

O CONHECIMENTO SOBRE OS EFEITOS DO TABACO PELOS TABAGISTAS DO MUNICÍPIO DE BARBOSA FERRAZ-PR

Selson Garutti

Licenciado em História pela Universidade Estadual de Maringá - UEM; Mestre em Ciências da Religião pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP; Docente do Departamento de Ciências Biológicas do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: sgarutti@cesumar.br; selsongarutti@hotmail.com

Victor Hugo Livão Leon

Bacharel em Enfermagem pelo Centro de Ensino Superior de Maringá - CESUMAR. E-mail: victo_leon@hotmail.com

RESUMO: Este estudo tem por objetivo avaliar o conhecimento dos tabagistas do município de Barbosa Ferraz-PR quanto aos efeitos que podem ser desencadeados pela utilização do tabaco em sua forma inalatória. A pesquisa quantitativa foi realizada com 47 sujeitos, 22 do gênero feminino e 25 do gênero masculino, com idade igual ou superior a 18 anos, selecionados aleatoriamente. O critério de exclusão foi a idade inferior a 18 anos e a não aceitação dos termos da pesquisa. Verificou-se que a maioria dos fumantes nem pensam em parar de fumar e acreditam que o cigarro ajuda a causar muitas das doenças, como o câncer, por exemplo.

PALAVRAS CHAVE: Tabagismo; Efeitos; Fator de Risco.

KNOWLEDGE ON THE EFFECTS OF TOBACCO BY SMOKERS IN BARBOSA FERRAZ PR BRAZIL

ABSTRACT: Current investigation evaluates smokers' knowledge on the effects triggered by inhaling tobacco. Quantitative research was undertaken in Barbosa Ferraz PR Brazil, with 47 randomly-chosen subjects, 22 females and 25 males, aged 18 years or over. People under 18 years were excluded and also those who did not accept the research terms. Results show that most smokers do not think in giving up smoking even though they believe that smoking causes many diseases, including cancer.

KEYWORDS: Smoking; Effects; Risk Factors.

INTRODUÇÃO

O tabagismo ocorre entre os seres humanos desde tempos remotos. No mundo atual há cerca de 1 bilhão e 260 milhões de fumantes, com predominância nos países em desenvolvimento (860 milhões) e 400 milhões nos países desenvolvidos. No Brasil estima-se em 30,6 milhões de fumantes (acima de 15 anos), dos quais 40,3% ocorrem nos homens e 26,2% nas mulheres (LEFÈVRE et al., 2006).

Não tão antigo como o tabagismo, a primeira obra antitabagista de que se tem notícia é de 1604, escrita pelo rei da Inglaterra, Jaime I. Vários países tentam proibir o consumo no início do século XVII. O papa Urbano VIII proibiu o uso de tabaco entre eclesiásticos em 1642. Mais tarde, na década de 1830, a Igreja Adventista (EUA) deu consistência a uma tradição cristã antitabagista e de combate ao alcoolismo. Mas, a urbanização favoreceu a popularização do consumo. Paralelamente, emergiu na década de 1860 a consciência crítica de médicos, que se somam aos religiosos na luta contra o vício.

O consumo de tabaco é a causa de aproximadamente 4,9 milhões de mortes anualmente no mundo e estima-se que nos países em desenvolvimento 2,4 milhões de pessoas morram a cada ano por doenças associadas ao tabaco. Isso

torna o tabagismo o fator de risco modificável com maior número de mortes atribuídas (AZEVEDO; MACHADO; BARROS, 1999). De acordo com Balbani e Montovani (2005), 10,1% da população brasileira de 12 a 65 anos é dependente de tabaco.

A expectativa de vida de um fumante é comprovadamente inferior a de um indivíduo não fumante. Em 1998, o Governo Federal criou um programa de combate ao tabaco, denominado Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, visando à prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco-relacionadas no país (BRASIL, 2009).

O conhecimento dos fumantes quanto às doenças que o fumo pode desencadear é questionável. As políticas de saúde atuais utilizam como estratégias a prevenção da iniciação ao tabagismo, proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco e ações educativas que focalizam um esclarecimento quanto aos danos que a utilização do tabaco pode desencadear.

2 CONSUMO DE TABACO

O tabaco é uma erva que os seres humanos têm utilizado por processo inalatório há muito tempo. A planta ganhou o nome de *Nicotiniana* após Jean Nicot, um embaixador francês em Portugal, que em 1560 exaltou em público a virtude do tabaco como agente curativo. A *Nicotiana tabacum* é hoje a principal fonte de tabaco fumado (SILVA, 2004).

A fumaça do cigarro contém mais de quatro mil substâncias químicas, muitas das quais podem contribuir para os efeitos reforçadores do tabaco. Entretanto, a maioria dos estudos pré-clínicos e clínicos demonstra que a nicotina é o principal agente responsável pelo desenvolvimento da dependência ao tabaco. A nicotina exerce sua ação farmacológica ligando-se a receptores colinérgicos nicotínicos, os quais estão presentes nos gânglios autonômicos, junção neuromuscular e sistema nervoso central (SILVA, 2004; STOLERMAN; JARVIS, 1995 apud PLANETA; CRUZ, 2009).

O consumo do tabaco é observado há vários séculos, através do mastigar das folhas, do fumo do cachimbo ou da inalação, mas o cigarro surgiu apenas no final do século XIX. Pelo custo menor e pela facilidade no manuseamento, o cigarro passou a ser produzido em massa e contribuiu para uma rápida expansão do consumo em nível mundial. Após a Primeira Guerra Mundial, a indústria de tabaco explorou as idéias de liberdade, de emancipação, de poder, criando novos significados dos papéis sociais das mulheres, com o objetivo de aumentar o consumo neste segmento do mercado (FRAGA et al., 2005).

O panorama mundial evidencia elevada frequência de dependência do tabagismo em ambos os sexos, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. Com relação às tendências mundiais, é observada nos homens uma lenta redução da prevalência de tabagismo, especialmente, naqueles pertencentes às classes sociais mais favorecidas. Entre as mulheres, a tendência é diferente: excetuando a Austrália,

Canadá, Estados Unidos e Reino Unido, onde já é evidenciada a redução do tabagismo, nos demais países, encontra-se uma tendência de aumento do tabagismo entre as mulheres. Entre os jovens, foi evidenciada uma prevalência de fumo de 15% no sexo masculino e de 6,6% entre os do sexo feminino (MENEZES, 2004).

De acordo com Fraga e colaboradores (2005), a quase totalidade dos fumantes inicia o consumo durante a adolescência ou em idade escolar. Estima-se, segundo Kirchenchtein e Chatkin (2004), que cerca de 75% dos adolescentes experimentem o tabagismo, mas em torno de 670% dos experimentadores evoluem para o uso diário e dos quais 20% a 30% tornam-se dependentes.

O tabagismo é um comportamento complexo influenciado por estímulos ambientais, hábitos pessoais, condicionamentos psicossociais e das ações biológicas da nicotina (KIRCHENCHTEJN; CHATKIN, 2004). Segundo Meirelles e Gonçalves (2004), é considerado fumante o indivíduo que fumou mais de 100 cigarros ou cinco maços de cigarros em toda a sua vida e fuma atualmente. O fumante é considerado dependente de nicotina, quando apresenta três ou mais dos seguintes sintomas nos últimos doze meses: a) forte desejo ou compulsão para consumir a substância; b) dificuldade de controlar o uso da substância em termos de início, término ou nível de consumo; c) surgimento de síndrome de abstinência quando o uso da substância cessou ou foi reduzido; d) necessidade de doses crescentes da substância, evidenciando tolerância; e) abandono progressivo de outros prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância e aumento da quantidade de tempo necessário para seu uso e/ou recuperação dos seus efeitos; f) persistência no uso da substância apesar da evidência clara de consequências nocivas à saúde.

Meirelles e Gonçalves (2004) ainda explicam que a intensidade da dependência física varia em cada indivíduo. A dependência psicológica é a necessidade de utilizar uma droga, no caso a nicotina, para ter a sensação plena de funcionamento do seu organismo, ou seja, o indivíduo busca no cigarro o alívio de tensões internas, tais como angústia, sensação de vazio, depressão, ansiedade, medo, estresse, além de imaginá-lo como um companheiro em momentos de solidão. Os condicionamentos ao fumar se caracterizam pelas associações que o fumante faz com situações rotineiras.

A dependência da nicotina está relacionada ao aumento do consumo de álcool e outras substâncias. Estudos apontam que fumantes são mais propensos a consumir bebidas alcoólicas e os indivíduos consumidores do álcool mais propensos a fumar, tratando-se de uma relação bidirecional e dose-dependente (MALBERGIER; OLIVEIRA JR., 2009).

2.1 TABACO E SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) relatou o tabagismo como a principal causa de morte isolada e evitável de doenças e mortes precoces. O hábito de fumar está relacionado com 90% dos casos de câncer pulmonar, 75% dos casos de bronquite crônica e enfisema e 25% dos casos de determinados problemas cardíacos. Ao cigarro foi atribuído 1 de 4 mortes entre pessoas de 35 a 64 anos. O hábito de fumar

aumenta o risco de doenças cardiovasculares, mortes súbitas, ataques cardíacos, doenças periféricas vasculares e aneurisma de aorta. O tabagismo também está associado a câncer de boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, cérvix uterino, rins, ureter e bexiga, sendo o tabaco responsável por cerca de 30% de todas as mortes por câncer (NUNES et al., 1999).

A fumaça do cigarro exerce vários efeitos no trato respiratório, dentre os quais, os mais importantes são a inflamação e os efeitos mutagênicos/carcinogênicos. Alguns componentes da fumaça podem causar lesão ou morte da célula e também inflamação local. Estas substâncias podem ainda causar diminuição na capacidade de limpeza das vias aéreas, devido aos efeitos tóxicos nos cílios e hiperplasia das células mucosas, que resulta em aumento da produção de muco. Estas últimas alterações podem levar à retenção de muco, predisposição à colonização e infecção das vias aéreas e resultar em exacerbações inflamatórias (TORRES; GODOY, 2004).

O fumo pode proporcionar uma diminuição de cerca de 200 gramas em recém-nascidos de mães fumantes. Nessas, as probabilidades de morte neonatal aumenta 33% em relação às não fumantes (NUNES et al., 1999).

2.2 MEDIDAS DE CONTROLE

O reconhecimento de que a epidemia do tabagismo é um problema de saúde pública globalizado que transcende as fronteiras de países, de que existem medidas intersetoriais comprovadamente efetivas para controlar a sua expansão e de que a eficácia dessas medidas depende de uma ampla cooperação internacional levou, em 1996, a 49ª Assembleia Mundial de Saúde a adotar uma resolução voltada para a elaboração do primeiro tratado internacional de saúde pública, a Convenção Quadro para Controle do Tabaco, da Organização Mundial de Saúde (OMS) (CAVALCANTE, 2005).

As resoluções das assembleias mundiais de saúde para o controle do tabagismo, segundo Cavalcante (2005), são apresentadas no Quadro 1 (ao lado).

Gigliotti (2002 apud CAVALCANTE, 2009) afirma que houve queda no consumo anual *per capita* de cigarros entre 1980 e 2004; que os resultados do inquérito nacional mostram uma significativa redução da prevalência de fumantes no Brasil e há evidência de que o fumante brasileiro é um dos mais motivados do mundo a deixar de fumar.

3 OBJETIVOS DA PESQUISA

Avaliar o conhecimento dos tabagistas do município de Barbosa Ferraz-PR quanto aos efeitos que podem ser desencadeados pela utilização do tabaco em sua forma inalatória.

4 MÉTODO

4.1 SUJEITO

A pesquisa foi realizada com 47 sujeitos, 22 do gênero feminino e 25 do gênero masculino, com idade igual ou superior a 18 anos, selecionados aleatoriamente. O critério de des-

carte é a idade inferior a 18 anos e a não aceitação dos termos da pesquisa. A abordagem dos sujeitos foi realizada de forma que respeite a legislação do Comitê de ética do ser humano e, assim, foi explicado detalhadamente o motivo da pesquisa.

Quadro 1 Resoluções de assembleias mundiais da saúde para o controle do tabagismo

Medidas para reduzir a demanda por tabaco
Aumentar os impostos incidentes sobre os cigarros
Publicação dos resultados de pesquisas sobre os efeitos do fumo sobre a saúde
Informações aos consumidores por meio de rótulos de advertência
Informações aos consumidores baseados em contra propaganda de massa
Publicações em propaganda e promoção
Programas de educação de controle do tabagismo nas escolas
Restrições ao fumo em locais públicos e ambientes de trabalho
Terapias de reposição de nicotina e outras intervenções de cessação
Medidas para reduzir a oferta por tabaco
Restrição ao acesso de jovens ao tabaco
Substituição e diversificação da fumicultura
Restrição ao apoio e aos subsídios relativos ao preço do tabaco
Eliminação do contrabando

Fonte: Who (2001 apud CAVALCANTE, 2005, p. 3). Adaptado.

3 OBJETIVOS DA PESQUISA

Avaliar o conhecimento dos tabagistas do município de Barbosa Ferraz-PR quanto aos efeitos que podem ser desencadeados pela utilização do tabaco em sua forma inalatória.

4 MÉTODO

4.1 SUJEITO

A pesquisa foi realizada com 47 sujeitos, 22 do gênero feminino e 25 do gênero masculino, com idade igual ou superior a 18 anos, selecionados aleatoriamente. O critério de des-
carte é a idade inferior a 18 anos e a não aceitação dos termos da pesquisa. A abordagem dos sujeitos foi realizada de forma que respeite a legislação do Comitê de ética do ser humano e, assim, foi explicado detalhadamente o motivo da pesquisa.

4.2 MATERIAL / EQUIPAMENTO

Para a realização dessa pesquisa foram usados livros, artigos científicos, revistas indexadas. Foi utilizado um instrumento de coleta de dados (questionário), contendo dezessete questões estruturadas, os quais foram aplicados após autorização ser concedida. Foi utilizada também uma planilha do Excel, para organizar os dados, um computador com um processador Pentium Core 2 Duo 2.00, um *hard drive* 160 Gb e um sistema operacional Windows XP.

4.3 LOCAL

A pesquisa foi realizada nas ruas de Barbosa Ferraz, uma cidade localizada na região Noroeste do Paraná, com uma população estimada, em 2005, de 11.429 habitantes.

4.4 PROCEDIMENTO

A pesquisa foi realizada em quatro etapas.

A **primeira etapa** teve início com a pesquisa bibliográfica sobre o tema proposto. As obras encontradas foram organizadas e foi realizada a leitura e sistematização das mesmas. O levantamento bibliográfico resultou na revisão bibliográfica, que foi feita compilando livros, periódicos, textos de *websites* científicos, utilizando palavras chaves, tais como: Tabaco, tabagismo, cigarro, câncer, nicotina, a partir dos quais foi elaborada a pesquisa.

O próximo passo foi a elaboração do instrumento de pesquisa, constituído por um questionário. A pesquisa foi uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. Após o encaminhamento e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa, teve início a **segunda etapa**, na qual foi feita a coleta de dados, que foi realizada com a aplicação do questionário aos sujeitos no período de 01 de outubro a 10 de outubro de 2009.

Na **terceira etapa**, os dados foram organizados e sistematizados para serem tratados por meio de estatística descritiva. Os resultados obtidos foram analisados e fundamentados com literaturas específicas da área. Em seguida, foi feita a redação.

Na **quarta etapa**, o trabalho foi finalizado e constituiu-se a confecção do artigo final.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra pesquisada foi constituída por sujeitos com idade entre 21 e 40 anos, com pequena predominância do sexo masculino (25) (53,2%), fumantes, principalmente, há mais de 7 anos (27) (57,5%), que começaram a fumar em casa (11) (23,4%), na escola (12) (25,5%), na casa de amigos (8) (17,0%) ou outros locais (16) (34,1%).

De acordo com Fraga e colaboradores (2005), a quase totalidade dos fumadores inicia o consumo durante a adolescência (23), ou em idade escolar. A idade de início de consumo de tabaco é um importante determinante do consumo regular. Quando o consumo se inicia na infância ou nas fases mais precoces da adolescência é mais provável que resulte num consumo regular e futuramente num risco acrescido de morte por doenças habitualmente relacionadas com o tabaco. Mundialmente, observa-se uma tendência para a diminuição progressiva da idade de início de consumo de tabaco.

Foi verificado que 11 sujeitos (23,4%) fumam de 1 a 5 cigarros por dia, enquanto 15 (31,9%) fumam de 6 a 10. Apenas 3 (6,4%) fumam mais de 20 cigarros (Figura 1).

De acordo com Nunes (2006), estudo realizado na Noruega mostrou que consumos abaixo de cinco cigarros por dia estão associados a um aumento de mortalidade por todas as

causas e por doença isquêmica cardíaca, em ambos os sexos, e a um aumento da mortalidade por cancro do pulmão, mais acentuado nas mulheres, o que vem confirmar o princípio de que não há níveis seguros de exposição.

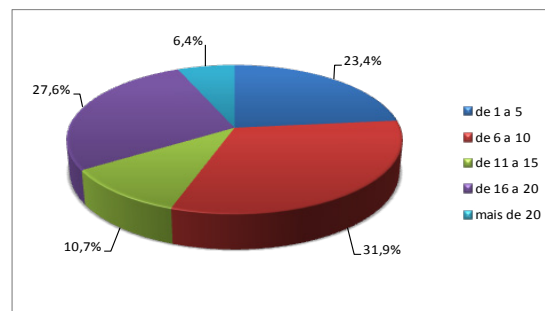


Figura 1 Quantidade de cigarros que fuma por dia

Um percentual de 42,6% totalizando 20 sujeitos fuma o primeiro cigarro após o café da manhã (Figura 2). De acordo com Halty e colaboradores (2002), a nicotina é considerada uma droga psicoativa que exerce atividade estimulante do sistema nervoso central, entretanto, sua vida média é relativamente curta. Dependência nicotínica significa usar compulsivamente o fumo, ser incapaz de parar de fumar ou de manter-se sem fumar depois de parar, ou ter dificuldade de tentar parar por aparição de síndrome de abstinência e/ou desejo imperioso de fumar ("fissura").

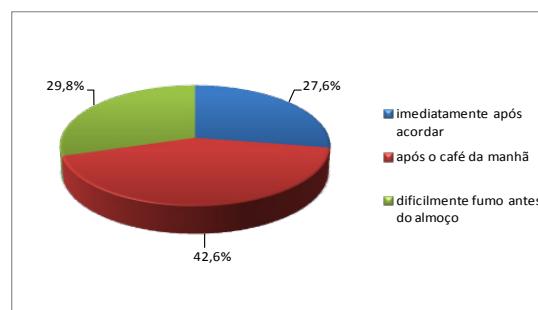


Figura 2 Quanto tempo, após acordar, fuma o primeiro cigarro

Tanto a dependência nicotínica como suas síndromes de abstinência estão classificadas como sendo doenças com critérios bem definidos. O tempo de fumar o primeiro cigarro após acordar revela a intensidade da "fissura" (episódios transitórios de desejo imperioso de fumar). Os fumantes dependentes terão, ao acordar, baixo nível sérico dela e experimentar sintomas de abstinência se não fumarem rapidamente seu primeiro cigarro do dia.

Na maioria dos casos, os fumantes acreditam que o cigarro apenas ajuda no aparecimento de uma doença (Tabela 1).

Tabela 1 Opinião sobre os efeitos do cigarro

Doenças	Sim	Não	Ajuda
Câncer de pulmão	25,5%	23,4%	51,1%
Câncer de boca, faringe, laringe e/ou esôfago.	21,3%	29,8%	48,9%
Câncer de estômago e pâncreas	14,9%	46,8%	38,3%
Câncer de cervix uterino, rins, ureter e bexiga.	14,9%	53,2%	31,9%
Bronquite crônica.	34,1%	19,1%	46,8%

Enfisema pulmonar.	42,7%	19,1%	38,3%
Ataques cardíacos.	17,0%	38,3%	44,7%
Mortes súbitas.	10,6%	55,3%	34,1%

Mello, Pinto e Botelho (2001) afirmam que o tabagismo produz efeitos deletérios sobre o organismo, causando diferentes malefícios à saúde, sendo as alterações do aparelho respiratório as mais importantes. Merecem destaque a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e a maior incidência do câncer de pulmão entre os fumantes, guardando relação com os índices crescentes de consumo de cigarros. Em outros órgãos, as doenças associadas ao tabaco são variadas, tanto no tabagismo ativo quanto no passivo: neoplasias de vários órgãos e tecidos, vasculopatias periféricas, insuficiência coronariana, impotência sexual, maior incidência de infecções respiratórias agudas em crianças, etc.

De acordo com Nunes (2006), o consumo de tabaco é a primeira causa evitável de câncer. O risco de morte por câncer é 22 vezes maior nos homens fumantes de cigarros e cerca de 12 vezes maior nas mulheres fumantes, em comparação com os não fumantes da mesma idade e sexo.

Segundo Brener e colaboradores (2007), cerca de 90% dos indivíduos com diagnóstico de câncer bucal consumiam tabaco sob a forma de cigarro, charuto, cachimbo ou mascado e, entre os que relatavam nunca ter fumado, a proporção homem: mulher se invertia, com as mulheres representando a maioria do grupo. O risco de desenvolvimento de câncer bucal em fumantes de cigarro industrializado é 6,3 vezes maior do que em não-fumantes. Este risco aumentaria para sete vezes em consumidores de cigarro de palha e para 14 vezes em usuários de cachimbo. No entanto, aproximadamente 4,3% dos portadores de câncer bucal nunca haviam fumado. A redução do risco de desenvolvimento do câncer bucal em um nível próximo ao dos que nunca fumaram é percebida dez anos após a interrupção do hábito de fumar. Essa redução do risco pode ser de 15 anos para ex-fumantes de cigarro industrializado e 20 anos para ex-fumantes de cigarro feito com fumo de rolo.

Aproximadamente um quarto dos fumantes sofre de bronquite crônica, uma complicação cinco vezes maior quando em relação a uma população não-fumante (FURTADO, 2002).

A pesquisa realizada com a população tabagista de Barbosa Ferraz revelou que uma parcela significativa (13) (27,6%) acende o primeiro cigarro imediatamente após acordar, evidenciando elevado grau de fissura pelo tabaco; que grande parte é fumante há mais de 7 anos; e que consideram que o tabaco apenas contribui para o aparecimento de algumas doenças, como câncer, problemas pulmonares, entre outros. Esse resultado revela que os entrevistados são alheios às evidências científicas que relacionam o fumo à elevada morbidade e que levam o hábito de fumar a ser considerado um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, na maioria dos países, especialmente, naqueles em desenvolvimento (AZEVEDO; MACHADO; BARROS, 1999; BALBA-

NI; MONTOVANI, 2005).

Conforme a figura 3 as campanhas antitabagismo provocam diferentes reações: há aqueles que não prestam atenção (18 casos - 38,2%); que já tentaram parar de fumar por causa das campanhas (14 casos - 29,8%) e aqueles que acham que as campanhas são inúteis (15 casos - 32,0%).

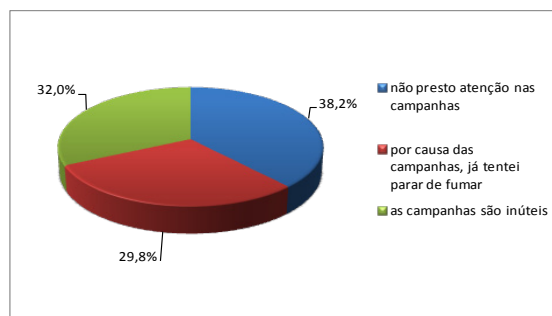


Figura 3 Opinião dos entrevistados sobre as campanhas antitabagismo.

Atualmente, a legislação brasileira não permite que a indústria tabagista faça publicidade de seus produtos; há restrições ao tabaco em ambientes fechados; foi aumentada a carga tributária sobre o cigarro. Ainda assim, a maioria dos entrevistados revelou que não tentou parar de fumar (29) (61,7%), enquanto (26) 55,3%, não pensam em parar de fumar. Observa-se, por outro lado, que as campanhas antitabagismo não apresentam uma continuidade.

Entende-se que é possível as campanhas antitabagismo passarem a ter o efeito esperado se, ao invés de se dar destaque aos malefícios provocados pelo hábito de fumar as mesmas passarem a enfatizar os benefícios da cessação do tabagismo. Entre esses benefícios, Costa e colaboradores (2006) incluem: redução significativa da morbidade e mortalidade associadas a este hábito; redução do risco de doenças cardiovasculares e neoplásicas. Os sintomas respiratórios de tosse e pigarro rapidamente melhoram após a cessação, se o paciente ainda não apresentar danos pulmonares estruturais significativos.

Além disso, a maioria não presta atenção nas campanhas antitabagismo ou as considera inúteis. Também é pequeno o percentual daqueles que já tentaram parar de fumar ou que gostariam de fazê-lo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados obtidos, conclui-se que frequentemente, o início do uso de cigarro começa na escola, em casa e na casa de amigos. O número de fumantes participantes deste estudo que fumam mais de 20 cigarros por dia é pequeno. A maioria dos entrevistados acredita que o cigarro apenas ajuda a causar o câncer, não constituindo o seu fator principal. É bastante divergente a opinião sobre as campanhas anti-tabagistas. A maioria dos entrevistados não pensa em parar de fumar.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, A.; MACHADO, A. P.; BARROS, H. **O consumo de tabaco por estudantes do ensino médio brasileiro.** [S. l.]: Organização Mundial da Saúde, 1999.
- BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência de nicotina. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, v. 71, n. 6, p. 820-827, nov./dez. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Tabagismo: dados e números. Tabagismo no Brasil.** Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=brasil.htm>>. Acesso em: 25 jun. 2009.
- BRENER, S. et al. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 1, p. 63-69, 2007.
- CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 5, p. 283-300, 2005. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n5/283.html>>. Acesso em: 19 set. 2009.
- COSTA, A. A. et al. Programa multiprofissional de controle do tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. **Revista da SOCERJ**, v. 19, n. 5, p. 397-403, set./out. 2006.
- FRAGA, S. et al. Tabagismo em Portugal. **Arquivos de Medicina**, v. 19, n. 5/6, p. 207-229, 2005.
- FURTADO, R. D. Implicações anestésicas do tabagismo. **Rev. Bras. Anestesiol.**, v. 52, n. 3, p. 354-367, 2002.
- HALTY, L. S. et al. Análise da utilização do questionário de tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. **J. Pneumologia**, v. 28, n. 4, p. 180-186, 2002.
- KIRCHENCHTEJN, C.; CHATKIN, J. M. Dependência de nicotina. In: VIEGAS, C. A. de A. (Coord.). Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, sup. 2, p. 11-18, 2004. [Edição Especial].
- LEFÈVRE, A. M. C. et al. Pais fumantes: o que pensam seus filhos? **Rev. Bras. Crescimento Desenv. Hum.**, v. 16, n. 2, p. 53-68, 2006.
- MALBERGIER, A.; OLIVEIRA JR., H. P. da. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. **Rev. de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 5, p. 276-282, 2005. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n5/276.html>>. Acesso em: 19 set. 2009.
- MEIRELLES, R. H. S.; GONÇALVES, C. M. C. Abordagem cognitivo-comportamental do fumante. In: VIEGAS, C. A. de A. (Coord.). Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, sup. 2, p. 30-34, 2004. [Edição Especial].
- MELLO, P. R. B. de; PINTO, G. R.; BOTELHO, C.. Influência do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação. **Jornal de Pediatria**, v. 77, n. 4, p. 257-264, 2001.
- MENEZES, A. M. B. Epidemiologia do tabagismo. In: VIEGAS, C. A. de A. (Coord.). Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, sup. 2, p. 3-7, 2004. [Edição Especial].
- NUNES, Emília. Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. **Rev. Port. Clin. Geral**, n. 22, p. 225-244, 2006.
- NUNES, S. O. V. et al. A história familiar e a prevalência de dependência de álcool e tabaco em área metropolitana na região Sul do Brasil. **Rev. de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 3, p. 84-89, 1999.
- PLANETA, C. S.; CRUZ, F. C. Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco. **Rev. de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 5, p. 251-258, 2005. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n5/251.html>>. Acesso em: 19 set. 2009.
- SILVA, C. A. R. da. Composição química da fumaça do cigarro. In: VIEGAS, C. A. de A. (Coord.). Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, sup. 2, p. 8-10, 2004. [Edição Especial].
- TORRES, B. S.; GODOY, I. de. Doenças tabaco-relacionadas. In: VIEGAS, C. A. de A. (Coord.). Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, sup. 2, p. 19-29, 2004. [Edição Especial].

Recebido em: 07 Março 2010

Aceito em: 11 Janeiro 2011