

# Tabagismo na Classe Médica do Estado do Rio de Janeiro

Hisbello da Silva Campos\*\*

- Trabalho apresentado como dissertação de Mestrado em Pneumologia e Fisiologia, sob a orientação do Prof. Geraldo de Noronha Andrade.

\*\* - Médico do Centro de Referência Prof. Hélio Fraga, da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, MS  
Endereço para correspondência: R. Sacadura Cabral, 81/802 - Centro - Rio de Janeiro - RJ

Pulmão - RJ; Vol. 3 - nº 2; 13 a 26 - 1993

## Sumário

Neste trabalho, são apresentados os resultados do inquérito sobre tabagismo realizado entre os médicos do Estado do Rio de Janeiro, em 1989. A partir de uma amostra representativa do Estado (nº 383), entrevistada através de questionário padronizado, constatou-se que  $26 \pm 4,4\%$  deles fumavam, que a proporção de fumantes era maior entre os homens e menor entre os mais jovens, que o consumo de cigarros cresce com a idade, não havendo diferença apreciável na intensidade de fumo entre os sexos, que o aconselhamento à clientela fumante no sentido de parar de fumar só era feito rotineiramente pelos médicos não-fumantes e com mais de 40 anos. Discute-se, também o papel da universidade na formação de profissionais conscientes de sua importância na luta anti-tabágica.

## Summary

This study shows the results of a survey on smoking conducted among the medical doctors of Rio de Janeiro state, in 1989. It was observed that  $26 \pm 4,4\%$  of them smoke; that the proportion of smokers was higher among men and lower among the youngest, that the consumption of cigarettes increases with age, and there is no significant difference in the intensity of smoking between men and

women; that the counselling to smoking patients is practiced only by the non-smokers older than 40. The university's role in forming professionals aware of their importance in the fight against smoking is also under discussion.

## Introdução

O tabagismo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) principal causa, isolada e evitável, de doença e morte no mundo ocidental. Estima-se que existam cerca de 1 bilhão de fumantes em todo o mundo e que o consumo de cigarro\* esteja crescendo nos países em desenvolvimento.

Diversas nações adotaram estratégias para controlar a epidemia tabágica. O principal elemento nas ações de controle do tabagismo é o médico, que atua esclarecendo sobre os efeitos nocivos do fumo. Sendo assim, é fundamental conscientizar a classe médica para desempenhar seu papel no combate ao tabagismo.

Esta cruzada contra o fumo começa com o conhecimento da proporção de fumantes entre os médicos. É importante para formulação de estratégias anti-tabágicas envolvê-los e instrumentá-los. Estudos estrangeiros sobre a prevalência de fumantes na classe médica demonstram uma grande variação. Nos países desenvolvidos, essa proporção vem diminuindo, como reflexo dos programas anti-tabágicos; no Brasil, a proporção estimada de fumantes entre os médicos, em alguns locais, é maior do que na população geral.

O presente estudo pretende esti-

mar a prevalência de fumantes na classe médica do Estado do Rio de Janeiro, seu comportamento tabágico, comparando-o com o de médicos de outras regiões e países, e o seu comportamento profissional no que se refere à orientação a seu cliente acerca dos efeitos danosos do fumo e ao estímulo à cessação do hábito tabágico.

\* Pela universidade de seu consumo, neste texto, "cigarro" será empregado também como sinônimo de tabagismo e fumo.

## 2. TABAGISMO

### 2.1 - Magnitude do problema

Estima-se que existam 1 bilhão de fumantes em todo o mundo, responsáveis, anualmente, pelo consumo de cerca de 5 trilhões de cigarros, o que representa 1.000 cigarros para cada homem, mulher e criança, a um custo de, aproximadamente, 100 milhões de dólares. Nos países industrializados, há proporções iguais de mulheres e homens fumantes. Nestes países, cerca de 30% dos homens maiores de 15 anos fumam, enquanto nos países do terceiro mundo esta proporção é de 50%<sup>1,2</sup>. Nos Estados Unidos da América (EUA), estimou-se que, em 1987, 31,7% dos homens com 20 anos ou mais de idade e 28,8% das mulheres na mesma faixa etária fumavam. No Reino Unido, em 1984, a proporção de fumantes foi estimada em 34% (36% entre os homens e 32% entre as mulheres) da população geral. Na República Federal da Alemanha, no mesmo ano, estimou-se que 37% das pessoas com 14 anos ou mais (47% dos homens e 29% das mulheres) fumava. Em 1985, a

proporção de fumantes na população geral da Polônia foi estimada em 47% (60% entre os homens e 34% entre as mulheres). No mesmo ano, na Espanha, a prevalência de fumantes foi estimada em 41% da população. Em 1986, na Áustria, ela era de 30% (40% entre os homens e 21% entre as mulheres) <sup>3</sup>.

O consumo de cigarros e as doenças tabaco-associados vem crescendo nos países em desenvolvimento. Segundo a OMS, na África, o crescimento do consumo de cigarros, entre 1971 e 1981, excedeu o crescimento populacional em 77% e em 30% na Ásia e na América Latina <sup>4</sup>. No Brasil, o aumento global do consumo anual de cigarros de 1970 (72,7 bilhões de unidades) a 1977 (125 bilhões de unidades) foi da ordem de 71,9%, enquanto o crescimento da população brasileira, no mesmo período, foi de apenas 16,8% <sup>5</sup>. Ainda no Brasil, entre 1970 e 1987, enquanto a população cresceu 49%, o consumo de cigarros cresceu 132%. Se considerado apenas o número de cigarros consumidos pela população maior de 20 anos, observa-se que, enquanto esta cresceu 76% entre 1970 e 1988, o consumo anual elevou-se em 117% <sup>5</sup>.

Em 1988, estudo realizado no âmbito do Ministério da Saúde estimou que 39% da população brasileira com 18 anos ou mais de idade fuma, consumindo anualmente 161,3 bilhões de cigarros. O mesmo estudo mostrou que, proporcionalmente, os homens fumam mais do que as mulheres e que 75% iniciam o tabagismo entre 10 e 18 anos de idade. Em ambos os sexos, a proporção de fumantes é alta e semelhante em todas as faixas etárias, sendo maior entre os 25 e 44 anos. Em relação à distribuição do tabagismo nas diferentes classes sociais, o trabalho mostrou, ainda, que as mais baixas, além de fumarem mais do que as mais altas, consomem cigarros com maior

teor de alcatrão e nicotina. Embora o percentual ainda seja alto (32%), fuma-se menos na região Nordeste e mais nas regiões Sul (42%) e Sudeste (40%) do Brasil, onde, além das proporções de fumantes serem maiores, fuma-se com mais intensidade <sup>16</sup>.

## 2.2 - O tabagismo como um vício

Fumar é, no mínimo, um ato social. As crianças crescem num mundo em que cigarros são vendidos em todo lugar, em que pessoas respeitadas e admiradas fumam e em que, pelo menos até pouco tempo, não se fazia restrição ao fumo em locais públicos, estabelecimento comerciais e até mesmo em consultórios médicos e hospitais. A maciça publicidade, alardeando os "benefícios" e "vantagens" decorrentes do tabagismo, dirigida principalmente ao público jovem e às mulheres, estimula a aceitação do vício tabágico como um fato natural, gerando entre os jovens um impulso ao hábito de fumar. A indústria necessita de 2 a 2,5 milhões de novos fumantes a cada ano para substituir os que deixaram de fumar e os que morreram. Quase 90% dos novos fumantes são adolescentes. Estima-se que 5.000 jovens incorporem-se a legião de tabagistas diariamente, em todo o mundo <sup>1</sup>. No inquérito sobre tabagismo entre adolescentes <sup>7</sup> realizado pelo Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar dos EEUU, em 1979, foi perguntado aos entrevistados: "O que você diria da possibilidade de, daqui a 5 anos, você ser um fumante?". Entre os fumantes, metade respondeu "definitivamente não" ou "provavelmente não". Estas respostas sugerem que muitas crianças e adolescentes desconhecem ou subestimam a natureza aditiva do tabagismo.

O fumante usa o cigarro de diferentes maneiras e por diferentes motivos. A criança começa a fumar principalmente copiando o adulto que lhe está mais próximo. O adolescente, por rebeldia ou, mais

uma vez, para identificar-se com o adulto. Além disso, é nessa idade que mais se deseja o que é oferecido pela publicidade do cigarro: luxo, beleza, charme e destaque.

Em 1987, em reunião promovida pelas Organização Mundial da Saúde (OMS) e a União Internacional Contra o Câncer (UICC), foi definido que "fumar é uma complexa associação de comportamentos dirigidos por fatores farmacológicos, psicológicos e sociais" <sup>3</sup>.

É de se enfatizar que o componente farmacológico muito cedo supera os demais componentes, posto que a nicotemia é fator essencial na manutenção do hábito de fumar, pela dependência física que ela determina.

O processo farmacológico e o componente determinante da dependência à nicotina são semelhantes aos da heroína, cocaína e benzodiazepínicos. Ela atua por meio de formações subcelulares localizadas no sistema central e neurônios periféricos. Os receptores da nicotina são específicos, reconhecendo a droga e com ela reagindo, causando múltiplas interações de efeitos à distância no organismo, incluindo a liberação de hormônios psicoativos neuropeptídeos. O uso continuado da nicotina aumenta a dependência e a tolerância pela qual doses maiores tornam-se necessárias para alcançar o efeito desejado <sup>8,9,10</sup>. Sua supressão desencadeia sintomas de intensidade variável, caracterizando a síndrome de abstinência. As crises de abstinência ao fumo têm relação com as moléculas de nicotina alojadas nas células cerebrais; privadas da nicotina, elas enviam sinais químicos ao organismo, gerando sintomas considerados insuportáveis por muitos fumantes.

Alguns fatos ilustram estes aspectos.

1) Apesar de mais de 20 anos de

vigorosas campanhas contra o tabagismo, dezenas de milhões de pessoas continuam fumando nos países desenvolvidos.

2) Muitos dos fumantes dizem que gostariam de parar de fumar ou que já tentaram fazê-lo.

3) Poucos são fumantes intermitentes ou ocasionais.

4) A privação produz sintomas de abstinência que a manutenção do vício suprime.

Fumar tem muitas das características importantes para o estabelecimento de um poderoso hábito:

1) O comportamento necessário para cumpri-lo é extremamente simples e facilmente aprendido.

2) O "treinamento" é contínuo - um fumante médio (20 cigarros / dia) tragará 200 vezes ao dia, 6.000 vezes ao mês de 73.000 vezes ao ano.

3) É legal, aparentemente barato, muito divulgado, facilmente acessível.

4) É socialmente aceitável.

### 2.3 - Morbidade e mortalidade decorrentes do tabagismo

O estudo sobre os efeitos do fumo na saúde teve início no presente século. BRODERS<sup>11</sup>, em 1920, publicou artigo ligando o uso do tabaco ao câncer de lábio e, 8 anos depois, LOMBARD e BOERING<sup>12</sup> publicaram trabalho no qual mostravam que o câncer de pulmão era mais frequente entre fumantes "pesados". Posteriormente, PEARL<sup>13</sup> observou que fumantes "pesados" têm menor expectativa de vida que os não-fumantes.

Peritos da OMS afirmam que o tabagismo é a maior causa isolada e evitável de doença e morte no mundo ocidental<sup>14</sup>. Em países industrializados, estimativas da OMS responsabilizam o cigarro por 1 milhão de mortes, anualmente. Um quarto destas vítimas são mulheres, entre as quais vem sendo observado um aumento do vício tabágico<sup>2, 14, 15, 16, 17, 18</sup>. Em todo o mundo, o "cigarro" causa, anualmente 2,5 milhões de mortes, o que representa 5% da mortalidade geral mundial<sup>2, 18, 19</sup>. Nos EEUU, o tabagismo é a principal causa de doença e morte entre adultos, sendo diretamente responsável por um quarto de todas as mortes nesse grupo etário<sup>7</sup>. Num estudo realizado nas populações de 25 estados norte-americanos<sup>20</sup>, a mortalidade foi 38% maior na faixa de 45 a 54 anos e 25% maior na faixa de 55 a 64 anos, entre os fumantes.

Em 1986, o percentual de óbitos devidos os cigarros em relação à mortalidade geral da Alemanha era de 21%, 19% nos EEUU, 18% na Inglaterra, 14% na França e de 10% na Austrália<sup>2, 4</sup>.

Na Inglaterra, o tabagismo é a principal causa isolada de morte: é estimado que ocorram 100.000 óbitos anuais entre os 26 milhões de fumantes ingleses<sup>21</sup>. No Brasil, estima-se que, anualmente de 80 a 100.000 pessoas morram precocemente, em consequência do fumo.

Segundo a OMS, o tabagismo é responsável por 30% das mortes causadas por todos os tipos de câncer; por cerca de 80 a 90% das mortes por câncer de pulmão; por 40% das mortes por câncer de bexiga; por 85% das provocadas pelas doenças pulmonares obstrutivas crônicas, por 50% das decorrentes dos acidentes vasculares cerebrais e por 40% das mortes por infarto do miocárdio em pessoas com menos de 65 anos<sup>22, 23</sup>.

No Brasil, as doenças crônicas e degenerativas dos adultos são responsáveis pela maior parte dos óbitos, das doenças e pelos custos relacionados ao seu tratamento<sup>24</sup>. A proporção da mortalidade atribuída a episódios cardiovasculares, câncer e outras enfermidades, todas elas relacionadas, em grande parte, ao uso do fumo, subiu de 38%, em 1960, para 54%, em 1986<sup>24</sup>. Segundo estimativas oficiais, a cada 5 minutos um brasileiro morre precocemente por doença tabaco-associada.

Inquérito realizado pela OPAS, em 1970, em 8 cidades latino-americanas, incluindo São Paulo<sup>25</sup>, apurou que os fumantes de 40 a 72 anos de idade, em comparação com os não-fumantes da mesma idade, passaram mais dias retidos ao leito (74%) e acusaram maior absenteísmo ao trabalho (53%). Apurou também que a população de São Paulo, quando comparada com as das outras 7 cidades, era a que começa a fumar mais cedo: 46,2% dos homens e 35,8% das mulheres entrevistadas começaram a fumar antes do 16 anos.

Nos EEUU, os custos diretos de assistência às doenças tabaco-associadas e os indiretos (dias de trabalho perdidos, pensões) são estimados em mais de 41 bilhões de dólares por ano<sup>2, 26</sup>. Em 1981, por exemplo, houve 81 milhões de homens/dia perdidos de trabalho ocasionados pelo tabagismo<sup>27</sup>. Na Inglaterra, pela mesma causa, perdem-se, anualmente, 50 milhões de homem/dia de trabalho, o que equivale à ausência ao trabalho de cerca de 95 mil trabalhadores<sup>5</sup>. Nos EEUU, Canadá, Inglaterra e Austrália, os custos da assistência às doenças tabaco-associadas oscilam entre 3 e 9% do total das despesas médico-assistenciais<sup>2</sup>.

No Brasil, as doenças respiratórias, cardiovasculares e neoplasias estão entre

as maiores causas de internação na rede pública e contratada do INAMPS<sup>24</sup>, e provocam absenteísmo ao trabalho e queda da qualidade de vida.

### 3. Casuística e Métodos

A amostra utilizada neste estudo foi selecionada a partir de uma listagem dos médicos em atividade no Estado do Rio de Janeiro, fornecida pelo Conselho Regional de Medicina. Do universo de pesquisa (N), compreendendo 37.915 médicos, foi selecionada, ao acaso, uma amostra sistemática (n) de 386 médicos. O dimensionamento da amostra foi antecipado objetivando limitar o erro de amostragem (e) das estimativas a 5%. Neste sentido, e com base em estudos realizados no país<sup>29, 30, 31, 32, 33</sup>, estimou-se que a proporção de fumantes (p) deveria ser da ordem de 40%. O tamanho da amostra foi calculado pela fórmula<sup>34</sup>.

$$n = \frac{1}{\frac{e^2}{K^2 \cdot p(1-p)} + \frac{1}{N}} \text{ onde } p = 0,4; e = 0,05; k = 2$$

$$\frac{e^2}{K^2 \cdot p(1-p)} + \frac{1}{N}$$

Atribuindo o valor 2 a k, pôde-se estimar os limites de confiança das estimativas a nível de 95%<sup>35</sup>.

Finalmente, foi escolhido, ao acaso, na Tabela de Números Aleatórios<sup>36</sup>, um número que permitiu identificar o primeiro da lista a ser incluído na amostra. A partir desse, foram identificados os demais integrantes.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma questionário padronizado (Anexo 1), anônimo, onde se registravam informações sobre o sexo, a idade, a condição tabágica e a frequência com a qual o profissional aconselhava a clientela fumante a parar de fumar. Apenas ao questionário, havia uma carta explicativa (Anexo 2); contendo o motivo da pesquisa, e um envelope postal, selado e endereçado para a devolução do questionário. Aos médicos entrevistados por

telefone, o conteúdo da carta era lido previamente à aplicação do questionário.

Dentre os 386 médicos sorteados, não foi possível localizar 1, 2 outros haviam falecido por ocasião do inquérito. Entrevistaram-se, por telefone, 316 dos sorteados; 67 responderam ao questionário por carta. Dentre os 383 médicos entrevistados, 248 (64,7%) pertenciam ao sexo masculino e 135 (35,3) ao feminino, as idades variavam entre 24 e 82, sendo a média das idades 42,3 anos, 77,8% dos médicos residam na Cidade do Rio de Janeiro e os demais (22,2%) em 21 outras cidades do Estado do Rio de Janeiro, conforme consta do quadro 1.

**Quadro 1 - Distribuição por área geográfica dos médicos que compõem a amostra.**

Cidade	nº	%
Rio de Janeiro	290	77,01
Niterói	33	8,62
São Gonçalo	9	2,36
Petrópolis	8	2,09
Nova Friburgo	6	1,57
Campos	4	1,05
Vassouras	3	0,78
Volta Redonda	2	0,52
Cabo Frio	2	0,52
Macaé	2	0,52
Nova Iguaçu	2	0,52
Rio Bonito	2	0,52
Valença	2	0,52
Barra Mansa	1	0,26
Bom Jesus de Itabapoana	1	0,26
Cordeiro	1	0,26
Magé	1	0,26
Paracambi	1	0,26
Paraíba	1	0,26
Saquarema	1	0,26
Santo Antônio de Pádua	1	0,26
Teresópolis	1	0,26
Total	383	100,00

### 4. Resultados

Nossa casuística compreendeu 177 médicos não-fumantes, dos quais (39%) pertenciam ao sexo masculino; 101 fumantes, dos quais 70 (28%) era do sexo masculino e 105 ex-fumantes, dos quais 82 (33%) pertenciam ao sexo masculino; 101 fumantes, dos quais 70 (28%) eram do sexo masculino e 105 ex-fumantes, dos quais 82 (33%) pertenciam ao sexo masculino (Tabela 1). A proporção de fumantes e de ex-fumantes é significativamente maior entre os homens (qui-quadrado = 17,7).

**Tabela 1 - Número de não-fumantes, fumantes e ex-fumantes, segundo o sexo, na classe médica do Estado do Rio de Janeiro, 1989.**

Tabagismo do Médico	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não-fumante	96	39	81	60	177	46
Fumante	70	28	31	23	101	26
Ex-fumante	82	33	23	17	105	28
Total	248	100	135	100	393	100

Qui-quadrado = 17,7

Para permitir a análise estatística da prevalência de fumantes entre médicos de diferentes faixas etárias, foi necessário agrupar os fumantes e ex-fumantes de ambos os sexos, tendo em vista o pequeno número de mulheres nestas categorias (Tabela 2). O valor E, incluído na tabela 2, representa o número esperado de fumantes e de ex-fumantes, no caso de completa independência entre os atributos considerados. A análise dos dados demonstra que a prevalência de fumantes é significativamente menor entre os mais jovens (qui-quadrado = 21,416).

**Tabela 2 - Distribuição do tabagismo segundo a faixa etária entre os médicos do Estado do Rio de Janeiro, 1989.**

Faixa Etária	NF		FU		Total
	N	E	N	E	
<30	46	30,6	20	35,4	66
31-40	67	71,7	88	83,2	155
41-50	26	32,0	43	37,0	69
51-60	25	23,2	25	26,8	50
>60	13	19,5	29	22,5	42
Total	177		205		382*

Qui-quadrado - 21,416.

\* - 1 sem informação quando à idade;  
NF = não fumante; FU = fumante + ex-fumante,  
N = nº observado; E = nº esperado.

Na tabela 3, registra-se o consumo médio de cigarros, segundo o sexo, a faixa etária e a condição de fumante ou de ex-fumante do profissional de saúde.

**Tabela 3 - Consumo médio de cigarros por dia, segundo o sexo e faixa etária, entre os médicos fumante e ex-fumantes do estado do Rio de Janeiro, 1989.**

Faixa Etária	Homens		Mulheres		Total
	FU	EF	FU	EF	
23-30	13,3	13,1	13,2	-	13,2
31-40	17,5	14,0	16,3	9,8	14,6
41-50	18,7	19,6	28,0	31,7	24,5
51-60	18,9	17,2	12,0	10,0	14,5
61-70	20,1	19,3	-	-	19,7
>70	23,0	28,7	-	20,0	23,9
Total	18,6	18,8	17,4	17,9	18,2

FU = fumante; EF = ex-fumante

A tabela 3 demonstra que o consumo de cigarros, tanto entre os fumantes como entre os ex-fumantes do sexo masculino, cresce com a idade. Esta mesma

tendência não nítida entre as mulheres. A tabela permite afirmar que, entre elas, o maior consumo é observado na faixa etária de 41 a 50. O consumo médio registrado entre as mulheres na faixa acima dos 70 anos corresponde a sua única observação.

Na tabela 4, constata-se que 55,9% dos médicos fumantes iniciaram o tabagismo até os 18 anos de idade; que 37,3% deles provavelmente o fizeram durante o curso médio - considerando-se que a maioria dos alunos da Faculdade de Medicina tem de 18 a 24 anos, e que uma parcela significativa (6,8%) começou a fumar após 24 anos, muito possivelmente após a conclusão do curso de graduação. Nesta mesma tabela, registra-se a idade de abandono do fumo. Pode-se notar que 82,4% dos ex-fumantes deixaram de fumar depois dos 24 anos de idade; uma parte menor (15,7%) o fez durante o curso de graduação e poucos (1,9%), ainda na adolescência.

**Tabela 4 - Idade de início e de abandono do vício tabágico entre os médicos do Estado do Rio de Janeiro, 1989.**

Idade	Início		Abandono	
	N	%	N	%
<18	114	55,9	2	1,9
18-24	76	37,3	16	15,7
>24	14	6,8	84	82,4
Total	204	100,0	102*	100,0

\* - 3 sem informação

Para permitir a análise estatística da significância das diferentes das idades de início do tabagismo entre homens e mulheres montou-se a tabela 5. Nela, pode-se observar que, entre os mais jovens, os homens começaram a fumar mais cedo que as mulheres (qui-quadrado = 5,319) e que, entre os mais velhos, não há diferença significativa entre os sexos no que se refere à idade de início do vício tabágico

(qui-quadrado = 0,554)

**Tabela 5 - Idade de início do vício do tabágico segundo o sexo e a idade atual entre os médicos do Estado do Rio de Janeiro, 1989.**

Idade de Início	Idade Atual				Total
	<=40		>40		
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	
<17	37	30	14	19	38
>=17	29	36	28	23	47
Total	66	42	85	12	205

Qui-quadrado = 5,319

Qui-quadrado = 0,554

N = nº observado; E = nº esperado.

Na tabela 6, registra-se o aconselhamento feito pelo médico à sua clientela fumante no sentido de deixar o tabagismo, registrando-se, igualmente, o sexo e a condição de não-fumante, fumante ou ex-fumante do profissional.

**Tabela 6 - Aconselhamento segundo o sexo e tabagismo do médico. Médicos do Estado do Rio de Janeiro, 1989.**

Tabagismo do Médico	Aconselhamento						Total
	Sempre		às Vezes		Nunca		
	N	M	N	M	H	M	
Não-fumante	80	60	15	15	1	6	177
Fumante	48	18	17	10	4	3	100
Ex-fumante	67	17	13	4	1	2	104
Total	195	95	45	29	6	11	381

\* - 2 sem informação; H = Homens; M = mulheres

No intuito de possibilitar a análise estatística da existência ou não de uma interação entre a idade do médico, sua condição tabágica e o aconselhamento rotineiramente feito em relação ao taba-

gismo do paciente, foram montadas as tabelas 7, 8 e 9.

**Tabela 7 - Aconselhamento da clientela pelo médico não-fumante segundo sua idade. Médicos do Estado do Rio de Janeiro, 1989.**

Aconselhamento	Idade				Total
	23-40		>40		
	N	E	N	E	
Sempre	83	89,4	57	50,6	140
Às vezes/nunca	30	23,6	7	13,4	37
Total	113		64		177

Qui-quadrado = 6,06

N = nº observado; E = nº esperado.

**Tabela 8 - Aconselhamento da clientela pelo médico fumante segundo sua idade. Médicos do Estado do Rio de Janeiro, 1989.**

Aconselhamento	Idade				Total
	23-40		>40		
	N	E	N	E	
Sempre	37	37,6	29	28,4	66
Às vezes/nunca	20	19,4	14	14,6	34
Total	57		43		100

Qui-quadrado = 0,07

N = nº observado, E = nº esperado.

**Tabela 9 - Aconselhamento da clientela pelo médico ex-fumante segundo sua idade. Médicos do Rio de Janeiro, 1989.**

Aconselhamento	Idade				Total
	23-40		>40		
	N	E	N	E	
Sempre	38	40,4	46	43,6	84
Às vezes/nunca	12	9,6	8	10,4	20
Total	50		54		104

Qui-quadrado = 1,43

N = nº observado; E = nº esperado.

A análise destas tabelas evidencia a existência de uma internação positiva entre o fato de o médico ser não-fumante e ter mais de 40 anos com o aconselhamento à clientela fumante.

## 5. Discussão

Na XXXIII Reunião do Comitê Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPA3) e XL Reunião do Comitê Regional da OMS, realizada em 30 de setembro de 1988<sup>(37)</sup>, a OMS, alarmada com a magnitude do problema do tabagismo e empenhada em demonstrar que fumar não deve ser aceito como um comportamento social "normal" recomendou que os países membros desta Organização deveriam adotar leis para a proteção da saúde dos não-fumantes; tomar medidas de controle a publicidade direta e indireta do tabaco, em todas as suas formas, restringir o consumo de produtos do tabaco nos lugares públicos, estabelecer programas educativos sobre os perigos do tabagismo em todas as escolas e em todos os níveis de ensino, realizar esforços sistemáticos para informar, ao público, por todos os meios de comunicação, os malefícios do tabagismo.

As ações de controle do tabagismo no Reino Unido, onde o índice de fumantes é alto, reduziram, em 12 anos (1972-1984), a proporção de fumantes de 46 para 34% da população<sup>3</sup>. A prevalência de fumantes nos EEUU, em 1976, representava 36,7% da população. Em 1985, 30,4% da população ainda fumavam. Neste país, a prevalência de fumantes tem declinado mais entre os homens do que entre as mulheres. Entre 1965 e 1987, nos indivíduos com mais de 19 anos, ela decresceu de 50,2 para 31,7% entre os homens e de 31,9 para 26,8% no sexo oposto<sup>7</sup>. Na Suécia, a proporção de fumantes no grupo etário de 16 a 74 anos reduziu-se de 52% entre os homens e 34% entre as mulheres para 24 e 28%, respectivamente<sup>7</sup>.

Um processo educativo é fundamental para a conscientização do legislador e da população quanto aos danos causados pelo fumo e para a aplicação de legislação anti-fumo. Esclarecimentos

sobre os efeitos nocivos do tabaco para os fumantes e para o não fumantes, expostos à poluição ambiental que ele determina, são fundamentais para o respeito às leis anti-fumo.

Em nosso país, o recolhimento de impostos que incidem sobre o tabaco é significativo para a Economia, mas os prejuízos sociais superam qualquer questionamento de ordem econômica. Apesar de gerar recursos para o Governo - as taxas sobre cigarros, no Brasil, representam cerca de 12% da arrecadação fiscal<sup>24</sup> - não é ético incentivar o consumo do tabaco, visando a um maior recolhimento de impostos.

Em 1985, foi criado o Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde e, em 1986, surgiu o Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF). O principal objetivo do PNCF é promover ações visando à redução do consumo de produtos do tabaco e, deste modo, diminuir a incidência de doenças tabaco-associadas<sup>38</sup>.

No Brasil, são perceptíveis alguns resultados das campanhas anti-tabágicas: 1) cerca de 32% dos entrevistados na pesquisa do Ministério da Saúde, em 1989, tinham conhecimento destas campanhas; 2) em relação ao fumo, houve mudança no comportamento social da classe mais altas que, espera-se, deva atingir, progressivamente, as classes menos favorecidas<sup>6</sup>; 3) atualmente, 24 estados, têm programas de ação anti-fumo administrados pelas Secretarias de Saúde ou de Educação.

Em 11 de janeiro de 1964, o dr Duther L. Terry, "Surgeon General" do Serviço de Saúde Pública dos EEUU, divulgou o primeiro "Relatório sobre Fumo e Saúde" do Comitê Consultor em Fumo e Saúde. Este documento foi considerado marco inicial do reconhecimento, pela

classe médica norte-americana, de que o tabagismo é causa de câncer e de outras doenças graves <sup>39</sup>.

A maioria das organizações envolvidas com a Associação Médica Americana apresenta política interna ou geral sobre o fumo. Assim, no hospital da Universidade George Washington, é proibido fumar <sup>40</sup>. Em pesquisa feita em 4 hospitais do Rio de Janeiro <sup>41</sup>, 92% dos profissionais entrevistados eram a favor da restrição ao fumo em todas as dependências do hospital, 54% foram a favor e 45% contra a criação de uma área exclusiva para fumantes, entendendo que o profissional de saúde deve dar o exemplo, não fumando em seu local de trabalho. O código de ética médica de Cuba vem ao encontro desta opinião, incluindo o não-fumar como norma de conduta dos profissionais <sup>42</sup>. Quando médicos fumam, prejudicam a credibilidade de uma campanha anti-tabágica. Um médico que fuma, muito dificilmente poderá convencer um fumante a largar o cigarro.

Cabe aos profissionais de saúde a promoção da saúde. Entre eles, o médico é personagem principal na luta anti-tabágica e sua cooperação é imprescindível. O médico tem contato com, pelo menos, 70% de todos os fumantes a cada ano <sup>17</sup> e são os mais respeitados e acreditados entre os profissionais de saúde <sup>43</sup>. Por isso, o fumante pode ignorar conselhos dados por familiares, ignorar o olhar agressivo do fumante passivo, mas está inclinado a aceitar o conselho médico. Cabe-lhe, portanto, dar o exemplo de comportamento anti-tabágico. Segundo RUSSEL <sup>44</sup>, "quando consultam o médico, as pessoas estão numa situação onde a percepção de sua própria vulnerabilidade é máxima, especialmente se a queixa é relacionada ao seu tabagismo". Nesta situação, de acordo com os mandamentos da teoria da comunicação, o aconselhamento pode ser muito efetivo. O aconselha-

mento ao paciente fumante por poucos minutos e um folheto sobre o tema, por exemplo, podem ter êxito, aumentando as taxas de abandono ao vício de fumar em até 5 pontos percentuais <sup>19, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51</sup>.

Muitos fatores influenciam o modo e a intensidade pelos quais o médico combate o fumo: o exemplo, o custo, o tempo, a consciência de seu papel, a ansiedade, o nível de conhecimento do paciente, relação médico-paciente, a competição com a publicidade a favor do "cigarro" e a falta de material educativo. No final da década de 60, o Serviço de Saúde dos EEUU produziu e distribuiu um "poster", em preto e branco, com os seguintes dizeres em letras gigantes: 100.000 médicos deixaram de fumar". Em letras pequenas, no radapé do "poster" completavam: "Talvez eles saibam alguma coisa que você desconhece" <sup>52</sup>. Reconhecer o tabagismo com um vício é crítico tanto para tratar o fumante como para entender por que as pessoas continuam fumar, apesar de reconhecerem os danos que ele causa à saúde. Para deixar de fumar é imprescindível que o viciado compreenda que fumar é imprescindível que o viciado compreenda que fumar não é apenas perigoso, mas que é perigoso para ele mesmo, reconheça que é possível para de fumar, desde que ele decida fazê-lo, para de fumar e persista nesta atitude.

Se a motivação é fundamental, o encorajamento e o apoio na decisão de abandonar o "cigarro" são indispensáveis. O médico, evitando a adesão ao fumo por parte dos jovens e incentivando o abandono do tabagismo, deve estar preparado para atuar em todos estes estágios, esclarecendo ao fumante que parar de fumar é bom em qualquer momento, independentemente do tempo que já fumou.

Dentre os métodos utilizados para o abandono do vício de fumar, destacam-

se os medicamentosos, a criação de reflexos de aversão e os de esclarecimento individual ou de grupos selecionados. Entretanto, os programas educativos, comunitários ou nacionais, atingem os melhores resultados. O objetivo é mudar a atitude da sociedade, no sentido de encarar o fumar como um comportamento anti-social.

A literatura que trata do hábito, tabágico na classe médica ainda é reduzida, especialmente em nosso país.

Como, habitualmente, o tabagismo inicia-se nas primeiras décadas de vida em geral, o aluno de Medicina já fuma ao entrar na Faculdade <sup>42, 53, 54, 55</sup>. Estudos feitos entre estudantes de Medicina, entre 1980 e 1989 <sup>42, 53, 54, 55</sup>, revelaram que de 20 a 59,3% deles fumavam. Estudos entre alunos de Medicina dos EEUU, revelaram que apenas 6% fumavam e, na Inglaterra, 5% <sup>42</sup>. Quando comparamos estes índices com os do Brasil, vemos que a proporção de fumantes entre nossos estudantes de Medicina é alta.

Em diversos países, até a década de 40, a proporção de fumantes entre os médicos era alta. Cerca de dois terços dos médicos do Canadá, EEUU e Inglaterra fumavam. Esta proporção era semelhante em outros países industrializados <sup>56</sup>. Na Inglaterra, estudo famoso <sup>57, 58</sup>, que acompanhou 34.440 médicos durante 20 anos, revelou que 40% dos fumantes com 35 anos de idade, no início do estudo, morriam antes dos 65 anos por doenças tabaco-associadas. Entre os não-fumantes, do mesmo grupo etário, a proporção de óbitos antes dos 65 anos foi de 15%. Com a publicação de trabalhos científicos <sup>59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68</sup> mostrando a relação entre fumar e cardiopatias, bronquite crônica, enfisema pulmonar, câncer de pulmão e de outras localizações, a partir da década de 50, houve um decréscimo acentuado de fumantes na classe

médica. Por exemplo, em 1945, na Inglaterra, 60% dos médicos fumavam, em 1986, 9%. A "American Cancer Society" apurou que apenas 7,1% dos cardiologistas e 4,6% dos pneumologistas ainda fumavam em 1986<sup>56</sup>. Na Noruega, em 1952, 73% dos médicos fumavam; atualmente, tem uma das mais baixas proporções de médicos fumantes em todo o mundo<sup>19, 69</sup>.

Estudos realizados em diversos países, entre 1980 e 1984<sup>69</sup>, revelaram que as proporções de médicos fumantes do sexo masculino variavam entre 10% (EUA) e 70% (Argélia). Dos países estudados, os de menores proporções foram os EUA (10%), Grã Bretanha (12%), Nova Zelândia (15%) e Noruega (19%). As maiores proporções foram encontradas na Grécia (63%), Sudão (64%), Holanda (65%), Argélia e Polônia (70%). Na República Federal da Alemanha, em 1878, estimou-se que 30% dos médicos fumavam. Na Polônia, em 1985, estimou-se que 37% dos médicos homens e 29% das médicas fumavam; na Espanha, no mesmo anos, estimou-se que 64% dos médicos fumavam, contrastando com a prevalência de fumantes na população geral (41%)<sup>9</sup>.

A classe médica brasileira é uma das que mais fuma quando confrontada com as congêneres de outros países. Nos estudos realizados entre nós<sup>29, 30, 31, 32</sup> verificou-se que entre 20 e 40% dos médicos fumavam. Um deles<sup>30</sup>, realizado em Sobradinho, Distrito Federal, em 1989, onde foram entrevistados 166 (90%) dos médicos da área, mostrou que 23% deles eram fumantes. Entre os 38 fumantes, 76,3% haviam tentado, em média, 3,6 vezes para de fumar e 84,2% pretendiam parar de fumar.

Em outro inquérito, realizado entre os médicos de Cascavel, PR<sup>31</sup>, em 1989,

observou-se que 32% dos 161 médicos entrevistados eram fumantes, enquanto 30% eram ex-fumantes e apenas 38% nunca haviam fumado. Num estudo feito em 1989, em Pernambuco<sup>32</sup>, 28% dos médicos e 24% das médicas fumavam. No inquérito realizado entre os médicos do Porto Alegre, RS, em 1980<sup>29</sup>, estimou-se que 24,5% dos homens e 40,4% das mulheres fumavam. Estudo realizado em 1989, no Instituto de Tisiologia e Pneumologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ITP/UFRJ)<sup>33</sup>, mostrou que apenas 2 de 9 professores fumavam, 4 de 30 médicos do corpo clínico eram fumantes e, entre os 18 alunos de pós-graduação, 4 fumavam. Dentre os 68 profissionais, compreendendo docentes, médicos e alunos de pós-graduação, 17% fumavam, 38% eram ex-fumantes e 50% nunca haviam fumado.

Em nosso estudo, a análise do questionário permitiu estimar que a verdadeira proporção de fumantes no universo do qual proveio a amostra está compreendida entre 21,6 e 30,4, com 95% de probabilidade, já que o erro de amostragem da estimativa é da ordem de 4,4%. A proporção encontrada no Estado do Rio de Janeiro não difere significativamente daquelas obtidas em outras regiões do Brasil<sup>29, 30, 31, 32</sup>.

A dimensão do tabagismo na classe médica do Estado do Rio de Janeiro identificada no presente estudo é equivalente à de outros países há pelo menos 20 anos atrás. Em 1964, na Nova Zelândia<sup>70</sup>, estimou-se que 30,3% dos médicos fumavam, enquanto 36,9% era ex-fumantes. Outro estudo, feito na Flórida, EUA, em 1965<sup>71</sup>, calculou que 30% dos médicos, naquela região, eram fumantes e 45,5% ex-fumantes. Em 1972, dois outros estudos realizados netas mesmas áreas<sup>72, 73</sup>, observou 33,3% de fumantes e 29,2% de ex-fumantes na Nova Zelândia, e 18,0%

de fumantes e 45,0 de ex-fumantes na Flórida, EUA. Outro inquérito, feito na Hungria, em 1976<sup>74</sup>, estimou que 44,7% dos médicos daquele país fumavam.

Quando comparadas às proporções mais recentes de médicos fumantes de outros países - menos de 10% na Inglaterra<sup>42</sup>, menos de 7,1% dos cardiologistas, norte-americanos e menos de 4,6% dos pneumologistas do mesmo país - as proporções encontradas neste estudo podem ser consideradas altas. A proporção de médicos fumantes no Estado do Rio de Janeiro, quando comparada à de fumantes na população geral de nosso país - 39%<sup>6</sup> - está pouco abaixo.

Proporcionalmente, há mais fumantes e ex-fumantes entre os homens do que entre as mulheres. Quando juntamos os fumantes atuais aos ex-fumantes, observamos que, presumivelmente, mais da metade ( $54 \pm 5,1\%$ ) dos médicos do Rio de Janeiro (RJ) fuma ou já fuma ou já fumou. A proporção de fumantes é menor entre os mais jovens (23-20) e o consumo de cigarros cresce com a idade, não havendo diferença apreciável na intensidade de fumo entre homens e mulheres. Esta observação contrasta com a feita em P. Alegre<sup>29</sup>, onde havia maior proporção de fumantes entre os mais jovens.

Como é usual, a maior parte dos fumantes inicia-se no tabagismo enquanto jovem. Cerca de 56% dos médicos fumantes do RJ começaram a fumar até os 17 anos de idade. Parece que o problema do fumo não é abordado de forma efetiva durante o curso médico, posto que cerca de 44% dos médicos fumantes, presumivelmente, iniciaram-se no vício tabágico após ingressarem na Faculdade de Medicina, quando deveriam ser instruídos quanto aos malefícios do fumo. Durante o curso de graduação em Medicina, é provável que pelo menos 37% dos fuman-



tes tenham se iniciado no tabagismo, enquanto, no mínimo, 15% abandonaram o cigarro. Estas proporções são semelhantes as encontradas em outras regiões, nas quais motivaram modificações no currículo das Escolas de Medicina e consequente redução do tabagismo entre os médicos<sup>73</sup>. Ao encontro delas vão as recomendações das 23<sup>a</sup> e 24<sup>a</sup> Assembléias Mundiais da Saúde<sup>42, 76</sup> que, em 1974, já alertavam as Escolas de Medicina e de Ciência da Saúde para que tivessem plena consciência da importância de sua participação na educação anti-tabágica e para os médicos dessem o exemplo, abstando-se de fumar.

Em nossa casuística, ficou evidente a interação entre o fato de o médico não fumar e ter mais de 40 anos com o aconselhamento rotineiro aos pacientes fumantes para deixarem de fumar. Deve-se ressaltar que grande parte dos 316 médicos entrevistados por telefone e que responderam à vezes ou nunca à pergunta sobre aconselhamento era composta por Pediatras e Psicanalistas. Os primeiros, ao responderem a esta questão, alegavam sempre que não consideravam importante abordar o assunto, pois só lidavam com crianças; os Psicanalistas, respondiam que só abordavam o tema quando o paciente colocava o seu vício como um ponto a ser discutido durante a terapia. Todavia, ao se pretender reduzir o número de fumantes, é exatamente sobre as crianças ainda não-fumantes que se devem priorizar as ações anti-tabágicas. Entendemos que o tema deve ser abordado rotineiramente pelo Pediatra durante as consultas. A omissão dos Pediatras pode decorrer da falta de abordagem do papel do médico na luta anti-tabágica durante o curso de graduação. Não há dúvida de que o aconselhamento do médico ao fumante no sentido de que pare de fumar e seu apoio ao ex-

fumante são primordiais para o sucesso desta empreitada. Como já foi ressaltado anteriormente, mínimas intervenções médicas, como por exemplo, alguns minutos de aconselhamento e folhetos sobre o tema<sup>19, 37, 45, 46</sup>, resultam em tentativas bem sucedidas de abandonar o fumo por parte dos pacientes. Entretanto, alguns trabalhos<sup>47, 77, 78</sup> sugerem que a classe médica pode não estar empenhando-se ao máximo na luta contra o tabagismo.

O comportamento do médico em relação ao tabagismo precisa ser urgentemente modificado. Segundo o Grupo Assessor do PNCF, é imprescindível fazer o levantamento da prevalência de fumantes em grandes amostras de profissionais, incluir, nos congressos da área da Saúde, tema sobre o tabagismo, especialmente nos das especialidades de patologias mais associadas com o fumo, incluir o tema no currículo de disciplinas adequadas nas Faculdades de Medicina<sup>42</sup>.

Estas observações apontam para a necessidade de se rever e/ou reformular o conteúdo programático da Escola Médica. Por sua vez, o conhecimento da prevalência de médicos fumantes poderá orientar a estratégia de atuação entre estes profissionais, a fim de que, também eles, abandonem o cigarro. Assim como ocorreu em outros países, acreditamos que, uma vez conscientizada a classe médica quanto ao seu papel na luta anti-tabágica, a proporção de médicos fumantes deverá diminuir.

Finalmente, a consistência dos dados obtidos neste estudo permite afirmar que estas conclusões são apoiadas em dados estatisticamente significantes.

## 6. Conclusões

Nosso estudo permite afirmar que:

1) a proporção de fumantes entre os médicos do Estado do Rio de Janeiro está compreendida entre 21,6 e 30,4%, limites sobre estes que tem 95% de probabilidade de conterem o verdadeiro valor do universo.

2) a proporção de homens fumantes é superior à das mulheres;

3) a proporção de fumantes é menor entre os médicos mais jovens;

4) a intensidade do fumo é equivalente em ambos os sexos e cresce com a idade;

5) a maior parte dos fumantes já fumava ao ingressar no curso de graduação;

6) o aconselhamento para que o paciente deixe de fumar só se é feito regularmente pelos médicos não-fumantes e com mais de 40 anos.

7) presumivelmente, a proporção de pessoas que ingressaram no vício tabágico durante o curso médico supera a dos que abandonaram o cigarro no mesmo período. Admitida esta hipótese, pode-se supor que isto ocorra porque a abordagem do tema tabagismo não é feita de forma adequada e eficaz nas Escolas Médicas.

## Agradecimento

Meu agradecimento ao Dr. Jacques Noel Manceau, pela orientação na metodologia de amostragem e na análise estatística dos resultados observados; à Arapuã de Macedo e Hermé Dias, pela computação dos dados; ao Prof. Geraldo de Noronha Andrade, pela orientação precisa na apresentação da tese; aos 383 colegas entrevistados, que tornaram este trabalho possível, à minha mulher, Maria Beatriz, pelo apoio, estímulo, ajuda, paciência e revisão gramatical deste texto.

## ANEXOS

### Anexo 1 - Ficha de registro de dados

#### TABAGISMO NA CLASSE MÉDIA

1. Sexo: Masc.  Fem.

2. Idade:

3. Fuma? Sim  Não

4. Caso não fume atualmente, já fumou?  
Sim  Não  Não se aplica

CASO NUNCA TENHA FUMADO, MARQUE "NÃO SE APLICA" NAS QUESTÕES 5, 6 E 7.

5. Com que idade começou a fumar?  Não se aplica

6. Considerando todo o tempo que já fumou, quantos cigarros, em média, fumou por dia?   
Não se aplica

7. Caso tenha parado de fumar, com que idade abandonou o vício tabágico?  Não se aplica

8. O (A) Sr(a) aconselha seu paciente a parar de fumar?  
Sempre  Às vezes  Nunca

Observações:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anexo 2 - Carta explicativa enviada ou lida para todos os médicos entrevistados.

Prezado colega,

O Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF), do Ministério da Saúde, está empenhado na redução do tabagismo no país, visto que estudos realizados no Brasil, em 1988, revelaram que cerca de 40% da população maior que 18 anos fuma.

Uma das estratégias adotadas pelo PNCF para reverter este grave quadro, é a conscientização da classe médica do seu papel no esclarecimento e motivação da clientela alvo (não-fumantes, para não aderirem ao vício e fumantes, para que dele se libertem).

Para este objetivo ser alcançado, é fundamental o conhecimento da prevalência de fumantes na classe médica. Este estudo já foi realizado no Rio Grande do Sul, está em fase inicial em Brasília, será realizado ainda este ano entre os filiados à Associação Médica Brasileira e, no Rio de Janeiro, já foi feito em serviços isolados.

Como médico da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), representante da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS) no Grupo Assessor da PNCF, e contando com o apoio do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), estou procurando estimar a prevalência de fumantes entre a classe médica do Estado. Com este objetivo, a partir de uma listagem fornecida pelo CREMERJ dos médicos em atividade no estado, foi sorteada uma amostra na qual o colega se inclui. Por isso, estou enviando, em anexo, um questionário e um envelope já selado e endereçado. Preço a gentileza de responder as questões a remetê-las, se possível, em um prazo não superior a dez dias.

Certo da compreensão da importância do projeto, que também será utilizada como tese de Mestrado do pesquisador, e no qual a sua cooperação é fundamental, esclareço que não haverá registro nominal dos dados.

Contando com sua resposta, agradeço antecipadamente sua valiosa contribuição, sem a qual o estudo não seria possível. Coloco-me também à sua disposição para qualquer outra informação sobre o tema "Tabagismo e Saúde".

Atenciosamente,  
Hisbello da Silva Campos  
CRM 52 28.257-4

### 8. Referências Bibliográficas

1. Tabaco: Preguntas y Respuestas. "Short answers to forty questions", Tobacco or Health Programme, WHO/OMS, Dr. Roberto Hassironi, 1987. In: Boletim Informativo do Comitê Coordenador Latino-Americano y del Caribe, Julio-agosto-setiembre 1988, p. 13.
2. Chandler WU. Banishing tobacco. S.1., Wordwatch Institute, 1986. 1v. (Paper 68).
3. Ramstron L, Raw M, Wood M (Eds). Guidelines on smoking cessation for the primary health care team. Report of a Joint World Health Organization/International Union Against Cancer. Royal Society of Medicine, London. April 27-28, 1987. p. 17.
4. Tabagismo: Tendências mundiales et implications. World Health Statistics Annual 1986.
5. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais da Saúde, Divisão Nacional de Doenças Crônico-degenerativas, Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, Centro de Ciência e Tecnologia. Doenças Crônico-degenerativas: evolução e tendências atuais - I, 1988.
6. LPM - Levantamento e Pesquisas de Marketing Ltda. Projeto Saúde - Estudo sobre estilo de vida para o Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Doenças Crônico-degenerativas. LPM - 61.88 - 2909; 29.11.88.
7. Koop CE. Preface in U.S. Department of Health and Human Services. Reducing the Wealth Consequences of Smokin: 25 years of progress. A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center-for Health Promotion and Education; Office on Smoking and Health. BHHS Publication N° (CDC) 88-8406, 1988.

- 8) U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A report of the Surgeon General, 1988. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking, and Health. DHHS Publication n° (CDC) 88-8406, 1988.
- 9) Gunby P. Surgeon General Emphasizes Nicotine Addiction in Annual Report on Tobacco Use, Consequences. JAMA (1988, 259 (19): 2811.
- 13) Henningfield FE. Behavioural pharmacology of cigarette smoking. In: Thompson, Dews PB and Barret JE (Eds) Advances in Behavioural Pharmacology 1984; 4:131-210.
- 11) Broders AC. Squamous-cell epithelioma of the lip. A study of five hundred and thirty-seven cases. JAMA 1920;74(10):656-664.
- 12) Lombard HL, Doering CR. Classics in Oncology. Cancer studies in Massachusetts. 2. Habits, characteristics and environment of individuals with or without cancer. new Engl. J. Med. 1928;198:481-487.
- 13) Pearl R. Tobacco smoking and longevity. Science 1938;87 (2252):216-217.
- 14) Habler H. Smoking or health, the choice is yours: world health day 1980. April t. WHO 80/1.
- 15) U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking for women. A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Assist. Secretary for Health, Office on Smoking and Health, 1980 b.
- 16) World Health Organization. Tobacco or health Programme. The female Smoker: At Added Risk. World's 2nd. No Tobacco Day, 31 May 1989.
- 17) World Health Statistics Quarterly 1908, 41:3/4.
- 18) World Health Statistics Annual 1988; World Health Organization.
- 19) Ockene JK. Smoking intervention: The expanding role of the physician. Am J. Public health 1987;77:782-703.
- 20) Hammond EC. Smoking in relation to the death rates of one million men and women. national Cancer Institute Monography 1966; 19:127.
- 21) Balarajan R et Al. Smoking and State of Health. Dr. Med J 1985;291:1682.
- 22) U.S. Department of Health Consequences of Smoking: Cancer, A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office on Smoking and Health. DHHS Publication N° (PHS) 02-50179, 1982.
- 23) World Health Organization. Smoking and Its Effects on Health. Report of a WHI Expert Committee, Technical Report Series 568. Geneva: World Health Organization, 1975.
- 24) Population and Human Resources Division, Brazil Country Department, World Bank. Health Policy in Brazil: Adjusting to new challenges. Washington D.C.: Draft of May 15, 1989.
- 25) Joly DJ. El habito de fumar cigarrillos en America Latina: una encuesta en ocho ciudades. Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana 1975; 79:93.
- 26) U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: Cancer and Chronic Lung Disease in the Workplace. A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office on Smoking and Health. DHHS Publication N° (PHS) 85-50207, 1985.
- 27) Federal Trade Commission. Staff report on the cigarette advertising investigation. (Public. version) Washington, 1981.
- 28) Action on smoking and health. The economic of a killer: tobacco. Fact sheet 1. Londres, s.d. 1v.
- 29) Salts, R, Gadia CANJ Doutor, o senhor ainda fuma? Jornal de Pneumologia 1981; (7) 2:98-101.
- 30) Campos HS, Sobrinho AB. Tabagismo entre os médicos de Sobradinho, D.F., 1989. Dados ainda não publicados.
- 31) Campos HS, Machado JL. Tabagismo entre os médicos de Cascavel, PR, 1989. Dados ainda não publicados.
- 32) Rabelo L.V. Tabagismo entre os médicos de Pernambuco, 1989. Dados ainda não publicados.
- 33) Campos HS, Santoro HP. Tabagismo no Instituto de Tisiologia e Pneumologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1989. Dados ainda não publicados.
- 34) Cochran WG. Sampling Techniques. (Ed.) John Wiley & Sons, Inc. 2nd edition, 1963. pp 75.
- 35) Thompson GE. Sampling and the Normal Probability Distribution. In: Statistics for Decisions. An Elementary Introduction. Little, Brown and Company, 1772.
- 36) Random Numbers - Tables. In: Dixon

- WJ, Massey FL Jr. Introduction to Statistical Analysis. Fourth edition. International Student Edition. Nc. Graw Hill Book Company. 1983. pp 500-503
- 37) Organizacion Panamericana de la Salud/Organizacion Mundial de la Salud. Resolucion XXII. 30 de septiembre de 1988.
- 38) Ministério da Saúde. Programa Nacional de Combate ao Fumo. Estrutura de um Programa de Controle do Tabagismo. Relatório técnico, 1989.
- 39) U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Centers for Disease Control. Smoking and Health. Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. PHS Publication N° 1103, 1964.
- 40) Marwick C, Herz B, Gunby P. New Rules Extinguish "Smoking lamp" in Growing Number of Public Places. JAMA 1988; 259:2342---2343.
- 41) Silva VLC, Koch HA, Campos GP. A questão do tabagismo em alguns hospitais do município do Rio de Janeiro. Rev. Bras Cancerol 1986; 32(1): 43-46.
- 42) Rosemberg J. Por que médicos continuam a fumar? (Editorial). Rev. Paul Med. 1988; 106(4); 179-132.
- 43) Wetzler HP, Cruess DF. Self-reported health practices and health care utilization: Findings from the National Health Interview Survey. Am. J. Public Health 1985; 75:1329-1330.
- 44) Russel MAN. Cigarette dependence: II. Doctor's role in management. Br Med J 1971; 2:393-395.
- 45) Rosser WW. Ways of helping patients to stop smoking. Can Fam Phys 1979; 25:923.
- 46) Emart CK et al. Increasing physicians antismoking influence by applying an feedback technique. J Med Education 1983;58:468.
- 47) Porter AMW, McCulloch DM. Counselling against cigarette smoking: A controlled study from a general practice. Practitioner 1972;209:686-689.
- 48) Rosser WW. The role of the family physician in smoking cessation. Can Fam Phys 1984;30:160-168.
- 49) British Thoracic Society. Comparison of four methods of smoking withdrawal in patients with smoking related diseases. Br. Med J 1983;286:595-597.
- 50) Organisation Mondiale de la Santé. Estrategie de lutte antitabac dans le pays en developpement. Série de Informes Técnicos 675. Genebra 1983.
- 51) Schwarts JL. Review and Evaluation of Smoking Cessation Methods: The United States and Canada, 1978-1985. Publication (NIH) 87-2970, Bethesda, Md, National Cancer Institute, 1987, pp 50-59.
- 52) Davis RM. Uniting Physicians Against Smoking: The Need for a Coordinated National Strategy. (Editorials). JAMA 1988;259(19): 22900-2901.
- 53) Netto AR, Ruffino MC, Gruber CA, Tsuzuki EE, Carramaschi FR, Machado FA, Tabagismo entre acadêmicos de Ribeirão Preto - USP. Jornal de Pneumologia 1981; 7(3):164-170.
- 54) Netto AR, Ruffino MC, Passos ADC, Silva CA, Madeira AN. Tendência do tabagismo entre acadêmicos de Ribeirão Preto (SP) - estudo prospectivo. Jornal de Pneumologia 1988; 14(4):163-169.
- 55) Szego T, Bechara MJ, Rodrigues JG. Levantamento epidemiológico sobre o vício de fumar entre estudantes de Medicina no Estado de São Paulo. Rev. Ass. Med Brasil 1985;31(1-2): 13-16.
- 56) Garfinkel L et. cols. Cigarette smoking among physicians, dentists and nurses. Cancer J Clin 1986; 32:2.
- 57) Doll R., Peto R. Mortality in relation to smoking: 20 years observations on male British doctors. Br. Med J 1976;2:1525-1536.
- 58) Doll R. Hill AB. Lung cancer and other causes of death in relation to smoking. A second report on the mortality of British doctors. Br Med J 1956, 2:1071-1031.
- 59) Hammond EC. Smoking in relation to the death rates of one million men and women. In: Haenszel W (Ed) Epidemiological Approaches to the Study of Cancer and Chronic Diseases, National Cancer Institute Monograph 19. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Service, National Cancer Institute, January 1966, pp 127-204.
- 60) Hammond EC, Horn D. Smoking and death rates - report on forty-four months of follow-up on 187.783 men. I. Total mortality. JAMA 1958; 166(10):1159-1172.
- 61) U.S. Public Health Service. Smoking and Health. Report of the advisory Committee to the Surgeon General to the Public Health Service. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Centers for Disease Control. PHS Publication n° 1103, 1964.

- 62) U.S. Public Health Service. The Health Consequences of Smoking. A Public Health Service Review: 1967. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service. PHS Publication N° 1696, revised 1968.
- 63) U.S. Public Health Service. The Health Consequences of Smoking. 1969. Supplement to the 1967. Public Health Service Review. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service PHS Publication N° 1696-2 (Supplement), 1969.
- 64) Wynder EL, Mabuchi K, Deattie EF Jr. The epidemiology of lung cancer. JAMA 1970, 213(13):2221-2228.
- 65) Wynder EL, Hoffmann D) Tobacco and Tobacco Smoke. Studies in Experimental Carcinogenesis. New York, Academic Press, 1967.
- 66) Hammond EC. Quantitative relationship between cigarette smoking and death rates. In: Wynder EL (Ed) Toward a Less Harmful Cigarette. NCI Monograph 28. U.S. Public Health Service, National Cancer Institute, June 1968, pp 3-8.
- 67) Hammond EC. Life expectancy of American men in relation to their smoking habits. Journal for the National Cancer Institute 1969; 43(4):951-962.
- 68) Kahn HA. The Dorn study of smoking and mortality among U.S. veterans: Report on eight and one-half years of observation. In: Haenszel W (Ed) Epidemiological Approaches to the Study of Cancer and Other Chronic Diseases, NCI Monograph 19. U.S. Public Health Service, National Cancer Institute, January 1966, pp 1-125.
- 69) Crofton J. La pandemia de tabaquismo: el desafio. Boletín de la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias 1987;62(3):82-87.
- 70) Gardiner CE, Taylor CND. Smoking habits of New Zealand doctors - Special report N° 16. Department of Health, New Zealand, 1964.
- 71) Fulghum JE, Tate CF, Seventy percent of Florida physicians are nonsmokers. JFMA 165;52:47.
- 72) Christmas BW, Nay DR. The smoking habits on New Zealand doctors: A review after 10 years. N.Z. Med J 1976; 83(565):391.
- 73) Fulghum JE et al. Smoking habits of Florida physicians revisited. JFMA 1972;59:23.
- 74) Keleman SA. First experience of the inside hospital fight against smoking patients and among the medical and paramedical staff. Scand J Respir Dis 1978;102:154.
- 75) Bartal M, Bouayad Z, Bahloui A, Naciri A., EL Meziane A. Le tabagisme au Maroc. Ebauche de lutte Antitabac. Hyggie 1988;7(1); 30-32.
- 76) Organización Mundial de la Salud. Consecuencias del tabaco para la salud. Série de Informes Técnicos 568, Ginebra, 1974.
- 77) Anda RF, Remington PL, Sienko DG et al. Are physicians advising smokers to quit? The patients perspective. JAMA 1987; 257:1916-1919.
- 78) Centers for Disease Control. Cigarette smoking in the United States, 1986. MMWR 1987; 86(35); 581-585.

## CHAMADA PARA TEMAS LIVRES

Comunicamos que o prazo para o envio de resumos de temas livres para o **IV Congresso de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro e I Congresso Brasileiro de Endoscopia Respiratória**, foi prorrogado, para o dia 20 de setembro de 1993.

Convidamos à todos os pesquisadores que enviem os seus trabalhos.