
TABAGISMO ENTRE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: TRANSFORMAÇÕES CULTURAIS E PERFIL DOS FUMANTES*

DAIANE MARTINS DE OLIVEIRA, CELMA MARTINS
GUIMARÃES

Resumo: objetivou buscar compreender os determinantes socioculturais do hábito de fumar entre os acadêmicos de enfermagem da PUC Goiás. Os resultados tiveram sua origem em 10 entrevistas. Notou-se que os fumantes encontravam-se na faixa etária entre 19 e 27 anos, pertencendo (majoritariamente) ao sexo feminino, que já haviam realizado disciplinas de cunho preventivo e conheciam os prejuízos ocasionados pelo fumo apresentando resistência em abandonar o hábito.

Palavras-chave: Cigarro. Tabagismo. Transformações culturais.

O tabaco, obtido da planta *Nicotiana tabacum* L (Solanaceae), teve seu uso originário por indígenas, nas Américas, em cerimônias religiosas e com finalidade medicinal, sob diferentes formas: fumo, cataplasma, infusões; acreditava-se em suas propriedades na cura de doenças, como bronquite crônica, asma, doenças do fígado e do intestino, reumatismo e outras (MINISTERIO DA SAÚDE-MS, 2001a).

Durante muito tempo o uso do tabaco foi difundido das Américas para todo o mundo por acreditar-se que era uma erva dotada de propriedades medicinais, capaz de curar diversas doenças. Assim, o consumo do tabaco sob diferentes formas, embora com controvérsias sobre o seu real poder de cura, foi, progressivamente, ganhando espaço através dos séculos (PAHO, 1992 *apud* MS, 2001b).

Provavelmente, o fumo chegou ao Brasil pela migração dos índios tupis-guaranis, das Antilhas e dos Andes bolivianos, para a costa brasileira. A

partir do século XVI, quando Jean Nicot enviou ao rei de Portugal a planta e sementes do tabaco - “uma erva com maravilhosos poderes curativos”, seu uso começou a ser difundido na Europa e, posteriormente, na África e Ásia (CAMPOS, 1992).

Muitas formas de preparo do tabaco foram desenvolvidas, sendo utilizadas para consumo, como cigarro, charuto, cachimbo, uso oral de tabaco (tabaco sem fumaça, moído, mascado), rapé e outras (MS, 2009).

No final do século XIX e, sobretudo, na primeira metade do século XX, a explosão do consumo de tabaco definiu a consolidação da potência econômica das indústrias fumageiras. Isto se deu graças a dois fatores: a produção de cigarros em escala industrial e um processo agressivo de propaganda e “marketing” (PAHO, 1992 apud MS, 2001b). Este último foi, historicamente, decisivo para dar ao comportamento de fumar uma representação social positiva, através de um processo associativo entre o consumo de derivados do tabaco e o ideal de autoimagem (beleza, sucesso, liberdade). Após várias décadas, tal hábito tornou-se familiar e o cigarro passou a ser objeto de desejo de milhões de pessoas, especialmente a partir da década de 1950, quando as técnicas de publicidade se desenvolveram (MS, 2001b).

A primeira advertência médica sobre os malefícios do fumo foi publicada em 1798, por Push, médico norte-americano. Em 1859, Bouisson, clínico francês, publicou o primeiro estudo bem documentado, associando o câncer de boca ao uso de cachimbo. Broders, em 1920, publicou trabalho relacionando o tabaco ao câncer de lábio e, oito anos depois, Lombard e Doering publicaram estudo no qual demonstravam que o câncer de pulmão era mais frequente entre fumantes (CAMPOS, 1992).

A nicotina é o princípio ativo do cigarro, ou seja, é a droga responsável pela dependência. É uma substância psicoativa que tem capacidade de produzir efeitos em seu uso, comparável à cocaína e aos opiáceos. A nicotina é um exemplo de substância ativa que, subjetivamente, produz efeitos compensadores, como alívio do estresse e melhora do humor e atenção (GUZMÁN; ANTUÑANO apud SANTOS; RODRIGUES; REINALDO, 2007).

À medida que o consumo do cigarro se intensifica, tornando-se diário, alguns sintomas de abstinência da nicotina podem ser facilmente observáveis, entre os quais: irritabilidade, diminuição da atenção-imperceptível no início, e, que geralmente, aparecem depois de um período de 1 a 2 horas sem fumar (GIGLIOTTI; LARANJEIRA; HABITS apud SANTOS; RODRIGUES; REINALDO, 2007).

A literatura tem demonstrado que o ato de fumar por parte dos profissionais de saúde na presença dos pacientes que estão tentando parar de fumar, pode estimular os mesmos a manterem o uso do tabaco (RODRIGUES; STEMPLIUK; KERR-CORRÊA apud SANTOS; RODRIGUES; REINALDO, 2007).

Os fatores que influenciam o início do tabagismo estão associados, principalmente, a comportamento, ritual, hábito individual e social que criam reflexos condicionados dentre esses, citam-se: o meio de convívio do indivíduo, visualização do cigarro como atrativo pessoal, símbolo de força, alívio das tensões e da insegurança, além da curiosidade em experimentar (HORTENSE; CARMAGNANI; BRÊTAS, 2008).

O marketing do tabaco tenta tornar o cigarro um produto “familiar” aos adolescentes, fazendo com que tenham uma interpretação errônea de que a grande maioria dos ado-

lescentes e adultos consomem a droga, uma forma segura de obter prazer (JOHNSTON; KESSELER; WITT et al. apud SANTOS; PASQUALOTTO; SEGAT et al., 1999). A propaganda visava apresentar o cigarro como um elemento não nocivo, demonstrando que fumar era uma atitude socialmente aceita (CHAPMAN; PROPER; WARNER apud SANTOS; PASQUALOTTO; SEGAT et al., 1999).

O maço de cigarros era apresentado como um passaporte para o mundo adulto, para o sucesso, para o glamour, para a sensualidade e para a liberdade. A indústria apresentava, ainda, uma série de estratégias de publicidade indireta, como: a oferta no mercado de produtos de consumo com logotipos das marcas de cigarro; promoção de eventos esportivos ou artísticos; distribuição de amostras grátis; promoção de campanhas de saúde; apoio a programas de hortas e cuidados com o meio ambiente em escolas de ensino fundamental. A intenção era fazer com que os jovens tivessem a impressão que o tabagismo era muito mais comum e, socialmente, mais aceito do que o é na realidade (MS, 2005a).

Nos diferentes tempos e espaços sociais, o tabagismo, enquanto prática sociocultural assumiu conotações complexas e, em muitas situações, contou com o estímulo e o apoio dos meios de comunicação, através de propagandas veiculadas na TV, nos jornais, revistas, outdoors e outras mídias (CAVALCANTE, 2001).

As imagens divulgadas nessas propagandas enalteciam a juventude, a masculinidade, o poder, a conquista, a sedução e a independência financeira. Os homens que apareciam nestes veículos, geralmente se apresentavam com carros caros ou praticando esportes radicais. Em relação ao público feminino, as imagens reforçavam um modelo estético, valorizando a magreza, a independência, o poder e a sociabilidade. Essa divulgação remonta à década de 1950, com as parcerias entre as multinacionais de cigarro e a indústria cinematográfica hollywoodiana, a partir dos filmes tipo noir, com atores americanos famosos, como Humphrey Bogart (CAVALCANTE, 2001).

Na década de sessenta, com os movimentos de contracultura, o consumo do cigarro aumentou. Nessa época, o hábito de fumar estava relacionado com liberdade e autoafirmação (CAVALCANTE, 2001). Nos anos 1980, o foco era o garoto-propaganda da Marlboro de beleza americanizada, queixo quadrado, tipo caubói, demonstrando robustez e olhar altivo, montado em um cavalo puro-sangue. Em geral, no final da peça publicitária, ele fumava um cigarro, denotando poder e satisfação (CAVALCANTE, 2001). Além disso, a empresa do tabaco também patrocinou esportes elitistas, como a Fórmula 1 que trazia, em seus carros e vestimentas, o logotipo de marcas famosas, associando ideias de liberdade, autonomia e vitória (CAVALCANTE, 2001).

No final dos anos 1980, circularam resultados de pesquisas científicas que estabeleciam relação direta do tabaco com várias patologias, dentre elas os cânceres, como o de pulmão, de boca, de faringe e laringe. Mas não podemos ignorar que os familiares desses sujeitos começaram a ganhar na justiça norte-americana elevadas cifras, referentes aos danos acarretados pelo tabaco. Esta situação foi explorada no filme “O Informante” de 1999, tendo como protagonista o ator Russell Crowe; o roteiro do filme contempla um cenário de uma indústria, preocupada apenas com lucros e com a garantia de permanência do produto no mercado, bem como a ampliação do rol de consumidores do tabaco. Assim, o tabagismo, antes considerado apenas como fator de risco sem alguma relação

com o processo de dependência, começou a ser reconhecido como doença, culminando com sua inserção no Código Internacional de Doenças (CID) 10ª edição, no grupo de transtornos mentais, devido ao uso de substâncias psicoativas (CAVALCANTE, 2001).

O aconselhamento é importante para o tabagista como forma de aprender estratégias a fim de romper o vínculo entre determinadas situações e a busca automática pelo cigarro, como comportamento associativo (após as refeições, ao tomar café ou reunião com amigos) ou momentos de estresse, nervosismo, angústia (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

No Brasil, desde 1988, existem medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho, sendo criadas áreas destinadas, exclusivamente, ao consumo do tabaco. A Lei nº 9.294/1996 proíbe o uso do tabaco em recintos coletivos, privados ou públicos, exceto em locais específicos para fumantes. No ano 2000, essa lei passou a proibir o uso de produtos derivados do tabaco em aeronaves e demais veículos de transporte coletivo e, em 2003, sua venda foi restrita aos menores de 18 anos (MS, 2004). A propaganda de produtos de tabaco é proibida em revistas, jornais, TV, rádio, internet e *outdoors*, sendo permitida, apenas, nos pontos internos de venda. As companhias de tabaco são obrigadas a inserir mensagens de advertência, com imagens ilustrativas nas embalagens dos produtos, e estão proibidas de usar descritores como *light*, *ultralight*, suave e outros (MS, 2008).

Com o montante de estudos que comprovaram os malefícios causados pelo tabaco, os órgãos de saúde (no caso do Brasil, o Ministério da Saúde), passaram a implementar, no fim dos anos 1990, políticas voltadas à redução do uso de tabaco. Citamos como exemplo a restrição e a proibição de peças publicitárias, a veiculação de imagens sobre os danos causados pelo cigarro nas embalagens, a elevação de impostos sobre o produto, bem como a instituição de condutas aos profissionais de saúde no cuidado prestado aos dependentes de nicotina (MS, 2005b).

O ato de fumar entre enfermeiros, nas proximidades do ambiente hospitalar, deve ser alvo de reflexão, devido a potencial influência que pode exercer sobre as tentativas de cessar o uso do cigarro entre os pacientes. O fumar, visivelmente, exerce influência negativa sobre o comportamento dos pacientes/clientes que estão tentando parar de fumar (BECKER, 1986 *apud* PILLON; LARANJEIRA; DUNN, 2002). Os enfermeiros por constituírem uma grande parte dos profissionais de saúde, podem influenciar o comportamento de outras pessoas a deixar de fumar (DALTON, 1983 *apud* PILLON; LARANJEIRA; DUNN, 2002).

Como já mencionado o hábito de fumar vem sendo, há alguns anos, combatido no nosso País em virtude dos danos que acarretam aos fumantes (ativos e passivos) e ao meio ambiente. Por que os estudantes de enfermagem, mesmo sabendo dos riscos, continuam fumando?

JUSTIFICATIVA

Os profissionais da área da saúde, normalmente, são tomados como exemplos a serem seguidos. No caso do uso do cigarro tal exemplo torna-se bastante danoso ao exercício profissional.

A discriminação e o fato de conhecer os agravos ocasionados por este vício não tem possibilitado, o abandono de seu uso por grande número destes profissionais.

Esta investigação busca, portanto, conhecer os principais determinantes da continuidade deste hábito, ou seja: os motivos da resistência de profissionais da área de saúde em abandonar o uso do cigarro.

Pressupostos

Os acadêmicos de enfermagem fumantes, de um modo geral, mesmo tendo conhecimentos a respeito dos males causados pelo cigarro, continuam fumando, por vários motivos, como: solidão, dependência há mais de dois anos, válvula de escape para estresse, e outros.

OBJETIVOS

Geral

- Buscar compreender os determinantes socioculturais do hábito de fumar entre os acadêmicos de enfermagem da PUC Goiás.

Específicos

- Compreender as atitudes e transformações dos indivíduos e dos grupos no seu relacionamento dialético com a profissão;
- analisar as semelhanças e diferenças explicitadas pelos estudantes acerca do hábito de fumar;
- contrapor as concepções teóricas dos estudantes quanto ao conhecimento dos agravos em saúde advindos do uso do cigarro e a resistência dos mesmos em abandonar o hábito.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva exploratória, elaborada à luz do referencial dialético. Realizada através de entrevistas (semiestruturadas) tendo por objetivo compreender os determinantes socioculturais do hábito de fumar entre os acadêmicos de enfermagem.

[...] a fase exploratória de uma investigação compreende o estudo prévio da realidade (na fase de planejamento da pesquisa), com objetivo de elaborar um instrumento baseado nas experiências reais dos sujeitos, no vocabulário e ambiente de vida. E, se este procedimento metodológico apresenta natureza qualitativa e contextual (TRIVIÑOS, 1987).

A adoção da abordagem dialética se deve à necessidade de abordar a trajetória do problema apresentado, num contexto histórico, contrastando mudanças e articulações, teoria e prática, quantidade e qualidade.

A abordagem dialética tem como referencial teórico o materialismo histórico, apoiando-se na concepção dinâmica da realidade e nas relações dialéticas entre sujeito e objeto, conhecimento e ação, teoria e prática (MINAYO, 2006).

Os sujeitos da pesquisa foram acadêmicos de enfermagem fumantes da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) que concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Consentimento de Participação como Sujeito (apêndice 01 e 02 respectivamente). O instrumento de pesquisa foi um roteiro (para entrevista semiestruturada), foi avaliado por três profissionais conhecedores do objeto pesquisado e/ou da abordagem teórico-metodológica (docentes da PUC Goiás). Foram realizadas 10 entrevistas (efetuadas e analisadas até o alcance do ponto de saturação).

O projeto foi apresentado ao Departamento de Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição e ao Comitê de Ética e Pesquisa da PUC Goiás. Aprovado em 08/05/2012, com o número CAAE: 02174512.0.0000.0037. Após aprovação foi iniciada a pesquisa. Os participantes (acadêmicos de enfermagem fumantes) foram convidados a participar do estudo e receberam informações básicas sobre o desenvolvimento e objetivos da pesquisa. Os entrevistados não foram identificados a fim de garantir sigilo das informações, as quais serão arquivadas por cinco anos (pela autora do estudo).

A coleta de informações foi efetuada no período de 14 a 18 de maio de 2012, o local, e hora da coleta foram estabelecidos de acordo com o horário de aula de cada turma. As informações foram gravadas com concordância dos entrevistados. Posteriormente, foram empreendidas, sucessivas leituras de cada entrevista, no sentido vertical e horizontal, buscando encontrar os pontos de divergência e convergência, bem como o atingimento do grau de saturação, que representa neste tipo de investigação que não há necessidade de buscarem-se outras informações. Outros informes foram extraídos de revistas e livros científicos, manuais, informações virtuais, leis, decretos, resoluções, regulamentos, informativos.

A análise ocorreu de conformidade com Triviños (1987, p. 65-73) no que se refere às questões dialéticas (lei da passagem da quantidade a qualidade; lei da unidade e luta dos contrários; lei da negação da negação). E no que diz respeito à análise dos conteúdos:

[...] do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem. Esse conjunto de movimentos analíticos visa dar consistência interna às operações (MINAYO, 2006, p. 308).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa tiveram origem em 10 entrevistas, efetuadas e analisadas até o alcance do ponto de saturação. O estudo mostra as principais categorias encontradas através da análise efetuada.

Atitudes e Transformações dos Indivíduos no seu Relacionamento Dialético com a Profissão:

Médicos e enfermeiras 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. A literatura demonstra que os profissionais da saúde que fumam, acabam influenciando um comportamento doentio e encorajando menos a cessação do fumar (OLIVE; BALLARD *apud* MS, 1997).

A maioria refere-se que como futuros profissionais ser fumantes pode prejudicar seus pacientes/ clientes: pelo mau cheiro, hálito, devido ao exemplo profissional e um hospital precisa ser um ambiente livre de contaminação, e sendo fumante não transmite respeito e confiança, com isso impede que os fumantes parem de fumar. Estudantes falam:

Sim, por isso vou parar de fumar assim que me formar. Já tenho isso decidido. O mau cheiro incomoda e hospital não pode ser contaminado. Entrevista 3

Outros que não, desde que não fumem próximos a eles:

Desde que não sopra na cara deles, não vejo como isso e possível. Entrevista 2

Pode se observar que os alunos que disseram não prejudicar são do início do curso e que os mais orientados do final do curso refere-se que sim.

Os enfermeiros exercem um importante papel como veículo de conscientização, atuando como multiplicadores das ações de prevenção nos postos de trabalho. Assim como outros profissionais da saúde, eles têm o dever de falar, de aconselhar rotineiramente seus pacientes a respeito dos malefícios decorrentes do uso do tabaco, pois seu contato prolongado com o doente facilita essa abordagem (MS, 1997).

Acredita-se que como profissionais da saúde que somos, sentimos que o nosso papel de educador assume importância vital no problema do tabagismo (VALENTE; MIYADAHIRA; IDE *et al.*, 1982).

Entre algumas atividades que o enfermeiro deve desenvolver no combate ao tabagismo, é motivar os fumantes a tentarem abandonar o fumo, utilizando várias estratégias para essa tarefa. Para que o enfermeiro não se frustre nesse papel, é importante que conheça os sinais e sintomas da Síndrome de Abstinência que o indivíduo pode experimentar tais como a fissura, irritabilidade, alterações do sono, aumento do apetite, sintomas depressivos, para assim melhor compreender, orientar e ajudar o fumante (MS, 1997).

É relevante apontar que a motivação se modifica com o tempo e é influenciada pelo ambiente em que o tabagista se encontra, (WEST, *apud* RUSSO; AZEVEDO 2010) possuindo também íntima relação com o grau de dependência da nicotina (SHADEL *apud* RUSSO; AZEVEDO, 2010). A motivação pode ser influenciada, destacando o papel do profissional de saúde na adequação de sua abordagem ao estágio motivacional e ao planejamento terapêutico, visando estimular mudanças compatíveis com o estado motivacional do paciente e aumentando as chances de procura e adesão ao tratamento (MILLER *apud* RUSSO; AZEVEDO, 2010).

O fumante no ambiente profissional, sempre terá um desempenho muito menor do que o não fumante, pois na grande maioria dos escritórios ou mesmo nas áreas produtivas o fumo hoje é proibido e, portanto, o colaborador tem de se ausentar para alimentar o vício, e se não o faz, pela necessidade constante da nicotina, acaba tendo um desempenho muito menor (ROMANO, 2007).

Nos últimos 20 anos o número de publicações e investigações sobre o comportamento de fumar entre os enfermeiros, estudantes e docentes de enfermagem tem sido crescente, principalmente fora da América Latina. A maioria dos estudos que tratam do tema, incluindo aqui as investigações epidemiológicas, sugerem propostas de implementação de estratégias preventivas e antitabagistas no nível primário e secundário buscando incentivar um ambiente de trabalho livre do cigarro (RODRIGUES *et al.*, 2007).

Nas escolas de enfermagem existem iniciativas no sentido de incluir essa temática no âmbito dos currículos. Identificar os fatores que levam ao uso do tabaco entre enfermeiros e auxiliares de enfermagem, pode auxiliar os profissionais de saúde para o planejamento de intervenções entre esses profissionais em relação ao uso do tabaco. A literatura também tem demonstrado que o ato de fumar por parte dos profissionais de saúde na presença dos pacientes que estão tentando parar de fumar, pode estimular os mesmos a manterem o uso do tabaco. Por outro lado, esse grupo de profissionais é mais numeroso dentro da equipe de saúde e pode auxiliar no tratamento de pessoas que estão motivadas a modificar esse comportamento (ANDRADE *et al.*, 1999; RODRIGUES *et al.*, 2007). As principais orientações que os alunos disseram que dariam aos seus pacientes fumantes seriam:

Para de andar com quem fuma durante o processo de abandono do vício. Entrevista 2.

Ser firme e buscar outras alternativas, os transtornos passam e os benefícios para a saúde ficam para sempre". Entrevista 3.

Procure ajuda! Entrevista 4.

Que tenha opinião própria, pois o cigarro consome os pulmões. Entrevista 6.

Que é melhor para saúde. Entrevista 7.

O cigarro faz muito mal a saúde e pode levar à morte. Entrevista 8.

Falaria sobre os danos que o cigarro causa. Entrevista 9.

Apenas um aluno do 1º ciclo, (possivelmente por falta de orientações sobre os males causados pelo cigarro), disse:

Pare de fumar somente quando você quiser, não deixe namorados, pais nem amigos influenciar nessa decisão. Entrevista 10.

Pré-contemplação: o indivíduo sequer considera a mudança, uma vez que não encara seu comportamento como problemático. Há uma valorização dos benefícios do comportamento e uma minimização dos efeitos negativos. Contemplação: o indivíduo percebe relações entre seu comportamento e os problemas associados a ele, faz uma avaliação de custo-benefício mais realista e já considera a possibilidade de mudança,

mas ainda está em forte ambivalência. Preparação: nesse estágio, o indivíduo está pronto para tentar a mudança de comportamento, e é necessário que se sinta ativo na construção da mudança. Ação: o indivíduo se engaja em ações específicas para alcançar a mudança pretendida. Manutenção: consiste em integrar o novo comportamento à vida, empreendendo medidas para prevenir um retorno do comportamento (prevenção da recaída) (RUSSO; AZEVEDO, 2010).

O modelo de “estágios de mudança” foi inicialmente descrito como um esquema linear e, mais tarde, como um modelo circular. Visto que os pacientes frequentemente apresentam recaídas e reentram no ciclo, passando algumas vezes pelos estágios até permanecerem longos períodos no estágio de manutenção, tal modelo foi posteriormente descrito como um modelo em espiral (GRIFFITH; MARSHAL, 2005).

A maioria dos alunos nunca cuidou de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, então acredito que após esse cuidado muita dessas respostas poderão ser mudadas.

Semelhanças e Diferenças Explicitadas pelos Estudantes acerca do Hábito de Fumar

O confronto entre semelhanças e divergências relatadas pelos estudantes mostrou que os fumantes apresentam mais semelhanças que divergências no que diz respeito ao hábito de fumar. Tal confronto revelou que:

Idade: Em relação à idade dos alunos nota-se através da pesquisa que em sua maioria os acadêmicos estão entre 19 e 21 anos de idade. Estima-se que um terço da população mundial acima de 15 anos fume, o que constitui um grave e importante problema de saúde pública, uma vez que compromete a vida dos fumantes e dos indivíduos expostos ao fumo passivo, além da qualidade ambiental (SAWICKI *et al.*, 2004). Por isto, é preciso pensar em alternativas de incrementar a adesão dos fumantes à decisão de cessar o tabagismo e reduzir significativamente o número de jovens que começam a fumar. Este é um desafio em todo o mundo, pois do seu êxito depende o nível e o impacto do tabagismo na vida adulta, que é considerado fator de risco para mais de 50 doenças e a principal causa de morte prevenível (REICHERT *et al.*, 2008).

Sexo: De acordo com as entrevistas pode-se observar que o número de estudantes femininos fumantes é maior que o de masculino, isso se deve ao índice de mulheres serem maior no curso de enfermagem. Segundo a organização nacional de saúde, o fumo é uma das principais causas de morte evitável, hoje, no planeta. Um terço da população mundial adulta – cerca de 1,3 bilhão de pessoas – fuma: aproximadamente 47% da população masculina e 12% da população feminina fazem uso de produtos derivados do tabaco. Nos países em desenvolvimento, os fumantes somam 48% dos homens e 7% das mulheres, enquanto nos desenvolvidos, a participação do sexo feminino mais do que triplica, num total de 42% de homens e 24% de mulheres fumantes (MS, 2012).

No Brasil, pesquisa realizada recentemente pelo Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (Inca), indica que 18,8% da população brasileira são fumantes (22,7% dos homens e 16% das mulheres) (MS, 2012).

O número de ex-fumantes no país é maior entre os homens (26,0%) do que entre as mulheres (18,6%). Entre mulheres a frequência das que declararam haver deixado de

fumar aumenta intensamente com a idade: 11,2% de ex-fumantes na faixa etária 18-24 anos e quase 30% nas faixas etárias a partir dos 45 anos de idade (MS, 2012).

O tabagismo feminino traz uma nova preocupação para a saúde pública. Os dados epidemiológicos do tabagismo feminino sob a ótica da leitura sociológica identificam três tendências – a pauperização, a juvenilização e a feminização (MS, 2012).

No Brasil, estima-se que cerca de 200.000 mortes/ano são decorrentes do tabagismo (OPAS, 2002 *apud* MS, 2012). De acordo com o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, realizado em 2002 e 2003, entre pessoas de 15 anos ou mais, residentes em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, a prevalência de tabagismo variou de 12,9 a 25,2% nas cidades estudadas. Os homens apresentaram prevalências mais elevadas do que as mulheres em todas as capitais. Em Porto Alegre, encontram-se as maiores proporções de fumantes, tanto no sexo masculino quanto no feminino, e em Aracaju, as menores. Essa pesquisa também mostrou que a concentração de fumantes é maior entre as pessoas com menos de oito anos de estudo do que entre pessoas com oito ou mais anos de estudo. Em relação à prevalência de experimentação e uso de cigarro entre jovens, de acordo com estudo realizado entre escolares de 12 capitais brasileiras, nos anos de 2002-2003 (Vigescola) a prevalência da experimentação nessas cidades variou de 36 a 58% no sexo masculino e de 31 a 55% no sexo feminino, enquanto a prevalência de escolares fumantes atuais variou de 11 a 27% no sexo masculino e 9 a 24% no feminino (MS, 2012).

Historicamente a mulher ingressou no tabagismo depois que o homem. Mas a partir do século XX houve um incremento na prevalência de mulheres fumantes. A nova inserção da mulher na sociedade nas últimas décadas tem trazido avanços no sentido de torná-la mais feliz com seu papel e conquistas, mas alguns custos são resultantes desse avanço. O uso de cigarros é um deles, e tem sido manipulado como símbolo de emancipação social da mulher (MS, 2012).

*As mulheres estão adotando papéis mais dominantes na sociedade; elas têm aumentado o poder de consumo; elas vivem mais do que os homens. E de acordo com o que um recente relatório oficial mostrou, mulheres parecem ser menos influenciadas por campanhas contra o tabagismo do que os homens. Tudo isso faz das mulheres um alvo de primeira. Dessa forma, apesar das dúvidas anteriores, podemos deixar de considerar agora um ataque mais definido sobre esse importante segmento de mercado representado por fumantes do sexo feminino? (TOBACCO REPORT, 1982 *apud* MS, 2012).*

O trecho acima faz parte dos documentos de companhias de tabaco depositados em litígio nos EUA, que deixa claro o foco direcionado para a mulher, como promissora consumidora de seus produtos (MS, 2012).

Organização mundial de Saúde assinala recomendações para assistência, promoção e proteção à saúde da mulher, enfatizando: Considerar sempre a mulher com necessidades diferentes nas distintas fases de seu ciclo de vida. Determinar diferentes Protocolos de investigação e terapêutica, proporcionando captura precoce de agravos específicos.

Tratar sempre a mulher com dignidade e respeito, preservando sua intimidade. Proporcionar oferta rápida e segura no atendimento à sua saúde e tornar os procedimentos mais resolutivos (MS, 2012). A atenção para a especificidade do tema mulher e tabaco é contemplada na Convenção “Quadro para Controle do Tabaco” quando destaca: a necessidade de estratégias de controle de tabaco específico para gênero, bem como para a participação plena das mulheres em todos os níveis de controle do tabaco, políticas de implementação das medidas de controle do tabaco (MS, 2012).

Para o enfrentamento do tabagismo feminino, um dos desafios para a Saúde Pública no século XXI, é necessário entender o fenômeno globalmente e agir localmente, com estratégias inovadoras e mais adequadas às novas necessidades, aqui incluídas a construção social e compartilhada de conhecimentos e habilidades para encarar esse desafio. A magnitude do fenômeno do tabagismo ultrapassa as questões específicas do biológico e traz consequências na vida social, cultural e econômica (MS, 2012).

Observa-se que os estudos científicos relacionados ao fumar feminino abordam a palavra gênero com sinônimo de sexo, numa abordagem biológica. É somente a partir da década de 1970 que surge a elaboração do gênero como conceito, decorrente da necessidade de aprofundamento da compreensão de determinadas questões relacionadas à sexualidade, à família e à herança, entre outros. Este conceito trouxe não só visibilidade à opressão da mulher e ao conjunto de relações sociais opressoras de sexo/gênero que as mulheres vivenciavam, mas possibilitou também maior entendimento sobre a questão (MS, 2012).

Informações no curso: a maioria dos acadêmicos relata que receberam informações acerca dos problemas acarretados pelo cigarro, somente os do 1ª ciclo não receberam essas informações. A frequência de ex-fumantes tendeu a ser maior entre mulheres com até oito anos de escolaridade (MS, 2012).

Atualmente muitos fumantes foram advertidos por um profissional de saúde a parar de fumar, ou seja, simplesmente advertir sobre os malefícios do cigarro, sem apresentar maneiras práticas de como deixar de fumar, não é uma estratégia muito eficaz (GONÇALVES *et al.*, 2006).

[...] muitos profissionais da saúde não acreditam que o tabagismo seja uma doença, conseqüentemente eles não estão preparados para ajudar o fumante de forma efetiva. A maioria das escolas de formação profissional não inclui no currículo a abordagem do tabagismo como doença. Quando o fazem, no máximo abordam o fumo como fator de risco para outras doenças (CAVALCANTE, 2004).

Parte do mal-estar experimentado pelos fumantes que estão tentando parar de fumar vem de pensamentos destrutivos. O correto é: pensamentos construtivos produzem sentimentos construtivos (GONÇALVES *et al.*, 2006).

Idade de início do hábito: Identificou-se que a maioria dos alunos matriculados do 1º ao 9º ciclo começou a fumar entre a faixa etária dos 14 anos. Entre os jovens brasileiros, de 15 a 24 anos, pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde entre 2002 e 2003 encontrou uma prevalência média do hábito tabágico de 12,8%, sendo a maior taxa (MS, 2009).

Os números do tabagismo no mundo são alarmantes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, a cada dia, 100 mil crianças tornam-se fumantes em todo o planeta. Cerca de cinco milhões de pessoas morrem, por ano, vítimas do uso do tabaco. Caso as estimativas de aumento do consumo de produtos como cigarros, charutos e cachimbos se confirmem, esse número aumentará para 10 milhões de mortes anuais por volta de 2030 (MS, 2012).

Esta suscetibilidade mais intensa na juventude fica evidente quando se compara, por exemplo, os dados sobre o número de fumantes no Brasil, em 1989. Na faixa etária entre 10 e 14 anos havia 370.000 fumantes enquanto que entre os jovens de 15 a 18 anos o número de fumantes era aproximadamente 600% maior, ou seja, 2.341.000 fumantes (MS, 2012).

Estes dados mostram a necessidade da atuação preventiva sobre esse grupo. É bom lembrar que quanto mais precocemente se der a exposição aos fatores de risco de câncer (entre eles, o hábito de fumar), maiores serão as chances de adoecimento na vida adulta (MS, 2012).

No Brasil, em 2008, 17,5% da população de 15 anos ou mais de idade eram usuários de produtos derivados de tabaco, o que correspondia a 25 milhões de pessoas. Regionalmente, o maior percentual de usuários estava no Sul (19%) e os menores no Sudeste e Centro-Oeste (16,9% em cada região). Em todas as regiões, o percentual de homens usuários era maior que o de mulheres (MS, 2009).

Motivos do uso: porque achei bom, influência de amigos, vontade própria, curtição. Estudantes disseram:

Porque queria aparecer. Entrevista 7.

Tinha a impressão que isso me faria parecer mais velho. Entrevista 10.

Curiosidade. Entrevista 3 e 5.

Senti vontade. Entrevista 8 e 2.

Observa-se, que, por começarem a fumar ainda na adolescência os motivos são banais, e não tem consciência dos males.

O tabagismo foi visto, durante muito tempo, como parte da personalidade e do comportamento do indivíduo, sendo inclusive glamourizado como um símbolo de masculinidade ou independência. Todavia, nas últimas décadas, essa visão foi sendo gradativamente substituída pela preocupação com os danos à saúde causados pelo tabagismo; o que era visto como um “hábito charmoso”, atualmente é descrito como dependência ao tabaco, que se manifesta de diferentes modos no comportamento e nas atividades do indivíduo, sendo considerada uma doença crônica e recorrente (SILVA; LARANJEIRA, 2004).

A literatura aponta uma distinção clara ente os fatores que levam as pessoas a experimentar drogas e os que as levam a desenvolver dependência. Sabemos também que existe uma relação entre o hábito de fumar e a busca pela independência, rebeldia e uma imagem cultural associada ao prazer e bem estar, presença de fumantes na família, ou a vivência entre eles. Estes entre outros fatores são considerados fatores de reforço do hábito de fumar (WAGNER; ANTHONY, 2002 *apud* SANTOS; RODRIGUES; REINALDO, 2007).

Dependência: A maioria dos alunos não se consideram dependentes, e os que se consideram só admitiram isso após 4 anos fumando. No início acham que conseguem ficar sem fumar quando quiserem o que não é verdade. Disseram:

Na verdade fumo somente quando bebo, então, não me considero um dependente.

Entrevista 1.

Há uns 9 meses. Entrevista 2.

Há 3 anos. Entrevista 3.

Não sou dependente, fumo, às vezes, na balada. Entrevista 4.

Não sou dependente. Entrevista 5 e 6.

Fumo sempre quando saio com as amigas para balada. Entrevista 7.

Não sinto que sou dependente. Entrevista 8.

Não sou dependente, só fumo em festas. Entrevista 9.

Não me considero dependente. Entrevista 10.

Nota-se que os estudantes exitam em considerar-se dependente, ou seja, recusam-se a admitir a busca efetiva do uso do cigarro. “A dependência à nicotina é hoje reconhecida como uma doença, da mesma forma que a dependência a outras drogas, como a cocaína” (MENEZES *et al.*, 2001, p. 168).

De acordo com Silva *et al.* (2008, p. 424), essa dependência abrange três aspectos: a dependência física, responsável por sintomas da síndrome de abstinência; a dependência psicológica, responsável pela sensação de ter no cigarro um apoio a ser utilizado nos momentos de *stress*, solidão, ameaça, entre outros; e pelo condicionamento, atribuído às associações habituais do ato de fumar (fumar e beber café, fumar e trabalhar, fumar e dirigir,...).

Em nosso meio de trabalho, muitas inquietações existem a seu respeito, visto que a maioria das pessoas possui formação universitária na área da saúde, do que se desprende que possuam importante conhecimento a respeito dos malefícios do tabagismo. Apesar disso, fumam sem observar as normas estabelecidas pelas leis vigentes que restringem o uso do cigarro em ambientes fechados. No entanto, o incômodo advém, não só do desconforto que a fumaça provoca, mas, também, pelas consequências malélicas acarretadas à saúde de todos os indivíduos que ali convivem, pois passam a serem considerados fumantes passivos (SAWICKIL *et al.*, 2004).

A presença de cerca de 4.720 substâncias presentes na fumaça dos derivados do tabaco, faz com que o tabagismo seja responsável por: 200 mil mortes por ano no Brasil (23 pessoas por hora); 25% das mortes causadas por doença coronariana - angina e infarto do miocárdio; 45% das mortes por infarto agudo do miocárdio na faixa etária abaixo de 65 anos; 85% das mortes causadas por bronquite crônica e enfisema pulmonar (doença pulmonar obstrutiva crônica); 90% dos casos de câncer no pulmão (entre os 10% restantes, 1/3 é de 24 fumantes passivos); 25% das doenças vasculares (entre elas, derrame cerebral); 30% das mortes decorrentes de outros tipos de câncer (de boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, rim, bexiga, colo de útero, leucemia) (MS, 2012).

As mais recentes estimativas mundiais sobre câncer, divulgadas pelo *globo-can2008*, apontam 12,7 milhões de casos novos e 7,6 milhões de óbitos por câncer

no mundo. O tipo com maior mortalidade foi o câncer de pulmão (1,3 milhão de mortes) (MS, 2012).

O consumo de tabaco é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de câncer de pulmão. Comparados com os não fumantes, os tabagistas têm cerca de 20 a 30 vezes mais risco de desenvolver câncer de pulmão (MS, 2012). Em geral, as taxas de incidência em um determinado país refletem seu consumo de cigarros. (Estimativa/2010 – Incidência de Câncer no Brasil – Inca – Ministério da Saúde).

Outras doenças relacionadas ao tabagismo: hipertensão arterial; aneurismas arteriais; úlcera do aparelho digestivo; infecções respiratórias; trombose vascular; osteoporose; catarata; impotência sexual no homem; infertilidade na mulher; menopausa precoce; complicações na gravidez. Porém, ao parar de fumar, o risco de ter essas doenças vai diminuindo gradativamente e o organismo do ex-fumante vai se restabelecendo (MS, 2012).

A pessoa que fuma fica dependente da nicotina. Considerada uma droga bastante poderosa, a nicotina atua no sistema nervoso central como a cocaína, heroína, álcool, com uma diferença: chega ao cérebro em apenas 7 a 19 segundos. É normal, portanto, que, ao parar de fumar, os primeiros dias sem cigarros sejam os mais difíceis, porém as dificuldades tendem a ser menores a cada dia. As estatísticas revelam que os fumantes comparados aos não fumantes apresentam um risco 10 vezes maior de adoecer de câncer de pulmão; 5 vezes maior de sofrer infarto; 5 vezes maior de sofrer de bronquite crônica e enfisema pulmonar; 2 vezes maior de sofrer derrame cerebral; Se parar de fumar agora...; após 20 minutos sua pressão sanguínea e a pulsação voltam ao normal, após 2 horas não há mais nicotina no seu sangue, após 8 horas o nível de oxigênio no sangue se normaliza, após 2 dias seu olfato já percebe melhor os cheiros e seu paladar já degusta a comida melhor, após 3 semanas a respiração fica mais fácil e a circulação sanguínea melhora, após 10 anos o risco de sofrer infarto do coração será igual ao de quem nunca fumou, e o risco de desenvolver câncer de pulmão cai à metade, após 20 anos o risco de desenvolver câncer de pulmão será quase igual ao de quem nunca fumou. Quanto mais cedo você parar de fumar menor o risco de adoecer. Quem não fuma aproveita mais a vida! (MS, 2012).

A fumaça do cigarro é uma mistura de aproximadamente 4.700 substâncias tóxicas diferentes; que constitui-se de duas fases fundamentais: a fase particulada e a fase gasosa. A fase gasosa é composta, entre outros por monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína. A fase particulada contém nicotina e alcatrão (MS, 2012).

O alcatrão é um composto de mais de 40 substâncias comprovadamente cancerígenas, formado a partir da combustão dos derivados do tabaco. O monóxido de carbono (CO) tem afinidade com a hemoglobina (Hb) presente nos glóbulos vermelhos do sangue, que transportam oxigênio para todos os órgãos do corpo. A ligação do CO com a hemoglobina forma o composto chamado carboxihemoglobina, que dificulta a oxigenação do sangue, privando alguns órgãos do oxigênio e causando doenças como a aterosclerose

(MS, 2012). A nicotina é considerada pela Organização Mundial da Saúde/OMS uma droga psicoativa que causa dependência.

A nicotina age no sistema nervoso central como a cocaína, com uma diferença: chega em torno de 9 segundos ao cérebro. Por isso, o tabagismo é classificado como doença estando inserido no Código Internacional de Doenças (CID-10) no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substância psicoativa. Além disso, a nicotina aumenta a liberação de catecolaminas, causando vasoconstrição, acelerando a frequência cardíaca, causando hipertensão arterial e provocando uma maior adesividade plaquetária. A nicotina juntamente com o monóxido de carbono, provoca diversas doenças cardiovasculares. Além disso, estimula no aparelho gastrointestinal a produção de ácido clorídrico, o que pode causar úlcera gástrica. Também desencadeia a liberação de substâncias quimiotóxicas no pulmão, que estimulará um processo que irá destruir a elastina, provocando o enfisema pulmonar (MS, 2012).

O total de mortes devido ao uso do tabaco atingiu a cifra de 4,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. Caso as atuais tendências de expansão do seu consumo sejam mantidas, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva (entre 35 e 69 anos) (WHO, 2003 apud MS, 2012).

Os males do fumo estão mais do que provados. Além disso, um dos maiores gastos da saúde pública é proveniente de doenças causadas pelo tabagismo. O fumante é um dependente químico, que se não tiver muita estabilidade emocional e apoio, seja enfermeiro, médico ou mesmo psicológico, jamais conseguirá se livrar do nefasto vício (ROMANO, 2007).

A partir de certo momento, os fatores sociais que apontam para o início do uso da nicotina passam a contar menos. O fumante passa a ser motivado ao uso do tabaco, mais para controlar os sintomas da abstinência, do que pelo prazer. Pode-se avaliar isso, por meio, do padrão de consumo dos fumantes, onde apenas 5% fumam menos de cincocigarros por dia (SAWICKI *et al.*, 2004).

Significado do tabagismo: Para muitos referem que o tabagismo não representa nada, outros veem como uma forma boa para o alívio, relaxamento, calma, diminuição da ansiedade, do nervosismo. Disseram:

Alívio relaxamento, calma, após as refeições, para aliviar aquela sensação de cheio. Entrevista 3.

Uma forma de aliviar a ansiedade e o nervosismo. Entrevista 5.

Outros como um mal uma coisa péssima.

É um vício destruidor e que quanto mais tenta sair mais aprisionado você fica. Entrevista 7.

Significa ser dependente do cigarro. Entrevista 8.

É um vício que pode ser revertido dependendo da pessoa. Entrevista 6.

É importante, portanto, garantir que os pais e os professores, modelos de comportamento na fase da vida, se engajem nesse trabalho de forma coerente, deixando de

fumar ou não fumando na presença de crianças e adolescentes. Para tal, é importante o desenvolvimento de ações que levem a família e a escola a se tornarem espaços livres do consumo de derivados do tabaco. Além disso, pais fumantes são fortes exemplos para que seus filhos fumem, além de torná-los tabagistas passivos acarretando-lhes sérios problemas de saúde (MS, 2012).

Familiares fumantes: A maioria dos alunos tem mães, pais, avós, tios e namorados fumantes, com isso mostra a influência da família. Para Vanzin e Nery (1997). “O ser humano é dotado de uma força curativa natural, necessitando de apenas de reorientar seu estilo de vida em harmonia com as “leis da natureza de paz e amor”.

De acordo com a cultura de cada pessoa, dos fatores sócio-econômicos do ser humano, o torna capaz de vivenciar situações sociais, adotando padrões comportamentais ou “roupagem” em determinadas situações, tornando o capaz de refletir sobre seu estilo de vida, suas necessidades, orientando sua filosofia de vida para a melhoria da finalidade de vida (GONÇALVES *et al.*, 2006).

O potencial humano de desenvolver-se ao máximo e de equilibrarem-se ante as novas existências do meio e seguir rumo às metas a serem atingidas significa o ponto de discussão holística de Atenção à Saúde, (ZANCHETTA, 1993). Estatísticas apontam que o consumo de cigarro tem aumentado, sobretudo em crianças e adolescentes, por observarem o estilo de vida dos pais, dos amigos (GONÇALVES *et al.*, 2006).

Problemas de saúde causados pelo cigarro: a maioria dos alunos nunca tiveram problemas de saúde relacionados ao hábito de fumar, apenas um tem bronquite asmática e com esse hábito só agrava o quadro. Os problemas que apresentam são: mau hálito, tosse, problemas respiratórios, e dentes amarelados. Disseram:

No máximo tosse e faringite. Entrevista 2”.

Nunca tive, mas quando fumo fico tossido [mais] no outro dia. Entrevista 3.

Sempre tive bronquite asmática, já passei muito mal. Entrevista 7.

Mau hálito. Entrevistas 1, 4 e 5.

Tenho bronquite logo meu peito chia, fico com tosse, etc... Entrevista 2.

Diminuição do folego na academia. Entrevista 3.

Os dentes ficam horríveis tenho que fazer limpeza de 3 em 3 meses. Entrevista 6.

Meu folego está bem prejudicado. Entrevista 10.

A tendência de crescimento do tabagismo feminino ao longo das últimas décadas aponta para um quadro extremamente complexo, em que problemas emergentes se articulam aos anteriores e onde questões de saúde reprodutiva se associam às não-reprodutivas. O uso do tabaco potencializa os riscos, por exemplo, das associações entre doenças cardiocirculatórias e a contracepção hormonal e, nas patologias tradicionais, as relacionadas à gravidez e ao parto. As tendências epidemiológicas do tabagismo apontam para um problema que, dentro de poucos anos, será majoritariamente feminino (MS, 2012).

As principais causas de morte na população feminina hoje são, em primeiro lugar, as cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico); em segundo, as neoplasias – mama, pulmão e colo de útero; e, em terceiro, as doenças

respiratórias. É possível perceber que as três causas podem estar relacionadas ao tabagismo, sendo que o câncer responsável pela maioria das mortes femininas (mama) já foi ultrapassado em incidência pelo de pulmão entre mulheres em diversos países desenvolvidos (MS, 2012).

O risco de infarto do miocárdio, embolia pulmonar e tromboflebite em mulheres jovens que usam anticoncepcionais orais e fumam chega a ser 10 vezes maior que o das que não fumam e usam este método de controle da natalidade. Mulheres fumantes de dois ou mais maços de cigarros por dia têm 20 vezes mais chances de morrer de câncer de pulmão do que mulheres que não fumam. As mulheres têm risco maior de ter câncer de pulmão com exposições menores do que os homens. Adenocarcinomas ocorrem mais em mulheres fumantes do que em homens, e estão associados ao modo diferenciado de fumar (inalação profunda) e ou produtos voltados para a mulher. Calcula-se que o tabagismo seja responsável por 40% dos óbitos nas mulheres com menos de 65 anos e por 10% das mortes por doença coronariana nas mulheres com mais de 65 anos. Mulheres fumantes que não usam métodos contraceptivos hormonais reduzem a taxa de fertilidade de 75% para 57%, devido ao efeito causado pelas taxas de concentração de nicotina no ovário. As fumantes que fazem uso de contraceptivos orais apresentam risco para doenças do sistema circulatório, aumentando em 39% as chances de desenvolver doenças coronarianas e 22 % a de acidentes vasculares cerebrais. Fumar durante a gravidez traz sérios riscos. Abortos espontâneos, nascimentos prematuros, bebês de baixo peso, mortes fetais e de recém-nascidos, complicações com a placenta e episódios de hemorragia (sangramento) ocorrem mais frequentemente quando a grávida é fumante. Tais problemas se devem, principalmente, aos efeitos do monóxido de carbono e da nicotina exercidos sobre o feto, após a absorção pelo organismo materno. Entre as mulheres que convivem com fumantes, principalmente seus maridos, há um risco 30% maior de desenvolver câncer de pulmão em relação àquelas cujos maridos não fumam. Uma vez abandonado o cigarro, o risco de doença cardíaca começa a decair. Após 1 ano, o risco reduz à metade, e após 10 anos atinge o mesmo nível daqueles que nunca fumaram (MS, 2012). Muitos disseram que só fumam quando saem para bares e festas. A quantidade de cigarros fumados por dia é variada (desde 2 cigarros até 20):

2 cigarros. Entrevista 1 e 10.

Cerca de 5. Entrevista 2.

No mínimo 3. Entrevista 3.

10 cigarros no final de semana, às vezes na sexta mais de 10. Entrevista 7.

1 carteira. Entrevista 8.

Tentativas e impedimentos em parar de fumar: muitos nunca tentaram e os que tentaram disseram que tentam não se lembrar do cigarro e reduz a quantidade. Os impedimentos foram pelo próprio vício e por influência dos amigos. Falas:

im, atualmente estou no meio de um processo. Tentei reduzindo, cortando drasticamente e agora me permitindo 1 ou 2 cigarros a cada 5, 7, 10 dias. Entrevista 2.

Sim, deixando o habito por si só. Entrevista 4.

Sim, quando engravidei e tive meu filho e quando fui casada durante 2 anos. Entrevista 7.

Não, porque fumo quando eu quero. Entrevista 6.

A nicotina vem sendo considerada a porta de entrada para o uso de drogas ilícitas, pois, frequentemente, os usuários de drogas como álcool e maconha revelam ter iniciado suas experiências consumindo cigarros. Esta afirmação faz parte do relatório anual do Ministério da Saúde dos EUA, publicado em 1992. Segundo o relatório, o hábito de fumar e a conseqüente dependência à nicotina geralmente se estabelecem na adolescência, ou mesmo antes, e são responsáveis por aproximar os jovens de outras drogas que causam danos à saúde (MS, 2012).

Apesar dos efeitos nocivos do uso do tabaco, a maior parte dos tabagistas mantém o hábito de fumar devido a três principais mecanismos: o reforço positivo (relacionado à ação da nicotina no sistema nervoso central, liberando acetilcolina, noradrenalina, dopamina, serotonina e GABA, o que resulta em sensações prazerosas e redução do apetite, assim como no aumento da disposição, do estado de alerta e da atenção), o reforço negativo (representado pela manutenção do uso para evitar os sintomas da síndrome de abstinência, principalmente ansiedade, disforia, aumento do apetite, irritabilidade e dificuldade de concentração) e o condicionamento respondente (desencadeado por estímulos ambientais e emoções positivas e negativas associadas ao ato de fumar) (UEC, 2008).

Estudos mostram que cerca de 75% dos fumantes afirmam que gostariam de deixar o cigarro, mas somente 10% conseguem por conta própria, sendo que apenas 2,7% deles deixam de fumar a cada ano sem tratamento formal (AZEVEDO *et al.*, 2008). Isto evidencia a dificuldade em parar de fumar e a necessidade de receberem ajuda de profissional da saúde capacitado (FERREIRA *et al.*, 2011).

A dependência à nicotina conta com três componentes básicos: dependência física, responsável por sintomas da síndrome de abstinência como menor concentração e atenção, ansiedade, vontade de fumar; dependência psicológica, responsável pela sensação de ter no cigarro um apoio ou mecanismo para lidar com sentimentos de solidão, frustração, pressões sociais; e condicionamento, representado por hábitos associados ao fumar, presente na vida diária, muitas vezes durante anos. Por isso, o grau de dependência à nicotina influencia na maior ou menor dificuldade de abandonar o consumo do tabaco e muitos fumantes precisaram de cinco a sete tentativas até atingir o objetivo (REICHERT *et al.*, 2008).

Discriminação e constrangimento: a maioria disse que nunca se sentiram discriminados e nem constrangidos de fumarem em ambientes públicos, mais outros disseram que sim. Alguns disseram sair do ambiente escolar para fumar, outros disseram que não, e outros fumam antes e depois. Disseram que:

Sim, por não ser considerada uma pessoa saudável por fumar, ficar ouvindo sermão, pessoas intrometendo na minha vida. Não sinto (sentia), não me importo, pessoas também tem hábitos que incomodam e eu respeito. Entrevista 2.

Tem gente que não gostam, quando percebo saio de perto, fumo depois volto. Respeito às pessoas que não gosta. Não, pois isso é uma escolha minha procuro;

fumar longe de crianças, idosos ou pessoas que sei que não gostam. Entrevista 3. Sim, as pessoas chegam até empurrando. Me escondo sempre, me sinto muito constrangido. Entrevista 4.

Sim, as pessoas saem de perto quando fumo. Acendo o cigarro e fumo. Entrevista 9. Não, fumo tranquilamente. Entrevista 10.

O cerco aos fumantes está cada vez maior. Pessoas procuram não sair com fumantes, não os recebem em suas casas, não mantêm relacionamentos amorosos e, quando empregadores, jamais contratam fumantes. Esta forma de discriminação está cada vez mais presente no nosso dia-a-dia. O fumante, por mais asseado que possa ser, tem um cheiro peculiar que, convenhamos, não é um dos mais agradáveis. A fumaça do cigarro é invasiva e atinge todos que estão próximos, fumantes ou não. Já está provado que fumante passivo constante também sofrerá as consequências do tabagismo, na mesma intensidade de quem fuma (ROMANO, 2007).

Rego (2004) faz menção dizendo que o indivíduo é ultrapassado violentamente por um impulso de uma ordem que desconhece, mas que insiste, se repete, do qual não tem controle e, a despeito do grande prazer que desfruta com seu hábito, sofre: orgânica, social e emocionalmente.

Segundo Horta *et al.* (2005), os adolescentes devem se tornar alvo prioritário das Campanhas de prevenção, onde serão enfatizados os malefícios do tabagismo e uso de bebida alcoólica. É difícil à mudança, pois o tabagismo são atitudes aceitáveis pela sociedade. Observa que as pessoas com este hábito estão ficando sem espaço para fumar, devido às proibições em restaurantes, bares, shoppings, lojas, no trabalho,... Então, para que ocorra mudança de comportamento é necessário que à vontade de parar com este ato, parta do próprio indivíduo, pois as proibições não conseguem alterar o comportamento do ser humano.

Diante deste problema, o serviço de Saúde tem seu papel importante para passar orientações, fortalecer auxílio psicológico, tratamento para diminuir ansiedade e o hábito de fumar (GONÇALVES *et al.*, 2006).

Outras condições explicitadas: um aluno do 3º ciclo refere que:

O cigarro faz mal, assim como a fumaça dos carros, a comida industrializada, as carnes de frango cheias de hormônios, e o álcool para o fígado. Entrevista 2. Outro:

Que todos parassem de fumar inclusive eu, com minhas brincadeiras. Entrevista 4.

Hospitalização: Nenhum dos alunos ficou hospitalizado

Já fumou mais que o habitual e o que sente: A maioria deles disse que sim. Muitos disseram que não sentiram nada, outros, fadiga, mal estar, náuseas, e aqueles que sentem satisfação, menos nervosos, ansiosos, alívio, prazer, relaxado, tranquilo.

Me sinto menos nervosa, ansiosa, mais relaxada e tranquila. Entrevista 3.

Mal estar e ânsia de vômito. Entrevista 6.

Já fumei menos para satisfazer e no mínimo 8 cigarros. Entrevista 7.

Concepções teóricas dos estudantes quanto ao conhecimento dos agravos em saúde advindos do uso do cigarro e a resistência dos mesmos em abandonar o hábito: Informações no curso:

De acordo com a análise apenas os alunos dos 1º período não tiveram informações sobre os males do cigarro. Todos os outros já tiveram em fisiologia, anatomia e saúde mental.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) coordena e executa, em âmbito nacional, o Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer visando à prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças relacionadas ao tabaco no país. As ações do Programa são desenvolvidas em parceria pelas três instâncias governamentais - federal, estadual e municipal - para capacitar e apoiar os 5.561 municípios brasileiros e abrangem as áreas da educação, legislação e economia (MS, 2012).

As ações educativas dividem-se em pontuais e contínuas: as ações pontuais envolvem campanhas (Dia Mundial sem Tabaco, Dia Nacional de Combate ao Fumo e Dia Nacional de Combate ao Câncer), que têm como perspectiva comum a sensibilização e informação da comunidade e as lideranças em geral sobre o assunto, bem como a divulgação através da mídia e a realização de eventos como congressos, seminários,...., para chamar a atenção de profissionais de saúde sobre o tema. As ações contínuas objetivam manter um fluxo contínuo de informações sobre prevenção do câncer, tanto em relação ao tabagismo como aos demais fatores de risco de câncer. Considera-se que culturas e hábitos são passíveis de mudança somente a longo prazo. Portanto, essas ações utilizam canais para alcançar a comunidade de forma contínua e dentro da realidade de sua rotina. Dessa forma, através da realização de atividades sistematizadas em subprogramas dirigidos aos ambientes de trabalho, escolas e às unidades de saúde, o tema é inserido nas rotinas desses ambientes (MS, 2012).

Outro passo importante nesse processo implica no desenvolvimento de ações que apoiem o fumante que queira parar de fumar. Desta forma, o Módulo Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar surge com o objetivo de capacitar profissionais de saúde para que possam apoiar de forma efetiva os fumantes da comunidade no processo de cessação de fumar (MS, 2012).

As ações legislativas envolvem o apoio técnico a processos e projetos de lei, o monitoramento da legislação e a informação sobre os malefícios do tabaco e outros fatores de risco de câncer aos membros do Congresso Nacional. Outra ação importante tem sido a divulgação das leis de controle do fumo na comunidade assim como a identificação e articulação de mecanismos que possibilitem a fiscalização e o cumprimento das mesmas (MS, 2012).

Wilkinson (2001) fala da publicidade das indústrias do fumo chamando-a de lavagem cerebral que soube aliar fantasias dos diferentes grupos (adolescentes, mulheres, classe desfavorecida, etc.) ao uso do cigarro.

A manipulação psicológica embutida na publicidade de cigarros é grande e tende a criar a impressão de que não é tão mau assim; principalmente para os jovens, possíveis consumidores, que prolongam a lucratividade das empresas. Para isso, utiliza a imagem

de ídolos e modelos de forma indireta de publicidade (ATUALIDADES..., 2002). Não se pode desconsiderar a influência dos cartazes e outdoors. Existe também o estímulo proveniente das relações interpessoais, pessoas que são estimuladas a fumar cigarro por familiares, pelo grupo de amigos (BORGES, SILVA, REGO, 2004).

É bem verdade que o fato de um indivíduo ser usuário do tabaco não lhe dá certeza que terá qualquer problema de saúde. Isto depende da susceptibilidade do indivíduo, o tempo e a quantidade de substâncias do cigarro absorvidas por ele. Todavia, estudos mostram em percentual a relação entre o hábito de fumar e várias doenças. Alguns números são bastante desfavoráveis para os fumantes. O fumo é responsável por: 90% dos casos de câncer de pulmão; 80% dos casos de enfisema pulmonar; os tabagistas são mais propensos a determinadas doenças. Dos portadores de pedras nos rins, 70% são fumantes... Temos certeza que se pensarmos em hemodiálise e transplante de rins, não fumaremos. Então pense! (MOURA, 2002, p. 16).

A publicidade da indústria do tabaco, direcionada ao público feminino, estimulando o uso de cigarro “light”, tem como objetivo estabelecer na mulher a crença de que esse tipo de cigarro é menos prejudicial à saúde. Isso é particularmente preocupante, na medida em que compromete a percepção do real risco ao qual está exposta, dando a falsa impressão que está diante de um produto que oferece menos danos à saúde (MS, 2012).

A promoção e o marketing de produtos derivados do tabaco junto ao público jovem são essenciais para que a indústria do fumo consiga manter e expandir suas vendas. O tabaco é a segunda droga mais consumida entre os jovens, no mundo e no Brasil, e isso se deve às facilidades e estímulos para obtenção do produto, entre eles o baixo custo. A isto somam-se a promoção e publicidade, que associam o tabaco às imagens de beleza, sucesso, liberdade, poder, inteligência e outros atributos desejados especialmente pelos jovens. A divulgação dessas ideias ao longo dos anos, e o desconhecimento dos graves prejuízos causados à saúde pelo tabaco, tornou o hábito de fumar um comportamento socialmente aceitável. A prova disso é que 90% dos fumantes começam a fumar antes dos 19 anos de idade. Seduzir os jovens faz parte de uma estratégia adotada por todas as companhias de tabaco visando substituir os que deixam de fumar ou morrem, por outros consumidores que serão aqueles regulares de amanhã (MS, 2012).

Essas estratégias funcionam de forma favorável aos interesses econômicos da indústria do tabaco. São estratégias contraditórias, pois estimulam o interesse dos jovens para fumar, aumentam o consumo neste segmento e beneficiam o setor tabageiro. O Estudo Global do Tabagismo entre os Jovens, realizado pela OMS em 46 países, revelou um quadro alarmante de dependência prematura. Em algumas áreas da Polônia, de Zimbábue e da China, crianças de 10 anos de idade já estão dependentes do tabaco (MS, 2012).

Está comprovado que nas pessoas com faixa etária entre 12 e 18 anos a dependência à nicotina se instala mais fácil e fortemente, já que é nesta fase que ocorre a formação da personalidade e da consciência crítica e a construção da autoestima. Os jovens formam suas crenças e incorporam hábitos e comportamentos da vida adulta, tornando-se, por isso mesmo, mais suscetíveis às mensagens veiculadas ao seu redor (MS, 2012).

Preocupado com o impacto que o problema do tabagismo tem sobre os jovens, o INCA lançou em 1996 o sub-programa Saber Saúde, módulo do Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco, desenvolvido especialmente

para informar e educar as crianças nas escolas brasileiras quanto aos fatores de risco de câncer (MS, 2012).

Nos arquivos secretos oriundos de documentos internos de grandes empresas transnacionais do tabaco, finalmente revelados durante uma ação judicial movida contra elas por estados norte-americanos crianças e jovens são descritos como “reservas de reabastecimento” e um dos principais alvos estratégicos, devendo se tornar dependentes do cigarro ainda cedo. Além disso, os documentos comprovam que, apesar de a indústria do tabaco se posicionar publicamente de uma forma, suas verdadeiras intenções são completamente opostas (MS, 2012). Veja alguns exemplos:

Eles representam o negócio de cigarros amanhã. À medida que o grupo etário de 14 a 24 anos amadurece, ele se tornará a parte chave do volume total de cigarros, no mínimo pelos próximos 25 anos (J. W. Hind, R.J. Reynolds Tobacco, internal memorandum, 23rd January 1975 apud MS, 2012).

Atingir o jovem pode ser mais eficiente mesmo que o custo para atingí-los seja maior, porque eles estão desejando experimentar, eles têm mais influência sobre os outros da sua idade do que eles terão mais tarde, e porque eles são muito mais leais à sua primeira marca (Escrito por um executivo da Philip Morris em 1957 apud MS, 2012).

Após a divulgação desses documentos e principalmente dos recentes avanços alcançados pela saúde pública no controle do tabagismo, a indústria fumígena passou a adotar estratégias na tentativa de reconstruir sua imagem junto ao público, e dar a impressão de que é contra o consumo de tabaco entre os jovens. Promove medidas supostamente dirigidas para prevenir o tabagismo entre menores de idade, criando campanhas e utilizando a ideia de que “fumar é para adultos”. Porém, na verdade, ao apresentar o cigarro como “adulto” e “proibido”, essas companhias buscam colocar sutilmente um importante ingrediente para reforçar o comportamento rebelde do adolescente, pois entre as principais motivações para o adolescente fumar estão o desejo de se afirmar como adulto, sua rebeldia e a rejeição dos valores dos seus pais (MS, 2012).

O instituto nacional do câncer (INCA) desenvolve papel importante como Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Programa “Tabaco ou Saúde” na América Latina, cujo objetivo é estimular e apoiar políticas e atividades controle do tabagismo nessa região, e no apoio à elaboração da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco, idealizada pela OMS para estabelecer padrões de controle do tabagismo em todo o mundo.

É importante se ter uma legislação forte, sobretudo no que tange as políticas tributária e agrícola. Daí, a necessidade deste Programa estar articulado com outros setores do governo, constituindo-se em um programa amplo, ou seja, um programa de Estado (MS, 2012).

Segundo notícias publicadas nos principais jornais do País, o Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) da Saúde, apresentado pelo ministro José Gomes Temporão, defende que sejam eliminadas as áreas destinadas a fumantes, os fumódromos. O PAC sugere que o governo federal envie ao Congresso um projeto de lei detalhando como a

proposta deve ser implementada. Uma das bases do PAC é a promoção à saúde. (ROMANO, 2007). O site <http://www.inca.gov.br/tabagismo/> do ministério da saúde explicita os papéis das leis e resoluções publicadas no período de 2000-2003 (ANEXO 01).

Embora os acadêmicos de enfermagem tenham aceitado participar da pesquisa, não manifestaram impaciência nem agressividade com relação às questões apresentadas, notamos que as respostas foram muito objetivas, ou seja: não houve manifestações de interesse efetivo, preocupação com o problema ou qualquer outra forma de expressar valorização do tema. A objetividade e rapidez das respostas parecem a nos representar a falta de interesse ou uma tendência de encerrar o assunto. Será que estas concepções revelam a realidade? Ou será que trata-se de uma forma de não se envolver ou evitar que ocorram transformações no que diz respeito ao hábito?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Notou-se que os acadêmicos do curso de enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), possuem informações quanto aos males causados pelo tabagismo. Tais informações se tornam preocupante especialmente pelo fato de continuarem fumando.

Os acadêmicos pesquisados sabem o que é o tabagismo e seus males, porém, continuam fumando. É importante destacarmos prejuízos causados pelo não abandono do cigarro, tanto para os acadêmicos quanto para população em geral, e cabe principalmente aos profissionais de saúde, a participação em campanhas educativas, inserindo conhecimentos, estimulando a participação da comunidade, facilitando o aprendizado, além de servir como estímulo para multiplicação a de novos conhecimentos acerca de prevenção de agravos á saúde. A divulgação dos males deve ser estimulada em todos os níveis assistenciais, tanto por profissionais da saúde quanto pelos meios de comunicação (televisão, internet,...), ressaltando-se a sua importância no contexto assistencial, para que os diferentes grupos sociais sejam alcançados de forma efetiva. Nos acadêmicos de Enfermagem, como futuros profissionais da saúde, que na maioria das vezes, somos vistos, não podemos deixar de constatar que, tal hábito se torna danoso ao exercício profissional. Este estudo revelou a necessidade de incremento das ações de saúde, notadamente por parte dos docentes, no que se refere à transmissão e debate dos males acarretados pelo uso do cigarro e a necessidade dos profissionais que atuam na área no sentido de contribuir para evitar/abandonar um hábito tão danoso para a saúde individual e coletiva, como é o caso do uso do tabagismo. Compartilhamos a ideia de que as questões que abrangem o tabagismo são de ordem complexa, mas passíveis de compreensão, mediante estudos e pesquisas na área. Penso que, enquanto nós, profissionais da saúde, estivermos abertos a tentar compreender o ser humano de forma mais integrada, estaremos contribuindo para o conhecimento científico, bem como para novas reflexões e possíveis alternativas sobre o tema. Não podemos, entretanto, deixar de questionar alguns pontos. E nem de dar suporte aos resistentes fumantes.

SMOKING AMONG UNDERGRADUATE STUDENTS IN NURSING: CULTURAL TRANSFORMATION AND PROFILE OF SMOKERS

Abstract: *objective seeking to understand the sociocultural determinants of smoking among nursing students at the PUC Goiás. The results had their origin in 10 interviews. It was noted that smokers were in the age group between 19 and 27 years, belong (mostly) to female subjects who had performed preventive nature and knew the damage caused by smoking exhibiting resistance to leave the habit.*

Keywords: *Cigarette. Smoking. Cultural transformations.*

Referências

ANDRADE, A. G. et al. Uso do álcool e drogas por estudantes de medicina da UNESP. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 1999.

ATUALIDADES EM TABAGISMO E PREVENÇÃO DO CÂNCER. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

AZEVEDO, R. C. S. et al. Atenção aos tabagistas pela capacitação de profissionais da rede pública. *Revista de Saúde Pública*, 2008.

BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C. Métodos para o abandono do tabagismo. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*, São Paulo, n. 71, p. 820-27, nov./dez. 2005.

BARROS, E. R.; LIMA, R. M. Prevalência e Características do Tabagismo entre Universitários de Instituições Públicas e Privadas da Cidade de Campos dos Goytacazes, RJ. *Vértices*, Campos dos Goytacazes/RJ, v. 13, n. 3, p. 93-116, set./dez. 2011.

BORGES, I.; SILVA, O. C.; REGO, N. G. *Enfermeiros professores universitários fumantes: quando o saber científico não é suficiente*, 2004.

CAMPOS, H. S. Tabagismo entre os médicos do Brasil. *JPneumol.*, v. 18, n. 1, p. 1-9, 1992.

CAVALCANTE, T. M. *O médico e suas representações sobre tabagismo, fumante e cessação de fumar*. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

FERREIRA, S. A. L. et al. Motivos que contribuem para indivíduos de uma escola de nível superior tornarem-se ou não tabagistas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, 2011.

GONÇALVES, M. T. A. et al. O enfermeiro na educação continuada sobre o tabagismo. 2006. Disponível em: <<http://sare.anhanguera.com/index.php/rencs/article/view/332/333>>. Acesso em: 24 maio 2012.

GRIFFITH, E.; MARSHAL, E. J. *O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

HORTA, B. L. et al. Tabagismo em adolescentes de área urbana na região sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 2005.

HORTENSE, F. T. P.; CARMAGNANI, M. I. S.; BRÊTAS, A. C. P. O significado do tabagismo no contexto do câncer de laringe. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 61, n. 1, p. 24-30, jan./fev. 2008.

MENEZES, A. Evolução temporal do tabagismo em estudantes de medicina, 1986, 1991, 1996. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 2, p. 165-169, 2001.

224 MINAYO, M. C. S. Correntes de pensamento. In: MINAYO, M. C. S.; *O desafio do*

conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. Revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, p.133-42, 2006.

MINISTERIO DA SAÚDE (MS). Agência Nacional de Saúde. Associação médica Brasileira. *Primeiras diretrizes clínicas na saúde suplementar – versão preliminar*. Rio de Janeiro: ANS, 2009.

MINISTERIO DA SAÚDE (MS). Instituto Nacional do Câncer (INCA). Coordenação Nacional de Prevenção e Vigilância (CONPREV). *Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA, p. 7, 2001(b).

MINISTERIO DA SAÚDE (MS). Instituto Nacional do Câncer (INCA). Coordenação Nacional de Prevenção e Vigilância (CONPREV). *Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA, p. 7, 2001(b).

MINISTERIO DA SAÚDE (MS). Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Legislação federal sobre o tabaco no Brasil*. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/economia/leisfederais.pdf>>. Acesso em: set. 2011.

MINISTERIO DA SAÚDE (MS). Instituto Nacional do Câncer (INCA). *O Controle do Tabagismo no Brasil: avanços e desafios*. 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/31maio2004/tabag_br_folheto_04.pdf>. Acesso em: 16 set. 2011.

MINISTERIO DA SAÚDE (MS). Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Saúde após a ratificação da Convenção – Quadro*. 2005. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atualidades&=link=lista.asp> (a)>. Acesso em: 16 set. 2011.

MINISTERIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Coordenação Nacional de Prevenção e Vigilância (CONPREV). *Deixando de fumar sem mistérios: manual do coordenador*. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

MINISTERIO DA SAÚDE (MS). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. *Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA, 2001(a).

MINISTERIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. *Ajudando seu paciente a deixar de fumar*. Rio de Janeiro; 1997.

MINISTERIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. *Ajudando seu paciente a deixar de fumar*. Rio de Janeiro, 1997.

MINISTERIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/>>. Acesso em: 24 maio 2012.

MINISTERIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/>>. Acesso em: 24 maio 2012.

MINISTERIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/>>. Acesso em: 24 maio 2012.

MINISTERIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/>>. Acesso em: 24 maio 2012.

MINISTERIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/42>>. Acesso em: 24 maio 2012.

MOURA, M. E. de. *Apague esta chama, você pode!* 1. ed. Rio de Janeiro, 2002.

OLIVE, K. E.; BALLARD, J. A. Attitudes of patients toward smoking by health professionals. *Public Health Rep.*, v. 107, n. 3, p. 335-9, 1992.

PILLON, S. C.; LARANJEIRA, R. R.; DUNN, J. O comportamento do fumar entre enfermeiras. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 65-70, 2002.

PILLON, S. C.; LARANJEIRA, R. R.; DUNN, J. O comportamento do fumar entre enfermeiras. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 65-70, 2002.

REGO, N. G. C. Sociedade, Odontologia e Saúde: a clínica dos diferentes. In: FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). *Cuidando de clientes com necessidades especiais, motora e sensorial*, São Caetano do Sul: Difusão, 2004.

REICHERT, J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *J. Bras. Pneumol.*, 2008.

RODRIGUES, A. et al. *Avaliação do nível de propensão para o desenvolvimento do alcoolismo ente estudantes do curso de graduação em enfermagem na Universidade Católica Dom Bosco*, 2007.

ROMANO, S. O fim dos fumódromos. *Revista contábil e jurídica Netlegis*, 2007.

RUSSO, A. C.; AZEVEDO, R. C. S. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. *J. bras. pneumol.*, São Paulo, v. 36, n. 5, sept./oct. 2010.

RUSSO, A. C.; AZEVEDO, R. C. S. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. *J. bras. pneumol.*, São Paulo, v. 36, n. 5, sept./oct. 2010.

RUSSO, A. C.; AZEVEDO, R. C. S. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. *J. bras. pneumol.*, São Paulo, v. 36, n. 5, sept./oct. 2010.

RUSSO, A. C.; AZEVEDO, R. C. S. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. *J. bras. pneumol.*, São Paulo, v. 36, n. 5, sept./oct. 2010.

SANTOS, K. P.; REINALDO, A. M. S.; RODRIGUES, A. Relação entre a formação acadêmica dos estudantes de enfermagem e sua percepção quanto ao tabagismo. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 09, n. 02, p. 432 - 442, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a11.htm>>. Acesso em: 16 set. 2011.

SANTOS, K. P.; RODRIGUES, A.; REINALDO, A. M. S. Relação entre a formação acadêmica dos estudantes de enfermagem e sua percepção quanto ao tabagismo. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 09, n. 02, p. 432-442, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a11.htm>>.

SANTOS, K. P.; RODRIGUES, A.; REINALDO, A. M. S. Relação entre a formação acadêmica dos estudantes de enfermagem e sua percepção quanto ao tabagismo. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 09, n. 02, p. 432-442, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a11.htm>>. Acesso em: 16 set. 2011.

SANTOS, K. P.; RODRIGUES, A.; REINALDO, A. M. S. Relação entre a formação acadêmica dos estudantes de enfermagem e sua percepção quanto ao tabagismo. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 09, n. 02, p. 432-442, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a11.htm>>. Acesso em: 16 set. 2011.

SANTOS, R. P. et al. A relação entre o adolescente e o cigarro: o marketing como fator predisponente. *Pediatria*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 103-111, 1999.

SANTOS, R. P. et al. *A relação entre o adolescente e o cigarro: o marketing como fator predisponente* *Pediatria*. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 103-111, 1999.

SAWICKI, W. C. et al. Graduandos de Enfermagem e sua relação com o tabagismo. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, 2004.

SILVA, C. J.; LARANJEIRA, R. Neurobiologia da dependência química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. R. (Editores.). *Aconselhamento em dependência química*, São Paulo: Roca; 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, Faculdade de Ciências Médicas [homepage on the Internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas [cited 2008 May 3]. *Diretrizes para Abordagem Tabagista*. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/diretrizes/d_n_c/diretr_abord_tabagista/diretr_abord_tabagista_pag_1.html>. Acesso em: 24 maio 2012.

VALENTE, M. A. et al. O fumo entre docentes e discentes das escolas de Enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 16, n. 2, p. 147-163, 1982.

VANZIN, A. S.; NERY, M. E. S. *Problema de Saúde Pública e Saúde Ocupacional*. 3 ed. Porto Alegre: RMSL Gráfica, 1997.

WILKINSON, G. *Isto é: guia da saúde familiar: stress*. São Paulo: C. Alzugaray, 2001.

ZANCHETTA, M. S. *Enfermagem em Cancerologia* – 3 ed. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 1993.

* Recebido em: 12.10.2014

Aprovado em: 19.10.2014

DAIANE MARTINS DE OLIVEIRA

Graduanda em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás).

CELMA MARTINS GUIMARÃES

Orientadora. *E-mail*: celma@pucgoias.edu.br.