

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

ROSSANA MICHELLI FERREIRA DE PONTES

**PERFIL DE USUÁRIOS DO FUMO NA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA.**

Brasília (DF)

2008

ROSSANA MICHELLI FERREIRA DE PONTES

**PERFIL DE USUÁRIOS DO FUMO NA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

Brasília (DF)

Junho, 2008.

ROSSANA MICHELLI FERREIRA DE PONTES

PERFIL DE USUÁRIOS DO FUMO NA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Brasília, 25 de junho de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro (Presidente da Banca - Universidade de Brasília)

Prof. Dr. Jackson Maurício Lopes Costa (Fundação Oswaldo Cruz/FioCruz – Bahia)

Prof. Dr. Volnei Garrafa (Universidade de Brasília)

Profa. Dra. Ivone Kamada (Universidade de Brasília)

*À Deus pela vida,
aos meus pais, Rosilda Pontes e Oseno Pontes por me ensinarem a enfrentar os
obstáculos com responsabilidade e sabedoria e por serem parte essencial da minha
vida,
aos meus irmãos e amigos, pelo amor e carinho, traduzidos em apoio e incentivo em
todos os momentos da minha vida.
Obrigada!*

AGRADECIMENTOS

“Grandes realizações não são feitas por impulsos, mas por uma soma de pequenas realizações.”

Vincent Van Gogh

Em especial a Deus pelo dom da vida, e pela felicidade de me permitir viver tamanha realização;

Ao meu orientador, Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro, pela confiança, amizade, exemplo pessoal e profissional, dedicação e seriedade na condução desse estudo. Agradeço por compartilhar de seus conhecimentos e experiências, e incentivar o meu desenvolvimento intelectual, acadêmico e profissional, sempre estimulando a avançar na busca pelo conhecimento;

Aos meus pais pelo exemplo de determinação e incentivo aos meus projetos de vida;

Aos meus familiares por compreender os momentos de ausência, carinho e estímulo;

Aos meus amigos, o meu terno agradecimento pelo afeto, apoio e incentivo de sempre;

Aos meus colegas de mestrado, pelos momentos que compartilhamos juntos, e apoio constante. Em especial, Carolina Ribeiro Rubio, Victoria Monge Fuentes e Marcelo de Sousa Melo;

Ao Dr. João Batista Furtado Vieira, Eduardo Macário e Cristiano de Sousa pela

prontidão e competência no apoio técnico;

Aos funcionários da Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, em especial Edigrês Alves de Sousa, pela atenção em todos os momentos;

A todos os sujeitos que participaram e ajudaram tornar possível a concretização dessa pesquisa;

E, a todas as pessoas que de alguma maneira contribuíram para a realização desta pesquisa, os meus sinceros agradecimentos.

“O conhecimento torna a alma
mais jovem e diminui a armadura da velhice. Colhe, pois, a sabedoria.
Armazena suavidade para o amanhã.”

Leonardo da Vinci

RESUMO

Introdução: O tabagismo é um problema de saúde pública que persiste como uma das principais causas de mortes preveníveis e ocorre praticamente em todos os segmentos sociais. Existem cerca de 1,3 bilhões de pessoas fumantes no mundo e 5 milhões de mortes anuais relacionadas ao tabagismo. Na Universidade de Brasília esse tema envolveu diferentes categorias da comunidade universitária. *Objetivo:* Conhecer a dinâmica do uso do fumo na UnB e a percepção da comunidade universitária em relação a áreas restritas para fumantes. *Materiais e Métodos:* Trata-se de um estudo transversal descritivo realizado na UnB, em 2007. A amostra foi composta por 248 sujeitos: 124 fumantes e 124 não fumantes. Foram entrevistados professores, alunos, técnicos administrativos e prestadores de serviços. Os dados foram analisados com a utilização do software Epi-Info. *Resultados:* Dos 124 fumantes, 58,9% são homens, 25,0% tinham entre 21 a 25 anos; 62,1% eram solteiros e 52,4% moravam em cidades satélites do DF; 71,0% circulavam por ambientes semi-abertos e 12,1% encontrava-se no prédio da Reitoria. Sobre o uso de cigarros, 68,5% já fumou; 92,7% usavam diariamente. As marcas com teores químicos elevados foram as mais consumidas (49,2%). Os motivos para o início do fumo foram: curiosidade, influência de amigos e pais, e vontade própria. Sobre áreas restritas, 88,7% dos fumantes e 94,3% dos não fumantes, concordaram com a existência. *Conclusão:* O tabagismo é um problema na UnB e envolve fumantes de distintas categorias que usam cigarros com baixos teores até os mais concentrados. Não existem áreas restritas para fumantes e a prática tabágica ocorre em locais públicos, contrariando a legislação em vigor. Esse fato pode ser considerado um desrespeito em relação aos não fumantes em seus direitos legais de não respirar ar poluído com fumaça de cigarro e de risco para a saúde de membros da comunidade universitária.

Descritores: situações persistentes; prevalência do tabagismo; uso do tabaco em universidade; Bioética e tabagismo; fumódromo.

ABSTRACT

Introduction: Smoking is a public health problem that persists as a leading cause of preventable deaths and occurs in almost all social segments. There are about 1,3 billion smokers in the world and 5 million annual deaths related to smoking. At the University of Brasilia this topic involved different categories of the university community. *Objective:* To know the dynamics of tobacco use in UnB and the perception of the university community regarding areas for smokers. *Materials and Methods:* This is a descriptive and analytical study conducted at UnB in 2007. The sample was composed of 248 subjects: 124 smokers and 124 non-smokers. Was interviewed teachers, students, administrative technicians and service providers. The data were analyzed using the software Epi-Info. *Results:* Of the 124 smokers, 58,9% are men, 25,0% were between 21 to 25 years, 62,1% were unmarried and 52,4% lived in satellites cities of DF, 71,0% passed by semi-open environments and 12,1% had been in the building of the Rectory. About the use of cigarettes, 68,5% already smoked, 92,7% were using daily. The marks of high chemical levels are the most consumed (49,2%). The reasons for the beginning of smoke were: curiosity, influence of friends and parents, and will own. About restrict areas, 88,7% of smokers and 94,3% of non-smokers agreed with the existence. *Conclusion:* Smoking is a problem in UnB and involves different categories of smokers who use cigarettes with low levels until the most concentrated. There are not areas for smokers and smoking practice occurs in public places, contrary to the existing legislation. This fact can be considered a disrespect to the non-smokers in their legal rights to not breathe polluted air with cigarette smoke, and risk to the health of members of the university community.

Key words: persistent situations; smoking prevalence, tobacco use in university; Bioethics and smoking; areas of tobacco use.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Prevalência de tabagismo em 15 capitais e no Distrito Federal, Brasil, em 2002 e 2003.....	03
Figura 2	Prevalência de tabagismo entre escolares, por sexo e capital brasileira, em 2002 e 2003.....	04
Figura 3	<i>Nicotiana tabacum</i>	13
Figura 4	Localização dos espaços que os fumantes utilizam para o uso do fumo no Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, em 2007.....	52
Figura 5	Distribuição dos fumantes de acordo com o sexo e o tempo de utilização do fumo, Universidade de Brasília, em 2007.....	57
Figura 6	Distribuição das marcas de cigarros de acordo com o tempo de uso do fumo, Universidade de Brasília, em 2007.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil epidemiológico dos professores, alunos, técnicos administrativos e prestadores de serviços, segundo sexo, faixa etária, estado civil e procedência, Universidade de Brasília, em 2007	45
Tabela 2	Distribuição dos fumantes segundo sexo, faixa etária, estado civil e procedência, Universidade de Brasília, em 2007.....	47
Tabela 3	Distribuição dos fumantes de acordo com a atividade exercida e o ambiente de trabalho, Universidade de Brasília, em 2007.....	49
Tabela 4	Distribuição dos motivos que levaram ao início do uso do fumo de acordo com as categorias, professores, alunos, técnicos administrativos e prestadores de serviços, Universidade de Brasília, em 2007.....	59
Tabela 5	Marcas de cigarros utilizadas pelos fumantes e teores químicos, na Universidade de Brasília, em 2007.....	61
Tabela 6	Distribuição dos fumantes de acordo com as categorias, números de cigarros usados por dia e respectivas marcas, Universidade de Brasília, em 2007.....	64
Tabela 7	Distribuição das marcas de cigarros e os gastos diários dos fumantes com o consumo do cigarro, Universidade de Brasília, em 2007.....	66
Tabela 8	Distribuição das opiniões dos fumantes e não fumantes sobre as áreas destinadas ao uso fumo, Universidade de Brasília, em 2007.....	68

LISTA DE ANEXOS

Anexos	86
Anexo 1	Parecer do Comitê de Ética	
Anexo 2	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Anexo 3	Instrumento de coleta de dados	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFUBRA	Associação dos Fumicultores do Brasil
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AMS	Assembléia Mundial de Saúde
BAT	British American Tobacco
BCE	Biblioteca Central
CDC	Centro de Controle de Doenças
CO	Monóxido de carbono
CONACE	Consejo Nacional para el Controle de Estupefacientes
DF	Distrito Federal
EUA	Estados Unidos da América
FA	Faculdade de Estudos Sociais Aplicados
FAO	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
FAT	Fumaça ambiental do tabaco
FE	Faculdade de Educação
FEF	Faculdade de Educação Física
FM	Faculdade de Medicina
FS	Faculdade de Ciências da Saúde
FSM	Fumaça de segunda mão
FT	Faculdade de Tecnologia
ICC	Instituto Central de Ciências
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
NIDA	National Institute on Drug Abuse
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organização Não Governamental
ONS	Sociedade de Enfermagem Oncológica
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
ppm	partes por milhão

RU	Restaurante Universitário
SCIA	Setor Complementar de Indústria e Abastecimento
SAI	Setor de Indústria e Abastecimento
SPL	Secretaria de Planejamento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnB	Universidade de Brasília
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
2. REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1. Histórico da origem do tabaco	13
2.2. Aspectos econômicos do tabaco	15
2.3. Cultivo do tabaco	16
2.4. Indústria tabágica	17
2.5. Definição dos usuários de tabaco	18
2.6. Aspectos sociais do tabaco	18
2.7. Políticas de controle do tabagismo	20
2.8. O fumo e os profissionais de saúde	21
2.9. Dependência química	22
2.10. Componentes químicos do fumo do tabaco	24
2.11. Problemas de saúde relacionados ao tabagismo	29
2.12. Ambientes livres do tabaco	31
2.13. Situações persistentes relacionadas ao uso do tabaco	33
3. OBJETIVOS	38
3.1. Objetivo geral	38
3.2. Objetivos específicos	38
4. MATERIAIS E MÉTODOS	39
4.1. Tipo de estudo	39
4.2. Descrição da área de estudo	39
4.3. População do estudo	40
4.4. Amostra	40
4.5. Critérios de inclusão	40
4.6. Critérios de exclusão	40

4.7. Padrões de referência utilizados no estudo	41
4.7.1. Definição de fumante	41
4.7.2. Definição de não fumante	41
4.7.3. Teores químicos do cigarro	41
4.8. Coleta de dados	41
4.9. Fonte de coleta de dados	42
4.10. Operacionalização do estudo	42
4.11. Análise estatística dos dados	43
4.12. Financiamento do projeto	43
4.13. Questões Éticas	43
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
6. CONCLUSÕES	74
7. SUGESTÕES	76
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
9. ANEXOS	86
9.1. Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	87
9.2. Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	88
9.3. Anexo 3 – Instrumento de coleta de dados	90

1. INTRODUÇÃO

O tabagismo é um dos maiores problemas de saúde pública que ainda hoje persiste como uma das principais causas de morte preveníveis no mundo ^{1, 2, 3, 4}. Ao longo dos anos o número de fumantes tem apresentado um aumento significativo, atualmente os dados mostram que existem cerca de 1,3 bilhões de pessoas fumantes no mundo, sendo um bilhão aproximadamente do sexo masculino, e o restante, em menor proporção, do sexo feminino¹. Estima-se, portanto, que 47% dos homens e 12% das mulheres do mundo fumam, sendo 48% de homens e 7% de mulheres nos países subdesenvolvidos e 42% dos homens e 24% das mulheres nos países desenvolvidos ^{5, 6, 7, 8, 9, 10}. Desse total, um terço é representado pela população mundial acima de quinze anos, dos quais cerca de 800 milhões estão nos países em desenvolvimento ^{3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11}.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) o tabagismo pode ser considerado uma pandemia, já que morrem anualmente no mundo cerca de 5 milhões de pessoas em consequência das doenças causadas pelo tabaco, o que significa seis mortes a cada segundo. Desse total de mortes, 4 milhões são do sexo masculino e 1 milhão do sexo feminino. A literatura estima ainda que em 2025 ocorram 10 milhões de mortes decorrentes do uso do tabaco, caso não haja medidas epidemiológicas que modifiquem as prevalências atuais de tabagismo ¹. E, se mantidas as tendências do momento, as mortes atingirão metade dos indivíduos em idade produtiva, entre 35 e 69 anos ^{9, 11, 12, 13, 14}.

Dessa forma, um indicador de impacto, como a estimativa da mortalidade atribuível* ao fumo que permite avaliar o efeito da dependência do tabaco na saúde da população, é uma medida fundamental para o planejamento, financiamento e implementação de programas de controle do tabagismo que modifiquem as tendências atuais desse problema de saúde pública ¹⁵.

Diversos estudos são produzidos anualmente com o intuito de refletir a real situação do tabagismo no mundo, principalmente entre os jovens, onde o problema se apresenta mais grave ¹. A OMS e o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC) realizaram uma pesquisa mundial (Global Youth Tobacco Survey – GYTS) ¹⁶ que tinha como objetivo acompanhar as prevalências e as tendências de tabagismo entre os jovens. Os resultados desse estudo mostraram que os jovens escolares entre 13 e 15 anos, utilizam o fumo em 15% o sexo masculino e, 6,6%, o feminino. No panorama geral, as evidências mostram um aumento da frequência do fumo entre adolescentes em vários países ¹.

Tratando-se do consumo anual de cigarros por adultos, é notório o aumento na década de 1970 e 1980, tornando-se mais estável na década de 1990. O maior destaque é para os países menos desenvolvidos que ainda hoje sofrem com o consumo desenfreado do fumo, de 800 cigarros anuais por adultos para 1.450 ^{1, 17}.

No Brasil, esse cenário não é muito diferente, as prevalências de tabagismo variam de 12,9% a 25,2% ^{3, 11}. Há cerca de 33 milhões de fumantes, representando 40% da população acima de 15 anos ^{1, 18}, ou seja, aproximadamente um terço da população adulta fuma, e desse total 16,7 milhões são homens e 11,2 milhões são mulheres ¹. A Figura 1 a seguir ilustra a prevalência de tabagismo em 15 capitais e no Distrito Federal em 2002 e 2003.

* Representa as mortes causadas pelo consumo de tabaco. É obtido comparando-se o excesso de casos devido ao fator de risco com o número total de casos na população ¹⁵.

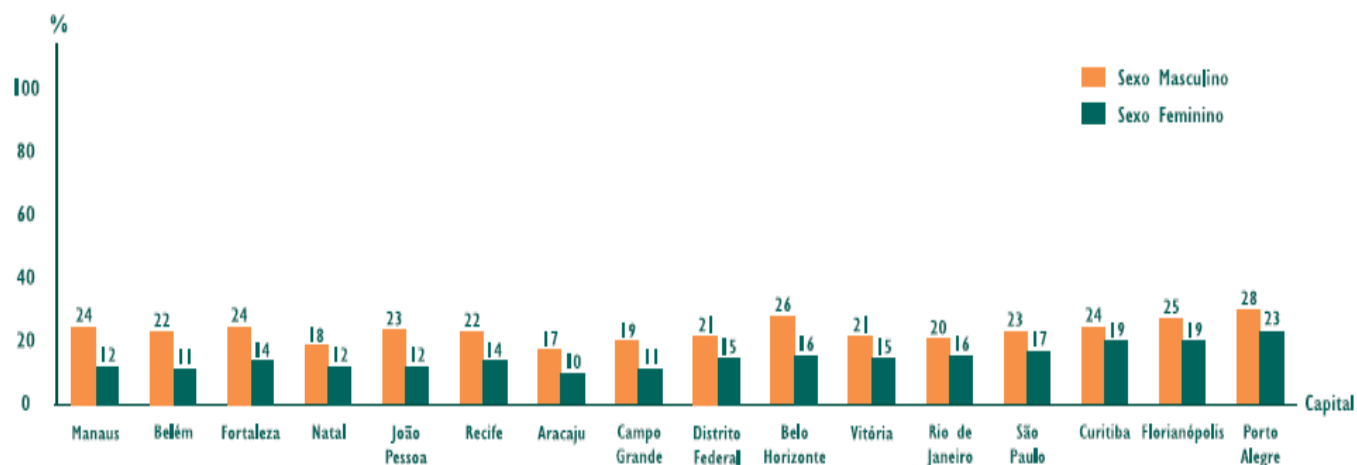


Figura 1 – Prevalência de tabagismo em 15 capitais e no Distrito Federal, Brasil, em 2002 e 2003. Fonte: Cavalcante, 2005³.

A Figura 1 mostra as prevalências de consumo de tabaco mais elevadas para os homens do que para as mulheres em todas as capitais brasileiras. E destaca as maiores proporções de fumantes em Porto Alegre e, as menores, em Aracaju^{3, 11}. No Distrito Federal, a frequência de fumantes entre as pessoas maiores de 15 anos, segundo estudo realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), entre 2002 e 2005, é de 17,3%, e desse total, 21,3 % homens são fumantes e, em menor proporção, 14,6% mulheres. Além disso, em relação à escolaridade, 23,1% tinham o ensino fundamental incompleto, enquanto 14,1% tinham pelo menos o fundamental completo^{11, 19}.

De acordo com a literatura, a faixa etária de 20 a 49 anos de idade concentra a maioria dos fumantes e, em todas as faixas etárias há predomínio de fumantes do sexo masculino. O maior consumo está nas camadas sociais com menor poder aquisitivo e é proporcionalmente maior entre os moradores da zona rural²⁰. Estima-se que atualmente no Brasil, segundo o INCA, cerca de 200 mil pessoas morram precocemente devido ao tabagismo, número que vem aumentando a cada ano^{1, 18}. Duas pesquisas sobre essa temática se destacam no país, uma realizada em 1989²⁰ e outra em 2001²¹ que apontam as prevalências brasileiras de consumo do fumo de 32% e 20%, respectivamente. A primeira pesquisa foi realizada entre pessoas acima de 15 anos e, a segunda limitou o seu grupo de estudo entre pessoas de 12 a 65 anos, de 107 cidades brasileiras com população maior que 200 mil habitantes¹.

Em relação ao consumo do fumo entre os jovens brasileiros, estudos indicam prevalências de 8,9% e 12,1%¹. A Figura 2 extraída do documento brasileiro de monitoramento e vigilância do consumo e tendências do tabaco no país descreve o percentual de adolescentes que já fumaram por sexo e capital brasileira^{3, 11}.

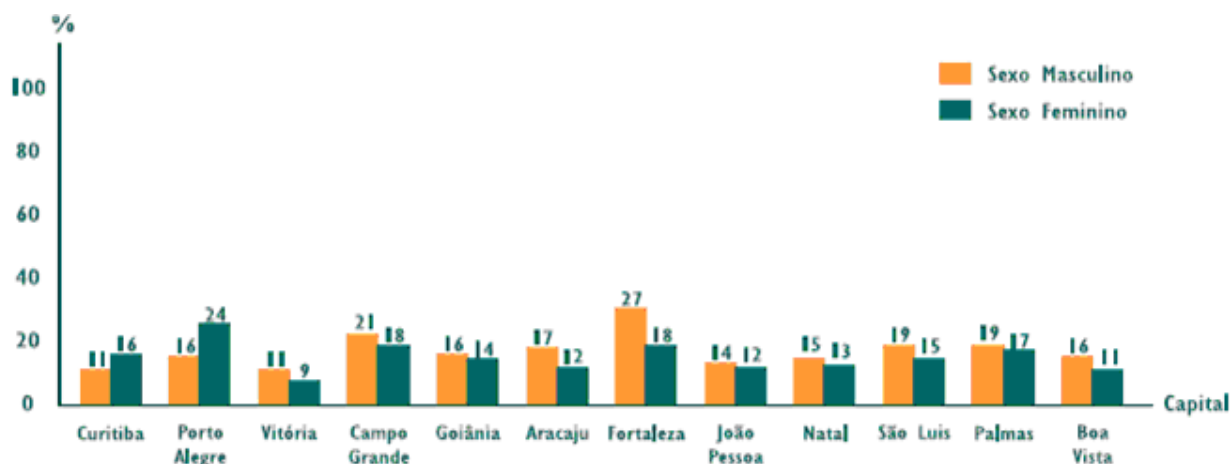


Figura 2 - Prevalência de tabagismo entre escolares, por sexo e capital brasileira, em 2002 e 2003. Fonte: Cavalcante, 2005³.

Além do que foi exposto nas Figuras 1 e 2, verifica-se que no Brasil um terço dos jovens estaria fumando aos 18 anos e iniciando o consumo mais precoce, entre os 13 e 15 anos (55%). O mais assustador, é que dos jovens e adolescentes que iniciaram o tabagismo, 90% tornaram-se nicotino-dependentes ao atingirem os 19 anos^{1, 3, 11}.

Alguns estudos internacionais, como o Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE)²² e brasileiros, como o realizado em Pelotas sobre o “Uso de drogas em adolescentes escolares, em 1999”²³ confirmam essa tendência de uma idade cada vez mais precoce para o início do uso do fumo e o aumento da prevalência de tabagismo em adolescentes. Malcon (2003)² afirma ainda que a adição da nicotina com o uso regular de tabaco reforça a alta probabilidade de adolescentes fumantes se tornarem adultos fumantes^{2, 24}.

Dessa forma, um dos maiores desafios de saúde pública atual é combater a morbidade e a mortalidade associadas ao consumo de fumo, principalmente entre os

adolescentes^{5, 6, 7, 8, 9, 10}. Estudos brasileiros afirmam ainda que a redução do consumo regular de tabaco, sobretudo de cigarros, nesse grupo etário, tem sido um grande desafio para as estratégias dos programas de controle do tabagismo no país^{3, 11}.

Na literatura os fatores de risco associados ao tabagismo na adolescência são o sexo, idade, nível socioeconômico, influência do hábito de fumar dos pais ou irmãos e dos amigos, rendimento escolar, trabalho remunerado e estado civil dos pais. Malcon (2003)² reforça esse achado destacando que os principais fatores de risco para o tabagismo na adolescência, em uma análise multivariada, são a maioria, presença de irmãos mais velhos fumantes, influência de amigos fumantes e baixa escolaridade. E ressalta que o adolescente que tem mãe fumante apresenta um risco no limiar da significância, porém nenhum estudo até hoje conseguiu encontrar essa associação².

Em relação ao número de mulheres fumantes na América Latina, a prevalência está aumentando significativamente, dando destaque para o Chile (39,2%) e, em seguida o Brasil, onde 33,0% das mulheres fumam. Esse aumento ocorreu de forma mais significativa, depois dos anos 1970 como consequência do acréscimo do número de doenças tabaco relacionadas na mulher, e também, da mortalidade por câncer de pulmão^{1, 25}.

Além disso, a mulher mais jovem vem fumando mais, diminuindo a proporção homem/mulher. Esta tendência é grave, pois as mulheres, além da responsabilidade biológica de gerar os filhos, convivem com eles intensamente até a adolescência, transformando-os em fumantes passivos e podendo levá-los a encarar o ato de fumar como algo normal²⁵.

Em relação ao consumo nacional de cigarros, estima-se uma média de 100 bilhões, por ano, dados calculados por meio da dedução da produção tabágica²⁶. Assim, apesar dos graves prejuízos decorrentes do consumo do tabaco o seu uso continua a aumentar. No Brasil a invasão tabágica alcançou grande destaque a partir de 1970, e desse ano até 1990, enquanto a população cresceu 61,5% o consumo de cigarros aumentou 125,7%²⁷.

O governo brasileiro preocupado com os prejuízos ocasionados pelo uso do fumo na saúde da população elaborou um documento que busca investir esforços na articulação de um Programa Nacional de Controle do Tabagismo ²⁸, apesar de compreender que o Brasil é um país em desenvolvimento e grande produtor de tabaco. Essa iniciativa tem alcançado resultados positivos, entre eles, a queda de 32% no consumo anual per capita de cigarros entre 1989 e 2002 e, a redução da prevalência de fumantes em todas as regiões do país. Estes dados evidenciam a eficiência das políticas de controle do tabaco em âmbito nacional, apesar dos grandes desafios ainda persistentes ^{3, 11}.

No Brasil, o índice de consumo de cigarros está inversamente associado ao preço real médio dos cigarros. Somado a essas informações, estudos realizados pela Fundação Getúlio Vargas mostraram que a indústria do fumo movimenta aproximadamente US\$ 5,3 bilhões/ano, produzindo uma receita fiscal de cerca de US\$ 3,8 bilhões. A indústria do tabaco, contudo, gera faturamento e empregos que não compensam os prejuízos causados à saúde dos fumantes e dos gastos com a assistência às suas vítimas ²⁶. Estes gastos incluem cuidar dos fumantes enfermos, os custos pela perda de produtividade devido à morte ou incapacidade relacionada ao consumo de fumo, os incêndios, o desflorestamento e a degradação geral das terras agrícolas ^{5, 6, 29}.

Os problemas gerados pelo consumo do tabaco, portanto, são múltiplos e afetam à sociedade de diversas maneiras, produzindo um aumento nos gastos destinados à saúde, nas mortes prematuras, na violência em todos os níveis, na desestruturação familiar, nas quedas da produtividade e na perda de anos de vida útil, entre outros, envolvendo homens, mulheres, crianças e pessoas idosas sem distinção ^{9, 12, 14, 30}. E é nesse sentido, que se reforça a preocupação com o uso do fumo que é claramente uma questão de saúde pública altamente significativa, e, que se inter-relaciona com os serviços de saúde, bem-estar, proteção da família, juventude, emprego e produtividade, além da ordem pública, agricultura, comércio e fonte de rendas e de impostos ^{13, 14}.

Um recente estudo realizado pela Sociedade de Atuários dos Estados Unidos

calcula que a exposição ao cigarro acarreta mais de US\$ 5 bilhões em custos médicos diretos e indiretos, respectivamente. Entre os gastos médicos indiretos, destaca-se a incapacidade física, a perda salarial e de benefícios relacionados ³¹. Em países desenvolvidos, os custos relacionados com os cuidados de doenças associadas ao tabagismo consomem de 6% a 15% do gasto total com saúde. Em todas as idades, o custo médio com cuidados à saúde de fumantes supera o de não fumantes ³².

Além das conseqüências à saúde da população, o tabagismo provoca enormes custos sociais, econômicos e ambientais. Quanto aos danos causados ao meio ambiente, destaca-se a poluição por pesticidas e fertilizantes durante o plantio bem como, o desflorestamento necessário para a cura da folha de tabaco. Em alguns países em desenvolvimento, o desflorestamento para a cura do tabaco atinge 5% do desflorestamento total ³³.

No Brasil, os estudos não são conclusivos em relação aos custos com as doenças relacionadas ao tabagismo. Estima-se apenas os gastos diretos com as internações hospitalares, cirurgias, quimioterapia e radioterapia, sem incluir custos indiretos, como prevenção, reabilitação e cuidados paliativos. O Sistema Único de Saúde (SUS) teve uma receita média de gastos com o tabagismo em torno de R\$ 410 milhões em 1999 e, R\$ 123 milhões com despesas diretamente relacionadas com as doenças provocadas pelo consumo de tabaco ³⁴.

Atualmente, os órgãos responsáveis pelo controle do tabagismo no país, vêm desenvolvendo uma pesquisa de metodologia semelhante à pesquisa realizada pela Sociedade de Atuários dos Estados Unidos, intitulada Vigiescola. É realizada pelo INCA e tem como objetivo fornecer um perfil da população em relação ao tabagismo e monitorar as tendências de consumo do tabaco nas regiões e grupos populacionais do país. É uma iniciativa brasileira como parte de um programa mundial de vigilância ao tabagismo promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o Centro para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) ^{3, 11, 35}.

Por outro lado, as companhias de tabaco e a Associação dos Fumicultores do

Brasil (AFUBRA) divulgam amplamente que produzir tabaco gera um rendimento elevado para os fumicultores e que nenhuma outra atividade agrícola produz a mesma rentabilidade que o tabaco. Segundo Cavalcante et al, o fumo garante para o fumicultor uma renda superior a US\$ 4,5 mil/ano, superior a outras atividades agrícolas que atingem apenas cerca de US\$1,1 mil ^{36, 37}.

Nestes últimos anos, a produção nacional apresentou um aumento na ordem de 10%, devido principalmente à melhoria do rendimento médio dos cultivos. Esse resultado foi proveniente da adoção sistemática de tecnologias modernas pelos fumicultores. Destacando-se neste campo, a fumiicultura da Região Sul que desponta com destaque no espaço produtivo, representando 96% da produção brasileira no momento atual. O Brasil ocupa a posição de segundo maior produtor mundial de fumo, perdendo somente para a China ³⁸.

Diante deste cenário, entretanto, o progressivo aumento no volume de produção e exportação do fumo pelo Brasil, vem sofrendo nos últimos anos um declínio no preço médio e, conseqüentemente, uma redução da receita total. As possíveis razões para esta situação do Brasil no mercado internacional são conseqüências das campanhas antitabagistas e da recessiva crise do capitalismo internacional, mais severa aos países emergentes, que vêm sofrendo os reveses da globalização e do protecionismo das nações centrais ³⁸.

Entorno dessas discussões, sendo o tabagismo considerado um grave e crítico problema de saúde pública que não só compromete a saúde física e mental da população, a economia do país, mas, sobretudo, a qualidade do meio ambiente deve ter destaque entre as políticas de saúde mundiais e nacionais ^{5, 7, 8, 12, 25, 39, 40}.

A preocupação com ambientes livres de tabaco é uma dessas importantes iniciativas de controle do tabagismo. Vários estudos apontam que nem a ventilação ou filtragem, seja isolada ou combinada, podem reduzir a exposição das pessoas aos produtos químicos produzidos pela fumaça do tabaco em ambiente fechado a níveis considerados aceitáveis. Portanto, as áreas específicas para fumantes com ou sem ventilação separada das áreas de não-fumantes, não conseguem reduzir a exposição a

um nível seguro de risco, e, dessa maneira, não são recomendadas ^{31, 41}.

Os estudos recentes apontam ainda que o sistema de ventilação não consegue remover todas as partículas liberadas pelo cigarro, e certamente não remove os gases tóxicos. Além disso, muitas partículas são inaladas ou depositadas nas roupas, móveis e paredes antes que eles possam ser ventilados. Porém é válido considerar que o aumento da ventilação reduz a concentração dos poluentes em ambientes fechados, inclusive a fumaça do tabaco, mas seria necessária uma ventilação de mais de 100 vezes acima dos padrões usais só para o controle do odor ^{31, 41}.

Em contrapartida, a indústria do tabaco e seus aliados questionam os fundamentos científicos dos efeitos da exposição à fumaça do tabaco para a saúde das pessoas, e propõem que áreas designadas para fumantes e ventilação adequada sejam alternativas aceitáveis pelos órgãos competentes ³¹.

Segundo a OMS, as pessoas preferem ambientes 100% livres da fumaça do tabaco. E a literatura reforça que ambientes assim são a única forma comprovada de proteger adequadamente a saúde de todos em relação aos efeitos maléficos da “fumaça de segunda mão” (FSM). A fumaça de segunda mão, também chamada de fumaça ambiental do tabaco (FAT) corresponde à queima de produtos derivados do tabaco, gerada pelo ato das pessoas fumarem ³¹. A preocupação dos órgãos mundiais com esse assunto repercutiu na elaboração de leis em vários países. Entre essas leis, destaca-se a que obriga praticamente todos os locais de trabalho públicos fechados a serem 100% livres da fumaça de tabaco ^{31, 42}.

Uma pesquisa conduzida pela OMS e CDC, a pesquisa Global Youth Tobacco Survey ⁴³, ressalta em seus resultados que entre estudantes de 13 a 15 anos de 132 países, entre 1999 e 2005, 43,9% estão expostos a fumaça de segunda mão em casa e, 55,8% estão expostos em locais públicos. Desse total de estudantes, 76,1% apoiavam a proibição de fumo em locais públicos ^{31, 41}.

Portanto, as iniciativas promovidas pela OMS, CDC e OPAS, afirmam os estudiosos, são medidas necessárias e repercutirão de maneira positiva e imediata na

saúde da população. Um exemplo de iniciativa foi a medida adotada pela Irlanda, que em 2004 tornou-se a primeira nação no mundo a criar e beneficiar os locais de trabalho e os locais públicos fechados, incluindo restaurantes, bares e pubs ⁴⁴. Em seguida a Noruega assumiu também o modelo, bem como a Nova Zelândia, Itália e Uruguai, e outros territórios do cenário mundial. Atualmente, 80% dos canadenses e 50% dos americanos vivem em jurisdições livres da fumaça do tabaco ³¹.

Dessa maneira, nota-se que mundialmente, os países, principalmente industrializados estão preocupados com o controle do tabagismo, e nesse sentido vêm desenvolvendo um conjunto de iniciativas que contrariam as estratégias das indústrias de tabaco, em especial nas últimas duas décadas do século 20 e início do século atual. O conjunto de países é denominado de rede antifumo ou multifragmentária e é formado por cidadãos, Organizações Não Governamentais (ONGs), movimentos sociais, governo federal e algumas empresas ⁴⁵.

A política de controle do tabagismo possui, portanto apoio tanto dos fumantes quanto não fumantes, além de órgãos públicos e outras organizações. Isso possibilita, além de outros fatores, uma avaliação muito positiva do programa, já que procura favorecer a qualidade de vida da população, bem como a melhoria da saúde coletiva e individual, com a proposta de redução do consumo do tabaco no país, sem gerar, segundo a OMS, qualquer impacto econômico negativo ³¹.

As discussões sobre as políticas de controle do tabagismo são ampliadas com a criação em 2003 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS, que levou mais de 190 países membros da OMS a proporem durante a 52ª Assembléia Mundial da Saúde (AMS) a adoção do primeiro tratado internacional de saúde pública da história. Trata-se de uma aliança global de saúde pública cujo objetivo é reduzir o impacto de adoecimento e morte causados pelo consumo do tabaco no mundo. Os princípios que norteiam esse tratado são medidas e respostas multissetoriais integrais para reduzir o consumo de todos os produtos de tabaco, com vistas a prevenir, de conformidade com os princípios de saúde pública, a incidência das doenças, a incapacidade prematura e a mortalidade associadas ao consumo e a exposição à

fumaça do tabaco ¹⁵.

Entre as estratégias discutidas na convenção estão o aumento dos impostos sobre os produtos do fumo, a proibição total da publicidade, a promoção e patrocínio de produtos do tabaco, além da proposta de ampliar a divulgação das informações sobre as advertências de saúde tornando-as obrigatórias em todas as embalagens de produtos do tabaco ^{15, 31, 37, 45}.

Nesse intuito, o governo brasileiro proibiu a propaganda de produtos de tabaco em revistas, jornais, televisão, rádio, internet e outdoors. Além de proibir desde 2003, qualquer patrocínio de eventos culturais e esportivos por empresas tabágicas no país. Somado a essas iniciativas, as empresas de tabaco são obrigadas a inserirem advertências com imagens ilustrativas nas embalagens dos produtos de tabaco, não sendo ainda permitido o uso de descritores com light, ultraligth ou suave ^{3, 11}.

Dessa maneira, o marketing na sua face mais visível, a propaganda, é considerado um relevante fator desencadeante da experimentação, da ativação do consumo, que se soma à liberdade relativa de escolha do consumidor de derivados de tabaco. O risco é, portanto parcialmente voluntário, e mais, quanto maiores às opções, informações e terapias antitabagistas são conhecidas. Além disso, a liberdade que o cidadão pode, em princípio, ter ao experimentar o consumo regular de tabaco como parte de seu estilo de vida restringe-se fortemente a fatores alheios ao seu conhecimento, como a natureza do cérebro, à idade de início do consumo, à quantidade consumida e especialmente à tecnociência aplicada à nicotina e a outros componentes do cigarro. O risco é, portanto parcialmente involuntário quanto mais jovem o cérebro for atingido pela nicotina e pela tecnociência ⁴⁵.

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde preocupado com o controle social do tabagismo preconizou a realização de levantamentos periódicos que possam colaborar com a legislação federal sobre o tabaco ⁴⁶, em especial a lei que proíbe o uso de fumo em ambientes públicos.

Sobre este assunto, uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de São

Paulo (UNIFESP) identificou que mais de 80% dos funcionários e universitários se preocupam com o fumo passivo, e que ainda 62,4% defendem a existência de áreas restritas para os fumantes. Soma-se a isto, a declaração de 67,5% dos fumantes favoráveis as áreas destinadas ao uso do fumo na universidade²⁷.

Contribuindo ainda com o nosso estudo, destaca-se o trabalho realizado recentemente na Universidade de Brasília que identificou que 14,7% dos jovens da universidade são fumantes, e que grande parcela dos universitários não-tabagistas convive de forma involuntária com os fumantes no campus. Este achado reforça, segundo recomendações da OMS, a demanda de políticas de controle de tabagismo nos meios universitários⁴⁷.

Em contrapartida, verifica-se ainda a grande carência de estudos que possibilitem conhecer a real prevalência do tabagismo no país, sobretudo no ambiente universitário. Esses dados relacionados aos indicadores sócio-epidemiológicos e comportamentais são fomentos imprescindíveis para o embasamento e multiplicação das campanhas institucionais dentro do campus universitário. Portanto, é nesse intuito que por meio da realização desse trabalho fez-se um levantamento sobre o uso do fumo entre os professores, alunos e funcionários, entre eles, técnicos administrativos e prestadores de serviço para conhecer a magnitude do uso tabaco na Universidade de Brasília.

Além da constatação da carência de estudos relacionados ao tema do tabagismo na Universidade de Brasília, a convivência diária com membros da comunidade universitária foram os fatores que motivaram a pesquisa do tema, especialmente devido ao convívio com colegas do curso de Enfermagem e estudantes fumantes de outros cursos, principalmente os da área de saúde. Portanto, o foco do estudo foi gerar informações sobre o tabagismo envolvendo as categorias acima citadas e disponibilizá-las as autoridades sanitárias como subsídios para o aprimoramento de programas de prevenção do uso de tabaco e contribuir para a efetividade das medidas destinadas a redução do consumo entre os membros da comunidade universitária.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Histórico da origem do tabaco

O tabaco é o nome dado às plantas do gênero *Nicotiana*^{48, 49, 50}, da família das solanáceas, composta por ervas, arbustos e trepadeiras, originárias da América do Sul; são mais de duas mil espécies no mundo, de onde é extraída a nicotina, uma substância alcalóide básica que constitui o princípio ativo do tabaco^{48, 49, 50, 51}. A planta do tabaco possui raiz profunda e por isso pode ser cultivada em solos secos e arenosos. Como pode ser observado na Figura 3, o caule é ereto, as folhas tem formato elíptico e estão dispostos alternadamente no caule; o número de folhas por planta adulta varia de 17 a 25^{51, 52}.



Figura 3 – *Nicotiana tabacum*

Fonte: Grande Enciclopédia Larousse Cultural, 1988⁵³.

Os povos indígenas da América acreditavam que o tabaco tinha poderes medicinais e comumente usavam-no em suas cerimônias para curar os doentes. Na Europa, o seu uso foi difundido pelos espanhóis no início do século XVI sob a forma de rapé; e, na Inglaterra pelo corsário Sir Francis Drake, em 1585 ^{48, 49, 50}. O início da produção industrial do tabaco deu-se no século XIX, sendo o setor dominado desde esse período pelas multinacionais estadunidenses e britânicas. Em meados do século XX inicia-se a expansão da produção e comercialização deste produto ^{18, 45, 50}.

Na modernidade, a indústria tabágica desenvolve uma expansão mesmo apesar da repressão. As mudanças que ocorrem no ambiente institucional das grandes corporações resultam na intensificação das estratégias de defesa de domínio, ataque e criação de novos espaços. Essas esferas de ação estratégicas requerem aprendizagem organizacional, principalmente em relação ao marketing, a atuação política junto a congressistas, órgãos públicos e mídia ⁴⁵.

No Brasil, a história do tabaco foi construída pelo sistema integrado de produção de fumo, criado pela British American Tobacco (BAT) em 1918, na Região Sul ⁴⁵. O propósito inicial desse sistema era garantir a normalidade do abastecimento de matéria-prima para a fábrica de cigarros instalada no Rio de Janeiro. Esse estabelecimento foi resultado de uma articulada estratégia de marketing, baseada em conhecimentos climatológicos, tecnológicos, científicos e culturais. Entre os conhecimentos considerados, destacam-se a adequação das terras da região ao cultivo do fumo de estufa, com clima moderado e chuvas bem distribuídas durante as fases do ano; a tradição de produção familiar em pequenas propriedades; a consolidação do cultivo e do comércio do produto na região; e, a existência de estrada de ferro como meio de transporte ⁵⁰. Outro mecanismo do sistema integrado é a assistência técnica oferecida pelas empresas em troca da promessa de venda integral da produção, com exclusividade ^{45, 54}.

2.2. Aspectos econômicos do tabaco

Com a expansão e consolidação do sistema integrado, a Região Sul torna-se crescente nas décadas de 1980 e de 1990 no cenário global do comércio de tabaco e o Brasil torna-se o maior exportador de tabaco do mundo (305 mil toneladas em 1998) e um dos maiores produtores, tanto de fumo em folha (555 mil toneladas em 1998) quanto de cigarros (170 bilhões de unidades em 1998)^{45, 55}. Atualmente, a produção anual brasileira está em torno de 6 milhões de toneladas, com crescimento registrado pela Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), de 1 a 1,5% ao ano, em 2005, quando o movimento financeiro foi cerca de 20 bilhões de dólares^{38, 55}.

Assim, o agronegócio do fumo exerce grande importância na atividade econômica brasileira, com reflexos positivos em toda a esfera social. A atividade tabágica é responsável pela arrecadação de grandes quantias de impostos, envolvendo mais de 650 mil agricultores na produção primária e empregando mais de 30 mil pessoas nas usinas de beneficiamento e nas fábricas de cigarros, cigarrilhas e charutos. Ao longo de toda a cadeia produtiva, desde o seu plantio até a comercialização, há o envolvimento de, aproximadamente, 2,2 milhões de pessoas nesta cultura³⁸.

Atualmente, os principais produtores de tabaco no mundo são a China, o Brasil, a Índia, os Estados Unidos da América (EUA), Zimbábue e a Indonésia por ordem de magnitude de produção. Esses países são responsáveis por aproximadamente 70% da produção mundial de tabaco³⁶.

A posição alcançada pelo Brasil no mercado mundial de folhas de fumo se deve a diferentes fatores, como os reduzidos custos internos de sua produção, o emprego de fumicultores e suas famílias na produção resultando em menores gastos com salários, a não mecanização da lavoura que fornece uma melhor qualidade ao produto, pois recebe maiores cuidados manuais que o fumo produzido no processo mecanizado⁵⁶.

2.3. Cultivo do tabaco

Segundo Paulilo (1990), a área média de plantio de fumo no país é de 23 hectares. Na região Sul do Brasil, verifica-se o predomínio de pequenas unidades de produção devido à elevada demanda por força de trabalho ⁵⁷.

O ciclo produtivo do fumo dura cerca de 10 meses, dividindo-se basicamente nas fases de produção de mudas e de campo ⁵⁷. Envolve diversas etapas que sofrem influências climáticas, do solo e até mesmo da maneira como é cultivado. Os canteiros para sementeira são preparados no final de maio e meados de junho. O processo é iniciado com o lançamento de uma micrométrica semente no canteiro preparado, essas sementes são plantadas em sementeiras ou canteiros drenados e, depois de 50 a 60 dias, as mudas atingem de 15 a 20 centímetros, e a partir desse momento, já podem ser transplantadas para o campo ⁵².

O solo que receberá as mudas é arado várias vezes para eliminar as ervas daninhas, e a colheita é realizada entre 70 e 90 dias após o transplante das mudas, a época geralmente é entre os meses de janeiro e abril. Destaca-se ainda que no processo da colheita, as folhas de um pé de tabaco são colhidas em tempos diferentes, entre duas a quatro folhas de cada vez, obedecendo a ordem do pé ao topo, onde se encontra o tabaco mais forte ^{52, 58, 59}.

Entre os métodos utilizados durante a colheita está o escorvamento, que é a remoção individual das folhas e, o corte do caule, que implica arrancar toda a planta com uma ferramenta semelhante a uma machadinha e depois deixá-la no campo para murchar. Em seguida, o tabaco passa pelo processo da cura, ou seja, secagem da seiva das folhas recém-colhidas, com o intuito de tornar o seu aroma e sabor mais agradáveis. Após esse momento, as folhas são empilhadas em armazéns, e com a pressão delas umas sobre as outras e o calor úmido, inicia-se a fermentação. A partir desse momento, inicia-se o ciclo de classificação e comercialização do produto ^{52, 58}.

2.4. Indústria tabágica

A tentativa de controle do tabagismo é antiga, mas a urbanização favorece a popularização do consumo deste produto, portanto, em síntese, as indústrias do tabaco, apesar da repressão, conseguem ganhar o mercado absorvendo as críticas antitabagistas³⁹. O confronto torna-se mais complexo na medida em que as empresas de tabaco e os órgãos públicos de saúde, pressionados pelas pesquisas sobre doenças e mortalidade relacionadas ao tabagismo, por um lado e, por outro, pelos órgãos de arrecadação de impostos, passam a investir em novas estratégias de mercado^{45, 55}.

Dessa maneira, para convencer as instâncias governamentais da importância da indústria do fumo para a economia do país, a indústria tabagista utiliza como argumento no seu lobby econômico a receita proveniente da taxaço do tabaco, a geração de empregos e as exportações^{18, 38}. Em contrapartida, de acordo com o Banco Mundial, o consumo do fumo gera uma perda mundial de 200 bilhões de dólares por ano^{7, 38}. Esta perda é causada por diversos fatores, como sobrecarga do sistema de saúde com tratamento das doenças causadas pelo fumo, mortes precoces de cidadãos em idade produtiva, maior índice de aposentadoria precoce e, aumento de 33% a 45% no índice de faltas ao trabalho. Além da redução do rendimento no trabalho, mais gastos com seguros, manutenção de equipamentos e reposição de mobiliários, maiores perdas com incêndios e redução da qualidade de vida do fumante e de sua família¹⁸.

Verifica-se, portanto, que o controle da comercialização do tabaco e a implementação e condução de políticas fortes para controle do tabagismo ainda é incipiente. Além disso, boa parte da disseminação do consumo resulta das novas realidades e tendências trazidas pela globalização da economia, como a liberalização do comércio, a integração econômica e a dominação do mercado por grandes corporações transnacionais de tabaco. Essas corporações inserem, portanto de forma rápida e global, novas tecnologias de produção associadas à disseminação de estratégias de marketing visando estimular o consumo³⁷.

2.5. Definição dos usuários de tabaco

A definição dos usuários de tabaco é um ponto fundamental a ser considerado, porém na literatura há diversas classificações. Uma das definições apontadas pela literatura se baseia no número de cigarros fumados por período, definindo o fumante em graus que vão do leve ao pesado ²⁵.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) ⁶⁰ estabeleceu um modelo para definir o fumante regular, baseada em dois aspectos, o primeiro, se já fumou pelo menos cem cigarros e se fuma atualmente e, o segundo, se fuma, atualmente, pelo menos um cigarro por dia ²⁵.

Entre os diversos critérios encontrados na literatura para a definição de tabagismo, destaca-se ainda o conceito utilizado pelo Consejo Nacional para el Controle de Estupefacientes (CONACE), que é citado em vários estudos e define o fumante como aquele que fumou nos últimos 30 dias ^{22, 61, 62}.

2.6. Aspectos sociais do tabaco

No final do século XVIII e início do século XIX, o tabaco é representado como sinônimo de status econômico-social elevado, vinculado à fama e riqueza, sendo símbolo de bom gosto e sofisticação ⁶³.

Nos anos 1970 durante o ápice da revolução libertária, o consumo de cigarros era visto como um modo de contestar o sistema político da época. Em contrapartida, a medicina reforçava o seu papel argumentando os malefícios do cigarro, associados principalmente com os diferentes tipos de câncer. Finalmente nos anos 1980 houve uma efetiva mobilização para o surgimento de políticas voltadas para a prevenção e controle do fumo ⁶⁴.

Na atualidade, a preocupação com o consumo do tabaco é extensivo e as políticas de controle estão bastante fortalecidas, porém o uso do tabaco ainda é

elevado, principalmente entre os indivíduos de baixa renda e baixo grau de escolaridade. Na China, por exemplo, indivíduos com nenhuma escolaridade têm uma probabilidade cerca de sete vezes maior de serem fumantes do que indivíduos que têm o terceiro grau. No Brasil, entre os grupos de indivíduos com baixo grau de escolaridade essa probabilidade é cinco vezes maior³⁷.

Reafirmando essa estatística, dados do Instituto Nacional do Câncer, apontam que as pessoas de menor escolaridade estão mais vulneráveis do que as pessoas mais instruídas às estratégias de mercado que favorecem a iniciação e a manutenção do consumo de tabaco. Além disso, esse fator é potencializado por fatores econômicos e sociais, como o menor acesso a informação, educação e assistência à saúde na população de baixa renda e à escolaridade^{3,31}.

O problema torna-se mais grave quando observado que a maioria desses chefes de famílias de baixa renda usa a renda familiar, já reduzida, para aquisição do cigarro, recurso esse que poderia ser utilizado para a obtenção de alimentos, lazer ou mesmo para a preservação da saúde do indivíduo e da sua família. Portanto, em detrimento do conhecimento científico acumulado sobre os graves riscos do consumo de tabaco, a dinâmica globalizada de expansão do consumo desse produto, principalmente em países em desenvolvimento, vem impondo uma carga econômica e social cada vez mais pesada sobre muitos países de média e baixa renda³⁷.

Essa situação é complexa, uma vez que em muitos países, incluindo o Brasil, o cigarro é muito mais acessível economicamente do que alimentos da cesta básica. Um estudo que comparou o custo de um maço de cigarros com o custo de um quilo de pão, usando o índice “minutos de trabalho necessários para comprar ambos os itens”, mostrou que no Brasil o custo de um quilo de pão chega a ser quase três vezes maior do que o custo de um maço de cigarros^{31,37}.

Dessa maneira, as famílias mais carentes são consideradas o alvo preferencial das estratégias de expansão do consumo dos produtos de tabaco, utilizadas pelas companhias de tabaco no Brasil. Essas estratégias envolvem propagandas que ao apresentarem imagens repletas de mensagens subliminares que associam o produto ao

sucesso, beleza, riqueza e bem-estar, exploram os sonhos e desejos de auto-imagem e de modos de vida ideais dessas pessoas. E, tais estratégias quando associadas aos movimentos de mercado e políticos que garantem o baixo preço e o fácil acesso aos produtos, fazem das populações de baixa renda e de menor escolaridade, os alvos mais vulneráveis aos apelos do consumo^{32, 37}.

2.7. Políticas de controle do tabagismo

O governo brasileiro reconhecendo a expansão do consumo de tabaco e a gravidade dessa epidemia mundial tem buscado investir de forma crescente no Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que é coordenado pelo Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), há cerca de 15 anos^{28, 37}.

Atualmente, diversas medidas intersetoriais vêm sendo adotadas no País, dentre elas, destacam-se as leis que proíbem a propaganda dos produtos de tabaco em televisão, revistas, jornais e outdoors; leis que proíbem fumar em ambientes públicos fechados; as que regulam os produtos de tabaco quanto aos seus conteúdos e emissões; as que regulam as atividades de promoção e as atividades de venda dos mesmos; implementação de ações educativas em escolas, ambientes de trabalho e unidades de saúde e de ações para aumentar o acesso da população ao tratamento da dependência da nicotina no sistema de saúde pública nacional (SUS); e, a adoção de medidas e estratégias para controlar o mercado ilegal de cigarros que tem aumentado no Brasil, desde o início da década passada^{37, 65}.

É válido destacar que sancionar a legislação de proibição ao fumo não é suficiente, faz-se necessária uma fiscalização exigente e a implementação de estratégias educativas que conscientizem a população quanto aos prejuízos do uso do tabaco³¹. Essas ações têm trazido significativos resultados em termos de redução do consumo de tabaco. O consumo per capita de cigarros no Brasil tem registrado nas duas últimas décadas um importante declínio, entre 1989 e 2002, houve uma queda de cerca de 32 %, mesmo com o crescimento do mercado informal de cigarros que,

atualmente, atinge entre 35 a 40% do mercado nacional ³⁷.

Além dessas ações, destaca-se o papel dos agentes sanitários que trabalham diretamente com o público fumante e atuam como líderes ativos para promover a proibição ou limitação do tabagismo, informando à comunidade sobre os riscos do consumo do tabaco, motivando e fomentando o abandono do hábito ^{66, 67}. Nesse sentido, é importante o estudo dos fatores que contribuem para a incorporação e manutenção do tabagismo pelos grupos que estão em fase de formação e que futuramente deverão ser agentes sanitários em diferentes níveis de atuação profissional.

2.8. O fumo e os profissionais de saúde

O profissional de saúde exerce um importante papel como veículo de conscientização, atuando como multiplicador das ações de prevenção nos postos de trabalho. Em especial, a enfermagem tem um contato muito mais próximo com os usuários do serviço de saúde, tendo o dever de aconselhá-los rotineiramente a respeito dos malefícios decorrentes do uso do tabaco, pois seu contato prolongado com o doente facilita essa abordagem ^{25, 67, 68, 69}. De acordo com Laranjeira e Gigliotti, que define o tabagismo como a dependência de uma droga mantida por uma variedade de processos que vão desde a fisiologia ao condicionamento comportamental ⁶⁹, os profissionais da saúde podem atuar em várias atividades, desde um simples aconselhamento, motivação e tratamento para o fumante cessar o fumar até o engajamento na defesa da causa antitabágica ²⁵.

Estudos comprovam que profissionais de saúde que fumam dedicam-se menos à orientação de pacientes, em relação aos malefícios do tabagismo, pois a credibilidade das suas palavras poderá ser colocada à prova quando mostrarem seu comportamento tabágico ²⁵.

Estudo realizado, com membros da Sociedade de Enfermagem Oncológica

(ONS) dos Estados Unidos demonstrou que 85,0% dos entrevistados declararam que o envolvimento das enfermeiras com a política de controle do tabaco nos cuidados da saúde é importante. Mais de 90,0% da amostra respondeu que ajudou na prevenção do tabagismo com os jovens, fornecendo informações sobre seus efeitos na saúde e também, sobre o cessar de fumar ^{25, 70}.

Dessa maneira, verifica-se a necessidade do desenvolvimento de medidas, que incluem estratégias de dinâmica grupal ou atendimento individual, para motivar e ajudar os profissionais da saúde a cessarem o hábito de fumar, tanto para garantir a adoção de comportamentos mais saudáveis como para que haja maior coerência no desempenho de suas atribuições, como futuros profissionais, frente a esse grave problema de saúde pública ²⁵.

2.9. Dependência química

A dependência significa a necessidade compulsiva do uso da droga, ocorrendo uma inversão das condições, onde o indivíduo perde o controle sobre o uso da droga, e ela passa a comandar o seu comportamento. Os fatores envolvidos com a dependência química são farmacológicos, ligados a personalidade dos indivíduos e com as condições sociais do usuário. Os efeitos positivos relatados pelos dependentes são o prazer, estímulo e a redução da ansiedade e do estresse. Há ainda a alegação de que a nicotina melhora o nível de atenção e rendimento de tarefas, entretanto, não se sabe ao certo se tais efeitos são motivados pela atenuação dos sintomas da síndrome de abstinência ou se realmente são efeitos intrínsecos da nicotina ⁵².

Em 1988, o Ministério da Saúde americano declarou que o tabagismo constituía uma forma específica de dependência⁷¹ e que o comportamento de usar uma droga seria adquirido por meio de condicionamentos reforçados pela ação farmacológica da própria droga. No caso da nicotina, o fumante condiciona-se a usá-la em determinadas circunstâncias, como após um café, após um doce, quando bebe, ou, ainda, quando inicia uma tarefa que lhe parece difícil à primeira vista, exigindo-lhe mais concentração.

A Organização Mundial de Saúde define a dependência de drogas como um padrão comportamental, no qual o uso da droga psicoativa recebe prioridade máxima em relação a outros comportamentos que já foram mais prioritários^{52, 72}.

O uso inicial do cigarro é irregular, principalmente aos finais de semana, e, possuem características desagradáveis, como sensação de tontura, tremores, mal-estar e ânsia de vômitos. O indivíduo precisa insistir para criar tolerância sobre estes efeitos e passar a sentir somente os efeitos estimulantes e prazerosos que a nicotina produz no sistema mesolímbico[†], principalmente no *nucleus accumbens*⁷³.

O National Institute on Drug Abuse (NIDA), considerou o tabagismo como uma dependência à nicotina. O processo farmacológico que determina a dependência à nicotina é semelhante ao processo determinado pela morfina, a cocaína e o etanol, drogas que também causam dependência. Existem evidências comportamentais e farmacológicas que apóiam a função da nicotina na reação e determinação do padrão tabágico. A explicação para essa argumentação é que a nicotina liberada para o cérebro liga-se às células nervosas pelos receptores celulares provocando uma ação psicoativa que afeta diretamente o humor e a função psíquica. A ligação molecular com os receptores forma ainda uma combinação química e elétrica de natureza idêntica provocada pelas moléculas da cocaína e da heroína, e, quando as células cerebrais se sentem privadas da presença da nicotina, à qual já estão acostumadas, lançam no organismo sinais químicos de grande desconforto^{52, 72}.

Assim, o denominador comum de toda dependência é o reforço psicoativo resultante do bem-estar e do prazer sentido pelo uso da droga, assim como o desejo de voltar a senti-lo novamente. Segundo pesquisas realizadas pelo Instituto Londrino de

[†] O sistema dopaminérgico possui três tratos considerados para o entendimento da neurobiologia da dependência química. Um desses é o trato mesolímbico, que se projeta a partir da área tegmental ventral para a maior parte do córtex frontal, responsável pelas funções psíquicas superiores e o sistema límbico, pelas emoções. O *nucleus accumbens* e a área tegmental ventral parecem moderar o estímulo à recompensa, induzido por substâncias psicoativas⁷⁴.

Psiquiatria com 600 adolescentes de 11 a 16 anos de idade, bastam apenas três cigarros para criar dependência semelhante à da heroína. No entanto, essa não é uma conclusão consensual, pois recentemente foi divulgado em um periódico de grande circulação no país, que a dependência só se instala após o consumo de um maço de cigarros diários. Os efeitos em curto prazo da nicotina são tão profundos e tão prazerosos que dificilmente o fumante sente vontade de interromper as suas tragadas, e, dessa forma, se instala a dependência. É com esse argumento que a literatura aponta que somente o cigarro que contém nicotina é consumido por tempo prolongado e, o cigarro com teor de nicotina reduzido não tem conseguido boa aceitação no mercado⁵².

2.10. Componentes químicos do fumo

A composição química do cigarro soma mais de 4.700 produtos químicos conhecidos, entre hidrocarbonetos, fenóis, ácidos graxos, isoprenos, ésteres e minerais inorgânicos⁷⁵, e, mais de 50 deles identificados como causadores de câncer nos seres humanos^{31, 52, 76}. Além dos prejuízos cardiológicos e respiratórios, tanto em adultos quanto em crianças, os danos maléficos do cigarro podem levar à morte³¹. É necessário, portanto, para a compreensão das causas dessas doenças e as razões da medicina ao afirmar que não existe consumo regular de tabaco isento de risco conhecer as substâncias contidas na fumaça do cigarro.

A fumaça do cigarro é uma mistura heterogênea de gases, vapores e partículas líquidas e que, quando inalada, torna-se um aerossol concentrado com milhões de partículas por centímetro cúbico, com tamanho médio de aproximadamente de $0,5 \mu$ ⁷⁵. Entre as substâncias que compõem a fumaça do cigarro, destacam-se principalmente o alcatrão, o monóxido de carbono e a nicotina.

2.10.1. Alcatrão - O alcatrão existente na fumaça do cigarro é constituído de arsênico, níquel, benzopireno e cádmio. Além disso, são encontrados resíduos de agrotóxicos e substâncias radioativas como polônio 210 e carbono 14⁵².

A quantidade de alcatrão da fumaça de um cigarro é entre 3 e 40 mg, variando essa quantidade de acordo com as condições de queima e condensação, tamanho do cigarro, uso ou não de filtro, porosidade do papel, conteúdo do cigarro, peso e tipo do tabaco. Em estudo com cigarros regulares (70 mm e 1g) sem filtro, a produção de alcatrão alcança entre 17 a 40 mg por cigarro ⁷⁵.

2.10.2. Monóxido de carbono (CO) – A poluição tabágica é composta de 3% a 6% por compostos de monóxido de carbono ³⁹. A concentração dessa substância na fumaça do cano de descarga de um carro é de 30 a 80 mil partes por milhão (ppm) e na fumaça do cigarro, de 20 a 60 mil ppm, o que equivale em média a 75% de CO expelido pelo escapamento de um carro. Quando inalado, o monóxido de carbono combina-se com a hemoglobina do sangue, formando a carboxi-hemoglobina, que interfere na habilidade do organismo de obter e utilizar o oxigênio ^{38,39}.

2.10.3. Nicotina (CH₁₀H₁₄N₂) – A nicotina é um alcalóide vegetal, sintetizada nas raízes da planta do tabaco. A nicotina, pela queima do tabaco, liberta-se em gotículas de 0,3 a 0,5μ, sendo inalada e transportada aos bronquíolos terminais e alvéolos pulmonares. Passando para a circulação sanguínea, distribui-se por quase todo o organismo. Após a tragada, chega rapidamente ao cérebro atravessando facilmente a barreira hematoencefálica e as membranas celulares de todos os órgãos. O pH do fumo é importante para a absorção da nicotina, pois quanto mais ácida, mais ionizada se torna, e mais dificilmente atravessa as membranas. É metabolizada, a maior parte, no fígado, e, em grau bem menor, nos pulmões, e, excretada pelos rins ⁵¹.

É uma substância que provoca no sistema nervoso central um desprendimento de aminas próprias, que tem ação euforizante e são responsáveis pela dependência, e nas glândulas supra-renais, provoca um aumento na secreção da adrenalina, ativando com isso todo o sistema. Possui baixo peso molecular e é absorvida através da mucosa bucal ou nasal, dos alvéolos pulmonares e da pele. Seus efeitos fisiológicos imediatos são o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, a contração dos vasos sanguíneos, além dos efeitos hormonais e metabólicos ^{51, 52}.

O consumo diário de nicotina, apesar das variações, é em geral em torno de 10 a 61mg. O seu efeito possui uma meia vida de cerca de duas horas, que somado aos valores das meias-vidas subseqüentes, pode-se prever que a nicotina se acumula, num fumante regular, a níveis sanguíneos significativos por pelo menos 6 a 8 horas depois de cessado o hábito de fumar. Dessa forma, a nicotina não intoxica o organismo de modo intermitente, como pode parecer pelo modo de consumir o tabaco em tragadas sucessivas, com certo espaço de tempo entre elas. Ao contrário, o tabagista se expõe a uma intoxicação permanente, pois as doses múltiplas de nicotina que inala, acumulam-se de tal maneira, que a intoxicação é contínua durante as 24 horas do dia ⁷⁷.

Atualmente, a maioria dos cigarros estrangeiros contém entre 1,0mg a 2,0mg de nicotina. No Brasil, segundo dados da indústria tabágica, 17 marcas de cigarros continham de 1 a 1,8 mg ⁵¹. Informação do ano 2000, do INCA, acusa os teores mais altos de 1,4 mg e os mais baixos de 0,93 mg ⁵⁸. Atualmente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabelece como limites máximos, nos cigarros mencionados, 1mg de nicotina, 10mg de alcatrão e 10mg de monóxido de carbono ⁷⁸.

Um estudo verificou que a média de concentração da nicotina no sangue dos tabagistas dependentes é de 300 ng/ml. Um cigarro produz no sangue concentração em torno de 14ng/ml, chegando a 70ng/ml nos que fumam 5 cigarros por dia. Segundo esse estudo, seria razoável estimar os níveis de 50 a 70ng/ml como os mínimos para gerar dependência. Esses níveis correspondem à inalação diária de 4mg a 6mg de nicotina. Por outro lado, outra proposta baseada na prática epidemiológica considera como nicotino-dependentes os que fumaram pelo menos 100 cigarros durante a vida. Porém, é difícil estabelecer um parâmetro, pois há muitas variações individuais decorrentes de diversos fatores, inclusive genéticos. Estes últimos também estão correlacionados com a intensidade da dependência e com o tempo para a sua instalação ⁵¹.

Os receptores específicos cerebrais, ao reconhecerem a nicotina, reagem, exigindo, com o decorrer do tempo, quantidades cada vez maiores de droga, para dar o mesmo nível de resposta, o que caracteriza a nicotina - dependência, cujo tempo de

instalação varia conforme o organismo e a quantidade do tabaco consumido diariamente. A dependência tem sido definida como um estado induzido por uma droga cuja abstinência acarreta distúrbios fisiológicos e psicológicos que podem ser anulados pela nova administração da droga enquanto a tolerância é um fenômeno característico, que exige doses cada vez mais fortes, para manter o mesmo efeito de droga ⁵².

Em relação aos efeitos da nicotina são os mais complexos e ainda estão sendo matéria de análise. Entre os conhecimentos mais consolidados até agora, estão o de que essa substância está relacionada ao infarto do miocárdio, ao câncer e especialmente ao reforço da vontade de fumar, ou seja, à dependência química, fisiológica e psicológica. O médico norte-americano Michael Roizen afirma que “dos 50 milhões de americanos que fumam, 70% querem parar e mais de um terço tenta, todo ano e só cerca de 3% têm sucesso” ^{52, 79}.

Boeira (2003) reforça que, na engenharia do cigarro, os fabricantes controlam uma ampla gama de fatores para manter o cigarro aceso entre as baforadas, reduzir o desperdício de tabaco, alterar o sabor do fumo e controlar as quantidades de substâncias (alcatrão e nicotina) medidas pelos órgãos governamentais. Costuma-se adicionar fosfatos ao papel para garantir uma queima constante, além de vários aditivos presentes no próprio tabaco. Açúcares, xaropes, licores, bálsamos, extratos de frutas, óleos mentolados, coca, substâncias aromáticas e aditivos sintéticos também são utilizados para controlar o sabor, além do próprio tipo de tabaco e dos processos de curtição. Uma grande variedade de outras substâncias é adicionada nas múltiplas etapas de processamento ⁴⁵.

Dessa forma, além dos três principais elementos que compõem o cigarro, o Departamento de Química da Universidade de São Paulo destaca outras substâncias que constituem o cigarro ⁸⁰.

2.10.4. Outros componentes^{51, 75}

2.10.4.1. Amônia (NH₃) - Produto usado em limpeza de azulejos. É corrosiva para o nariz e para os olhos. Vicia. O uso de amônia no processamento do cigarro reduz o efeito da acidez e torna o fumo mais alcalino, liberando mais nicotina no organismo do fumante.

2.10.4.2. Propilenoglicol (C₃H₈O₂) - Usado em desodorantes. Ajuda a nicotina chegar ao cérebro. Também utilizado como um ectante para hidratar o tabaco.

2.10.4.3. Acetato de chumbo [Pb (CH₃CO₂)₂] - Presente na fórmula de tinturas para cabelo. Cancerígeno e cumulativo no organismo. Banido da gasolina.

2.10.4.4. Formol (CH₂O) - Conservante de cadáver. Nos vivos, provoca câncer no pulmão, problemas respiratórios e gastrointestinais.

2.10.4.5. Pólvora - Libera partículas cancerígenas quando queimada. Facilita a combustão do cigarro e a produção de uma fumaça suave. Provoca tosse, falta de ar e irritação das vias respiratórias.

2.10.4.6. Methoprene - Inseticida usado em antipulgas. Provoca irritações na pele e lesões no aparelho respiratório.

2.10.4.7. Cádmio (Cd) - Usado em pilhas e baterias. Metal altamente tóxico e cumulativo no organismo. Causa danos nos rins e no cérebro. Corrói o trato respiratório, provoca perda de olfato e edema pulmonar. Leva até 20 anos para ser expelido.

2.10.4.8. Naftalina (C₁₀H₈) - É usado para matar baratas. Gás venenoso sintetizado em forma de bolinhas. Provoca tosse, irritação na garganta, náuseas, transtornos gastrointestinais e anemia.

2.10.4.9. Fósforo (P₄ ou P₆) - Usado na preparação de veneno para ratos, como o Racumin.

2.10.4.10. Acetona (C_3H_6O) - Usado em removedor de esmalte. Entorpecente e inflamável. Irrita a pele e a garganta, cefaléia e tontura.

2.10.4.11. Terebentina - Usado para diluir tintas a óleo e limpar pincéis. Tóxico extraído de resina de pinheiros. Quando inalado irrita olhos, rins e mucosas. Pode provocar vertigem, desmaios e danos ao sistema nervoso.

2.10.4.12. Xileno (C_8H_{10}) - Presente em tintas de caneta. Inflamável e cancerígeno. Quando inalado irrita olhos, causa tontura, dor de cabeça e perda de consciência.

2.10.4.13. Butano (C_4H_{10}) - Gás de cozinha. Mortífero e altamente inflamável. Quando inalado, substitui o oxigênio no pulmão e é bombeado para o sangue. Causa falta de ar, problemas de visão e coriza.

2.11. Problemas de saúde relacionados ao tabagismo

Nos anos de 1960 surgiram os primeiros relatórios oficiais de organizações de saúde atribuindo ao tabagismo um efeito maléfico à saúde ¹⁸. Segundo o INCA, baseado nas pesquisas da OMS, o tabaco promove alguns efeitos em curto prazo, como a irritação nos olhos, manifestações nasais, tosse e cefaléia, aumento dos problemas alérgicos e cardíacos, e diminuição da mobilidade dos cílios pulmonares ^{8, 45, 81} e, riscos de médio e longo prazos, que em geral são a redução da capacidade respiratória, infecções respiratórias, aumento do risco de aterosclerose, infarto do miocárdio e câncer ^{6, 12, 13, 45, 82, 83}.

De acordo com o INCA de cada dez fumantes, um morre de câncer; e o hábito de fumar está diretamente relacionado com 30% das mortes causadas por todos os outros tipos de câncer, como os da cavidade oral, faringe, esôfago, laringe, rins, bexiga e colo de útero ^{6, 8, 12, 13, 45, 81}. Os efeitos da nicotina são os mais complexos e estão relacionados ao infarto do miocárdio, câncer e, especialmente, à dependência química, fisiológica e psicológica. A disfunção erética e a redução do nível de testosterona são

outras conseqüências do tabagismo ³⁹. Os problemas relatados acima estão diretamente relacionados com substâncias que compõe os cigarros, sendo a maioria comprovadamente cancerígenas ^{9, 12, 13, 14, 39}.

O consumo do fumo, além dos muitos efeitos que tem sobre a saúde dos fumantes também prejudica de forma proporcional os não-fumantes que convivem com este hábito. Os indivíduos adeptos ao uso do fumo adoecem 3,5 vezes mais que os não-fumantes ¹⁰. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o tabagismo passivo, considerado como uma doença ocupacional é a inalação por não-fumantes, da fumaça liberada por produtos derivados do tabaco para o ambiente. Atualmente, é a terceira causa de morte evitável no mundo, subseqüente ao tabagismo ativo e ao consumo excessivo de álcool ⁸⁴.

É importante destacar que o fumante passivo inala as substâncias da fumaça dos produtos derivados do tabaco que contém três vezes mais monóxido de carbono e nicotina, e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas do que na fumaça que entra na boca do fumante. Aumenta ainda para este grupo o risco de 30% para câncer de pulmão e 24% para doenças coronarianas quando comparados aos não fumantes que não convivem em ambiente poluído pela fumaça dos derivados do tabaco. O tabagismo passivo ocorre mesmo em locais com separação de área de fumantes e de não fumantes, que compartilham o mesmo sistema ventilatório, ao contrário do que diz a indústria do tabaco. Isso se justifica por que as substâncias tóxicas da fumaça se dispersam por toda a área de forma homogênea e circulam através das tubulações de sistemas de refrigeração central ⁸⁴.

Em confronto com essa afirmação, Tavares (1999) afirma que este cenário pode ser evitado quando não se permite fumar em locais fechados e são alocadas áreas para os fumantes²³. Os fumódromos podem ajudar a proteger a saúde dos não fumantes quando são completamente isolados, com sistema de ventilação natural e separado ⁸⁴. Pesquisas recentes mostram que a maioria das pessoas é favorável aos espaços livres do fumo, principalmente quando associados a um planejamento avançado e adequado destes locais ³⁹. Nesta tentativa de melhorar os ambientes para os fumantes ativos e

passivos, o governo tenta regular e legislar melhor a proibição do fumo em lugares públicos, educando os indivíduos sobre os perigos do fumo passivo e dando apoio àqueles que querem parar de fumar⁴⁵.

2.12. Ambientes livres do tabaco

O consumo de tabaco em ambientes de trabalho é hoje considerado um risco ocupacional, pois estende aos não fumantes que convivem com a poluição ambiental causada pela fumaça do tabaco nos seus ambientes de trabalho, os riscos de doenças graves e fatais bastante comuns entre os fumantes. Além disso, as graves doenças tabaco relacionadas são responsáveis por aposentadorias precoces e elevados índices de absenteísmo devido a doenças^{37, 85}. Diante disso, atualmente, tem se ampliado a discussão sobre o consumo de tabaco em ambientes públicos através da Portaria interministerial nº 3.257 que trata das medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho e cria os fumódromos^{86, 87}. Este ambiente destinado aos fumantes, fumódromo, é uma área destinada exclusivamente ao tabagismo, devidamente isolada e com arejamento conveniente⁸⁷.

As leis federais, da década de 1980 e meados de 1990 são voltadas em sua maioria à preservação do ar nos ambientes internos e a proteção aos não fumantes²⁶. Essas medidas são observadas pela Portaria nº 1.050/90⁸⁸ (Ministério da Saúde - MS), que estabelecem e advertem os malefícios do fumo à saúde, dispendo sobre sua publicidade, proibindo ou restringindo o consumo em determinados locais²⁶. Destacam-se nas disposições do artigo, as repartições públicas, os hospitais e postos de saúde, as salas de aula, as bibliotecas, os recintos de trabalho e as salas de teatro e cinema. Ainda nessa portaria, fica proibida a prática do fumo em aeronaves nacionais, em etapas de vôos com duração igual ou inferior a duas horas; proíbem a venda de cigarros, cigarrilhas, charutos e produtos de fumo a menores de 18 anos; e, regula a propaganda, estabelece normas de embalagem e normaliza sua vinculação pela mídia

Com o tempo, essas leis foram sendo aprimoradas, caracterizando melhor os ambientes de proibição e tornando cada vez mais restrito o hábito de fumar ⁸⁷. Porém, mesmo diante da Lei Federal avançada para proteger os não fumantes, a sua efetividade fica ameaçada, pois depende de ações específicas e aplicação de penalidades, o que nem sempre tem acontecido, apesar do grande apoio da sociedade brasileira a essa medida ⁸⁴.

Em 2002, identifica-se de forma marcante a preocupação com ambientes livres da exposição tabagística por meio das recomendações às instituições de saúde e de ensino a implantarem ações educativas voltadas para a conscientização da população sobre os malefícios provocados pelo uso do tabaco e a necessidade de manter em condições ideais de salubridade o ambiente social, de trabalho e lazer ^{26, 87}.

Atualmente sob a ótica da promoção da saúde, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo projetos de controle do Tabagismo, envolvendo diversas competências. Estas ações apóiam-se em atividades educativas para disseminar informações para a comunidade e promover ambientes livres de tabaco, além da mobilização de iniciativas legislativas e econômicas que contribuam para criar um macro ambiente social favorável à redução do consumo ²⁶.

Ainda sob uma perspectiva voltada para o tratamento e apoio ao fumante, o Ministério da Saúde amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde através da Portaria do Ministério da Saúde n.º 1.035 de 31 de maio de 2004 ^{87,89}. Dessa forma, a discussão que garante a promoção de um ambiente saudável por meio de ações e serviços resultantes de esforços organizados e sistematizados da sociedade, faz emergir uma nova apresentação do processo saúde-doença, objeto da saúde pública, como promotor, protetor e restaurador da saúde dos indivíduos e da coletividade ⁹⁰.

2.13. Situações persistentes relacionadas ao uso do tabaco

As discussões sobre a bioética dos chamados “países periféricos” que se preocupa preferencialmente com as situações persistentes, ou seja, com aqueles problemas que continuam e que não deveriam mais acontecer no século XXI^{90, 91, 92, 93} se fortalecem com as atuais políticas. Berlinguer (2004) define essas questões como “cotidianas”⁹³.

A atual pauta bioética internacional está relacionada tanto com as situações emergentes proporcionadas por avanços como aqueles alcançados no campo da engenharia genética e seus desdobramentos, como com as situações persistentes, relacionadas principalmente com a falta de universalidade no acesso das pessoas aos bens de consumo sanitário e à utilização equânime desses benefícios por todos cidadãos⁹⁴. Considerando estas duas situações a humanidade se vê atualmente às voltas de alguns velhos dilemas éticos que persistem desde a antigüidade paralelamente ao surgimento de novos conflitos decorrentes da marcha acelerada do progresso⁹⁵.

Segundo Garrafa, a bioética das situações persistentes se relaciona com aquelas condições que persistem entre as sociedades humanas desde a Antiguidade, como a exclusão social, a iniquidade na alocação e distribuição de recursos sanitários, entre outros⁹¹.

Dessa maneira, a Bioética de Intervenção ou Hard Bioethics[‡] defende como moralmente justificável, entre outros aspectos, a priorização de políticas e tomadas de decisão que privilegiem o maior número de pessoas e pelo maior espaço de tempo possível, mesmo que em prejuízo de certas situações individuais^{90, 91}. Esse direito é assegurado pela legislação que visa à proteção universal e igualitária para todos³¹.

[‡] A proposta da Bioética de Intervenção ou Hard Bioethics é introduzida, na defesa dos interesses históricos e direitos das populações economicamente e socialmente excluídas que são separadas do processo de desenvolvimento internacional⁹⁶.

Dessa maneira, essa proposta teórica propõe uma aliança concreta com o lado historicamente mais frágil da sociedade, estimula a discussão sobre a autonomia versus justiça; e benefícios individuais versus benefícios coletivos. Assim, discuti-se as escolhas individuais e as decisões coletivas com base nos valores da demografia, incluindo a análise das bases éticas das políticas populacionais e terminando com a instigante interrogação se, a partir da teoria dos direitos humanos e do pluralismo e considerando os recursos econômicos de cada país, é ético intervir no controle populacional ^{93, 97}.

Nesse sentido, a nova concepção de saúde pública amplia as opções de prevenção e controle de risco, preocupando-se não apenas com o âmbito individual, mas também com a perspectiva coletiva. Considera-se a Bioética de Intervenção como referencial teórico que sustenta essas ações, tendo como base de sustentação argumentativa os “Quatro Pês”, prevenção, proteção, precaução e prudência. A prevenção é utilizada para possíveis danos, a precaução em situações em que se desconhecem os riscos, a prudência é referida em relação aos cuidados, e a proteção trabalha com a vulnerabilidade, indispensável aos mais frágeis. Esses referenciais teóricos têm como finalidade a proteção do interesse público, sendo seus limites demarcados pela conciliação entre o interesse social com os direitos fundamentais do indivíduo ⁹⁸.

É importante destacar que a destinação de áreas restritas ao uso do fumo leva em consideração a vulnerabilidade do indivíduo, que ultrapassa o aspecto individual e abrange os aspectos coletivos e contextuais, considerando a suscetibilidade do sujeito a doenças ou agravos. Nesse sentido, considera-se imprescindível a priorização de políticas e ações que privilegiem não somente o direito individual de fumar, como também o direito coletivo de poder não conviver passivamente com a fumaça do cigarro, e dessa forma, ambos se favorecerem com a diminuição dos problemas de saúde relacionados ao cigarro ⁹⁸.

Sobre esse assunto, alguns artigos sobre bioética das situações persistentes discutem que as leis de proibição ao fumo não violam e nem favorecem os direitos de

ninguém. Elas servem apenas para proteger a saúde de todas as pessoas, determinando onde é possível fumar. E argumenta ainda que a maioria das pessoas que fuma gostaria de parar, portanto, muitos fumantes não consomem o tabaco por opção, e sim devido a uma dependência causada pela nicotina presente em todos os produtos de tabaco. O direito de uma pessoa respirar ar isento de tóxicos sobrepõe-se ao direito dos fumantes de fumar em locais públicos, e colocar em risco a saúde dos outros. Não se trata de existir tolerância, ou da liberdade de usar um produto legal, trata-se de estabelecer onde fumar de modo a evitar o prejuízo à saúde de todos, em prol do bem coletivo. A argumentação da indústria do tabaco, todavia se opõe a essas leis que restringem o uso do fumo, alegam que essa legislação representa uma violação dos chamados "direitos dos fumantes", e, são simplesmente desnecessárias, inviáveis ou impossíveis de controlar ³¹.

Entre os fundamentos éticos que norteiam essas ações coletivas de saúde estão os princípios da beneficência, da não maleficência, do respeito à autonomia individual, assim como o princípio da justiça distributiva e da equidade. As ações de saúde pública se exercem em condições em que não exista possibilidade de uma intervenção eficaz por parte da ação individual, seja pela falta ou controle de informações necessárias que não dominam, seja pela carência de possibilidade de intervenção individual sobre os fatores coletivos que produzem os riscos de adoecer ⁹⁰.

Dessa forma, é possível entender que as medidas de controle social que proíbem fumar em edifícios públicos, é validado pelo princípio da beneficência e da não maleficência da coletividade. Mas, nem sempre as medidas de saúde pública trazem obrigações orientadas pelo interesse da coletividade. Cotidianamente, ocorrem e são aceitas ações de saúde pública, de caráter obrigatório, que podem contrariar a liberdade pessoal de decidir, e que não se fundamentam no princípio da não maleficência da coletividade, mas sim na existência de benefícios diretos para o bem-estar ou a saúde das pessoas que deverão ser submetidas a elas, contrariando as linhas éticas anti-paternalistas defendidas tanto por Stuart Mill como por Nozick e Engelhardt ⁹⁰.

Observa-se dessa maneira, que a criação dos fumódromos, por exemplo, é uma ação do poder de polícia administrativa do Estado, onde a objetivo é garantir a supremacia dos direitos coletivos sob os direitos individuais quando há oposição entre ambos ⁹⁹. Entretanto, por impor limites administrativos à liberdade e à propriedade, o poder de polícia entra em conflito com os princípios relacionados aos direitos individuais, principalmente a autonomia ⁹⁸.

Nas últimas décadas o controle social vem sendo dirigido a estilos de vida considerados não-saudáveis, mediante a imposição de condutas “politicamente corretas”. Instaurou-se um processo de “culpabilização da vítima”, promovido tanto pelos profissionais de saúde quanto pelo público em geral e os meios de comunicação, processo que tende a desfavorecer as pessoas que levam estilos de vida considerados não-saudáveis, penalizando-as por não terem tomado “melhor conta de sua saúde”, por não terem preservado sua “boa saúde”. Entre as pessoas que estariam levando estilos de vida tidos como não saudáveis estão os fumantes ^{90, 100}.

O controle social sobre comportamentos não-saudáveis é defendido por se entender que possam trazer não somente prejuízos individuais, mas também efeitos deletérios para a sociedade, como o aumento de custos para os sistemas de saúde³⁰. Também existem sérias dificuldades na avaliação e na determinação de quais são os estilos de vida que são frutos de manifestação da real autonomia individual, quando atualmente há uma tendência, ocasionada pelas recentes descobertas científicas, ainda que discutíveis, sobre as bases genéticas para a utilização pessoal do fumo e de outras formas de comportamento, como tendências anti-sociais ⁹⁰. Estudos porém afirmam que a persistência do consumo do fumo pode ser considerado um risco voluntário ⁴⁵.

A diferença entre o caráter voluntário e involuntário da prática parece pouco clara ainda nos dias atuais. No início verifica-se uma prática voluntária e, depois de estabelecida a dependência física e química constata-se uma atitude compulsiva, sugerindo uma prática involuntária ⁴⁵.

Nas discussões internacionais, essa prática apresenta as grandes corporações

como responsáveis por ocultar do público as verdadeiras informações sobre os prejuízos do cigarro e promotoras de campanhas publicitárias estimulantes. A outra argumentação é a de que os leigos tendem a não ser sensíveis a riscos distribuídos individualmente e a longo prazo. Ambas explicações, tendem a ser parciais na medida em que enfatizam tendências irracionais por parte dos leigos. Dentro dessa perspectiva, pode-se considerar que os fumantes são leigos mal informados ou que não têm ainda informação suficiente. Porém, a informação sobre um determinado risco à saúde não é considerada condição suficiente para a mudança de atitude ^{45, 100}.

Os indivíduos assumem, portanto, de forma parcialmente consciente, estilos de vida e como parte destes é que podem ser analisados os seus hábitos. Como afirma Giddens, assumir certos riscos em favor de um estilo de vida é aceitável se isto acontecer como parte do que se define como “limites toleráveis”. Essa explicação não apresenta os atores sociais como meras vítimas das corporações e interesses econômicos, embora mantenha o papel dessas empresas dentro dos ambientes de riscos, na medida em que são incentivadoras determinantes das alternativas de estilos de vida ^{45, 100}.

É nesse cenário, portanto que as discussões sobre a garantia da promoção de um ambiente saudável por meio de ações e serviços resultantes de esforços organizados e sistematizados da sociedade, faz emergir uma nova apresentação do processo saúde-doença, objeto da saúde pública, como promotor, protetor e restaurador da saúde dos indivíduos e da coletividade ⁹⁰.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Conhecer a dinâmica do uso do fumo no Campus Darcy Ribeiro na Universidade de Brasília, em 2007.

3.2. Objetivos específicos

- 3.2.1. Conhecer o perfil epidemiológico dos professores, alunos, técnicos administrativos e prestadores de serviço, e verificar, entre os fumantes, a frequência e quantidade de fumo utilizada e os recursos financeiros gastos;
- 3.2.2. Conhecer a opinião de fumantes e de não fumantes sobre a destinação de áreas restritas para o uso do fumo;
- 3.2.3. Realizar mapeamento de áreas utilizadas pelos fumantes para o uso do fumo no campus universitário Darcy Ribeiro.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Tipo de estudo - Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal descritivo e analítico que tem como base a epidemiologia¹⁰¹.

4.2. Descrição da área de estudo - A Universidade de Brasília (UnB) localizada na Asa Norte foi inaugurada em 21 de abril de 1962. O campus foi um projeto idealizado pelo antropólogo Darcy Ribeiro, fundador e primeiro reitor da UnB, homenageado, em 1995, com o nome do campus Universitário Darcy Ribeiro¹⁰².

O campus tem 3,95 milhões de metros quadrados, desses, 463 mil de área construída. Este espaço está organizado em 396 laboratórios, 51 departamentos, 22 Institutos e Faculdades, 14 Centros, 5 decanatos, 5 órgãos complementares - Biblioteca Central, Centro de Informática, Centro de Produção Cultural e Educativa, Editora Universidade de Brasília, Fazenda Água Limpa e Hospital Universitário; 3 secretarias e um hospital veterinário. O campus ainda é composto por agências bancárias, agência dos Correios, posto de gasolina, lojas de conveniência, barbearia e sapataria, papelarias, fotocopiadoras, livraria, restaurantes e lanchonetes¹⁰².

O corpo discente, no primeiro semestre de 2007, somava um total de 20.879 alunos organizados nos 63 cursos de graduação. Na pós-graduação, o aumento no número de alunos foi significativo. Em 2004, os alunos registrados no programa eram 3.995, sendo 2.713 mestrandos e 1.282 doutorandos. Esse fenômeno também reflete

no nível dos docentes. Em 2005, dados da Secretaria de Planejamento (SPL) mostraram que, dos 1.297 dos professores da UnB, 73% eram doutores e 22% mestres. Em relação aos números do corpo técnico-administrativo, 3.663 pessoas compunham o quadro de funcionários ativos do campus, no ano de 2005¹⁰³.

Sobre os registros das áreas destinadas ao uso do fumo no campus da Universidade os dados são escassos. A prefeitura do campus declara a existência de 30 áreas limitadas provisoriamente para atender a determinação da legislação sobre o fumo vigente no país¹⁰⁴.

4.3. População do estudo - Os sujeitos envolvidos neste estudo foram professores, alunos, técnicos administrativos e prestadores de serviço da Universidade de Brasília, no segundo semestre de 2007.

4.4. Amostra – A amostra incluiu 248 sujeitos: 124 fumantes e 124 não fumantes, envolvendo as categorias descritas no item 4.3. O tamanho da amostra teve como base as entrevistas realizadas com fumantes que eram abordados por ocasião da prática tabágica. À medida que os fumantes chegavam a um determinado local, eram abordados e entrevistados; essa prática se repetia até que a pesquisadora observasse que os fumantes já entrevistados retornavam para fumar e não mais eram incluídos no estudo. Dessa forma, à medida que os mesmos fumantes retornavam para fumar e não apareciam novos sujeitos, a coleta de dados era concluída neste local. Observa-se, portanto, que a amostra foi definida de maneira aleatória. Os não fumantes também foram incluídos aleatoriamente de forma que pudessem responder questões específicas como, por exemplo, a destinação de áreas restritas para o uso do fumo.

4.5. Critérios de inclusão – Os participantes do estudo tinham necessariamente que possuir vínculo com a Universidade de Brasília. Dessa forma, outras pessoas que estivessem no campus cumprindo outros tipos de atividades não foram incluídas. Essa medida teve como objetivo garantir que os resultados encontrados pudessem retratar o assunto pesquisado da forma, a mais fidedigna possível.

4.6. Critérios de exclusão – Professores, alunos e técnicos administrativos que

não concordaram em participar do estudo.

4.7. Padrões de referência utilizados no estudo

4.7.1. Definição de Fumante - O conceito mais difundido mundialmente e adotado neste estudo teve como referência os critérios propostos pela Organização Mundial de Saúde que considera fumante o consumidor de, pelo menos, um cigarro diário por um período superior a um mês, ou aquele que cessou o uso do tabaco há pelo menos um mês. E define ex-fumante como o indivíduo que abandonou o cigarro por um espaço superior a um mês ⁹⁶. Essas definições foram utilizadas para identificar a condição em que o entrevistado estava em relação a usar ou não tabaco.

4.7.2. Definição de não fumante – Foram considerados não fumantes pessoas que de acordo com critérios da OMS ⁹⁶ nunca fizeram o uso do fumo. Dessa forma, os não fumantes foram entrevistados, seguindo os mesmos passos descritos anteriormente, visando conhecer a opinião destes sobre o direito do indivíduo fumar e a destinação de áreas restritas para os fumantes.

4.7.3. Teores químicos do cigarro – A verificação dos teores químicos de alcatrão, monóxido de carbono e nicotina foram obtidas nas embalagens das marcas de cigarros comercializadas no mercado do Distrito Federal. Dessa forma, foram comparadas as marcas usadas pelos entrevistados no sentido de se averiguar que concentrações estavam sendo necessárias para obtenção da sensação de bem estar. Segundo Carvalho, considera-se o teor máximo de 0,4 a 0,5 mg de nicotina por cigarro para que não haja dependência do uso do fumo, embora ressalte o autor que não existem limites seguros em relação a dependência ⁵².

4.8. Coleta de dados - Antes de ser aplicado o questionário foi realizado um estudo piloto envolvendo 20 estudantes do curso de enfermagem. Os estudantes foram orientados pela pesquisadora quanto aos objetivos do estudo e solicitado à colaboração para o preenchimento do questionário e também de sugestões que os entrevistados julgassem necessárias serem incorporadas ao instrumento. Foi sugerido, por exemplo, que fosse mais claro a definição de fumante, pois da forma como estava escrito poderia

gerar dúvida em relação a quem experimentou apenas uma vez o cigarro e, se nessa condição, seria classificado como fumante. Essa dúvida foi dirimida no instrumento.

O questionário continha variáveis socioeconômicas (renda individual ou familiar vigentes na época da pesquisa), demográficas (sexo, idade, ocupação, cargo na instituição e procedência), variáveis relacionadas ao fumo (frequência e tempo de uso, marca de cigarro, motivo que contribuiu para início do uso do fumo e idade na qual iniciou o hábito) e ao ambiente destinado ao uso do tabaco na universidade (respeito, delimitação e identificação das áreas, opinião sobre os fumódromos na área do campus, informações fornecidas pela universidade sobre essas áreas e conhecimento da legislação tabagística).

4.9. Fonte de coleta de dados – Os dados foram coletados por meio de entrevistas com fumantes e não fumantes.

4.10. Operacionalização do estudo - Foi realizada a identificação de áreas mapeadas pela Prefeitura do Campus e que são consideradas como “fumódromos”, embora não atendam especificações da legislação quanto ao local destinado essencialmente para o uso do fumo. Segundo o decreto nº 2.018 de 01/10/1996¹⁰⁵ que define as áreas exclusivas para fumantes, o fumódromo é caracterizado como uma área destinada aos usuários de produtos fumígenos que apresentam adequadas condições de ventilação, natural ou artificial, e de renovação de ar, de forma a impedir o acúmulo de fumaça no ambiente⁸⁷. No caso da UnB são utilizadas entradas e saídas de faculdades e institutos, restaurante universitário, biblioteca, prédio da Reitoria, entre outros, como locais para o uso do fumo.

A pesquisadora dirigia-se para o local previamente identificado onde aguardava pela chegada de um fumante e, nesse momento após cumprimentar a pessoa aproximava-se e explicava sobre os objetivos do estudo e o convidava a participar da pesquisa. O tempo de preenchimento demorava entre 6 a 10 minutos. As entrevistas foram realizadas em cada um desses locais durante um dia, das 7h30min até às 18h30min. O trabalho de campo ocorreu no período do mês de outubro a dezembro de 2007.

As áreas identificadas e trabalhadas no campus universitário foram em seqüência: Faculdade de Ciências da Saúde (FS), Faculdade de Medicina (FM), Faculdade de Educação (FE), Faculdade de Tecnologia (FT), Faculdade de Estudos Sociais Aplicados (FA), Faculdade de Educação Física (FEF), Multiuso II, Departamento de Música, Instituto de Artes, Instituto Central de Ciências (ICC) Norte, ICC Sul, ICC Central, Pavilhão Anísio Teixeira, Pavilhão João Calmon, Reitoria, Biblioteca Central (BCE) e Restaurante Universitário (RU).

4.11. Análise estatística dos dados - O programa software Epi-Info versão for Windows foi utilizado na análise dos dados.

4.12. Financiamento do projeto - Os custos com materiais de escritório (papéis e cartuchos de tinta) fotocópias e equipamentos (computador e impressora) foram custeados pela pesquisadora.

4.13. Questões Éticas - O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e aprovado (Processo nº 067/2007) (Anexo 1). Os participantes do estudo eram orientados sobre os objetivos da pesquisa e aqueles que aceitavam fazer parte eram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2) e passavam a responder perguntas do questionário (Anexo 3).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os entrevistados do estudo envolveram categorias da comunidade universitária, professores, alunos e funcionários, como técnicos administrativos e prestadores de serviços. Foram entrevistados 124 fumantes visando obter conhecimento sobre a dinâmica do uso do fumo, e mais 124 pessoas que não faziam o uso do tabaco; esse grupo foi formado visando responder questões específicas, como exemplo, a opinião sobre a destinação de áreas restritas para fumantes. Na Tabela 1 é mostrado o perfil dos entrevistados de acordo com a categoria, por sexo, faixa etária, estado civil e procedência.

Verifica-se na Tabela 1 que a maioria dos entrevistados são homens, 138 (56,0%) em todas as categorias, com exceção dos outros representantes de bolsistas técnicos (05), ex-alunos (02), estagiários (03), terceirizado (01), trabalhador autônomo (01) e 2 entrevistados que não declararam a ocupação.

Em relação às faixas etárias dos entrevistados, os professores em sua maioria, 3 (25%) situaram-se nos intervalos entre 31 a 35, e 3 (25,0%), entre 41 a 45 anos; entre os alunos, a maior proporção verificada foi entre 15 a 20, 63 (43,8%), seguidos da faixa etária entre 21 a 25 anos, 59 (41,0%); os técnicos administrativos compreendem a maior parte entre os \geq 51 anos, 15 (42,8%), seguidos de 46 a 50 anos, 13 (37,2%). Os prestadores de serviços se situaram entre 26 a 30 anos, 12 (27,9%); na representação da categoria outros, a maior participação verificada foi entre 15 a 20 anos, 5 (35,7%), seguidos de 21 a 25 anos 4 (28,6%). Observa-se sobre o estado civil

dos entrevistados que 5 (41,7%) professores declararam-se casados e 5 (41,7%) solteiros; entre os alunos, 134 (93%) declararam-se solteiros; 25 (71,4%) técnicos administrativos declaram-se casados, e entre os prestadores de serviço essa proporção foi de, 20 (46,5%) casados.

Tabela 1 – Perfil epidemiológico dos professores, alunos, técnicos administrativos, prestadores de serviços e outros representantes, segundo sexo, faixa etária, estado civil e procedência, Universidade de Brasília, em 2007.

Variáveis	Professores		Alunos		Técnicos administrativos		Prestadores de serviço		Outros	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Sexo										
Feminino	02	16,7	70	48,6	08	22,9	21	48,8	08	57,1
Masculino	10	83,3	74	51,4	27	77,1	22	51,2	06	42,9
Total	12	100,0	144	100,0	35	100,0	43	100,0	14	100,0
Faixa etária										
15 – 20	-	-	63	43,8	-	-	02	4,6	05	35,7
21 – 25	02	16,7	59	41,0	-	-	05	11,6	04	28,6
26 – 30	02	16,7	15	10,4	-	-	12	27,9	02	14,4
31 – 35	03	25,0	05	3,4	-	-	05	11,6	01	7,1
36 – 40	01	8,3	01	0,7	03	8,6	04	9,4	-	-
41 – 45	03	25,0	-	-	04	11,4	07	16,3	01	7,1
46 – 50	01	8,3	-	-	13	37,2	03	7,0	-	-
≥ 51	-	-	01	0,7	15	42,8	05	11,6	01	7,1
Total	12	100,0	144	100,0	35	100,0	43	100,0	14	100,0
Estado civil										
Solteiro	05	41,7	134	93,0	03	8,6	19	44,2	10	71,4
Casado	05	41,7	06	4,2	25	71,4	20	46,5	04	28,6
Separado	02	16,7	03	2,1	07	20,0	02	4,7	-	-
Viúvo	-	-	-	-	-	-	02	4,7	-	-
Não declarou	-	-	01	0,7	-	-	-	-	-	-
Total	12	100,0	144	100,0	35	100,0	43	100,0	14	100,0
Procedência										
Brasília	04	33,4	69	47,9	12	34,3	02	4,7	04	28,6
Cidades satélites	07	58,3	69	47,9	18	51,4	31	72,0	07	50,0
Regiões do entorno	-	-	06	4,2	05	14,3	10	23,3	03	21,4
Outros estados	01	8,3	-	-	-	-	-	-	--	-
Total	12	100,0	144	100,0	35	100,0	43	100,0	14	100,0

Na Tabela 1, verifica-se que a maioria dos entrevistados, 132 (53,2%) reside em alguma das vinte e nove regiões administrativas do Distrito Federal[§] (DF) e envolve representantes de todas as categorias, conforme descrito a seguir: 7 (58,3%) professores; 69 (47,9%) alunos, 18 (51,4%) técnicos administrativos, 31 (72,0%) prestadores de serviços e 7 (50,0%) dos demais representantes.

Observa-se que as categorias pesquisadas, professores, alunos, técnicos administrativos e prestadores de serviço apresentam em cada quadro distintas características em relação ao tempo de trabalho e também em relação às faixas etárias. No caso dos professores verificou-se um quadro menos envelhecido em relação aos técnicos administrativos e estes em relação aos prestadores de serviço podendo indicar que no caso dos docentes, a viabilização pelo governo de concursos públicos tem suprido, ainda que de forma precária o preenchimento de vagas disponíveis, principalmente, em decorrência das aposentadorias; os professores substitutos são contratados visando à complementação do quadro que é extremamente deficitário. Os alunos, por ingressarem semestralmente na universidade permanecem temporariamente na instituição até a conclusão de seus cursos de graduação, por isso, representam a frequência mais expressiva e é a categoria mais jovem.

Em relação ao estado civil, verificou-se que entre os professores, a maioria deles declarou-se casada, o mesmo ocorrendo com os técnicos administrativos e os prestadores de serviços; na categoria outros e alunos a maioria declarou-se solteira; em relação a procedência dos entrevistados verificou-se que em todas as categorias a maioria referiu residir em alguma das cidades satélites.

Em relação ao grupo de fumantes, na Tabela 2 são mostradas as características demográficas, como o sexo, faixa etária, estado civil e procedência. Verifica-se que dos 124 fumantes, 73 (58,9%) são homens e 51 (41,1%) mulheres; em relação à faixa etária

[§] Gama, Taguatinga, Brazlândia, Sobradinho, Planaltina, Paranoá, Núcleo Bandeirante, Ceilândia, Guará, Cruzeiro, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Recanto das Emas, Lago Sul, Riacho Fundo, Lago Norte, Candangolândia, Águas Claras, Riacho Fundo II, Sudoeste e Octogonal, Varjão, Parkway, SCIA, Sobradinho II, Iatapoã, SAI^{106, 107}.

31 (25,0%) situaram-se entre 21 a 25 anos e 26 (21,0%) entre 15 a 20 anos; em relação ao estado civil 77 (62,1%) declaram-se solteiros e 65 (52,4%) referiram morar em alguma das cidades satélites do Distrito Federal.

Tabela 2 - Distribuição dos fumantes segundo sexo, faixa etária, estado civil e procedência, Universidade de Brasília, em 2007.

Variáveis	Fumantes	
	n	%
Sexo		
Feminino	51	41,1
Masculino	73	58,9
Total	124	100,0
Faixa etária		
15 a 20	26	21,0
21 a 25	31	25,0
26 a 30	19	15,3
31 a 35	09	7,2
36 a 40	05	4,0
41 a 45	12	9,8
46 a 50	08	6,4
Maior que 51	14	11,3
Total	124	100,0
Estado civil		
Solteiro	77	62,1
Casado	35	28,2
Separado	11	8,9
Viúvo	01	0,8
Total	124	100,0
Procedência		
Brasília	49	39,6
Cidades satélites	65	52,4
Região do entorno	10	8,0
Total	124	100,0

Os fumantes, em todas as categorias os homens destacaram-se na prática tabágica e a faixa etária mais freqüente verificada foi 21 e 25 anos e os que mais fumavam eram os residentes de cidades satélites.

Considerando os resultados apresentados, os dados brasileiros mostram que os

homens apresentam prevalências mais elevadas para o tabagismo do que as mulheres¹. Entretanto, há estudos que apontam uma lenta tendência de redução da prevalência de tabagismo entre os homens, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, e em relação às mulheres, na maioria dos países, há tendência de aumento do tabagismo^{3, 108, 109}. Porém no presente estudo, embora a maior proporção dos entrevistados fumantes fossem homens, não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) em relação à distribuição dos fumantes por sexo, uma vez que 139 (56,0%) dos entrevistados do estudo eram homens.

O fato da maioria dos fumantes residirem em cidades satélites e ter que percorrer grandes distância até a universidade, em meio a constantes engarrafamentos, pode ser fator que contribua para a ocorrência de estresse e assim ser um fator que pode estar servindo como estimulador para o uso do fumo.

Em relação ao uso do fumo associado à percepção de estresse, um estudo realizado pela Universidade Federal de Pernambuco mostra que é a proporção de sujeitos que referem níveis elevados de estresse é 7,5% maior entre o grupo dos fumantes do que entre os não fumantes¹¹⁰. Nesse sentido, o fumante argumenta que o uso do fumo ameniza as situações de estresse e ajuda no seu auto-controle, modulando as emoções e facilitando a interação social, a busca de sensação de bem estar e o enfrentamento de situações que geram o estresse¹¹¹.

Na Tabela 3 é mostrada a distribuição dos fumantes de acordo com a ocupação e o ambiente em que os entrevistados exercem suas atividades. Para tanto, considerou-se ambiente de trabalho um conjunto de fatores interdependentes, físicos ou organizacionais, que atua direta e indiretamente na qualidade de vida das pessoas e nos resultados dos seus trabalhos¹¹². Destaca-se ainda que o ambiente de trabalho deve ser sadio, seguro e agradável, seja ele um laboratório, escritório ou mesmo uma área de trabalho em campo livre. Na medida do possível, os entrevistados fumantes foram alocados de acordo com o local em que desempenhavam suas atividades. Dependendo da função que exerciam alguns fumantes não puderam ser rigorosamente

distribuídos por ambiente fechado, semi-aberto e aberto por estarem em constantes deslocamentos, a exemplo das funções de copeira, estudantes e pedreiros.

Tabela 3 – Distribuição dos fumantes de acordo com a atividade exercida e o ambiente de trabalho, Universidade de Brasília, em 2007.

Ambientes/ Ocupação profissional	Fumantes	
	n	%
Fechado		
Advogado	01	4,0
Agente de viagem	01	4,0
Analista de sistemas	01	4,0
Assessor	03	12,0
Designer	02	8,0
Servidor público	11	44,0
Técnico administrativo	03	12,0
Técnico de laboratório	03	12,0
Total	25	100,0
Semi-aberto		
Bolsista	05	5,7
Engenheiro	01	1,1
Estagiário	03	3,4
Estudante	65	73,9
Ex-aluno	02	2,3
Copeira	03	3,4
Professor	07	8,0
Técnico de assuntos educacionais	01	1,1
Trabalhador autônomo	01	1,1
Total	88	100,0
Aberto		
Agente de serviços gerais	03	27,2
Pedreiro	02	18,2
Segurança	06	54,6
Total	11	100,0

De acordo com a Tabela 3, os fumantes na sua maioria circulavam por ambientes semi-abertos 88 (71,0%) sendo que os alunos, 65 (73,9%) tiveram a maior participação nesse ambiente. Esse resultado pode ser atribuído ao fato dos estudantes deslocarem-se constantemente pelos amplos espaços da universidade visando o

cumprimento de suas atividades escolares. Verifica-se ainda na Tabela 3 que 25 (20,1%) dos entrevistados estão lotados em áreas fechadas e apenas 11 (8,9%) em ambientes considerados abertos.

Verificou-se, portanto, que na Universidade, os fumantes, de acordo com as suas ocupações e atividades estão alocados em diferentes ambientes que podem ser caracterizados como fechados, a exemplo os laboratórios e repartições burocráticas onde geralmente atuam técnicos, advogados, administradores e assessores. No prédio da Reitoria, foi registrado o maior número de fumantes, especificamente em gabinetes da alta administração que abriga gabinetes do reitor e do vice, decanatos e diretorias, assim, é possível que esteja havendo uma confluência de fatores como excesso de carga de trabalho, salários defasados e ambientes não adequados ergonomicamente, entre outros, que possam estar contribuindo para a geração de estresse nos trabalhadores, justificando dessa forma a magnitude elevada de fumantes nesse ambiente.

Nos ambientes semi-abertos como corredores, lanchonetes e rampas de acesso, os fumantes foram representados pelos professores e estudantes, os quais estão freqüentemente se deslocando para o cumprimento de suas atividades escolares. Nesse ambiente, proporcionalmente, detectou-se o maior número de fumantes; essa condição também é verificada entre outros profissionais, como as copeiras, que estão em constante deslocamento para o cumprimento de suas demandas. Nos ambientes abertos, os fumantes são profissionais como funcionários da higiene, seguranças e pedreiros. Verifica-se, portanto, que em cada ambiente o fumo é usado, provavelmente de acordo com a disponibilidade de tempo e conveniência do fumante, em que pese, a proximidade da prática do tabagismo junto de não fumantes.

Considerando, portanto, os fumantes de acordo com alocação, verifica-se que 65 (52,4%) do grupo eram formados por estudantes. Entre os cursos que mais tiveram representantes fumantes por ordem de magnitude de prevalências de tabagismo foram: Pedagogia, 7 (10,8%); Ciências Políticas, 5 (7,7%); Letras, 5 (7,7%); Engenharias, 4 (6,1%); Agronomia, 4 (4,6%); Farmácia, 3 (4,6%); Filosofia, 3 (4,6%) e, História, 3

(4,6%). Os semestres com o maior número de fumantes foi o terceiro com 9 (13,8%) estudantes, o oitavo com 8 (12,3%) e, o primeiro com 7 (10,8%). Sobre esses achados, uma pesquisa semelhante realizada na Universidade de Brasília em 2003 mostra que os cursos com maior prevalência de tabagismo foram: Geologia (32,9%), Comunicação (26,3%), História (24,4%), Engenharias (19,4%) e com menor freqüência os cursos da área da saúde, e 51,9% da amostra cursavam até o quinto semestre, enquanto 48,1% do sexto em diante ⁴⁸.

A magnitude dos resultados encontrados em relação aos cursos comparados com os achados da literatura mostram que na América Latina 43,6% dos universitários com menos de 20 anos disseram-se tabagistas em atividade, e, e um estudo realizado com os alunos de Brasília, a prevalência encontrada foi de 28,7% ¹⁰⁹. Portanto, embora as prevalências detectadas na literatura e no estudo sejam variáveis, possui em comum o fato de envolver adultos jovens e que geralmente estão sob pressão no exercício de suas atividades, o que, em parte, poderia explicar as elevadas prevalências de fumantes. Ademais, como os fumantes são adultos jovens, essa condição pode indicar que por ser uma situação considerada persistente, as possibilidades de abandono do fumo podem ser remotas.

Em relação aos espaços usados para o uso do fumo no campus universitário, na Figura 4, é mostrado de forma esquemática o campus universitário Darcy Ribeiro e os principais locais utilizados pelos fumantes na Universidade de Brasília e a incidência de fumantes nos referidos espaços.

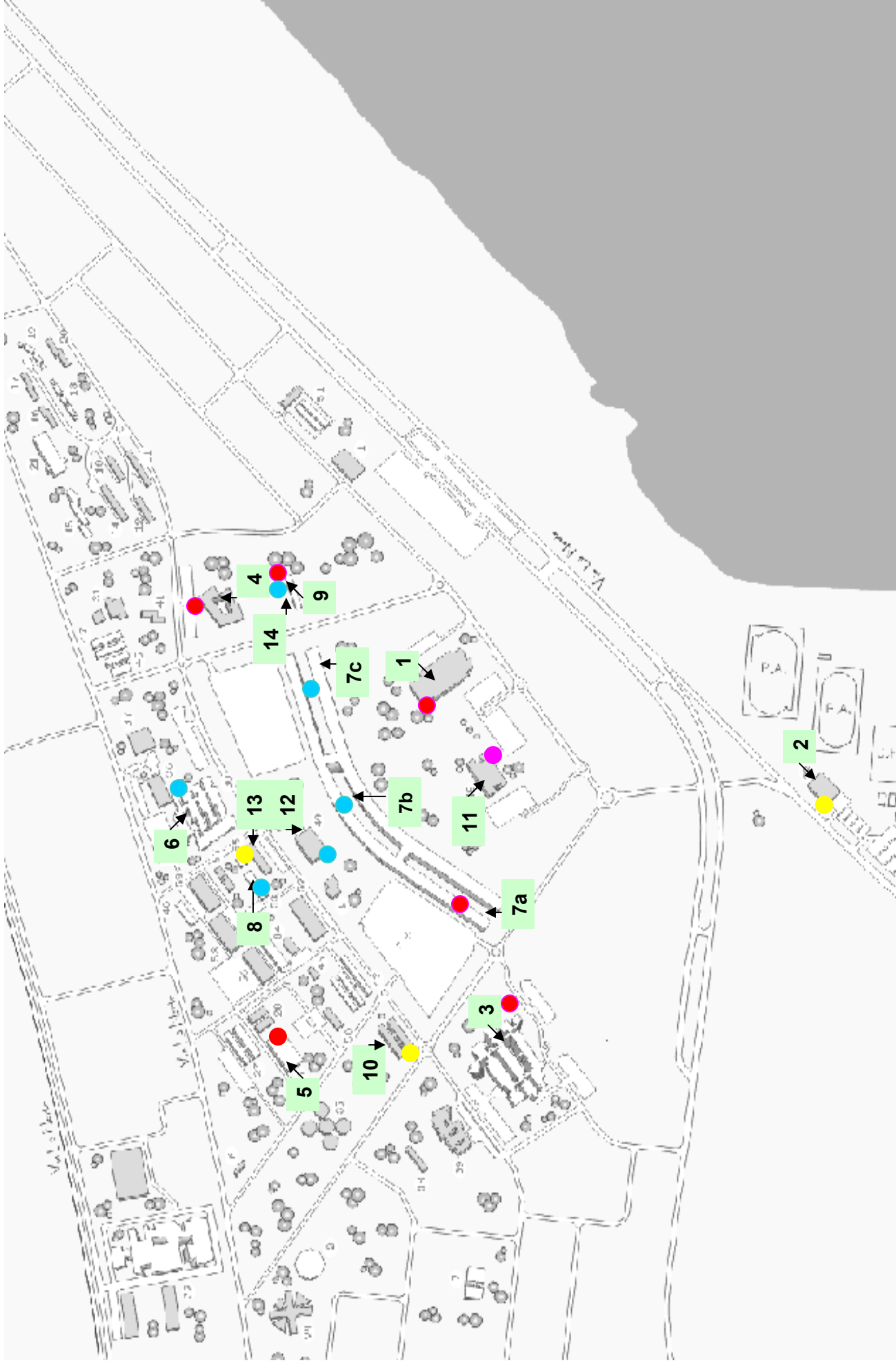







Figura 4 – Localização dos espaços que os fumantes utilizam para o uso do fumo no Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, em 2007.
Fonte: Adaptação do Guia Arquitetônico da Universidade de Brasília¹¹³.

Legenda 1 – Locais do campus universitário Darcy Ribeiro

1	Biblioteca Central
2	Escola de Educação Física
3	Faculdade de Ciências da Saúde/ Faculdade de Medicina
4	Faculdade de Estudos Sociais Aplicados
5	Faculdade de Educação
6	Faculdade de Tecnologia
7a	Instituto Central de Ciências Sul
7b	Instituto Central de Ciências Central
7c	Instituto Central de Ciências Norte
8	Complexo de Artes e Instituto de Artes
9	Pavilhão Anísio Teixeira
10	Pavilhão de Múltiplos Usos II
11	Reitoria
12	Restaurante Universitário
13	Departamento de Música
14	Pavilhão João Calmon

Legenda 2 – Distribuição do número de fumantes

	1 a 4
	5 a 8
	9 a 12
	13 a 16
	

Na Figura 4, verifica-se que a maioria dos fumantes entrevistados encontrava-se no prédio da Reitoria, 15 (12,1%), seguidos por 11 (8,9%) na Biblioteca Central e 11 (8,9%) no ICC Sul e 10 (8,1%) no Pavilhão Anísio Teixeira. Os demais fumantes estavam distribuídos na Faculdade de Estudos Sociais Aplicados, 09 (7,3%); Faculdade de Educação, 09 (7,3%); Faculdade de Ciências da Saúde e Faculdade de Medicina, 09 (7,3%); Pavilhão João Calmon, 08 (6,5%); Restaurante Universitário, 08 (6,5%); Faculdade de Tecnologia, 07 (5,6%); ICC Norte, 07 (5,6%); Instituto de Artes, 07 (5,6%); ICC Central, 06 (4,8%); Faculdade de Educação Física, 03 (2,4%); Multiuso II, 03 (2,4%) e Departamento de Música, 01 (0,8%).

Esses espaços são freqüentados pelos fumantes que os utilizam como fumódromos, embora não possuam efetivamente características de áreas restritas, pois, são locais comuns e de livre circulação de membros da comunidade universitária. Vários desses espaços localizam-se junto à ambientes fechados, e o fumante comumente, ausenta-se de seu local de trabalho para fumar nas proximidades do setor ao qual está vinculado. Verificou-se nesses ambientes a maior incidência de fumantes, o que provavelmente pode ser atribuído ao estresse decorrente do confinamento em gabinetes, como é o caso do prédio da Reitoria, e a carga de trabalho exigida nesses setores.

O fato do uso do fumo próximo a locais fechados é preocupante, uma vez que os efeitos do tabagismo passivo, na maioria das vezes, são decorrentes da exposição à poluição tabagística no ambiente de trabalho durante o exercício das atividades laborais, o que é considerado um desrespeito a legislação brasileira que proíbe fumar em ambientes públicos fechados. No Reino Unido, estima-se que o número de mortes por tabagismo passivo, entre trabalhadores no ambiente de trabalho, seja três vezes maior do que outras causas ocupacionais ²⁸.

Considerando a inexistência de locais restritos para a prática do tabagismo na Universidade de Brasília, o fumante utiliza de forma improvisada determinados locais para o uso do fumo. Os espaços são geralmente de acesso comum por membros das categorias universitária e dessa forma, transitam tanto os fumantes quanto os não

fumantes, que involuntariamente ficam expostos à fumaça de cigarro. Para a indústria, isso não é motivo de se tentar controlar o uso do fumo, pois, estaria sendo violado o direito dos fumantes e que tentativas dessa natureza seriam inviáveis ou desnecessárias. Entretanto, a maioria dos fumantes declara a intenção de parar de fumar, mas que não fazem em decorrência da dependência causada pela nicotina.

A atitude não louvável da indústria, passa ao largo na medida em que não informa de maneira clara sobre os riscos do fumo para a saúde de seus clientes, os fumantes. A exposição de não fumantes em decorrência de hábitos praticados por terceiros põe em xeque seu direito de poder respirar ar livre de fumaça tendo como consequência o risco de danos à saúde coletiva dos indivíduos. Para tanto, a instituição tem o dever de criar áreas restritas, de acordo com a legislação, para aqueles que desejarem fumar e, possam fazer sem causar danos aos que optam por não fumar. Além disso, promover campanhas de esclarecimento que envolva a comunidade universitária, com ênfase na atenção aos jovens a partir da capacitação e sensibilização dos professores.

Os entrevistados fumantes e não fumantes foram questionados quanto à divulgação dos espaços destinados ao uso do fumo no campus; dos 248 entrevistados, 188 (75,8%) informaram não ter recebido nenhuma informação, sendo 94 (50,0%) fumantes e 94 (50,0%) não fumantes. Entre os 57 (23,0%) sujeitos que declararam já ter recebido algum informativo, 54 (94,7%) foi por meio de cartazes, panfletos e placas.

Em relação aos espaços exclusivos para os fumantes, 177 (71,3%) dos entrevistados declararam que estes locais não são identificados, desses, 82 (46,3%) eram fumantes e 95 (53,7%) não fumantes; 188 (76,2%) sujeitos afirmam ainda não existir uma adequada delimitação espacial das áreas no campus, a favor desse argumento, 92 (48,9%) fumantes e 96 (51,1%) não fumantes, e, 148 (59,7%) do total de entrevistados, sendo 66 (44,6%) fumantes e 82 (55,4%) não fumantes, consideraram que os espaços exclusivos para os fumantes são pouco respeitados.

Com referência a legislação que trata sobre espaços destinados ao uso do fumo, a maioria das pessoas, 217 (87,5%), referiu conhecer a lei que trata sobre a proibição

do fumo em locais públicos, desses 112 (90,3%) fumantes e 105 (84,6%) não fumantes. Porém, somente 46 dos entrevistados (18,5%), 25 (20,1%) fumantes e 21 (17,0%) não fumantes tinham clareza em relação ao conteúdo da lei.

Em relação à ocorrência de experimentação de cigarros no campus universitário, 170 (68,5%) afirmaram terem usado pelo menos um cigarro na vida. Desse total, 130 (90,9%) pessoas, entre fumantes e ex-fumantes, declararam já terem fumado pelo menos 100 cigarros em toda a sua vida, enquanto apenas 13 (9,1%) negaram essa possibilidade. Considerando o relato dos entrevistados, a idade média para o início do uso do fumo foi de 16 anos, moda de 18 anos e início mais precoce aos 7 anos e o mais tardio aos 35 anos. Todos os sujeitos afirmaram fazer uso apenas de cigarros de papel.

Sobre a experimentação de cigarros, estudos apontam que 39,0% das pessoas já usaram tabaco pelo menos uma vez na vida ¹¹⁴. Dados brasileiros fornecidos pelo I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas reforçam que, 50,0% dos brasileiros fumaram pelo menos uma vez na vida, sendo 9,0% dependentes ⁶⁴. A maioria dos fumantes, 90,0%, iniciaram o consumo até os 19 anos de idade, sendo a média do primeiro contato com o cigarro aos 14 anos ¹⁰⁸. Reforçando essa informação, as pesquisas mais recentes mostram que é na adolescência que se encontra o grupo de maior risco para a iniciação do tabagismo ²⁴.

Quanto ao uso de cigarros pelas categorias, 115 (92,7%) dos entrevistados afirmaram manter uso diário, enquanto que 09 (7,3%) negaram o uso diariamente. A média de tempo, em anos, de uso diário do cigarro relatada pelos entrevistados foi de 12 anos, moda de 4, variando de 1 a 53 anos. Na Figura 5 é mostrado a distribuição dos fumantes por sexo de acordo com o tempo de utilização do fumo.

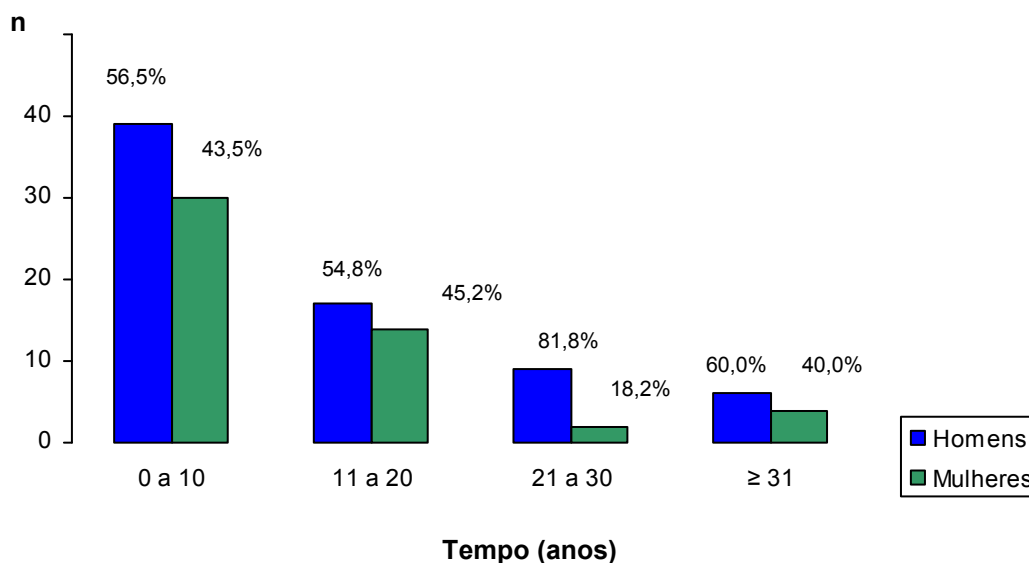


Figura 5 – Distribuição dos fumantes por sexo e o tempo de utilização do fumo, Universidade de Brasília, em 2007.

Na Figura 5, verifica-se que o tempo de uso do fumo, em todos os intervalos teve predomínio dos homens, e que com o aumento dos anos, o consumo diminuiu progressivamente para ambos os sexos. O tempo de uso médio do fumo para os homens foi de 13 anos e para as mulheres foi de 11 anos. A maior parte dos homens e das mulheres declararam utilizar o fumo entre 1 e 10 anos, 39 (32,2%) e 30 (24,8%), respectivamente.

Na Figura 6 é mostrado a distribuição das marcas de cigarros de acordo com o tempo de uso do fumo, sendo possível identificar as marcas de uso mais prolongado.

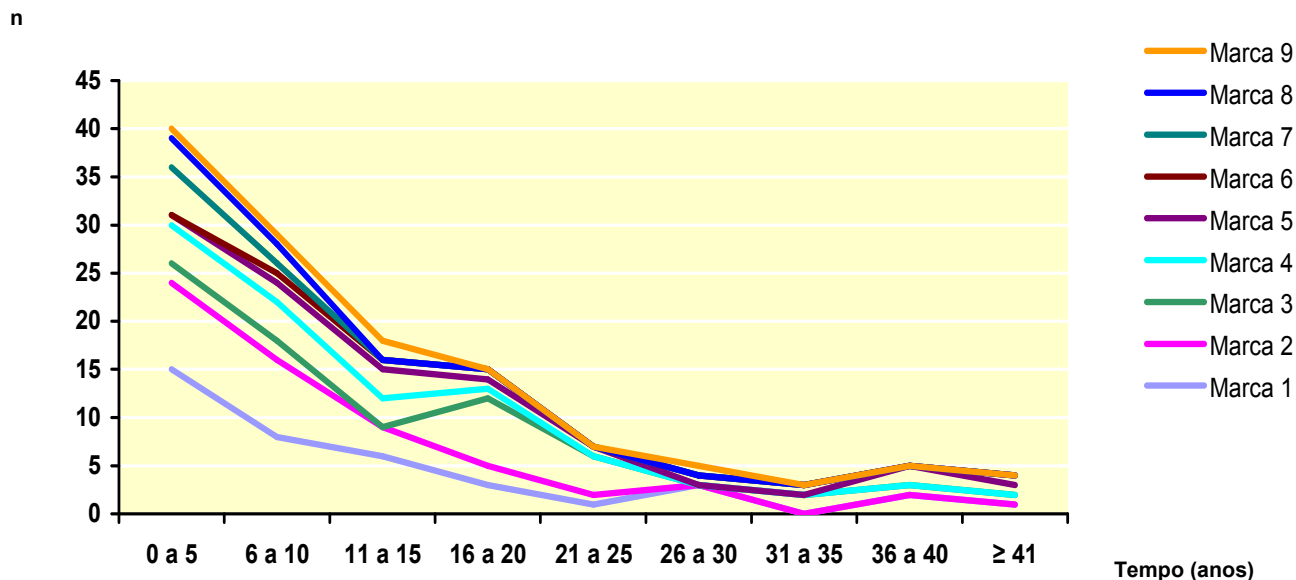


Figura 6 – Distribuição das marcas de cigarros de acordo com o tempo de uso do fumo, Universidade de Brasília, em 2007.

Observa-se na Figura 6 que entre as marcas associadas ao uso mais prolongado do fumo estão as Marcas 2, 4, 5 e 9. Essas quatro marcas são as que possuem teores químicos mais elevados conforme pode ser observado na Tabela 5.

Em relação ao tempo gasto em média pelos fumantes com o hábito de fumar houve variação de três a oito minutos, conforme observado pela pesquisadora. Esse tempo ainda pode ser maior dependendo da distância percorrida pelo entrevistado até o espaço escolhido por ele para o uso do fumo. Considerando essa informação e que um terço do número de cigarros consumidos pelos fumantes seja no ambiente de trabalho e, a média do número de cigarros diários usados seja 14, o tempo gasto por um fumante durante o expediente de trabalho seria de 20 minutos diários, 100 minutos semanais e 400 minutos mensais. Dessa forma, de acordo com a Lei nº 8.112/1990¹¹⁵, que estabelece a carga horária diária de 8 horas para o funcionalismo público, 3,75% do tempo diário de trabalho do técnico administrativo, por exemplo, estaria sendo utilizado para o uso do fumo.

Dessa maneira, é possível inferir que as pessoas interrompem as suas atividades várias vezes por dia, deixando dessa maneira de cumprir integralmente seu contrato de trabalho. Nessa situação persistente, o fumante deixa de trabalhar um período de tempo considerável e embora esteja recebendo remuneração compatível com a carga horária contratual deixa de cumprir integralmente seu compromisso com a instituição, enquanto que os alunos provavelmente deixam de utilizar todo seu potencial acadêmico.

Considerando as razões que levaram os entrevistados a iniciarem o uso do fumo, na Tabela 4 é mostrada a distribuição dos motivos de acordo com as categorias, professores, alunos, técnicos administrativos, prestadores de serviços e outros representantes.

Tabela 4 – Distribuição dos motivos que levaram os fumantes ao início do uso do fumo, de acordo com as categorias, professores, alunos, técnicos administrativos, prestadores de serviços e outros representantes, Universidade de Brasília, em 2007.

Motivos	Professores		Alunos		Técnicos administrativos		Prestadores de serviços		Outros	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Curiosidade	02	18,2	26	30,9	02	7,1	07	25,0	01	11,1
Influência de amigos	03	27,3	18	21,5	03	10,7	06	21,4	-	-
Influência dos pais	01	9,0	06	7,1	02	7,1	07	25,0	02	22,3
Vontade própria	01	9,0	11	13,0	03	10,7	01	3,6	-	-
Outros*	04	36,4	23	27,5	18	64,4	07	25,0	06	66,6
Total	11	100,0	84	100,0	28	100,0	28	100,0	09	100,0

* Efeito de propaganda, acender o primeiro cigarro, ansiedade, estresse, auto-afirmação, festas, prazer, relacionamentos, encenação teatral.

Conforme mostrado na Tabela 4, os professores alegaram que a principal influência para o tabagismo atual foi o convívio com amigos fumantes, 03 (27,3%), enquanto que os alunos declararam a curiosidade como principal motivo para o início do uso do fumo, 26 (30,9%). Entre os técnicos administrativos verificou-se que tanto a influência de amigos, 03 (10,7%), quanto à vontade própria, 03 (10,7%), foram os fatores que contribuíram para a incorporação do hábito de fumar; entre prestadores de

serviços, a curiosidade e a influência dos pais, 7 (25,0%) foram, respectivamente, os fatores que contribuíram para o adoção do hábito de fumar.

Dessa maneira, percebe-se de forma clara que para uma pessoa começar a fumar é necessário a existência de um ou mais fatores que formam um conjunto de elementos motivadores e desencadeadores para a incorporação do hábito de fumar.

Na literatura é verificado uma série de fatores que contribuem para a iniciação do uso do fumo, tais como convívio com familiares fumantes, amigos fumantes, aceitação social e publicidade das indústrias de cigarros ¹⁰⁸. Os estudos mostram que há falta de consenso sobre a influência dos pais no tabagismo dos filhos. Entretanto, esse comportamento pode facilitar o tabagismo nos filhos, tanto pelo exemplo de comportamento quanto pela disponibilidade de cigarros no lar, além de fornecer estímulos bioquímicos aos receptores nicotínicos dos filhos ^{24, 109}.

Sobre a convivência com as pessoas que tinham o hábito de fumar, 148 (59,7%) dos entrevistados informaram terem contato com algum fumante, enquanto 98 (39,5%) relataram não conviver com fumantes, e, apenas 2 (0,8%) se abstiveram em responder a questão. Das 148 pessoas, 84 (56,7%) eram fumantes e 64 (43,3%) não fumantes. Sobre o vínculo existente com a pessoa que tem o hábito de fumar, a maioria informou serem amigos, 56 (37,8%), familiares, 50 (33,7%); colegas de trabalho, 22 (14,7%); companheiros, 14 (9,4%); entre outros vínculos, 3 (2,2%); e, 3 (2,2%) pessoas que se abstiveram em responder a questão.

Em relação aos 19 (7,7%) entrevistados do estudo que se declararam ex-fumantes, 11 (57,9%) relataram consumo diário no passado, com média de 13 cigarros ao dia e abandonaram o vício em média há 9 anos, a maioria com 27 anos de idade. Entre os motivos que levaram os entrevistados a cessarem o uso do tabaco, foram os adesivos com nicotina, 4 (21,0%); problemas de saúde, 3 (15,8%); prática de esportes, 2 (10,5%); perda da vontade de fumar, 2 (10,5%); consciência dos males do cigarro, 2 (10,5%); enjôo, 2 (10,5%); gravidez, 1 (5,2%); religião, 1 (5,2%); medo 1 (5,2%), e, força de vontade 1 (5,2%). Em outro estudo realizado na UnB em 2003, os motivos que levaram os fumantes a deixarem de fumar, foi em 84,5% a força de vontade, os demais

motivos relatados, como chicletes ou discos de nicotina, prática de esporte, gravidez e perda da vontade de fumar, constituíram apenas 3,4% das respostas ⁴⁷.

Verifica-se que entre os ex-fumantes os motivos para o abandono do fumo variaram desde o uso de adesivos até a religião, e que, o desejo de abandonar o hábito de fumar foi freqüente, para tanto, essa condição, para ser alcançada, depende de uma série de medidas, especialmente da vontade do indivíduo e de uma rede de apoio que envolva a assistência multidisciplinar. Segundo Sawicki (2004), medidas para a cessação do tabagismo devem ser incentivadas, entre elas, a dinâmica grupal ou individual, as intervenções cognitivo-comportamental, psico-educacional e farmacológicas, todas essas interligadas em um contexto multidisciplinar ²⁵.

Em referência as marcas de cigarros comercializadas no Distrito Federal, na Tabela 5 são mostradas a distribuição das marcas de cigarros de acordo com a concentração e variação de teores químicos, conforme descrição a seguir: alcatrão 6 a 10 mg; monóxido de carbono 6 a 10 mg e nicotina, 0,5 a 1,0 mg.

Tabela 5 - Marcas de cigarros utilizadas por fumantes e teores químicos, na Universidade de Brasília, em 2007.

Marcas	Alcatrão (mg)	Monóxido de carbono (mg)	Nicotina (mg)	Usuários	
				n	%
Marca 1	8	9	0,7	40	31,2
Marca 2	10	10	0,8	23	18,0
Marca 3	6	8	0,6	20	15,6
Marca 4	10	10	0,8	12	9,4
Marca 5	6	6	0,5	11	8,6
Marca 6	8	9	0,7	06	4,7
Marca 7	6	7	0,8	06	4,7
Marca 8	10	10	1,0	05	3,9
Marca 9	8	9	0,7	05	3,9
Total	-	-	-	128	100,0

Verifica-se na Tabela 5 que as marcas 8, 2 e 4 são as que possuem os maiores teores de alcatrão, monóxido de carbono e nicotina, seguidas das marcas 1, 6 e 9. A maioria dos fumantes referiu usar marcas com teores químicos mais elevados, como a Marca 1, 40 (31,2%) e a Marca 2, 23 (18,0%). Destaca-se que as marcas de preferência dos fumantes possuem concentrações com o dobro do limite máximo para não causar dependência (0,4 mg) no consumidor^{53, 69}. Dessa forma, é possível considerar que os fumantes que usam marcas com concentração de teores químicos elevados podem estar ou passar para uma condição de dependência, contudo, para essa averiguação faz-se necessário que outros elementos sejam analisados nesse contexto.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) responsável por estabelecer os teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono na corrente primária de fumaça dos cigarros comercializados no Brasil, descreve na Resolução Sanitária n.º 46, os limites máximos de 10 mg/cig, 1 mg/cig e 10 mg/cig, respectivamente⁶⁵. Dessa maneira, as marcas comercializadas no país possuem respaldo legal para as suas atuais concentrações de teores químicos nos cigarros. Essa constatação é no mínimo conflitante em que pese, haver embasamento legal para a comercialização de cigarros com teores químicos elevados e deixa em segundo plano a saúde individual e coletiva em face de interesses outros em que o Estado tem o dever e obrigação de intervir.

Ainda em relação ao uso do fumo, existem linhas de pesquisa que defendem que mesmo com a tentativa de controle das dosagens dos componentes químicos do cigarro pelos órgãos competentes os resultados na prática são nulos. Os fumantes acabam ajustando o seu modo de fumar pela chamada “compensação” para manter as concentrações de nicotina no sangue e no cérebro que sua dependência orgânica exige. Observa-se claramente essa ocorrência quando os fumantes optam pelos cigarros de baixos teores químicos⁵². Portanto, segundo a OPAS, cigarros com baixos teores de nicotina são tão prejudiciais à saúde do fumante quanto os cigarros comuns, já que para obter mais nicotina, os fumantes fumam de modo diferente, o que faz com que absorvam mais nicotina¹¹⁶.

Na Tabela 6 verifica-se a distribuição das marcas e a quantidade de cigarros de acordo com as categorias professores, alunos, técnicos administrativos, prestadores de serviços e outros representantes.

Tabela 6 – Distribuição dos fumantes de acordo com as categorias, números de cigarros usados por dia e respectivas marcas, Universidade de Brasília, em 2007.

Número de Cigarros	Marca 1		Marca 2		Marca 3		Marca 4		Marca 5		Marca 6		Marca 7		Marca 8		Marca 9	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Professores																		
1 a 10	01	50,0	01	50,0	02	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11 a 20	01	50,0	01	50,0	02	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21 a 30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Acima de 31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	02	100,0	02	100,0	04	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alunos																		
1 a 10	12	52,1	08	42,1	01	33,3	04	44,4	-	-	-	-	-	-	04	80,0	-	-
11 a 20	10	43,4	11	57,9	01	33,3	04	44,4	-	-	-	05	100,0	01	20,0	-	-	-
21 a 30	-	-	-	-	01	33,4	-	-	-	-	01	100,0	-	-	-	-	-	-
Acima de 31	01	4,5	-	-	-	-	01	11,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	23	100,0	19	100,0	03	100,0	09	100,0	-	-	01	100,0	05	100,0	05	100,0	-	-
Técnicos administrativos																		
1 a 10	01	16,6	01	100,0	02	28,5	02	66,7	-	-	-	-	-	-	-	-	01	100,0
11 a 20	04	66,8	-	-	04	57,1	-	-	01	50,0	01	50,0	-	-	-	-	-	-
21 a 30	-	-	-	-	-	-	-	-	01	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Acima de 31	01	16,6	-	-	01	14,4	01	33,3	-	-	01	50,0	-	-	-	-	-	-
Total	06	100,0	01	100,0	07	100,0	03	100,0	02	100,0	02	100,0	-	-	-	-	01	100,0
Prestadores de serviços																		
1 a 10	03	60,0	-	-	01	20,0	-	-	04	50,0	01	50,0	01	100,0	-	-	01	25,0
11 a 20	02	40,0	01	100,0	03	60,0	-	-	03	37,5	01	50,0	-	-	-	-	02	50,0
21 a 30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	25,0
Acima de 31	-	-	-	-	01	20,0	-	-	01	12,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	05	100,0	01	100,0	05	100,0	-	-	08	100,0	02	100,0	01	100,0	-	-	04	100,0
Outros																		
1 a 10	03	75,0	-	-	-	-	-	-	01	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
11 a 20	-	-	-	-	01	100,0	-	-	-	-	01	100,0	-	-	-	-	-	-
21 a 30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Acima de 31	01	25,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	04	100,0	-	-	01	100,0	-	-	01	100,0	01	100,0	-	-	-	-	-	-

Observa-se que entre os representantes entrevistados das diferentes categorias, 63 alunos, 35 técnicos administrativos, 22 prestadores de serviço e 09 professores eram fumantes. Em relação às marcas usadas verificou-se que a 1, 40 (31,2%), foi a mais citada; enquanto que as menos utilizadas foram as marcas 8 e 9, 5 (4,0%), respectivamente. Os professores usavam em maioria, a marca 3, 4 (50,0%); os alunos, a marca 1, 23 (35,3%); os prestadores de serviços, a marca 5, 8 (30,7%), os técnicos administrativos, a marca 3, 7 (31,8%), e os representantes da categoria outros, a marca 1, 4 (57,4%). A média do número de cigarros consumidos pela categoria dos professores foi de 10 cigarros diários, enquanto os alunos relataram uma média de 13 cigarros ao dia, havendo um caso em que o aluno referiu fumar mais de 60 cigarros, os prestadores de serviço, 15 unidades diárias, enquanto os técnicos administrativos tinham uma média mais elevada de 20 cigarros por dia.

De acordo com esses resultados verifica-se que os professores e os alunos fumavam um número menor de cigarros por dia, porém utilizavam com maior frequência marcas com teores químicos mais elevados. Já os prestadores de serviço e os técnicos administrativos fumavam marcas com menores teores químicos, porém tinham uma média mais elevada de consumo diário de cigarros, que em parte, pode ser justificado pela lei da compensação.

Verifica-se que embora a quantidade de cigarros usados não seja tão elevada entre os docentes, a metade deles usavam as marcas com altos teores e isso pode ser indicativo que o uso de cigarros com elevada concentração de teores químicos promove a sensação de bem estar por tempo mais prolongado. Contudo, o fato dos docentes fumarem uma quantidade menor de cigarros, não significa, necessariamente, que estejam inalando menos nicotina.

A maioria dos alunos referiu usar marcas que possuem elevadas concentrações de teores químicos, inclusive a mais concentrada, marca 8, somente usada por essa categoria. Essa situação detectada entre os estudantes é provavelmente em decorrência de esforço empreendido no cumprimento das atividades escolares tendo como consequência a geração de estresse. Para tanto, a busca da redução da ansiedade é feita por meio do uso de cigarros com altos teores químicos.

Os técnicos administrativos referiram usar cigarros de marcas que variaram das mais concentradas as de concentração intermediária, contudo, foi a categoria que mais fumou.

Essa situação se deve, provavelmente, ao excesso da carga de trabalho decorrente da insuficiência de recursos humanos do quadro efetivo da Universidade de Brasília.

Em relação ao consumo do último cigarro no dia da aplicação da pesquisa, 104 (83,9%) pessoas fumavam no momento da entrevista, 8 (6,5%), tinham fumado há trinta minutos, 6 (4,8%) há mais de trinta minutos e 6 (4,8%) que ainda não tinham fumado. Quando questionados quanto tempo depois de acordar era necessário para fumar o primeiro cigarro, 45 (36,3%) dos entrevistados responderam mais de uma hora, 43 (34,7%) menos de trinta minutos, 20 (16,2%) entre trinta minutos e uma hora, 13 (10,4%) assim que acordam, e os demais 3 (2,4%) sujeitos não declaram, ou seja, 76 (61,3%) fumam o primeiro cigarro na primeira hora do dia.

Esse resultado confrontado com uma pesquisa anterior realizada no campus da universidade, em que 46,5% dos fumantes começavam a fumar nas primeiras horas após acordar, mostra que os fumantes passaram a fumar o primeiro cigarro do dia mais cedo, o que segundo a literatura, traduz grande dependência química do fumante à nicotina ⁴⁷.

Na Tabela 7 são mostrados os recursos financeiros gastos mensalmente pelos fumantes com o hábito de fumar de acordo com as marcas de preferência. O valor médio de uma carteira de cigarros, com 20 unidades, é R\$ 2,80, variando a mais barata, R\$ 2,40, e a mais cara, R\$ 3,25.

Tabela 7- Distribuição das marcas de cigarros e os gastos mensais dos fumantes com o consumo do cigarro, Universidade de Brasília, em 2007.

Gastos (R\$)	Marca 1 (R\$3,25)		Marca 2 (R\$3,25)		Marca 3 (R\$3,00)		Marca 4 (R\$ 2,50)		Marca 5 (R\$2,25)		Marca 6 (R\$2,50)		Marca 7 (R\$2,90)		Marca 8 (R\$3,25)		Marca 9 (R\$2,40)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10- 50	21	53,8	10	45,5	06	30,0	05	45,5	06	54,5	01	16,7	01	16,7	04	80,0	02	40,0
51-100	15	38,5	12	54,5	11	55,0	04	36,5	03	27,3	03	50,0	05	83,3	01	20,0	02	40,0
101-150	-	-	-	-	01	5,0	01	9,0	02	18,2	02	33,3	-	-	-	-	01	20,0
≥ 151	03	7,7	-	-	02	10,0	01	9,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	39	100	22	100	20	100	11	100	11	100	06	100	06	100	05	100	05	100

Em relação ao custo com o hábito de fumar apresentado na Tabela 7, os entrevistados relataram um gasto médio R\$ 64,00 mensal. O menor gasto relatado foi de R\$4,00, enquanto que o máximo gasto pelos fumantes foi de R\$ 225,00. Com maior frequência, os entrevistados gastam R\$ 97,00. Observa-se ainda na Tabela 7 que de acordo com o aumento do consumo de cigarros, os entrevistados preferem utilizar as marcas mais baratas, o que geralmente coincide com os teores químicos menores, como é o caso da marca 5, que possui o menor valor comercial e as menores concentrações de nicotina, alcatrão e CO. Isso pode em parte, sugerir que os fumantes procuram as marcas mais baratas devido o poder aquisitivo, porém fazem uso de um número mais elevado de cigarros para obter o nível de concentração química exigida pelo seu organismo para a sensação de bem estar.

Sobre a renda salarial dos entrevistados, a maioria dos fumantes recebe mais de R\$ 2.500,00 mensalmente. O gasto, portanto com o cigarro representa uma média de 3,0% da renda salarial mensal dos fumantes.

Os recursos financeiros gastos com a manutenção do hábito de fumar poderiam ser utilizados em ações de promoção de hábitos de vida saudáveis, mas, ao contrário dessa possibilidade, os fumantes estão gradativamente incorrendo em risco de adoecer e quando essa condição torna-se real, o Estado arcar com os custos de assistência, recursos esses que poderiam estar sendo utilizados nos programas de promoção e prevenção da saúde.

Em relação aos ambientes destinados ao uso do fumo, 49 (39,5%) fumantes declararam fumar em ambientes fechados, e entre os espaços escolhidos, destacam-se a casa, 32 (65,4%); os bares e boates, 5 (10,2%); centros acadêmicos, 2 (4,0%); demais espaços 3 (6,1%) com apenas uma citação e, 7 (14,3%) que não declararam. Sobre o hábito de fumar próximo a outras pessoas, 107 (86,3%) fumantes declararam que esse costume pode ser prejudicial à saúde das pessoas que estão expostas a fumaça do cigarro.

Considerando a utilização de ambientes destinados ao uso do fumo no campus da universidade, 97 (78,3%) fumantes relataram freqüentar esse espaço. Ainda sobre essas áreas, 110 (88,7%) fumantes concordam com a existência desses espaços, e 13 (10,5%) discordam. Entre os não fumantes, 117 (94,3%) são a favor de espaços exclusivos para fumantes, contra 5 (4,0%) discordantes. Na Tabela 8 são mostrados os principais

argumentos dos entrevistados sobre a existência de áreas restritas para o uso do fumo no campus da universidade.

Tabela 8 – Distribuição das opiniões dos fumantes e não fumantes sobre as áreas destinadas ao uso fumo, Universidade de Brasília, em 2007.

Respostas	Fumantes		Não fumantes	
	n	%	n	%
Incomoda	23	40,4	22	38,0
Respeito	10	17,5	12	20,6
Prejudica	07	12,3	03	5,2
Discriminação	06	10,5	02	3,4
Direito	05	8,7	07	12,0
Liberdade	04	7,0	03	5,2
Restrição	02	3,6	05	8,6
Limite	-	-	04	7,0
Total	57	100,0	58	100,0

De acordo com as respostas mostradas na Tabela 8, verifica-se que a maioria dos fumantes referiu que as áreas destinadas ao uso do fumo são importantes e argumentaram que dessa forma não estariam incomodando os não fumantes, 23 (40,4%); afirmaram que é uma questão de respeito ao não fumante, 10 (17,5%), e são discriminatórias, 06 (10,5%).

Em relação a destinação de áreas ao uso do fumo na Universidade, as opiniões dos entrevistados foram divergentes, os fumantes expressaram suas opiniões com o argumento de que tem direito em fumar, idéia que não é compartilhada com os não fumantes que defendem seus direitos de respirar ar sem a poluição oriunda de tabaco. A maioria dos fumantes referiu se sentir discriminado pelos não fumantes quanto ao hábito de fumar, enquanto que na opinião dos não fumantes, apenas dois, concordaram que os fumantes ao usarem áreas restritas estariam sendo discriminados.

Em relação ao incomodo gerado pelo uso do fumo, os fumantes referiram que tem consciência de que a atitude de fumar incomoda os não fumantes, os quais compartilham da mesma opinião. Os não fumantes, apenas esses, concordam que devem existir limites

determinados para o hábito de fumar, e que o uso do fumo é muito prejudicial à saúde dos indivíduos; os fumantes, a maioria concordou com essa opinião e afirmou que o ato de fumar prejudica tanto quem fuma quanto aos não fumantes. O respeito foi, ainda, uma referência de ambos os grupos, porém mais prevalente nos não usuários do fumo, que argumentaram a necessidade de ser respeitado o direito dos não fumantes de respirar ar livre de fumaça.

Os fumantes em sua maioria são a favor da existência de áreas exclusivas para o uso do fumo, por se tratar de uma opção individual e não coletiva, porém questionam ainda a falta de espaços adequados, a identificação precária e a percepção preconceituosa dos não fumantes, como pode ser observado nos relatos abaixo:

“O cigarro faz mal tanto para quem fuma, quanto quem está perto. Então deve se fumar afastado para não prejudicar o outro. Ninguém é obrigado a ficar cheirando a fumaça de ninguém.” (F 209)

“Os dois têm que ter o direito e nenhum dos dois deve ser prejudicado.” (F 229)

“...concordo com as áreas, porém discordo da situação atual, é uma discriminação, pois existem poucos lugares, é de difícil acesso, e, quando é proibido muitas vezes não tem áreas para os fumantes.” (F 22)

“...por que os fumantes não podem ser proibidos. É estúpido tentar delimitar aqui no campus por motivos óbvios.” (F 218)

“Somos a minoria...é uma opção deles, assim como a nossa. Não conheço nenhum fumante que não saiba que o cigarro faz mal à saúde...é uma falta de respeito.” (F 61)

Há ainda aqueles fumantes que não concordam com a existência de áreas restritas, e entre os argumentos, a idéia de que as áreas incentivam o consumo e que é impossível existir áreas restritas no campus da UnB:

“Você nunca vai parar de fumar enquanto existirem áreas, incentiva.” (F 81)

“Só estimula o uso. A campanha tem que ser para a erradicação. Se o país diminuir a bebida e o fumo o dinheiro seria usado para outra área.” (F 232)

Em relação às opiniões dos não fumantes, 22 (38,0%) afirmaram que a fumaça do cigarro incomoda, portanto, restringir o espaço os beneficia, além disso, 12 (20,6%) ressaltam que é respeitosa a existência dessas áreas, como é possível observar nas falas de alguns entrevistados a seguir:

“Não proibir fumar porque não impedi o uso...deve se discutir a legalidade, respeitar a liberdade individual e a liberdade coletiva preservando as outras pessoas.” (NF 19)

“Todos temos o direito de ir e vir...tem que ter o local para os que fumam e não fumam...” (NF 114)

“...você proibir de qualquer forma vai fumar e limitando a área você diminui o número de fumantes passivos...” (NF 196)

“Você não tem que participar de forma passiva do mau hábito dos outros...” (NF 211)

“Acredito que os não fumantes não devem ser obrigados a fumar junto com os fumantes, sendo assim, áreas restritas são uma boa opção.” (NF 71)

“Se o fumante puder fumar em qualquer lugar, ele vai tirar o direito de outra pessoa respirar sem poluição...negociar limites...” (NF 203)

Considerando as opiniões relatadas acima e o direito do fumante em continuar o uso do tabaco, faz-se necessário que seja garantido o direito coletivo de saúde dos indivíduos. Nesse sentido, deve-se levar em consideração alguns princípios da Bioética Principlista, como a autonomia, que diz que todo ser humano deve ser livre para decidir sobre o que é melhor para si, não podendo, de forma alguma, ser coagido a tomar decisões que firam seus interesses, e a beneficência, a qual a finalidade última do desenvolvimento da ciência deveria repousar sobre o conforto e o bem-estar dos seres humanos ¹¹⁷.

Dessa maneira, baseado no princípio da autonomia e da beneficência, o fumante deve ter o direito de fumar mantido, já que deve ser livre para exercer seus hábitos e escolhas, bem como poder desfrutar dos prazeres oferecidos pelo cigarro. Por lado, o não fumante também deve ter sua liberdade garantida de não respirar ar poluído.

Ainda baseado no Principlismo, que discute a necessidade de se proteger as pessoas vulneráveis, destaca-se o papel do Estado, que tem o dever e a responsabilidade de

garantir a saúde da sua população. Nesse sentido, verifica-se o apoio do governo às Políticas de Controle do Tabagismo no país, porém, por outro lado, identificam-se as dificuldades em restringir o crescimento da indústria tabágica no país, pois, esbarra-se nos direitos das indústrias em continuar crescendo e defendendo seus elevados ganhos econômicos gerados por esse agronegócio ¹¹⁷.

As restrições ao uso do fumo em lugares públicos geralmente são impostas para proteger o não fumante, mas estudos realizados no Canadá mostram que essa medida é extremamente eficaz na redução do consumo do fumo e oferecem até mesmo incentivos para a cessação do hábito. Além disso, podem exercer influência sobre as percepções de aceitabilidade social do tabagismo e dissuadir os iniciantes¹¹⁸. Dessa maneira, as demarcações de áreas específicas para o uso do fumo é uma das melhores alternativas para beneficiar tanto o fumante quanto o não fumante ¹¹⁹. Além disso, a OMS reforça que as leis de proibição ao fumo não violam os direitos de ninguém, apenas protegem a saúde das pessoas determinando onde é possível fumar ³¹.

Considerando o hábito de fumar, destaca-se que dos 124 fumantes, 100 (80,7%) relataram o desejo de parar de fumar, porém 40 (40,0%) ainda não tem meta, 27 (27,0%) esperam em até um ano ter cessado o hábito, 9 (9,0%) desejam parar agora, 2 (2,0%) quando engravidarem, 3 (3,0%) assim que concluírem o curso, 4 (4,0%) relatam não conseguirem, e os demais 15 (15,0%) não declararam. Em relação a esse resultado, as pesquisas realizadas com fumantes apontam que aproximadamente 80,0% destes relatam o desejo de parar de fumar, porém apenas 2,7% conseguem cessar o tabagismo sem tratamento formal ^{118, 120}.

Em relação à interrupção do hábito de fumar diariamente, 57 (46,0%) informaram já terem ficado sem fumar por 24 horas mais de duas vezes; 35 (28,3%) relataram apenas uma única interrupção, e, 22 (17,7%) nunca deixaram de fumar por só um dia, e 10 (8,0%) se abstiveram da declaração.

Dessa maneira, observa-se que deixar de fumar, segundo a OPAS, não é uma decisão fácil, porque a nicotina do tabaco é uma droga que gera dependência, e sem um acompanhamento específico, esse resultado muitas vezes não é alcançado. Porém, o esforço do fumante em cessar esse hábito é muito importante, pois alguns dias após a

interrupção, a capacidade do pulmão aumenta e a probabilidade de um ataque cardíaco já começa a diminuir. E em cinco anos, a taxa de mortalidade por ataque cardíaco se iguala à de um não fumante, e a de câncer pulmonar reduz em 50,0% ¹¹⁸.

Considerando a associação à exposição ao cigarro e o desencadeamento de problemas de saúde, 144 (58,0%) dos entrevistados declararam terem algum problema de saúde associado ao fumo, desses 78 (54,1%) eram fumantes e, 66 (45,8%) não fumantes. Esse resultado é importante, pois na maioria dos estudos os fumantes não consideram e nem conseguem apontar as possibilidades de adoecimento pelo uso do tabaco ¹¹⁸.

Entre os problemas mais citados, destacam-se a diminuição do desempenho físico e cansaço, 48 (33,1%); problemas respiratórios, 45 (31,0%); problemas cardíacos, 4 (2,8%); emocionais, 2 (1,4%); e, hormonais 2 (1,4%). Segundo a ANVISA, todo produto derivado do tabaco causa graves males à saúde da população, seja ela consumidora ou exposta aos componentes tóxicos do cigarro, os fumantes passivos ¹²⁰. Estudos apontam que o tabaco é responsável por algumas das alterações do sistema cardiovascular, tais como, a arteriosclerose e cardiopatias isquêmicas ^{68, 83}. Além disso, possui diversas substâncias irritantes que se relacionam com as doenças do aparelho respiratório, entre elas, o câncer de pulmão que acomete cerca de 90% dos fumantes, além disso, é considerado o fator isolado causal de 30,0% da mortalidade total da população ^{68, 109, 118, 121}.

Considerando os problemas de saúde gerados pelo uso ou a exposição ao fumo, a abordagem do profissional de saúde é imprescindível para o controle do tabagismo. Para tanto, esse estudo verificou que dos 124 fumantes, apenas 54 (43,5%) foram questionados por algum profissional de saúde sobre a presença do hábito de fumar. Em contrapartida, o aconselhamento para parar de fumar, foi fornecido a 86 (69,4%) fumantes que receberam orientações sobre os malefícios do cigarro, bem como a importância de cessar esse hábito.

Em relação a esse achado, Sousa (2005) relata que os profissionais de saúde têm a obrigação ética de contribuir com a diminuição dos problemas de saúde ligados ao consumo do fumo e apoiar iniciativas que dificultem o acesso dos jovens ao tabaco, além de promover a educação e apoio aos fumantes ¹²².

Para tanto, faz-se necessário que seja constituída uma rede de assistência

multidisciplinar que dê suporte àqueles que desejam parar de fumar e se destine, de acordo com a legislação específica, áreas restritas para fumantes, mas que em nome da defesa da saúde coletiva dos indivíduos possa-se gradativamente restringir o acesso das pessoas ao tabaco, especialmente a juventude, pois, são os jovens que se não orientados adequadamente poderão ser os futuros promotores de situações persistentes.

6. CONCLUSÕES

- A maioria dos professores, alunos, técnicos administrativos e prestadores de serviços são homens, os professores eram representantes da categoria menos envelhecida em relação aos técnicos administrativos, enquanto que os prestadores e os alunos eram as categorias mais jovens; em relação ao estado civil, os professores e os técnicos administrativos, a maioria deles declarou-se casada, enquanto os alunos e prestadores de serviços, solteiros; a maioria dos entrevistados das diferentes categorias residia em cidades satélites do Distrito Federal;
- A prevalência do tabagismo detectada foi elevada em todas as categorias pesquisadas, professores, alunos, técnicos administrativos e prestadores de serviços, sendo a maioria composta por homens, com a faixa etária entre 21 e 25 anos, solteiros e moradores de alguma das cidades satélites do Distrito Federal;
- Em relação ao uso de cigarros pelos representantes das categorias, a maioria faz uso diário em média há 12 anos, com um consumo médio de 14 cigarros ao dia;
- A maioria dos fumantes referiu usar marcas com teores químicos mais elevados, que possuem concentrações com o dobro do limite máximo para não causar dependência;
- Os professores e os alunos fumavam uma média menor número de cigarros diários, porém utilizavam marcas com teores químicos mais elevados; em relação aos técnicos administrativos e prestadores de serviço, esses fumavam marcas com menores teores químicos, porém tinham uma média mais elevada de consumo diário de cigarros;

- Os técnicos administrativos e os prestadores de serviços fumam cigarros com teores menos concentrados, porém se ausentam mais vezes de suas atividades para o hábito de fumar;
- Em relação ao custo com o hábito de fumar, os entrevistados relataram um gasto médio R\$ 64,00 mensal;
- A maioria dos fumantes e não fumantes concordam com a existência de áreas exclusivas, os primeiros manifestando-se acerca de seus direitos individuais do uso do fumo e o segundo, em seu direito coletivo de não inalar fumaça provocada pela queima do tabaco;
- Na Universidade de Brasília não existem áreas restritas para o uso do fumo.

7. SUGESTÕES

- É necessário que se fortaleça o serviço de assistência de atendimento aos fumantes, por meio da contratação de mais profissionais e de melhor estrutura física e de aquisição de equipamentos;
- Que sejam promovidos no âmbito da Universidade de Brasília seminários para a discussão do problema e encaminhamentos de soluções;
- Construção de áreas restritas para os fumantes de acordo com legislação específica;
- Distribuição no momento da matrícula dos alunos de material informativo sobre os malefícios do fumo e onde procurar assistência se desejar parar de fumar.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Menezes AMB. Diretrizes para cessação do tabagismo. Epidemiologia do tabagismo. Jornal Brasileiro de Pneumologia 2004; 30 Suppl 2:3-7.
2. Malcon MC, Menezes AMB, Chatkinb M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. Rev Saúde Pública 2003; 37(1):1-7.
3. Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Rev. Psiq. Clín. 2005; 32 (5): 283-300.
4. OMS. [homepage na Internet]. Relatório da OMS sobre a Epidemia Global de Tabagismo. [acesso em 2007 Jul]. Disponível em: www.who.int/tabaco/mpower
5. Prat-Marin A, Fuentes-Almendras MM, Sanz-Gallen P, Caneta-Argues R, Caneta-Soler J, Pardell-Alenta H, et al. Epidemiologia del tabaquismo en los estudiantes de ciencias de la salud. Rev. Saúde Pública 1994; 28(2):100-6.
6. Micheli D, Formigoni MLOS. Drug use by Brazilian students: association with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. Addiction 1999; 570-8.
7. Banco Mundial. Apesar do progresso, muitos países não alcançarão suas principais metas de desenvolvimento. World Development Indicators. 2001; 1-5.
8. Instituto Nacional do Câncer. INCA. [homepage na internet]. Atualidades em tabagismo e prevenção do câncer. [acesso em 2007 Jul 18]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/atualidades/ano11_1/.
9. Minayo MCS, Deslandes SF. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. Cad. Saúde Pública 1998; 14(1): 35-42.
10. Castardeli E, Paiva SAR, Matsubara BB, Matsubara LS, Minicucci MF, Azevedo PS, et al. A exposição crônica à fumaça do cigarro resulta em remodelação cardíaca e prejuízo da função ventricular em ratos. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2005; 84(4): 320-24.

11. Instituto Nacional do Câncer. Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal. 2002–2003: 53-67.
12. Santos WA, Silva BM, Passos ED. Association between smoking and paracoccidioidomycosis: a case-control study in the State of Espírito Santo, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(1): 245-53.
13. Machado Neto AS, Cruz AA. Tabagismo em amostra de adolescentes escolares de Salvador-Bahia. *J Pneumol* 2003; 29(5): 264-72.
14. Edwards G. A política do álcool e do bem comum. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
15. Côrrea PCRP, Barreto SM, Passos VMA. Métodos de estimativas da mortalidade atribuível ao tabagismo: uma revisão da literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2008; 17(1):43-57.
16. Centers for Disease Control and Prevention [homepage na Internet]. Global Youth Tobacco Survey, [acesso em 2008 Jan]. Disponível em <http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS.htm>
17. The World Bank and World Health Organization. In Prabhat JHA, Chaloupka FJ: Tobacco Control in Developing Countries. Oxford University Press, 2000.
18. Levy CS, Silva RMM, Morano MTAP. O tabagismo e suas implicações pulmonares numa amostra da população em comunidade de Fortaleza-CE. *RBPS*. 2005; 18(3):125-29.
19. Ministério da Saúde. Tabelas do Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis, Brasil, 17 capitais e Distrito Federal 2002 a 2005. Rio de Janeiro: INCA; 2005.
20. Ministério da Saúde. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para transição. Distrito Federal: Ministério da Saúde; 2004.
21. Carlini EA; Galduróz JCF, Noto AR, Nappo AS. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país, 2001. São Paulo: CEBRID; 2002.
22. Consejo Nacional para El Control de Estupefacientes. CONACE [homepage na Internet]. Estudios nacionales sobre consumo de drogas en la población general de Chile, [acesso em 2007 Jul]. Disponível em: <http://www.conacedrogas.cl/inicio/index.php>
23. Tavares BF. Uso de drogas em adolescentes escolares em Pelotas, RS, 1999 [dissertação]. Pelotas: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, 1999

24. Pinto DS, Ribeiro AS. Variáveis relacionadas à iniciação do tabagismo entre estudantes do ensino médio de escola pública e particular na cidade de Belém – PA. *J Bras Pneumol*. 2007;33(5):558-64.
25. Sawicki WC, Rolim MA. Graduandos de enfermagem e sua relação com o tabagismo. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38(2):181-9.
26. Albansei Filho FM. A legislação e o fumo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2004; 82(5):407-8.
27. Ribeiro SA, Jardim JRB, Laranjeira RR, Alves AKS, Kesserring F, Fleissig L. Prevalência de tabagismo na Universidade Federal de São Paulo, 1996 – dados preliminares de um programa institucional. *Rev Ass Med Brasil* 1999; 45(1):39-44.
28. Instituto Nacional do Câncer. O controle do tabagismo no Brasil: Avanços e desafios. INCA; 2006.
29. Almanza SEE, Pillon SC. Programa para fortalecer factores protectors que limitan el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación media. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* 2004; 12:324-32.
30. Chaieb JA, Castellarin C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. *Rev Saúde Pública* 1998; 32(3): 246-64.
31. Organização Mundial de Saúde. *Respire à vontade: Direito de todos, ambientes livres de fumo*. Organização Pan-Americana de Saúde; 2007. ISBN: 978 92 7 512830 15.
32. The World Bank. [homepage na Internet] *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control* [acesso em 2007 Jun 18]. Disponível em : <http://www1.worldbank.org/tobacco/reports.asp>
33. WHO. [homepage na Internet] *World no tobacco day 2004 materials*, [acesso em 2007 Set 1]. Disponível em <http://www.who.int/tobacco/resources/publications>
34. Ministério da Saúde. [homepage na Internet]. *Perfil do fumante brasileiro*, [acesso em 2008 Mai 10]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
35. INCA. *Vigiescola. Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002–2003*; 53-67.
36. Departamento de Estudos Sócio-econômicos Rurais, 2003. *A Cadeia produtiva do Fumo*. *Rev. Contexto Rural* 2003; (4): 1-55.
37. Cavalcante T, Pinto M. *Considerações sobre tabaco e pobreza no Brasil: consumo e produção de tabaco*. INCA; 2005.

38. Mesquita AS, Oliveira JMC. A cultura do fumo na Bahia: da excelência à decadência. *Bahia Agríc.* 2003; 6(1):31-40.
39. Organização Pan-Americana de Saúde. 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana. Organização Mundial de Saúde; 2002. CSP26/9.
40. Duvicq CGF, Pereira NR, Carvalho AMP. Consumo de drogas licitas e ilícitas em escolares y factores de protección y riesgo. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* 2004; 12:345-51.
41. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Ambientes livres de tabaco em cumprimento à lei 9.294/96. Ministério da Saúde.
42. Organización Panamericana de la salud. Estudio de conocimiento y actitudes hacia el decreto 268/005. Equipos Mori; 2006.
43. World Health Organization. International consultation on environmental tobacco smoke and child health. World Health Organization; 1999.
44. Britton J, Godfrey F. Lifting the smokescreen. *Eur Respir* 2006; 27:871-73.
45. Boeira SL, Guivant JS. Indústria de tabaco, tabagismo e meio ambiente: as redes ante os riscos. *Cadernos de Ciência & Tecnologia.* 2003; 20 (1): 45-78.
46. Brasil. Lei n.º 9.294, de 16 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. *Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 1996.*
47. Andrade APA, Bernado ACC, Viegas CAA, Ferreira DBL, Gomes TC, Sales MR. Prevalência e característica do tabagismo em jovens da Universidade de Brasília. *J Bras Pneumol* 2006; 32(1);23-8.
48. Wikipédia. [homepage na Internet]. Informações gerais sobre o tabaco, [acesso em 2007 Jun 18]. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Tabaco>
49. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. [homepage na Internet] História do Tabaco, [acesso em 2007 Jun 18]. Disponível em: http://72.21.62.210/alcooledrogas/drogas_historia_tabaco.htm
50. Silva CAR. Composição química da fumaça do cigarro. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2004; 30(2): 8-10.
51. Rosemberg J. Nicotina: droga universal. São Paulo. 239p.
52. Carvalho JT. O Tabagismo visto sob vários aspectos. Rio de Janeiro: MEDSI; 2000.
53. Grande Enciclopédia Larousse Cultural. São Paulo: Nova Cultural; 1988.

54. Vogt OPA produção de fumo em Santa Cruz do Sul - RS, 1849-1993. Santa Cruz do Sul: Edunisc; 1997.
55. Banco Mundial. Aspectos econômicos do tabagismo e do controle do tabaco em países em desenvolvimento. Documento organizado pela Comissão Européia em colaboração com a Organização Mundial de Saúde e o Banco Mundial para a Mesa Redonda de Alto Nível sobre o Controle do Tabagismo e Políticas de Desenvolvimento. Bruxelas; 2003.
56. Costa e Silva VL, Goldfarb LCS, Turci SR, Morais MFO. O cigarro brasileiro: análises e propostas para redução de consumo. Rio de Janeiro: INCA; 2000.
57. Paulilo MIS. Produtor e agroindústria: consensos e dissensos. Florianópolis: UFSC, 1990. 182p.
58. Agostinetti D, Puchalski LEA, Azevedo R, Storch G, Bezerra AJA, Grutzmacher AD. Caracterização da fumicultura no município de Pelotas-RS. Rev. Bras. de Agrociência 2000; 6(2):171-75.
59. Pellegrini A. Sistemas de cultivo da cultura do fumo com ênfase às práticas de manejo e conservação do solo [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2006.
60. Organización Panamericana de la Salud. Genero, mujer e salud em las Americas. Oficina Sanit Panam 1993; 541:178-86.
61. Giovino GA. Epidemiology of tobacco use among US adolescents. Nicotine Tob Res 1999; 1 Supl 1:31-40.
62. Warren CW, Riley L, Asma S, Eriksen MP, Green L, Blanton C et al. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project. Bull World Health Organ 2000; 78:868-76.
63. Infante GC. Fumaça pura. São Paulo: Bertrand. 2003. p.17-120.
64. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. [homepage na Internet] O tabaco e o tabagismo: Um panorama histórico, científico e cultural de um dos hábitos mais difundidos do planeta. [acesso em 2008 Fev 15]. Disponível em: http://aed.one2one.com.br/alcooledrogas/atualizacoes/as_104.htm Einstein
65. Instituto Nacional do Câncer. Legislação Federal sobre o tabaco. INCA; 2005.
66. Tauil MC, Coelho RAC, Monteiro PS. Prevalência do uso do fumo entre alunos do curso de graduação em enfermagem da Universidade de Brasília. Comum Ciênc Saúde 2006; 17(2):121-27.

67. Padula CA. Nurses and Smoking: review and implications. *J Profess Nurs* 1992; 8(2): 120-132.
68. Mauch SDN, Silva CAR. Política de controle do tabagismo no Distrito Federal. *Rev. Brasília Médica* 1999; 36(3):106-9.
69. Laranjeira R, Gigliotti A. Tratamento da dependência da nicotina. *Psiquiatr Práct Méd* 2000; 33(2):9-16.
70. Sarna L, Brown JK, Lillington L, Wewers ME, Brecht ML. Tobacco-control attitudes, advocacy, and smoking behaviors of oncology nurses. *Oncol Nurs Fórum* 2000; 27(10):1519-28.
71. Leshner AL. Drug abuse and addiction are biomedical problems. *Hosp Pract* 1997.
72. Kirchenchtejn C, Chatkin JM. Dependência da nicotina. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2004; 30(2):11-8.
73. Eissenberg T. Measuring the emergence of tobacco dependence: the contribution of negative reinforcement models. *Addiction* 2004; 99:5.
74. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. [homepage na Internet] Neurobiologia da dependência química: O sistema recompensa [acesso em 2008 Fev 15]. Disponível em: www.einstein.br/alcooledrogas
75. Silva CAR. Composição química da fumaça do cigarro. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2004; 30 Suppl 2:8-10.
76. Pagani Junior CR, Sousa EG, Pagani TCS. O Tabagismo nos dias atuais. *Rev. de Ciências Biológicas e Saúde* 2007; 116-22.
77. Balfour DJ, Benowitz N, Fagerström K. Diagnosis and treatment of nicotine dependence with emphasis on nicotine replacement therapy. *Europ Heart J*. 2000: 21-438.
78. Sant'anna CC, Araújo AJ, Orfalais CS. Abordagem de grupos especiais: crianças e adolescentes. *Jorn Bras Pneum* 2004; 30 Suppl 2: 47-54.
79. Roizen MF. Idade Verdadeira. Rio de Janeiro: Campus; 1999.
80. TRIP. Chemical brothers. *Revista Trip* 1998; 67: 58-9.
81. Instituto Nacional do Câncer. [homepage na Internet]. Tabagismo [acesso em 2007 Jun 18]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/>.
82. Araújo ACS, Ferraz E, Borges MC, Terra Filho J, Vianna EO. Investigation of factors associated with difficult-to-control asthma. *J Bras Pneumol*. 2007; 33(5):495-501.

83. Nozawa D, Franken RA, Ribeiro KCB, Pereira AC, Sprovieri SRS, Golin V. Comparative study of smokers, ex-smokers, and nonsmokers who have experienced myocardial infarction. *Arq bras Cardiol* 2003; 81(6):589-91.
84. Ministério da Saúde. MS. Secretaria de Vigilância à Saúde. Ambientes livres de tabaco em cumprimento à lei 9.294/96.
85. World Health Organization. [homepage na Internet]. Tobacco Free Initiative. Second-hand tobacco smoke [acesso em 2008 Fev 23]. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/areas/research/secondhand_smoke/en/
86. Brasil. Portaria interministerial nº 3.257, de 22 de setembro de 1988. Dispõe sobre restrições ao hábito de fumar em recinto de trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 set. 1988.
87. Instituto Nacional do Câncer. Legislação Federal vigente sobre Tabaco no Brasil. INCA; 2007.
88. Brasil. Portaria Ministério da Saúde nº 1.050/90. Disponível em <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/>. Acessado em 18.06.07.
89. Brasil. Portaria do Ministério da Saúde n.º 1.035 de 31 de maio de 2004. Dispõe sobre a ampliação do acesso à abordagem e tratamento do Tabagismo para a Rede de Atenção Básica e de Média Complexidade do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 01 de junho de 2004.
90. Fortes PAC. Entre o estado, a sociedade e o indivíduo: uma reflexão bioética sobre as noções divergentes de controle social e a saúde pública. *RBB* 2005; 1(4):350-62.
91. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. *O mundo da Saúde* 2002; 26(1):6-15.
92. World Health Organization. Definitions of Smoking. Global link. Gineva; 2003
93. Berlinguer G. *Bioética Cotidiana*. Brasília: Editora UnB; 2004. 280 p.
94. Garrafa V. Reflexões bioéticas sobre ciência, saúde e cidadania. *Bioética* 1999; 7(1):13-20.
95. Schramm FR. Paradigma biotecnocientífico e paradigma bioético. In: Oda. LM. *Biosafety of transgenic organisms in human health products*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1996:109-127.
96. Garrafa V, Porto D. Intervention Bioethics: A Proposal for Peripheral Countries in a Context of Power and Injustice. *Bioethics* 2003; 17: 399-416.
97. Garrafa V. Radiografia bioética de um país - Brasil. *Acta Bioethica* 2000; (1):1-6.

98. Leite DF, Barbosa PFT, Garrafa V. Auto-hemoterapia, intervenção do Estado e Bioética. Rev. Assoc Med Bras 2008; 54(2):183-8.
99. Barros JW. O exercício do poder de polícia na vigilância sanitária do Distrito Federal. In: Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Questões atuais de direito sanitário. Brasília: Editora MS; 2006. p.97-120.
100. Souza DLB. Os significados do tabagismo construídos na dinâmica social [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Área de Concentração em Odontologia Preventiva e Social, 2006.
101. Pereira MG. Título do capítulo. In: Epidemiologia: Teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2003. p.274-
102. Universidade de Brasília. [homepage na Internet] História da Universidade de Brasília, [acesso em 2007 Jun 18]. Disponível em: <http://www.unb.br/unb/historia/resumo.php>
103. Universidade de Brasília. [homepage na Internet] UnB em números, [acesso em 2007 Jun 18]. Disponível em: <http://www.unb.br/numeros/index.php>
104. Universia Brasil [homepage na Internet]. UnB cria espaço para fumantes, [acesso em 2007 Jun 18]. Disponível em <http://www.universia.com.br>
105. Brasil. Decreto Nº 2.018 de 01 de outubro de 1996. Regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição. Diário Oficial da União, Brasília, 2 de out. 1996.
106. Wikipédia [homepage na Internet]. Distrito Federal/ Brasil, [acesso em 2008 mai 2]. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Distrito_Federal_%28Brasil%29
107. Gonçalves PR. As cidades satélites de Brasília: registro histórico. Projeto Integrado de Pesquisa. Itinerâncias Urbanas. 2002: 1-22.
108. Nascimento D. Soares EA, Feitosa S, Colares V. O hábito do tabagismo entre adolescentes na cidade de Recife e os fatores associados. Revista Odonto Ciência 2005; 20(50): 348-53.
109. Silva MAM, Rivera IR, Carvalho ACC, Guerra Junior AH, Moreira TCA. The prevalence of and variables associated with smoking in children and adolescents. Jornal de Pediatria 2006; 82(5): 365-9.

110. Barros MVG, Nahas MV. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. Rev. Saúde Pública 2001; 35(6): 554-563.
111. Possato M, Parada CMGL, Tonete VL. Representação de gestantes tabagistas sobre o uso do cigarro: estudo realizado em hospital do interior paulista. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(3):434-40.
112. Ximenes GM, Mainier FB. Programas de proteção de saúde e segurança de exposição às vibrações. In: XXV ENEGEP ; 29 Out a 01 Nov. Porto Alegre; 2005. p.1-8.
113. Universidade de Brasília [homepage na Internet]. Guia Arquitetônico da Universidade de Brasília, [acesso em 2008 mai 10]. Disponível em: <http://www.unb.br/fau/guia/principal1.htm>
114. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo AS, Carlini ELA. First household survey on drug abuse in São Paulo, Brazil, 1999: principal findings. Sao Paulo Med J 2003; 121(6):231-237.
115. Brasil. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Senado Federal, 18 de abril de 1991.
116. Pasqualotto AC, Pasqualotto GC, Santos RP, Segat FM, Guillande S, Benvegnú LA. Relação entre o adolescente e o tabaco: estudo de fatores sociodemográficos de escolares em Santa Maria, RS. Pediatria 2002; 24 (1/2):11-6.
117. Pires JR, Trindade JGC. Das origens da Bioética à Bioética Principlialista. Revista Facitec 2007; 1(1).
118. Organização Pan-Americana da Saúde. [homepage na Internet]. Tabaco nas Américas. [acesso em 2008 Mar 12]. Disponível em: www.opas.org.br/sistema/fotos/tabaco.htm
119. Laranjeira R, Ferreira MP. Como criar um hospital livre de cigarros. Rev Ass Med Brasil 1997; 43(2):169-72.
120. Wells AJ. Lung câncer from passive smoking at work. AM J Public Health 1998; 88(7):1025-9.
121. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relação de marcas de cigarros. ANVISA; 2007.
122. Sousa JC. Seguindo o fumo. Rev Port Clín Geral 2005; 21:143-5.

9. ANEXOS



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa –CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto: 067/2007

Título do Projeto: “Uso do fumo na Universidade de Brasília: Análise de situações persistentes, em 2007”.

Pesquisadora Responsável: Rossana Micheli Ferreira Pontes

Data de Entrada: 28/06/2007.

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 067/2007 com o título: “Uso do fumo na Universidade de Brasília: Análise de situações persistentes, em 2007”. Analisado na 6ª Reunião, realizada no dia 10 de julho de 2007.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 14 de agosto de 2007.

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP/FS-UnB

Campus Universitário Darcy Ribeiro
Faculdade de Ciências da Saúde
Cep: 70.910-900

9.2. Anexo 2



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "Uso do fumo na Universidade de Brasília: Análise de situações persistentes, em 2007." Neste estudo pretendemos realizar um levantamento sobre o uso do fumo entre os professores, alunos e técnicos da universidade para conhecer o perfil dos fumantes e não fumantes que freqüentam as áreas destinadas ao uso do fumo no campus da Universidade de Brasília. Participando deste estudo você estará contribuindo para o aumento de políticas educativas sobre o uso do fumo nas universidades, em especial no campus da Universidade de Brasília.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora. A pesquisadora irá tratar ainda a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. E, além disso, por não haver nenhum tipo de exposição, você não sofrerá nenhum risco ou prejuízo à sua saúde física ou emocional.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada e fica assegurado que o (a) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Após todas as informações e esclarecimento de dúvidas, você será convidado a assinar este termo de consentimento e em seguida a responder um breve questionário sobre o uso do

fumo na Universidade de Brasília, que incluem questões sobre o hábito de fumar e os ambientes destinados ao uso do fumo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo "Uso do fumo na Universidade de Brasília: Análise das questões persistentes em 2007", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Para quaisquer dúvidas e esclarecimentos, a pesquisadora coloca-se à disposição pelo telefone 61-9663.0292, e-mail: rossanapontes@unb.br (Rossana Michelli F. de Pontes).

Brasília, ____ de _____ de 2007.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

9.3. Anexo 3



Universidade de Brasília

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Projeto: "Uso do fumo na Universidade de Brasília; Análise de situações persistentes, em 2007."

Instrumento de coleta de dados

Data: ___/___/_____	Hora: _____
Nome do entrevistador: _____	
Área do campus: _____	

1. Identificação

1.1. Nome do entrevistado _____

1.2. Sexo

Feminino

Masculino

1.3. Data de nascimento: _____

1.4. Idade: _____ anos

1.5. Estado civil

Solteiro

Vive com outro companheiro

Casado

Outro _____

Separado

1.6. Ocupação _____

1.7. Nacionalidade _____

1.8. Naturalidade _____

1.9. Cidade onde reside _____

2. Escolaridade

Ensino fundamental incompleto

Ensino superior incompleto

Ensino fundamental completo

Ensino superior completo.

Ensino médio incompleto

Graduação _____

Ensino Médio completo

Pós-graduação

3. Vínculo com a instituição

- Professor titular Professor substituto
 Professor adjunto Professor voluntário
 Acadêmico. Semestre: _____ . Curso: _____
 Pós-graduando: _____ . Curso: _____
 Funcionário público. Cargo _____ Função _____ Setor: _____
 Funcionário terceirizado. Cargo _____ Função _____ Setor: _____
 Outro: _____

4. Hábito de fumar

4.1. Você já fumou alguma vez na sua vida?

- Sim.
 Não. **Responda a questão número 4.8**

4.2. Você fuma atualmente algum produto de tabaco?

- Sim
 Não. **Responda a questão número 4.8**

4.3. Você fuma diariamente?

- Sim
 Não

4.4. Há quanto tempo fuma diariamente? _____

4.5. Qual o tipo de fumo você utiliza?

- Cigarro Cachimbo
 Charuto Outro _____

4.6. Quantos cigarros você fuma por dia? _____

4.7. Quanto você gasta mensalmente com o uso do fumo? R\$ _____

4.8. Você convive com alguém que tenha o hábito de fumar?

- Sim
 Não

Qual é o seu vínculo com esta pessoa? _____

Se você respondeu “não” ao item 4.1, responda a questão 4.23

4.9. Qual foi o seu motivo para começar a fumar?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Curiosidade | <input type="checkbox"/> Vontade própria |
| <input type="checkbox"/> Influência de amigos | <input type="checkbox"/> Efeito de propaganda |
| <input type="checkbox"/> Influência dos pais | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

4.10. Qual(is) a(s) marca(s) do cigarro que você fuma ou fumava?

Se você respondeu “sim” ao item 4.2, responda a questão 4.13.

4.11. No passado você fumava diariamente?

- Sim
- Não

4.12. Quantos cigarros em média você fumava por dia? _____

4.13. Com que idade começou a fumar?

- Eu tinha _____ anos
- Não me lembro.

Se você respondeu “sim” ao item 4.2, responda a questão 4.17.

4.14. Há quanto tempo deixou de fumar? _____

4.15. Com que idade parou de fumar?

- _____ anos.
- Não me lembro.

4.16. Qual foi o motivo para parar de fumar?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Força de vontade | <input type="checkbox"/> Perda de vontade de fumar |
| <input type="checkbox"/> Chicletes com nicotina | <input type="checkbox"/> Gravidez |
| <input type="checkbox"/> Adesivos com nicotina | <input type="checkbox"/> Religião |
| <input type="checkbox"/> Prática de esporte | <input type="checkbox"/> Outro _____ |

4.17. Na sua vida você fumou pelo menos 100 cigarros?

- Sim
- Não.

Se você respondeu “não” ao item 4.2, responda a questão 4.23.

4.18. Quando foi a última vez que você fumou hoje?

- Neste momento

- Ainda não fumou.
- Há _____ minutos
- Há _____ horas

4.19. Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro? _____

4.20. Você pensa em parar de fumar?

- Sim
- Não. **Responda a questão 4.22**

4.21. Em quanto tempo espera parar de fumar? _____

4.22. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você deixou de fumar por 24 horas?

- Nenhuma vez
- _____ vezes
- Uma única vez

4.23. Nos últimos 12 meses algum profissional de saúde lhe abordou para perguntar se você fuma ou fumava?

- Sim
- Não

Se você respondeu “não” ao item 4.1, responda a questão 4.26. Se respondeu “não” ao item 4.2, responda a questão 4.25.

4.24. Nos últimos 12 meses algum profissional de saúde lhe aconselhou a parar de fumar?

- Sim
- Não

4.25. Você acredita ter adquirido algum problema de saúde associado ao hábito de fumar?

- Sim. Qual (is)? _____
- Não

Se você respondeu “não” ao item 4.2, responda a questão 5.5.

Se você respondeu “sim” ao item 4.2, responda a questão 5.1.

4.26. Você acredita ter adquirido algum problema de saúde associado a fumaça do cigarro?

- Sim. Qual (is)? _____
- Não

Responda ao item 5.5

5. Ambientes destinados ao hábito de fumar

5.1. Você acha que fumar no local onde outra pessoa se encontra pode ser prejudicial à saúde delas?

- Sim
- Não

5.2. Você fuma em locais fechados?

Sim

Não

Quais? _____

5.3. Você fuma em áreas destinadas aos fumantes?

Sim

Não

5.4. Você concorda com as áreas exclusivas para os fumantes?

Sim

Não

Por que? _____

5.5. As áreas destinadas aos fumantes são respeitadas?

Sim

Não

Se você respondeu “não” ao item 4.1 ou 4.2, responda a questão 5.8.

5.6. Em que locais do campus da universidade você habitualmente costuma fumar ou observa alguém fumando?

5.7. No campus da universidade estas áreas são bem delimitadas espacialmente?

Sim

Não

5.8. Estas áreas estão identificadas?

Sim

Não

5.9. Você recebeu alguma informação sobre os locais destinados aos fumantes no campus da universidade?

Sim

Não

Qual o tipo de informação? _____

5.10. Você sabe que existe uma legislação que trata sobre as proibições de fumar em lugares públicos?

Sim

Não

5.11. Você conhece o conteúdo da lei que trata sobre o uso do fumo em lugares públicos?

Sim

Não

5.12. Salário mensal/ bolsa R\$ _____

