



Tabagismo em mulheres profissionais do sexo: prevalência e variáveis associadas

Ligia Lopes Devóglgio¹, José Eduardo Corrente², Maria Helena Borgato³, Ilda de Godoy³

1. Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu (SP) Brasil.
2. Departamento de Bioestatística, Instituto de Biociências de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu (SP) Brasil.
3. Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu (SP) Brasil.

Recebido: 31 maio 2016.

Aprovado: 31 outubro 2016.

Trabalho realizado no Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu (SP) Brasil.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência de tabagismo e variáveis associadas em mulheres profissionais do sexo (MPS). **Métodos:** Estudo de corte transversal quantitativo com MPS na cidade de Botucatu (SP), as quais completaram um questionário sociodemográfico, incluindo informações sobre tabagismo, estágio motivacional para cessação do tabagismo e grau de dependência da nicotina, assim como a Escala de Estresse Percebido e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. **Resultados:** Foram incluídas 83 MPS. A média de idade foi de 26,8 anos. Entre as participantes, 58 (69,8%) possuíam pelo menos o ensino médio, apenas 26 (31,3%) residiam em Botucatu, 59 (71,1%) eram fumantes, 5 (6,0%) eram ex-fumantes, 74 (89,2%) faziam uso de bebidas alcoólicas e 43 (51,8%) faziam uso de algum tipo de drogas. A maioria foi classificada com grau de estresse médio, 51 (61,4%) apresentaram nível de ansiedade possível ou provável, e 57 (68,7%) tiveram resultado improvável para depressão. O nível de dependência da nicotina foi elevado entre as fumantes. Dessas, a maioria não tinha intenção de parar de fumar. Houve associações do tabagismo com o consumo de drogas ilícitas ($p = 0,0271$) e com o uso de bebidas alcoólicas ($p < 0,0001$); porém, não houve associações do tabagismo com as questões de humor e nem da idade da iniciação tabágica com o tempo que trabalhavam como MPS ($p = 0,4651$). **Conclusões:** A prevalência de tabagismo entre as MPS estudadas se mostrou muito elevada quando comparada à da média nacional de mulheres (8,3%). Evidenciou-se que MPS estão expostas a diversos fatores de risco inerentes da própria profissão, sendo a redução de danos uma estratégia importante a ser trabalhada.

Descritores: Mulheres; Hábito de fumar; Profissionais do sexo; Prevalência; Fatores de risco.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o tabagismo deixou de ser considerado um hábito e passou a ser considerado uma doença, uma verdadeira epidemia, que pode ser completamente evitável. Atualmente morrem 5,4 milhões de pessoas todos os anos, e estima-se que, se não houver mudanças significativas, em 2030, esse número chegará a 8 milhões e que 80% dos tabagistas se encontrarão em países em desenvolvimento (de baixa e média renda).^(1,2)

Atualmente, a prevalência do tabagismo entre os homens é maior do que entre as mulheres, visto que essas iniciaram o uso do tabaco mais tardiamente. Porém, observa-se que, ao longo das últimas décadas, tem ocorrido um pequeno declínio na curva dos homens fumantes, enquanto, em relação às mulheres, essa curva vem aumentando, revertendo-se a ideia de o tabagismo ser uma epidemia masculina.⁽²⁻⁴⁾

Dados apontam que 22% da população mundial fumam cigarros, sendo aproximadamente 820 milhões de homens e 176 milhões de mulheres. O tabaco é responsável por até 34% das mortes entre os homens e 22% entre as mulheres; no Brasil esses índices são mais baixos (12,8%

e 9,4%, respectivamente).⁽²⁾ A Organização Mundial de Saúde estima que, se nada for feito, o tabagismo entre as mulheres deverá dobrar em todo o mundo entre os anos de 2005 e 2025.⁽⁵⁾

Alguns países desenvolvidos, como os EUA e Austrália, têm monitorado as tendências de uso do tabaco segundo a ocupação do indivíduo, com o intuito de auxiliar na identificação dos grupos ocupacionais que necessitam de prioridade nas intervenções de controle e cessação do tabagismo. Um trabalho realizado no Brasil buscou descrever essa relação, e, assim como nos países mencionados, percebeu-se que a prevalência do tabagismo é maior em indivíduos que ocupam cargos com exigência de menor nível de escolaridade e de maior esforço braçal.⁽⁶⁾

Apesar de o tema da prostituição ser pouco discutido nos dias atuais, esse ainda é um fenômeno presente na sociedade brasileira e em diversos países em todo o mundo.⁽⁷⁾ São diversos os fatores determinantes da prostituição, sejam eles econômicos, como a migração para centros urbanos, a falta de emprego, o grande número de mães solteiras com dificuldades em criar seus filhos, as condições de vida subumanas, a baixa escolaridade, a falta de perspectiva; ou psicológicos, como as carências

Endereço para correspondência:

Ligia Lopes Devóglgio. Rua Doutor José Barbosa de Barros, 1540, bloco 07, apto. 404, Jardim Paraíso, CEP 18610-307, Botucatu, SP, Brasil.

Tel.: 55 14 99617-8653. E-mail: ligia_lopes15@hotmail.com

Apoio financeiro: Nenhum.

afetivas, os traumas que marcaram a infância ou adolescência e a falta de apoio familiar.⁽⁸⁾ Fatores esses que muitas vezes podem estar associados ao consumo do tabaco e de outras drogas nessa população.

Estudos mostram que essas mulheres estão expostas constantemente a diversos fatores de risco, como a vulnerabilidade social, a submissão e, sobretudo, o uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, por sentirem dificuldades na manutenção da qualidade de vida, acabam adotando atitudes prejudiciais à saúde, o que evidencia a necessidade de intervenções relacionadas aos mais diversos aspectos da saúde.^(7,9)

Conhecer o perfil dos usuários, como a prevalência e os níveis de consumo do tabaco por faixa etária, sexo, renda, entre outros, também é um fator muito importante, pois é por meio desses dados que os profissionais de saúde poderão planejar ações de prevenção mais eficazes em determinadas populações. Por todos esses motivos, têm-se estudado a prevalência, o perfil dos fumantes, as motivações desses para cessar o fumo e as consequências do tabaco em diversos países do mundo, pois esses dados nos ajudam a compreender melhor a epidemia mundial do tabagismo.^(1,10)

Portanto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência do tabagismo e analisar a associação entre o tabagismo e as demais variáveis em mulheres profissionais do sexo (PS).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, transversal e analítico. A pesquisa foi realizada no município de Botucatu, localizado na região central do estado de São Paulo, com uma população estimada de 137.899 habitantes.⁽¹¹⁾ Utilizou-se como referência a área de abrangência da Unidade Básica de Saúde no bairro Cecap, região caracterizada por ser um dos principais pontos de prostituição da cidade. Foram realizadas visitas em dois locais de trabalho cadastrados no município.

Foram aplicados formulários em 83 mulheres PS. A amostra foi calculada tendo por base um estudo realizado em 2008 com 102 mulheres PS no município de Botucatu, que evidenciou que o consumo de tabaco nessa população foi elevado, correspondendo a 68,6% (70 mulheres).⁽¹²⁾

Para chegarmos a esses pontos de prostituição, inicialmente, entramos em contato com o programa municipal de doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, atuante no município, o qual realiza visitas a diversos grupos populacionais vulneráveis a essas doenças, dentre estes, o grupo das mulheres PS. Após esse contato, acompanhadas dos agentes de saúde, realizamos as primeiras visitas aos locais de trabalho das mulheres PS e, em seguida, fomos retornando sozinhas aos locais de prostituição, a fim de atingir o número da amostra.

Foram realizadas inúmeras visitas aos locais de trabalho dessas mulheres e, por tratar-se de uma

população de difícil acesso por ter receio em participar de pesquisas, as entrevistas foram solicitadas e realizadas em seus ambientes de trabalho. Algumas PS se recusaram a participar da pesquisa por medo de serem descobertas pelas suas famílias, mesmo quando explicávamos que manteríamos o sigilo de seus nomes.

A coleta de dados foi realizada no período entre fevereiro e novembro de 2014. Para todas as mulheres que aceitaram participar do estudo, foram aplicados formulários de identificação e de avaliação da tabagista, foi feita também a identificação do estágio motivacional para cessação do tabagismo, através do modelo transteórico de DiClemente e Prochaska,⁽¹³⁾ que descreve a prontidão para mudar de acordo com os estágios pelos quais o indivíduo tem vivido e que são classificados da seguinte maneira: pré-contemplação: não há intenção de cessar o tabagismo nos próximos seis meses; contemplação: há intenção de cessar o tabagismo nos próximos seis meses, porém sem data marcada; preparação: pretende cessar nos próximos trinta dias; ação: cessou o tabagismo há seis meses ou menos; e manutenção: cessou o tabagismo há mais de seis meses. Também foram aplicadas a Escala de Estresse Percebido⁽¹⁴⁾ e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão,⁽¹⁵⁾ com o objetivo de avaliar as questões emocionais dessas mulheres.

As mulheres PS foram avaliadas quanto às características do tabagismo através de um formulário específico, baseado em outros estudos, contendo questões quanto a história tabágica, presença de doenças relacionadas, história social e familiar, fatores relacionados à iniciação do tabagismo e carga tabágica, com o objetivo de traçar seu perfil tabagista.⁽¹⁰⁾ Perguntamos também se elas faziam uso concomitante de outras drogas, sejam elas lícitas (bebidas alcoólicas) ou ilícitas, com o intuito de evitar a interpretação de possíveis vieses. A carga tabágica foi calculada através do número de cigarros fumados por dia, dividido por 20 (quantidade de cigarros em um maço), e o resultado foi multiplicado pelo número de anos durante os quais as mulheres usavam tabaco, chegando ao número de anos-maço. Para avaliar o grau de dependência foi utilizado o teste de Fagerström para a dependência de nicotina.^(16,17)

Para a análise dos dados, inicialmente criou-se um banco de dados no programa Excel e, em seguida, foram calculadas as medidas descritivas para as variáveis quantitativas, com o cálculo de média e desvio-padrão e frequências e proporções para as variáveis qualitativas. As associações entre as variáveis qualitativas foram obtidas utilizando-se o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. As comparações de médias foram feitas utilizando ANOVA seguida do teste de Tukey para variáveis com mais de duas categorias.

Em todos os testes foi fixado o nível de significância de 5% ou o valor de p correspondente. Todas as análises foram feitas através do programa *Statistical Analysis System*, versão 9.3 (SAS Institute, Cary, NC, EUA) com o auxílio do estatístico responsável pelo estudo.

O estudo foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista conforme a Resolução no. 466/13 do Conselho Nacional de Saúde (Protocolo no. 711.738).

RESULTADOS

Fizeram parte do estudo 83 mulheres PS. A média de idade foi de $26,8 \pm 6,3$ anos (variação, 18-48 anos). A maioria ($n = 58$; 69,8%) possuía pelo menos o ensino médio, 78 (94,0%) viviam só, e 49 (59,0%) tinham filhos (média = $2,04 \pm 1,3$ filhos). A média do tempo de atuação como PS foi de $3,7 \pm 5,0$ anos. A renda mensal média foi de R\$ 3.708,33 \pm R\$ 3.001,58 (variação, R\$ 500,00-R\$ 17.000,00) sendo que algumas citaram não saber quanto ganham pelo pouco tempo de serviço. Trata-se de uma população flutuante; apenas 26 (31,3%) delas possuíam moradia fixa no município de Botucatu (SP).

A prevalência de tabagismo foi de 71,1% ($n = 59$), sendo que 6,0% ($n = 5$) eram ex-fumantes. O uso de drogas lícitas e ilícitas mostrou-se prevalente nas PS; 74 (89,2%) das mulheres fazem uso de algum tipo de bebida alcoólica e 43 (51,8%) faziam uso de algum tipo

de droga ilícita, tais como maconha (36,1%), cocaína (34,9%) e crack (3,6%). Além disso, 65 (78,3%) não praticam atividades físicas. A distribuição das características gerais está apresentada na Tabela 1.

Em relação à história tabágica das fumantes, a idade média na qual começaram a fumar foi de $16,0 \pm 4,5$ anos. Das 59 mulheres fumantes, 81,4% revelaram fumar todos os dias, e 88,1% trazem a fumaça sempre; a média do número de cigarros consumidos por dia foi de $22,3 \pm 20,0$, correspondendo a aproximadamente $8,6 \pm 8,2$ maços por semana, gerando um custo mensal de R\$ 139,56 \pm R\$ 115,25. A carga tabágica nesse grupo de mulheres foi, em média, de $11,9 \pm 14,1$ anos-maço. A prevalência de dependência elevada ou muito elevada, determinada pela escala de Fagerström, foi de 47,4%.

Ao analisarmos a idade da iniciação do tabagismo com o tempo que trabalham como PS, vimos que não houve uma associação ($p = 0,4651$); portanto, a maioria das mulheres já fumava antes mesmo de trabalharem como PS.

O estágio motivacional para cessação do tabagismo foi maior na pré-contemplação, em 40,6%, e todas as ex-fumantes encontravam-se na fase de manutenção.

Tabela 1. Distribuição das características gerais das profissionais do sexo estudadas ($N = 83$).^a

Características gerais	Resultados
Idade, anos	26,8 \pm 6,3 (18-48)
Tempo de atuação como PS, anos	3,7 \pm 5,0 (0,0027-15,0000)
Renda mensal, R\$	3.708,33 \pm 3.001,58 (500,00-17.000,00)
Nº de filhos	2,04 \pm 1,30 (1-7)
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	11 (13,3)
Ensino fundamental completo	14 (16,9)
Ensino médio incompleto	24 (28,9)
Ensino médio completo	28 (33,7)
Ensino superior incompleto	5 (6,0)
Ensino superior completo	1 (1,2)
Situação conjugal	
Amasiada	4 (4,8)
Casada	1 (1,2)
Divorciada	3 (3,6)
Solteira	74 (89,2)
Viúva	1 (1,2)
História tabágica	
Fumantes	59 (71,1)
Ex-fumantes	5 (6,0)
Não fumantes	19 (22,9)
Tem filhos	49 (59,0)
Prática atividade física	18 (21,7)
É usuária de	
Bebidas alcoólicas	74 (89,2)
Cocaína	29 (34,9)
Crack	3 (3,6)
Maconha	30 (36,1)
Outras drogas	43 (51,8)

PS: profissionais do sexo. ^aValores expressos em média \pm dp (mínimo-máximo) ou em n (%).

Tabela 2. História tabágica das fumantes estudadas (N = 59).^a

História tabágica	Resultados
Idade ao início do tabagismo, anos	16,1 ± 4,5 (8-30)
Cigarros/dia	22,3 ± 20,0 (2-120)
Maços/semana	8,6 ± 8,2 (0,25-42,00)
Custo mensal, R\$	139,56 ± 115,25 (2,00-675,00)
Quantas vezes conseguiu parar de fumar	1,6 ± 0,9 (1-3)
Tempo máximo sem fumar, anos	0,6 ± 0,4 (0,0082-1,0000)
Carga tabágica, anos-maço	11,9 ± 14,1 (0,25-27,0)
Tipo de fumante	
Diário	48 (81,4)
Fim de semana	0 (0,0)
Ocasional	11 (18,6)
Traga a fumaça	
Sempre	52 (88,1)
Nunca	2 (3,4)
Às vezes	5 (8,5)
Nível de dependência	
Muito baixo	20 (33,9)
Baixo	5 (8,5)
Médio	6 (10,2)
Elevado	16 (27,1)
Muito elevado	12 (20,3)
Já tentou parar de fumar	32 (54,2)
Sintomas de abstinência nas que tentaram a cessação (n = 32)	
Irritação	21 (65,6)
Insônia	5 (15,6)
Tristeza	6 (18,8)
Agitação	12 (37,5)
Lentidão	1 (3,1)
Perda de concentração	1 (3,1)
Aumento de apetite	20 (62,5)
Utilizou algum recurso para cessação	30 (6,3)
Estágio motivacional	
Pré-Contemplação	26 (40,6)
Contemplação	15 (23,5)
Preparação	18 (28,1)

^aValores expressos em média ± dp (mínimo-máximo) ou em n (%).

Tabela 3. História tabágica das ex-fumantes estudadas (N = 5).^a

História tabágica	Resultados
Idade ao início do tabagismo, anos	14,4 ± 2,5 (12-18)
Tempo de tabagismo, anos	11,4 ± 7,4 (0,25-17,0)
Idade à cessação do tabagismo, anos	25,8 ± 8,0 (16-37)
Tempo como ex-fumante, anos	4,4 ± 2,7 (1-7)
Cigarros/dia	33,0 ± 29,1 (5-80)
Maços/semana	11,6 ± 10,1 (2-15)
Carga tabágica, anos-maço	25,0 ± 29,7 (0,25-36,00)

^aValores expressos em média ± dp (mínimo-máximo).

Esses dados estão apresentados na Tabela 2. Nesse grupo, todas faziam uso do cigarro normal; além desse, 11 (18,6%) fumavam cigarro com sabor, 5 (8,5%) fumavam cigarro de palha, 5 (8,5%) fumavam narguilé e 2 (3,4%) fumavam cigarro eletrônico.

Das 32 mulheres (54,2%) que já haviam tentado parar de fumar, 21 (65,6%) relataram terem se sentido

mais irritadas durante o período de abstinência, e 20 (62,5%) referiram aumento do apetite. Dessas 32 mulheres, 30 (93,7%) não utilizaram nenhum recurso para tentar parar de fumar.

Dentre as fumantes, 43 (72,9%) iniciaram o consumo de tabaco por vontade própria e não porque alguém as ofereceu, tendo como fator de influência os pais

Tabela 4. Escore da Escala de Estresse Percebido e classificação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão na amostra estudada (N = 83).^a

Escores	Status tabágico	Resultados				p
EEP	Fumantes	23,4 ± 4,59				0,4301
	Não fumantes	22,1 ± 4,34				
	Ex-fumantes	24,8 ± 7,46				
Classificação da EHAD		Improvável	Possível	Provável	TOTAL	
Ansiedade	Fumantes	21 (25,3)	12 (14,5)	26 (31,3)	59 (71,1)	0,3715
	Não fumantes	10 (12,1)	5 (6,0)	4 (4,8)	19 (22,9)	
	Ex-fumantes	1 (1,2)	1 (1,2)	3 (3,6)	5 (6,0)	
	Total	32 (38,6)	18 (21,7)	33 (39,7)	83 (100)	
Depressão	Fumantes	23 (51,8)	8 (9,7)	8 (9,7)	59 (71,1)	0,4299
	Não fumantes	12 (14,5)	5 (6,0)	2 (2,4)	19 (22,9)	
	Ex-fumantes	2 (2,4)	2 (2,4)	1 (1,2)	5 (6,0)	
	Total	57 (68,7)	15 (18,1)	11 (13,2)	83 (100)	

EEP: Escala de Estresse Percebido; e EHAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. ^aValores expressos em média ± dp ou em n (%).

Tabela 5. Distribuição da frequência de dispneia na amostra estudada (N = 83).

Status tabágico	Dispneia			Total n (%)	p
	Sim n (%)	Não n (%)			
Fumantes	27 (32,5)	32 (38,6)		59 (71,1)	0,4515
Não fumantes	2 (2,44)	17 (20,5)		19 (22,9)	< 0,0001
Ex-fumantes	3 (3,6)	2 (2,4)		5 (6,0)	1,0000
Total	32 (38,5)	51 (61,5)		83 (100,0)	

(em 13,6%), amigos (em 55,4%) e a curiosidade em consumir cigarro (em 79,7%). Antes de comprar cigarros, algumas PS relataram que os conseguiam com familiares (em 20,3%) ou com amigos (em 42,4%).

A distribuição da história tabágica das mulheres PS fumantes está apresentada na Tabela 2. Em relação à história tabágica das ex-tabagistas, a idade média na qual começaram a fumar foi de 14 ± 2,5 anos, fumaram, em média, durante 11,4 ± 7,4 anos e pararam de fumar por volta dos 25,8 ± 8,0 anos. A média do número de cigarros que consumiam por dia era de 33,0 ± 29,1, correspondendo a, aproximadamente, 11,6 ± 10,1 maços por semana. A carga tabágica nesse grupo de mulheres foi, em média, de 25,0 ± 29,7 anos-maço. A distribuição da história tabágica das mulheres PS ex-fumantes está apresentada na Tabela 3.

O grau de estresse foi definido como médio entre as tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas, através da Escala de Estresse Percebido,⁽¹⁴⁾ que pode variar entre zero e 40 (esse último representa o estresse percebido), não havendo diferenças significativas entre os três grupos de mulheres, conforme apresentado na Tabela 4.

Em relação à classificação dos escores da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão,⁽¹⁵⁾ também não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre os três grupos de mulheres, sendo que 51 (61,4%) das mulheres apresentaram escores relativos ao nível de ansiedade possível ou provável, enquanto, para a depressão, 57 (68,7%) apresentaram o nível improvável. Os dados estão apresentados na Tabela 4.

Em relação aos sintomas respiratórios apresentados no momento do estudo, dispneia apareceu com maior frequência (em 38,5%), seguido de tosse (em 26,5%), palpitação (em 25,3%), dor torácica (em 22,9%), tontura (em 22,9%), expectoração (em 20,5%) e chiado (em 14,5%). Entre as mulheres que não apresentaram dispneia, as associações foram significativamente diferentes somente em relação às não fumantes (p < 0,0001); portanto, o uso do tabaco, no presente estudo, não esteve associado a esse sintoma respiratório, conforme os resultados apresentados na Tabela 5.

As fumantes apresentaram um maior consumo de drogas ilícitas (p = 0,0271), sendo significante o não consumo de cocaína nas não fumantes (p = 0,0094) e ex-fumantes (p = 0,0114), assim como menos uso de maconha entre as não fumantes (p < 0,0001). Houve um maior consumo de álcool entre as fumantes (p < 0,0001) e não fumantes (p < 0,0001). Os dados estão apresentados na Tabela 6.

Acredita-se também que, por tratar-se de uma população que deve consumir bebidas alcoólicas, visto que os donos das boates impõem essa condição, a bebida não esteve relacionada apenas às fumantes mas também às não fumantes.

DISCUSSÃO

A prevalência do uso de tabaco em mulheres PS (71,1%) se mostrou muito superior quando comparada à da média nacional da população em geral (10,4%) e especificamente em mulheres, que foi de 8,3% em

Tabela 6. Uso de drogas ilícitas, cocaína, maconha e bebidas alcoólicas na amostra estudada (N = 83).

Status tabágico	Uso de drogas ilícitas			p
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	
Fumantes	36 (43,3)	23 (27,7)	59 (71,1)	0,0271
Não fumantes	6 (7,2)	13 (15,8)	19 (22,9)	0,0515
Ex-fumantes	1 (1,2)	4 (4,8)	5 (6,0)	0,2019
Total	43 (51,7)	40 (48,3)	83 (100,0)	
Status tabágico	Uso de cocaína			p
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	
Fumantes	24 (28,9)	35 (42,2)	59 (71,1)	0,0656
Não fumantes	5 (6,0)	14 (16,9)	19 (22,9)	0,0094
Ex-fumantes	0	5 (6,0)	5 (6,0)	0,0114
Total	29 (34,9)	54 (65,1)	83 (100,0)	
Status tabágico	Uso de maconha			p
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	
Fumantes	27 (32,5)	32 (38,6)	59 (71,1)	0,4615
Não fumantes	2 (2,4)	17 (20,5)	19 (22,9)	< 0,0001
Ex-fumantes	1 (1,2)	4 (4,8)	5 (6,0)	0,2059
Total	30 (36,1)	53 (63,9)	83 (100,0)	
Status tabágico	Uso de bebidas alcoólicas			p
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	
Fumantes	54 (65,1)	5 (6,0)	59 (71,1)	< 0,0001
Não fumantes	16 (19,3)	3 (3,6)	19 (22,9)	< 0,0001
Ex-fumantes	4 (4,8)	1 (1,2)	5 (6,0)	0,2059
Total	74 (89,2)	9 (10,8)	83 (100,0)	

2014.⁽¹⁸⁾ Porém, quando essa prevalência é comparada à de outro estudo com mulheres PS, se mostrou equivalente (68,6% de fumantes, 84,3% de usuárias de bebidas alcoólicas e 42,2% de usuárias de drogas ilícitas).⁽¹²⁾ Concluímos que, entre as fumantes, o nível de dependência da nicotina é elevado e que na maioria dessas não há intenção de parar de fumar.

Corroborando os achados do estudo, no Brasil, a média da idade do início de experimentação de cigarros é de 15,9 anos, e a média de consumo é de 14,1 cigarros por dia.⁽¹⁹⁾ Entre as PS tabagistas o consumo foi um pouco maior, 22,3 cigarros por dia. Um estudo realizado em cinco países da Europa encontrou uma média de idade mais elevada, de 18,2 anos entre as mulheres,⁽²⁰⁾ constatando a atual mudança da epidemia do tabagismo de países desenvolvidos para países em desenvolvimento.

A dispneia foi o sintoma respiratório mais relatado em nossa pesquisa, mas não houve sua associação com as tabagistas. Uma pesquisa realizada com fumantes e não fumantes também encontrou uma prevalência mais elevada dos sintomas respiratórios entre os tabagistas; porém, não houve diferenças significativas entre os grupos em relação à dispneia.⁽²¹⁾

A marca de cigarros mais consumida pelas PS (em 41,4%) é produzida no Paraguai e vendida de forma ilegal; portanto, não se cobram impostos sobre essa marca de cigarros, tendo essa então um valor muito

abaixo do mercado, sendo vendida por até R\$ 2,50, fato esse que pode favorecer o aumento de consumo nessa população: o baixo custo e o fácil acesso. Com a política de controle do tabagismo no Brasil, os impostos sobre os cigarros aumentaram em 116% no período entre 2006 e 2013, e, como consequência direta, houve uma queda de 32% nas vendas de cigarros.⁽²²⁾ Atualmente, o Brasil propôs um protocolo de rastreamento do tabaco entre os países do MERCOSUL; a ideia é ter controle sobre a quantidade produzida e os locais em que são vendidos, a fim de combater o comércio ilegal de cigarros, que têm se mostrado alto.⁽²³⁾

As mulheres apresentaram diversos sintomas de abstinência, sendo a irritabilidade e o aumento do apetite dois deles; outros estudos revelaram que esses fatores, além de aumentarem as chances de recaída, dificultam a cessação do tabagismo na mulher.^(24,25)

Estudos também confirmam a influência de familiares e amigos como fator determinante no momento de iniciação do consumo do cigarro, que ocorre geralmente no período da adolescência; a curiosidade também aparece como um fator motivador para o consumo.^(19,24-26)

Observamos que o consumo de bebidas alcoólicas e de drogas ilícitas é alto nesse grupo. Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, o consumo foi maior entre fumantes e ex-fumantes e, em relação ao consumo de drogas ilícitas (cocaína, crack e maconha) houve significância nesses dois grupos em comparação com

as não fumantes; portanto, podemos sugerir que o consumo de tabaco esteja associado ao consumo de drogas ilícitas.

O tabagismo é classificado como fator de risco para o envolvimento com outras drogas e é visto como antecessor ao envolvimento com drogas ilícitas, como a maconha, a cocaína e o crack. Em uma revisão bibliográfica, verificou-se que foi possível identificar uma relação positiva entre o consumo de cigarro e de cocaína. Em tabagistas, o número de cigarros fumados sob o efeito de cocaína é maior, tornando-se essencial a inserção do tratamento do tabagismo concomitante ao tratamento da dependência de outras substâncias.^(27,28)

E em relação às bebidas alcoólicas, os estudos não são muito conclusivos, visto que alguns estudos quantitativos trazem essa associação de forma positiva, dizendo que os consumidores de álcool são mais propensos a consumir e, futuramente, desenvolver a dependência do cigarro, enquanto outros estudos não mostram uma correlação entre o uso de ambos.⁽²⁹⁻³¹⁾

Quando analisamos a ansiedade, a depressão e o estresse percebido, não houve diferenças significativas entre as mulheres; portanto, ser tabagista não esteve associado a nenhum desses sintomas. Entretanto, pudemos constatar que a ansiedade foi um sintoma

prevalente na maioria das PS e que pode estar ligada à própria profissão e ao ambiente de trabalho, já que não está associada apenas às tabagistas. A associação entre essas questões emocionais e o tabagismo é bastante complexa; estudos indicam que o tabagismo é um fator de risco para transtornos de ansiedade⁽³²⁾ e a associação entre ambos é mais forte do que em relação à depressão; porém, acredita-se na hipótese de que essas questões emocionais surgiram antes mesmo do consumo de cigarros.⁽³³⁾

Por estarem expostas a diversos fatores de risco, como o consumo de drogas lícitas e ilícitas, concluímos que a redução de danos seria uma estratégia importante a ser trabalhada nesse grupo de mulheres que vivem em uma situação de vulnerabilidade. Entendemos a redução de danos como uma estratégia de intervenção tardia, de baixa exigência, a qual se enquadra no nível da prevenção terciária, pois não se estabelece como meta inicial a abstinência do uso da droga, mas sim a minimização de suas consequências.⁽³⁴⁾ A redução de danos consiste em intervenções singulares direcionadas a fornecer informação, educação e aconselhamento sobre os possíveis riscos e danos relacionados ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, priorizando a qualidade de vida dos usuários,⁽³⁵⁾ como é o caso da população estudada.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER package. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Eriksen M, Mackay J, Schluger N, Gomestapeh FI, Drope J. The Tobacco Atlas. 5th ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; New York, NY: World Lung Foundation; 2015.
- Silva VL, Romero LC. Programa nacional de combate ao fumo: plano de trabalho para o período 1988-2000. *Rev Bras Cancerol.* 1988;34(4):245-54.
- Regueira G, Suárez-Lugo N, Jakimczuk S. Tobacco control strategies from a gender perspective in Latin America [Article in Spanish]. *Salud Publica Mex.* 2010;52 Suppl 2:S315-20. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342010000800029>
- World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: World Health Organization; 2013.
- Barros AJ, Cascaes AM, Wehrmeister FC, Martínez-Mesa J, Menezes AM. Tobacco smoking in Brazil: regional inequalities and prevalence according to occupational characteristics [Article in Portuguese]. *Cien Saude Colet.* 2011;16(9):3707-16. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000008>
- Passos AD, Figueiredo JF. Risk factors for sexually transmitted diseases in prostitutes and transvestites in Ribeirão Preto (SP), Brazil [Article in Portuguese]. *Rev Panam Salud Publica.* 2004;16(2):95-101. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892004000800004>
- Andrade MC. Mulheres prostituídas [monograph on the Internet]. São Paulo: Editora Mandruvá; 2002 [cited 2014 Feb 4]. Available from: <http://www.hottopos.com/seminario/sem2/cris1.htm>
- Salmeron NA, Pessoa TA. Sex workers: socioepidemiologic profile and measurements of harm reduction [Article in Portuguese]. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(4):549-54. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400011>
- Santos JD, Silveira DV, Oliveira DF, Caiassa WT. Instruments used to evaluate smoking habits: a systematic review [Article in Portuguese]. *Cien Saude Colet.* 2011;16(12):4707-20. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300020>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage on the Internet]. São Paulo: IBGE; c2014 [cited 2014 Oct 2]. cidades@-São Paulo: Botucatu. [about 3 screens]. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=350750&search=||info%r%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>
- Dal Pogetto MR. Prevalência das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres profissionais do sexo do município de Botucatu/SP [dissertation]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2010.
- DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav.* 1982;7(2):133-42. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90038-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90038-7)
- Reis RS, Hino AA, Añez CR. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. *J Health Psychol.* 2010;15(1):107-14. <https://doi.org/10.1177/1359105309346343>
- Marcolino JA, Mathias LA, Piccinini Filho L, Guaratini AA, Suzuki FM, Alli LA. Hospital Anxiety and Depression Scale: a study on the validation of the criteria and reliability on preoperative patients. *Rev Bras Anestesiol.* 2007;57(1):52-62. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942007000100006>
- Caram LM, Ferrari R, Tanni SE, Coelho LS, Godoy Id, Martin Rdos S, et al. Characteristics of smokers enrolled in a public smoking cessation program. *J Bras Pneumol.* 2009;35(10):980-5. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009001000006>
- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 1991;86(9):1119-27. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigilante Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [homepage on the Internet]. Rio de Janeiro: INCA; c2014 [cited 2014 Dec 17]. Agência de notícias: Jovem não está nem aí para cigarro; [about 2 screens]. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencia/noticias/site/home/noticias/2013/jovem_nao_esta_nem_ai_para_cigarro

20. Oh DL, Heck JE, Dresler C, Allwright S, Haglund M, Del Mazo SS, et al. Determinants of smoking initiation among women in five European countries: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2010;10:74. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-74>
21. Santos LL, Ormond LS, Macedo MC, Dias CM, Macedo LB. Sinais e sintomas respiratórios, grau de dependência ao fumo e nível de atividade física em tabagistas. *ASSOBRAFIR Cienc*. 2013;4(2):27-37.
22. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. [homepage on the Internet]. Rio de Janeiro: INCA; c2014 [cited 2014 Dec 17]. Agência de Notícias: Pesquisa internacional constata que elevação de impostos é uma das mais eficazes políticas para diminuir acesso ao cigarro; [about 3 screens]. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2014/pesquisa_internacional_constata_que_elevacao_de_impostos_e_uma_das_mais_eficazes_politicas_para_diminuir_acesso_ao_cigarro
23. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. [homepage on the Internet]. Rio de Janeiro: INCA; c2016 [cited 2016 Aug 2]. Agência de Notícias: Brasil propõe rastreamento do tabaco no Mercosul para evitar comércio ilegal. [internet]. [about 2 screens]. Available from: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2016/brasil-propoe-rastreamento-do-tabaco-no-mercosul-para-evitar-comercio-ilegal>
24. Borges MT, Barbosa RH. Gender signs on female smoking: a sociological approach to women's cigarette smoking [Article in Portuguese]. *Cien Saude Colet*. 2009;14(4):1129-39. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400019>
25. Lombardi EM, Prado GF, Santos Ude P, Fernandes FL. Women and smoking: risks, impacts, and challenges. *J Bras Pneumol*. 2011;37(1):118-28. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000100017>
26. Eckerdt Nda S, Corradi-Webster CM. Meanings about smoking for women participant in a group for smokers [Article in Portuguese]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18 Spec No:641-7.
27. Ribeiro-Andrade EH, Gomes GL. Tabaco e drogadição: o cigarro como preditivo a novas e/ou mais graves adicções. In: *Proceedings of the II Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades* (Coninter); 2013 Oct 8-11: Belo Horizonte, Brasil; 2013.
28. Gúths PB. Prontidão para mudança em usuários de crack e cocaína que consomem tabaco e que estão em tratamento em uma comunidade terapêutica [dissertation]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2012.
29. Guimarães VV, Florindo AA, Stopa SR, César CL, Barros MB, Carandina L, et al. Alcohol abuse and dependence in adults in the State of São Paulo, Brazil [Article in Portuguese]. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2):314-25. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000200013>
30. Cardoso DB, Coelho AP, Rodrigues M, Petroianu A. Factors related to smoking and its interruption [Article in Portuguese]. *Rev Med (Sao Paulo)*. 2010;89(2):76-82. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v89i2p76-82>
31. Berto SJ, Carvalhaes MA, Moura EC. Smoking associated with other behavioral risk factors for chronic non-communicable diseases [Article in Portuguese]. *Cad Saude Publica*. 2010;26(8):1573-82. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000800011>
32. Moylan S, Jacka FN, Pasco JA, Berk M. Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: a systematic review of population-based, epidemiological studies. *BMC Med*. 2012;10:123. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-123>
33. Mykletun A, Overland S, Aarø LE, Liabø HM, Stewart R. Smoking in relation to anxiety and depression: evidence from a large population survey: the HUNT study. *Eur Psychiatry*. 2008;23(2):77-84. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.10.005>
34. Machado LV, Boarini ML. Drug policies in Brazil: the harm reduction strategy [Article in Portuguese]. *Psicol Cienc Prof*. 2013;33(3):580-95. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>
35. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde [homepage on the Internet]. Brasília: o Ministério; c2016 [cited 2016 Aug 1]. Portaria Nº 1.028, de 1º de julho de 2005: Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html