



ORIGINAL ARTICLE

PREVALENCE OF SMOKING AMONG HEALTH PROFESSIONALS

PREVALÊNCIA DO TABAGISMO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

LA PREVALENCIA DEL TABAQUISMO ENTRE LOS PROFESIONALES DE SALUD

Lucijane Maria da Silva¹, José Franklin Alves de Lacerda², Ednaldo Cavalcante de Araújo³, Ana Márcia Tenório Souza Cavalcanti⁴

ABSTRACT

This is about a descriptive, longitudinal epidemiological study, from quantitative approach, aiming at estimating the prevalence of smoking among professionals of Health Family Units at Camaragibe, Pernambuco (PE) – Brazil, for the implementation of the Tobacco Use Control Program. The population was from 370 health professionals, from 37 Health Family Units, and a team of the Program of Health Community Agents, and the sample from 315 professionals corresponded to 85,0% of this population. A questionnaire self-applicable was used to gather data, which were organized, analyzed and discussed according to literature. Results showed that there was predominance of female genre practitioners, that of the higher level are those that most smoking 32,7%; half of the nurses smoke less than 20 cigarettes a day, 50,0% of doctors smoke 20 cigarettes or more ones; 100% of assistant nursing smoke less than 20 cigarettes a day, 53,0% of health community agents smoke less than 20 cigarettes a day; on the attempt to stop smoking, 66,7% of nurses, 75,0% of doctors, 100% of the nursing assistants and 70,0% of the health community agents has made several attempts. According to this data should be considered in the strategies for the prevention of tobacco use among health professionals and the need to implement the of Tobacco Control Program at Health Family Units, aiming at become Tobacco Free Environments with professionals trained to serve in the prevention and abandonment of the practice of smoking with users. **Descriptors:** prevalence; smoking; health professionals.

RESUMO

Estudo de natureza quantitativa, compõe-se em um inquérito epidemiológico, do tipo descritivo e transversal, com o objetivo principal de estimar a prevalência do tabagismo entre profissionais das Unidades de Saúde da Família de Camaragibe, Pernambuco (PE) – Brasil, visando à implementação de *Medidas de Controle do Tabagismo*. A população foi composta por 370 profissionais de 37 Unidades de Saúde da Família, e uma equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A amostra de 315 profissionais correspondeu a 85,0% dessa população. A coleta de dados foi realizada com a utilização de um questionário auto-aplicável e os dados foram organizados, analisados e discutidos à luz da literatura. Dentre os resultados observou-se que houve predominância de profissionais do gênero feminino; que os de nível superior são os que mais praticam o tabagismo 32,7%; metade dos enfermeiros fuma menos de 20 cigarros por dia; 50% dos médicos fumam 20 cigarros ou mais; 100% dos auxiliares de enfermagem fumam menos de 20 por dia; 53,0% dos agentes comunitários fumam menos de 20 cigarros por dia; quanto à tentativa de parar de fumar, 66,7% dos enfermeiros, 75,0% dos médicos, 100% dos auxiliares de enfermagem e 70,0% dos agentes comunitários, já fizeram várias tentativas. Portanto, conclui-se que os resultados deste estudo devem ser considerados nas estratégias de prevenção do uso do tabaco entre os profissionais da saúde e a necessidade de implementar as *Medidas de Controle do Tabagismo*, nas Unidades de Saúde da Família, com o propósito de tornar *Ambientes Livres do Cigarro* com profissionais capacitados para atuarem na prevenção e desistência da prática do tabagismo com a clientela. **Descritores:** prevalência; tabagismo; profissionais de saúde.

RESUMEN

Este fue un estudio descriptivo, longitudinal epidemiológico, de carácter cuantitativo, con el objetivo de estimar la prevalencia del tabaquismo entre los profesionales de las Unidades de Salud Familiar en Camaragibe, Pernambuco (PE) – Brasil, para la aplicación del Programa de Control del Uso de Tabaco. La población se compone de 370 profesionales de la salud, de las 37 Unidades de Salud Familiar, y un equipo del Programa de Salud de Agentes de la Comunidad, y la muestra de 315 profesionales que corresponden a 85,0% de esta población. Un cuestionario de autoevaluación aplicable se utilizó para recopilar datos, que fueran organizados, analizados y discutieron de acuerdo con la literatura. Los resultados obtenidos indicaron que hubo predominio de los profesionales de género femenino, de que el nivel superior son los que más usan tabaco 32,7%; la mitad de las enfermeras fuman menos de 20 cigarrillos al día, 50,0% de los médicos fuman 20 cigarrillos o más; 100% de los auxiliares de enfermería fuman menos de 20 cigarrillos al día, 53,0% de los agentes comunitarios de salud fuma menos de 20 cigarrillos al día; en el intento de dejar de fumar, el 66,7% de los enfermeros, 75,0% de los médicos, 100% de los asistentes de enfermería y 70,0% de los agentes comunitarios de salud ha hecho varios intentos. Según los datos de este estudio debe ser considerado en las estrategias para la prevención del consumo de tabaco entre los profesionales de la salud y la necesidad de aplicar el Programa de Control del Tabaco, en las Unidades Básicas de Salud Familiar, con el objetivo de convertirse en Ambientes Libres de Tabaco con profesionales entrenados para servir en la prevención y el abandono de La práctica de fumar con los usuarios. **Descriptores:** prevalencia; tabaquismo; los profesionales de la salud.

¹Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas de Campina Grande – FACISA – Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: luma@gmail.com; ² Professor do Programa de Especialização em Saúde Pública. Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas de Campina Grande – FACISA – Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: jofal@gmail.com; ³Enfermeiro. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil. Pós-doutorando em Sorbonne, Paris – França. E-mail: ednenjp@gmail.com; ⁴Professora Assistente do Departamento de Enfermagem. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil. E-mail: anapopita@gmail.com

INTRODUÇÃO

A prática do tabagismo é milenar, sendo usada por índios americanos em rituais religiosos, e depois do descobrimento das Américas, ocorreu sua expansão para a Europa. No início do século 17 começou-se a fabricar o tabaco capeados com papel, dando-se início a comercialização e o consumo do cigarro.¹

O tabaco é encontrado na natureza em forma de folhas – *Nicotiana tabacum* –, após processamento industrial e o adicionamento de outras substâncias.¹ Na fumaça do cigarro já foram identificadas quase cinco mil constituintes químicos, e 2.550 dessas substâncias químicas são provenientes do fumo cru, sendo o restante constituído por compostos orgânicos e metálicos^{2,3}, entre os quais destacam-se:

1. Alcatrão: material particulado composto por substâncias como arsênio, níquel, benzopireno, capazes de provocar câncer.

2. Nicotina: está diretamente relacionada ao infarto, enfisema pulmonar e câncer, potencializa o desejo de fumar, atua semelhante a cocaína, o álcool e a morfina, causando dependência.

3. Outras substâncias: resíduos de agrotóxicos, substâncias radioativas (chumbo, polônio 210 e carbono 14), metais pesados (cádmio e cromo), amônia, aldeído, acroleína, acetona, monóxido de carbono (em concentrações semelhantes ao escapamento de um automóvel).

A fumaça principal possui aproximadamente 10 partículas/ml dessas substâncias. O diâmetro aerodinâmico da partícula determina o local de depósito na via respiratória e nas regiões alveolares do pulmão. Os fumantes que retêm fumaça na boca e não a inalam acumulam poucas substâncias; os que a inalam profundamente e retêm a inalação, podem reter até 90% das substâncias. Entre os indicadores biológicos da absorção dos constituintes da fumaça, como a nicotina e a cotinina estão o sangue, a saliva e a urina.¹⁻³

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) são considerados fumantes de cigarros, pessoas que fumam 100 ou mais cigarros na vida e, ex-fumantes aqueles que já fumaram 100 ou mais cigarros na vida; fumante ativo é o que faz uso regular e contínuo de cigarro, charuto ou cachimbo; fumante passivo é o que frequenta ambiente poluído com substâncias da fumaça do cigarro, ficando exposto três vezes mais à nicotina, ao monóxido de carbono e 50 vezes mais a substâncias

cancerígenas que o ativo. As substâncias inaladas pelo fumante passivo permanecem no sangue por 24 horas.⁴

O controle do tabagismo nunca esteve tão em evidência nos dias atuais, visto que é considerado a principal causa de morte prevenível e um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, pois é fator de risco para cerca de mais de 50 doenças. Há no mundo um bilhão de fumantes consumindo cinco trilhões de cigarros. No Brasil, cerca de 33 milhões são fumantes, representando quase 40% da população acima dos 15 anos; um terço dos adultos fuma e, especialmente, os da região Sul, onde se encontram os maiores índices, atingindo 42%, dos quais metade vai adoecer ou morrer por causa do cigarro. Estima-se que a cada ano, 125.000 mil pessoas morram precocemente devido às doenças associadas ao tabagismo, número que vem aumentando ano após ano.^{5,6}

Surpreendentemente neste número de fumantes, estão incluídas mais de 30 mil crianças com menos de 10 anos de idade, que já são fumantes regulares. E não são só os fumantes que adoeceram os que importam, mas quem cuida deles, vive com eles e sofre por eles. Também quem gasta para tratá-los, muitas vezes sem resolver o problema. Fora as questões ambientais, tão importantes para o Brasil, que vão desde a poluição ambiental causada pela fumaça do cigarro até o impacto no ecossistema provocado pelo cultivo do fumo.^{5,6}

Diante dessa problemática o Ministério da Saúde (MS) expandiu as <<Medidas de Controle do Tabagismo>> para os municípios, integradas às Estratégias Saúde da Família – ESF, nas Unidades de Saúde da Família – USF. Para a implementação de tais medidas, as USF precisam se tornar <<Ambientes Livres do Cigarro>> com profissionais conscientes e capacitados para atuarem na prevenção e desistência da prática do tabagismo com a clientela.⁷

A ESF é constituída por USF, que foram implantadas em 1994 pelo MS com o intuito de reorganizar a Atenção Básica de Saúde – ABS – nos municípios. Essa Estratégia propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial.⁷

A ESF tem como propósito o de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na USF e em domicílio, sempre de acordo com as reais necessidades da

comunidade, identificando os fatores de risco e intervindo de forma apropriada.⁷

Cada USF é composta por uma equipe que o MS recomenda, no mínimo, os seguintes profissionais: um médico, um enfermeiro, um odontólogo, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário, e entre quatro a seis agentes comunitários de saúde. Entre as atribuições básicas estão:

- Identificar os problemas de saúde mais comuns e as situações de risco que a população está exposta.
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde.
- Valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, que é fundamental no processo de cuidar.
- Desenvolver processos educativos por meio de grupos voltados à recuperação da auto-estima, trocas de experiências, apoio mútuo e melhoria do autocuidado.⁷

Mediante o exposto, este estudo justifica-se pela dimensão do problema de saúde pública mundial que é o tabagismo, e sendo a USF representada pelos profissionais da saúde, responsáveis pela educação em saúde da população, foi verificado por uma das autoras desse estudo a existência de vários profissionais fumantes nas USF em Camaragibe, inexistindo tanto dados estatísticos que comprovem o quantitativo destes quanto pesquisas semelhantes na literatura.

Portanto, almeja-se com este estudo, que sirva de base para a implementação de <<Medidas de Controle do Tabagismo>> em Camaragibe e expandindo-as para as USF, assim como auxiliar os pesquisadores no aprofundamento da questão do tabagismo por profissionais da saúde, identificando as diferenças e lacunas no campo da produção do conhecimento com essa população.

OBJETIVOS

- 1) Estimar a prevalência do tabagismo entre os profissionais das Unidades de Saúde da Família de Camaragibe(PE), Brasil.
- 2) Identificar as classes profissionais que mais praticam o tabagismo.
- 3) Investigar se os profissionais desenvolvem atividades educativas para o controle do tabagismo.

MÉTODO

Estudo de natureza quantitativa, compõe-se em um inquérito epidemiológico, do tipo descritivo e transversal.

O local do estudo foi o município de Camaragibe (PE), Brasil, que faz parte da região metropolitana de Recife e considerado de área predominantemente urbana. Possui 120 mil habitantes, com 94,0% da população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.⁽⁸⁾

A população desse estudo foi composta por 370 profissionais da saúde, de 37 Unidades de Saúde da Família – USF –, e uma equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS –, assim distribuídos: 40 enfermeiros, 258 agentes comunitários de saúde – ACS –, 29 médicos, seis odontólogos; seis atendentes de consultório dentário; quatro técnicos em consultório dentário; 37 auxiliares de enfermagem. A amostra de 315 profissionais correspondeu a 85% da população, utilizando-se para o cálculo o *software* Epi Info 3.2.2.

A coleta de dados foi realizada por uma das autoras desse estudo, durante reuniões e cursos de capacitação promovidos pela prefeitura de Camaragibe, com a utilização de um questionário auto-aplicável, contemplando as seguintes variáveis: *gênero, idade, estado civil, profissão, se os pais são fumantes, se é fumante, a idade em que começou a fumar, quantos cigarros fuma por dia, se já tentou parar de fumar, e se realiza atividades educativas no local de trabalho*. Em seguida, os dados foram organizados em figuras, analisados e discutidos à luz da literatura.

Antes da realização desse estudo, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães – CEP/HAM, sendo aprovado e apresentado para os participantes, com os propósitos de lhes esclarecer sobre o estudo e obter a adesão por meio da assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido e pós-esclarecido. Dessa maneira, foram atendidos os critérios estabelecidos pela Resolução 196/96, do Conselho acional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.⁸

RESULTADOS E DISCUSSÃO



Figura 1. Gênero dos profissionais de saúde segundo gênero que atuam nas Unidades de Saúde da Família. Camaragibe, 2006.

Verifica-se que há predominância de mulheres em todas as categorias profissionais, tanto de nível superior quanto de médio nas USF de Camaragibe. A participação da mulher no mercado de trabalho é cada vez evidente na atualidade e o número de fumantes, também.¹⁰⁻¹

No Brasil, cerca de 30% da população adulta é de fumante. Embora haja predomínio do gênero masculino, as mulheres estão se aproximando dos homens nesta prática. Estimam-se que em países desenvolvidos o tabaco cause, aproximadamente, 30% de todas as mortes entre os 35 aos 69 anos, sendo a maior causa de morte prematura.^{6,12}

No Brasil, estima-se que ocorram 125.000 mortes a cada ano por doenças associadas ao fumo; a cada cinco minutos morre um brasileiro em consequência do tabagismo. No mundo, a cada oito segundos, morre um ser humano devido ao fumo.^{6,13-4}

O uso do tabaco na forma de cigarro expandiu-se a partir da Segunda Guerra Mundial, quando a indústria fumageira passou a investir em propagandas visando o público feminino, e logo depois, com a participação dos jovens no mercado de trabalho, o

investimento em marketing foi aumentado. A indústria passou a investir com a aparição de artistas em propagandas, filmes, novelas, festivais de música, eventos esportivos, corridas de fórmula 1, enaltecendo nas pessoas o desejo de que <<fumando, atingirão o sucesso>>, e desse modo cada vez mais aumentando os lucros.¹¹

No entanto, o Mistério da Saúde, em dezembro de 2000, aprovou no Congresso Nacional a Lei Nº. 10.167 que, desde 2003, restringe a publicidade de produtos derivados do tabaco à fixação de pôsteres, painéis e cartazes em interiores de estabelecimentos comerciais; proíbe a publicidade em revistas, jornais, televisão, rádio e outdoors; proíbe a propaganda em meios eletrônicos, inclusive na internet; a propaganda indireta contratada, também denominada merchandising e a propaganda em estádios de futebol e ginásios esportivos, pistas, palcos ou locais similares; proíbe o patrocínio de eventos esportivos internacionais e culturais pelas companhias de tabaco. As Leis Nºs. 8.069/1990 e 10.702/2003 que exigem a veiculação da seguinte frase nos maços de cigarro <<Venda proibida a menores de 18 anos>>.¹⁰

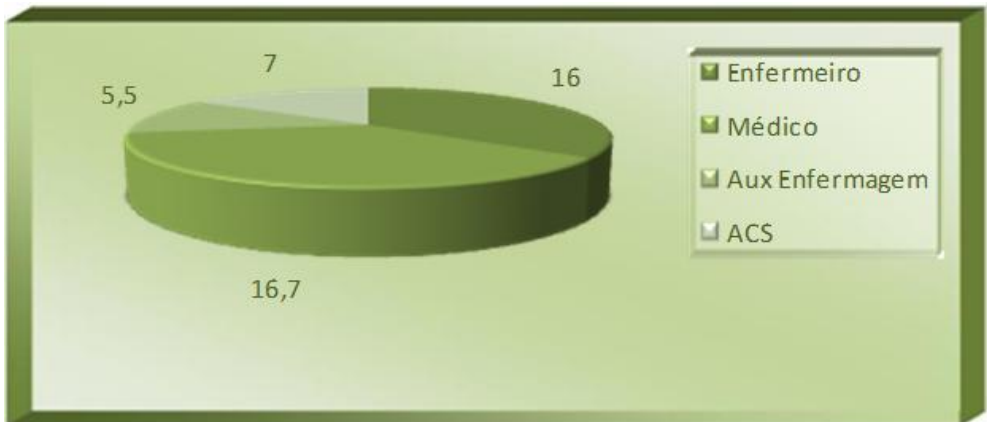


Figura 2. Prática do tabagismo dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Saúde da Família. Camaragibe, 2006.

A prevalência do tabagismo é maior nos profissionais enfermeiros e médicos, que possuem grande poder de persuasão na comunidade de Camaragibe. Entre os odontólogos é inexistente a prática do tabagismo, pois sendo responsáveis pela saúde bucal, começam cuidando bem deles próprios.

O tabagismo provoca dentes amarelados, mau hálito, calvície, enfraquece o sistema de defesa do organismo, destrói a capacidade de renovação da pele, faz enrugar, envelhece, antecipa a menopausa, engrossa a voz, escurece os dentes, causa impotência sexual, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial, angina *pectoris*, acidente vascular cerebral, bronquite, enfisema pulmonar, câncer de pulmão, boca, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, rim e bexiga, entre tantas outras consequências diretas e indiretas.^{2,3,5}

Enfermeiros e médicos desenvolvem naturalmente vínculo de confiança com os comunitários e possuem a tarefa de alertar e orientar os clientes fumantes a deixarem de fumar.¹³ O enfermeiro possui o dever de aconselhar rotineiramente seus comunitários sobre os malefícios do cigarro, pois o seu contato prolongado com as pessoas facilita essa abordagem.

Os auxiliares de enfermagem e ACS, diferente dos resultados encontrados na literatura, o percentual foi de 5,5%, e 7,0%, respectivamente, pois uma pesquisa realizada no Hospital do Câncer, do Instituto Nacional do Câncer – INCA, em 1997, mostrou, respectivamente, que 30,3% dos auxiliares de enfermagem, 20,0% dos enfermeiros e 20,3% dos médicos, eram fumantes regulares, mas esses dados não podem ser fidedignamente comparados, pois uma pesquisa foi realizada com profissionais da atenção básica de saúde e a outra com profissionais do nível terciário no hospital.¹³

O número de anos de educação formal, o nível de renda e a classificação no emprego influenciam a prevalência do tabagismo, pois os indivíduos com maior grau de instrução tem menos probabilidade de começar a fumar¹⁴⁻⁵, fato que não foi verificado no nosso estudo.

A OMS⁽¹⁶⁾ classifica a dependência e a abstinência de nicotina nas categorias F15 – transtornos mentais e de comportamento. Vale notar que dependência é um estado físico e psíquico da interação entre o organismo vivo e uma droga, caracterizado por respostas de comportamento que incluem

uma compulsão a ingerir a droga de modo contínuo e periódico, com a finalidade de experimentar seus efeitos e evitar o desconforto de sua ausência.¹⁷⁻⁸

A dependência psicológica a uma droga se dá em virtude do alívio da tensão e do conforto emocional por ela proporcionado. Na dependência física há alteração de um estado fisiológico produzido pela ingestão ou administração repetida de uma droga.¹⁶⁻⁸

Droga é qualquer substância química, natural ou sintetizada, capaz de produzir efeitos sobre o funcionamento do corpo, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento. As drogas psicotrópicas ou psicoativas, ao serem utilizadas por qualquer via de administração, produzem mudanças no sistema nervoso central (SNC), alterando o humor, o nível de percepção, ou seja, seu estado emocional, comportamental e sua capacidade de aprendizagem.¹⁶⁻⁸

De modo geral, os fumantes relatam efeitos positivos como prazer, estímulo, relaxamento, redução da ansiedade, diminuição da fome e do ganho ponderal. Sabe-se que a nicotina pode melhorar a atenção e o tempo de reação, além de aumentar o rendimento em certas tarefas.¹⁹⁻²⁰

Os fumantes são condicionados a associar o ato de fumar a situações prazerosas como fumar depois de uma refeição, após tomar uma xícara de café, ao sair com amigos para diversão ou beber, antes de iniciar uma tarefa que exija concentração.¹⁹⁻²⁰ Todas essas alterações ocorrem porque a nicotina altera a biodisponibilidade da dopamina, serotonina, endorfina, acetilcolina, norepinefrina e arginina vasopressina.^{16,18}

A abstinência pode ocorrer após o uso repetido e prolongado da nicotina, o seu início e curso são limitados no tempo e relacionados à dose que vinha sendo utilizada, e são as seguintes: perturbações psicológicas; humor disfórico ou deprimido; insônia; irritabilidade, raiva; ansiedade; inquietação; dificuldade para se concentrar; perturbações físicas; frequência cardíaca diminuída; aumento do apetite.^{16,19}

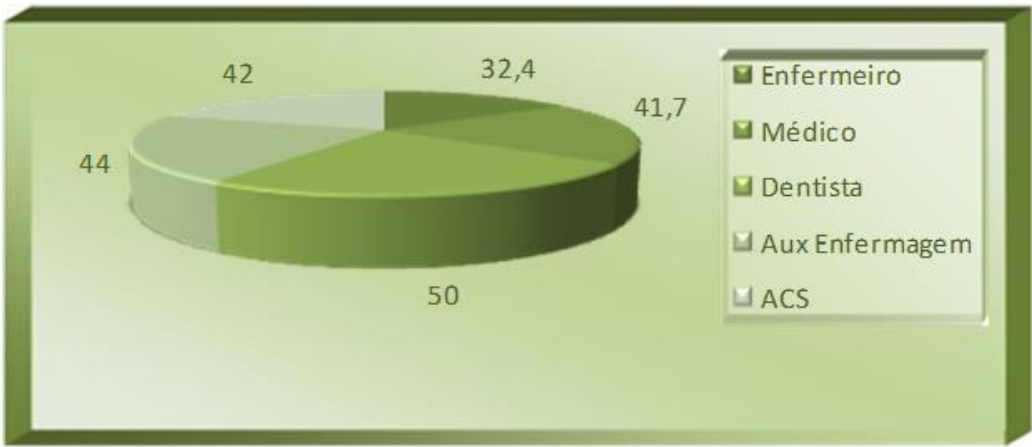


Figura 3. Distribuição dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Saúde da Família no município de Camaragibe, segundo a prática de tabagismo dos pais. Camaragibe, 2006.

Vê-se que se equiparam o número de filhos de pais fumantes, sendo menos verificado nos enfermeiros, metade dos pais dos dentistas são fumantes, no entanto, nenhum se tornou tabagista. Sabe-se da influência do tabagismo dos pais é grande para que os filhos tornem-se também fumantes, fato que foi pouco evidenciado em todas as categorias profissionais de estudo.

No tabagismo, a imagem e a necessidade de aceitação social ou integração em um grupo contribui para o início do uso, principalmente nos adolescentes, que passam a considerar o ato de fumar um comportamento adulto e sofisticado, e o uso do fumo, antes de se tornar dependência, é um aprendizado social.^{13,21}

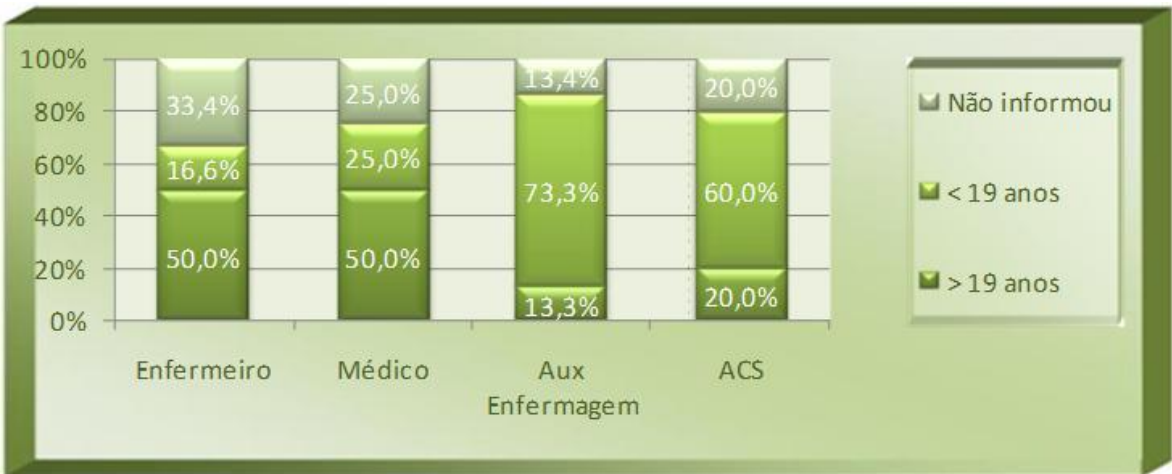


Figura 4. Faixa etária de início do tabagismo dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Saúde da Família. Camaragibe, 2006.

Observa-se que todos os profissionais iniciaram o vício do tabagismo na adolescência, antes dos 19 anos. Dados de pesquisas indicam que 90,0% dos fumantes iniciam o uso do cigarro até os 19 anos, pela influência e aceitação social dos pais, por se espelharem nos irmãos, professores e artistas, inclusive.¹⁸⁻²²

Crianças e adolescentes, entre cinco e 19 anos, estão cada vez mais se tornando dependentes, principalmente na zona rural, em virtude de poucas oportunidades de acessos às informações preventivas e promocionais de saúde, escassez de serviços de saúde, piores condições de vida e de trabalho.^{10,21-2}

Atualmente o tabagismo responde por 90 a 95% das mortes por câncer de pulmão, está relacionado também ao câncer de laringe, esôfago, boca, pâncreas, rim, bexiga, colo de útero, 75% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), 20% das mortes por doenças vasculares, 35% das mortes por

doenças cardiovasculares. Este fato contribui para que hoje o tabaco responda por 15% do total de mortes ocorridas.^{3,5,14}

Alguns estudos demonstram que o uso do cigarro associado à exposição à sílica contribui para a ocorrência dos sintomas de bronquite irritativa ocupacional da silicose.^{3,5,14}

Já foram identificados de 60 a 70 cancerígenos no fumo, sendo considerado um cancerígeno completo, pois possui substâncias capazes de iniciar, promover e acelerar a mutação gênica.^{3,5,6,10}

Entre essas substâncias encontram-se os hidrocarbonetos, nitrosaminas, arsênico, níquel, cádmio e Polônio 210. O Polônio 210 produz radon e alfaemissores, equivalente a dose sobre a pele de 300 radiografias/ano para o fumante de 30 cigarros/dia. Os mutagênicos fixam-se ao DNA, provocando alterações precursoras das células cancerosas, ocasionando aberrações cromossômicas como as trocas de cromátides irmãs, detectáveis nos

linfócitos do sangue periférico, até alterações mais profundas atingindo nucleotídeos de genes.^{1,3,5,6,9,11-3}

Nos ex-fumantes o risco de câncer brônquico declina acentuadamente por um período superior a 10 anos, calculando-se que em torno de 85% desse tipo de tumor deixariam de existir se o uso do cigarro fosse eliminado.^{1,3,5,6,10-3}

Nos fumantes passivos o primeiro estudo multicêntrico epidemiológico foi do Instituto de Pesquisas do Centro Nacional de Câncer do Japão, onde demonstrou ser o dobro a mortalidade por câncer de pulmão em mulheres esposas de maridos consumidores de 20 cigarros diários e que, fumantes casados com tabagistas e nos próprios tabagistas, há maior incidência de câncer de pulmão, quando fumantes passivos na infância.^{1,5,13-4}

Estudos com não fumantes trabalhando por 20 anos em locais com fumantes verificaram

que elas apresentam deterioração da capacidade funcional pulmonar equivalente aos tabagistas consumidores de 10 cigarros/dia. As substâncias que contribuem para esse fenômeno são: aldeídos, cetonas, ácidos orgânicos diversos, amônia, acroleína, monóxido de carbono e óxido de nitrogênio.^{1,5,13-4}

As repercussões morfofuncionais ocorrem nos bronquíolos periféricos com 2 mm a 3 mm de diâmetro e são: queda dos cílios; inflamação do epitélio brônquico; hipertrofia das glândulas mucíparas; aumento das células caliciformes; diminuição das células que produzem surfactante; aumento da produção de muco com a consistência físico-química alterada; edema e inflamação do epitélio brônquico; prejuízo do epitélio brônquico; prejuízo do transporte muco-ciliar; hipertrofia e metaplasia celular-basal; hipertrofia dos músculos da parede bronquial; estreitamento da luz bronquial.^{1,5,13-4}

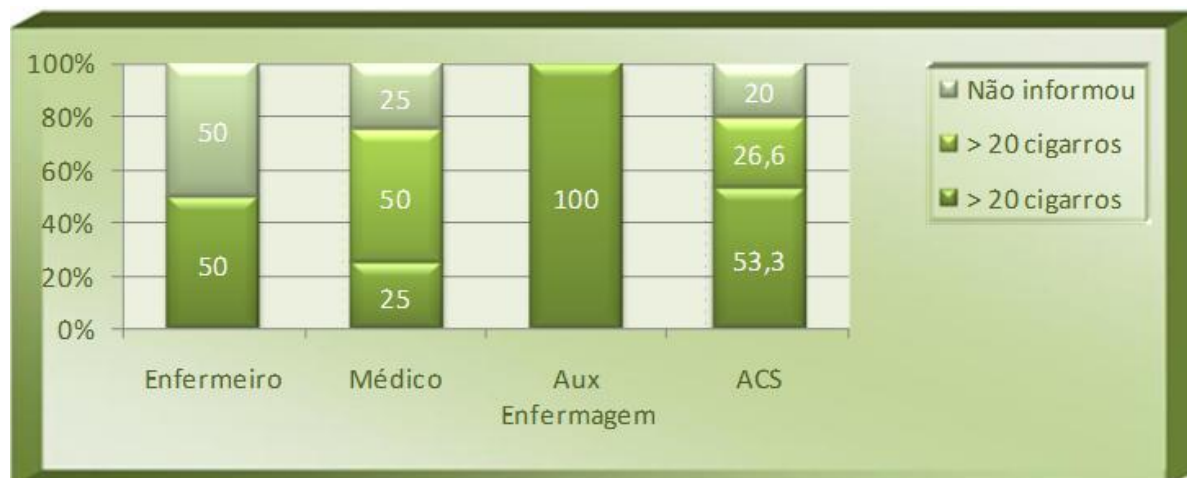


Figura 5. Número de cigarros fumados/dia dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Saúde da Família. Camaragibe, 2006.

Observa-se que metade dos enfermeiros fuma menos de 20 cigarros por dia, e a outra metade não informou quantos cigarros fumam. A maioria dos fumantes tende a consumir 10 ou mais cigarros/dia, para manter o nível de nicotina circulante e atenuar os sintomas da abstinência, estabelecendo desta forma, o ciclo da dependência que é evidenciado pela necessidade do número crescente de cigarros fumados.^{3,5,7} Verifica-se no nosso estudo que os médicos são os profissionais que mais fumam e são os maiores dependentes da droga.

Vale salientar que a nicotina é um alcalóide que existe sob a forma líquida, de cor marrom e odor típico do tabaco quando exposto ao ar. Sua principal via de entrada é a inalatória, sua absorção se dá mais facilmente através das membranas. É uma base fraca com

pH 8,5, quanto mais alcalino for o pH da fumaça do cigarro, maior será a proporção de nicotina não-ionizada <<livre>>, e portanto, maior será a absorção. Um cigarro contém em média, 8 mg de nicotina e a quantidade liberada para o fumante durante a queima do cigarro é de 0,1 a 1,9 mg.^{1,5,19}

A fumaça do tabaco é inalada para os pulmões, distribuindo-se para a circulação sistêmica, e entre sete e 19 segundos chega ao cérebro, pois todo o volume de sangue do corpo percorre os pulmões em um minuto. Ela é metabolizada principalmente no fígado (85-90%), dando origem aos metabólitos primários: cotinina e óxido de nicotina.^{1,5,19}

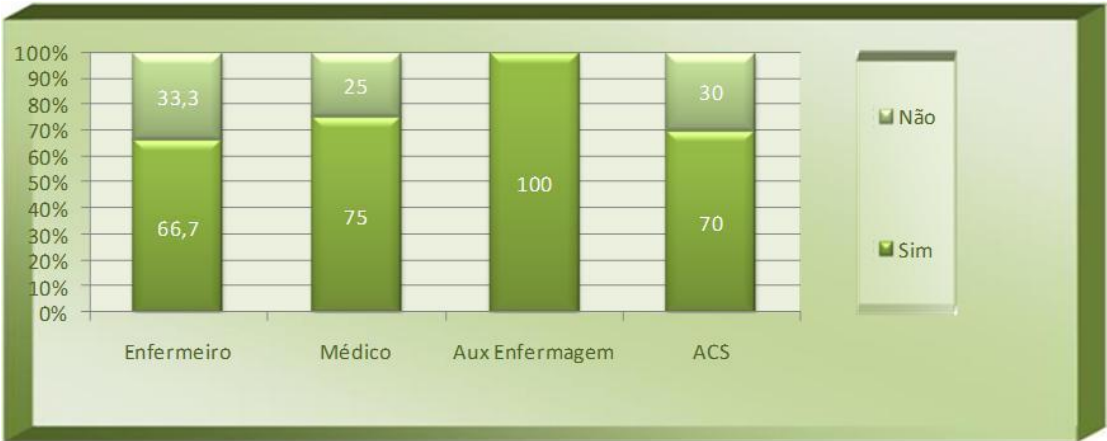


Figura 6. Tentativa de parar de fumar dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Saúde da Família. Camaragibe, 2006.

Observa-se que todos os profissionais já fizeram tentativas de parar de fumar. Sabe-se que os fumantes com maior grau de instrução e de renda são em maior número dos que já tentaram parar de fumar^{2,5}, fato não evidenciado entre os profissionais pesquisados neste estudo.

Em 1998 o MS em parceria com o INCA, realizou uma pesquisa nacional sobre <<Estilo de Vida>> e constatou cerca de 30,6 milhões de fumantes, dos quais 78% gostariam de parar de fumar. Diante disto houve uma necessidade de aumento progressivo na demanda por ações de apoio a cessação, o que colocou em evidência o papel das instituições de saúde e de seus profissionais. Para o <<Programa de Cessação de Fumar>> atingir expressão epidemiológica, precisa ser simplificado, agilizado, dinamizado e aplicado em massa, devendo essas medidas ser

integradas aos programas de saúde, e sua ação descentralizada nos municípios nas USF.^{6,14}

Dentre os benefícios que ocorrem no organismo ao parar de fumar, destacam-se⁽¹⁹⁾: após 20 minutos: a pressão sanguínea e a pulsação voltam ao normal; após duas horas: não há mais nicotina circulando no sangue; após oito horas: o nível de oxigênio no sangue se normaliza; após 12 a 24 horas: os pulmões já funcionam melhor; após dois dias: melhora do olfato e do paladar; após três semanas: melhora da respiração e da circulação; após um ano: risco de morte por infarto do miocárdio reduz à metade; após cinco anos: reduz pela metade o risco de câncer de pulmão, boca, garganta e esôfago; após 10 anos: o óbito por câncer de pulmão é semelhante ao dos não fumantes; após 15 anos: o risco de sofrer infarto será igual ao das pessoas que nunca fumaram.



Figura 7. Realização de atividades educativas no seu dia a dia dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Saúde da Família. Camaragibe, 2006.

Vê-se que entre os enfermeiros, 56,7% e 62,5% dos médicos afirmaram realizar atividades educativas em suas práticas, mas como será essa abordagem, pois são os profissionais que mais fumam?

Inquéritos realizados em países como Estados Unidos e Brasil revelaram que 50% ou mais dos profissionais não alertavam rotineiramente seus clientes sobre os

malefícios que causam o tabagismo. Toda equipe de saúde pode e deve realizar a abordagem individual que consiste em quatro atividades: perguntar, aconselhar, preparar e acompanhar o cliente.⁷

Os profissionais de saúde encontram-se em posição estratégica para abordar tabagistas, já que 70% deles são atendidos pelo menos uma vez por ano. Além disso, os fumantes

reconhecem o aconselhamento do profissional da saúde como um fator de motivação na tentativa de abandono do vício. No entanto, somente 50% dos fumantes relatam ter sido questionados quanto ao vício ou solicitados a abandoná-lo. O vício, à semelhança da virtude, é um hábito. Só que, ao contrário da virtude, caracteriza uma disposição estável para a prática de algum <<mal>>. Assim, fumar é um vício, caracterizado pelo hábito de fumar, considerado prejudicial à saúde.^{5,20}

Diante desse fato, resta-nos questionar: Por que os profissionais não abordam rotineiramente e de forma coerente o vício em nicotina de seus clientes? Falta de tempo? Falta de preparo? Desânimo frente as baixas taxas de sucesso? Ou a crença de que isso não é obrigação deles? Respostas a estas questões necessitam de pesquisas. Estamos deixando-as na esperança que possam sensibilizar outros pesquisadores para nos fornecer as respostas.

CONCLUSÕES

A maioria dos profissionais que atuam nas USF foi a do gênero feminino; a prevalência do tabagismo foi maior entre os profissionais de nível superior, médicos e enfermeiros, chegando a ser duas vezes maior que nos ACS, e três vezes maior que nos auxiliares de enfermagem, não se verificando entre os odontólogos. Metade dos fumantes, ou pouco mais, iniciou o tabagismo na adolescência, podendo ter sofrido influência dos pais.

Cinquenta por cento dos enfermeiros, dos agentes comunitários de saúde e dos auxiliares de enfermagem afirmaram que fumavam menos de 20 cigarros/dia, já com os médicos ocorreu o contrário, fumavam mais de 20 cigarros/dia. Mais ou menos 70% desses fumantes já tentaram parar de fumar e não conseguiram.

A realização de atividades educativas foi escassa no dia-a-dia de trabalho desses profissionais e quando eram realizadas, eram pelos profissionais menos capacitados e que não passavam credibilidade no que falavam, pois são tabagistas, principalmente entre os de nível superior, justamente os que possuem o maior poder de persuasão junto à comunidade. Então, como fica o trabalho de prevenção e proteção à saúde que é responsabilidade destes profissionais?

Assim, este estudo teve o objetivo de determinar a prevalência do tabagismo entre os profissionais das Unidades de Saúde da Família do Município de Camaragibe (PE), Brasil, apesar de serem conhecedores dos efeitos nocivos do fumo sobre o organismo humano, o que pode ser importante na implementação das <<Medidas de Controle do Tabagismo>>, nas Unidades de

Saúde da Família, com o propósito de tornar <<Ambientes Livres do Cigarro>> tendo-se em vista o papel deles na sociedade que deve servir como exemplo e atuar efetivamente na prevenção de doenças e promoção da saúde, capacitados também para atuarem na prevenção, redução do número de fumantes, e desistência da prática do tabagismo com a clientela, atraindo-os para a luta antitabágica.

REFERÊNCIAS

1. Rosenberg J. A marcante trajetória do tabagismo até a atualidade. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1997.
2. Gesteira RM, Mattos RM. Clínicas de doenças pulmonares. São Paulo: Interlivros; 1991. p.676-688.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo no Brasil. [acesso em: 18 nov 2007]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo>
4. World Health Organization – WHO. World Health Organization Nomenclature and Classification of Drug and Alcohol-Related Problems: a WHO Memorandum. Bulletin of the World Health Organization 1981; 59(2): 225-45
5. Atualidades em Tabagismo e Prevenção do Câncer. [acesso em: 18 nov 2007]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/atualidades/ano9_2/controle.html
6. Levy CS, Silva RMM, Morano MTAP. O tabagismo e suas implicações pulmonares numa amostra da população em comunidade de Fortaleza – CE. Rev Bras Promo Saúde. 2005; 18(3):125-129.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Brasília; 2000.
8. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Brasília (BR). Censo demográfico por municípios. Brasil; 2000 [acesso em: 17 nov 2007]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Série CNS – Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília; 2002. 83-91p.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Combate ao fumo 2003; 90:4-5.
11. Menezes MP. O uso do cigarro na adolescência. Revista Pediat de Pernambuco. 1996; 9(2):12-14.

12. Campos S de. Tabagismo/fumo/cigarro: abandono do tabagismo. [acesso em: 13 nov 2007]. Disponível em: <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/21861>
13. Brasil. Ministério da Saúde. INCA. Por que as pessoas começam e continuam a fumar? Brasília, Brasil; 2004 [acesso em: 13 nov 2007]. Disponível em <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=faq>
14. Brasil. Ministério da Saúde. INCA. A história do tabaco. Brasília, Brasil; 2005 [acesso em: 13 nov 2007]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=EBRPT&link=oque.htm>
15. Sousa MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. Rev Bras de Enferm. 2000 dez.; 53: 25-30. Número especial.
16. Organização Mundial de Saúde – OMS. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID 10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
17. Kolb LC. Psiquiatria clínica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980. p. 499-501.
18. Galduróz JCF, Nodo AR, Carlini EA. IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º. e 2º. Graus em 10 capitais brasileiras – 1997. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo, 1997. p. 130.
19. Grupo Assim. Tabagismo. [acesso em: 13 nov 2007]. Disponível em: http://www.assim.com.br/site2007/promovendo_saude_noticias.php?id_noticia=522
20. Oliveira A de. Combate ao vício. [acesso em: 13 nov 2007]. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/AOP0035.pdf>
21. Malcolm MC, Menezes AMB, Chatkin M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. Rev Saúde Pública. 2003; 37(1): 1-7.
22. Tavares BF, Beria JU, Lima MS. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. Rev Saúde Pública. 2004; 38(6): 787-96.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2007/10/11
Last received: 2007/12/03
Accepted: 2007/12/05
Publishing: 2008/01/01

Address for correspondence

Ana Márcia Tenório Souza Cavalcanti
Universidade Federal de Pernambuco
Departamento de Enfermagem
Av. Prof. Moraes Rego, 1235
CEP: 50670-901 – Cidade Universitária, Recife
(PE), Brasil