

A situação do tabagismo no Brasil

Dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA

A situação do tabagismo no Brasil

Dados dos inquéritos do Sistema
Internacional de Vigilância do Tabagismo
da Organização Mundial da Saúde
realizados no Brasil entre 2002 e 2009

© 2011 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde (INCA/MS)

Todos os direitos reservados. A reprodução, adaptação, modificação e utilização deste conteúdo, parcial ou integralmente, são expressamente proibidas sem permissão prévia, por escrito, do INCA e desde que não seja para fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita.

Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Área Temática Controle de Câncer da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS/MS (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/controle_cancer) e no Portal do INCA (www.inca.gov.br)

TIRAGEM: 15.000 exemplares

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

Coordenação de Pesquisa Populacional

Divisão de Epidemiologia

Rua Marquês de Pombal, 125, 7º andar, 20230-240

Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Tel.: (21) 3207-5514

www.inca.gov.br

ELABORADORES

André Salem Szklo (INCA)

Elaine Masson Fernandes (INCA)

Liz Maria de Almeida (INCA)

Mariana Miranda Autran Sampaio (INCA)

EDIÇÃO DE TEXTO

Marinilda Carvalho

DESIGN

Aristides Dutra

NORMALIZAÇÃO EDITORIAL

Taís Facina (INCA)

NORMALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Iara Rodrigues de Amorim (INCA)

IMPRESSÃO

Flama

I59s Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.

A situação do tabagismo no Brasil : dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009 / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. -- Rio de Janeiro : Inca, 2011.

76 p.

Inclui referências.

ISBN 978-85-7318-189-0 (versão impressa)

ISBN 978-85-7318-190-6 (versão eletrônica)

1. Tabagismo - Brasil. 2. Programa Nacional de Controle do Tabagismo.
3. Inquéritos epidemiológicos - Brasil. I. Título.

CDD 613.85

A G R A D E C I M E N T O S

Agradecemos a contribuição de escolas, faculdades, universidades, secretarias estaduais e municipais de Saúde e Educação, diretores, coordenadores e professores, bem como a todos os alunos que participaram dos inquéritos.

Agradecemos a todos os técnicos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) que de alguma forma contribuíram para o planejamento, a execução, a análise dos dados e a disseminação dos resultados.

Agradecemos ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) pela condução da Pesquisa Especial de Tabagismo juntamente com a PNAD 2008, assim como a contribuição da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Agradecemos o apoio técnico e financeiro das seguintes organizações internacionais: Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Organização Mundial da Saúde (OMS), Centers for Disease Control and Prevention dos Estados Unidos, John Hopkins School of Public Health e Bloomberg Philanthropies.

Agradecemos aos participantes da oficina para elaboração do relatório da Pesquisa Especial de Tabagismo realizada em abril de 2010.

Mensagem do INCA

É com satisfação que oferecemos aos profissionais de saúde essa publicação com os resultados dos inquéritos que foram realizados no Brasil e que fazem parte do sistema internacional de vigilância do tabagismo da Organização Mundial da Saúde (OMS).

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é Centro Colaborador da OMS para o controle do tabaco desde 2001 e, como tal, assumiu uma série de tarefas que fazem parte do plano global para conter a epidemia tabagística, entre as quais o monitoramento do impacto das ações de controle do tabaco na população e em grupos de maior vulnerabilidade. Essas ações, em geral, são de estímulo e suporte técnico para a realização dos estudos em território brasileiro e de disseminação dos resultados, em consonância com a logística dos sistemas de vigilância de fatores de risco da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

A publicação apresenta um breve panorama da Política Nacional de Controle do Tabaco, que hoje é o próprio tratado internacional que o país ratificou em 2005 – a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) – e analisa os resultados à luz do conjunto de medidas consideradas mais efetivas para o controle da epidemia, em nível mundial. No caso brasileiro, os desafios estão relacionados não somente ao consumo diversificado dos produtos, mas também à produção do tabaco no território nacional.

Os resultados aqui apresentados são oriundos dos inquéritos *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS), *Global Health Professional Students Survey* (GHPSS) e *Global Adult Tobacco Survey* (GATS). Esses sistemas de vigilância tiveram início, no mundo, em 1999 e, no Brasil, em 2002, com a coleta de informações não apenas sobre prevalência do tabagismo, mas sobre níveis de dependência, cessação, exposição ambiental à fumaça do tabaco, exposição à propaganda, gasto médio mensal com cigarros, conhecimento e crenças sobre o tabagismo.

Esperamos que esse livro possa ajudar os profissionais de saúde a compreender o panorama do controle do tabaco em nosso meio e os incentive a perceber a importância do papel que desempenham, na promoção da saúde, junto às comunidades em que atuam. Esse papel é hoje bem amplo e está relacionado ao esclarecimento da população em relação aos efeitos do tabaco sobre a saúde, à prevenção da iniciação e da exposição à fumaça dentro de casa e ao tratamento da dependência. Além disso, cabe a esses profissionais, como cidadãos, auxiliar os órgãos responsáveis pela fiscalização do cumprimento das leis sobre ambientes livres de tabaco, banimento da propaganda, promoção e patrocínio e venda de produtos aos menores de 18 anos.

LUIS ANTONIO SANTINI RODRIGUES DA SILVA

Apresentação

A Organização Mundial da Saúde (OMS) identifica o consumo de produtos de tabaco como um fator de risco à vida a ser controlado com alta prioridade, tendo em vista a elevada ocorrência de mortes associadas ao tabagismo em escala mundial. Para alcançar esse controle de forma ampla, a OMS propõe um conjunto de estratégias, entre as quais se destacam a vigilância e o monitoramento do consumo de produtos de tabaco. Com esse objetivo, o Global Tobacco Surveillance System (GTSS) foi desenvolvido em 1999, em parceria entre OMS, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e Canadian Public Health Association (CPHA).

Em 1997, o INCA foi designado, pela primeira vez, “Centro Colaborador da OMS para o controle do tabaco”; em 2008, obteve sua terceira designação, válida por quatro anos. Um dos critérios mais importantes para esta escolha é seu papel histórico no controle do tabaco no Brasil. Em função deste compromisso, a instituição deve desenvolver atividades alinhadas às prioridades estratégicas da OMS.

O GTSS vem sendo adotado na maioria dos Estados Membros da OMS há mais de 10 anos, utilizando protocolos padronizados. As pesquisas que hoje compõem o GTSS são: Global Youth Tobacco Survey (GYTS), que teve início em 1999; Global School Personnel Survey (GSPS), a partir de 2000; Global Health Professional Students Survey (GHPSS), que começou em 2005; e Global Adult Tobacco Survey (GATS), que estreou em 2007. No Brasil, o GTSS teve início em 2002, com o GYTS. Em 2006, o país aplicou, pela primeira vez, o GHPSS e, em 2008, o GATS.

Cada subsistema de vigilância tem população-alvo específica, potencial escopo de determinado conjunto de ações. Assim, o *Global Youth Tobacco Survey (GYTS)* – no Brasil, Vigéscola – tem por alvo a população de jovens na faixa etária de 13 a 15 anos, abordando grandes temas como experimentação, consumo de produtos de tabaco, influência do meio sobre o comportamento de fumar, acesso aos produtos de tabaco e aos objetos de propaganda, exposição ambiental à fumaça do tabaco, exposição à mídia pró e antitabaco e o conhecimento adquirido nas escolas sobre o tema.

O *Global Health Professional Students Survey (GHPSS)* – ou “Perfil do tabagismo entre estudantes universitários no Brasil, PETUNI” – tem como alvo os futuros profissionais nos campi universitários de Medicina, Odontologia, Enfermagem e Farmácia. Além de alguns temas abordados no primeiro subsistema, a PETUNI inclui normas

sobre exposição ambiental à fumaça dos produtos de tabaco nos diversos ambientes do campus, bem como conhecimento sobre o consumo de produtos de tabaco e tratamento do fumante durante os cursos de graduação.

Finalmente, o *Global Adult Tobacco Survey (GATS)* – “Pesquisa Especial sobre Tabagismo, PETA” –, o mais amplo e mais novo de todos, abrange a população geral de residentes no Brasil com 15 anos e mais de idade. Além de incluir os principais temas dos outros inquéritos, detalha o uso dos diversos produtos de tabaco hoje existentes, o nível de dependência, o gasto médio mensal para adquiri-los, a procura e o acesso ao tratamento. Até o momento, o Brasil não aderiu ao GSPS.

A inserção do país nesse sistema de vigilância teve dois objetivos: subsidiar as políticas nacionais referentes ao tema e integrar-se ao projeto com vistas à comparabilidade internacional dos resultados.

Esta publicação tem por objetivo trazer a público os resultados obtidos nos inquéritos epidemiológicos sobre tabagismo realizados no Brasil entre 2002 e 2009, que fazem parte do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da OMS – o GTSS. É a partir desses dados que essa publicação procura trazer ao leitor – em especial ao profissional de saúde – a discussão sobre algumas questões-chave que hoje envolvem o controle do tabaco no Brasil e no mundo.

SUMÁRIO

Mensagem do INCA	5
Apresentação	7
Quais são os efeitos do tabagismo sobre a saúde?	11
Qual é a Política de Controle do Tabaco no Brasil?	12
Como é feito o monitoramento do tabagismo no Brasil?	15
Como foram realizadas as pesquisas do GTSS no Brasil?	16
Vigescola	16
PETUNI	18
PETab.	19
Como acontece a iniciação ao tabaco?	20
Como os adolescentes têm acesso ao cigarro?	22
Com que idade as pessoas começam a fumar regularmente?	24
Quem são os usuários do tabaco?	27
Quem está tentando parar de fumar?	33
Como os médicos e outros profissionais de saúde lidam com a questão do tabagismo?	34
Como o tabagismo se insere no universo dos estudantes de Medicina, Enfermagem, Farmácia e Odontologia?	36
Que métodos estão sendo utilizados por quem tenta parar de fumar?	44
Quem já parou de fumar?	46
Entre as pessoas de 15 anos ou mais, quem está exposto à fumaça de produtos de tabaco?	48
Você sabia que a mídia é usada tanto para informar sobre o controle do tabaco quanto para promover seus produtos?	52
Quem observa informações relacionadas ao controle do tabaco?	52
Quem reparou nas advertências presentes nos maços de cigarro?	55
Quem são as pessoas que mais percebem a publicidade produzida pela indústria de tabaco?	57
Quanto se gasta com cigarros no Brasil? Quem está gastando mais no país?	60
Como está o conhecimento da população sobre os malefícios do tabagismo?	65
O que o Brasil ainda precisa fazer?	69
Referências.	74

Quais são os efeitos do tabagismo sobre a saúde?

O tabagismo é considerado a segunda causa de morte no mundo pela Organização Mundial da Saúde¹ e pode ser evitado. Está associado à mortalidade por diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, bexiga, rim, colo do útero e leucemia mieloide aguda), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença coronariana, hipertensão arterial e acidente vascular encefálico^{2 3 4}. O fumante está sujeito à mortalidade por todas essas doenças, mas o simples fato de ser exposto à fumaça de produtos de tabaco contribui para o desenvolvimento ou agravamento de diversas outras^{5 6}.

Calcula-se que o fumo seja responsável por mais de cinco milhões de mortes a cada ano. Se as tendências atuais de consumo dos produtos de tabaco persistirem, esse número pode superar oito milhões de mortes anuais até 2030. Quanto ao fumo passivo, estima-se que provoque cerca de 600 mil mortes anuais de indivíduos expostos à fumaça do cigarro⁷. Por outro lado, parar de fumar aumenta a expectativa e a qualidade de vida em qualquer faixa etária, inclusive entre os indivíduos que já desenvolveram alguma doença⁸.



Qual é a Política de Controle do Tabaco no Brasil?



A partir da década de 1950, diversas evidências científicas internacionais identificaram o tabagismo como um dos principais fatores causadores do câncer e de outras 50 doenças⁹. No fim da década de 1970, alguns grupos começaram a se preocupar com o controle do tabaco no Brasil. Desde então vêm enfrentando pressões da indústria do tabaco, dado o “consenso” de que fumar é comportamento social aceito pela comunidade.

O movimento, que começou timidamente em sociedades médicas, tornou-se política de governo: em 1989, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e entregou sua execução ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) que se tornou responsável por planejar e coordenar suas ações, além de difundir informações sobre esse importante fator de risco de câncer e outras doenças.

Um dos grandes esforços do PNCT, a partir de meados da década de 1990, foi a formação de parcerias com secretarias estaduais e municipais de Saúde. Esse trabalho em rede, envolvendo secretarias de 26 estados, do Distrito Federal e de pouco mais de 4 mil municípios, tem internalizado as medidas do PNCT no Sistema Único de Saúde (SUS).

O modelo inicial de disseminação desse programa, nos anos de 1990, buscava atingir formadores de opinião e criar massa crítica capaz de mudar a aceitação social do consumo dos produtos de tabaco. Naquele contexto, o tabagismo era visto como estilo de vida e estimulado pela propaganda. O programa priorizou três grandes canais comunitários: escolas, ambientes de trabalho e unidades de saúde.

Durante nove anos, as ações educativas foram apenas pontuais. A partir de 1996, no entanto, passaram a ser desenvolvidas continuamente, em âmbito nacional, pelas secretarias estaduais e municipais de Saúde, assessoradas e coordenadas pelo INCA, em alguns casos associado a organizações não governamentais.

Em 1999 foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Com a função de coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), articulou rede nacional em estados e municípios para a fiscalização do cumprimento das leis relacionadas também ao controle do tabaco.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo teve como marco a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), proposta em 1999 e aprovada em 2003. É o primeiro tratado internacional de saúde pública, negociado por 192 países com apoio da OMS, envolvendo diversos segmentos em resposta à internacionalização da epidemia do tabagismo. A CQCT tem, como objetivo principal:

Tratado internacional é um acordo por escrito entre países e regido pelo Direito Internacional. É o presidente da República quem celebra o tratado, assinando o documento. Posteriormente, o tratado é ratificado pelo Congresso Nacional, ou seja, seu texto é aprovado pelos parlamentares. Para finalizar, o presidente da República deve promulgar um decreto para que o tratado internacional tenha vigência no ordenamento jurídico brasileiro e o compromisso do país seja transmitido aos demais países que assinaram o acordo.

“Proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a serem implementadas pelas Partes nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco”.

Os princípios que norteiam a CQCT expressam o direito das pessoas à informação sobre a gravidade dos riscos do tabagismo, o direito à proteção por medidas legislativas, executivas, administrativas e outras que visem prevenir a iniciação, promover e apoiar a cessação de fumar e proteger toda pessoa da exposição à fumaça ambiental do tabaco. As medidas centrais da CQCT têm como enfoque a redução tanto da demanda quanto da oferta.

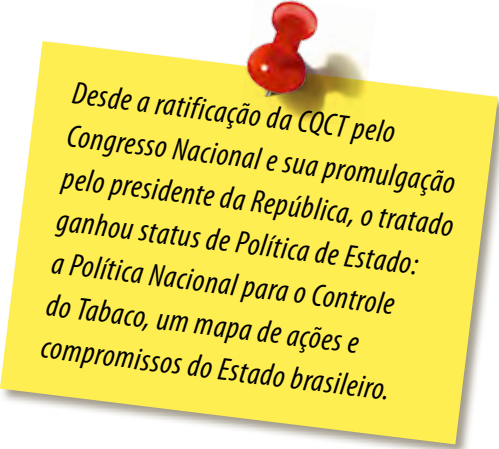
O tratado prioriza ações que beneficiem as populações mais vulneráveis, que considerem aspectos específicos de gênero na elaboração da política de controle do tabaco e incluam a sociedade civil em sua execução. Ao ratificar a CQCT, os governos se comprometem a inserir as orientações do tratado na política de desenvolvimento do país, com mecanismos de coordenação nacional de caráter multissetorial e financiamento adequado. Além disso, devem cooperar com outros países e organizações internacionais para o alcance dos objetivos.

Em 2003, o presidente da República assinou nas Nações Unidas a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, assumindo o compromisso de promover sua ratificação no Congresso Nacional. Nesse mesmo ano criou a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (Conicq), presidida pelo ministro da Saúde e com o INCA na secretaria executiva, encarregado de organizar a agenda intersetorial de governo no cumprimento das obrigações da Convenção-Quadro e promover o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de estratégias, planos, programas, políticas, legislações e outras medidas para o cumprimento das obrigações do tratado¹⁰.

Em novembro de 2005, a adesão do Brasil à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco foi ratificada pelo Congresso Nacional. Em janeiro de 2006, a ratificação foi promulgada pelo presidente da República^{11 12 13}.

Também estão integradas à Política Nacional para o Controle do Tabaco a Política de Regulação dos Produtos de Tabaco, específica da Anvisa, o Programa Nacional de Diversificação de Produção em Áreas Cultivadas com Tabaco, de responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Agrário, a política de preços e impostos sobre o setor fumo, do Ministério da Fazenda, entre outras.

Desde 1986, diversas portarias e leis foram criadas no Brasil para controle do tabaco. Com isto, o país proibiu a propaganda de produtos do tabaco na mídia (exceto em pontos de venda), adotou a advertência nos maços de cigarro e restringiu a exposição à fumaça do tabaco em ambientes públicos. Muito já foi conquistado por ações do governo e da sociedade civil, mas ainda há muito por fazer.



Desde a ratificação da CQCT pelo Congresso Nacional e sua promulgação pelo presidente da República, o tratado ganhou status de Política de Estado: a Política Nacional para o Controle do Tabaco, um mapa de ações e compromissos do Estado brasileiro.



Como é feito o monitoramento do tabagismo no Brasil?

O *Global Tobacco Surveillance System* (GTSS) foi desenvolvido em 1999 como parte de uma rede de estratégias da OMS para o controle do tabaco, cujo foco é a prevenção da iniciação, a promoção da cessação e a proteção à exposição à fumaça do tabaco. Com base nessas estratégias, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Brasil propôs o seguinte esquema:

No Brasil, o GTSS é composto pelas pesquisas Vigescola, PETUNI e PETab. O Vigescola é o sistema mais antigo, iniciado no Brasil em 2002 com escolares de 13 a 15 anos. Na primeira ronda, foi aplicado em 21 cidades e uma região fumicultora do país. Na segunda ronda foi repetido em 8 cidades. Cinco municípios brasileiros já receberam a PETUNI – ambas as pesquisas têm periodicidade variável. A PETab, para indivíduos de 15 anos ou mais, foi inserida em 2008 no Suplemento Quinquenal de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) construindo, de forma robusta, a oportunidade de iniciar amplo sistema de vigilância do tabagismo no país. É a primeira pesquisa com representatividade nacional, incluindo áreas urbanas e rurais, que aborda os aspectos mais relevantes associados ao controle do tabaco.

Desde 2006 o Brasil dispõe de um sistema de monitoramento anual por telefone, o Vigitel, que investiga fatores de risco e proteção para doenças crônicas e morbidade referida entre adultos de 18 anos ou mais, residentes em domicílio com linha fixa de telefone. Apesar de restrito às capitais e aos proprietários de linhas telefônicas, permite o acompanhamento anual da prevalência do consumo dos produtos de tabaco.

O Brasil conta também, desde 2009, com a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE), que envolve alunos do 9º ano (antiga 8ª série) do Ensino Fundamental de escolas públicas e privadas das 27 capitais. O próprio aluno responde ao questionário em computador manual. A pesquisa considera a experimentação de cigarro e seu consumo nos 30 dias anteriores à pesquisa, assim como o consumo dos produtos de tabaco pelos pais.

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) ainda realiza, desde 2001, estudos voltados para a avaliação quantitativa e qualitativa do consumo de drogas psicoativas no Brasil, como levantamentos populacionais entre estudantes e crianças e adolescentes em situação de rua.

É importante destacar que as investigações sobre o tabaco podem ter abrangências diversas (por exemplo, cidades, localidades ou regiões específicas), abordar temas específicos (como opinião pública, cessação do tabagismo, advertências sanitárias, doença da folha verde do tabaco) e/ou utilizar metodologias diferentes (quantitativa X qualitativa, entrevista face-a-face X telefônica). Em seu conjunto, todas elas fornecem subsídios importantes às ações de promoção da saúde, prevenção e controle.

É importante destacar que as investigações sobre o tabaco podem ter abrangências diversas (por exemplo, cidades, localidades ou regiões específicas), abordar temas específicos (como opinião pública, cessação do tabagismo, advertências sanitárias, doença da folha verde do tabaco) e/ou utilizar metodologias diferentes (quantitativa X qualitativa, entrevista face-a-face X telefônica). Em seu conjunto, todas elas fornecem subsídios importantes às ações de promoção da saúde, prevenção e controle.

Esse conjunto de dados aqui mencionados pode ser encontrado nas publicações dos órgãos responsáveis^{14 15 16 17 18}.



Como foram realizadas as pesquisas do GTSS no Brasil?

Vigescola

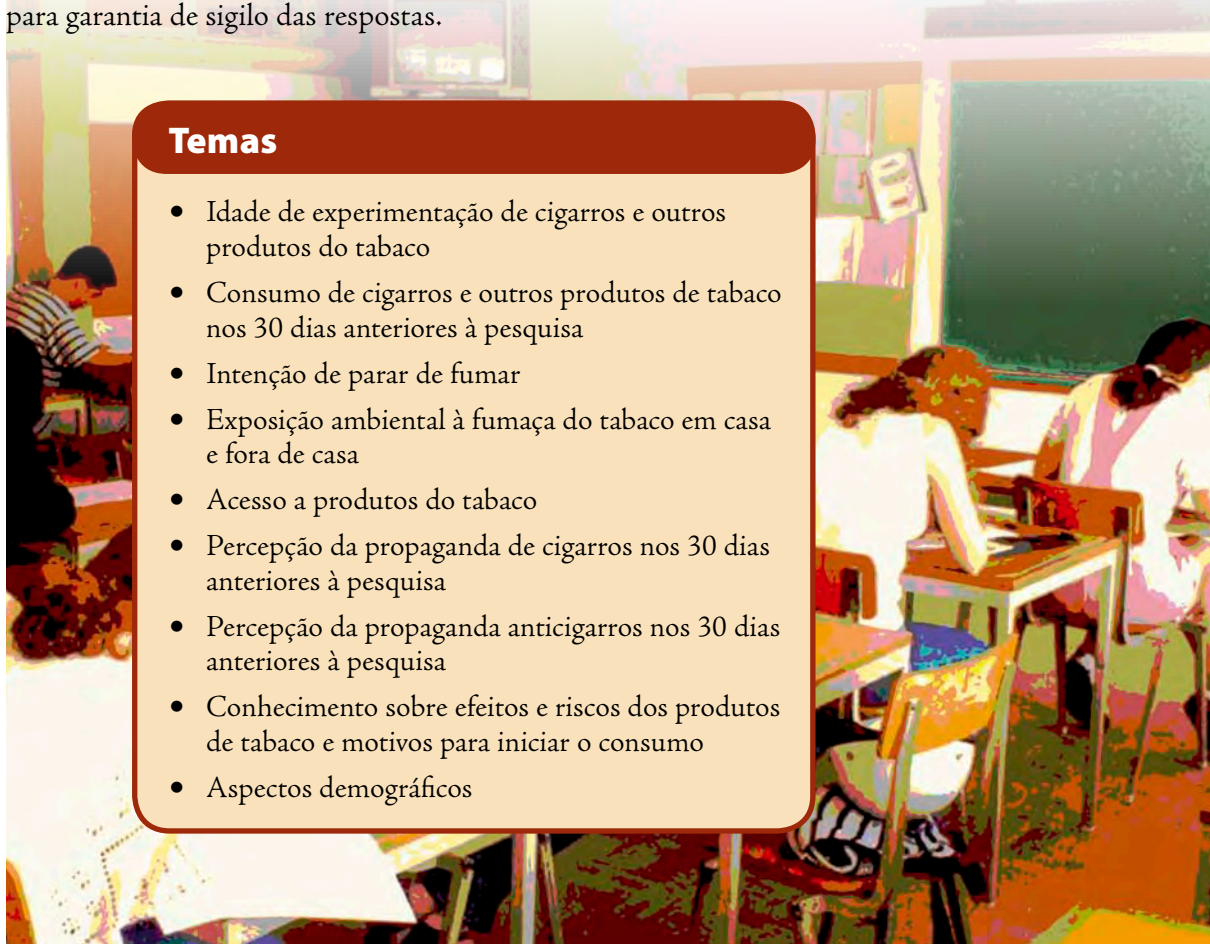
O Vigescola é realizado em parceria entre Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial da Saúde, Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos, Instituto Nacional de Câncer, secretarias estaduais e municipais de Saúde e Educação, organizações não governamentais e comunidades. A pesquisa monitora escolares entre 13 e 15 anos de idade em inquéritos repetidos.

O Vigescola teve início no Brasil em 2002. Desde então, o INCA já conduziu 30 inquéritos com as secretarias estaduais e municipais de Saúde, abrangendo 740 escolas (25 a 50 escolas em cada cidade) e 30.910 escolares de 13 a 15 anos, dos 8º e 9º anos (antigas 7ª e 8ª séries) do Ensino Fundamental e da 1ª série do Ensino Médio. A maioria desses estudos foi realizada em capitais brasileiras. Oito cidades (Curitiba, Fortaleza, João Pessoa, Natal, Palmas, São Luís, Campo Grande e Vitória) repetiram a pesquisa. Na maioria delas, o intervalo de tempo entre o primeiro e o segundo inquérito foi de três anos – o período inicialmente sugerido pelo CDC. Apenas Campo Grande (sete anos) e Vitória (cinco anos) excederam este intervalo. A amostra de cada cidade envolve, num primeiro estágio, a seleção de escolas que oferecem essas séries e, num segundo estágio, a seleção de turmas. Todos os alunos são elegíveis para o estudo. A maioria das cidades teve adesão à pesquisa em percentual superior a 70%.

O questionário do Vigescola contém perguntas padronizadas para todos os países participantes, além de outras introduzidas pelo Brasil. O jovem preenche o questionário sozinho, sem se identificar, para garantia de sigilo das respostas.

Temas

- Idade de experimentação de cigarros e outros produtos do tabaco
- Consumo de cigarros e outros produtos de tabaco nos 30 dias anteriores à pesquisa
- Intenção de parar de fumar
- Exposição ambiental à fumaça do tabaco em casa e fora de casa
- Acesso a produtos do tabaco
- Percepção da propaganda de cigarros nos 30 dias anteriores à pesquisa
- Percepção da propaganda anticigarros nos 30 dias anteriores à pesquisa
- Conhecimento sobre efeitos e riscos dos produtos de tabaco e motivos para iniciar o consumo
- Aspectos demográficos



Taxas de resposta, por escola, por aluno e global, e número de alunos de 13 a 15 anos que participaram da pesquisa, por cidade e ano (Vigescola 2002 a 2009)

Região / Cidade	Taxa de resposta (%)			Número de alunos de 13 a 15 anos que participaram da pesquisa
	Escola	Aluno	Global	
Norte				
Boa Vista, 2003	96,0	91,3	87,7	1.072
Macapá, 2006	100,0	85,4	85,4	935
Belém, 2005	100,0	83,1	83,1	655
Palmas, 2002	72,0	87,0	62,7	446
Palmas, 2005	100,0	86,8	86,8	1.000
Nordeste				
São Luís, 2003	96,0	86,2	82,8	788
São Luís, 2006	100,0	89,4	89,4	1.296
Fortaleza, 2002	100,0	70,2	70,2	493
Fortaleza, 2005	96,0	84,9	81,5	1.141
Natal, 2002	100,0	89,4	89,4	882
Natal, 2005	96,0	88,9	85,4	1.512
João Pessoa, 2002	96,0	83,7	80,3	592
João Pessoa, 2005	96,0	88,6	85,0	1.107
Maceió, 2003	96,0	58,5	56,2	464
Aracaju, 2002	92,0	84,7	77,9	703
Salvador, 2004	100,0	86,0	86,0	793
Centro-Oeste				
Goiânia, 2002	88,0	82,1	72,3	770
Campo Grande, 2002	100,0	86,0	86,0	851
Campo Grande, 2009	96,0	80,3	72,0	1.039
Sudeste				
Vitória, 2004	100,0	83,5	83,5	873
Vitória, 2009	96,2	85,2	81,9	1.157
Cataguases, 2005	100,0	90,6	90,6	709
Rio de Janeiro, 2005	87,5	86,6	75,7	1.858
São Paulo, 2009	84,6	83,1	70,3	1.413
Sul				
Curitiba, 2002	92,0	82,9	76,2	1.161
Curitiba, 2005	90,0	92,1	82,9	2.433
Vale do Itajaí, 2007*	100,0	93,3	93,3	1.745
Florianópolis, 2004	96,0	84,1	80,8	1.298
Palmitos, 2007	100,0	95,0	95,0	493
Porto Alegre, 2002	96,0	87,1	83,7	1.231

* A área Alto Vale do Itajaí, SC, composta por 28 municípios, foi escolhida para representar municípios fumicultores. Para a pesquisa, programou-se amostra de 11 municípios, que englobou áreas urbanas e rurais.

PETUNI

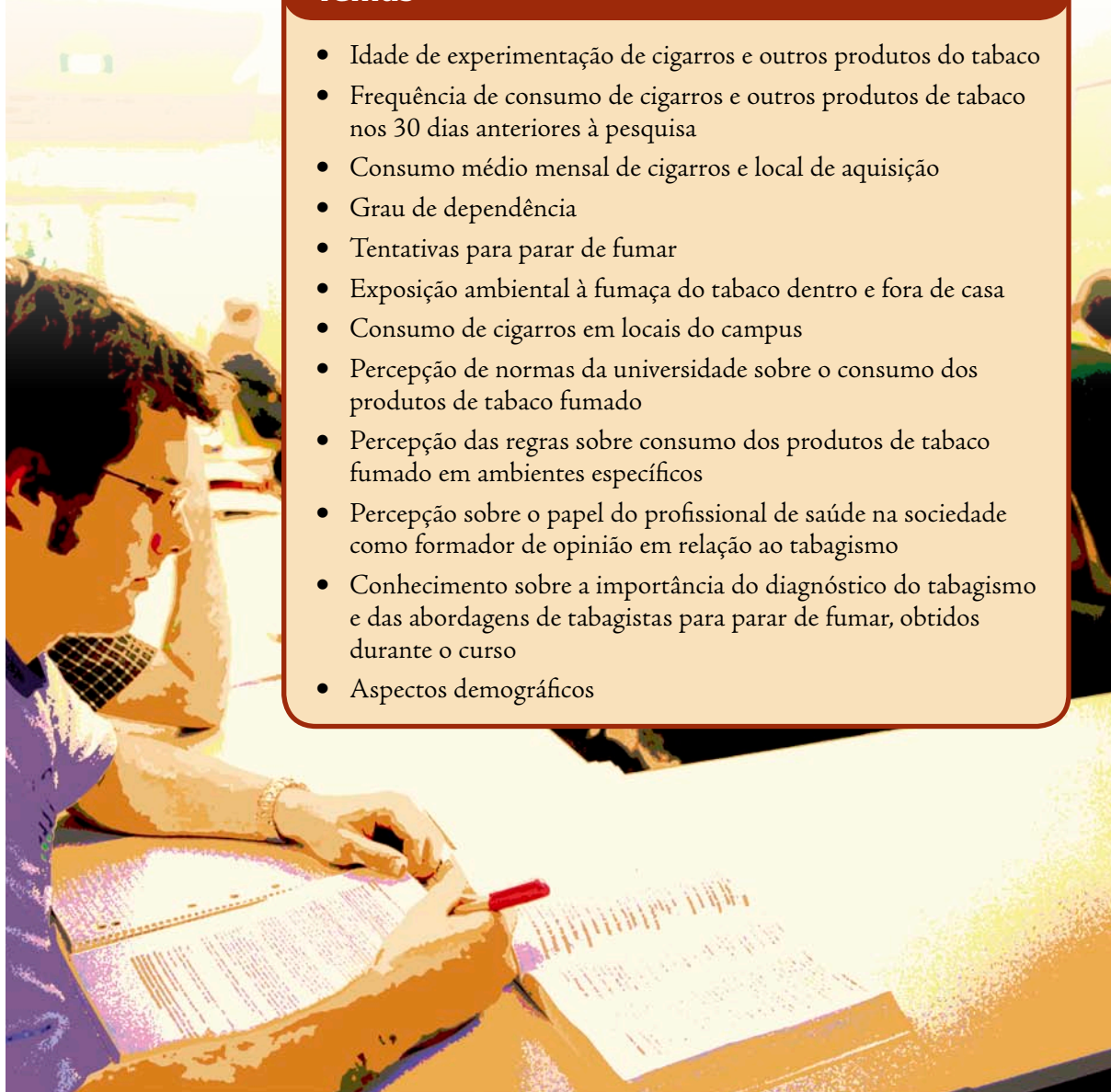
Esta pesquisa envolveu estudantes do 3º ano da graduação de ensino público e particular de quatro áreas: Medicina, Odontologia, Enfermagem e Farmácia – cursos escolhidos porque reúnem futuros formadores de opinião na sociedade, em especial na assistência ao paciente.

De 2006 até agora, a pesquisa abrangeu as cidades de Campo Grande, João Pessoa, Rio de Janeiro, Florianópolis e Juiz de Fora. Os estudantes dos cursos pesquisados participaram de censo; no Rio de Janeiro, houve amostra representativa dos alunos de Enfermagem. A adesão à pesquisa foi superior a 70% em todas as cidades avaliadas.

O questionário verificou o consumo dos produtos de tabaco, o conhecimento dos estudantes sobre a legislação referente ao tabagismo ambiental, a exposição à fumaça de tabaco, as crenças dos universitários sobre o papel do profissional de saúde na cessação do consumo dos produtos de tabaco e o conhecimento adquirido sobre o tabaco durante o curso.

Temas

- Idade de experimentação de cigarros e outros produtos de tabaco
- Frequência de consumo de cigarros e outros produtos de tabaco nos 30 dias anteriores à pesquisa
- Consumo médio mensal de cigarros e local de aquisição
- Grau de dependência
- Tentativas para parar de fumar
- Exposição ambiental à fumaça do tabaco dentro e fora de casa
- Consumo de cigarros em locais do campus
- Percepção de normas da universidade sobre o consumo dos produtos de tabaco fumado
- Percepção das regras sobre consumo dos produtos de tabaco fumado em ambientes específicos
- Percepção sobre o papel do profissional de saúde na sociedade como formador de opinião em relação ao tabagismo
- Conhecimento sobre a importância do diagnóstico do tabagismo e das abordagens de tabagistas para parar de fumar, obtidos durante o curso
- Aspectos demográficos



Taxas de resposta, por universidade, por aluno e global, e número de universitários que participaram da pesquisa, por cidade. Inquéritos "Vigilância de Tabagismo em Universitários da Área da Saúde" nas cidades de Campo Grande (2006), João Pessoa (2006), Rio de Janeiro (2006/2007), Florianópolis (2007) e Juiz de Fora (2007)

Cidade	Taxa de resposta (%)			Número de alunos que participaram da pesquisa
	Universidade	Aluno	Global	
Campo Grande	100,0	80,5	80,5	542
Florianópolis	100,0	74,2	74,2	303
João Pessoa	100,0	81,6	81,6	600
Rio de Janeiro	96,7	79,1	76,5	2.299
Juiz de Fora	100,0	74,3	74,3	617

PETab

A PETab foi inserida como subamostra no Suplemento Quinquenal de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), conduzida pelo IBGE em 2008. Foram entrevistadas 39.425 pessoas com 15 anos ou mais, moradoras de domicílios particulares e coletivos de todo o território brasileiro. A taxa global de respostas foi de 95,2%.

A seleção da amostra da pesquisa teve quatro estágios. No primeiro, selecionou-se o município; no segundo, o setor censitário; no terceiro, o domicílio e, no quarto, um morador com 15 anos ou mais de idade. O questionário foi composto por perguntas relativas ao domicílio e ao indivíduo selecionado (características sociodemográficas, tabaco fumado, tabaco sem fumaça, cessação, exposição ambiental à fumaça do tabaco, economia, mídia e conhecimento). A parte relativa ao domicílio foi respondida pelo indivíduo selecionado ou por outro morador do domicílio; a parte sobre consumo dos produtos de tabaco foi respondida apenas pelo indivíduo selecionado. O questionário sobre o tabaco, desenvolvido por comitê de especialistas internacionais e revisado pelo comitê executivo da pesquisa no Brasil para sua adequação à realidade e às necessidades do país, foi pré-testado até atingir seu formato final. Caso não estivesse presente no momento da primeira visita, a entrevista era agendada para momento posterior.

Temas

- Consumo e frequência de produtos de tabaco fumado e não fumado
- Grau de dependência
- Cessação
- Exposição ambiental à fumaça do tabaco em locais específicos
- Percepção da propaganda pró e antitabaco na mídia nos 30 dias anteriores à pesquisa
- Conhecimento dos efeitos específicos do tabaco sobre a saúde
- Conhecimento dos efeitos específicos da exposição ambiental à fumaça do tabaco sobre a saúde
- Gasto médio mensal com cigarros
- Aspectos sociodemográficos

Como acontece a iniciação ao tabaco?

Nem todos os adolescentes que experimentam cigarros se tornam fumantes, mas a experimentação é o primeiro passo para uma futura adesão ao consumo regular dos produtos de tabaco. O percentual de adolescentes entre 13 e 15 anos

que experimentaram cigarros variou, entre os meninos, de 15,4% em Palmitos (2007) a 48,1% em Fortaleza (2002) e, entre as meninas, de 15,2% em Palmitos (2007) a 52,6% em Porto Alegre (2002). Para algumas cidades, a experimentação foi maior entre as meninas do que entre os meninos, mas, em geral, não houve diferença estatisticamente significativa por sexo. Embora o padrão do consumo regular de cigarros seja similar ao observado para a experimentação, sua magnitude é consideravelmente menor. A proporção de adolescentes que fumavam correntemente – pelo menos um dia nos 30 dias anteriores à pesquisa – variou, entre os meninos, de 2,9% em Palmitos (2007) a 17,7% em Fortaleza (2002) e, entre as meninas, de 4,3% no Vale do Itajaí (2007) a 21,6% em Porto Alegre (2002).

O conceito de fumante usado para os adolescentes se refere aos que fumaram pelo menos um dia nos 30 dias anteriores à pesquisa.



Proporção de adolescentes (entre 13 e 15 anos) que experimentaram cigarros e que fumavam correntemente na época da pesquisa, por sexo, cidade e ano (Vigescola 2002 a 2009)


Região / Cidade	Adolescentes que experimentaram cigarros			Adolescentes que fumavam correntemente		
	Total (%)	Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)	Masculino (%)	Feminino (%)
Norte						
Boa Vista, 2003	37,1	39,0	35,7	10,2	11,8	8,7
Macapá, 2006	35,1	33,4	35,8	14,7	13,7	15,1
Belém, 2005	37,7	35,2	38,9	14,6	15,4	13,8
Palmas, 2002	39,6	44,6	35,6	12,3	13,0	11,4
Palmas, 2005	35,0	35,3	34,1	11,9	10,2	12,5
Nordeste						
São Luís, 2003	36,8	35,0	37,9	13,2	13,5	12,9
São Luís, 2006	29,3	28,3	29,2	10,6	10,3	10,4
Fortaleza, 2002	47,5	48,1	47,0	17,2	17,7	16,8
Fortaleza, 2005	34,1	30,7	35,9	10,7	8,4	11,4
Natal, 2002	31,0	28,4	32,6	8,2	8,6	7,6
Natal, 2005	26,0	26,5	25,1	7,4	7,2	7,2
João Pessoa, 2002	28,2	25,4	29,8	6,2	6,0	6,1
João Pessoa, 2005	22,3	22,8	22,0	9,1	8,4	9,7
Maceió, 2003	29,0	30,8	27,2	7,9	9,4	6,3
Aracaju, 2002	29,8	31,7	28,6	8,7	9,2	7,8
Salvador, 2004	23,0	23,4	22,7	6,4	5,2	7,0
Centro-Oeste						
Goiânia, 2002	40,0	40,6	39,4	10,6	11,5	10,2
Campo Grande, 2002	39,4	36,1	41,3	14,4	13,4	14,4
Campo Grande, 2009	37,6	38,2	36,6	11,6	10,0	12,4
Sudeste						
Vitória, 2004	29,2	30,3	27,9	8,2	8,1	7,9
Vitória, 2009	26,4	28,6	24,1	6,2	5,7	6,3
Cataguases, 2005	34,2	33,2	34,8	12,5	12,7	12,2
Rio de Janeiro, 2005	34,5	29,5	36,5	12,3	9,1	12,9
São Paulo, 2009	34,3	29,7	38,0	11,6	9,2	13,2
Sul						
Curitiba, 2002	43,5	35,6	47,9	12,6	9,1	14,4
Curitiba, 2005	41,8	35,7	46,9	13,7	10,0	16,6
Vale do Itajaí, 2007*	26,6	30,2	23,6	6,6	9,2	4,3
Florianópolis, 2004	30,0	29,8	29,3	10,7	8,6	12,2
Palmitos, 2007	15,3	15,4	15,2	4,3	2,9	5,5
Porto Alegre, 2002	46,0	38,0	52,6	17,7	12,9	21,6

* A área Alto Vale do Itajaí, SC, composta por 28 municípios, foi escolhida para representar municípios fumicultores. Para a pesquisa, programou-se amostra de 11 municípios, que englobou áreas urbanas e rurais.

Como os adolescentes têm acesso ao cigarro?

Na maior parte das cidades, a maioria dos adolescentes entre 13 e 15 anos compra cigarros com mais frequência por unidade. Esse fato mostra a necessidade de reforço ao cumprimento da legislação que, desde o fim da década de 1990, estabelece a venda de cigarros no Brasil em maço, carteira ou outro recipiente que contenha 20 unidades do produto.

O Estatuto da Criança e do Adolescente¹⁹ proíbe vender, fornecer ou entregar, à criança ou ao adolescente, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica. Além disso, outra lei²⁰, publicada em 2003, proíbe a venda de produtos derivados do tabaco a menores de 18 anos. Estas leis também não parecem estar sendo cumpridas, uma vez que a maior parte dos adolescentes de todas as cidades pesquisadas afirmou que nunca foi impedida de comprar cigarros em lojas em função da idade.



O acesso facilitado aos cigarros e o fato de poder comprá-los de forma avulsa podem estar contribuindo para a experimentação de cigarros e o início do fumo entre os adolescentes.



Forma como os adolescentes entre 13 e 15 anos compram cigarros com maior frequência e percentual de adolescentes entre 13 e 15 anos que nunca foram impedidos de comprar cigarros em loja em função da idade, por cidade e ano (Vigescola 2002 a 2009)

Região / Cidade	Forma como compra os cigarros com maior frequência		Nunca foi impedido de comprar cigarros em lojas em função da idade (%)
	Por varejo (unidade) (%)	Por maço (%)	
Norte			
Boa Vista, 2003	45,5	54,5	77,4
Macapá, 2006	60,3	39,7	67,9
Belém, 2005	58,5	41,5	81,8
Palmas, 2002	43,0	57,0	81,5
Palmas, 2005	63,4	36,6	55,5
Nordeste			
São Luís, 2003	73,2	26,8	75,6
São Luís, 2006	82,2	17,7	69,1
Fortaleza, 2002	85,6	14,4	89,9
Fortaleza, 2005	79,1	20,9	85,4
Natal, 2002	76,2	23,8	87,3
Natal, 2005	47,7	52,3	74,7
João Pessoa, 2002	78,0	22,0	85,3
João Pessoa, 2005	60,7	39,3	83,1
Maceió, 2003	92,2	7,8	96,7
Aracaju, 2002	57,7	42,3	88,7
Salvador, 2004	50,9	49,1	88,9
Centro-Oeste			
Goiânia, 2002	39,6	60,4	86,9
Campo Grande, 2002	58,4	41,6	88,7
Campo Grande, 2009	35,5	64,5	72,7
Sudeste			
Vitória, 2004	74,2	25,8	60,2
Vitória, 2009	55,3	44,7	76,3
Cataguases, 2005	64,7	35,3	82,3
Rio de Janeiro, 2005	51,4	48,6	80,8
São Paulo, 2009	29,9	70,1	69,6
Sul			
Curitiba, 2002	60,2	39,8	82,9
Curitiba, 2005	60,1	39,9	70,5
Vale do Itajaí, 2007*	62,8	37,2	51,0
Florianópolis, 2004	52,3	47,7	73,6
Palmitos, 2007	56,7	43,3	59,6
Porto Alegre, 2002	32,9	67,1	77,9

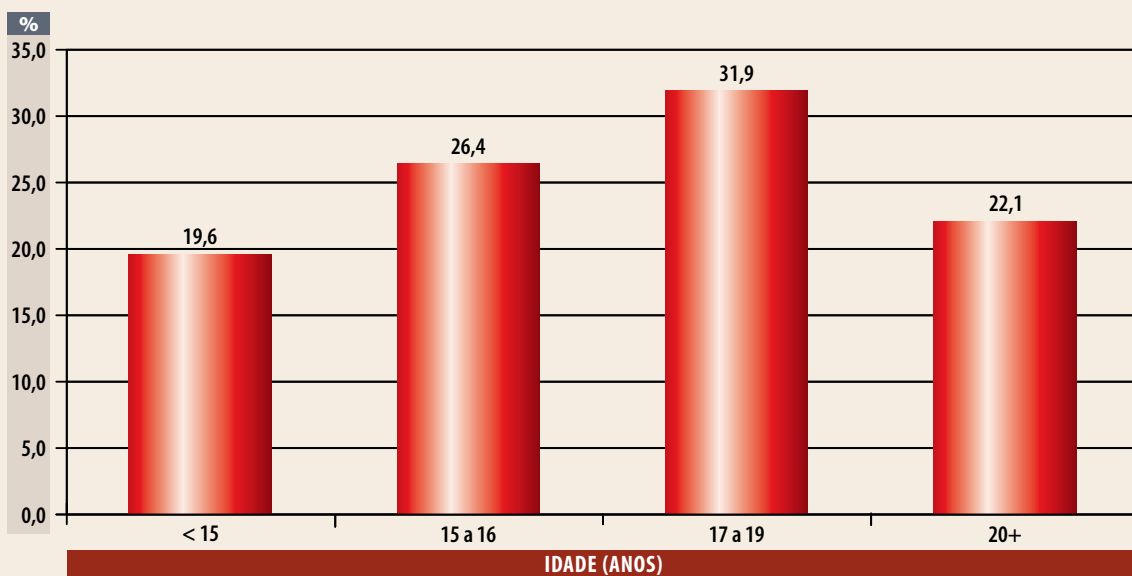
* A área Alto Vale do Itajaí, SC, composta por 28 municípios, foi escolhida para representar municípios fumicultores. Para a pesquisa, programou-se amostra de 11 municípios, que englobou áreas urbanas e rurais.

Com que idade as pessoas começam a fumar regularmente?

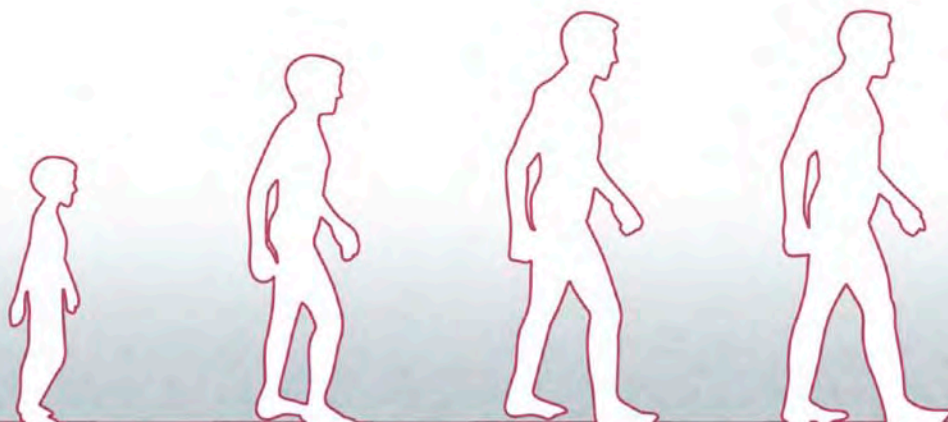
Entre os fumantes diários ou ex-fumantes diários com idades entre 20 e 34 anos, a faixa etária de 17 a 19 anos foi a predominante para a iniciação ao consumo regular dos produtos de tabaco fumado no Brasil.

Tabaco fumado inclui cigarro industrializado, cigarro de palha ou enrolado à mão, cigarro de Bali/cravo, bidi (cigarro indiano), charuto, cigarrilha, cachimbo e narguilé.

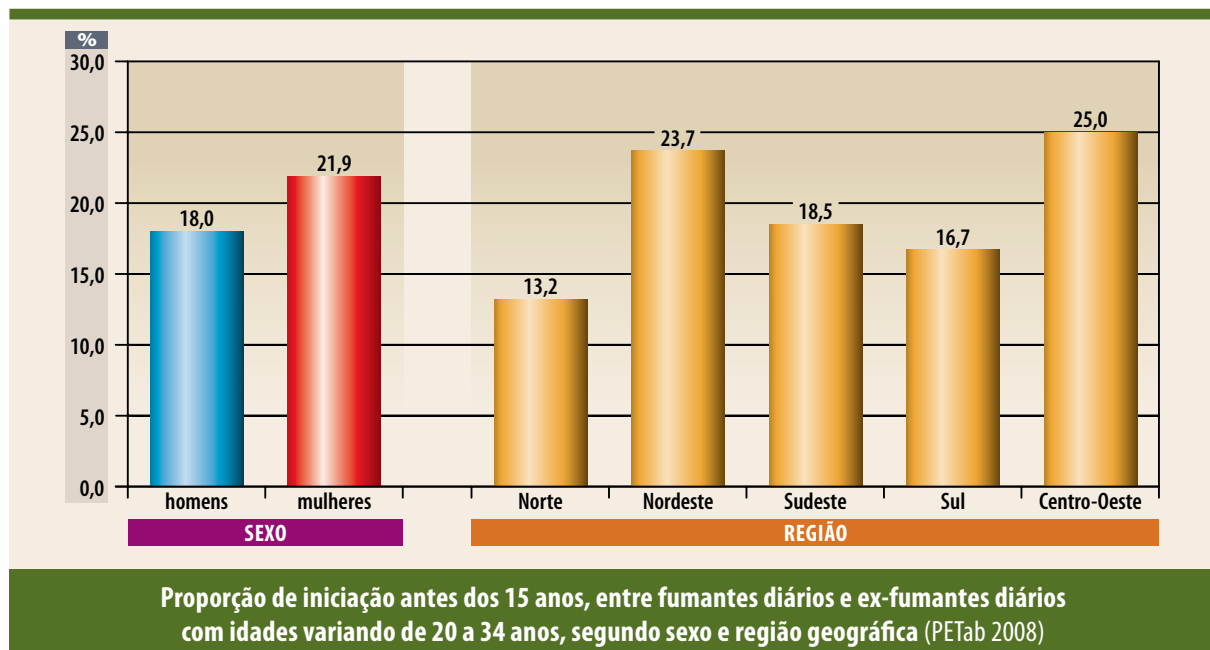
O conceito de fumante entre adultos incluiu todas as pessoas que responderam que fumavam na época da pesquisa. É diferente do conceito utilizado para classificar adolescentes e jovens universitários.



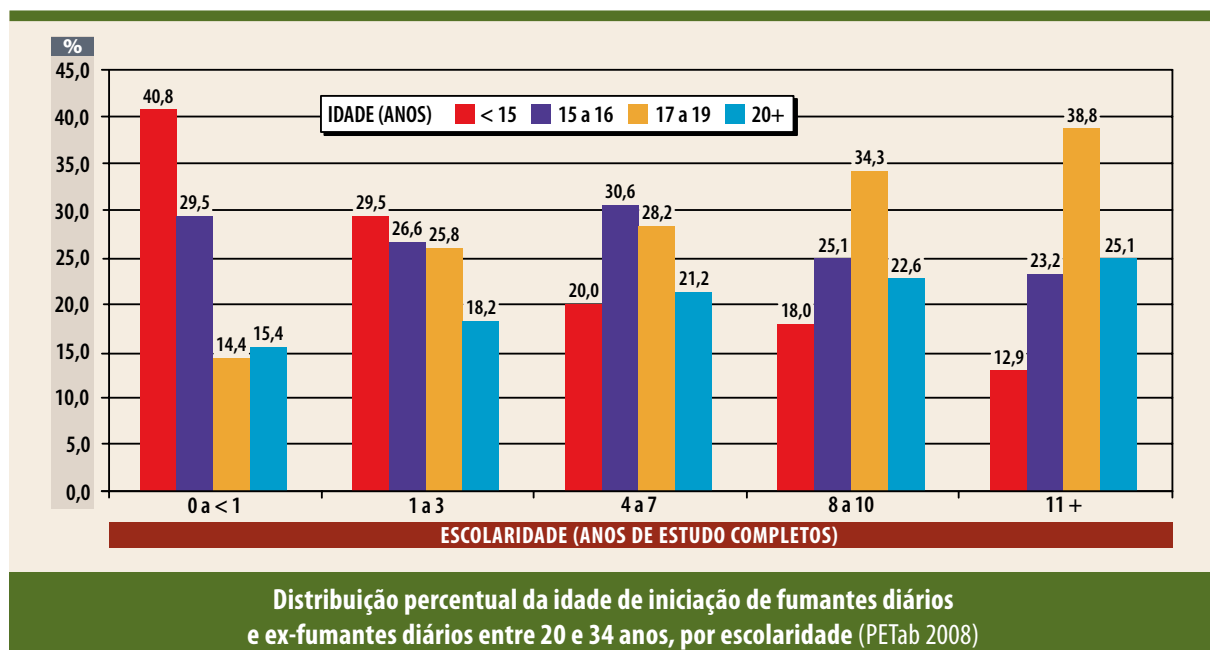
Distribuição percentual da idade de iniciação de fumantes diários e ex-fumantes diários entre 20 e 34 anos (PETab 2008)



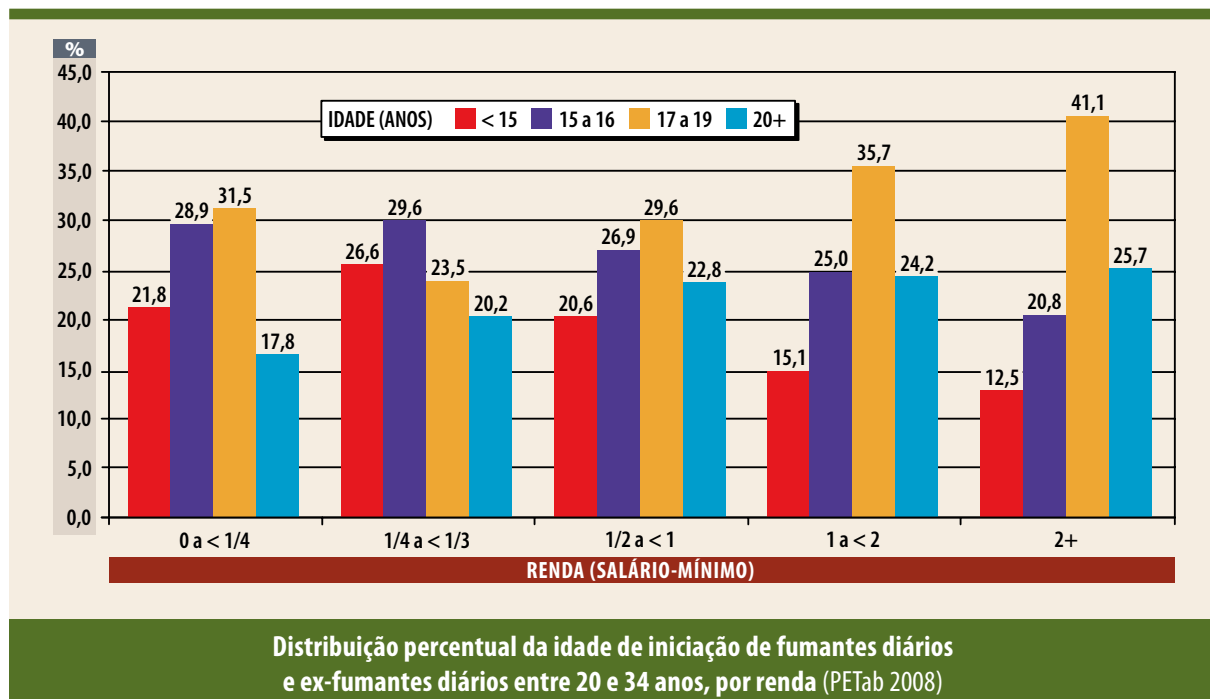
A proporção de mulheres que começaram a fumar antes dos 15 anos foi superior à dos homens, quando considerado o total da população brasileira. Essa diferença não foi observada de forma igual entre as regiões do país. Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste registraram maior proporção de indivíduos que começaram a fumar com menos de 15 anos.



Um fator que impactou a idade de iniciação foi o nível de instrução, sendo elevada a proporção dos indivíduos sem instrução ou com menos de um ano de estudo que começaram a fumar com menos de 15 anos entre fumantes diários ou ex-fumantes diários. O inverso foi observado nas faixas de escolaridade mais elevadas (a partir dos oito anos de estudo).



A renda dos indivíduos e sua associação com a idade de iniciação apresentou padrão similar. No entanto, a categoria de renda mais baixa, representada por pessoas em situação de miséria, não segue este padrão. Estas pessoas começam a fumar um pouco mais tarde em relação à segunda categoria, representada por pessoas pobres. Embora haja habitualmente uma relação entre escolaridade e renda, é possível que a renda muito baixa esteja fazendo com que este grupo comece a fumar mais tardiamente, por dificuldade de acesso ao produto, apesar de seu baixo custo.



A iniciação precoce no consumo dos produtos de tabaco é importante fator prognóstico para o adoecimento e deve ser evitada. A diferença em alguns anos no início do consumo dos produtos de tabaco pode aumentar, em quase o dobro, os riscos de danos à saúde²¹.

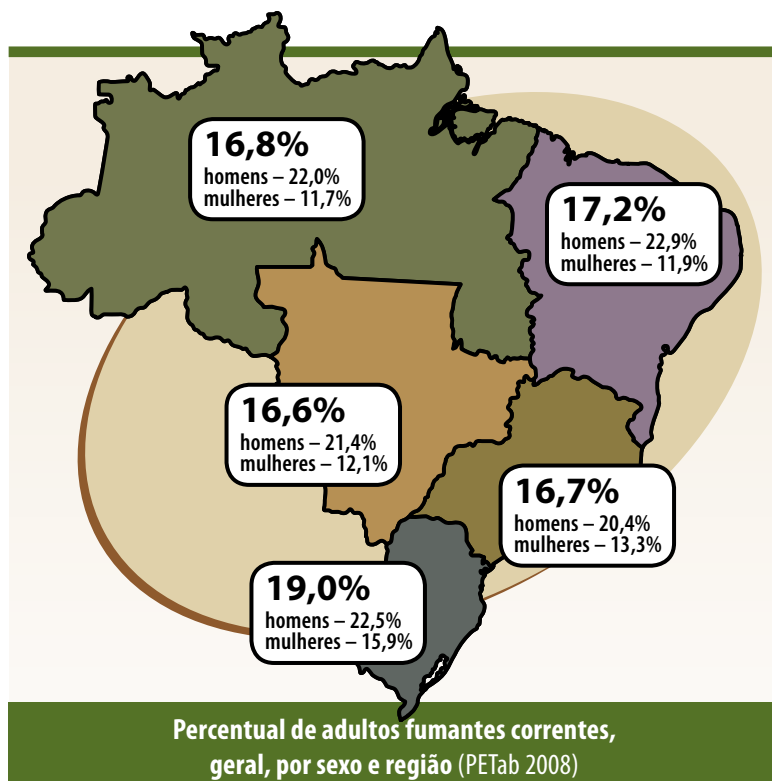
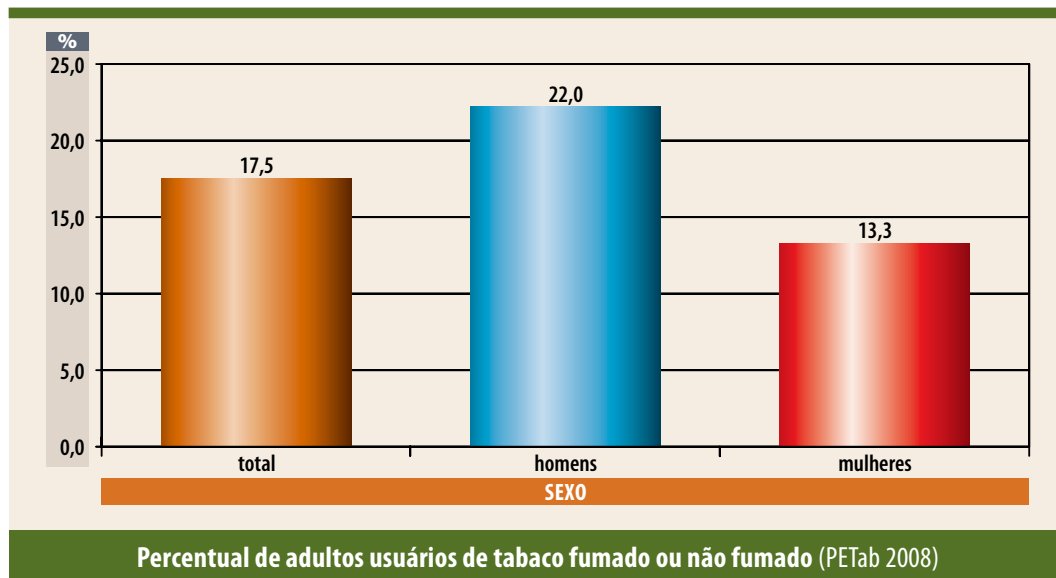
Quanto mais cedo se estabelece a dependência ao tabaco, maior o risco de morte prematura na meia-idade ou na idade madura.



Quem são os usuários do tabaco?

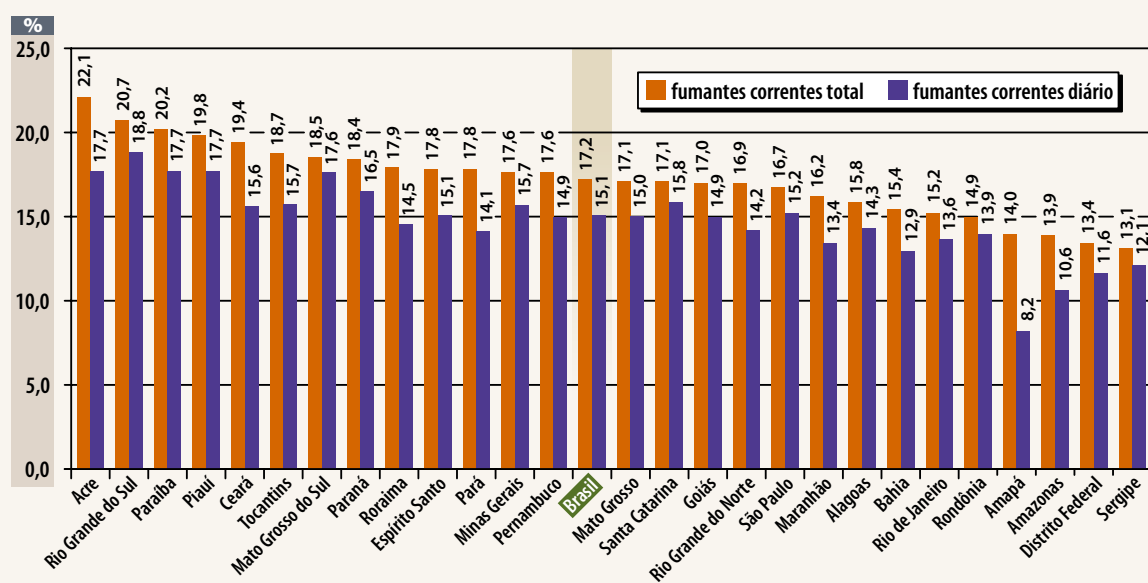
Em 2008, 17,5% da população brasileira com 15 anos ou mais eram usuários de algum tipo de tabaco (fumado e não fumado), percentual equivalente a cerca de 25 milhões de pessoas. A maior parte dos usuários consumia produtos de tabaco fumado (17,2%), com 65% mais homens do que mulheres fumantes.

Tabaco sem fumaça inclui rapé, fumo de mascar e *snus* ou *snuffs*.



Não houve diferenças significativas entre as proporções de fumantes correntes nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste. Apenas a Região Sul apresentou percentual mais elevado do que as demais regiões. Estes achados são consistentes com os resultados observados em outros estudos conduzidos no Brasil²². Vale a pena ressaltar que a produção do fumo está principalmente concentrada no sul do país o que, possivelmente, tem reflexo nos domínios social, político e econômico, aumentando a aceitação e o consumo do tabaco.

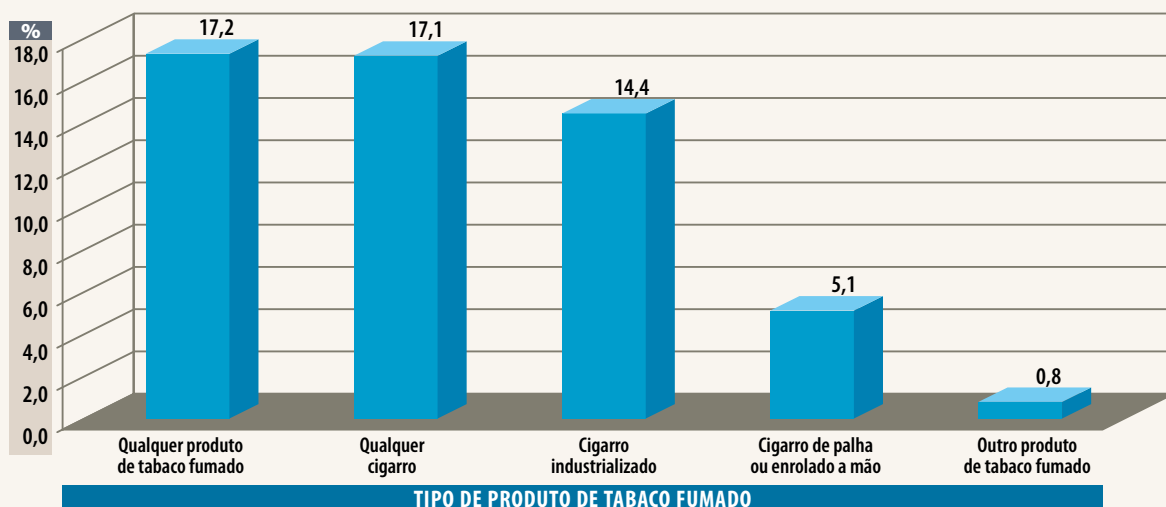
O percentual de fumantes variou de 13,1% em Sergipe a 22,1% no Acre.



Percentual de adultos fumantes correntes por unidade da Federação (PETab 2008)

Quase 90% dos fumantes correntes de 15 anos ou mais fumavam diariamente.

A maior parte dos fumantes correntes consumia cigarros, especialmente cigarros industrializados. O percentual de fumantes de outros produtos do tabaco fumado, como charutos, cachimbos, cigarilhas, cigarros indianos e narguilés foi relativamente baixo. Apesar disso, é preciso observar constantemente este consumo, uma vez que seu usuário corre o mesmo risco de desenvolver doenças que os fumantes de cigarros, e até risco relativamente mais elevado para males específicos como o câncer de boca^{23,24}.

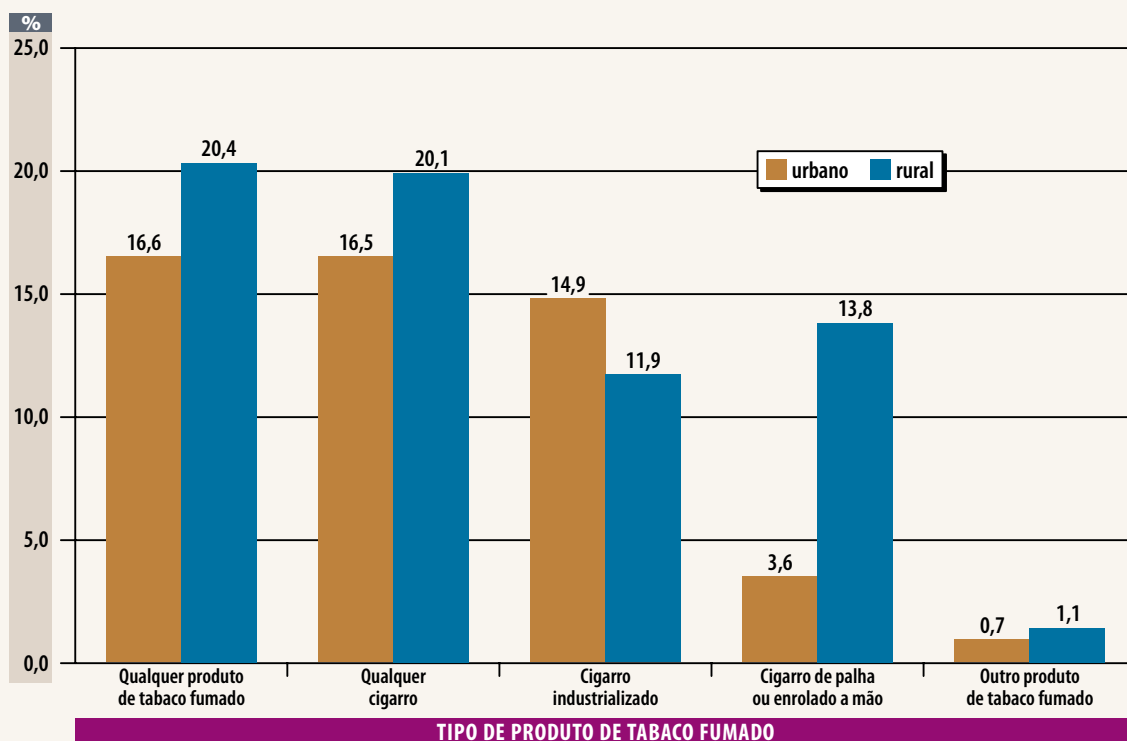


Percentual de adultos fumantes correntes, por tipo de produto de tabaco* (PETab 2008)

* Uma pessoa poderia fumar mais de um tipo de produto de tabaco. Por isso, a soma de cada tipo é maior do que o valor de fumantes de qualquer tipo de tabaco fumado

Pela primeira vez no Brasil foi possível estimar o percentual de usuários de tabaco não fumado, como rapé e tabaco mascado. A proporção de indivíduos que consumiam este tipo de produto foi de 0,4%, o que representa 620 mil pessoas (420 mil homens e 200 mil mulheres).

A PETab também é a primeira pesquisa a permitir análise mais aprofundada da magnitude e das características do consumo dos produtos de tabaco em área rural. O percentual de fumantes foi maior nas áreas rurais do que nas urbanas. Entretanto, devido à forte concentração da população em áreas urbanas, o número absoluto de fumantes era consideravelmente maior nessas áreas.

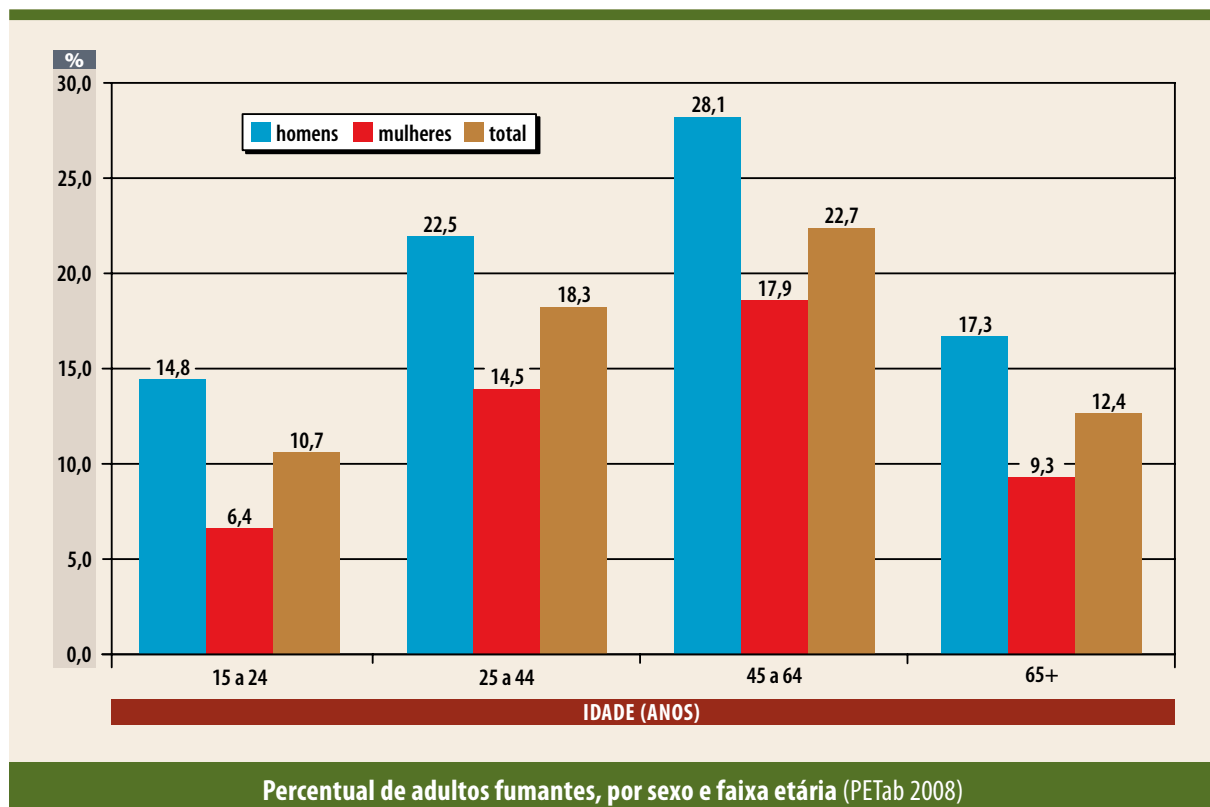


Percentual de adultos fumantes correntes, por tipo de produto de tabaco e local de domicílio* (PETab 2008)

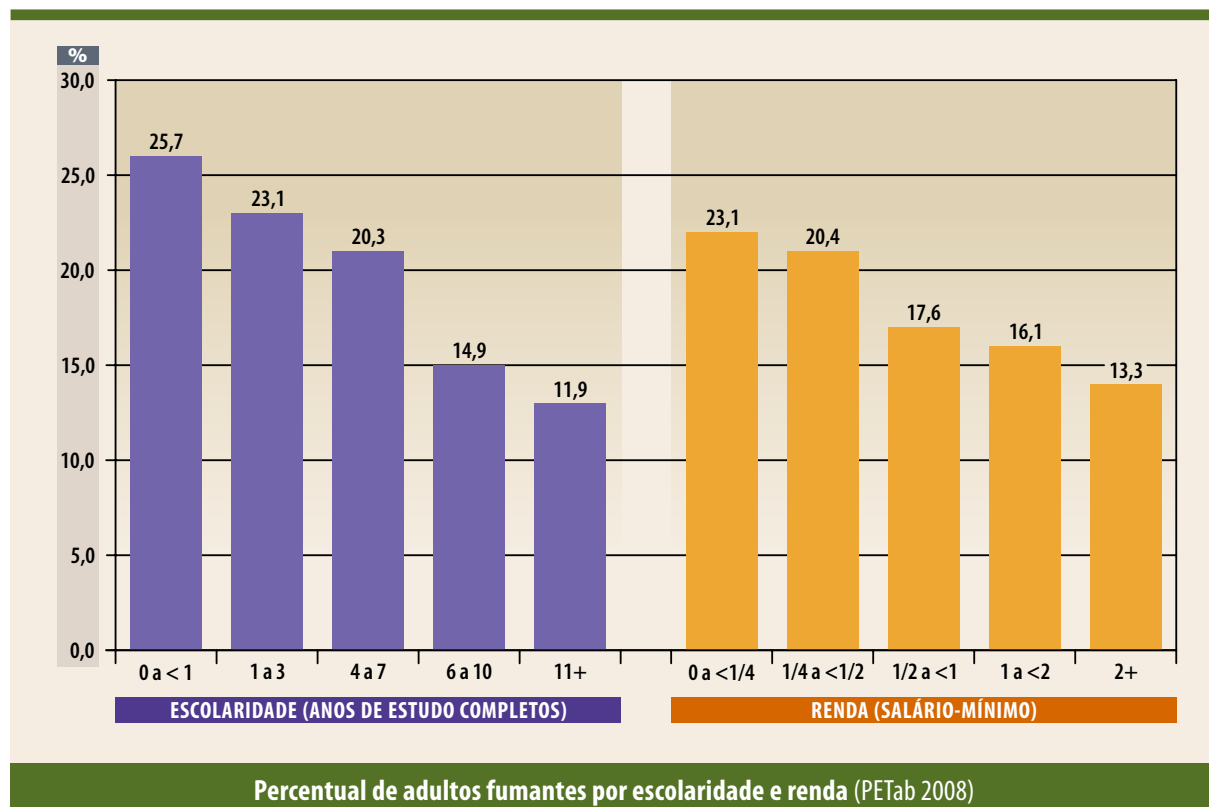
* Uma pessoa poderia fumar mais de um tipo de produto de tabaco. Por isso, a soma de cada tipo é maior do que o valor de fumantes de qualquer tipo de tabaco fumado

Nas áreas rurais, observou-se percentual maior de fumantes de cigarros de palha ou enrolados à mão em relação ao cigarro industrializado. Vale assinalar que o maior percentual de usuários de tabaco não fumado também residia em áreas rurais (1,2% nas áreas rurais, versus 0,3% nas áreas urbanas). Destaca-se que, em muitos casos, o cigarro de palha não é comprado pronto, em forma de maço, mas é enrolado à mão, em forma artesanal. Isso significa que o fumante não recebe qualquer advertência sobre os perigos de seu consumo.

O percentual de fumantes aumentou progressivamente até a categoria de 45 a 64 anos, caindo a partir desta faixa. O padrão foi similar para mulheres e homens, embora estes apresentassem percentuais mais altos. A diferença entre homens e mulheres foi especialmente importante na faixa abaixo de 25 anos. Como visto anteriormente, proporção maior de meninas começa a fumar antes dos 15 anos. Essa inversão na faixa de 15 anos ou mais parece ser influenciada, entre outros fatores, pela proporção maior de meninos que começa a fumar mais tardiamente e pela maior cessação entre mulheres em idade reprodutiva.

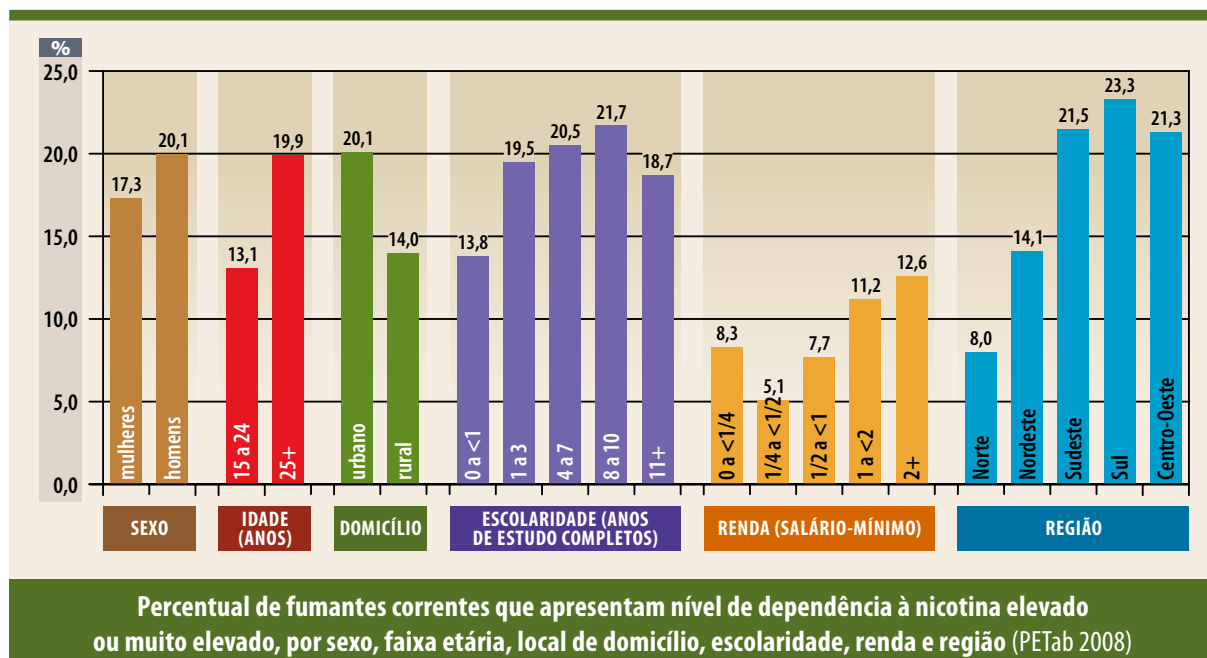


O tabagismo é um problema que reflete as desigualdades sociais no país: o percentual de fumantes diminui à medida que cresce o número de anos completos de estudo. Pessoas com 11 anos de estudo ou mais apresentaram cerca de metade do percentual de usuários de tabaco quando comparadas às pessoas sem instrução. Uma relação igualmente inversa foi observada entre o consumo dos produtos de tabaco e a renda. A maior prevalência em grupos economicamente menos privilegiados é tendência de vários países e sugere a necessidade de promoção de políticas para o controle do tabaco especificamente a eles dirigidas, entre as quais políticas de preços e impostos e de contenção do mercado ilegal – sempre eficazes na redução do consumo na população de baixa renda^{25 26 27 28}.

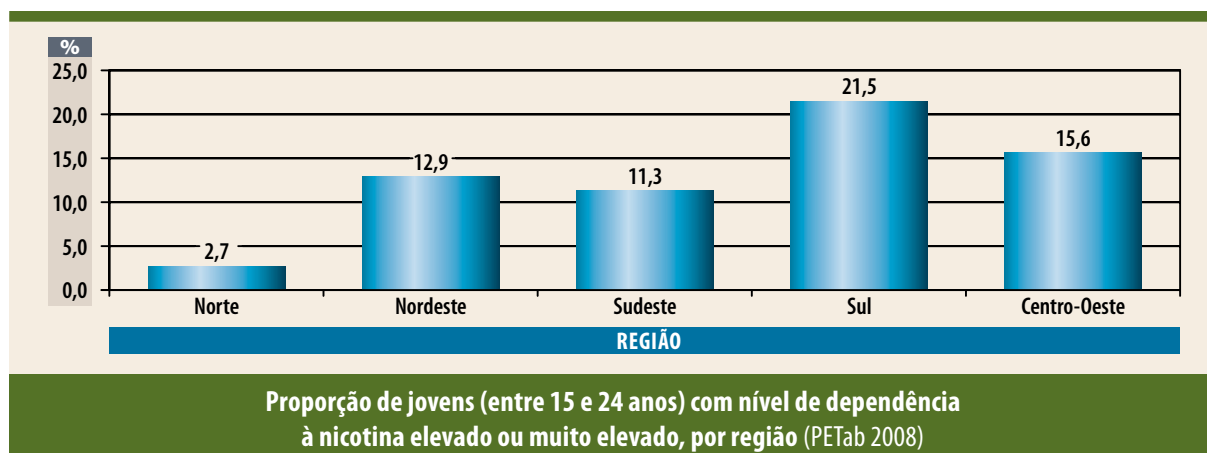


Ao se analisar o índice de dependência à nicotina percebeu-se que as mulheres, os jovens, os indivíduos com baixos níveis de instrução e renda, a população de áreas rurais e das regiões Norte e Nordeste apresentaram menor nível de dependência à nicotina. Note-se que os menores níveis de dependência podem estar associados a questões socioeconômicas, que implicariam menor acesso a produtos do tabaco.

O índice de dependência à nicotina (*Heaviness of Smoking Index*) foi calculado a partir de duas perguntas incluídas na pesquisa: consumo médio de cigarros ao dia e intervalo de tempo para fumar o primeiro cigarro depois de acordar. Para detalhes sobre a criação do índice e a determinação do ponto de corte utilizado para discriminar os graus de dependência, ver notas^{29 30}.



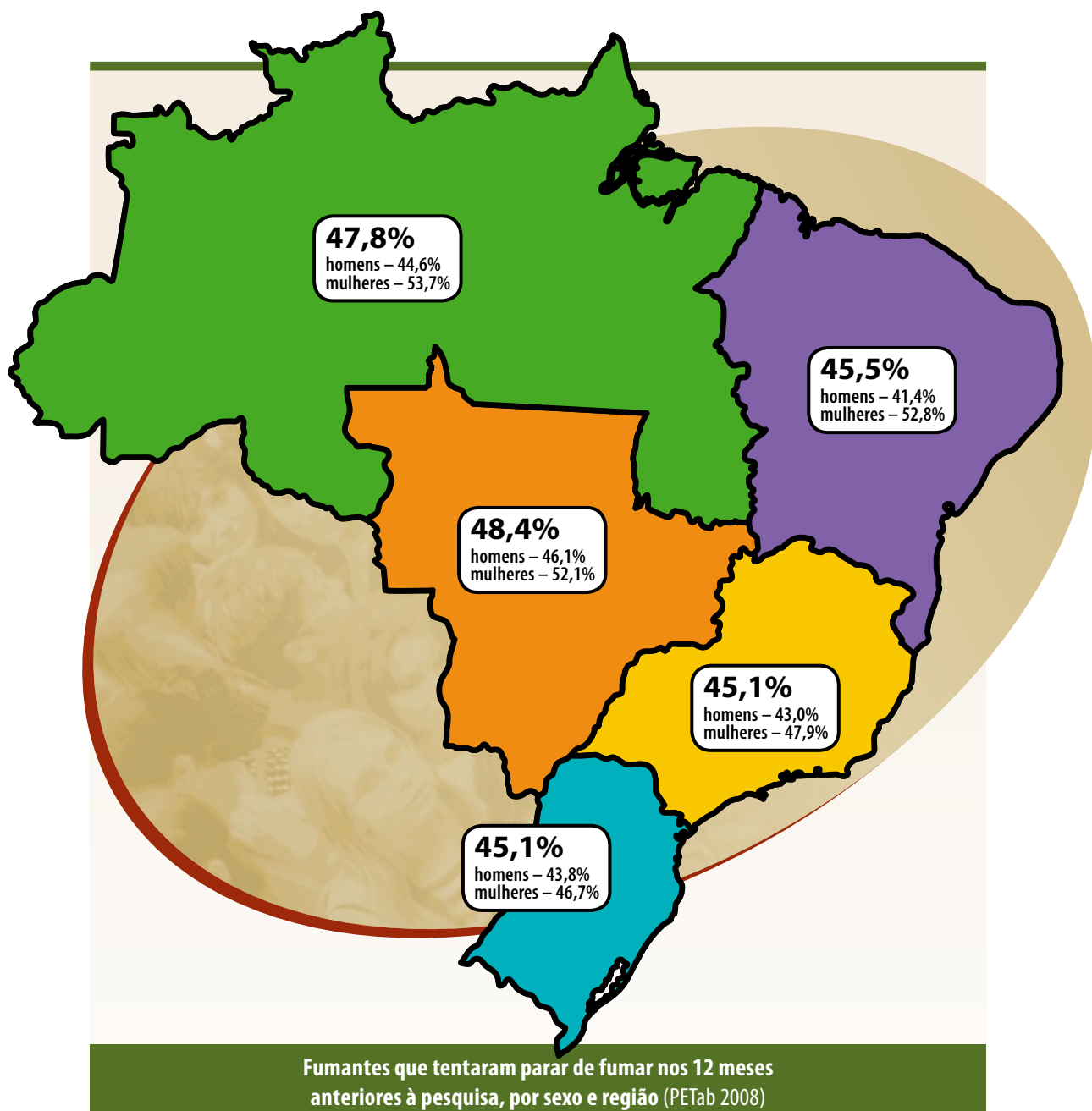
Cabe salientar que os jovens da Região Sul (entre 15 e 24 anos) apresentaram percentual de dependência elevada ou muito elevada similar ao dos adultos da mesma região e acima do nível de outras regiões para a mesma faixa etária. Este é um achado adicional que mostra a necessidade de estratégias específicas enfocando a população da Região Sul tanto na prevenção da iniciação quanto no estímulo à cessação. Essa população, como já assinalado, é a mais vulnerável às estratégias de marketing da indústria local do tabaco e, conseqüentemente, à aceitação do consumo desse produto.



* A diferença foi estatisticamente significativa na comparação com as regiões Norte e Sudeste.

Quem está tentando parar de fumar?

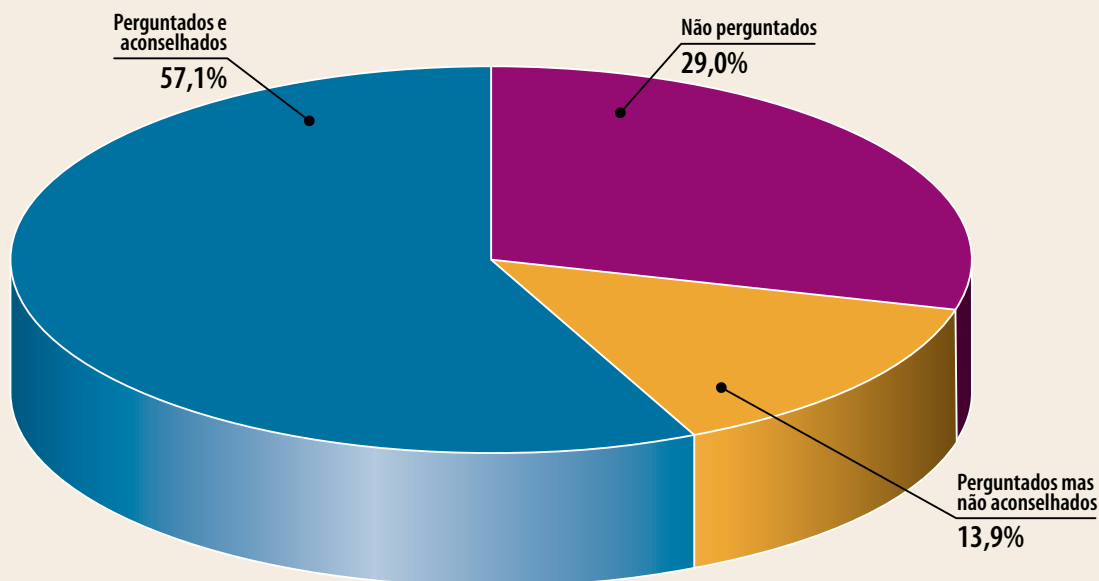
Do total de pessoas de 15 anos ou mais que fumavam, 45,6% tentaram parar de fumar nos 12 meses anteriores à pesquisa – e as mulheres tentaram mais frequentemente do que os homens. Essa diferença ocorreu em todas as regiões do país, o que sugere que as mulheres se preocupam mais com a saúde do que os homens. De fato, estudos sobre diferenças em relação ao cuidado da saúde segundo o sexo apontam que, embora vivam mais do que os homens, as mulheres referem mais morbidade e problemas psicológicos e utilizam serviços de saúde mais frequentemente do que eles^{31 32 33 34 35 36 37}.



Como os médicos e outros profissionais de saúde lidam com a questão do tabagismo?

Da população que fumava ou que tinha parado de fumar há menos de 12 meses, 58,8% visitaram algum médico ou profissional de saúde por qualquer motivo. Os profissionais perguntaram a 71% da população que os procuraram se eram fumantes, e aconselharam 57,1% a pararem de fumar. Esses números sugerem que aproximadamente 40% dos médicos ou profissionais de saúde ainda não dão a devida importância ao tabagismo como fator de risco e/ou doença.

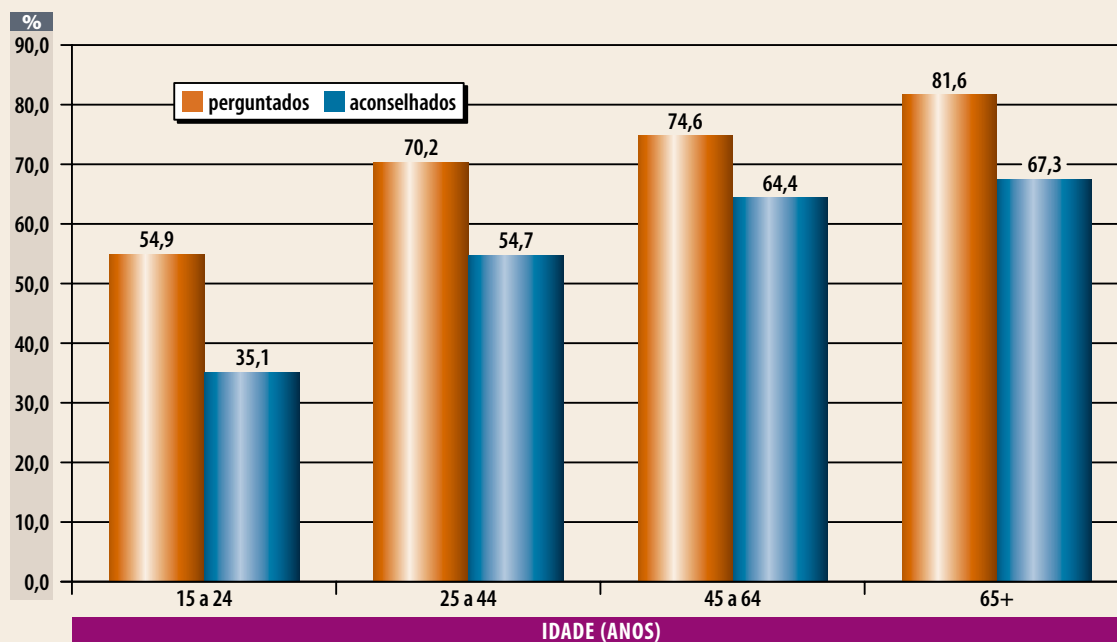
Dos fumantes ou ex-fumantes recentes que visitaram algum médico ou profissional de saúde, apenas 57,1% foram aconselhados a parar de fumar.



Distribuição percentual de fumantes e ex-fumantes há menos de um ano que visitaram algum médico ou profissional de saúde, por situação de ter sido perguntado e aconselhado a parar de fumar (PETab 2008)

A proporção de pessoas perguntadas por médico ou profissional de saúde sobre uso de tabaco e aconselhadas a parar de fumar aumentou, diretamente, com a faixa etária. É preciso que os profissionais de saúde perguntem a seus pacientes se estão consumindo produtos de tabaco e os aconselhem a interrompê-lo, seja como tratamento de doenças já existentes e/ou como forma de prevenir o desenvolvimento/agravo de outras.

É preciso que os profissionais de saúde perguntem a seus pacientes se estão consumindo produtos de tabaco e os aconselhem a interromper o uso.



Percentual de pessoas perguntadas sobre a situação de fumante e aconselhadas a parar de fumar entre fumantes e ex-fumantes há menos de um ano que visitaram um médico ou profissional de saúde nos 12 meses anteriores à pesquisa (PETab 2008)

É fundamental, portanto, a sensibilização de profissionais de saúde sobre o tabagismo como doença (dependência à nicotina) e fator de risco para cerca de 50 outros males. Como é recente o reconhecimento da OMS do tabagismo como uma doença (1997)³⁸, várias faculdades de Medicina e outras áreas da saúde ainda não o incluem nesta categoria. Conseqüentemente, os estudantes terminam seus cursos sem saber como reconhecer e tratar o dependente do tabaco, além de não estarem sensibilizados para pesquisar o consumo e recomendar a cessação. Ainda há médicos que não sabem que a nicotina mata. No entanto, informações sobre segurança no manuseio da nicotina oferecidas pela indústria química incluem advertências sobre os graves riscos de contaminação – desde pele e olhos irritados a efeitos agudos nos sistemas cardiovascular e nervoso central, que podem resultar em convulsões, falência respiratória e morte³⁹.

Como o tabagismo se insere no universo dos estudantes de Medicina, Enfermagem, Farmácia e Odontologia?

O percentual de universitários que fumava cigarros variou de 5,4% no curso de Farmácia no Rio de Janeiro a 24,4% no curso de Medicina em Juiz de Fora. Na maioria dos cursos, a proporção de fumantes de cigarros foi maior entre os homens do que entre as mulheres. Quando foram consi-

O conceito de fumante usado para jovens universitários é idêntico ao de adolescentes e se refere aos que fumaram pelo menos um dia nos 30 dias anteriores à pesquisa. O critério é diferente do aplicado a adultos na população total, quando se considera fumante quem menciona fumar no momento da entrevista.

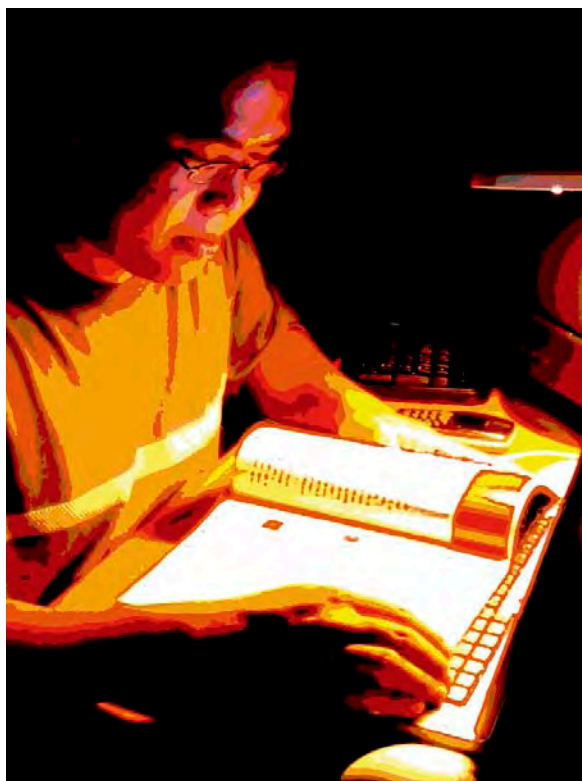
derados os usuários de outros produtos que contêm tabaco (fumado e não fumado), o percentual variou de zero no curso de Odontologia em João Pessoa a 12,3% no mesmo curso em Florianópolis. Havia mais usuários de outros produtos que contêm tabaco entre os homens na maioria dos cursos.

Percentual de universitários fumantes de cigarros, por cidade e curso, total e segundo sexo. Inquéritos “Vigilância de Tabagismo em Universitários da Área da Saúde” nas cidades de Campo Grande (2006), João Pessoa (2006), Rio de Janeiro (2006/2007), Florianópolis (2007) e Juiz de Fora (2007)

Curso	Campo Grande (%)	Florianópolis (%)	João Pessoa (%)	Rio de Janeiro (%)	Juiz de Fora (%)
Medicina					
Feminino	13,6	6,3	1,3	14,4	17,3
Masculino	18,7	23,2	14,5	19,4	35,6
Total	16,3	14,8	7,6	16,6	24,4
Enfermagem					
Feminino	15,7	14,7	7,7	13,1	14,8
Masculino	37,1	43,1	30,6	11,5	38,6
Total	19,6	17,4	10,2	12,8	19,3
Odontologia					
Feminino	18,8	2,2	0,0	18,5	10,8
Masculino	27,5	7,1	29,8	24,7	16,7
Total	21,8	4,1	11,2	20,5	12,8
Farmácia					
Feminino	6,9	9,0	7,0	5,7	15,8
Masculino	45,5	17,0	27,7	4,9	25,7
Total	14,1	10,9	17,9	5,4	18,4
Geral					
Feminino	14,0	8,9	6,0	13,4	15,3
Masculino	29,4	18,5	23,0	16,4	33,2
Total	18,3	11,8	10,5	14,1	20,4

Percentual de universitários usuários de outros produtos do tabaco, por cidade e curso, total e segundo sexo. Inquéritos "Vigilância de Tabagismo em Universitários da Área da Saúde" nas cidades de Campo Grande (2006), João Pessoa (2006), Rio de Janeiro (2006/2007), Florianópolis (2007) e Juiz de Fora (2007)

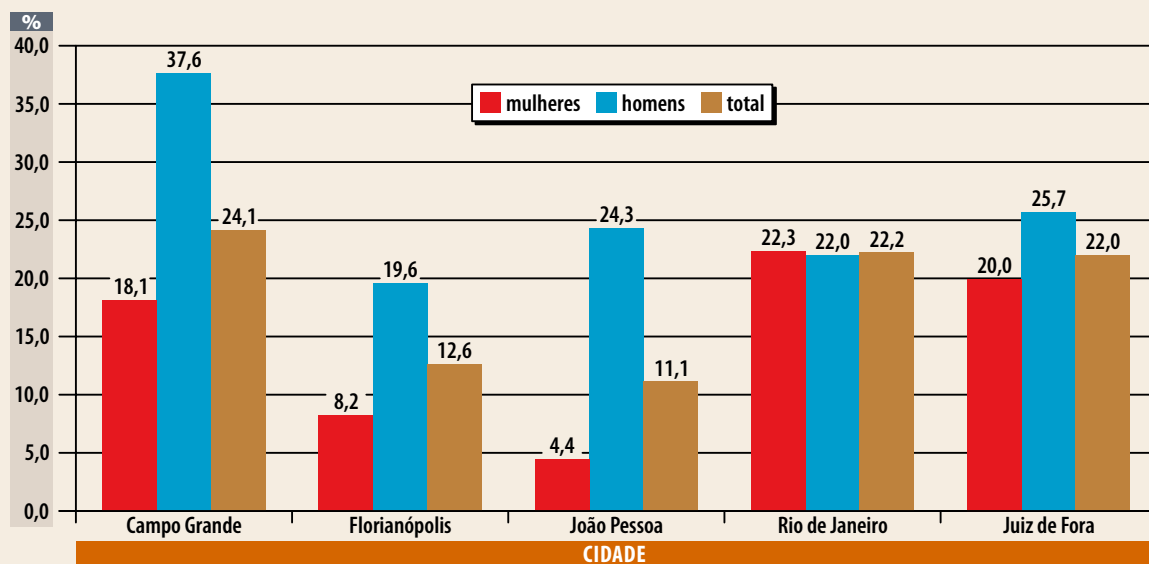
Curso	Campo Grande (%)	Florianópolis (%)	João Pessoa (%)	Rio de Janeiro (%)	Juiz de Fora (%)
Medicina					
Feminino	1,7	4,1	0,0	3,4	5,7
Masculino	12,0	12,2	1,6	7,4	10,4
Total	7,3	8,2	0,8	5,1	7,5
Enfermagem					
Feminino	1,2	6,4	2,0	3,9	2,9
Masculino	6,8	24,1	12,9	5,0	13,2
Total	2,2	8,0	3,2	4,1	4,8
Odontologia					
Feminino	10,8	11,1	0,0	7,8	2,2
Masculino	8,8	14,3	0,0	17,4	8,3
Total	10,1	12,3	0,0	10,7	4,3
Farmácia					
Feminino	1,2	5,2	0,0	1,3	4,5
Masculino	30,3	8,5	15,2	1,2	5,3
Total	6,7	5,9	8,0	1,3	4,7
Geral					
Feminino	2,7	6,7	1,4	3,9	3,8
Masculino	12,1	13,1	7,1	7,3	10,4
Total	5,3	8,6	2,9	4,8	5,7



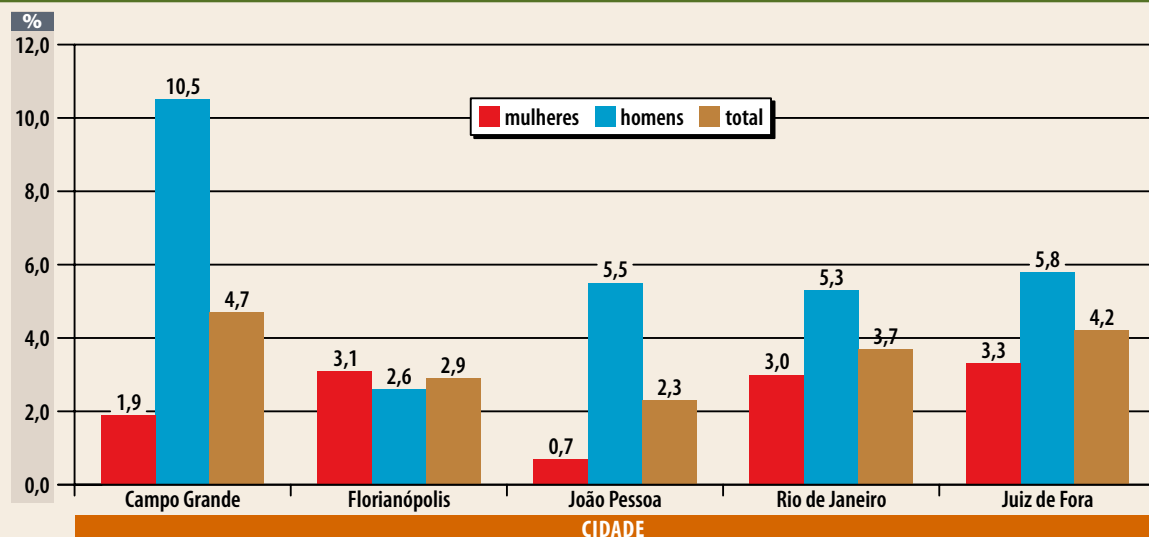
A maioria dos universitários fumantes de cigarros, em todas as cidades, era usuária ocasional (Campo Grande: 58,9%; Florianópolis: 84,1%; João Pessoa: 77,6%; Rio de Janeiro: 62,8%; e Juiz de Fora: 71,6%). Isso reforça a importância de se investir em cessação do tabagismo durante os cursos de graduação, tendo em vista que o tratamento é mais difícil para usuários com altos níveis de dependência e pelo fato de que estes universitários são futuros formadores de opinião.

Conceito de uso ocasional: o ocorrido em frequência inferior a 20 dias nos 30 dias anteriores à pesquisa.

Dos estudantes que fumavam, uma parcela, que variou de 11,1% em João Pessoa a 24,1% em Campo Grande, consumiu tabaco no prédio da universidade no ano anterior à entrevista, sendo esse percentual, em geral, maior entre os homens do que entre as mulheres. Os estudantes que consumiam outros produtos que contêm tabaco também usaram o prédio da universidade para tal atividade no ano anterior à entrevista, mas em menores proporções (variando de 2,3% em João Pessoa a 4,7% em Campo Grande), sendo o percentual, em geral, maior entre os homens do que entre as mulheres.



Percentual de universitários fumantes que consumiram cigarros no prédio da universidade no ano anterior à entrevista. Inquéritos "Vigilância de Tabagismo em Universitários da Área da Saúde" nas cidades de Campo Grande (2006), João Pessoa (2006), Rio de Janeiro (2006/2007), Florianópolis (2007) e Juiz de Fora (2007)



Percentual de universitários usuários de outros produtos que contêm tabaco que consumiram tais produtos no prédio da universidade no ano anterior à entrevista. Inquéritos "Vigilância de Tabagismo em Universitários da Área da Saúde" nas cidades de Campo Grande (2006), João Pessoa (2006), Rio de Janeiro (2006/2007), Florianópolis (2007) e Juiz de Fora (2007)

Os estudantes da área da saúde, independentemente do sexo, acreditam na importância do treinamento dos profissionais de saúde nas técnicas de cessação e do aconselhamento aos pacientes para que deixem de fumar. Entretanto, muitos deles ainda não estão imbuídos de seu papel como "modelo de comportamento" para pacientes e público em geral.

Percentual de universitários com determinadas crenças sobre treinamento e atuação do profissional de saúde, por cidade. Inquéritos "Vigilância de Tabagismo em Universitários da Área da Saúde" nas cidades de Campo Grande (2006), João Pessoa (2006), Rio de Janeiro (2006/2007), Florianópolis (2007) e Juiz de Fora (2007)

Curso	Campo Grande (%)	Florianópolis (%)	João Pessoa (%)	Rio de Janeiro (%)	Juiz de Fora (%)
Profissionais deveriam receber treinamento em técnicas de cessação					
Medicina	87,4	92,7	97,0	94,4	95,2
Enfermagem	93,4	96,5	95,5	95,1	94,1
Odontologia	84,9	91,8	91,0	91,7	91,3
Farmácia	93,6	95,5	95,3	96,3	95,9
Profissionais de saúde deveriam rotineiramente aconselhar seus pacientes fumantes a parar de fumar					
Medicina	94,9	95,7	97,8	98,2	96,8
Enfermagem	94,9	98,2	99,4	98,0	96,5
Odontologia	95,8	100,0	94,4	97,4	97,1
Farmácia	100,0	92,0	100,0	97,5	98,3
Profissionais de saúde são "modelos de comportamento"					
Medicina	68,0	49,4	69,3	66,3	62,0
Enfermagem	63,7	61,6	78,8	66,3	66,3
Odontologia	76,7	69,9	75,1	75,1	74,0
Farmácia	71,3	70,7	50,6	61,4	61,6

Percentual de mulheres universitárias com determinadas crenças sobre treinamento e atuação do profissional de saúde, por cidade. Inquéritos "Vigilância de Tabagismo em Universitários da Área da Saúde" nas cidades de Campo Grande (2006), João Pessoa (2006), Rio de Janeiro (2006/2007), Florianópolis (2007) e Juiz de Fora (2007)

Curso	Campo Grande (%)	Florianópolis (%)	João Pessoa (%)	Rio de Janeiro (%)	Juiz de Fora (%)
Profissionais deveriam receber treinamento em técnicas de cessação					
Medicina	90,5	97,8	100,0	96,5	95,4
Enfermagem	93,6	96,1	95,6	95,0	94,1
Odontologia	92,2	95,6	94,2	94,5	93,3
Farmácia	96,7	94,2	100,0	96,3	98,1
Total	93,7	95,8	96,5	95,4	94,8
Profissionais de saúde deveriam rotineiramente aconselhar seus pacientes fumantes a parar de fumar					
Medicina	94,8	100,0	98,6	99,3	97,7
Enfermagem	95,3	100,0	99,4	97,9	97,2
Odontologia	96,9	100,0	96,9	98,1	97,7
Farmácia	100,0	90,9	100,0	97,5	100,0
Total	96,5	97,5	99,1	98,2	97,7
Profissionais de saúde são "modelos de comportamento"					
Medicina	71,7	57,3	65,2	65,3	63,8
Enfermagem	64,4	62,1	79,2	66,0	67,7
Odontologia	75,9	75,6	78,5	78,9	75,8
Farmácia	70,4	70,8	65,2	65,1	62,0
Total	68,3	66,6	75,9	67,0	66,6

Percentual de homens universitários com determinadas crenças sobre treinamento e atuação do profissional de saúde, por cidade. Inquéritos "Vigilância de Tabagismo em Universitários da Área da Saúde" nas cidades de Campo Grande (2006), João Pessoa (2006), Rio de Janeiro (2006/2007), Florianópolis (2007) e Juiz de Fora (2007)

Curso	Campo Grande (%)	Florianópolis (%)	João Pessoa (%)	Rio de Janeiro (%)	Juiz de Fora (%)
Profissionais deveriam receber treinamento em técnicas de cessação					
Medicina	84,8	87,5	93,8	91,7	94,8
Enfermagem	92,1	100,0	94,7	95,3	94,1
Odontologia	70,1	85,7	85,4	85,4	87,7
Farmácia	80,4	100,0	91,0	96,3	89,4
Total	83,6	90,4	92,4	92,4	93,2
Profissionais de saúde deveriam rotineiramente aconselhar seus pacientes fumantes a parar de fumar					
Medicina	94,9	91,5	96,9	96,9	95,3
Enfermagem	93,1	81,0	100,0	98,9	93,5
Odontologia	93,7	100,0	90,3	95,8	95,9
Farmácia	100,0	95,8	100,0	97,4	93,6
Total	94,8	94,2	97,5	97,4	94,7
Profissionais de saúde são "modelos de comportamento"					
Medicina	64,8	41,5	73,8	67,5	59,3
Enfermagem	60,9	56,9	75,0	67,8	60,4
Odontologia	78,2	60,7	69,5	66,6	70,7
Farmácia	75,3	70,2	37,6	53,8	60,2
Total	67,6	54,3	65,4	66,2	61,1



Os estudantes da área da saúde ainda precisam se conscientizar de seu papel como "modelo de comportamento" para pacientes e sociedade.

Quase todos os universitários, independentemente do sexo, ouviram falar dos efeitos do fumo durante o curso e, em menor proporção, dos efeitos do fumo passivo ou suas consequências em subgrupos específicos, como crianças, jovens e grávidas. Quando foram consideradas as atribuições efetivas do profissional de saúde na redução da quantidade de fumantes, muitos não haviam recebido treinamento formal até o momento da pesquisa. Cabe ressaltar a variação nos currículos: é possível que os estudantes viessem a ter o treinamento em momento posterior à pesquisa.

Percentual de universitários que responderam afirmativamente a alguns itens do currículo escolar. Inquéritos "Vigilância de Tabagismo em Universitários da Área da Saúde" nas cidades de Campo Grande (2006), João Pessoa (2006), Rio de Janeiro (2006/2007), Florianópolis (2007) e Juiz de Fora (2007)

Curso	Campo Grande (%)	Florianópolis (%)	João Pessoa (%)	Rio de Janeiro (%)	Juiz de Fora (%)
Durante o curso, você ouviu falar dos efeitos do fumo sobre a saúde em alguma aula?					
Medicina	95,72	98,98	98,52	97,77	97,64
Enfermagem	92,87	95,47	95,10	95,66	96,37
Odontologia	88,27	98,65	89,06	90,78	97,14
Farmácia	83,61	92,94	95,10	86,98	90,27
Total	90,90	96,51	95,35	95,13	96,23
Durante o curso, você recebeu em alguma aula algum tipo de informação sobre os efeitos na saúde da exposição ao tabagismo passivo ambiental?					
Medicina	78,96	85,58	95,47	85,25	86,86
Enfermagem	81,69	85,67	89,64	88,22	90,73
Odontologia	67,72	82,43	73,93	74,56	60,07
Farmácia	69,03	69,08	75,48	69,59	59,39
Total	76,44	80,67	88,02	84,47	82,89
Durante o curso, você aprendeu sobre a importância de prevenir o início e o consumo de tabaco entre crianças, jovens e grávidas?					
Medicina	80,55	84,23	88,85	73,33	85,82
Enfermagem	79,24	71,36	81,64	83,18	84,08
Odontologia	54,39	70,27	75,99	64,11	44,16
Farmácia	58,95	53,66	67,46	56,75	48,47
Total	71,51	69,84	81,19	76,16	76,81
Durante o curso, você recebeu algum treinamento formal em técnicas de abordagem para abandono do fumo a serem usadas com os pacientes?					
Medicina	34,80	63,94	38,84	21,23	54,04
Enfermagem	26,01	13,09	24,93	27,53	34,09
Odontologia	7,25	12,50	5,93	22,05	4,31
Farmácia	9,62	7,25	7,14	11,53	3,33
Total	21,54	24,32	24,63	23,90	34,74

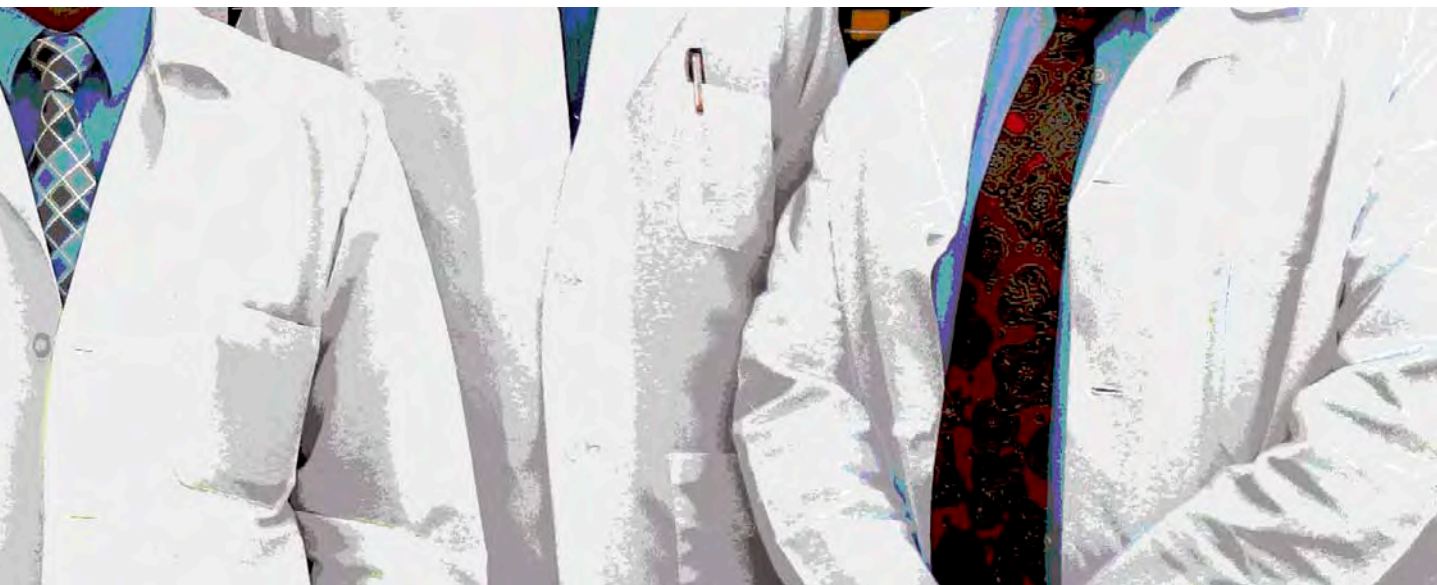
Percentual de mulheres universitárias que responderam afirmativamente a alguns itens do currículo escolar. Inquéritos "Vigilância de Tabagismo em Universitários da Área da Saúde" nas cidades de Campo Grande (2006), João Pessoa (2006), Rio de Janeiro (2006/2007), Florianópolis (2007) e Juiz de Fora (2007)

Curso	Campo Grande (%)	Florianópolis (%)	João Pessoa (%)	Rio de Janeiro (%)	Juiz de Fora (%)
Durante o curso, você ouviu falar dos efeitos do fumo sobre a saúde em alguma aula?					
Medicina	98,3	100,0	100,0	98,6	97,5
Enfermagem	92,9	95,0	94,7	95,6	96,7
Odontologia	89,2	97,8	88,4	90,4	97,8
Farmácia	80,8	92,8	96,4	86,7	94,4
Total	90,4	95,9	95,2	95,2	96,8
Durante o curso, você recebeu em alguma aula algum tipo de informação sobre os efeitos na saúde da exposição ao tabagismo passivo ambiental?					
Medicina	84,2	87,6	97,1	86,8	85,1
Enfermagem	80,1	88,6	89,4	88,4	89,7
Odontologia	66,7	84,4	70,3	76,1	49,0
Farmácia	67,2	64,9	78,9	66,8	57,2
Total	75,9	81,0	88,5	85,3	81,0
Durante o curso, você aprendeu sobre a importância de prevenir o início e o consumo de tabaco entre crianças, jovens e grávidas?					
Medicina	76,4	80,8	89,8	71,9	83,9
Enfermagem	76,0	74,8	80,0	83,0	85,1
Odontologia	55,6	68,9	73,8	65,3	35,4
Farmácia	61,7	49,3	68,6	56,7	48,9
Total	70,0	67,5	80,2	76,8	76,2
Durante o curso, você recebeu algum treinamento formal em técnicas de abordagem para abandono do fumo a serem usadas com os pacientes?					
Medicina	24,9	71,5	38,1	18,1	55,2
Enfermagem	24,3	10,5	24,4	27,4	31,6
Odontologia	7,5	11,6	6,2	21,8	4,5
Farmácia	7,2	8,1	8,0	13,9	2,3
Total	18,3	21,1	24,2	23,8	32,9



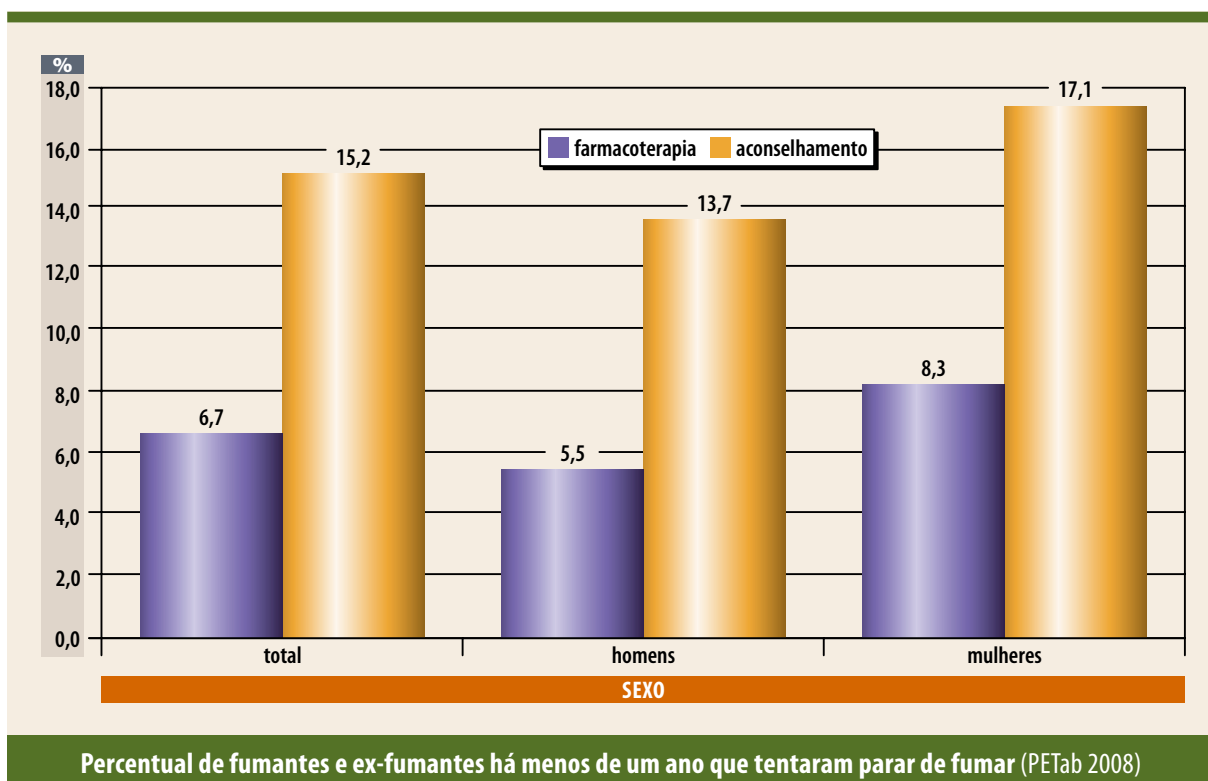
Percentual de homens universitários que responderam afirmativamente a alguns itens do currículo escolar. Inquéritos "Vigilância de Tabagismo em Universitários da Área da Saúde" nas cidades de Campo Grande (2006), João Pessoa (2006), Rio de Janeiro (2006/2007), Florianópolis (2007) e Juiz de Fora (2007)

Curso	Campo Grande (%)	Florianópolis (%)	João Pessoa (%)	Rio de Janeiro (%)	Juiz de Fora (%)
Durante o curso, você ouviu falar dos efeitos do fumo sobre a saúde em alguma aula?					
Medicina	93,5	98,0	96,9	96,7	97,8
Enfermagem	92,6	100,0	97,5	95,9	94,7
Odontologia	85,4	100,0	90,3	92,1	95,8
Farmácia	95,3	93,3	97,0	87,0	78,4
Total	91,8	97,9	96,3	95,0	94,7
Durante o curso, você recebeu em alguma aula algum tipo de informação sobre os efeitos na saúde da exposição ao tabagismo passivo ambiental?					
Medicina	74,4	83,6	93,5	83,3	89,6
Enfermagem	88,2	56,9	90,0	86,5	94,7
Odontologia	69,7	82,1	80,2	71,3	79,1
Farmácia	80,1	82,9	74,9	74,2	65,5
Total	78,4	80,9	86,8	82,0	87,4
Durante o curso, você aprendeu sobre a importância de prevenir o início e o consumo de tabaco entre crianças, jovens e grávidas?					
Medicina	84,2	87,6	87,7	75,1	88,8
Enfermagem	92,7	37,9	92,0	83,2	79,1
Odontologia	53,8	71,4	79,8	60,9	58,3
Farmácia	50,0	68,0	68,7	56,5	47,3
Total	76,4	74,9	83,5	74,0	78,1
Durante o curso, você recebeu algum treinamento formal em técnicas de abordagem para abandono do fumo a serem usadas com os pacientes?					
Medicina	43,4	56,5	40,3	24,9	52,3
Enfermagem	31,8	37,9	24,9	29,0	42,6
Odontologia	7,3	14,3	5,5	19,5	4,2
Farmácia	20,6	4,5	6,6	6,9	6,4
Total	29,8	32,1	25,1	24,0	39,0



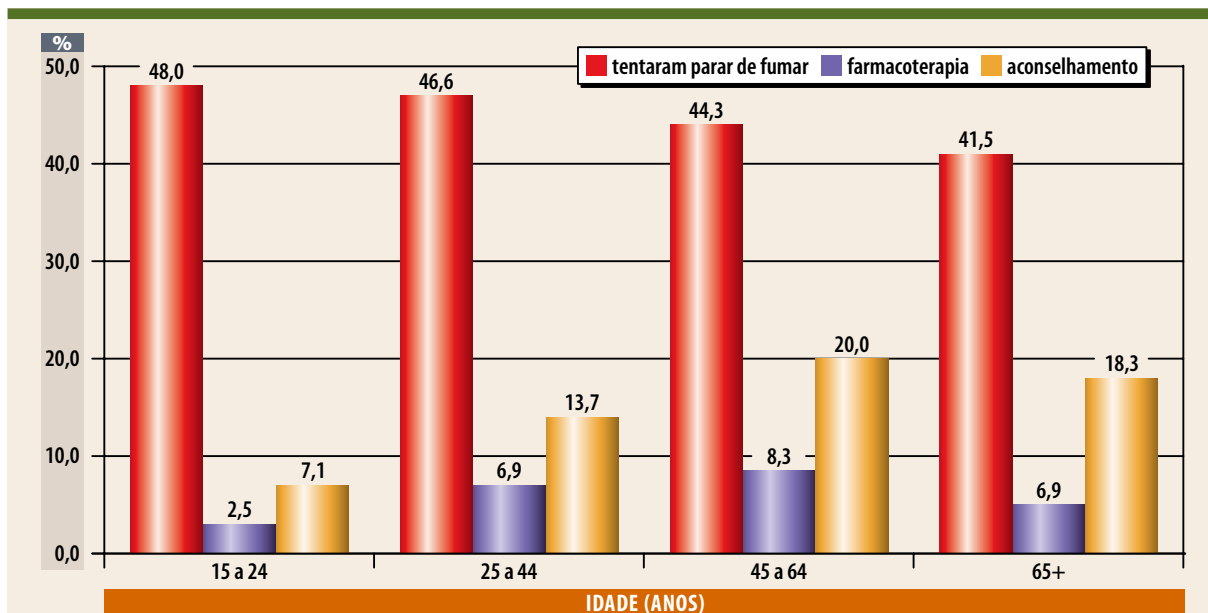
Que métodos estão sendo utilizados por quem tenta parar de fumar?

Em relação ao método utilizado para parar de fumar na população estudada, destacaram-se o aconselhamento e a farmacoterapia. Embora estudos demonstrem que o aconselhamento (em todos os casos) e a farmacoterapia (nos casos mais severos) sejam eficazes para ajudar as pessoas a pararem de fumar, apenas 15,2% e 6,7%, respectivamente, dos que tentaram parar de fumar nos 12 meses anteriores à pesquisa receberam e utilizaram estes métodos. Ambos os percentuais foram maiores entre as mulheres, o que parece indicar que procurem mais frequentemente os serviços de saúde e tentem parar de fumar em proporção maior, quando comparadas aos homens.



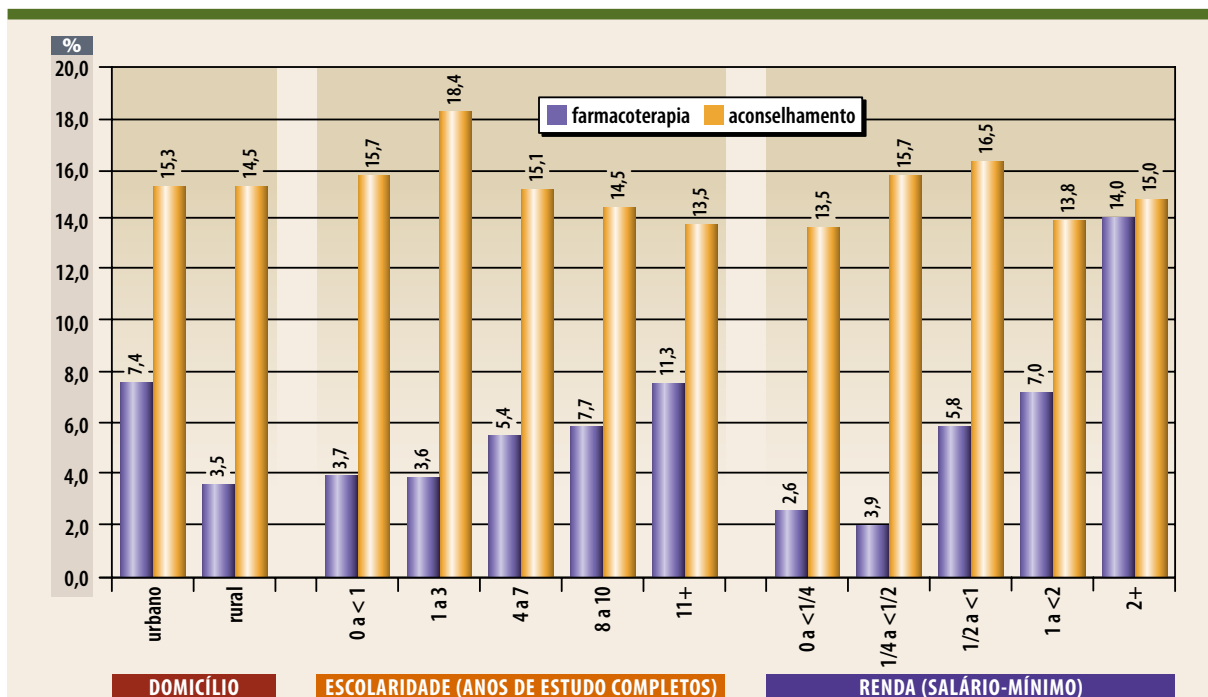
São necessárias estratégias específicas para os jovens que queiram deixar de fumar.

As informações sobre os jovens de 15 a 24 anos merecem atenção, uma vez que nesta faixa etária foram encontrados os menores percentuais de uso de algum método de auxílio para parar de fumar, embora os jovens tenham mostrado a mesma disposição para a cessação que os adultos. Esses dados, combinados, parecem demonstrar que há um nicho a ser mais explorado pelas ações de controle do tabaco, especialmente as voltadas para apoio à cessação do tabagismo.



Percentual de fumantes e ex-fumantes há menos de um ano que tentaram parar de fumar, nos 12 meses anteriores à pesquisa, que usaram farmacoterapia e/ou aconselhamento (PETab 2008)

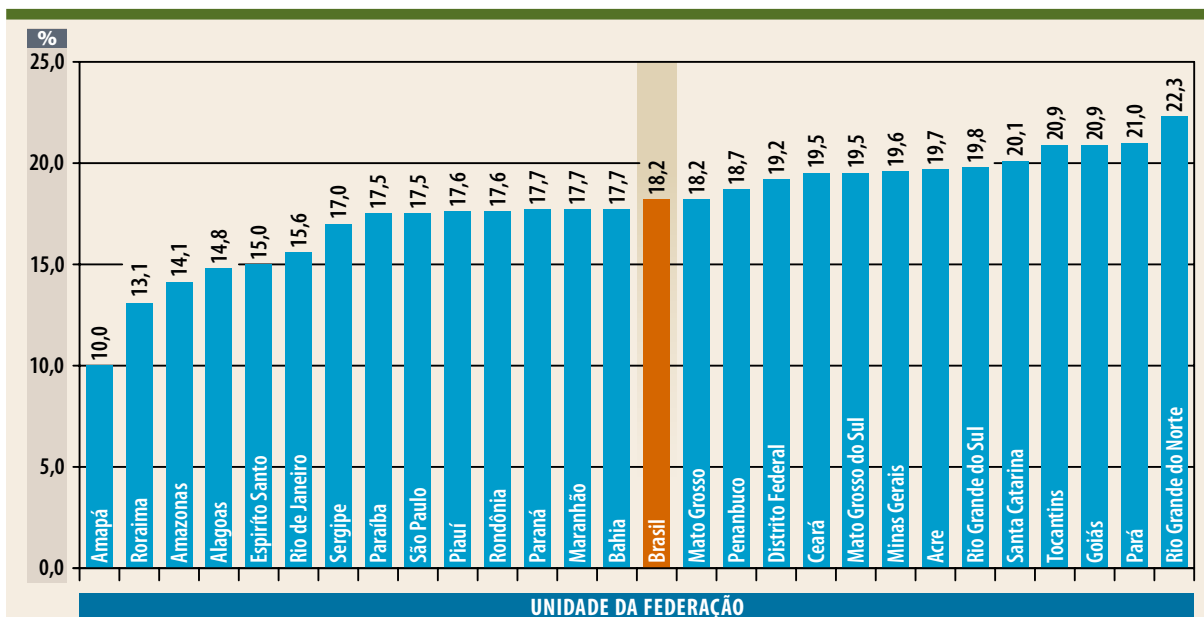
A farmacoterapia foi mais frequentemente utilizada pelos residentes de áreas urbanas e por aqueles com mais anos de estudo e maior renda. O mesmo não ocorreu em relação ao aconselhamento, que não apresentou variação estatisticamente significativa de acordo com as categorias de local de residência, escolaridade e renda. Esse dado sugere que o aconselhamento tem atingido de forma mais igualitária e democrática a população como um todo.



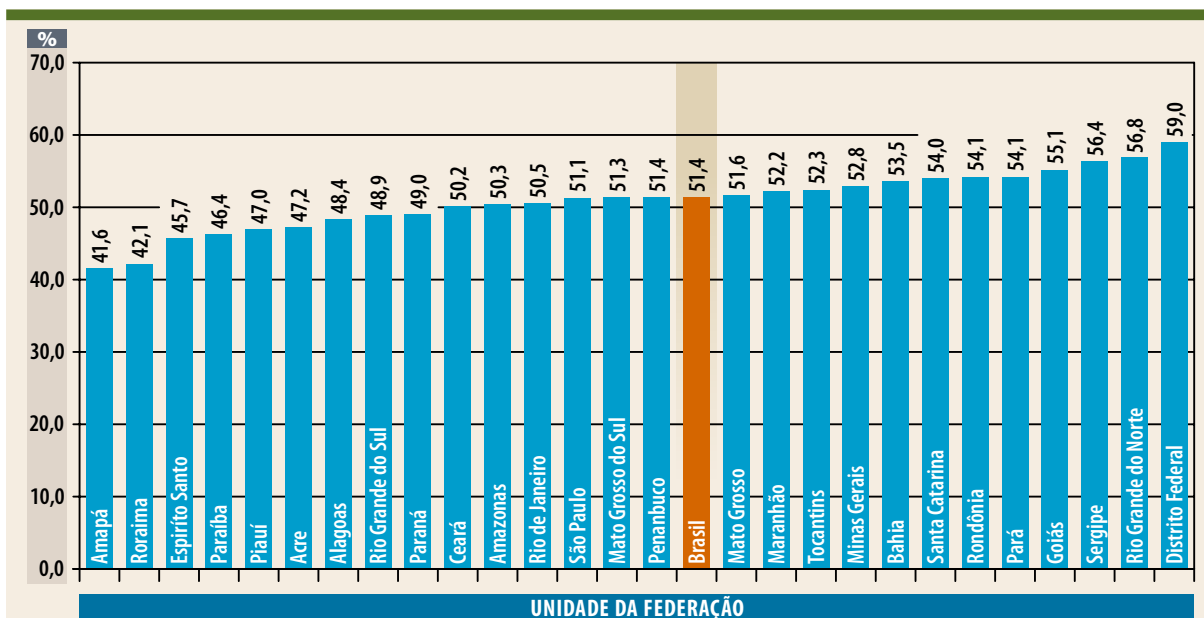
Uso de medicamentos e aconselhamento entre fumantes que tentaram parar de fumar nos 12 meses anteriores à pesquisa e ex-fumantes há menos de um ano, por local de residência, escolaridade e renda (PETab 2008)

Quem já parou de fumar?

A proporção de ex-fumantes correspondeu a 18,2% da população total do estudo de 15 anos ou mais, variando de 10,0% no Amapá a 22,3% no Rio Grande do Norte.



Percentual de ex-fumantes por Unidade da Federação (PETab 2008)

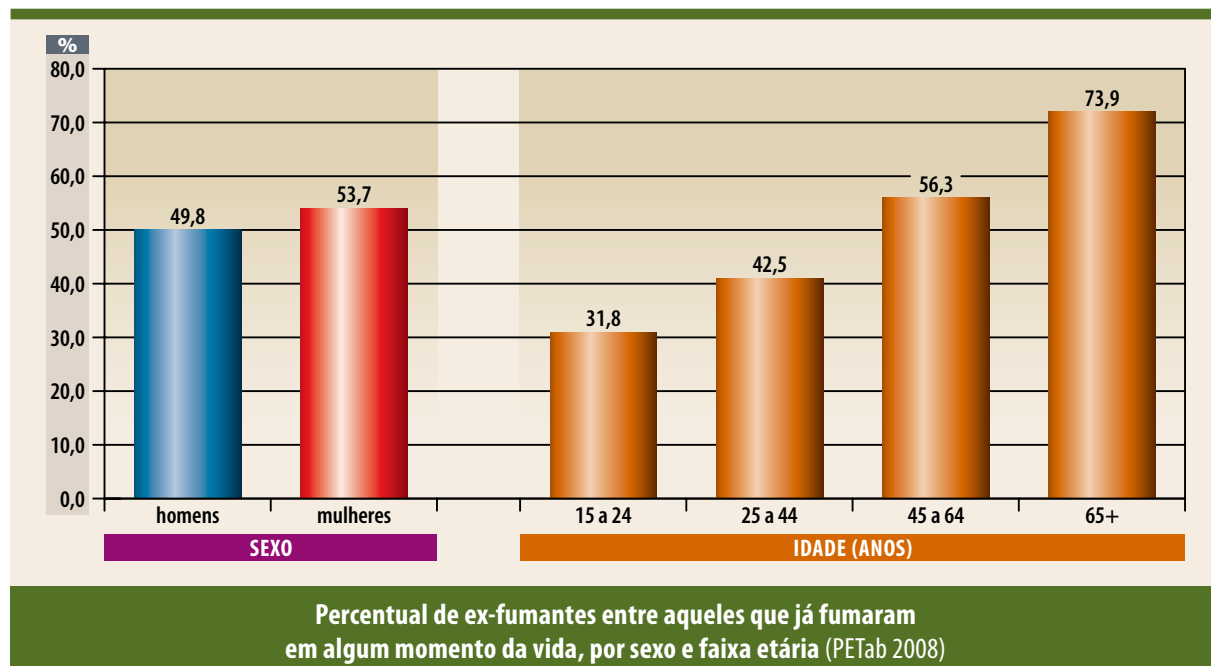


Percentual de ex-fumantes entre aqueles que já fumaram alguma vez na vida, por Unidade da Federação (PETab 2008)

Quando consideradas apenas as pessoas que fumaram em algum momento da vida, 51,4% pararam de fumar. Este percentual variou de 41,6% no Amapá a 59,0% no Distrito Federal. Os maiores índices de cessação foram observados entre mulheres e cresceram conforme o aumento da faixa etária.

A proporção de ex-fumantes foi calculada pelo índice de cessação (IC), que inclui todos os fumantes atuais (diários e ocasionais) e os ex-fumantes. Corresponde a:

$$IC = \frac{\text{ex-fumantes}}{(\text{ex-fumantes} + \text{fumantes})}$$



As medidas adotadas no país pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo motivam cada vez mais o fumante a deixar de fumar. Assim, o programa de tratamento do tabagismo na rede do SUS, adotado em 2005, foi importante estratégia, em larga escala, para apoiar o fumante na cessação do consumo dos produtos de tabaco.

Entretanto, no contexto do sistema público de saúde num país com as dimensões sociogeográficas e a densidade populacional do Brasil, o programa de tratamento do tabagismo encontra algumas limitações, principalmente, na velocidade de execução. Por exemplo, nas regiões Sul e Sudeste, todos os estados já adotaram o tratamento. Em todos os estados das regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, contudo, verifica-se flutuação no número de municípios que atendem o fumante – consequência do nível local de organização do programa.

Finalmente, vale assinalar que, apesar da necessidade de maior impulso ao tratamento do fumante nos serviços de saúde, a acentuada queda na prevalência de fumantes observada no Brasil nos últimos 20 anos se deveu, provavelmente, à série de ações combinadas nos campos legislativo, social e político que estimularam a mudança deste comportamento na sociedade, antes considerado normal e aceitável⁴⁰. Os dados relacionados à cessação apontam nesta direção e estão de acordo com os resultados observados no inquérito domiciliar sobre fatores de risco e agravos para doenças crônicas, realizado entre 2002 e 2004 nas principais capitais do país. Nesse inquérito, a proporção de ex-fumantes entre os indivíduos que já fumaram na vida – cerca de 50% – foi superior à observada em alguns países, como os Estados Unidos²².

Quase 60% dos ex-fumantes deixaram de fumar há 10 anos ou mais.

Entre as pessoas de 15 anos ou mais, quem está exposto à fumaça de produtos de tabaco?

A exposição de pessoas fumantes e não fumantes à fumaça de produtos de tabaco é uma questão relevante para a saúde pública^{41 42} e precisa ser observada em casa e em ambientes públicos.

Em casa

Quase 30% das pessoas estavam expostas à fumaça em sua própria casa pelo menos uma vez por mês, o que representa cerca de 40 milhões de indivíduos, dos quais 24 milhões eram não fumantes. Além disso, é importante destacar que 20,6% das pessoas foram diariamente expostas, o que representa 30 milhões de indivíduos, dos quais a metade era não fumante.

Entre os estudantes que responderam ao Vigescola, a proporção de expostos diariamente, em casa, variou de 6,6% em Salvador (2004) a 24,0% em Porto Alegre (2002). Os adolescentes fumantes estavam, em geral, mais expostos do que os não fumantes, o que sugere que estejam seguindo o modelo de comportamento dos pais. Apesar da possível relação entre pais fumantes e adolescentes fumantes, a proporção de pais fumantes parece estar caindo, assim como a proporção de fumantes em geral, tendência que não é acompanhada pela proporção de adolescentes de 13 a 15 anos fumantes. Isso sugere que as intervenções do controle do tabaco talvez devam visar outras influências, como amigos e/ou namorados^{43 44}, que podem estar contribuindo para o fato de os adolescentes começarem a fumar. Também é possível que parte da exposição mencionada seja explicada pelo convívio com amigos e/ou namorados em casa.



Proporção de adolescentes expostos diariamente à fumaça de tabaco em casa, na semana anterior à pesquisa, por condição de fumante, cidade e ano (Vigescola 2002 a 2009)

Região / Cidade	Expostos diariamente à fumaça de tabaco em casa			Têm pais fumantes		
	Total (%)	Fumante (%)	Não Fumante (%)	Total (%)	Fumante (%)	Não Fumante (%)
Norte						
Boa Vista, 2003	15,7	27,5	14,6	36,8	49,6	35,4
Macapá, 2006	12,0	17,7	10,7	33,6	36,5	32,8
Belém, 2005	14,5	29,8	11,3	34,0	55,3	30,0
Palmas, 2002	14,1	19,1	13,3	35,1	50,0	33,2
Palmas, 2005	14,1	27,8	12,3	32,4	40,4	31,4
Nordeste						
São Luís, 2003	11,7	15,5	11,2	35,2	39,8	34,2
São Luís, 2006	8,3	13,2	7,6	26,3	38,9	24,6
Fortaleza, 2002	20,3	36,5	16,9	45,0	61,3	41,8
Fortaleza, 2005	14,5	31,0	12,5	33,6	50,6	31,5
Natal, 2002	17,0	33,2	15,6	35,8	60,1	33,6
Natal, 2005	13,4	26,7	12,5	29,8	47,0	28,4
João Pessoa, 2002	13,8	34,4	12,3	33,2	43,4	32,1
João Pessoa, 2005	12,8	21,4	11,9	28,6	31,3	28,4
Maceió, 2003	19,9	41,5	18,1	35,1	65,6	32,4
Aracaju, 2002	12,0	32,0	10,1	29,1	48,3	27,4
Salvador, 2004	6,6	19,1	5,7	19,0	41,1	17,5
Centro-Oeste						
Goiânia, 2002	17,8	28,2	16,7	34,6	48,5	32,8
Campo Grande, 2002	17,2	31,9	15,0	37,1	46,1	35,6
Campo Grande, 2009	16,5	26,8	15,6	29,7	38,8	28,1
Sudeste						
Vitória, 2004	11,0	21,6	10,1	31,0	45,6	29,6
Vitória, 2009	9,6	24,0	8,5	25,2	40,8	23,8
Cataguases, 2005	18,3	29,3	16,7	40,6	52,8	38,8
Rio de Janeiro, 2005	17,0	27,6	15,2	36,6	41,1	35,7
São Paulo, 2009	17,0	20,3	16,4	38,1	55,0	36,2
Sul						
Curitiba, 2002	19,5	22,8	19,0	38,1	48,2	36,8
Curitiba, 2005	20,9	36,3	18,4	37,9	53,6	35,3
Vale do Itajaí, 2007*	22,3	39,0	21,1	43,9	54,6	43,5
Florianópolis, 2004	19,2	29,3	17,9	40,1	53,2	38,6
Palmitos, 2007	15,0	28,5	14,5	29,4	41,8	28,9
Porto Alegre, 2002	24,0	40,3	20,5	48,5	65,4	45,0

* A área Alto Vale do Itajaí, SC, composta por 28 municípios, foi escolhida para representar municípios fumicultores. Para a pesquisa, programou-se amostra de 11 municípios, que englobou áreas urbanas e rurais.

No trabalho

A exposição no local de trabalho, no Brasil, alcançou 24,4% das pessoas que trabalhavam em ambientes fechados, o que representou cerca de 12 milhões de indivíduos, dos quais nove milhões eram não fumantes. Este alto percentual é preocupante por indicar o descumprimento da Lei Federal nº 9.294 que, desde 1996, proíbe o uso de substâncias que produzam fumaça, derivadas ou não do tabaco, em recintos coletivos fechados. Ao se tratar de ambiente de trabalho, esse dado representa muitas horas de exposição à fumaça do tabaco, cerca de oito horas diárias para grande parte dos trabalhadores que, na maioria das vezes, não pode optar pela não exposição. Consequentemente, o tabagismo passivo é hoje considerado fator de risco ocupacional⁶.



Apesar da legislação, uma em cada quatro pessoas que trabalham em ambientes fechados está exposta à fumaça do tabaco.

Em estabelecimentos de saúde

A exposição nos estabelecimentos de saúde alcançou 4% das pessoas, o que representou cerca de seis milhões de indivíduos, dos quais cinco milhões eram não fumantes. Ainda que essa exposição mostre percentual bem menor do que o observado nos ambientes de trabalho, este dado é inquietante: mostra a incoerência de se permitir comportamento prejudicial à saúde em lugar cuja função é justamente zelar por ela. Fato ainda mais grave é quando o fumante é o próprio profissional de saúde que, por ser considerado importante modelo de comportamento, tem grande influência negativa sobre a população em geral.





Em restaurantes

A exposição à fumaça nos restaurantes alcançou 9,9% das pessoas, representando cerca de 14 milhões de indivíduos, dos quais 12 milhões eram não fumantes.

No transporte público

A exposição nos transportes públicos, no Brasil, alcançou 4,5% das pessoas, o que representa cerca de 6,5 milhões de indivíduos, sendo 5,5 milhões de não fumantes.



Em prédio ou escritório do governo

A exposição em prédios ou escritórios do governo alcançou 3,6% das pessoas, representando cerca de 5 milhões de indivíduos, sendo 4,3 milhões de não fumantes.

Os dados apresentados na pesquisa em relação à exposição à fumaça do tabaco apontam para a necessidade premente de que as orientações presentes na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), especificamente sobre a proteção ao tabagismo passivo, sejam internalizadas em sua totalidade no Brasil.

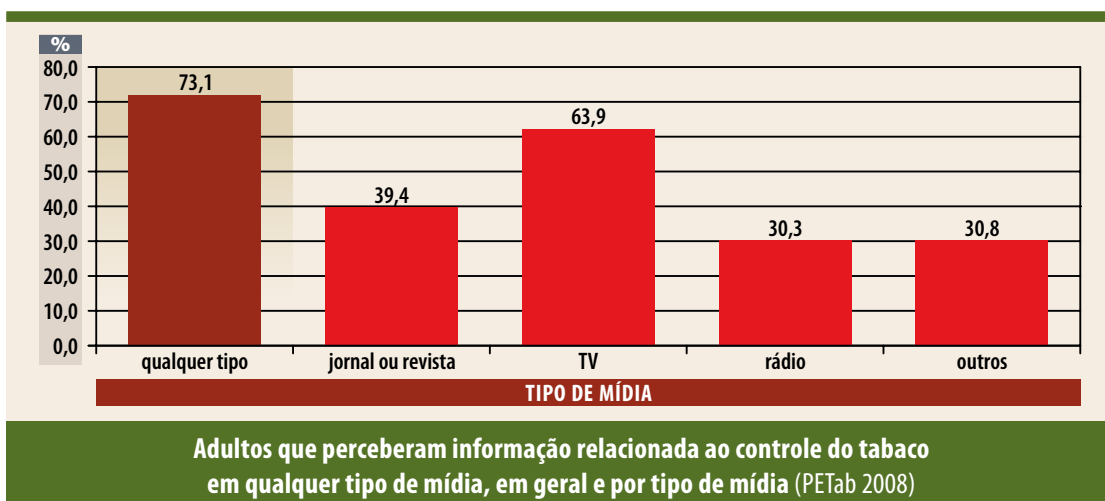
Aspecto importante a ser ressaltado, no entanto, é o apoio maciço da população à proibição do uso dos produtos de tabaco fumado em ambientes coletivos, conforme demonstrado pelas pesquisas de opinião pública⁴⁵, as quais apontam que os próprios fumantes aplaudem medidas desta natureza. Embora ainda não tenhamos lei federal que proteja integralmente a população da exposição passiva, pois ainda permite o consumo de produtos do tabaco em recintos especiais (fumódromos), diversos estados e municípios estão criando leis locais para alcançar o objetivo de 100% de proteção à exposição da fumaça do tabaco.

Uma em cada cinco
pessoas está exposta à
fumaça do cigarro em
algum tipo de ambiente
público, não considerando
o local de trabalho.

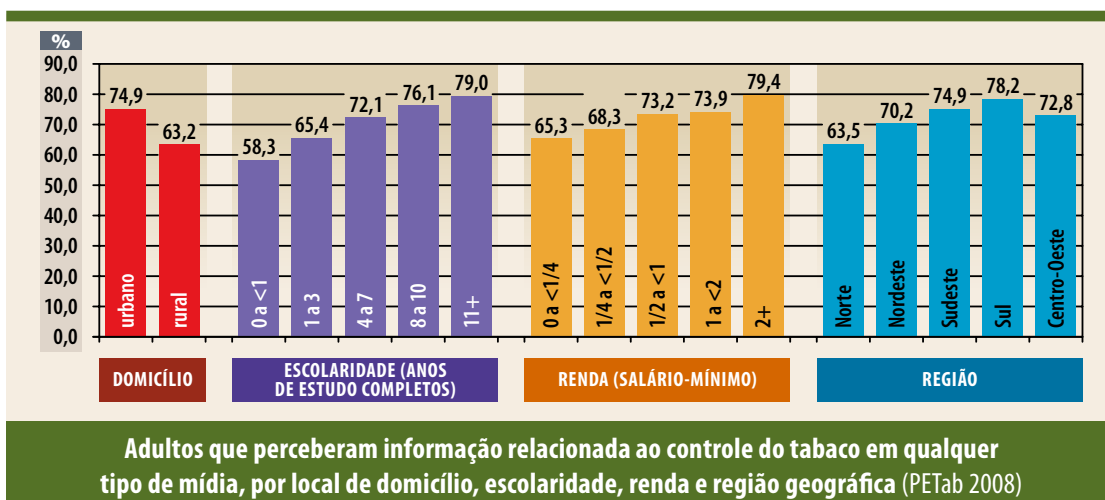
Você sabia que a mídia é usada tanto para informar sobre o controle do tabaco quanto para promover seus produtos?

Quem observa informações relacionadas ao controle do tabaco?

Mais de 70% da população total observou informações relacionadas ao controle do tabaco, quando considerado o conjunto dos diferentes meios de comunicação, como televisão, rádio, jornais, revistas e outros. Destes, os percentuais mais altos foram para televisão.

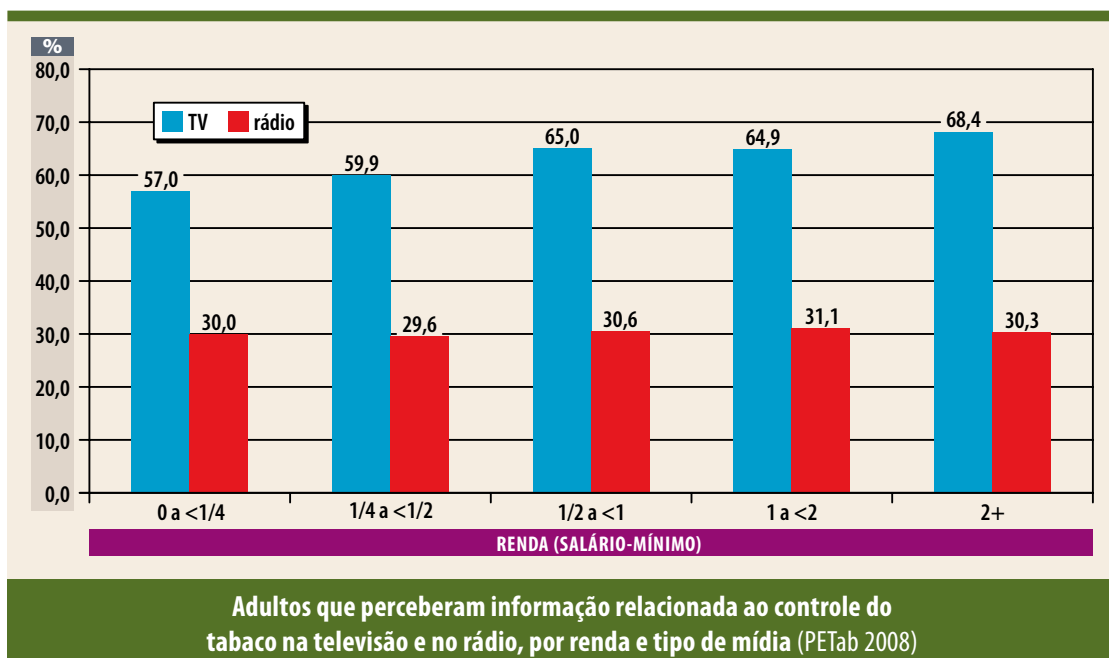
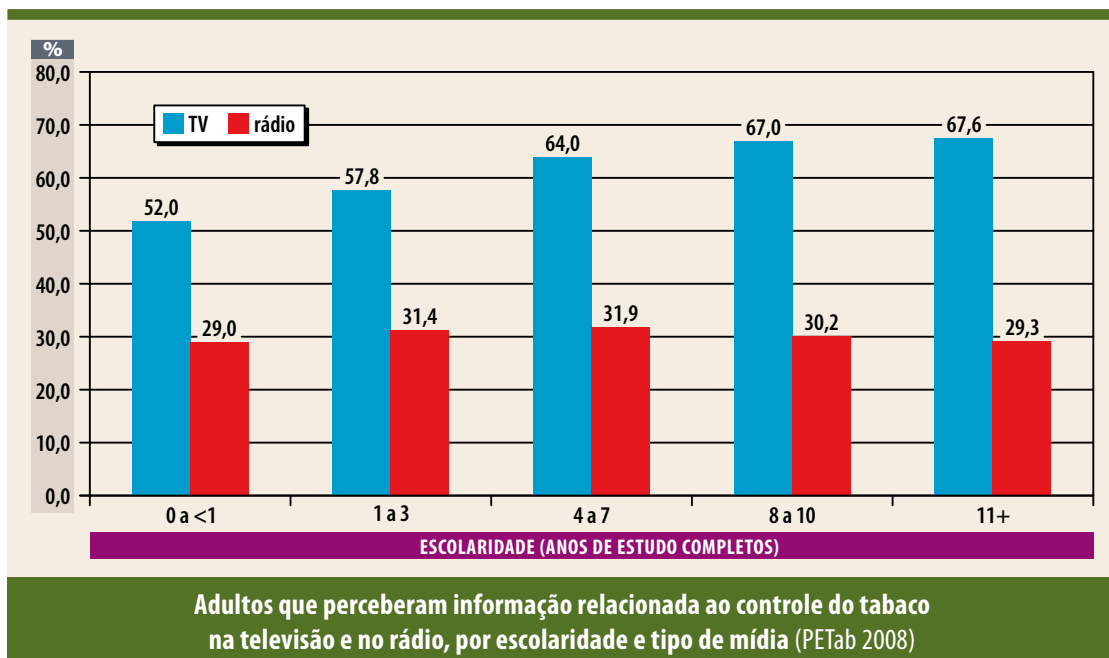


A Região Norte foi a que apresentou os menores percentuais de pessoas que viram informações sobre os malefícios do fumo ou estímulos a parar de fumar. As áreas rurais também apresentaram menores percentuais em relação às urbanas. A menor percepção se manteve entre os de menor renda e escolaridade.



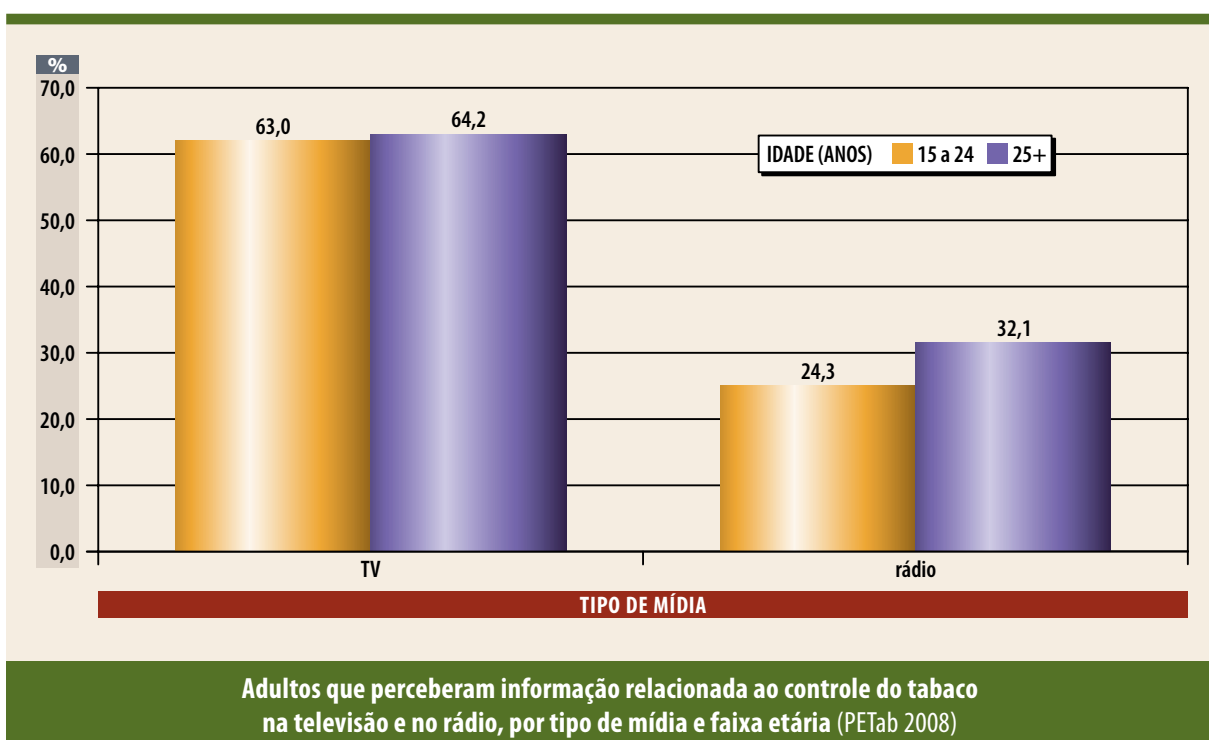


A percepção da informação cresceu com o aumento dos anos de estudo e da renda, e seguiu este padrão quando veiculada pela televisão. Quando se observou a percepção dessas informações pelo rádio, no entanto, verificou-se que não havia diferença. Isso sugere que o rádio democratiza mais a informação, sendo esta percebida na mesma proporção, independentemente de escolaridade e renda.



Em relação à faixa etária, observou-se que os jovens perceberam menos informações no rádio, ao passo que, na televisão, não se registrou tal diferença, o que talvez indique a necessidade de adaptação da linguagem das informações veiculadas em rádio para jovens e/ou foco maior em emissoras direcionadas a este público.

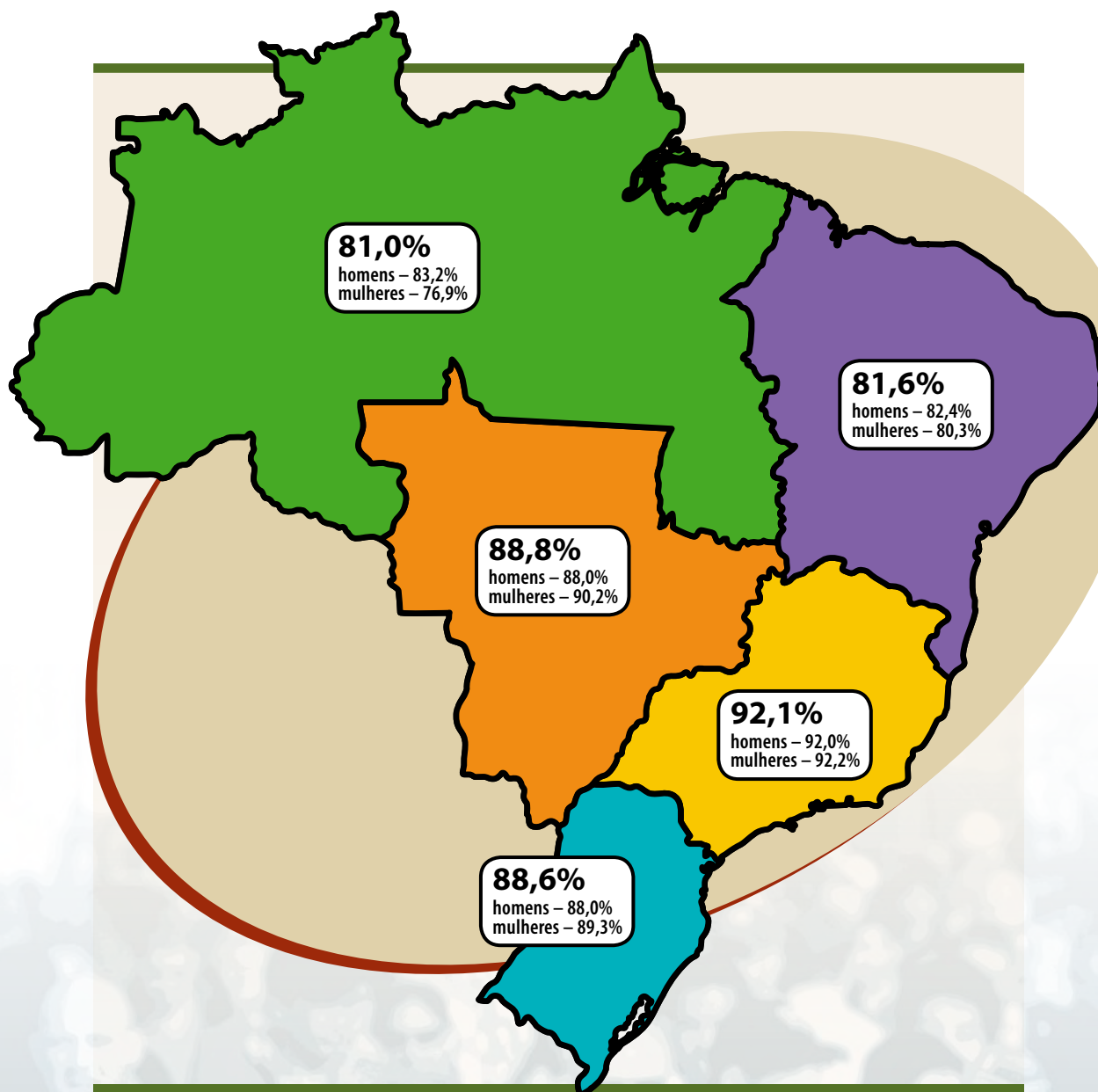
A televisão é o meio que alcança o maior número de pessoas. Já o rádio democratiza mais a informação, sendo esta percebida na mesma proporção, independentemente de escolaridade e renda, embora atinja menos os jovens.



Quando se considera a população adolescente, os percentuais de percepção de mensagens antitabagistas nos meios de comunicação foram ainda mais altos, superando 80% em todas as cidades pesquisadas pelo Vigescola. De um modo geral, os resultados indicam que as informações sobre controle do tabaco estão bem disseminadas entre a população e que as ações de controle do tabaco no país parecem atingir seu objetivo de, cada vez mais, levar a informação em campanhas e programas. Cabe ressaltar, entretanto, que deveria haver investimentos maiores em outros veículos, como o rádio, que pode não ter ainda toda a sua potencialidade explorada.

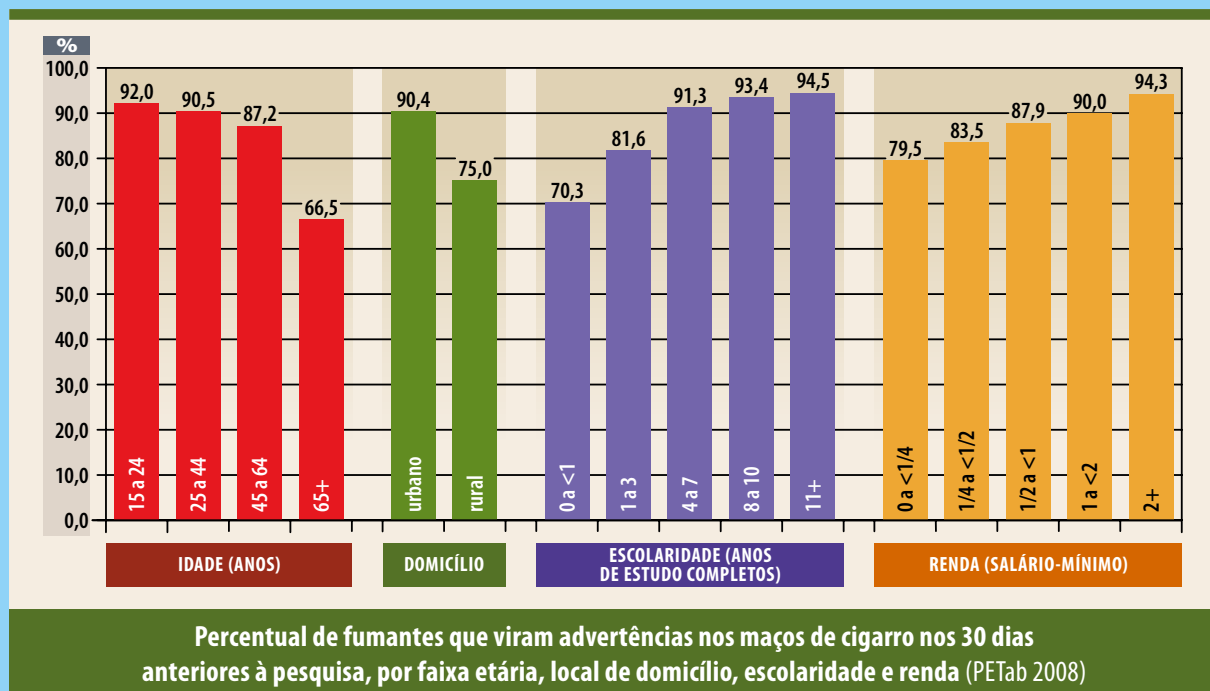
Quem reparou nas advertências presentes nos maços de cigarro?

O percentual de fumantes que observaram foto ou advertências nos maços de cigarro foi de 87,7%, variando de 81,0% na Região Norte a 92,1% na Sudeste.

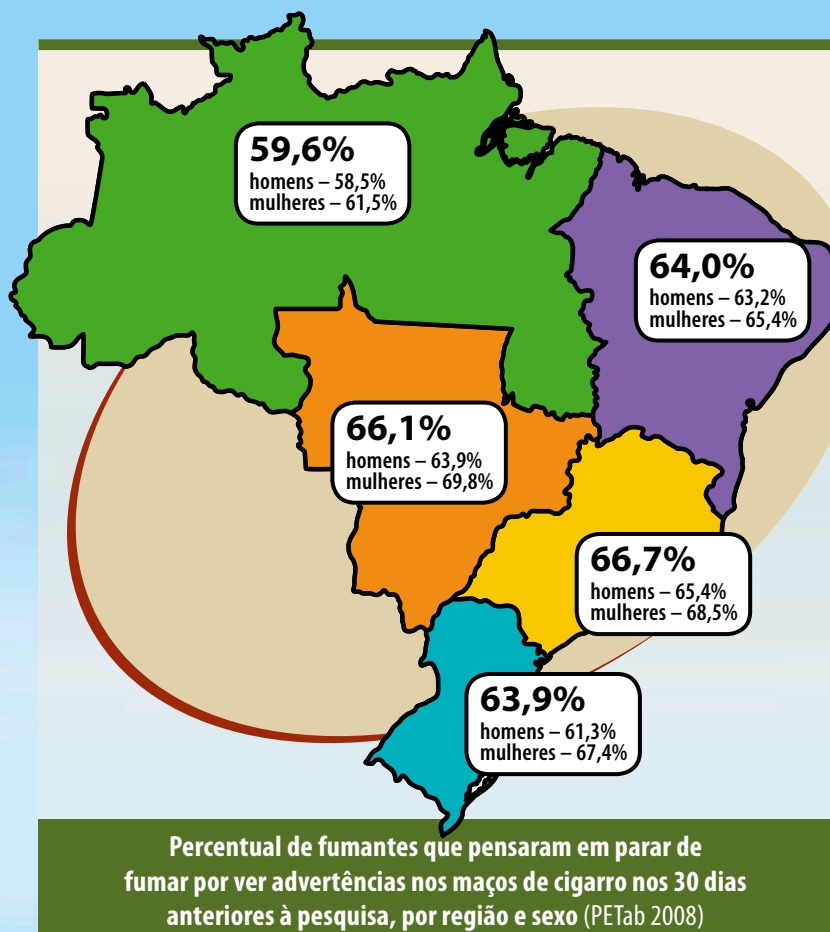


Percentual de fumantes que viram advertências nos maços de cigarro nos 30 dias anteriores à pesquisa, em geral e por sexo, segundo regiões (PETab 2008)

O percentual de fumantes que viram advertências nos maços de cigarro nos 30 dias anteriores à pesquisa tendeu a crescer com os anos de estudo e a renda mensal. Também foi maior numa faixa etária mais baixa e nas áreas urbanas.



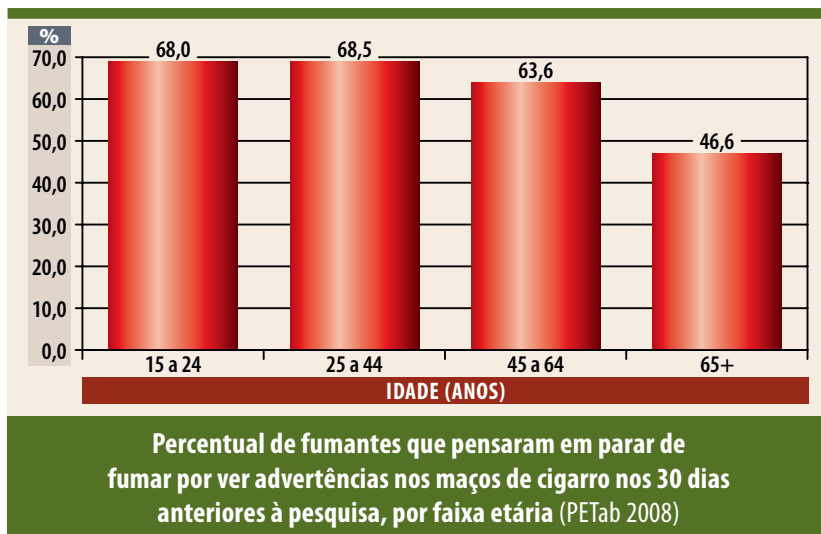
Cerca de 65% dos entrevistados disseram que pensaram em parar de fumar por influência das fotos de advertência nos maços de cigarros. Observou-se maior diferença percentual entre as regiões Norte e Sudeste. O percentual também foi maior entre as mulheres.



Menores percentuais de pessoas que pensaram em parar de fumar após observar as advertências também foram observados entre idosos.

Fotos e advertências nos maços de cigarros fizeram 21,1% das pessoas que as viram pensar muito em parar de fumar. Alguns autores consideram haver um processo motivacional interno para deixar de fumar que envolve conscientização do problema, planejamento para a mudança, tomada de atitude neste sentido e consolidação dos ganhos obtidos⁴⁶. Pensar muito em parar de fumar pode sugerir que

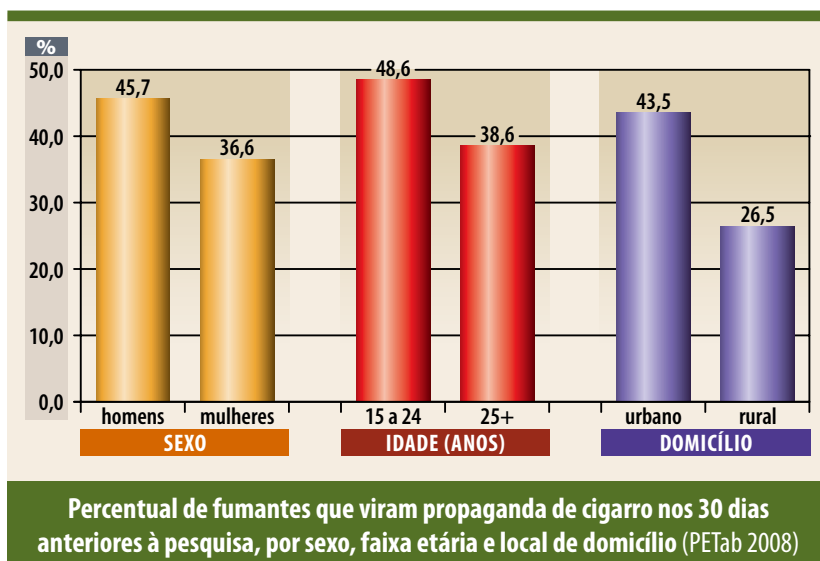
esta pessoa esteja mais inclinada a realizar a ação do que uma pessoa que simplesmente pense em tomar tal atitude. Seja como for, ambos os percentuais encontrados (cerca de 65% e 21,1%) indicam a existência de parcela considerável da população envolvida no processo de mudança de comportamento. Vale assinalar ainda que os gastos com as advertências são de responsabilidade da indústria do tabaco, o que favorece a relação custo-benefício da estratégia.



Quem são as pessoas que mais percebem a publicidade produzida pela indústria de tabaco?

A percepção da publicidade por fumantes e não fumantes nos pontos de venda é relevante (30,4%), mostrando que a indústria tem se utilizado de forma eficiente destes locais para expor seus produtos. Apesar da legislação que restringe a publicidade à parte interna dos pontos de venda, o ideal é a proibição total da publicidade dos produtos, assim como a regulamentação da exposição nos pontos de venda em locais sem visibilidade. É o que acontece, por exemplo, no Canadá, onde os cigarros ficam armazenados em local sem visibilidade direta dos consumidores, atendendo recomendação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.

Os resultados mostraram que os homens, os jovens (15 a 24 anos) e os residentes de áreas urbanas são os grupos com maior percentual de percepção da publicidade do tabaco, em todas as suas formas. Com relação à idade, os dados parecem confirmar estudos prévios que indicam a elaboração, por parte da indústria, de ações específicas de promoção e propaganda de produtos do tabaco voltadas para o público jovem^{47 48 49 50}.



A pesquisa com adolescentes escolares confirmou essa tendência ao direcionamento da propaganda a populações jovens, que mostram percentuais de percepção da publicidade nos pontos de venda muito superiores (mais de 70%) aos dos adultos. Felizmente, mensagens antitabagistas também são percebidas nestes locais em percentuais similares. Talvez seja necessário avaliarmos se o conteúdo de tais mensagens está atingindo os adolescentes de forma eficaz, já que a proporção de adolescentes fumantes não tem caído como a dos adultos. O tabagismo deve ser percebido como comportamento não valorizado socialmente também entre os adolescentes, para que se identifiquem com outros adolescentes não fumantes e não comecem a fumar⁵¹.

Percentual de adolescentes que viram propaganda pró-tabaco e mensagens antitabagistas nos pontos de venda, por cidade e ano (Vigescola 2004 a 2009)

Região / Cidade	Viu propaganda pró-tabaco em pontos de venda de cigarros (%) *	Viu mensagens antitabagistas em pontos de venda de cigarros (%) **
Norte		
Macapá, 2006	80,1	—
Belém, 2005	83,5	—
Palmas, 2005	79,8	—
Nordeste		
São Luís, 2006	86,9	—
Fortaleza, 2005	84,7	—
Natal, 2005	87,5	—
João Pessoa, 2005	86,7	—
Salvador, 2004	87,3	—
Centro-Oeste		
Campo Grande, 2009	77,9	67,2
Sudeste		
Vitória, 2009	70,0	67,5
Cataguases, 2005	81,7	—
Rio de Janeiro, 2005	89,0	—
São Paulo, 2009	75,0	71,7
Sul		
Curitiba, 2005	87,7	—
Vale do Itajaí, 2007***	81,9	—
Palmitos, 2007	72,5	—

* Pergunta inserida em 2004, com exceção de Florianópolis e Vitória.

** Pergunta inserida em 2009.

*** A área Alto Vale do Itajaí, SC, composta por 28 municípios, foi escolhida para representar municípios fumicultores. Para a pesquisa, programou-se amostra de 11 municípios, que englobou áreas urbanas e rurais.

Quando se considera a propaganda de marcas de cigarros na TV, é possível identificar queda de percepção pelos adolescentes em todas as cidades em que a pesquisa foi realizada uma segunda vez. Essa diferença é especialmente grande nas três cidades em que a repetição da pesquisa ocorreu em 2009. Apesar da queda brusca, essa percepção ainda pode ser considerada alta, uma vez que a publicidade é permitida apenas nos pontos de venda. É possível que alguns adolescentes tenham confundido a propaganda de marcas de cigarros com o aparecimento de atores fumando.

A experiência mostra que, sempre que publicidade, promoção e propaganda de produtos de tabaco são proibidas em determinado meio de comunicação, a partir das restrições legislativas dos países, há migração para novas mídias, como videogames, propaganda por celular e internet⁵², o que sinaliza a importância do monitoramento permanente da percepção de todos os tipos de publicidade.

Esta questão é especialmente relevante se considerarmos os resultados de pesquisa sobre o tema em internet e telefone celular, que revelaram aumento de seu uso na população com 10 anos ou mais. Segundo esta pesquisa, o acesso à internet aumentou nessa faixa etária, passando de 20,9% em 2005 para 34,8% em 2008. A posse de telefone celular também cresceu muito no período pesquisado – de 36,6% em 2005 para 53,8% em 2008, neste mesmo grupo⁵³.

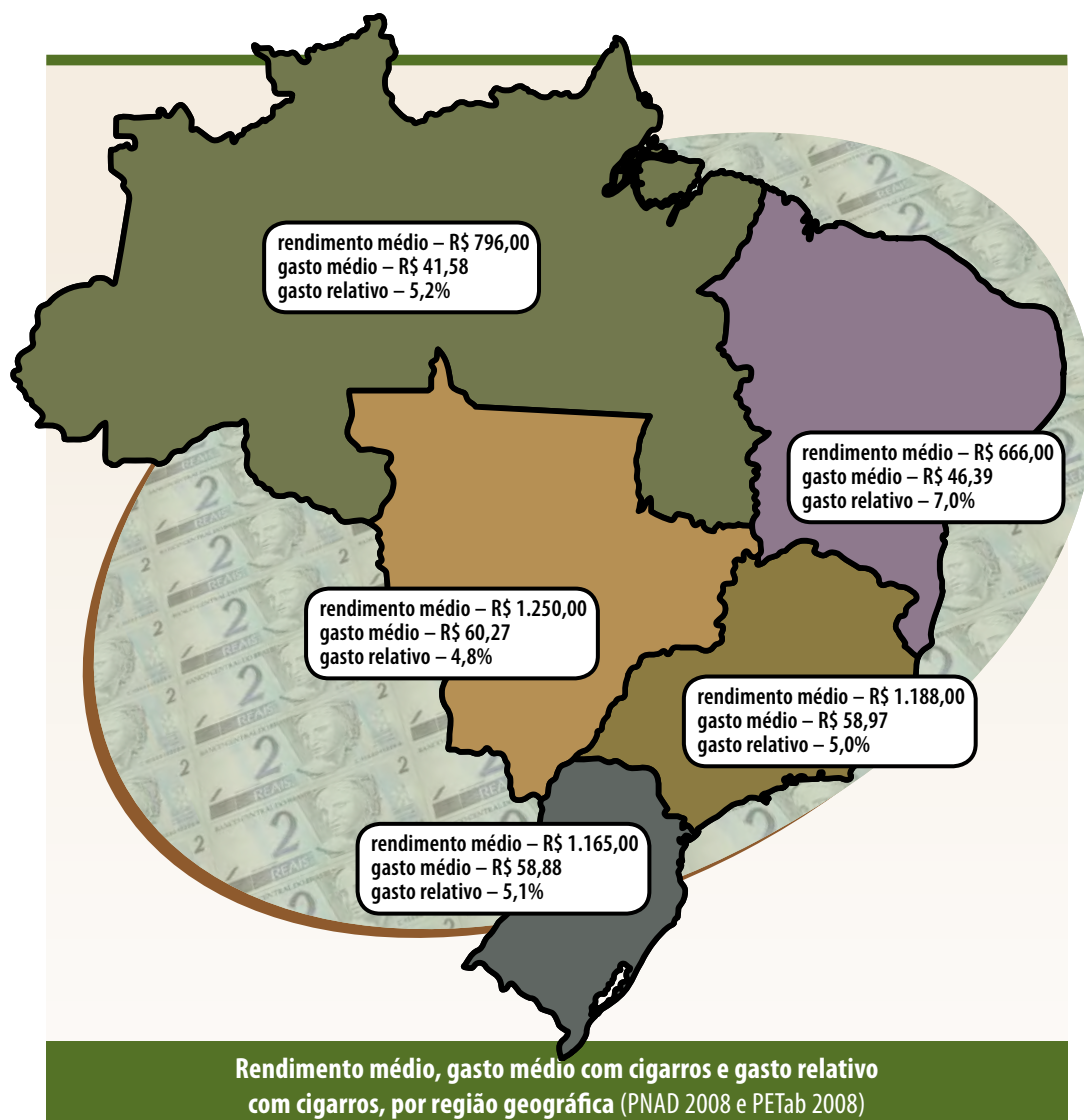
Proporções de adolescentes que viram propaganda pró-tabaco na TV, por cidade e ano (Vigescola 2002 a 2009)	
Região / Cidade	Viu propaganda pró-tabaco na TV (%)
Norte	
Boa Vista, 2003	80,5
Macapá, 2006	74,8
Belém, 2005	75,6
Palmas, 2002	77,8
Palmas, 2005	72,5
Nordeste	
São Luís, 2003	85,4
São Luís, 2006	75,0
Fortaleza, 2002	85,9
Fortaleza, 2005	76,6
Natal, 2002	81,8
Natal, 2005	74,7
João Pessoa, 2002	82,9
João Pessoa, 2005	72,3
Maceió, 2003	84,4
Aracaju, 2002	79,5
Salvador, 2004	74,1
Centro-Oeste	
Goiânia, 2002	88,4
Campo Grande, 2002	81,5
Campo Grande, 2009	38,2
Sudeste	
Vitória, 2004	75,6
Vitória, 2009	27,2
Cataguases, 2005	73,4
Rio de Janeiro, 2005	80,3
São Paulo, 2009	40,8
Sul	
Curitiba, 2002	86,3
Curitiba, 2005	77,8
Vale do Itajaí, 2007*	72,0
Florianópolis, 2004	80,3
Palmitos, 2007	60,8
Porto Alegre, 2002	88,3

* A área Alto Vale do Itajaí, SC, composta por 28 municípios, foi escolhida para representar municípios fumicultores. Para a pesquisa, programou-se amostra de 11 municípios, que englobou áreas urbanas e rurais.

Quanto se gasta com cigarros no Brasil? Quem está gastando mais no país?

O gasto médio mensal com cigarros industrializados de fumantes diários acima dos 15 anos no Brasil foi de R\$ 55,50.

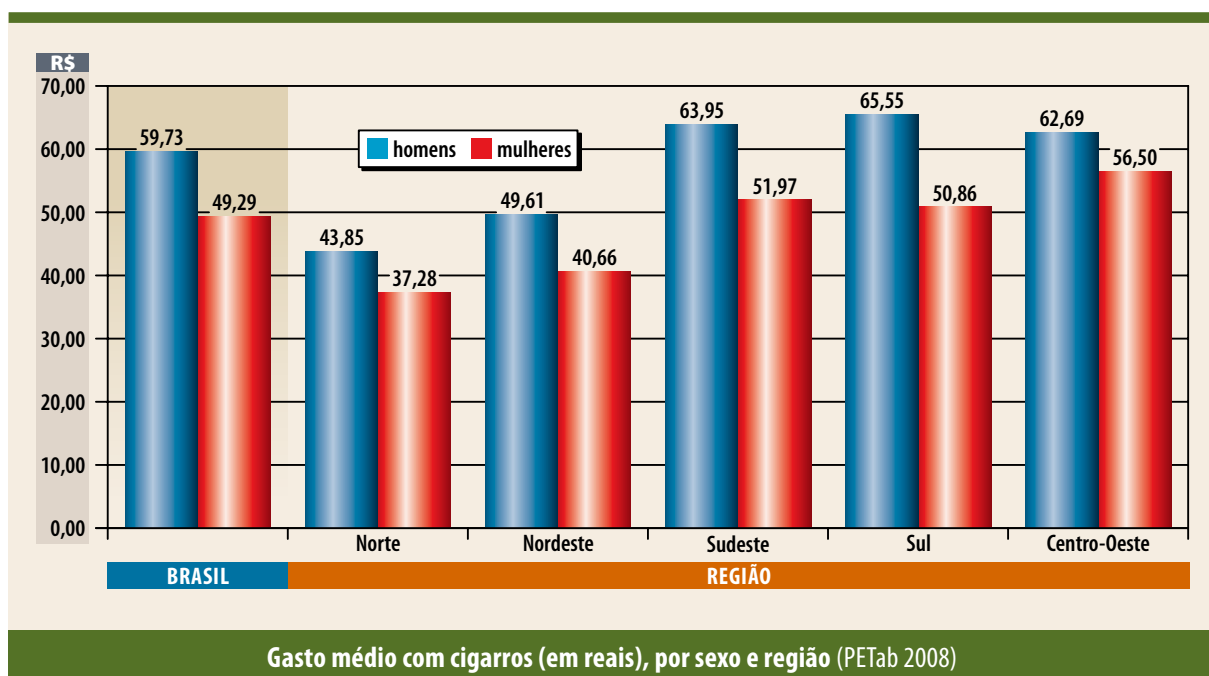
O quanto a pessoa gasta com determinado produto está relacionado a sua renda e também a sua idade, ao fato de ser homem ou mulher, entre outras características. O rendimento médio mensal real apurado pela PNAD em 2008 foi mais reduzido nas regiões Norte e Nordeste, comparativamente às regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Os rendimentos médios explicam o gasto médio com cigarros superior à média nacional nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, pois são as áreas mais economicamente desenvolvidas do Brasil. Chamou atenção, entretanto, o fato de que na Região Nordeste o gasto médio mensal em relação ao rendimento médio tenha sido o mais elevado.



Os dados da PETab mostraram que o fumante destina importante parcela de sua renda à compra de cigarros. Especialistas apontam que um gasto de 2%-4% já pode ser considerado elevado⁵⁴. A pesquisa mostra uma proporção do gasto médio com cigarros de 4,8%-7,0%.

Como esperado, os homens tiveram despesa média com cigarros industrializados acima da observada entre as mulheres. Essa relação foi superior a 20% na média nacional e em quase todas as regiões do Brasil, com exceção do Centro-Oeste, onde foi de somente 11%. A redução do diferencial parece estar associada a gastos médios elevados, e muito superiores à média nacional, por parte da população feminina desta região.

Um casal de fumantes com idade entre 45 e 64 anos gasta, em média, R\$ 1.543 ao ano em cigarros. Com tal valor, poderia ter comprado uma geladeira, um computador ou ter feito uma viagem.



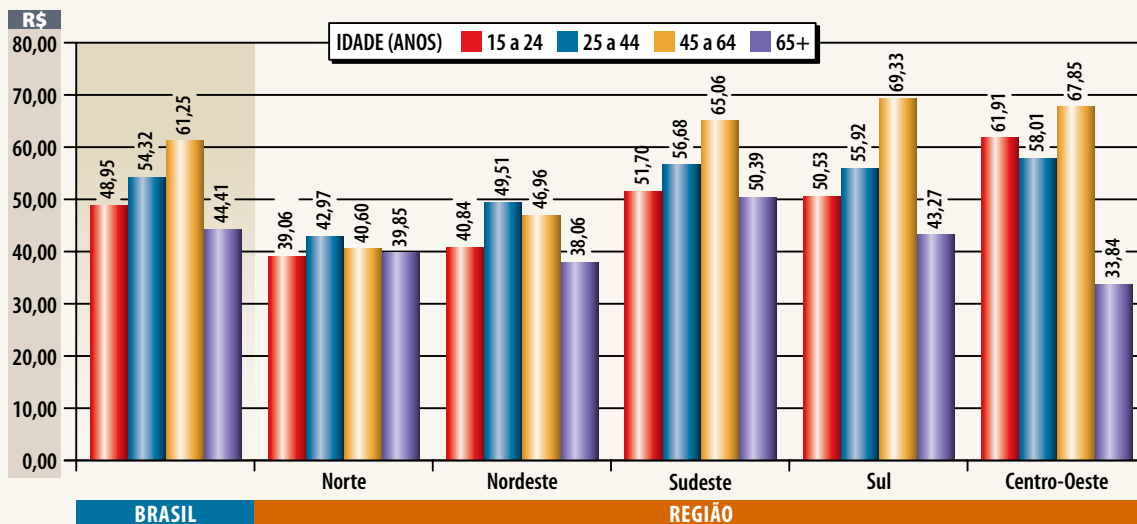
Como esperado, os homens tiveram despesa média com cigarros industrializados acima da observada entre as mulheres. Essa relação foi superior a 20% na média nacional e em quase todas as regiões do Brasil, com exceção do Centro-Oeste, onde foi de somente 11%. A redução do diferencial parece estar associada a gastos médios elevados, e muito superiores à média nacional, por parte da população feminina desta região.

Nos países de média e baixa renda, o consumo pode gerar, em curto prazo, prejuízos para o fumante e sua família. Ao gastar com cigarros (ou outros derivados do tabaco), deixa de comprar outros bens essenciais, como alimentos, serviços de educação e de saúde.

Em muitos países, incluindo o Brasil, o cigarro é muito mais acessível economicamente do que a comida. Estudo que comparou o custo de um maço de cigarros ao de um quilo de pão mostrou que, no país, o custo de um quilo de pão chega a ser quase três vezes maior do que o custo de um maço de cigarros⁵⁵.

Em longo prazo, as perdas econômicas são observadas devido à redução da produtividade por morbidade e mortalidade precoce e aos custos da assistência médica das doenças tabaco-relacionadas, incluindo o fumo passivo na família do fumante^{56 57 58}.

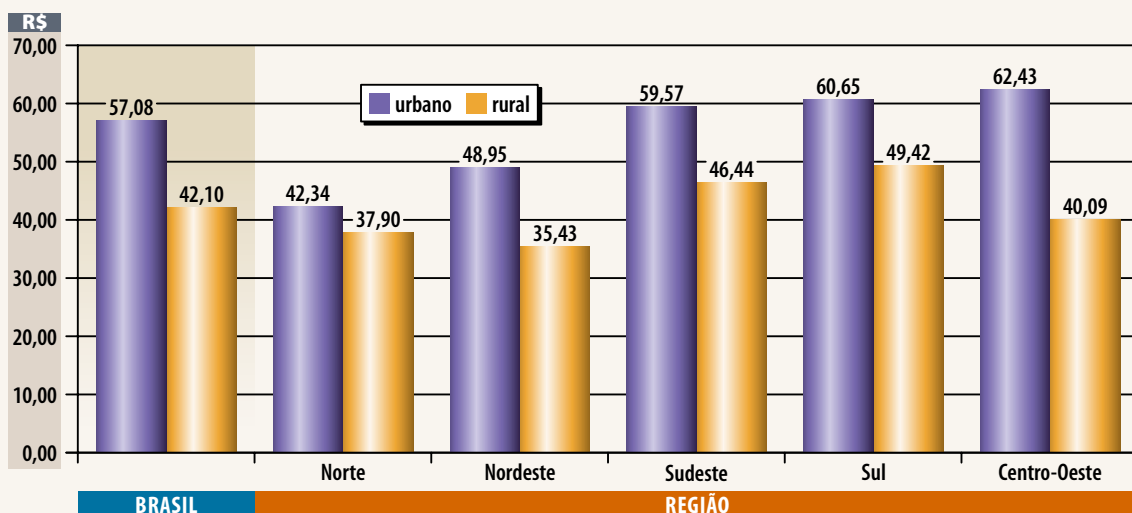
É sabido que o gasto médio com cigarros industrializados tende a aumentar com a idade, devido ao crescimento da renda pessoal e à consolidação da dependência à nicotina. Na faixa etária com 65 anos ou mais, o consumo diminui pela aparição dos problemas de saúde associados ao consumo e pela queda da renda disponível. Esse comportamento foi claro na média do país e nas regiões Sudeste e Sul e menos acentuado no Norte e no Nordeste, onde o gasto médio caiu depois dos 44 anos.



Gasto médio com cigarros (em reais) por faixa etária, no Brasil e por região (PETab 2008)

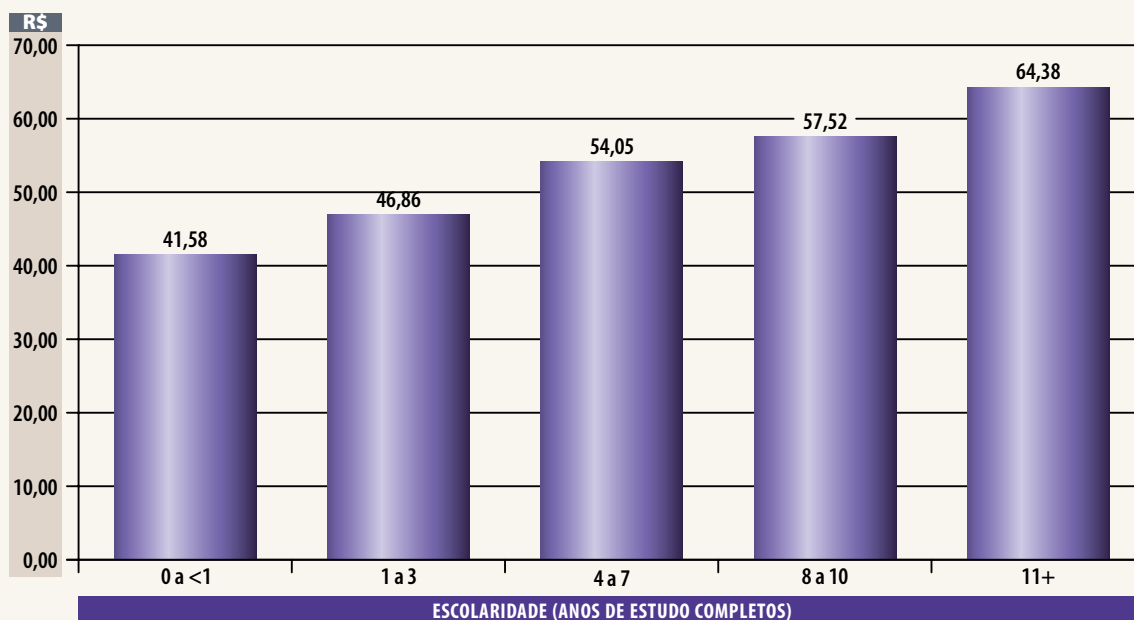
A região Centro-Oeste foi atípica. Seus jovens de 15 a 24 anos gastaram 26% mais do que a média dos jovens do Brasil e quase 7% mais do que as pessoas entre 25 e 44 anos da mesma região. Ou seja, jovens, que têm baixa renda pessoal e são menos dependentes de nicotina, gastaram muito, qualquer que seja a base de comparação.

Como esperado, os domicílios urbanos tiveram maior gasto com cigarros industrializados do que os domicílios rurais, como resultado da maior renda disponível. A diferença entre o gasto do domicílio urbano e o rural oscilou entre 12% na Região Norte e 56% na Centro-Oeste.

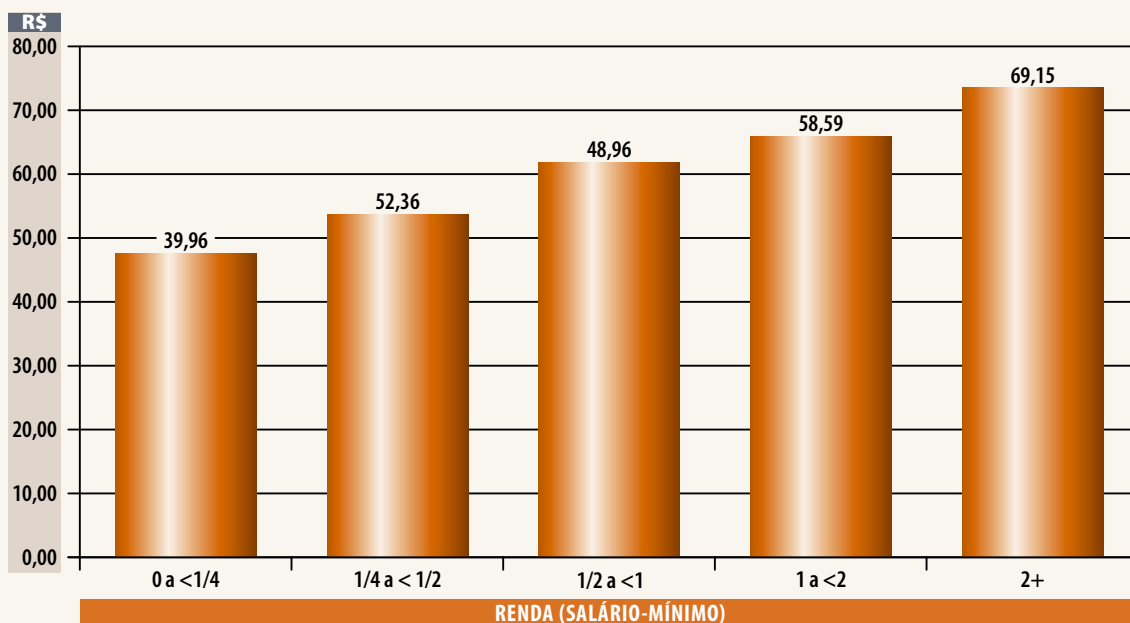


Gasto médio com cigarros (em reais) por local de domicílio, no Brasil e por região (PETab 2008)

A associação entre tabagismo, renda e nível de escolaridade já está bem estabelecida na literatura e tem sido observada especialmente nas economias de média e baixa renda. Ou seja, pessoas de escolaridade e renda mais altas fumam menos (ver gráfico na página 31) por terem maior acesso tanto à informação sobre os malefícios do tabaco quanto ao tratamento para deixar de fumar. No entanto, quando essa associação foi investigada apenas entre aqueles que fumavam, o gasto médio tendeu a aumentar com os anos de estudo, possivelmente pela maior renda.



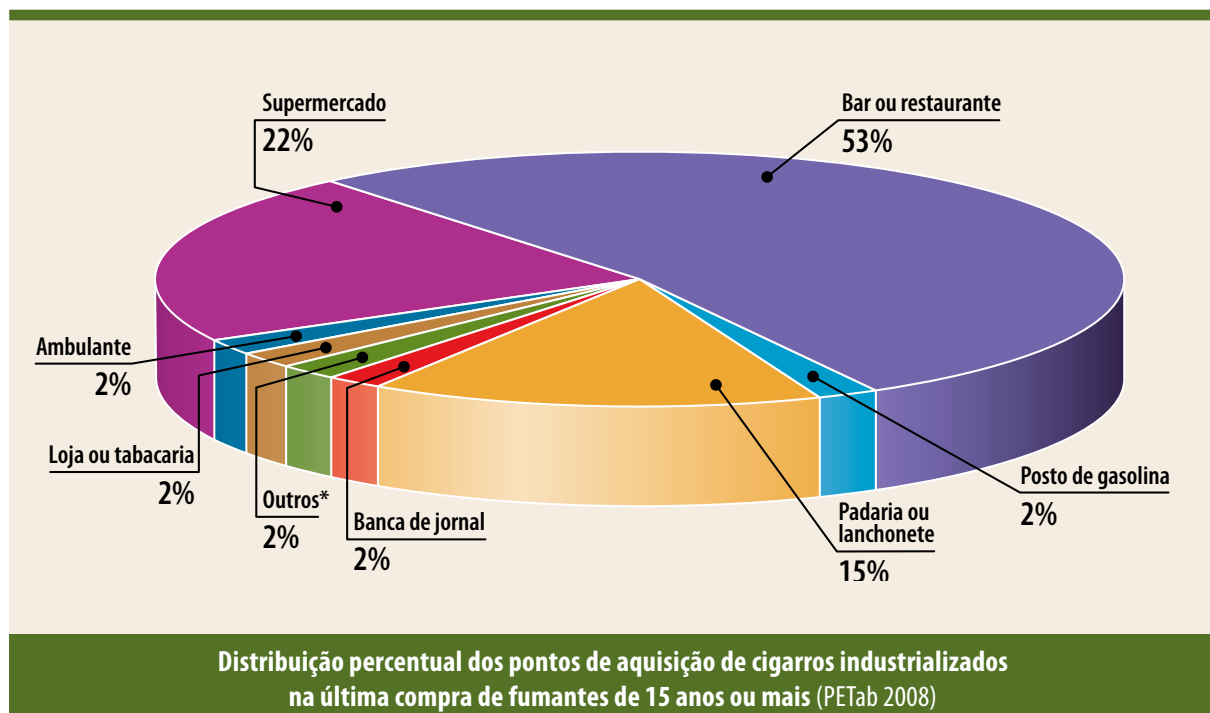
Gasto médio com cigarros (em reais) por escolaridade no Brasil (PETab 2008)



Gasto médio com cigarros (em reais) por renda no Brasil (PETab 2008)



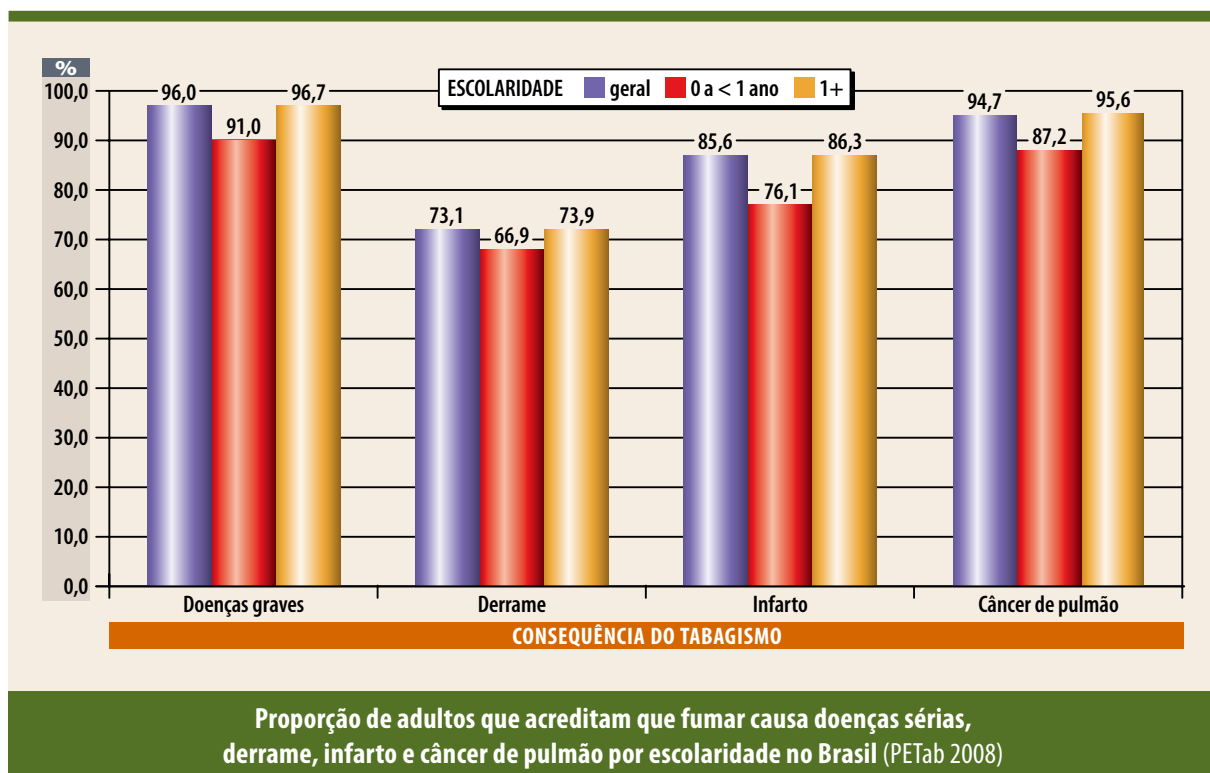
Os principais pontos de aquisição de cigarros industrializados pelos brasileiros foram bares, botequins e restaurantes (53%), seguidos de supermercados, mercadinhos ou mercearias (22%), padarias e lanchonetes (15%). Estes resultados confirmam que grande parte da venda de cigarros no varejo ocorre em estabelecimentos legais, com o acesso ao consumo facilitado e por serem o principal local das estratégias de publicidade e propaganda da indústria do tabaco.



* Inclui lojas de conveniência, lojas *duty-free*, internet etc.

Como está o conhecimento da população sobre os malefícios do tabagismo?

Do total de pessoas de 15 anos ou mais, 96,1% acreditavam que fumar poderia causar doenças graves. A percepção apresentada com maior frequência foi a do tabaco como causador do câncer de pulmão. Embora com percentuais de cerca de 70%, o menor reconhecimento de risco está associado aos derrames, entre as doenças investigadas.



Proporção de adolescentes que foram informados em sala de aula sobre os perigos do tabagismo, que acreditam que é muito difícil deixar de fumar e que têm certeza de que não é seguro fumar durante um ou dois anos, por cidade e ano (Vigescola 2002 a 2009)

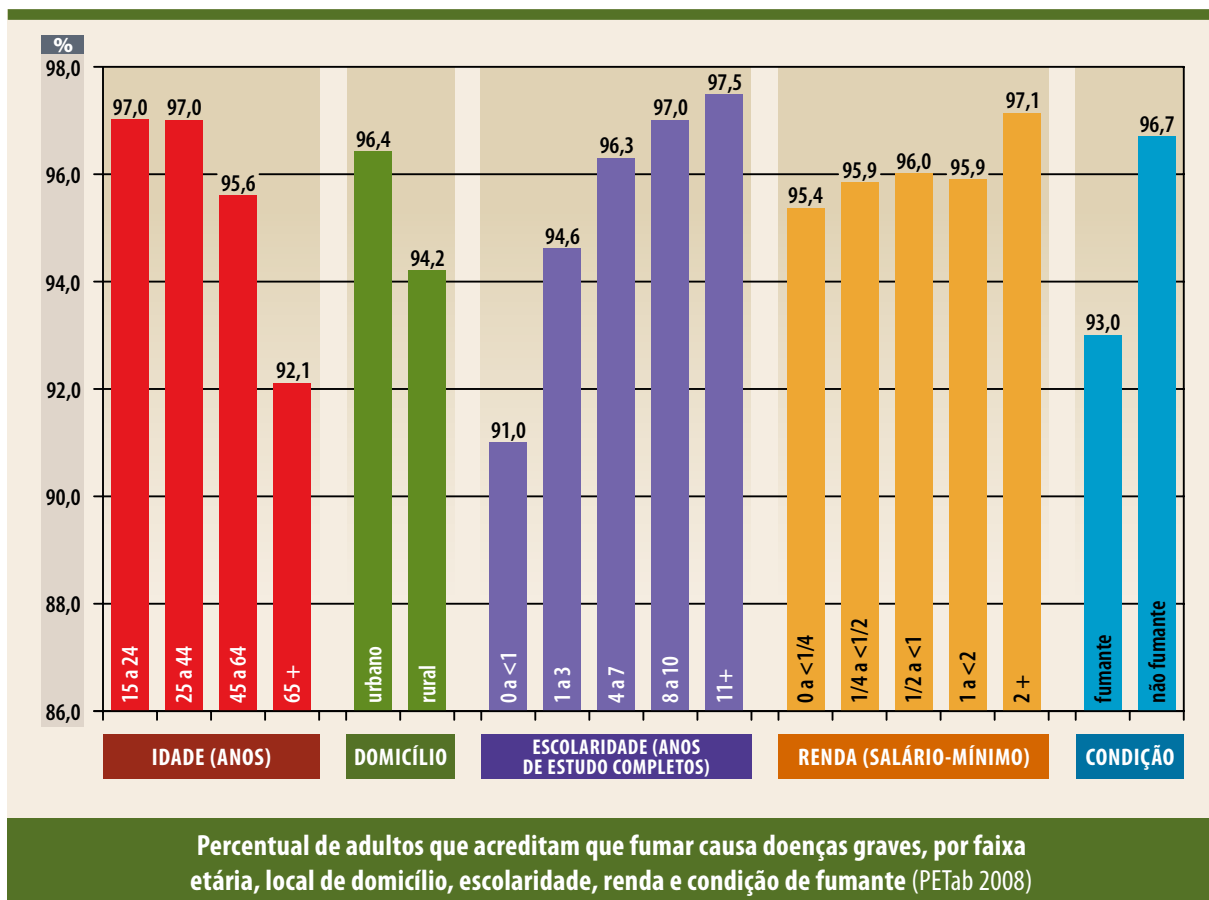
Região / Cidade	Foram informados em sala de aula, durante o ano letivo, sobre os perigos do tabagismo (%)	Acreditam que é muito difícil deixar de fumar, porque a nicotina é uma droga e causa dependência (%) *	Têm certeza de que não é seguro fumar durante um ou dois anos, mesmo que se abandone este comportamento após este período (%)
Norte			
Boa Vista, 2003	47,7	90,5	71,1
Macapá, 2006	61,2	87,1	71,4
Belém, 2005	38,0	90,0	74,1
Palmas, 2002	69,5	92,1	75,1
Palmas, 2005	44,4	88,9	71,8
Nordeste			
São Luís, 2003	54,4	87,0	75,6
São Luís, 2006	68,5	89,1	73,7
Fortaleza, 2002	58,9	92,1	69,1
Fortaleza, 2005	44,0	89,4	69,4
Natal, 2002	51,0	91,0	76,0
Natal, 2005	43,5	91,3	75,6
João Pessoa, 2002	53,8	90,9	72,5
João Pessoa, 2005	34,6	90,4	76,1
Maceió, 2003	41,6	91,9	73,0
Aracaju, 2002	52,8	88,0	77,2
Salvador, 2004	40,0	93,4	76,9
Centro-Oeste			
Goiânia, 2002	56,7	92,7	76,1
Campo Grande, 2002	61,3	89,2	68,9
Campo Grande, 2009	35,9	–	71,4
Sudeste			
Vitória, 2004	52,6	91,0	74,5
Vitória, 2009	41,0	–	75,0
Cataguases, 2005	59,7	89,0	71,6
Rio de Janeiro, 2005	37,9	92,3	71,0
São Paulo, 2009	30,8	–	68,9
Sul			
Curitiba, 2002	57,0	94,2	70,0
Curitiba, 2005	44,6	91,8	69,4
Vale do Itajaí, 2007**	52,3	90,4	76,4
Florianópolis, 2004	35,5	92,0	71,8
Palmitos, 2007	65,3	90,1	77,3
Porto Alegre, 2002	53,6	90,3	69,6

* Pergunta excluída a partir de 2009.

** A área Alto Vale do Itajaí, SC, composta por 28 municípios, foi escolhida para representar municípios fumicultores. Para a pesquisa, programou-se amostra de 11 municípios, que englobou áreas urbanas e rurais.

Mais de 90% da população estudada reconhece a associação entre o tabagismo passivo e o surgimento de doenças graves. Este conhecimento está disseminado desde a adolescência. Segundo os dados do Vigéscola, cerca de 90% dos adolescentes fazem essa associação.

Foram observados menores percentuais de conhecimento acerca dos malefícios do tabagismo na faixa etária de 65 anos ou mais, na zona rural, entre indivíduos com instrução e renda mais baixas e entre fumantes. Essa diferença de conhecimento pode refletir a heterogeneidade no acesso à informação. Além disso, o fato de fumantes apresentarem menos conhecimento sobre os malefícios do tabagismo pode revelar tendência defensiva⁵⁹.



Avaliação semelhante foi feita pela pesquisa *International Tobacco Control – ITC Brasil*⁶⁰, realizada em três capitais brasileiras em 2009, cujos resultados foram: conhecimento sobre associação de fumo a doença cardíaca de 95% em fumantes e 95,5% em não fumantes; a derrame, 83,2% entre fumantes e 86,1% em não fumantes; e câncer de pulmão, 96% entre fumantes e 99% entre não fumantes⁶¹.


Em relação ao consumo dos produtos de tabaco que não produzem fumaça, 68,2% do total da população estudada consideram que estes causam malefícios à saúde, sendo que, seguindo o mesmo padrão dos indivíduos que consumiram tabaco fumado, este percentual foi menor entre os usuários de tabaco sem fumaça quando comparados aos não usuários (58,3% versus 70,3%). Ainda que, atualmente, não seja alto o número de consumidores destes produtos, o dado indica a importância de intensificarmos as ações de informação.

De acordo com os resultados encontrados, conclui-se que a população apresenta níveis elevados de conhecimento acerca dos malefícios causados pelo consumo dos produtos de tabaco abordados no estudo, o que parece indicar que as ações educativas desenvolvidas no país, sejam contínuas ou pontuais, têm cumprido seu papel.

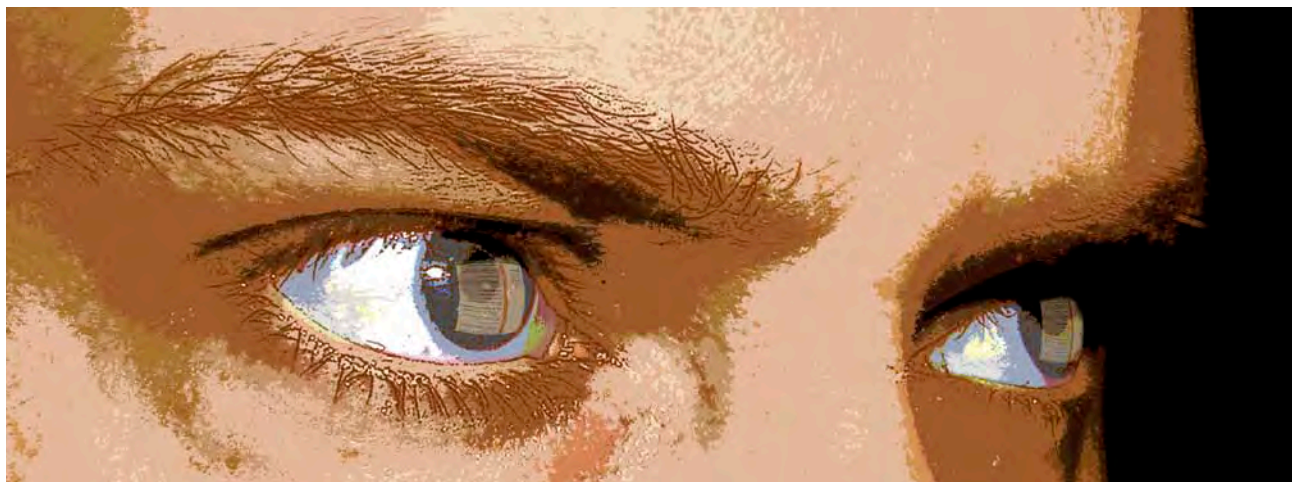
Em relação ao menor reconhecimento de que o fumo causa derrame, é importante lembrar que no momento da pesquisa PETab o grupo de advertências nos maços de cigarro então veiculado, assim como o anterior, não incluía este tema, inserido apenas no terceiro ciclo, atualmente em circulação. Este é um tema que deve ser mais desenvolvido, sobretudo pela conhecida interação entre fumo e uso de contraceptivo oral, que aumenta muito o risco de derrame entre as mulheres⁶².

A tendência a percentuais mais baixos de conhecimento entre os indivíduos de baixa escolaridade e na zona rural parece indicar a necessidade de estratégias mais específicas ou apropriadas para estes grupos. O terceiro grupo de advertências já levou em consideração esse aspecto. Uma vez que a associação entre fumo e doenças parece, de um modo geral, estar bem estabelecida, os resultados apontam a oportunidade de abordarmos também, nas ações educativas, outros temas ainda pouco relacionados ao controle do tabaco.

Chama a atenção o alto nível de conhecimento dos adolescentes escolares, apesar de estarem recebendo menos informação pela escola. A Política Nacional de Controle do Tabaco parece estar suprindo esta necessidade de forma efetiva, por outras fontes utilizadas em seu programa, como as advertências nos maços de cigarros. Cerca de 90% dos escolares acreditam que é muito difícil deixar de fumar porque a nicotina é uma droga e causa dependência. Além disso, 70% têm certeza de que não é seguro fumar durante um ou dois anos, mesmo que se abandone este comportamento após este período. Ou seja, os adolescentes começam a fumar mesmo cientes dos riscos envolvidos. É preciso conhecer o que motiva os jovens a começarem a fumar para que seja possível prevenir este comportamento.



Cerca de 90% dos escolares acreditam que é muito difícil deixar de fumar porque a nicotina é uma droga e causa dependência. É preciso conhecer, portanto, o que motiva os jovens a começarem a fumar.



O que o Brasil ainda precisa fazer?

O Brasil e os demais países da CQCT da OMS se comprometeram a proteger a saúde de suas populações, aderindo à luta contra a epidemia de tabagismo. Para ajudá-los a cumprir a promessa e transformar esse consenso mundial em realidade global, foi desenvolvido pela OMS o MPOWER, plano de políticas baseado nas medidas da CQCT. Pela adoção efetiva dessas medidas, os países poderão promover impacto na epidemia de tabaco e cumprir seu compromisso.

O MPOWER foi lançado em 2008 e é composto de seis intervenções, cada uma delas refletindo certas disposições da CQCT e do Plano de Ação da OMS para Prevenção e Controle de Doenças não Transmissíveis.

Políticas e intervenções do pacote MPOWER

M (Monitor) Monitorar o tabagismo

- Obter dados periódicos representativos em nível nacional e baseados na população, sobre os indicadores-chave do consumo de tabaco entre jovens e adultos.

P (Protect) Proteger a população contra a fumaça do tabaco

- Promover e fazer cumprir leis sobre ambientes 100% livres de fumo nos estabelecimentos de saúde e educacionais, assim como em todos os lugares públicos fechados, inclusive locais de trabalho, restaurantes e bares.

O (Offer) Oferecer ajuda para cessação do fumo

- Fortalecer os sistemas de saúde para que facilitem o aconselhamento sobre cessação na assistência primária à saúde. Apoiar a criação de linhas telefônicas para ajudar a cessação e outras iniciativas comunitárias, junto com tratamento farmacológico de fácil acesso e baixo custo, quando cabível.

W (Warn) Advertir sobre os perigos do tabaco

- Exigir que a embalagem inclua advertências eficazes.
- Realizar publicidade antitabagismo.
- Obter a cobertura gratuita das atividades de controle do tabagismo pelos meios de comunicação.

E (Enforce) Fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio

- Promulgar e fazer cumprir leis eficazes que proíbam qualquer tipo de publicidade, promoção e patrocínio diretos do tabaco.
- Promulgar e fazer cumprir leis eficazes que proíbam qualquer tipo de publicidade, promoção e patrocínio, mesmo que indiretos, do tabaco.

R (Raise) Aumentar os impostos sobre o tabaco

- Aumentar a taxa sobre o tabaco e assegurar que os impostos sejam ajustados regularmente, conforme as taxas de inflação, e aumentem mais rapidamente do que o poder aquisitivo dos consumidores.
- Fortalecer a administração fiscal para reduzir o comércio ilícito de produtos de tabaco.

Com base nas intervenções propostas pelo MPOWER e nos achados das pesquisas do GTSS conduzidas no Brasil serão apresentadas a seguir as seguintes conclusões e recomendações:

Monitorar o tabagismo

O sistema nacional de vigilância do Ministério da Saúde produz informação sobre fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, por meio de pesquisas periódicas e regulares que incluem alguns indicadores relacionados ao tabaco, em capitais brasileiras. Os dados destas pesquisas têm sido de vital importância para a construção, o monitoramento e a avaliação de políticas de saúde no âmbito nacional. Além disso, servem para que os profissionais orientem sua prática e conheçam características e tendências de sua clientela-alvo.

Diante da gama de pesquisas já mencionada, é preciso ter cuidado ao comparar estudos realizados com metodologias diferentes. Algumas pesquisas incluem somente capitais, outras abarcam tanto a população rural quanto a urbana; algumas são feitas por entrevista face a face, outras são realizadas por telefone; algumas têm enfoque qualitativo, outras, quantitativo. A ideia é que haja sempre informações que possam ser comparadas no tempo e em âmbito nacional, regional e global. Adicionalmente, existe o desafio de formular um plano de monitoramento contínuo das atividades da indústria do tabaco.

Proteger a população contra a fumaça do tabaco

Apesar de ter representado grande avanço no controle do tabaco em sua época, a Lei Federal nº 9.294/96 está defasada em relação à CQCT, por permitir áreas reservadas ao fumo nos recintos coletivos. É necessária uma legislação nacional que proíba totalmente o fumo em ambientes fechados de uso coletivo, protegendo a população dos riscos da exposição à fumaça ambiental de tabaco. O Ministério da Saúde vem trabalhando intensamente para aprovar o Projeto de Lei nº 315/2008, que estabelece essa medida.

Diversos estados e municípios brasileiros, conscientes da necessidade de proteger sua população dos riscos do tabagismo passivo, já se anteciparam e aprovaram leis locais instituindo ambientes 100% livres da fumaça do tabaco.

A população pode auxiliar no cumprimento da legislação já existente fazendo denúncia, quando observar alguma irregularidade, à ouvidoria da ANVISA, pelo telefone 0800 642-9782 ou pelo site www.anvisa.gov.br. Da mesma forma, a população tem poder para pressionar os parlamentares pela aprovação de projetos de lei, enviando cartas ou e-mails a integrantes da Casa em que o projeto estiver tramitando, individual ou coletivamente. Os endereços dos parlamentares são de domínio público e podem ser obtidos em consulta às páginas na internet do Senado (www.senado.gov.br/senadores) ou da Câmara (www2.camara.gov.br/deputados/). Como o Projeto de Lei nº 315/2008 está atualmente no Senado Federal, as manifestações da população devem ser dirigidas aos senadores.

Oferecer ajuda para a cessação do fumo

Entre as principais estratégias desenvolvidas pelo país estão as intervenções voltadas à diminuição da iniciação e à promoção da cessação de fumar.

As ações para promoção da cessação de fumar devem ser elaboradas tendo como foco o perfil do fumante de acordo com seu nível de dependência e sua motivação para deixar de fumar. As ações incluem campanhas **motivacionais**, disseminação de panfletos de autoajuda com orientações **cognitivo-comportamentais**, advertências nos maços, aconselhamento por telefone pelo Disque Saúde – Pare de Fumar (0800 61-1997).

É necessária a capacitação de profissionais de saúde para que pratiquem a abordagem mínima do fumante para cessação de fumar em suas rotinas de atendimento. O principal foco desta abordagem é **motivacional**, consistindo na discussão de crenças e pensamentos gerados pela dependência química, pela **abordagem** de seus efeitos psicológicos e condicionamentos associados ao fumar e treinamento de habilidades individuais. Além disso, desde 2005, a rede de serviços do SUS dispõe de **tratamento** intensivo para fumantes com alto nível de dependência, inclusive os que **apresentam** comorbidades psiquiátricas.

O INCA promove capacitação de profissionais de saúde que atuam em unidades de saúde do SUS. Para proporcionar tratamento ao fumante, a unidade de saúde precisa preencher critérios de credenciamento, sendo um deles a capacitação de pelo menos um profissional de saúde de nível universitário, das categorias profissionais constantes na Portaria SAS/MS/Nº 442.

Advertir sobre os perigos do tabaco

Há mais de 20 anos o Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Brasil desenvolve ou estimula ações abrangentes que incluem, além das ações educativas, ações legislativas, econômicas, e de mobilização social. Destacam-se como importantes meios de divulgação de informação as ações contínuas desenvolvidas em escolas, unidades de saúde, empresas, as campanhas com cartazes, folhetos, outdoors e outros tipos de mídia, especialmente nas datas alusivas ao tema. Outra estratégia de destaque foi a inclusão de advertências sanitárias nas embalagens de produtos do tabaco, iniciada em 1988 com frases, e que, desde 2001, acrescentou imagens de impacto que ilustram as mensagens. O Brasil já está no 3º ciclo de advertências em maços de cigarros.

As advertências sanitárias nas embalagens dos produtos de tabaco⁶³ representam uma das medidas de **maior** relação custo-efetividade, pois o ônus de sua divulgação é do fabricante. Trata-se de uma medida de grande alcance na sociedade, que informa, de maneira simples e direta, sobre os riscos do tabagismo. Os dados da PETab mostraram que as advertências nas embalagens, acompanhadas de fotos, motivaram 65% dos fumantes a pensar em deixar de fumar, sendo que 21% pensaram muito em parar de fumar. Esse dado é consistente com outro estudo realizado no Brasil⁶⁰.

A meta é continuar a conscientizar os diferentes grupos populacionais sobre os riscos do consumo dos produtos de tabaco, aprovar legislação que adote advertências sanitárias nos dois lados da embalagem de qualquer produto derivado do tabaco e aumentar o tamanho das advertências na propaganda em locais de venda – enquanto a propaganda ainda for permitida. Outro ponto importante é **fortalecer** normas sociais que levem à redução do tabagismo e promovam ambientes livres da fumaça do tabaco em todo o país (nível federal, estadual e municipal), com estratégias de comunicação adequadamente financiadas para conscientização do público e mudança comportamental e social.

Fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio

No Brasil, a propaganda de cigarros vem sofrendo restrições progressivas desde a década de 90. Desde 2009, a propaganda é oficialmente restrita aos pontos internos de venda de produtos de tabaco. Dados da PETab mostram que a propaganda de cigarros foi percebida por 40% da população de 15 anos ou mais, sendo cerca de 30% nos pontos de venda. Isso indica que a legislação em vigor não vem sendo plenamente cumprida, uma vez que há pessoas que ainda observam propaganda fora dos pontos de venda. É importante assinalar que, apesar de restrita aos pontos de venda, mesmo assim a propaganda atinge grande contingente de pessoas, sugerindo que essa medida ainda não é suficientemente efetiva.

A indústria do tabaco desenvolve sofisticadas estratégias de marketing para suas embalagens, com o objetivo de incentivar a iniciação entre os jovens e manter a dependência e o consumo dos usuários regulares, especialmente pela tendência mundial ao banimento da propaganda. Outra estratégia comum é a venda casada de marcas de cigarros associadas a itens de apelo aos jovens, como mochilas, fones de ouvido etc.

Os fabricantes ainda violam a legislação nacional quando usam marcas de cigarros ao promover e patrocinar eventos de interesse do público jovem.

Deve-se buscar ampliar a fiscalização dos patrocínios de produtos de tabaco em eventos e promover o aperfeiçoamento da lei federal em direção à

proibição total da publicidade de produtos de tabaco. A população tem papel importante nesta fiscalização, denunciando as irregularidades observadas à ouvidoria da ANVISA, pelo telefone 0800 642 9782 ou pelo site www.anvisa.gov.br.

• Ver Lucky Strike Lab:

www.novomilenio.inf.br/ano02/0207b001.htm

• Free Zone Tecnopop:

www.tecnopop.com.br/portfolio_projeto.php?cod=34

www2.uol.com.br/tododia/ano2005/junho/100605/cidades.htm

www.portaldapropaganda.com/noticias_dia/2005/07/27/0006

Aumentar os impostos sobre tabaco

O aumento do preço de produtos derivados do tabaco é medida efetiva para populações economicamente menos favorecidas e jovens²⁵, dois grupos que merecem destaque no cenário atual do controle do tabaco. O primeiro, por apresentar maiores proporções de usuários do tabaco, quando comparados à população economicamente mais favorecida, e o segundo, por ser a faixa em que as pessoas começam a fumar.

Embora o país tenha aumentado os impostos sobre os cigarros recentemente, para que se alcance a meta de redução do consumo é necessário estabelecer política de longo prazo de aumentos sistemáticos de impostos, começando com o aumento imediato das taxas sobre marcas de tabaco mais baratas.

Aprimorar a coordenação das atividades, estimular a cooperação com países vizinhos e incentivar estudos sobre a relação entre os mercados legais e ilegais e a política fiscal é importante para a inibição do comércio ilegal de produtos de tabaco.

Da mesma forma que na aprovação de projetos de lei, a pressão popular para o aumento de impostos sobre os produtos de tabaco pode ser feita por cartas ou e-mails a parlamentares do Senado, individual ou coletivamente, (www.senado.gov.br/senadores) ou da Câmara (www2.camara.gov.br/deputados/).

Outras prioridades

O Brasil tem a especificidade de ser um dos maiores produtores de cigarro do mundo. Esta produção é muito concentrada na Região Sul e envolve diversos problemas. O fumicultor está inserido na cadeia produtiva do fumo, cujas regras de produção são determinadas pelas companhias internacionais. Ao aceitar a relação com essas companhias, o agricultor fica à mercê de regras para uso de agrotóxicos e para pagamento de sua produção⁶⁴.

Paralelamente, como a produção está no núcleo doméstico, as crianças participam do processo de trabalho e sofrem exposição ao produto. Embora hoje haja campanha de erradicação do trabalho infantil entre as companhias de tabaco, grande parte dos fumicultores não tem condições financeiras de contratar mão de obra externa, e o sustento da família fica inviável sem a participação dos filhos⁶⁵. Além disso, o equipamento de segurança é pouco utilizado, pois é caro e inapropriado para o clima tropical, e os envolvidos ficam expostos às doenças relacionadas ao agrotóxico e à nicotina presente na folha de tabaco verde⁶⁴.

Iniciativas necessárias: fortalecimento das ações do Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco, ampliação dos recursos destinados a projetos e pesquisas na área, planejamento de estratégias economicamente sustentáveis baseadas em evidências, sistematicamente avaliadas, que resultem em redução da produção de folhas, e criação de mecanismos que evitem a influência indevida da indústria do tabaco.

O profissional de saúde tem importante papel na conscientização das pessoas sobre os riscos decorrentes do consumo dos produtos de tabaco, independentemente da existência ou não de doenças a ele relacionadas.



Referências

- World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.
- Danaei G, Hoorn SV, Lopez AD, Murray CJL, Ezzati M. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioral and environmental risk factors. *Lancet*. 2005 Nov;366(9499):1784-93.
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004 Jun;328(7455):1519-28.
- U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2004.
- Samet JM, Yang G. Passive smoking, women and children. In: Samet JM, Soon-Young Y, editors. *Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21st Century*. Geneva: World Health Organization; 2001. Co-published by Institute for Global Tobacco Control, Johns Hopkins School of Public Health.
- U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2006.
- World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. Geneva: WHO; c2009.
- U.S. Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. Rockville (MD): Centers for Disease Control and Prevention (US); 1990.
- World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.
- Brasil. Decreto de 1º de agosto de 2003. Cria a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (2003 ago 4);Sec.1:1.
- Convenção-Quadro da OMS para Controle do Tabaco – texto oficialmente traduzido pelo Ministério das Relações Exteriores [Internet]. [citado 29 jul 2010]. Disponível em: www2.mre.gov.br/dai/m_5658_2006.htm
- Brasil. Congresso Nacional. Decreto Legislativo n. 1012, de 27 de outubro de 2005. Aprova o texto da Convenção-Quadro para o Controle do Uso do Tabaco, assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (2005 out 28);Sec.1:1.
- Brasil. Decreto n. 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Promulga a Convenção-Quadro sobre controle do uso do tabaco adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (2006 jan 3);Sec.1:1.
- Global Tobacco Surveillance System (GTSS) [Internet]. [cited 2011 Feb 11]. Disponível em: www.who.int/tobacco/surveillance/en/
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil); Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2011.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2009 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2009 [citado 11 fev 2011]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [citado 11 fev 2011]. 149 p. (Série G. Estatística e informação em saúde). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/publicacao_vigitel_2009.pdf
- Universidade Federal de São Paulo. Departamento de Psicobiologia. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Livros e publicações [Internet]. [citado 11 fev 2011]. Disponível em: <http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=644>
- Brasil. Presidência da República. Lei Federal n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (1990 jul 16);Sec.1:1.
- Brasil. Presidência da República. Lei Federal n. 10.702, de 14 de julho de 2003. Altera a Lei n. 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (2003 jul 15);Sec.1:1.
- Doll R, Peto R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. *J Natl Cancer Inst*. 1981;66(6):1193-308.
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Inca; 2004.
- Iribarren C, Tekawa IS, Sidney S, Friedman GD. Effect of cigar smoking on the risk of cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer in men. *New Engl J Med*. 1999;340(23):1773-80.
- Satcher D. Cigars and public health. *New Engl J Med*. 1999;340:1829-31.
- Jha P, Chaloupka FJ. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington (DC): The World Bank; 1999.
- Ross H, Chaloupka FJ. Economic policies for tobacco control in developing countries. *Salud Publ Mex* [Internet]. 2006 [cited 2010 Jul 30];48(supl. 1):S113-20. Disponível em: http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000700014&lng=es&nrm=iso&tlng=en
- World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package [Internet]. Geneva: WHO; c2008 [cited 2010 Jul 30]. 329 p. Disponível em: www.who.int/tobacco/MPOWER/MPOWER_report_full_2008.pdf
- World Bank. General policy: increase prices and reduce the availability and use of alcohol and tobacco [Internet].

- [cited 2009 Ago 10]. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/INTCY/Resources/395766-187899515414/SYARgenpoli3.pdf>
- 29 Heatherton TF, Koslowski LT, Frecker RC, Rickert W, Robinson J. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Br J Addict.* 1989;84:791-800.
 - 30 Chabrol H, Niezborala M, Chastan E, Leon J. Comparison of heavy smoking index and of the fagerstrom test for nicotine dependence in a sample of 749 cigarette smokers. *Addict Behav.* 2005;30(7):1474-7.
 - 31 Macintyre S, Ford G, Hunt K. Do women "over-report" morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Soc Sci Med.* 1999;48(1):89-98.
 - 32 Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med.* 1996;42(4):617-24.
 - 33 Bird CE, Rieker PP. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's. *Soc Sci Med.* 1999;48(6):745-55.
 - 34 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [A panorama of health in Brazil – access and utilization of services, health conditions, risk factors and health protection 2008] [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2009 [citado 10 ago 2011]. Disponível em: www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/default.shtm
 - 35 Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. [Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status]. *Rev Panam Salud Públ / Pan Am J Public Health.* 2002;11(5-6):365-73. Portuguese.
 - 36 Keene J, Li X. Age and gender differences in health service utilization. *J Public Health (Oxf).* 2005;27(1):74-9.
 - 37 Koopmans GT, Lamers LM. Gender and health care utilization: the role of mental distress and help-seeking propensity. *Soc Sci Med.* 2007;64(6):1216-30.
 - 38 World Health Organization. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [Internet]. 10th rev. Version for 2007 [cited 2010 Jul 27]. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
 - 39 International Chemical Safety Cards. Nicotine material safety data sheet – eroid membership drive [Internet]. [cited 2010 Out 22]. Disponível em: www.erowid.org/chemicals/nicotine/nicotine_data_sheet1.shtml
 - 40 Hammond D, Fong GT, Zanna MP, Trasher JF, Borland R. Tobacco denormalization and industry beliefs among smokers from four countries. *Am J Prev Med.* 2006;31:225-32.
 - 41 Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Divisão de Comunicação Social. INCA divulga estimativa de mortalidade de não-fumantes expostos à fumaça do tabaco [Internet]. Rio de Janeiro: Inca; 2008 [citado 27 jul 2010]. Disponível em: www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=906
 - 42 Pinto MFT. Custos de doenças tabaco-relacionadas: uma análise sob a perspectiva da Economia e da Epidemiologia [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2007.
 - 43 Kobus K. Peers and adolescent smoking. *Addiction.* 2003;98(Suppl 1):37-55.doi:10.1046/j.1360-0443.98.s1.4.x.
 - 44 Kennedy DP, Tucker JS, Pollard MS, Go MH, Green Jr. HD. Adolescent romantic relationships and change in smoking status. *Addict Behav.* 2011;36(4):320-6.
 - 45 Pesquisa Datafolha revela que brasileiros querem proibição total do fumo em ambientes fechados: 88% da população brasileira são contrários ao fumo em locais fechados [Internet]. São Paulo: Aliança de Controle do Tabagismo – ACT br; [2008] [citado 30 dez 2010]. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/67_PESQUISA-DATAFOLHA-NACIONAL.pdf
 - 46 Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51:390-5.
 - 47 Burrows DS. Younger adult strategies and opportunities [Internet]. Winston-Salem: R.J. Reynolds, Marketing Development Department; 1984 [cited 2008 Jun 9]. (Strategic research report). Disponível em: <http://tobaccodocuments.org/youth/AmYoRJR19840217.Rm.html>
 - 48 Wayne GF, Connolly GN. How cigarette design can affect youth initiation into smoking: camel cigarettes 1983-93. *Tob Control.* 2002;11(Suppl 1):S32-9.
 - 49 Pierce JP, Messer K, James LE, White MM, Kealey S, Vallone DM, et al. Camel n° 9 cigarette-marketing campaign targeted young teenage girls. *Pediatrics.* 2010;129(4):619-26.
 - 50 Paynter J, Edwards R. The impact of tobacco promotion at the point of sale: a systematic review. *Nicotine Tob Res.* 2009;11(1):25-35.
 - 51 National Cancer Institute. Changing adolescent smoking prevalence. Bethesda (MD): U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 2001. NIH Pub. N° 02-5086. (Smoking and tobacco control monograph; n. 14).
 - 52 World Health Organization. Smoke-free movies: from evidence to action [Internet]. Geneva: WHO; c2009 [cited 2010 Jul 30]. 29 p. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597937_eng.pdf
 - 53 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: acesso à Internet e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2008 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2009 [citado 5 maio 2010]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/acesoainternet2008/default.shtm
 - 54 World Bank. The economics of tobacco use & tobacco control in the developing world: a background paper for the high level round table on tobacco control and development policy [Internet]. Brussels: European Commission; 2003 [cited 2010 Jul 30]. 19 p. Co-organized by World Health Organization and the World Bank. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/world_bank_en.pdf
 - 55 Guindon E, Tobin D, Yach D. Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. *Tob Control.* 2002;11:35-43.
 - 56 Neubauer S, Welte R, Beiche A, Koenig HH, Buesch K, Leidl R. Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany: update and a 10-year comparison. *Tob Control.* 2006;15:464-71.

- 57 Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses - United States, 1997-2001. *MMWR Weekly* [Internet]. 2005 [cited 2010 Jul 30];54(25):625-8. Disponível em: www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5425a1.htm
- 58 Yang MC, Fann CT, Wen CP, Cheng TY. Smoking attributable medical expenditures, years of potential life lost, and the cost of premature death in Taiwan. *Tob Control*. 2005;14:62-70.
- 59 Kleinjan M, Van den Eijnden RJJM, Dijkstra A, Brug J, Engels RCME. Excuses to continue smoking: the role of disengagement beliefs in smoking cessation. *Addict Behav*. 2006;31:2223-37.
- 60 International Tobacco Control Policy Evaluation Project [homepage]. [cited 2010 May 3]. Disponível em: www.itcproject.org/
- 61 Projeto internacional de avaliação das políticas de controle do tabaco. ITC Brasil – resumo [Internet]. Waterloo: Universidade de Waterloo; Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2009 [citado 10 ago 2010]. Disponível em: www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/ITC_Brasil_resumo.pdf
- 62 U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2004. Chapter 3, Cardiovascular diseases; [cited 2010 Jul 30]; p. 361-419. Disponível em: www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/pdfs/chapter3.pdf
- 63 Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Brasil: advertências sanitárias nos produtos de tabaco 2009. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
- 64 Campaign for Tobacco Free Kids. Golden leaf barren harvest: the costs of tobacco farming. Washington (DC); 2001. 40 p.
- 65 Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais. Ministério Público do Trabalho intervém nas ações da fumi-cultura no Paraná. *Boletim do Deser: Conjuntura Agrícola*. 2003 dez;(134).

Este livro foi impresso em offset, papel couché fosco 90g, 4/4, fonte Adobe Jenson Pro corpo 10. Rio de Janeiro, agosto de 2011.

Ilustrações de Aristides Dutra produzidas a partir de fotografias de Allan Reyes, Aristides Dutra, Chris Goldberg, Cougar-Studio, ESMTG, FamilyMWR, Gerardo Arévalo Tamayo, Henrik 'Hedda' Wallin, John Fraissinet, Jose Izquierdo, Leo Eloy, Leonard John Matthews, MorBCN, Phillie Casablanca, Pierre Metivier, Prefeitura de Sete Lagoas, SMBCollege e Steve Rhodes.



VERSÃO IMPRESSA

ISBN 978-85-7318-189-0



9 788573 181890

VERSÃO ELETRÔNICA

ISBN 978-85-7318-190-6



9 788573 181906



Ministério da
Saúde

