãos competentes para exercer a fiscalização do cumprimento da Lei.

Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 46 de 28 de março de 2001 que estabelece os teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono presentes na corrente primária da fumaça dos cigarros comercializados no País, para no máximo 10 mg/cig, 1 mg/cig e 10 mg/cig. Proíbe a utilização, em

embalagens ou material publicitário, de descritores, tais como, *classes, ultra baixos teores, baixos teores, suave, light, soft, leve, teores moderados, altos teores*, e outros que possam induzir o consumidor a uma interpretação equivocada quanto aos teores contidos nos cigarros.

Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 346 de 02 de dezembro de 2003 que revoga a Resolução da ANVISA n.º 105/01 e estabelece novas normas para o cadastro anual das empresas beneficiadoras de tabaco e fabricantes nacionais, importadoras ou exportadoras de produtos derivados do tabaco, bem como de todos os seus produtos, exigindo a apresentação de relatórios sobre seus componentes.

Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal n.º 396 de 06 de fevereiro de 2004 que aprova o Programa Gerador da Declaração Especial de Informações Fiscais relativas à tributação dos cigarros (DIF – Cigarros). Esse Programa permitirá à Receita Federal um maior controle das empresas instaladas e aquelas em fase de instalação no país, no que se refere ao registro, à distribuição, exportação e importação de cigarros, bem como à arrecadação tributária.

I) CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO

Decreto de 1º de agosto de 2003 que cria a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos, sendo a Comissão Nacional composta pelos Ministérios da Saúde, das Relações Exteriores, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, da Fazenda, da Justiça, do Trabalho e Emprego, da Educação, do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, do Desenvolvimento Agrário, das Comunicações e do Meio Ambiente.

J) FINANCIAMENTO À CULTURA DO TABACO

Resolução do Banco Central do Brasil n.º 2.833 de 25 de abril de 2001 que determina que fica vedada a concessão de crédito público relacionado com a produção de fumo, no âmbito do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF), em regime de parceria ou integração com a indústria do tabaco. , instituído pela **Resolução do Banco Central do Brasil n.º 2.191** (24 de

agosto de 1995) destinado ao apoio financeiro às atividades agropecuárias, mediante o emprego direto da força de trabalho familiar.

L) TAXAÇÃO SOBRE OS PRODUTOS DE TABACO

Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal n.º 60 de 30 de maio de 1999 que estabelece normas para os cigarros, ficando os mesmos sujeitos ao Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), fixado em reais (R\$) por vintena, de acordo com as suas classes. Tal Instrução Normativa distribui as marcas em quatro classes identificadas pelos números de I a IV, sendo as classes I e II para marcas vendidas exclusivamente em maços e as classes III e IV para marcas com apresentações tanto em maços, quanto em embalagens rígidas (box).

Decreto n.º 4.924 de 19 de dezembro de 2003 que eleva o valor do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) incidente sobre os cigarros.

M) MEDIDAS PARA CONTER O MERCADO ILEGAL DE CIGARROS

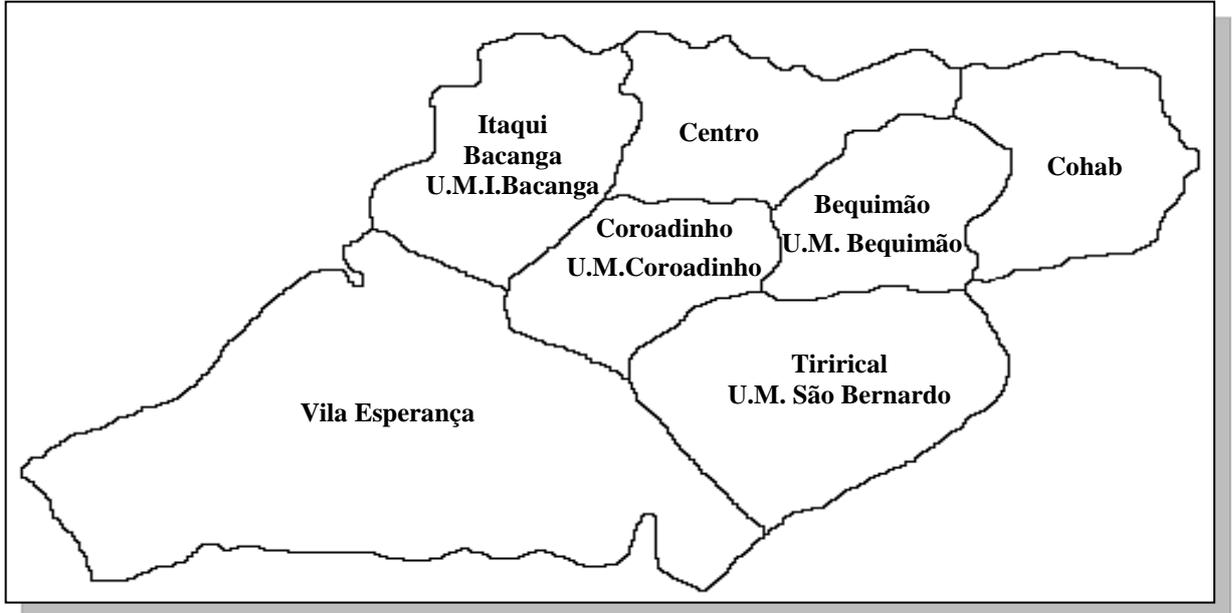
Decreto n.º 2.876 de 14 de dezembro de 1998 que determina que os cigarros, quando exportados para a América do Sul e América Central, inclusive Caribe, ficam sujeitos à incidência do imposto de exportação à alíquota de 150%. Posteriormente, houve ampliação de tal alíquota também para matérias-primas utilizadas na fabricação de cigarros.

Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal n.º 95 de 28 de novembro de 2001 que estabelece diversas normas para os selos de controle a que estão sujeitos os cigarros e determina que a exportação de cigarros deverá ser feita pelo estabelecimento industrial diretamente para o importador no exterior e que os selos de legitimidade duvidosa passarão por um exame mais rigoroso.

Medida Provisória n.º 66 de 29 de agosto de 2002 que majora o valor das penalidades com relação aos selos que estiverem em desconformidade com as normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal.

ANEXO C – Mapa do Município de São Luís

**MAPA DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS (MA) COM DIVISÃO POR
DISTRITO SANITÁRIO E UNIDADES MISTAS DE SAÚDE**



Fonte: SEMUS/ SVES

ANEXO D – Teste de dependência de nicotina de Fagerström adaptado por Drauzio Varella

(Disponível em: www.aol.com.br/vida_saudavel)

1. Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?

menos de 5 min 6 a 30 min 31 a 60 min mais de 60 min

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos (a exemplo de igrejas, bibliotecas, cinemas e shoppings)?

Sim Não

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

Primeiro do dia Qualquer outro

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

10 ou menos 11 a 20 21 a 30 31 ou mais

5. Você fuma mais pela manhã do que no resto do dia?

Sim Não

6. Você fuma mesmo quando está doente, de cama?

Sim Não

VALORES PARA ANÁLISE DOS DADOS

1. Menos de 5 min. [03 pontos] 6 a 30 min [02 pontos] 31 a 60 min [01 ponto]
+ de 60 min [nenhum ponto]

2. Sim [01 ponto] Não [nenhum ponto]

3. Primeiro do dia [01 ponto] Qualquer outro [nenhum ponto]

4. 10 ou + [nenhum ponto] 11 a 20 [01 ponto] 21 a 30 [02 pontos] 31 ou + [03 pontos]

5. Sim [01 ponto] Não [nenhum ponto]

6. Sim [01 ponto] Não [nenhum ponto]

PONTOS PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA

0 a 2 pontos: muito baixa

3 a 4 pontos: baixa 5 pontos: moderada

6 a 7 pontos: alta

8 a 10 pontos: muita alta

Fonte: Ficha Catalográfica do Ministério da Saúde. Instituto INCA, CONPREV.

Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001. Rio de Janeiro.