

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

ANALICE RODRIGUES VIEIRA

AS CONSEQÜÊNCIAS DO USO DO TABACO EM HIPERTENSOS
E DIABÉTICOS: Uma revisão bibliográfica

ARAÇUAÍ – MG

2013

ANALICE RODRIGUES VIEIRA

**AS CONSEQÜÊNCIAS DO USO DO TABACO EM HIPERTENSOS
EDIABÉTICOS: Uma revisão bibliográfica**

Trabalho de Conclusão de Curso do
Curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientador: Antônio Thomaz Gonzaga Da
Matta Machado

ARAÇUAÍ – MG

2013

ANALICE RODRIGUES VIEIRA

**AS CONSEQÜÊNCIAS DO USO DO TABACO EM HIPERTENSOS
EDIABÉTICOS: Uma revisão bibliográfica**

Trabalho de Conclusão de Curso do
Curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientador: Antônio Thomaz Gonzaga Da
Matta Machado

Banca examinadora:

Antônio Thomaz Gonzaga Da Matta Machado - Orientador

Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovada em Belo Horizonte 14 de setembro de 2013

Dedico o presente trabalho aos meus pais, meus primeiros mestres na carreira da vida.

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar este trabalho, que demandou um processo árduo e extenso, olhei para trás e lembrei de todos aqueles que de uma forma ou de outra me acompanharam, me apoiaram e me motivaram nessa importante pesquisa.

À Deus, fonte de luz e vida.

Aos meus pais, pelo apoio e incentivo em todos os momentos.

Aos meus filhos e ao meu esposo, pela compreensão.

Aos amigos e familiares, pela amizade e dedicação.

Ao meu orientador, pela partilha do saber.

E por fim, à Equipe do PSF-Renascere para a Saúde, pela valiosa contribuição.

Tudo o que um sonho precisa para ser realizado é
alguém que acredite que ele possa ser realizado.

Roberto Shinyashik

RESUMO

O presente trabalho mostra o uso do tabaco e as suas consequências em hipertensos e diabéticos. Mesmo entre os tabagistas, há consenso sobre a forte associação entre o cigarro e a maior probabilidade de adoecer e morrer. Por isso, tornou-se importante destacar que, uma vez estabelecida a dependência, a abstenção do consumo de cigarros torna-se um processo complexo e de difícil obtenção. Atualmente, devido a diversos fatores, tanto sociais e culturais, quanto a ação do sistema de saúde, é cada vez mais frequente a busca por ajuda para parar de fumar. Nesse sentido, este trabalho visa fornecer aos profissionais de saúde do PSF-Renascer para a Saúde subsídios para atuarem adequadamente na conscientização das consequências do uso do tabaco, a fim de diminuir o número de tabagistas, bem como o aparecimento e/ou agravamento de algumas doenças crônicas. Assim, os malefícios causados pelo consumo do cigarro estão bem descritos na literatura. Para isso, utilizou-se em primeiro momento como recurso metodológico para levantamento de informações acerca do objeto, o diagnóstico situacional do PSF em questão, e em seguida, a pesquisa bibliográfica através de livros, revistas eletrônicas e artigos científicos.

Palavras Chave: Tabagismo. Associação tabaco. Diabetes e Hipertensão Arterial.

ABSTRACT

This study shows tobacco use and its consequences in hypertensive and diabetic. Even among smokers, there is consensus on the strong association between smoking and more likely to get sick and die. Therefore, it became important to emphasize that, once established dependence, abstaining from cigarette smoking becomes a complex and difficult to obtain. Currently, due to several factors, both social and cultural, as the action of the health system, it is increasingly common to search for help to stop smoking. In this sense, this work aims to provide health professionals from the PSF-Reborn Health grants to act appropriately in raising awareness of the consequences of tobacco use, in order to decrease the number of smokers, as well as the onset and / or worsening of some chronic diseases. Thus, the harm caused by cigarette consumption are well described in the literature. For this, we used the first time as a methodological resource for gathering information about the object, the situational diagnosis of the PSF in question, and then the literature through books, electronic journals and scientific articles.

Keywords: Smoking. Tobacco Association. Diabetes and Hypertension.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo geral	13
3.2 Objetivos específicos.....	13
4 MÉTODOS.....	14
5 REVISÃO DE LITERATURA	15
5.1 Tabaco	15
5.2 Prevalências do tabagismo mundial e no Brasil	18
5.3 Fatores sociais associados ao tabagismo	21
5.4 Tabaco e diabetes mellitus.....	24
5.5 Tabaco e hipertensão arterial.....	25
5.6 Políticas de controle do tabagismo.....	27
5.7 O tabaco e os serviços de saúde	30
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

O consumo de tabaco advém de longa data, e seu cultivo e uso já eram praticados pelos Maias na região da América do Norte e Central há quatro mil anos (BIOLCHI, 2005). Fez parte de cerimônias religiosas de vários povos indígenas e foi levado à Europa por navegadores e missionários a partir do século XVI, onde seu uso se disseminou, graças a ação do diplomata francês Jean Nicot, que conheceu a planta em uma viagem diplomática a Portugal. Na ocasião, o tabaco foi utilizado até para curar as enxaquecas de Catarina de Médici, rainha da França (BURNS, 1991).

O ato de fumar, antes do final do século XVII, já havia se constituído em rotina diária e no toque de distinção dos novos hábitos sociais adquiridos pelo homem. “No início do século XVIII o consumo de tabaco expandiu-se a tal ponto que se transformou em um dos itens de maior valor do comércio internacional” (ROSEMBERG, 1981, p. 227). Desde então, este hábito tem contribuído para muitos danos à saúde de seus consumidores diretos, ou seja, aqueles que efetivamente fumam, e os indiretos representados por aqueles que sofrem as consequências do chamado tabagismo passivo, decorrente da convivência prolongada com a fumaça.

Assim sendo, o tabagismo é um problema de dimensão mundial de grande magnitude que traz consigo não apenas prejuízos individuais e coletivos, como também ao meio ambiente, motivo pelo qual tem sido foco de interesse da comunidade científica, que há poucos anos começou a se preocupar mais intensivamente com os problemas causados pelo consumo de cigarros (FUNCHAL, 2006).

Atualmente, tanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto o Ministério da Saúde Brasileiro (MS), por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), consideram o hábito de fumar tabaco um grave problema de saúde coletiva, reconhecendo-o como uma doença causadora de dependência por preencher os critérios descritos no código de doenças de saúde mental _ DSM IV (FUNCHAL, 2006). Sendo com isso, o tabagismo considerado pela OMS como um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo (INCA, 2011).

Segundo a OMS, o tabagismo deve ser considerado uma pandemia, na medida em que, atualmente, morrem no mundo, cinco milhões de pessoas por ano, em consequência das doenças provocadas pelo tabaco, o que corresponde a, aproximadamente, seis mortes a cada segundo. Do total das mortes ocorridas, quatro

milhões são de pessoas do sexo masculino e um milhão de pessoas do sexo feminino (BIOLCHI, 2005).

O uso do tabaco constitui uma das principais causas evitáveis de morte prematura e de doenças em todo o mundo (BIOLCHI, 2005). O tabagismo representa um problema de saúde pública não apenas nos países desenvolvidos, como também nos países em desenvolvimento, sendo a principal causa de mortes prematuras e limitações físicas por doenças coronárias, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer, como destaca Rosemberg (1999).

A Organização Mundial de Saúde considera que as drogas lícitas como o tabaco, pelo seu impacto em termos de mortalidade e incapacidade junto às populações, seja de países desenvolvidos ou em desenvolvimento, continuará como importante fator de risco nas projeções para as próximas décadas (LUIS; LUNETTA, 2005).

O adoecimento não ocorre apenas nos indivíduos fumantes, pois de acordo com alguns estudos, aqueles que não fumam, mas respiram em ambientes poluídos por fumaça, também estão fumando passivamente e sujeitos aos riscos de desenvolver as doenças consequentes do consumo de tabaco (REPACE, 1987).

Observa-se que a epidemia do consumo de tabaco deslocou-se dos países industrializados para os em desenvolvimento. Nestes últimos, cerca de 80% a 90% dos fumantes iniciam-se no tabagismo antes de 18 anos, sendo que nos países desenvolvidos, a maior proporção de jovens inicia em torno dos 12 anos (WHO, 2004).

Na América Latina, segundo Rosemberg (1998), existem 200 milhões de indivíduos entre zero a 18 anos, e destes, 40 milhões (20%) são tabagistas na adolescência ou na fase de adulto jovem.

Os fumantes perdem em torno de 20 a 25 anos de expectativa de vida e entre aqueles que iniciam no tabagismo desde a adolescência, cerca da metade morrem entre os 35 a 69 anos de idade por doenças relacionadas ao tabaco (VITÓRIA, RAPOSO, PEIXOTO, 2000).

2 JUSTIFICATIVA

O problema “tabagismo” foi identificado como o principal, devido ao grande número de tabagistas existentes na área de abrangência do PSF-Renascença para a Saúde e devido ao impacto que este agravo causa em algumas doenças também existentes na área.

A escolha desse tema se deu em função do número de hospitalizações em decorrência de doenças do aparelho circulatório (24.6%) na área de abrangência do PSF; devido ao grande número de pessoas com doenças crônicas como hipertensão arterial 357 (13.2%) e diabetes 43 (1.59%), além do crescente número de tabagistas 92 (3.41%) existentes na área_ de acordo com dados do diagnóstico situacional do PSF realizado em 2011. Com isso, quis se fazer uma recapitulação a respeito dos malefícios do tabaco, almejando tornar evidentes as consequências do seu uso sobre essas patologias e evidenciar a necessidade que existe de se tomar essas informações geradas como instrumento orientador acerca da extensão do problema. Dessa forma, a percepção e o conhecimento mais aprofundado das consequências decorrentes do uso do tabaco em pessoas com doenças crônicas poderão auxiliar a equipe de saúde no processo de trabalho com o “grupo de tabagistas do PSF” e contribuir positivamente para que os profissionais de saúde realizem intervenções mais adequadas, a fim de diminuir o número de tabagistas e conseqüentemente amenizarem o aparecimento e/ou agravamento de doenças como as citadas acima.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Fornecer, aos profissionais de saúde subsídios para atuarem adequadamente na conscientização das consequências do uso do tabaco, visando à diminuição do número de tabagistas na área de abrangência do PSF, bem como o aparecimento e/ou agravamento de algumas doenças crônicas.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar as principais complicações decorrentes do uso do tabaco em pacientes com hipertensão arterial e diabetes.

- Aprofundar os conhecimentos acerca da dinâmica que envolve este agravo.

4 MÉTODOS

A finalidade desta pesquisa foi melhorar a percepção e aprofundar o conhecimento dos profissionais de saúde do PSF-Renascença para a Saúde em Jenipapo de Minas _ MG, bem como dos moradores da adjacência da referida unidade, acerca do uso do tabaco e seus malefícios em portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Para isso, utilizou-se em primeiro momento como recurso metodológico para levantamento de informações acerca do objeto, o diagnóstico situacional do PSF em questão, e em seguida, a pesquisa bibliográfica sobre o tema através de livros, revistas eletrônicas e artigos científicos.

A pesquisa bibliográfica segundo Gil (2002) é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituindo principalmente por livros, artigos científicos e publicações eletrônicas.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Tabaco

O tabaco é obtido a partir de duas espécies vegetais, a *Nicotiana tabacum* e a *Nicotiana rustica*, nativas dos Andes peruanos e equatorianos. Essas plantas foram descobertas há aproximadamente 18.000 anos, época em que populações asiáticas migraram para a América (BALBANI; MONTOVANI, 2005). Sua utilização iniciou-se aproximadamente no ano 1000 a.C, em rituais mágicos religiosos de índios da América Central. A partir de então, difundiu-se para toda a Europa e suas folhas passaram a ser consumida sob diferentes formas: cachimbo, rapé, tabaco para mascar e charuto (INCA, 2005). Para Leite (2001) o cigarro é a forma mais conhecida do tabaco, sendo constituído de uma mistura de fumos que oferecem características diferentes de aroma e sabor, em adição a ingredientes como melado e óleos.

Segundo Ferrarini (1980), foi nas cercanias da cidade de Tobacco, província de Yucatan, que os antigos colonizadores espanhóis encontraram, pela primeira vez, plantas de fumo usadas pelos índios, em forma de charuto ou com auxílio de uma espécie de cachimbo, à noite, para espantar os mosquitos. Segundo uns, os índios chamavam a esses charutos ou cachimbos, *tabaco*. Outros alegam que os colonizadores denominaram a referida planta tabaco, em homenagem à localidade onde foi encontrada pela primeira vez.

Quando Cristóvão Colombo chegou ao Novo Mundo, o cultivo e o uso do tabaco já estavam disseminados entre os índios de todo o continente. Empregavam-no das mais variadas maneiras, inclusive nos rituais religiosos e como inseticidas nas lavouras. O tabaco era fumado em cachimbos, aspirado, mascado, comido ou tomado sob a forma de chá. Importante planta medicinal era usada em lavagens intestinais, esfregado sobre a pele para combater piolhos, instilado como colírio e aproveitado na formulação de unguentos, analgésicos e anti-sépticos (BALBANI; MONTOVANI, 2005). No Brasil, a chegada da planta *Nicotiana tabacum*, provavelmente tenha ocorrido com a migração dos índios tupis-guaranis.

Em 1559, mudas dessas plantas foram levadas para a Espanha, por um médico espanhol, e da Espanha para Portugal. Em 1550, Monsieur Jean Nicot, que exercia, em Portugal, o cargo de embaixador da França, obteve sementes de fumo

dos jardins reais portugueses, plantando-as no quintal de sua embaixada. Levou então sementes para a França, plantando-as na sua terra natal. Deve-se a ele denominação de *nicotina* à toxina contida no tabaco (FERRARINI, 1980). Rapidamente o tabaco tornou-se muito valioso na Europa, e piratas ingleses saqueavam-no de navios espanhóis que regressavam da América, até que o governo britânico decidiu cultivar a planta em várias de suas colônias (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

Segundo Rosemberg (2004), chegando o tabaco ao mundo civilizado, a maneira comum de consumi-lo foi o cachimbo. Este dominou por quase três séculos. Prosperaram as fábricas de cachimbos que se expandiram por quase toda a Europa e América do Norte. A partir do século XVIII, espalhou-se a mania de aspirar rapé, que reinou por uns duzentos anos. O charuto teve seu reinado no século XIX. Sua popularidade entre os abastados simbolizava elevado status econômico-social. Assim, a industrialização do tabaco sob a forma de cigarro acontece no fim do século XIX (INCA, 2005). Na Espanha, porém, muito antes já se fumava tabaco enrolado em papel, denominado papelete. Esse teve sua expansão por ser mais econômico e mais cômodo de carregar e usar do que o charuto e o cachimbo.

A primeira grande expansão mundial do tabaco foi após a Primeira Guerra Mundial, de 1914 a 1918 (ROSEMBERG, 2004). Sua difusão iniciou-se praticamente como um comportamento predominantemente do sexo masculino. Durante e após a Primeira Guerra Mundial observou-se um crescimento dramático do consumo de tabaco entre os homens. Entre as mulheres era um comportamento pouco comum, até os anos de 1930 (WHO, 2004).

O auge do tabagismo ocorreu nas décadas de 1950 e 60, declinando em alguns países a partir de 1970. A partir de 1920, foi observado o aumento da incidência de câncer de pulmão nos indivíduos fumantes, o que se confirmou em estudos realizados trinta anos depois. Em 1971 foi publicado nos Estados Unidos um relatório oficial afirmando que "o fumo afeta negativamente a saúde humana e contribui para o desenvolvimento de graves doenças". Em 1988 um novo relatório norte-americano concluiu que a nicotina presente no cigarro e em outros produtos do tabaco é uma droga que provoca dependência (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

Assim, atualmente o tabagismo é reconhecido como uma doença resultante da dependência pela nicotina, tornando os indivíduos usuários dos produtos do tabaco expostos acerca de 4.700 substâncias e destas, 60 cancerígenas para o homem (IARC, 1987). Calcula-se que 24% da população adulta de diversos países, inclusive do Brasil, sejam dependentes da nicotina (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

A nicotina é uma droga psicoativa capaz de causar dependência, pelos mesmos mecanismos da cocaína, maconha, heroína e álcool BRASIL, 1997. Para Ramírez e Andrade (2005), quanto maior a dependência à nicotina, maior é o consumo de álcool e este exerce um estímulo inespecífico em várias áreas comportamentais, potencializando um maior consumo de cigarros. De acordo com Balbani e Montovani (2005), ela é estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC), e leva ao aumento do estado de alerta e à redução do apetite. A sensação após tragar um cigarro é similar à descrita pelos usuários de anfetamina, heroína, cocaína e crack.

Apesar do uso do tabaco existir desde a Antiguidade, apenas a partir da década de 80 do século passado a nicotina passou a ser considerada como droga psicoativa (ISMAEL, 2001). Para Gigliot e Bessa (2004), as substâncias psicoativas sempre ocuparam um lugar privilegiado em todas as culturas, como elemento fundamental nos rituais religiosos, com presença constante nos momentos de comemoração e confraternização, quando se brinda a tudo e a todos. Embora a grande maioria dos jovens não use drogas, uma minoria significativa o faz. Eles se voltam para as drogas por curiosidade ou em busca de sensações, por pressão dos amigos, ou como fuga de problemas esmagadores, e dessa forma põem em perigo sua saúde física e psicológica presente e futura (PAPALIA; OLDS, 2000).

O hábito de fumar cigarros está associado para alguns fumantes com o consumo de café ou bebidas alcoólicas e após as refeições, onde efeitos positivos como prazer, relaxamento, melhora da atenção e estimulação são relatados (BENOWITZ, 1992). Ismael (2001) destaca que isso pode explicar porque o indivíduo dependente de algum tipo de substância sente-se incapaz de desenvolver suas atividades diárias, sem o uso da droga, passando por visão pessimista em seus pensamentos, atribuindo falhas a sua falta de controle. Como consequência, sente-se culpado, fracassado e a droga é utilizada como mecanismo de fuga.

A resposta farmacológica para a nicotina pode ser considerada como fator de consumo regular, após a iniciação e experimentação (BARTSCH e LAPERCHE, 2006). Segundo os referidos autores, a iniciação ao cigarro é definida como a idade onde o indivíduo fumou o primeiro cigarro; enquanto que o tabagismo ocasional refere-se a comportamento intermitente e ocasional, entretanto, regular do hábito. Os autores enfatizam ainda que, a literatura atual considera um fumante regular aquele que fume ao menos um cigarro por dia, sendo a iniciação, assim como o consumo ocasional precoce, fatores consideráveis de risco de forte dependência, de morbidade e

mortalidade, visto que, o tabagismo no início da adolescência é um forte preditor do tabagismo na idade adulta.

Os seguintes estágios de evolução do tabagismo podem ser identificados: o contato inicial; a experimentação; seguida pela fase de transição, até alcançar posteriormente a dependência. O consumo regular de cigarros não se segue imediatamente após o uso inicial. Entre as duas fases existe a de transição, em que o indivíduo pode fumar com frequência, como também pode restringir-se pelas circunstâncias, quando condutas proibitivas de fumar são impostas em locais como na escola ou mesmo em casa (LA GRECA; FISHER, 1992).

Vários estudos no Brasil e no mundo mostram que o hábito de fumar se instala precocemente, já que 80% dos atuais adultos fumantes declaram ter iniciado no tabagismo antes dos dezoito anos de idade. Em estudo realizado por Andrade *et al.* (2006) na Universidade Federal de Brasília, a média de idade da população estudada foi de 21,6 + 3,6 anos. Em relação à idade de início do tabagismo, pôde-se observar que 89,2% dos entrevistados fumantes começaram a fumar com idade inferior a vinte anos.

Os indivíduos que são considerados fumantes regulares, 90% deles fumam diariamente, e devido à forte potência aditiva da nicotina, romper o hábito do consumo de tabaco torna-se difícil. No entanto, cerca de 70% dos fumantes declaram que gostariam de deixar de fumar (WHO, 2004).

5.2 Prevalências do tabagismo mundial e no Brasil

Ironicamente, após cinco séculos o tabaco passou de planta medicinal - usada até mesmo para prevenir o câncer - a um dos piores problemas mundiais de saúde pública (BALBANI e MONTOVANI, 2005). Estima-se que um terço da população mundial adulta, isto é, um bilhão e 200 milhões de pessoas (entre as quais 200 milhões de mulheres) sejam fumantes (WHO, 2004). Igualmente, Aldrighi *et al.* (2005), relatam que no mundo há cerca de 1,2 bilhões de fumantes na população acima de 15 anos. Segundo Cavalcante (2005), a cada dia, cerca de 100 mil jovens começam a fumar no mundo, e, 80% deles vivem em países em desenvolvimento.

Dados da Organização Mundial de Saúde indicam que no início da década de 90, aproximadamente 47% de toda a população mundial masculina de adultos

jovens e 12% da população feminina faziam uso de tabaco. Nos países em desenvolvimento, os fumantes constituíam 47% da população masculina e 12% da população feminina. Nos países desenvolvidos, o consumo pelas mulheres aumentava, sendo que 24% das mulheres possuíam o hábito de fumar, em contraposição a 42% dos homens. Este aumento do consumo feminino tem como um dos fatores, o ingresso das mulheres no mercado de trabalho (WHO, 2004).

Estudos realizados na Europa relataram uma tendência geral para diminuição do consumo do tabaco, sendo mais acentuada nos homens do que nas mulheres. Em Portugal, há uma ligeira tendência para o aumento das prevalências no sexo feminino, em particular nas categorias mais jovens. Portugal possui 26 por cento de fumantes, sendo uma das prevalências mais baixas da Europa (BASP, 1994).

O National Cancer Institute (2004) destaca ainda que quanto ao sexo feminino, haja uma discreta tendência à redução na proporção de fumantes em países como Austrália, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos. Com relação aos países em desenvolvimento, o desafio é o evidente aumento da iniciação e conseqüente aumento da prevalência neste grupo populacional (WHO, 2004). Observa-se quanto a prevalência de fumantes na América Latina, segundo sexo, por adultos com mais de 15 anos de idade, que a taxa mais alta para os homens encontra-se na República Dominicana (66,3%), seguido da Bolívia (50,0%) e Cuba (49,3%). Para as mulheres as taxas encontradas, respectivamente, foram de 13,6%, 21,4% e 24,5% (WHO, 2004).

Percebem-se importantes diferenciais no padrão e tendências de consumo do tabaco por gênero e por classe social no mundo. Desde quando introduzido na sociedade moderna, a proporção de homens fumantes tem sido mais elevada que a de mulheres. Contudo, nota-se mais recentemente, um ligeiro declínio no sexo masculino, principalmente nos países desenvolvidos, como também, em alguns países em desenvolvimento (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2004).

Para o Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer _ INCA:

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 (INCA, 2011, p. 27)

A projeção da mortalidade pelo tabagismo no mundo é preocupante. Nos países industrializados, no período de 1930 a 1950, morreram um milhão de fumantes. Na década de 1980 a 1989, com um crescimento acentuado, registraram 17 milhões de mortes. De 1930 a 1989 morreram 61 milhões de pessoas por doenças relacionadas ao consumo de tabaco, sendo 39 milhões de 35 a 69 anos e 21 milhões com 70 anos ou mais, representando respectivamente 30% e 16% da mortalidade geral (WHO, 2004).

O tabagismo ativo é a principal causa isolada de doença e morte no mundo. Em 1990 causava três milhões de mortes ao ano, atingindo a marca de 4.023.000 óbitos ao ano em 1998 (11.000 mortes por dia) segundo a Organização Mundial de Saúde. As projeções apontam que morram 8,4 milhões de pessoas ao ano a partir de 2020 e 10 milhões óbitos/ano em 2030 (CORRÊA, 2003). O tabagismo ativo no Brasil, em 1989, ceifava 80 mil vidas ao ano, segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, do IBGE. A estimativa atual é que 120 mil brasileiros morram todos os anos em decorrência do tabagismo. No Brasil existia em 2003 em torno de 36 milhões e 500 mil fumantes (32,5% da população acima de 15 anos). Considerando que um fumante convive, no mínimo, com duas pessoas não fumantes, existem hoje dois bilhões e 520 milhões de fumantes passivos. Deste modo, quase quatro bilhões de pessoas (dois terços da humanidade) estão expostos de forma direta ou indireta ao fumo (CORRÊA, 2003).

No II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, foi encontrada uma proporção de 9,4% de dependentes de tabaco em âmbito nacional na população entre 18 e 24 anos. Considerando-se a região Sul, 12% da população nessa faixa etária, apresentaram diagnóstico de dependência à nicotina (CARLINI *et al.*, 2005).

O total de mortes devido ao uso do tabaco atingiu a cifra de 4,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. Caso as atuais tendências de expansão do consumo de tabaco sejam mantidas, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos com idade produtiva de 35 a 69 anos (WHO, 2004). O referido autor destaca ainda que, sem uma mudança de curso da exposição mundial ao tabagismo, o número de fumantes passará do ano 2000 a 2030 de 1,2 bilhões para 1,6 bilhões e o número de mortes atribuíveis ao tabagismo aumentará de 4,9 para 10 milhões, sendo que, 70% ocorrerão nos países menos desenvolvidos (WHO, 2004).

Para Zaniniet *al.* (2006), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que de 2025 a 2030, nos países em desenvolvimento, sete milhões de pessoas morrerão devido ao uso de tabaco, destacando que o fumo mata mais que a AIDS (Síndrome da Deficiência Adquirida), drogas legais e ilegais, acidentes automobilísticos, assassinato e suicídio juntos. Já de acordo com o INCA (2011), calcula-se que o fumo seja responsável por mais de cinco milhões de mortes a cada ano. Além disso, especifica que se as tendências atuais de consumo de tabaco persistirem, passará para oito milhões de mortes anuais até 2030. E em relação aos fumantes passivos, a proporção de indivíduos é de 0,4%, o que corresponde a 620 mil pessoas (420 mil homens e 200 mil mulheres), e a estimativa é que ocorram aproximadamente 600 mil mortes anuais devido à exposição à fumaça do cigarro (INCA, 2011).

5.3 Fatores sociais associados ao tabagismo

O Banco Mundial (1999) aponta que as maiores prevalências eram observadas no início da expansão do tabagismo, nos países desenvolvidos entre pessoas de classes sociais mais abastadas. Esta situação foi progressivamente se invertendo e atualmente, nestes países, a população de mais baixa renda e escolaridade encontra-se mais exposta (BANCO MUNDIAL, 1999).

Enquanto na Noruega a prevalência do tabagismo entre homens de alta renda diminuiu de 75% em 1955 para 28% em 1990, o declínio neste mesmo período foi bem menor entre as pessoas de baixa renda, passando de 60% para 48% (BANCO MUNDIAL, 1999).

Segundo Marmot e Wilkinson (1998) existem diferentes situações desfavoráveis para os indivíduos e estas podem ser definitivas ou circunstanciais tais como: recursos familiares escassos, educação insatisfatória durante a adolescência, morte do chefe da família, desemprego ou emprego sem garantias, moradias em situação de pobreza. Os autores afirmam que os indivíduos tendem ao consumo de álcool, drogas e tabaco e sofrem as consequências, e que este uso é influenciado pelo cenário social, com o propósito de aliviar o sofrimento das condições sociais e econômicas críticas. Dessa forma, a associação entre tabaco e pobreza tem sido foco

especial de atenção e mobilização da Organização Mundial de Saúde e tema de discussão em 2004 da data comemorativa “Dia 31 de Maio, Dia Mundial Sem Tabaco” (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2004).

De acordo com Xavier (2004), dos cerca de 1,1 bilhões de fumantes que existem hoje no mundo, 80% vivem em países em desenvolvimento. Além disso, uma pesquisa desenvolvida pelo Banco Mundial (2003) aponta que a probabilidade de uma pessoa ser fumante é bem maior, se ela tiver baixa escolaridade. Destaca ainda, que na China, indivíduos sem nenhum grau de instrução têm probabilidade sete vezes maior de serem fumantes; enquanto que no Brasil, entre os grupos de indivíduos de baixo nível de escolaridade, essa probabilidade é cinco vezes maior.

O abuso e a dependência de drogas ameaçam os valores políticos, econômicos e sociais. Além de contribuir para o crescimento dos gastos com tratamento médico e internação hospitalar, eleva os índices de acidente de trânsito, de violência urbana e de mortes prematuras (SILVA *et al.*, 2006).

Acrescenta-se o fato de que em muitos países, incluindo o Brasil, o cigarro é mais acessível economicamente do que determinados alimentos (CAVALCANTE, 2003). O consumo de cigarro pode gerar prejuízos para o fumante e sua família e, ao gastar com cigarros, deixa de comprar outros bens essenciais, como alimentos, serviços de educação e de saúde (INCA, 2011).

Guidon *et al.* (2002) destacam em um estudo no qual comparou o custo de um maço de cigarros com o custo de um quilo de pão, usando o índice “minutos de trabalho necessários para comprar os dois itens”, que no Brasil o custo de um quilo de pão chega a ser três vezes maior do que o custo de um maço de cigarros. Estes resultados corroboram com os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (IBGE, 2002-2003), que em famílias brasileiras de menor renda, o gasto com tabaco chegava a ser maior do que com alguns itens como pão, leite, ovos, legumes e frutas.

Numa análise feita pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), ficou clara a associação entre o consumo de cigarro e a classe social. Ao se comparar renda familiar observa-se que a fatia que se gasta com tabaco, chega a ser 7,8 vezes maior nas famílias com rendimento menor ou igual a dois salários mínimos, fazendo com que chefes de família gastem o pouco que têm na compra de cigarros (XAVIER, 2004).

Em outra pesquisa realizada também pelo INCA, no município do Rio de Janeiro em 2001, identificou-se o perfil dos fumantes. Os dados obtidos foram comparados com os da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989,

onde se observou a redução da prevalência de fumantes, que decresceu de 30% em 1989 para 21%. Contudo, os resultados nas duas pesquisas demonstraram que a concentração do tabagismo apresentou-se maior na população de baixa renda e de menor escolaridade (FIGUEIREDO *et al.*, 2002).

Um estudo realizado no Chile analisou o impacto relativo às variáveis independentes: idade, sexo e nível socioeconômico. Os autores identificaram ainda nesta pesquisa, que o tabagismo aumentou com a idade, e adquiriu sua máxima expressão durante a adolescência. O consumo de cigarros aumentou em escolares de maior estrato socioeconômico, que apresentavam atraso escolar, menor assistência pela escola, baixo rendimento escolar e menos lazer com sua família (IVANOVIC, CASTRO e IVANOVIC, 1997).

Ramírez e Andrade (2005) realizaram um estudo descritivo-exploratório com o objetivo de identificar no ambiente familiar os possíveis fatores de risco associado ao alcoolismo e tabagismo em crianças e adolescentes. Utilizou-se uma amostra de cem famílias e foi aplicado, por meio de visita domiciliar, um questionário pré-estabelecido no qual se identificou o nível socioeconômico das famílias em salários mínimos vigentes no período da pesquisa, números de membros da família, idade das crianças e adolescentes, escolaridade dos indivíduos da família em anos e hábito de fumar dos pais, irmãos maiores e amigos. Os resultados deste estudo indicaram que as principais influências para a indução no meio familiar ao início do consumo de álcool e tabaco foram o fator econômico, a baixa escolaridade, pais bebedores e fumantes e o tipo de trabalho que realizam. Além disso, 52% do total das famílias entrevistadas afirmaram que consumiam álcool e tabaco, o que determina que o consumo familiar seja um fator de risco elevado, pois os filhos aprendem e assimilam os modelos dos adultos (RAMÍREZ e ANDRADE, 2005).

Nas décadas de 70 e 80, o Banco Mundial chegou a estimular nos países em desenvolvimento o cultivo do tabaco, como produto rentável para exportação. Entretanto, desde 1991 sua política mudou no sentido de reconhecer os efeitos nocivos do consumo e produção de tabaco para a saúde e para o desenvolvimento dos países, adotando-se a política de proibir a utilização de recursos para o financiamento da produção de tabaco, ao mesmo tempo em que passou a estimular os esforços para o controle do seu consumo (BRASIL, 2004).

5.4 Tabaco e *Diabetes Mellitus*

Entre as doenças crônicas não transmissíveis, o *Diabetes Mellitus* (DM) aparece como importante causa de morbimortalidade, principalmente entre os idosos. É definido como uma anormalidade endócrino-metabólica, caracterizada por uma deficiência absoluta do hormônio insulina, ou relativa quando sua secreção pelo pâncreas é defasada e/ou por uma ação insuficiente do hormônio nos tecidos alvos (FIGUEIREDO; RABELO, 2009).

O *Diabetes Mellitus*, pela sua etiologia, apresenta-se em duas classificações mais frequentes: tipo I e II. O tipo I relaciona-se a uma deficiência absoluta na secreção do hormônio insulina, resultante de uma destruição autoimune das células-betas do pâncreas, compreendendo cerca de 5% a 10% do total de casos. O tipo II é uma combinação de resistência à ação do hormônio e resposta secretora inadequada de insulina compensatória, compreendendo 90% a 95 % do total de casos (FIGUEIREDO; RABELO, 2009).

Atualmente, estima-se que existam aproximadamente 285 milhões de diabéticos em todo o mundo, sendo que até o ano de 2030 este número poderá chegar a 439 milhões. Entretanto, dados da OMS são mais conservadores, projetando para 2030 a existência de 366 milhões de indivíduos portadores de diabetes no mundo, dentre os quais 90% apresentarão DM2 (WILD; ROGLIC; GREEN, 2004).

De modo geral, indivíduos adultos a partir dos 40 anos de idade, que, muitas vezes, possuem diferentes co-morbidades tais como: hipertensão, dislipidemia e obesidade são os principais acometidos pelo DM2 na fase geriátrica. Nestes casos o tratamento baseia-se em dois pilares principais: alterações nos hábitos de vida dos portadores (adequação dietética, prática de atividades físicas regulares e extinção de vícios tais como etilismo e tabagismo) e terapia medicamentosa (SHAW; SICREE; ZIMMET, 2010).

Segundo Chacra e Lerário (1998), os estádios que envolvem o tratamento do indivíduo diabético tipo dois são: Estágio I: tratamento dietético, programa de exercícios, mudança de estilo de vida, treinamento em auto-monitorização; Estágio II: uso de drogas antiobesidade e antidiabéticos orais em monoterapia ou em combinação, além das orientações do Estágio I; Estágio III: uso de insulina em tratamento oral ou instituição definitiva da insulina como monoterapia, além das

orientações do Estágio I; Estágio IV: intensificação do tratamento insulínico com as orientações do Estágio I.

Os efeitos do tabaco na saúde dos diabéticos são conhecidos há muitos anos. Os fumadores morrem prematuramente de ataque cardíaco e AVC (trombose). Infelizmente para as pessoas com diabetes, a probabilidade de desenvolver doenças cardíacas e AVC's é ainda maior, pois a nicotina aumenta o nível de colesterol (gordura no sangue); esta situação pode danificar os vasos sanguíneos e conduzir a doenças cardíacas e AVC's. Também pode causar resistência à insulina, o que aumenta os níveis de glicose no sangue. Assim, as pessoas com diabetes e que fumam têm um risco acrescido de desenvolver as complicações do diabetes mais precocemente.

5.5 Tabaco e hipertensão arterial

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa grave problema de saúde no país, não só pela elevada prevalência — cerca de 20% da população adulta — como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratados de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento (CAMPOS JR *et al.*, 2001).

Hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica — em pelo menos duas aferições subsequentes — obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranquilo (LIMA; SOUZA, 2004).

Quase sempre, acompanham esses achados de forma progressiva, lesões nos vasos sanguíneos com consequentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações (LIMA; SOUZA, 2004).

A classificação utilizada, mais recente, é preconizada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia baseada em parâmetros norte americanos (CAMPOS JR *et al.*, 2001).

Houve uma simplificação das faixas pressóricas e a categorização de uma situação dita "pré-hipertensão", onde as modificações do estilo de vida devem ser mais que incentivadas, tendo em vista a grande possibilidade de evolução futura para o estado de hipertensão arterial com o avançar da idade. Nesta classificação atual, a pressão ideal é aquela menor que 120 sistólica e 80 diastólica. O Ministério da Saúde (MS) considera este valor ideal, onde há menos riscos para o aparelho cardiovascular (BRASIL, 2002, p.13).

A pressão arterial pode ser afetada por diversos fatores, dos quais podem ser citados a obesidade, o tabagismo e a idade; estes causando a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS - elevação persistente da pressão sanguínea superior a 140x90 mmHg em adultos com mais de 18 anos), que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é um problema grave de saúde pública no mundo, além de levar a óbito (GRENIER; CONEGERO, 2008).

Geralmente, o fumante busca o famoso "cafezinho", nas situações estressantes e também se condicionam ao consumo de cafeína. Oparil (1997, p.291) afirma que "a cafeína e a nicotina elevam agudamente a pressão arterial". Fumar um cigarro produz o aumento agudo da pressão arterial e da frequência cardíaca que persiste cerca de 15 minutos. Todavia, são vários os estudos epidemiológicos a demonstrar que os níveis de pressão arterial entre os fumadores de cigarro são idênticos aos dos não fumadores e o abandono do fumo não parece contribuir para baixar apreciavelmente a pressão arterial (SANTOS; ABREU-LIMA, 2009). No entanto, estudos mostram que uma diferença de 12 mmhg na pressão arterial sistólica e de cinco mmhg da pressão arterial diastólica entre os adolescentes fumantes quando comparados aos não-fumantes (ARAUJO *et al.*, 2008).

Segundo o III CBHA - CONGRESSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (BRASIL, 2001), o tabagismo colabora para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lípides séricos e induz resistência ao efeito de drogas anti-hipertensivas. Acrescenta Rosemberg (1996):além disso, a nicotina, devido a seus efeitos vasoconstritores e de provocar aumento das lipoproteínas de baixa densidade, e adesividade plaquetária, contribui para a formação de trombos, aterosclerose e infarto agudo do miocárdio, complicações também da hipertensão arterial. Assim, os principais efeitos da nicotina sobre o sistema cardiovascular são: vaso constrição periférica, aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, aumentando risco para infarto agudo do miocárdio (BALBANI e MONTOVANI, 2005).

O fumo provoca constrição dos vasos sanguíneos e elevação da pressão arterial. Com o tempo, processam-se transformações na estrutura do aparelho

circulatório. O tecido elástico sofre endurecimento patológico e há redução do diâmetro dos vasos, o que dificulta a passagem ao sangue. Como consequência da deficiente capacidade propulsora das artérias, o trabalho do coração aumenta muito. Esse esforço superior às suas forças faz com que o músculo cardíaco se hipertrofie, e logo depois entra em franca insuficiência (ROSEMBERG, 1981).

O fumo do tabaco é um dos mais importantes agentes causais da aterosclerose. Os ateromas e as placas de aterosclerose mais frequentes no tabagismo podem dar uma idéia dos efeitos do fumo do tabaco sobre o coração, porque distorcem e estreitam o calibre das artérias, reduzindo o fluxo do sangue e criando condições para a isquemia cardíaca. A associação da aterosclerose das artérias cardíacas com infarto é incontestável (ROSEMBERG, 1981).

5.6 Políticas de controle do tabagismo

Um ponto de apoio fundamental para que as ações de controle do tabagismo consolidem-se e tenham êxito é a legislação. É necessária uma legislação adequada, forte e respeitada, que garanta tanto o controle da produção do tabaco, assim como do consumo de seus derivados (BRASIL, 1998).

Nesta perspectiva, Roemer (1993) sugere a necessidade de ser criada uma legislação antitabagística que contemple o setor de produção com leis que controlem a produção e a manufatura de produtos do tabaco tais como:

- _ proibição da comercialização de categorias específicas de produtos do tabaco;
- _ controle dos aditivos que podem ou devem ser adicionados aos produtos de tabaco;
- _ controle dos níveis permitidos dos ingredientes tóxicos encontrados nos produtos do tabaco;
- _ garantias que permitam modificações oportunas nos produtos do tabaco;
- _ redução da produção de tabaco e seus derivados, através da substituição da cultura do fumo por culturas alternativas;

_ retirada dos subsídios dados para o cultivo do fumo.

Assim, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 1999) passou a regular, controlar e fiscalizar os produtos derivados do tabaco e definir os teores máximos permitidos para os cigarros.

A Lei n.º 9294/96, regulamentada pelo Decreto n.º 2018 de 01 de outubro de 1996, dispõe sobre as restrições ao uso e a propaganda de produtos fumíferos, proibindo fumar em recinto coletivo, privado ou público, sendo permitido fumar somente em áreas livres exclusivas (LEI FEDERAL nº9294 de 15 de JULHO de 1996).

Uma atualização da Lei n.º 10.167 publicada em 28 de dezembro de 2000, estabelece que a propaganda comercial de produtos do fumo ou tabaco só poderá ser feita por meio de cartazes, pôsteres e painéis na parte interna dos locais de venda (LEI FEDERAL n.º. 10.167 de 27, de dezembro de 2000). E com relação à regulamentação da embalagem e etiquetagem dos produtos do tabaco, através da ANVISA (2001), proibiu-se a utilização dos descritores “baixos teores, suave e light” em embalagens e materiais publicitários e determinou-se a inserção de advertência acompanhada de imagens. Também, proibiu-se fumar em aeronaves e outros veículos de transporte coletivo.

A quase totalidade dos fumantes adquire o hábito durante a adolescência. Apesar dos programas e campanhas de prevenção desenvolvida, muitos adolescentes começam a fumar ainda em idade escolar, estimando-se que 150 dos 300 milhões de jovens no mundo irão morrer por causas relacionadas com o tabaco (FRAGA *et al.*, 2006).

Nesse sentido, o Art. 81 da Lei n.º 8069 de 13 de julho de 1990, do Estatuto da Criança e do Adolescente declara: “É proibida venda à criança e ao adolescente de bebidas alcoólicas e de produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica.” Além disso, o Art. 243 do mesmo documento reforça a proibição configurando como crime: “Vender, fornecer ainda que gratuitamente, ministrar ou entregar, de qualquer forma, à criança e ao adolescente, sem justa causa, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, ainda que por utilização indevida” (LEI n.º 8069 de 13 de julho de 1990).

Para Brasil (1998), um dos grandes obstáculos para o controle do tabagismo é que a dependência à nicotina é aceita por nossa sociedade. As crianças crescem num ambiente onde os cigarros são anunciados e vendidos, em todo o lugar,

onde o fumar é inserido como comportamento desejável pelos meios de comunicação, onde pessoas respeitadas e admiradas fumam. Além disso, as crianças vêem, nesse comportamento dos adultos, uma indicação de que ela poderá também desenvolver outros comportamentos pouco saudáveis. No entanto, ultimamente, a Convenção - Quadro para o Controle do Tabaco (BRASIL, 2004), vem contribuindo para a redução do consumo de tabaco, quando se reconhece que a expansão do tabagismo é um problema global. Os países membros das Nações Unidas propuseram durante a 52ª Assembléia Mundial da Saúde, providências relacionadas à propaganda e patrocínio, à política de impostos e preços, à etiquetagem, ao comércio ilícito e ao tabagismo passivo.

Assim, no Brasil, em relação às proposições da Convenção - Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) praticamente já foram cumpridas quase que na totalidade e hoje, o consumo nacional de tabaco vem diminuindo graças também a adoção do Programa Nacional de Controle de Tabagismo do INCA/Ministério da Saúde que coordena a implementação de ações educativas, legislativas e econômicas desenvolvidas no plano nacional e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2004).

Um dos principais objetivos dos programas de prevenção e controle do tabagismo é reduzir a iniciação, evitando desse modo que a dependência da nicotina se instale, pois uma vez que esta iniciação ocorre antes dos 20 anos, o percentual de fumantes na faixa-etária jovem pode ser um indicador desta magnitude (BRASIL, 2004).

A iniciação do hábito de fumar é um processo que se instala de forma precoce. Para o INCA (2011), nem todos os adolescentes que experimentam cigarros se tornam fumantes. Porém, a experimentação é o primeiro passo para uma futura adesão ao consumo regular do tabaco. No Brasil, cerca de 80 a 90% dos fumantes inicia o hábito antes dos 18 anos, tal como ocorre no resto do mundo. A idade de início tem sido utilizada como fator prognóstico, considerando que quanto mais precoce a idade de início, maior o risco de morte prematura em consequência de doenças relacionadas ao hábito. Entretanto, é sabido que boa parte dos prejuízos à saúde em função do uso de tabaco não requerem dependência à nicotina, e sim um hábito de fumar persistente (INCA, 2008).

5.7 O tabaco e os serviços de saúde

Os fumantes costumam frequentar os serviços de saúde com as mais diversas demandas (desejos e necessidades) e segundo o Instituto Nacional do Câncer (1997), 70% costumam comparecer aos ambulatórios e hospitais pelo menos uma vez ao ano, quando nessas oportunidades, podem receber informações sobre estratégias de cessação do hábito. “O importante é aproveitar a disponibilidade do fumante em parar, mesmo que sejam necessárias várias tentativas, pois 70% dos pacientes fumantes desejam abandonar o fumo e já fizeram pelo menos uma tentativa de parar de fumar” (BRASIL, 1997, p.39).

O papel do profissional de saúde em relação ao tabagismo segundo o Instituto Nacional do Câncer é procurar não fumar em ambientes de saúde, uma vez que sua figura funciona como modelo. Deve engajar-se e apoiar ações que divulguem os malefícios do fumo e as medidas para o controle da poluição pelo tabaco. Além disso, tanto o médico, quanto o enfermeiro, na sua prática clínica, deve aprofundar seus conhecimentos acerca do tabagismo (BRASIL, 1997).

No que diz respeito ao papel do enfermeiro, o Instituto afirma que “são importantes veículos de conscientização, atuando como multiplicadores das ações de prevenção nos postos de trabalho, tendo em vista seu papel integrador na equipe de saúde. Tais como outros profissionais de saúde, eles têm a responsabilidade e o dever de falar, bem como aconselhar, rotineiramente, seus pacientes a respeito dos malefícios decorrentes do uso de derivados do tabaco. O seu contato prolongado com o paciente facilita essa abordagem” (BRASIL, 1997, p.46).

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 (INCA, 2011, p. 35).

O termo “aconselhamento é bastante utilizado na literatura sobre tratamento do tabagismo, e é citado no Guia Nacional de Prevenção e Tratamento do Tabagismo, na seguinte frase: “Todos os indivíduos que chegam aos serviços de saúde e fumam devem ser aconselhados a interromper o uso de tabaco”. “Se não for possível aconselhar adequadamente, a melhor conduta é encaminhar o fumante para

um serviço especializado” (ACHUTTI, 2001, p.33). Pois de acordo com o INCA (2011), parar de fumar aumenta a expectativa de vida em qualquer faixa etária, inclusive entre os indivíduos que já desenvolveram alguma doença.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Várias são as comprovações que explicam a relevância dos estudos que abordam a problemática do tabagismo (BRASIL, 2004) as quais se destacam:

_ O tabagismo é uma doença crônica gerada pela dependência da nicotina, estando inserido na Classificação Internacional de doenças (CID10) da Organização Mundial de Saúde;

_ O tabagismo é uma doença pediátrica, pois 90% dos fumantes começam fumar antes dos 19 anos e a média de iniciação é 15 anos;

_ Tabagismo é também o mais importante fator de risco isolado para doenças graves e fatais: câncer, doenças cardiovasculares, enfisema e outras;

_ Tabagismo passivo aumenta entre os não-fumantes, o risco de câncer, infarto, infecções respiratórias, dentre outros agravos, sendo por isso considerado também um risco ocupacional quando ocorre em ambientes de trabalho e escolares;

_ Tabagismo mata cerca de cinco milhões de pessoas por ano no mundo e 200 mil no Brasil.

É importante destacar que uma vez estabelecida a dependência, a abstenção do consumo de cigarros torna-se um processo complexo e de difícil obtenção. Atualmente, devido a diversos fatores, tanto sociais e culturais, quanto a ação do sistema de saúde, é cada vez mais frequente a busca por ajuda para parar de fumar (FUNCHAL, 2006).

Os profissionais de saúde de Atenção Básica devem realizar o aconselhamento para a cessação de fumar e/ou prevenir a iniciação. Assim, destaca-se a importância de se fortalecer a capacidade de promoção da saúde global e nacional, pois o tabagismo é um risco à saúde, com reconhecimento científico sobre os seus malefícios, tanto no que diz respeito aos fumantes, como aos chamados fumantes passivos, especialmente crianças e adolescentes; também o meio ambiente merece imediata ação dentro das políticas públicas, por meio da promoção de uma política antitabagista nas escolas, para se criar ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde dos cidadãos (BRASIL, 2001).

Os malefícios causados pelo consumo do cigarro estão bem descritos na literatura. Mesmo entre os tabagistas, há consenso sobre a forte associação entre o cigarro e a maior probabilidade de adoecer e morrer. Entretanto, deixar de fumar é um processo que, na maioria das vezes, leva tempo, já que necessariamente, implica mudança de comportamento (FUNCHAL, 2006).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 1997, p.24) o método comportamental é a estratégia mais indicada para ajudar um fumante a deixar de fumar, já que aborda aspectos cognitivos e emocionais capazes de mobilizar os dependentes de tabaco a desencadearem e a vivenciarem processos de mudanças. A motivação pode ser definida como a probabilidade de que uma pessoa se envolva em uma estratégia específica de mudança. O desejo de mudança não deve ser considerado um traço de personalidade, ou algo estético, mas sim um estado de prontidão ou vontade de mudar.

A estratégia para controlar o tabagismo e os problemas associados a ele deve estar baseada na prevenção primária dos jovens, procurando-se evitar ou atrasar a iniciação e a habituação tabágicas destes, sendo a escola a base para desenvolverem-se ações de prevenção do tabagismo. Assim, o desenvolvimento de programas para prevenir ou retardar o tabagismo juvenil devem contemplar esforços sobre as influências sociais e os grupos de pressão, através de atividades de treinamento para resistir às pressões do meio, dos amigos, familiares e dos elementos publicitários.

Surge a necessidade de ser criada uma legislação antitabagística que contemple o setor de produção com leis que controlem a produção e a manufatura de produtos do tabaco tais como:

- _ proibição da comercialização de categorias específicas de produtos do tabaco;
- _ controle dos aditivos que podem ou devem ser adicionados aos produtos de tabaco;
- _ controle dos níveis permitidos dos ingredientes tóxicos encontrados nos produtos do tabaco;
- _ garantias que permitam modificações oportunas nos produtos do tabaco;
- _ redução da produção de tabaco e seus derivados, através da substituição da cultura do fumo por culturas alternativas; e,
- _ retirada dos subsídios dados para o cultivo do fumo.

No plano da legislação brasileira, encontra-se a Lei n.º 9294/96, regulamentada pelo Decreto n.º 2018 de 01 de outubro de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e a propaganda de produtos fumíferos, proibindo fumar em recinto coletivo, privado ou público, só sendo permitido fumar em áreas livres exclusivas. A propaganda fica restrita somente entre 21h e 6h. E a propaganda em maços de cigarros conterá advertências, escrita e falada sobre os malefícios do fumo, através de frases precedidas de determinadas afirmações, dentre as quais destacamos a que

dirige aos jovens: “Evite Fumar na presença de Crianças” (LEI FEDERAL nº9294 de 15 de JULHO de 1996).

Uma de cada três mortes no mundo deve-se a causas cardiovasculares. O uso do fumo é um dos maiores fatores de risco de contrair afecções cardiovasculares. Essas afecções matam mais de um milhão de pessoas por ano nos países em desenvolvimento. As doenças cardiovasculares relacionadas com o tabagismo matam mais de 600.000 pessoas por ano nos países desenvolvidos. Fumar acelera os batimentos cardíacos, eleva a pressão sanguínea e aumenta o risco de hipertensão e obstrução das artérias, vindo, com o tempo, a causar ataques cardíacos e derrame cerebral (GOMES, 2003).

De acordo com Corrêa (2003), fumar está associado com um aumento na variabilidade da pressão arterial e que hipertensos que fumam têm maior risco de desenvolverem hipertensão maligna, nefro esclerose e de morrer em decorrência da hipertensão. Assim, o tabagismo também é apontado como um fator de risco para a hipertensão arterial.

A aterosclerose ocorre de forma mais extensa e precoce nos diabéticos do que na população em geral. É bem conhecido o efeito aterosclerótico do fumo. O tabagismo é promotor da progressão da nefropatia diabética nos pacientes portadores de DM, seja na forma insulino dependente (IDDM), seja na forma não insulino dependente (NIDDM) (CORRÊA, 2003). De acordo com Gomes (2003), estudos realizados nos Estados Unidos entre profissionais de saúde do sexo masculino indicam que o tabagismo dobra o risco de diabetes não insulino dependente.

Contudo, a exposição ao fumo de tabaco é fator de risco cardiovascular bem demonstrado, e deixar de fumar é, provavelmente, a medida de estilo de vida singular mais eficaz para prevenir as doenças cardiovasculares, por exemplo, o acidente vascular cerebral e o infarto do miocárdio. Considerando que o tabaco interage sinergicamente com outros fatores de risco, como a idade, o gênero, a hipertensão e o diabetes; que os hipertensos não tratados e os normotensos fumadores apresentam valores diurnos da pressão arterial mais elevado do que os não fumadores em registros ambulatoriais; e que aqueles que deixam de fumar antes da meia-idade têm uma esperança de vida idêntica aos que nunca fumaram; os hipertensos – resistentes ou não à terapêutica medicamentosa, ressalte-se: – devem ser vivamente aconselhados a deixar de fumar (SANTOS; ABREU-LIMA, 2009).

Embora, nos últimos 50 anos, muitos estudos tenham focalizado a relação do tabagismo com as doenças cardiovasculares e o câncer, pesquisas recentes têm

relatado uma variedade de outros efeitos na saúde, destacando-se aqueles relacionados à saúde da mulher e da criança, que fortalecem os argumentos em favor do tratamento da dependência pelo tabaco (GOMES, 2003). Para as crianças, o impacto decorre do compartilhamento de ambientes com adultos que fumam e do uso do tabaco pelas mães durante a gravidez. O relatório da “International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health”, de 1999, concluiu pelas seguintes consequências do tabagismo para as crianças: Síndrome da Morte Súbita na infância, baixo peso ao nascer, crescimento intra-uterino retardado, redução na capacidade pulmonar, infecções respiratórias baixas como pneumonia e bronquite, tosse, piora da asma, otite, possibilidade de contribuir para doença cardiovascular na vida adulta e problemas neurocomportamentais (GOMES, 2003).

Por fim, o abuso de drogas como o tabaco é uma preocupação mundial em função de sua alta frequência e dos prejuízos sociais, psíquicos e biológicos, com possíveis consequências no futuro da população; dentre elas, maior risco de complicações em hipertensos e diabéticos. Sendo o tabagismo uma pandemia e, portanto, um problema de saúde pública, deve ser combatido energeticamente com medidas antitabágicas contundentes, sendo útil para conscientizar as pessoas que fumar é nocivo à saúde. Com tudo, a identificação de fatores sociais, econômicos e culturais associados ao consumo do tabaco é bastante relevante, visto que, a eficácia de programas de prevenção do tabagismo depende do conhecimento prévio das características sócio-demográficas da população alvo, do seu padrão de consumo e de suas atitudes. Essas informações irão definir o tipo de intervenção que deve ser realizada, com vistas a inibir o possível progresso do tabagismo, vício progressivamente deletério para a população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados deste estudo, é possível recomendar a estruturação de Políticas Públicas Saudáveis, estabelecendo programas intersetoriais entre a saúde e a educação, com o propósito de promover, prevenir, monitorar e controlar o tabagismo. Em especial com ênfase na população de crianças e adolescentes, sobretudo em escolares, para que possa refletir futuramente em adultos saudáveis, a fim de amenizar o aparecimento e/ou agravamento de complicações decorrentes do uso do tabaco.

A parceria entre esses setores é, portanto, de fundamental importância na concretização de ações de promoção da saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades dos indivíduos, para a tomada de decisões favoráveis à sua saúde e à comunidade, na criação de ambientes saudáveis. Tal parceria também é importante para a consolidação de uma política intersetorial direcionada à qualidade de vida, possibilitando a articulação de estratégias de prevenção da iniciação ao tabagismo, proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça do tabaco, promoção e apoio à cessação de fumar e regulação dos produtos do tabaco através de ações educativas e de mobilização de políticas e iniciativas econômicas e/ou legislativas.

Nesse sentido, é fundamental a formação de crianças e adolescentes como agentes de mudança comportamental e social, criando ambientes livre do tabaco. E para isso, é imprescindível que as ações sejam intersetoriais e multiprofissionais, para que os esforços sejam bem sucedidos, com sentidos e significados mais integrais e que resultem em projetos de vida mais saudáveis e que possibilite diminuir a prevalência e a incidência de fumantes em nosso meio e, conseqüentemente, a redução da morbimortalidade por doenças relacionadas ao tabaco, como a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*.

REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A. (Coord). **Guia nacional de prevenção e tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: Vitro, 2001.

ALDRIGHI, J. M. *et al.* Tabagismo e antecipação da idade da menopausa. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo, v.51, n.1, p.51-53, fevereiro, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302005000100020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 abril 2013.

ANDRADE, A. P. A. *et al.* Prevalência e características do tabagismo em jovens da Universidade de Brasília. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v.32, n.1, p.23-28, fevereiro, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 abril 2013.

ANVISA. **Boletim Informativo**. Disponível em: www.anvisa.gov.br . Acesso em 20 maio 2013.

ARAÚJO, T. L.; LOPES, M. V. O; OLIVEIRA, A. R. S.; *et al.* **Fatores de risco para hipertensão arterial em escolares: Um estudo de caso-controle**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 abr/jun; 16(2):149-55. p.149. Disponível em www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a02.pdf. Acesso em: 12 março 2013.

BALBANI, A. S.; MONTOVANI, J. C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** São Paulo, v.71, n.6, p.820-827, dezembro, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003472992005000600021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 março 2007.

BANCO MUNDIAL. **Aspectos econômicos do tabagismo & do controle do tabaco em países em desenvolvimento**. Documento organizado pela Comissão Européia em colaboração com a Organização Mundial de Saúde e o Banco Mundial para a Mesa Redonda de Alto Nível sobre o Controle do Tabagismo e Políticas de Desenvolvimento, fev., 2003. Tradução Instituto Nacional de Câncer. Ministério da saúde. Bruxelas, 2003.

_____. **A epidemia do tabagismo**. Os governos e os aspectos econômicos do controle do tabaco. The World Bank, ago. 1999. Tradução Instituto Nacional de Câncer. Ministério da saúde. Bruxelas, 1999.

BARTSCH, P.; LAPERCHÉ, J. Tabagisme occasionnel de l' adolescent, ou commencelanocivité? **RevisiteMedicinLiège**, v.61, n.5-6, p.394-400, 2006.

BASP. European Bureau for the Action on Smoking Prevention. **Tabaco e Saúde na União Europeia-Uma Síntese**. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo, 1994.

BENOWITZ, N. L. Tabagismo e dependência da nicotina. **Clínicas Médicas da América do Norte**, v. 2, p. 417- 439, 1992.

BIOLCHI, M. A história do tabaco. **In contexto rural**. Curitiba: DESER, Ano V, n.5, julho, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e

Vigilância. **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.

_____. Portaria GM/MS/ N.º 1.575, de 29 de agosto de 2002. Consolida o Programa Nacional de Controle de Tabagismo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 set. 2002. Seção 1, p.42-47.

_____. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho:** manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância de Câncer. **Falando sobre Tabagismo**. 3ª edição. Rio de Janeiro, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de Enfermagem para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 1997.

BURNS, D. Cigarros e tabagismo. In SAMET, J. et AL. **Clínicas de doenças pulmonares v. 4**. Rio de Janeiro: Interlivros, 1991.

CAMPOS, J.R; COLOMBARI, E.; CRAVO, S.; LOPES, O. U. **Hipertensão arterial: o eu tem a dizer o sistema nervoso**. Rev. BrasHipertens. Vol8, n1, p. 41-54, 2001.

CARLINI, E. A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: 2005**. São Paulo, Brasil: CEBRID- Centro Brasileiro de informação sobre drogas psicotrópicas: UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo e SENAD- Secretaria Nacional Antidrogas, 2005.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo: avanços e desafios. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.32, n.5, p.283-300, outubro, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832005000500006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 março 2013.

CHACRA, A. R., LERÁRIO, D. D. G. Novos avanços na terapia do diabetes do tipo 2. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.8, n.5, p.914-922,1998. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000086&pid=S14155273200200010000500005&lng=en. Acesso em 30 abril 2013.

CORREA, Paulo César Rodrigues Pinto. **Tabagismo, hipertensão e diabetes - reflexões**. Revista Brasileira de Clínica & Terapêutica 29 (1): 19-24; 2003

FERRARINI, E. **Tóxico e alcoolismo**. 2.ed. [S.l]. [s.n], 1980. 202p.

FIGUEIREDO, D. M; RABELO, F. L. A. **Diabetes *Insipidus*: principais aspectos e análise comparativa com diabetes *mellitus***. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. 2009 30 (2): 155-162.

FIGUEIREDO, V. C.; SZKLO, M.; LOZANA, J. A.; CASADO, L.; FERNANDES, E. M. **Perfil do Tabagismo na População de 15 anos ou mais do Município do Rio de Janeiro em 2001**- Instituto Nacional de Câncer /Coordenação de Prevenção e Vigilância / Divisão de Epidemiologia, 2002.

FUNCHAL, E. **O verso e o reverso do corpo fumante: Conflitos vivenciados.** Curitiba, 2006. vii,111f. Disponível em www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oEduardoFunchal.pdf. Acesso em: 01 junho 2013.

FRAGA, S.; RAMOS, E; BARROS, H. Uso de tabaco por estudantes portugueses e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.4, p.620-626, agosto, 2006. Disponível em: <www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 junho 2013.

GIGLIOT, A.; BESSA, M. A. Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.26, p.11-13, maio, 2004. Disponível em:<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462004000500004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 março 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Fábio de Barros Correia. **Conseqüências do Tabagismo para a Saúde.** Brasília: Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados, 2003.

GRENIER, G. E. A.; CONEGERO, C. I. **Abordagem do tema hipertensão arterial e suas relações com o tabagismo e a obesidade como forma de avaliação da aquisição e socialização de conhecimentos em Feiras de Ciências,** 2008. In: SILVA

GUINDON, E.; TOBIN, D.; YACH, D. **Tendências e acessibilidade dos preços dos cigarros: amplo espaço para aumentos de impostos e os ganhos de saúde relacionados ao controle do tabaco.** 2002. 11:35-43, Setembro.

INCA. Ministério da Saúde, Brasil. **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.** Rio de Janeiro: INCA, 2011. <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/situacao_tabagismo.pdf>. Acesso em: 10/07/2013.

_____. **Ministério da Saúde, Brasil.** Retrieved in February 18-2009, from: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publica%C3%A7%C3%B5es/nicotina>. Acesso em 14 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. **Abordagem e Tratamento do Fumante, Consenso 2001.** Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. **A História do Tabaco.** Disponível em: <http://inca.org.br>. Acesso em: 17 junho 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição,** 1989.

ISMAEL, S. M. C. Tabagismo e o adolescente. **Revista Pediátrica Moderna.** v. 37, n.12, p.683-686, dez., 2001.

IVANOVIC, D. M.; CASTRO, C. G.; IVANOVIC, M.R. Factores que incidem en el hábito de fumar de escolares de educación básica y media del Chile. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.1, p.30-43, fev., 1997.

LIMA, J. L.; SOUZA, S. L. **Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 03, p. 330-335, 2004.

LA GRECA, A. M; FISHER, E. B. Adolescent smoking. **Pediatric Annals**, Miami, v.21, n.4, p.241-244, 247-248, 1992.

LEI FEDERAL nº. 10.167 de 27, de dezembro de 2000. Disponível em www.inca.gov.br/tabagismo/economia/leisfederais.pdf. Acesso em 15 maio 2013.

LEI FEDERAL nº9294 de 15 de JULHO de 1996. Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9294.htm. Acesso em 15 maio 2013.

LEI nº 8069 de 13 de julho de 1990. Disponível em www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8069.htm. Acesso em 15 maio 2013.

LEITE, A. O tabagismo e a boca. **Revista da APCD**, São Paulo, v.55, n.1, p.7-14, jan./fev., 2001.

LUIS, M. A. V.; LUNETTA, A. C. F. Álcool e outras drogas: levantamento preliminar sobre a pesquisa produzida no Brasil pela enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. spe, p. 1219-1230, dezembro, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=scri_arttext&pid=S010411692005000800018&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 abril 2013.

MARMOT, M.; WILKINSON, R.; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Social Determinants of Health**. WHO, Europa, 1998, 30 p.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. National Institutes of Health. Department of Health and Human Services. Women, tobacco and cancer: an agenda for the 21st Century. United States, 2004

OPARIL, S. **Hipertensão arterial**. In: BENNETT, J. C.; PLUM, F. et al. Cecil - Tratado de medicina interna. 20ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. v. 1, p. 285-301.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. Desenvolvimento físico e cognitivo na adolescência. In:_____. **Desenvolvimento humano**. 7. ed. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2000. cap.10, p.309-339.

REPACE, J.L. Indoor concentrations of environmental tobacco smoke field surveys. In: IARC Scientific Publications nº 81. Environmental Carcinogens methods of analysis and exposure measurement. **Passive Smoking**. Vol 9. Lyon. France, 1987, p.141-162.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: droga universal**. [S.l.]:[s.n], 2004. 240p. Disponível em: <www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf>. Acesso em: 19 março 2007.

ROSEMBERG, J. **Tabagismo: Panorama Global**. Jovem Médico 2001; 6:14-17.

ROSEMBERG, J. **Temas sobre Tabagismo**. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Recife, 1998, 107 p

ROSEMBERG, J. **Tabagismo, sério problema de saúde pública**. São Paulo: ALMED, 1981.

SANTOS, A.C.; ABREU-LIMA, C. **Hipertensão de difícil controle**: impacto do estilo de vida. *VerBrasHipertens* vol.16 (Suppl1): S5-S6, 2009. Disponível em <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-supl1/03-hipertensao.pdf>. Acesso em: 14 maio 2013.

SHAW, J. E.; SICREE, R. A.; ZIMMET, P. Z. **Estimativas globais da prevalência do diabetes em 2010 e 2030**. Artigo de revisão: *Diabetes Research and Clinical Practice*, Volume 87, Issue 1, janeiro de 2010, páginas 4-14. Disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19896746. Acesso em 03 junho 2013.

SILVA, L. V. E. R. *et al.* Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.2, p.280-288, abril, 2006. Disponível em: <www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 março 2013.

VIEIRA, A. R. **Diagnóstico situacional da equipe de saúde _ Renascer para a Saúde do município de Jenipapo de Minas**. Jenipapo de Minas: 2011.

VITÓRIA, P. D.; RAPOSO, C. S.; PEIXOTO, F. A. A prevenção do tabagismo nas escolas. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.1, n.1, p.45-51, Portugal, 2000.

WILD, S.; ROGLIC, G.; GREEN, A. *et al.* **Prevalência global de diabetes: as estimativas para o ano 2000 e projeções para 2030**. *Diabetes* 2004, 27 (5): 1047 – 53. Disponível em www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034. Acesso em: 23 maio 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World no tobacco day 2004 materials. Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2004/em>>. Acesso em: 01 maio 2013.

XAVIER, J. **Tabagismo**: OMS associa fumo à pobreza. **Revista RADIS**, São Paulo, n.21, p.7, mai., 2004.

ZANINI, R. R. *et al.* Prevalência e fatores associados ao consumo de cigarros entre estudantes de escolas estaduais do ensino médio de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1619-1627, agosto, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 abril 2007.