



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**O TRATAMENTO DE TABAGISMO OFERECIDO NO CENTRO DE
SAÚDE 1408 DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL: UM OLHAR SOBRE AS QUESTÕES DE
GÊNERO**

CÁSSIA FERNANDES

BRASÍLIA
2008

**O TRATAMENTO DE TABAGISMO OFERECIDO NO CENTRO DE
SAÚDE 1408 DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL: UM OLHAR SOBRE AS QUESTÕES DE
GÊNERO**

Trabalho Final de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Assistente Social, à Comissão Examinadora do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, sob a orientação da professora Dr^a. Neuza de Farias Araújo.

Comissão Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Neuza de Farias Araújo (orientadora)
Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Denise Bomtempo Birche de Carvalho
Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília

Alexandra de Souza Trivelino
Assistente Social – Mestre em Política Social

**BRASÍLIA
2008**

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais, João e Maria;

Aos meus queridos e admiráveis irmãos Kátia, Lindomar (*in memoriam*) e Elimar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

A Deus;

Às irmãs e amigas incondicionais, Karine, Alexandra e Zeneth;

Aos amigos do coração Revalino, Ana Paula, Heloísa e Iraci;

À dedicada e competente Assistente Social Ana Lúcia Corrêa e Castro;

À Professora Doutora Neuza de Farias Araújo;

Aos demais amigos de jornada e familiares, os quais contribuíram igualmente por este objetivo alcançado.

Artigo III

"Fica decretado que, a partir deste instante, haverá girassóis em todas as janelas, que os girassóis terão direito a abrir-se dentro da sombra; e que as janelas devem permanecer, o dia inteiro, abertas para o verde onde cresce a esperança."

Artigo VII

"Por decreto irrevogável fica estabelecido o reinado permanente da justiça e da claridade, e a alegria será uma bandeira generosa para sempre desfraldada na alma do povo."

Thiago de Mello

RESUMO

O objetivo deste Trabalho de Conclusão de Curso é observar a participação e continuidade feminina em grupos de tratamento do tabagismo oferecido pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer – Abordagem Intensiva ao Fumante, desenvolvido no Distrito Federal pelo Núcleo de Prevenção/ Gerência do Câncer/ Divisão de Assistência Especializada/ Subsecretaria de Atenção à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - NPR/GEC/DIASE/SAS/SES-DF, considerando alguns aspectos ligados aos papéis sociais historicamente atribuídos à mulher, e cobrados pela sociedade. Procuramos inicialmente situar a história do tabaco e sua inserção no mundo como hábito, apresentando algumas conseqüências da ação da nicotina no organismo. Posteriormente buscamos identificar o tabagismo na legislação brasileira e a preocupação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco com a mulher. No capítulo seguinte, consideramos algumas questões sobre gênero, relacionando aspectos específicos relacionados à mulher e o tabaco. O terceiro capítulo descreve a pesquisa em campo. Esta pesquisa se propôs a observar a participação de homens e mulheres no tratamento de tabagistas oferecido pelo CSB1408, da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal - SES/DF, a partir de registros realizados dos grupos que foram desenvolvidos no segundo trimestre de 2005, 2006 e 2007. O método utilizado para compreender o que está proposto foi o levantamento de dados e registros de documentos utilizados pelos profissionais que desenvolvem o grupo de tabagistas com pessoas que procuram o CSB 1408/SES/DF em busca de tratamento para cessação tabagística. Houve uma busca por contextualizar a relação entre os papéis sociais atribuídos à mulher e sua dependência do tabagismo.

Palavras-Chave: tabagismo, dependência, relação de gênero, papéis sociais, femininos e masculinos.

SUMÁRIO

	Página	
DEDICATÓRIA	3	
AGRADECIMENTOS	4	
RESUMO	6	
SUMÁRIO.....	7	
INTRODUÇÃO.....	8	
CAPÍTULO I		
1. Referências Históricas do Tabagismo	12	
1.1 A Inserção do Tabagismo na Agenda Pública Brasileira: Aspectos da Legislação e Políticas Públicas	14	
CAPÍTULO II		
2. Gênero: Algumas Questões a Serem Consideradas.....	20	
2.1 A Nicotina e o Organismo.....	22	
2.2 A Mulher e o Tabaco.....	23	
CAPÍTULO III		
3. A Pesquisa em Campo	28	
3.1 Resultados	31	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		40
ANEXOS	45	

INTRODUÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é requisito parcial para a obtenção do título de graduação em Serviço Social pela Universidade de Brasília. O fato desencadeador do processo ligado à escolha deste tema está relacionado ao período de estágio curricular, realizado no Superior Tribunal Militar–STM onde foi possível participar de encontros realizados pelo Núcleo de Prevenção/ Gerência do Câncer/ Divisão de Assistência Especializada/ Subsecretaria de atenção a Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal NPR/GEC/DIASE/SAS/SES-DF. Este Núcleo criou uma rede de instituições governamentais e privadas, reunindo seus representantes sistematicamente para discutir, capacitar e assessorar suas atividades no sentido de articular ações para o enfrentamento do tabagismo em seus ambientes de trabalho. Após participar de uma capacitação para a Implantação do Ambiente Livre do Tabaco, o tabagismo e suas particularidades passaram a ser objeto de questionamentos e interesse.

Compreendendo o tabagismo como uma das pandemias mundiais da atualidade, visto que, segundo a Organização Mundial de Saúde “morrem, no mundo, cinco milhões de pessoas, por ano, em consequência das doenças provocadas pelo tabaco, o que corresponde a aproximadamente seis mortes a cada segundo.” (ARAÚJO E COLS, 2004). Considerando, também, que o tabagismo mata mais que a soma de outras causas evitáveis de morte no mundo e, que no Brasil, um terço da população adulta fuma, sendo 16,7 milhões de homens e 11,2 milhões de mulheres, segundo as estatísticas do INCA, estimam-se 200 mil óbitos anuais relacionados ao fumo.

Relacionando o atual panorama mundial do tabagismo com leituras e estudos realizados ao longo do curso sobre assuntos ligados a questões de gênero, nossa observação foi sendo encaminhada para a situação das mulheres que procuravam o tratamento no Centro de Referência para o Tratamento de Tabagistas, situado no Centro de Saúde de Brasília - CSB1408, da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal - SES/DF. Nosso interesse foi sendo despertado no sentido de observar a relação mulher e dependência tabagística.

Demonstrando sensibilidade com relação aos aspectos específicos do gênero feminino, percebe-se que a agenda pública brasileira expressa preocupação com a relação tabaco e mulher, desenvolvendo algumas políticas públicas que se apresentam como estratégias de enfrentamento do tabagismo. Uma das hipóteses que nos orientaram diz respeito a alguns fatores biológicos do organismo feminino que dificultam o tratamento para a cessação tabagística. Outra a ser observada está no fato de que a mulher tem mais dificuldade em dar continuidade ao tratamento para deixar de fumar devido aos papéis

sociais por ela desempenhados e exigidos pela sociedade, tais como o de mãe, dona-de-casa e profissional, simultaneamente, que entendemos neste trabalho como fatores de vulnerabilidade social. Ainda assim, acredita-se que a mulher é o maior grupo populacional a buscar o tratamento.

Outro fator relevante foi à participação na pesquisa “Mapeamento das Instituições Governamentais e Não Governamentais de Atenção às Questões Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas no Brasil – 2006 / 2007”, coordenada pela assistente social Professora Doutora Denise Bomtempo Birche de Carvalho. Tivemos a oportunidade de ir a campo conhecer a realidade de algumas instituições que trabalham com a questão de álcool e outras drogas e foi nitidamente possível perceber a dificuldade em tratamento e recuperação de mulheres dependentes de álcool e outras drogas pelas instituições que atuam nesta área. A disponibilidade institucional em tratar especificamente a mulher e a própria procura pelas mulheres ao tratamento foram questões que estimularam relevante interesse sobre o assunto.

Reunindo todos os motivos descritos, percebemos que seria de grande importância, aos estudos das particularidades ligadas ao tabagismo e às questões de gênero, suscitar questões a partir das observações da equipe técnica, que trabalha com os grupos de tabagismo, levantando alguns fatores que podem influenciar a continuidade ou não do tratamento do tabagismo pelas mulheres. Nossa perspectiva foi de tentar perceber quem mais inicia (homens ou mulheres) o tratamento do tabagismo no NPR/GEC/DIASE/SAS/SES-DF, desenvolvido no CSB1408 da SES/DF, procurando, a partir dos resultados, arrolar suposições no sentido de perceber se fatores biológicos e sociais podem estar envolvidos nesta busca.

O referencial teórico adotado neste estudo considerou os pressupostos pedagógico-metodológicos que orientam as concepções críticas sobre os papéis sociais atribuídos histórica e culturalmente à mulher, levando em conta as particularidades biológicas relacionadas ao estabelecimento da dependência nicotínica.

As conexões prévias identificadas foram ligadas à questão biológica, que, segundo Rosemberg (2006), está:

constatado que a mulher, para uma mesma quantidade de tabaco consumida pelo homem, sofre igual morbi-mortalidade por cerca de 50 doenças. (...) a mulher ainda soma, em consequência do tabagismo, males que lhe são específicos, como a precocidade da menopausa, a osteoporose, o câncer do colo do útero e da mama e outros distúrbios. O risco de infertilidade aumenta e, se ela fuma durante a gravidez, provoca vários malefícios ao concepto. (ROSEMBERG, 2006, 100)

Outras conseqüências estão relacionadas aos desequilíbrios hormonais como alterações estrogênicas¹ e dismenorréia², e sociais como, por exemplo, a ascensão feminina ao mercado de trabalho principalmente a partir da Segunda Guerra Mundial quando “*Recrutados os homens válidos, as mulheres necessariamente passaram a exercer cargos civis, antes privativos do sexo masculino*” (Santarcangelo, 1980, 248). Porém, a partir dos anos 1970, seu papel de provedora dos recursos financeiros e emocionais da família se tornou mais abrangente. Tal fato também facilitou e estimulou o acesso ao tabaco, já que a mulher em função de sua participação econômica passou a ser um dos alvos em potencial da indústria do tabaco, a qual começou a associar liberdade, estilo e sucesso ao consumo de tabaco.

Por se tratar de um segmento exposto a situações de vulnerabilidade devido a sua própria composição biológica e construção histórica, a mulher costuma ser colocada como responsável pelos contínuos serviços domésticos e pelos filhos. Também é vista como responsável pela proteção da família, o que canaliza e estimula a mulher pela busca de tratamento, gerando uma imposição interna para a abstinência tabagística como determinante de grande impacto no processo de continuidade no grupo de tabagismo.

O Centro de Saúde de Brasília (CSB) 1408 foi escolhido para a realização do estudo proposto neste trabalho considerando o pioneirismo da equipe técnica com causa do tabagismo. Esta unidade de saúde foi inaugurada em 17/12/1981 pelo então presidente do Brasil, João B. Figueirêdo, desenvolvendo suas atividades desde o início na EQS 514/515 do Plano Piloto. A equipe realiza atendimentos na área de Pediatria, Ginecologia, Clínica Médica, Enfermagem, Nutrição e Serviço Social.

A partir do momento em que foi reconhecida a definição do tabagismo como uma doença crônica, o INCA em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), descentralizou o trabalho de abordagem aos fumantes com distribuição do medicamento. Tal abordagem é realizada, no CSB 1408, pela Assistente Social que foi capacitada em abril de 2003 para executar a abordagem intensiva e específica para o tratamento do tabagismo. O trabalho se iniciou em conjunto numa unidade de atenção básica – Centro de Saúde, aonde os atendimentos aconteciam desde 2001. Nessa época, o SUS não disponibilizava medicamentos devido à dificuldade de acesso dos mesmos nas indústrias farmacêuticas. Após a introdução da medicação no Programa de Tabagismo, fez-se necessária a presença de um médico para o acompanhamento dos participantes que necessitassem do apoio medicamentoso.

¹ Hormônios relacionados ao controle da ovulação e ao desenvolvimento de características femininas.

² Menstruação difícil, dolorosa.

Em agosto de 2004 o CSB 1408 recebeu em sua equipe uma Clínica Geral capacitada e com disponibilidade para iniciar o Programa de Tabagismo.

Em 2005, o DF passou a ter 21 centros de referência atendendo os fumantes e a equipe do CSB 1408 foi ampliada para uma Assistente Social, duas Clínicas Gerais e uma Agente Complementar em Serviço Social.

Em 2006, o DF passou a dispor de 26 centros de referência para Ambulatório de Tabagismo com equipes multiprofissionais mais amplas. Atualmente o CSB 1408 conta com a participação de quatro Agentes Administrativos, um Agente Complementar em Serviço Social, uma Assistente Social, uma Auxiliar de Enfermagem, duas Clínicas Gerais, uma Nutricionista e um Técnico em Laboratório.

Espera-se com essa pesquisa observar a continuidade no tratamento do tabagismo, oferecido no CSB1408 - SES/DF, comparando a frequência de homens e mulheres nas sessões estabelecidas para o desenvolvimento dos grupos, além de perceber qual o percentual de homens e mulheres que iniciam, assim como a assiduidade nas sessões (feminina e masculina) determinadas para o tratamento do tabagismo.

CAPÍTULO I

REFERÊNCIAS HISTÓRICAS DO TABAGISMO

O processo de difusão do uso do tabaco remete ao século X a.C. pelos índios. Segundo pesquisas realizadas por Rosemberg (2006), no continente americano, os nativos utilizavam o tabaco em diversos rituais e cerimônias religiosas.

Quando Colombo chegou à América, existiam plantações de tabaco em todo território. As primeiras notícias de contato do europeu com a nicotina datam o século XVI, chegando à Europa pela Espanha, Portugal, França e Inglaterra. A planta e a semente do tabaco chegaram à Espanha por tripulantes do navio de Colombo. Em Portugal, Luís de Góes, donatário no Brasil foi o primeiro a cultivar o tabaco na capital Lisboa. A França o recebeu por um ex-embaixador e por Jean Nicot, embaixador da França em Portugal.

O tabaco, primeiramente, era denominado “*petum*” e foi considerado remédio por curar uma úlcera localizada na perna de Nicot. Este enviou a erva a Catarina de Médicis que, por sua vez, a usou como uma espécie de chá ou infusão para aliviar sua enxaqueca crônica. O *petum*, então passou a ser chamada “*erva da rainha*”, “*mediceia*” ou “*catarinária*”. Um frade franciscano, André Thevet, que foi capelão no Brasil em uma expedição francesa, cultivou o *petum* em Paris. A erva, levada da América do Norte, também, foi cultivada em Londres no ano de 1565 por Sir Hawkins.

Outros personagens da história, viajantes como Hans Staden e Jean Lery, ilustraram seus relatos com gravuras de nativos fumando nos rituais religiosos. O tabaco foi rapidamente espalhado pela Europa e, após 50 anos (desde o primeiro contato) já fazia parte dos hábitos de muitos indivíduos em todas as classes sociais. Os ricos se reuniam em “*Tabagies*” (casas de fumo) para apreciar longos cachimbos.

A disseminação do tabagismo na Europa era completa no início do século XVII. Na região da Prússia, atual Alemanha, fundado no século XVIII, o “*Tobak Collegium*”. Seus membros propunham, discutiam e decidiam relevantes questões fumando cachimbos. O tabagismo se difundiu com tamanha rapidez que se constituiu “*um dos maiores fenômenos de transculturação³ do mundo*” (Rosemberg, 2006, 14)

³ **Transculturação** - este vocábulo foi baseado na obra “*Contrapunto cubano de tabaco y el azúcar*”, de Fernando Ortiz (1940) – “transculturação expressa melhor as diferentes fases do processo transitivo de uma cultura a outra, porque esta não consiste apenas em adquirir uma nova e diferente cultura, que é a rigor apontado pela voz inglesa de *aculturação*, mas que o processo implica também necessariamente a perda ou o desprendimento de uma cultura precedente, o que poderia chamar-se de *desculturação* e também significa a conseqüente criação de novos fenômenos culturais, que poderiam ser denominados de *transculturação* (...) Em todo abraço de cultura acontece o mesmo que na cópula genética dos indivíduos: a criatura sempre tem algo de

O termo “nicotina”, derivado de Nicot, foi aceito de forma consensual em 1937 e a substância foi sintetizada pela primeira vez em 1840. Quando chegou a Europa, o tabaco influenciou fortemente a economia dos governos, transformando-se na maior fonte de renda pública. Inglaterra e Holanda dominaram por muito tempo as importações e exportações, cobrando altas taxas aos demais países. Em meados do século XVIII já existia uma forte rede de contrabando.

O Vaticano, no século XVI chamou o tabaco de “*erva santa*” ou “*divina*”. “*Na discussão teológica que se estabeleceu, jesuítas levantaram a objeção de que fumar só seria pecado se o ato tivesse a intenção de desafiar a ordem divina*”. (Rosemberg, 2006, 16)

Na época do Brasil colônia o tabaco era usado como escambo no comércio de escravos. O cachimbo foi o instrumento utilizado para consumir o tabaco e era, também, um artigo que evidenciava a classe social de seu proprietário. Após o cachimbo veio o hábito de aspirar rapé. E depois as tabaqueiras, uma espécie de lenço grande usado pelos que cheiravam tabaco. No século XIX foi a vez do charuto que simbolizava *status* social.

Quando o tabaco começou a ser fumado na Espanha, era enrolado em papel e denominado “*papelete*”. Os termos generalizaram-se: Cigarette, zigarette, sigaretta e cigarro. Com o advento do século XIX e a Revolução Industrial, a produção de cigarros foi acelerada e o fato de serem mais econômicos e fáceis de usar/carregar, em relação ao charuto, intensificou o uso deste derivado do tabaco.

A grande expansão mundial, entre os homens, aconteceu no início do século XX com a Primeira Guerra Mundial. Entre as mulheres esta expansão ocorreu após a Segunda Guerra Mundial. Várias manifestações culturais, como a música, a literatura, o teatro, a dança, os filmes e as pinturas são inspiradas no tabaco e difundem a nicotina pelo mundo já que é “*a mola mestra da universalização do tabaco*”. (Rosemberg, 2006, 18)

Após a Segunda Guerra Mundial, intensificaram-se estratégias de *marketing* desenvolvidas pela indústria do tabaco, a qual implantou na sociedade a concepção de que o hábito de fumar seria sinônimo de inteligência, liberdade, bem-estar e sucesso. Tais fatos desencadearam “*um aumento do consumo global de cigarros de 50% entre 1975 a 1996.*” (Cavalcante e Pinto, 2004, 97)

Nos anos cinquenta, os anúncios passavam a destacar a presença de homens em situações de extrema virilidade veladas ou explícitas. Porém, nos anos 60, a relação entre câncer de pulmão e tabagismo foi definitivamente estabelecida. A partir de 1962, o Governo

ambos os progenitores, mas também é sempre diferente de cada um dos dois. Em conjunto, o processo é uma transculturação”.

Britânico decretou que os produtos derivados do tabaco deveriam ter avisos sobre os riscos potenciais. Os EUA tomaram atitude semelhante em 1964⁴.

Os anos setenta trouxeram uma tendência mais clara de atingir-se um público mais jovem, com campanhas de grande apelo para a audácia, a coragem e às vitórias esportivas.

A globalização das estratégias de marketing e de lobby da Indústria do Tabaco iniciadas nos anos 80 marcaram o combate ao fumo e seu modo de comercialização. A indústria do cigarro foi intensamente investigada nesse período. Ela negou qualquer conhecimento das propriedades indutoras de dependência da nicotina. Por outro lado, evidências apontavam não só para o conhecimento destas, como também para esforços industriais no sentido de potencializá-las.

Nos últimos anos foi possível perceber uma intensa luta contra o tabagismo nos ambientes públicos. Através de projetos de lei e decretos, vários países, especialmente os classificados como desenvolvidos, têm conseguido introduzir a proibição do fumo em locais como ônibus, metrô, bancos, restaurantes, cinemas, correios e lojas em geral. Tais medidas tornaram-se necessárias para enfrentar o tabagismo e suas mortais conseqüências.

1.1 – A INSERÇÃO DO TABAGISMO NA AGENDA PÚBLICA BRASILEIRA: ASPECTOS DA LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS

De acordo com estudos realizados por Laura Almeida (2006), a Constituição Federal da República de 1988 representou um marco na redemocratização brasileira e na redefinição das políticas públicas no Brasil. Leis, como a Política Nacional de Saúde, reafirmam a necessidade da universalização de direitos. Porém, mesmo com os avanços na legislação em termos de proteção e ampliação dos direitos sociais, ainda há um descompasso “*entre os direitos legalmente instituídos e o reconhecimento da universalidade desses direitos*”. (LAURA, 2006, 31)

Em 1998, durante a Assembléia Geral das Nações Unidas, o Brasil aderiu aos Princípios Diretivos da Redução de Demanda de Drogas no Mundo. Até então não havia no país uma política anti drogas. O próximo passo foi, ainda em 1998, a realização do I Fórum Nacional Anti Drogas, que teve o objetivo maior de buscar contribuições da sociedade para que se estabelecesse uma política. Em 2001, o II Fórum Nacional Anti Drogas teve o objetivo de operacionalizar esta política, homologando assim a Política Nacional Anti Drogas.

⁴ <http://www.psleo.com.br>

Dentre os vários objetivos da Política, no que diz respeito à redução da demanda, o primeiro objetivo citado foi à necessidade de “*Conscientizar a sociedade brasileira da ameaça representada pelo uso indevido de drogas. Esse uso indevido nada mais é do que o uso das drogas ilícitas e o abuso das drogas lícitas.*” (SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS, 2004, 13)

Outro avanço aconteceu em 27 de outubro de 2005 quando, por meio da resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD, o Conselho Nacional Antidrogas, em decorrência do processo que realinhou a Política Nacional Antidrogas e aprovou a Política Nacional sobre Drogas, estabelecendo como um de seus pressupostos “*Buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas*” (POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS, 2005, 10)

A constatação de que a nicotina é droga, fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluísse o tabagismo no grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A dependência à nicotina expõe cronicamente o fumante a 4720 substâncias tóxicas, fazendo com que o tabagismo seja fator causal de cinquenta doenças, dentre elas vários tipos de câncer, doenças do aparelho respiratório e doenças cardiovasculares e o total de aproximadamente cinco milhões de morte/ano. Para o fumante passivo, a fumaça possui três vezes mais nicotina, três vezes mais monóxido de carbono e cinquenta vezes mais substâncias cancerígenas do que aquele que a inala diretamente, conforme aponta Rosemberg (2002).

É importante destacar que a preocupação com a questão do uso do tabaco na sociedade brasileira tem seus marcos iniciais em ações de caráter mais efetivos desde 1988, legislando sobre a proteção contra os riscos da exposição à poluição tabagística ambiental (criação de fumódromos). Entendendo a substância “nicotina” como droga tóxica, psicoativa e causadora de dependência físico-química, o Ministério da Saúde / Instituto Nacional de Câncer – INCA, assumiu em 1989 a responsabilidade de organizar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), o qual tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes no Brasil e a conseqüente mortalidade por doenças relacionadas ao tabaco. A prevenção da iniciação ao tabagismo, a proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça do tabaco, a promoção e apoio à cessação de fumar e a regulação dos produtos de tabaco através de ações educativas e de mobilização de políticas e iniciativas legislativas e econômicas constituem estratégias do PNCT.⁵

⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DE CANCER/ Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer – Modelo Lógico e Avaliação*, Rio de Janeiro, 2003

Estas ações educativas envolvem dois níveis de atuação: ações pontuais e ações contínuas. As ações pontuais estão relacionadas a comemorações das datas relacionadas ao tabagismo, promoção e participação em eventos e veiculação de informações pela mídia. As ações contínuas acontecem através de implantação de programas desenvolvidos em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho.

Atualmente todos os estados brasileiros e o Distrito Federal possuem uma Coordenação do Programa de Controle do Tabagismo e essas coordenações têm a responsabilidade de trabalhar os seus municípios. Meirelles e Cavalcante (2006) relatam que *“pesquisas mostram que cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém, apenas 3% conseguem a cada ano”* (MEIRELLES E CAVALCANTE, 2006, 179), mas que parte desses fumantes necessitam de apoio formal para obter êxito.

O PNCT passou a desenvolver ações para promover e estimular a cessação do tabagismo no Brasil. O Consenso Nacional sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, realizado pelo INCA em 2000, concluiu que a base de tratamento do fumante deve ser a abordagem cognitivo-comportamental, podendo ser usado um apoio medicamentoso em condições específicas⁶.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS/N.1.575 de 29 de Agosto de 2002 criou na rede do Sistema Único de Saúde – SUS, os Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante e esta iniciativa formalizou a inclusão da abordagem e tratamento do tabagismo no SUS.

Em 2004 o Ministério da Saúde ampliou⁷ o acesso do tratamento do tabagismo à atenção básica e a média complexidade, definindo abordagem e tratamento do tabagismo e determinando que materiais e medicamentos utilizados fossem disponibilizados na rede pública.

O Instituto Nacional do Câncer – INCA - realizou em 2004 um trabalho sobre *“Prevalência de Tabagismo no Brasil - dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras”*. Este trabalho permitiu observar que o percentual de fumantes regulares por gênero, nas capitais brasileiras, sofreu aumento da prevalência feminina, sobretudo as mais jovens. Esta pesquisa apontou um possível aumento de consumo de tabaco no grupo feminino em regiões mais desenvolvidas.

Outra conclusão desta mesma pesquisa está relacionada ao aumento:

na mortalidade por câncer de pulmão nas mulheres, em todas as regiões do país, diferentemente do que vem sendo observado entre os homens, que apresentam

⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DE CANCER/Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante*, Rio de Janeiro, 2001

⁷ Portaria GM/MS/N.1.035 de 31 de maio de 2004. Diário Oficial da União de 1º de junho de 2004, Brasília/DF

tendências estáveis ou mesmo de queda a partir da metade da década de 90, pode estar associado ao aumento da prevalência do tabagismo no sexo feminino há duas décadas ou mais no passado. Considerando que nos últimos 20 anos, a prevalência de tabagismo vem caindo no país, é possível que a redução relativa desta queda seja maior entre os homens, justamente porque a introdução do tabagismo entre mulheres foi posterior ao que aconteceu no sexo masculino. (INCA, 2004, 13)

O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: 2005, realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas, também observou que:

Quanto aos critérios que determinam a dependência do tabaco, o sinal/ sintoma que mais aparece é o desejo de diminuir ou parar o consumo”, desejo que aumenta com a idade. (...) A relação entre o uso na vida e a dependência de tabaco teve proporção idêntica, ou seja, de cada quatro homens ou quatro mulheres que fizeram uso de tabaco, um de cada sexo torna-se dependente. (II LEVANTAMENTO DOMICILIAR SOBRE O USO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2005, 399)

Visando a execução e gerenciamento regional do Programa de Tabagismo em rede nacional houve parceria do INCA com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde descentralizando as ações educativas. Nesse contexto o Brasil possui uma das legislações mais avançadas para o controle do tabagismo em todo o mundo com leis para informar os cidadãos sobre os riscos do tabagismo; de restrições à publicidade e promoção de derivados do tabaco; da proibição de venda para menores de dezoito anos e da proteção à exposição à poluição tabagística ambiental. Com efeito, as ações realizadas em conjunto vêm reduzindo a aceitação social do tabagismo gerando um aumento no desejo da cessação de fumar.⁸

Em 2002 o Ministério da Saúde publica a Portaria n. 1575, de 29 de agosto de 2002, que cria no Sistema Único de Saúde (SUS) os Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante. O Brasil foi um dos primeiros países a incluir o tratamento gratuito para o fumante na rede pública de saúde. Em maio de 2004 a Portaria n. 1035, de 31 de maio de 2004, revogou a Portaria n. 1575, de 29 de agosto de 2002, ampliando, assim, o acesso ao tratamento nas unidades de atenção básica e de média complexidade do SUS, bem como a abordagem, o tratamento do tabagismo e o repasse dos materiais e dos medicamentos.

O grave quadro mundial de adoecimentos e mortes estabelecido pelo consumo de tabaco, estimulando um crescimento o qual reflete, entre outros, das estratégias de direcionamento do mercado de cigarros para os países em desenvolvimento e focados principalmente a segmentos sociais mais vulneráveis, como mulheres e crianças, resultou na elaboração do primeiro tratado internacional de saúde pública: a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). Um documento de consenso internacional, elaborado entre os

⁸ Trabalho elaborado pela assistente social Lucivane D. L. Nishimura e a médica Ângela K. M. Landwehr, apresentado no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais de 2007. “A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO AMBULATÓRIO DE TABAGISMO EM BRASÍLIA.”

anos de 1999-2003 e que foi adotado por unanimidade na 56^a Assembléia Mundial da Saúde. Este Tratado visa principalmente “*proteger a população mundial e suas gerações futuras das devastadoras conseqüências do consumo do tabaco.*”⁹

O Brasil foi o segundo país, entre os 192 países membros das Nações Unidas, a assinar a CQCT. Porém, apesar de ser considerado um dos mais avançados em termos de legislação e de programa para o controle do tabaco no mundo, a ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco só aconteceu, no Brasil, em 2005. Assim o controle do tabagismo passa a ser encarado oficialmente como responsabilidade de todos.

A CQCT possui estreita relação com a mulher. Em seu preâmbulo percebe-se a preocupação com uma possível busca por contemplar grupos vulneráveis e na provável tentativa das partes da Convenção em garantir o direito de proteção à saúde pública ressaltando sua condição de:

alarmadas pelo aumento do número de fumantes e de outras formas de consumo de tabaco por mulheres e meninas em todo o mundo e tendo presente a importância da participação plena das mulheres em todos os níveis de elaboração e implementação de políticas, bem como da necessidade de estratégias de controle específicas para cada gênero; (...) enfatizando a contribuição especial de organizações não-governamentais e de outros membros da sociedade civil não vinculados à indústria do tabaco – incluindo as associações de profissionais da saúde, de mulheres, de jovens (...) – às atividades de controle do tabaco no âmbito nacional e internacional, bem como a importância decisiva de sua participação nas atividades nacionais e internacionais de controle do tabaco; (...) recordando que a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, adotada pela Assembléia Geral da ONU em 18 de dezembro de 1979, dispõe que os Estados Participantes daquela convenção devem tomar as medidas cabíveis para eliminar a discriminação contra as mulheres na área da atenção médica. (CQCT, 2005)

Seguindo, entre outras, as orientações citadas, os Princípios Norteadores, colocados no artigo 4, Parte II, afirma que:

Para atingir o objetivo da presente Convenção e de seus protocolos e para implementar suas disposições, as Partes serão norteadas, inter alia, pelos seguintes princípios: (...) 2. Faz-se necessário um compromisso político firme para estabelecer e apoiar, no âmbito nacional, regional e internacional, medidas multissetoriais integrais e respostas coordenadas, levando em consideração: (...) (d) a necessidade de tomar medidas, na elaboração das estratégias de controle do tabaco, que tenham em conta aspectos específicos de gênero. (CQCT, 2005)

É possível perceber claramente a preocupação com a mulher e a necessidade de uma atenção diferenciada a este grupo, o qual traz relevantes pontos a se considerar diante de um complexo processo histórico envolvendo a discriminação, além de ressaltar a importância de estratégias de controle específicas para o gênero feminino.

⁹ http://www.inca.gov.br/tabagismo/cquadro3/convencao_ptbr.pdf, acesso em 22/8/2007 as 16h30.

CAPÍTULO II

GÊNERO: ALGUMAS QUESTÕES A SEREM CONSIDERADAS

Discutir o papel da mulher na família ou na sociedade não é uma questão nova, como muitas vezes imaginamos, e também não se desenvolveu apenas nas ciências sociais; os estudos de gênero abrangem várias áreas do conhecimento.

Durante a história do Movimento Feminista, o desenvolvimento do conceito de gênero e sua relação com a teoria social se encontram no centro das questões culturais de ordem social e sistemas de valores.

No Brasil, inicialmente, a discussão em torno do que atualmente se denomina “gênero” teve como referência a teoria funcionalista, enfatizando as funções socializadoras da família e do gênero que foram compreendidas como uma instituição fundamental na manutenção da “ordem social”. A crítica em torno deste eixo de análise considerou que *“gênero como papel social limitava o foco da análise ao comportamento individual e diminuía o seu poder de explicação da dinâmica social mais ampla.”* (HEILBORN, 1999, 46), e que a concepção de gênero, no limite de “diferenças sociais”, seria reduzida a *“uma variável empírica ao invés de um princípio de organização social.”* (HEILBORN, 1999, 48)

Outra importante referência ligada à discussão em torno de gênero foi a teoria marxista, a qual *“contribuiu para que as análises de gênero saíssem dos limites da família, embora seus conceitos tivessem pouca capacidade de dar conta das relações de gênero no interior das demais instituições sociais.”* (HEILBORN, 1999, 55)

O conceito de gênero está ligado à história do movimento feminista, com suas lutas em defesa da equivalência entre os sexos. Além das preocupações sociais e políticas abre-se um espaço para discussão propriamente teórica entre estudiosas e militantes. Conquistando espaço nos meios de comunicação impressa e nas literaturas feministas, bem como nas universidades e escolas. (HEILBORN, 1999, 61)

Olívia Rangel e Sara Sorrentino (1994), em trabalho realizado sobre o conceito histórico de gênero e apresentado na Revista Teórica, Política e de Informação, esclarecem que a:

utilização do conceito de gênero vem contribuindo para uma melhor compreensão da opressão da mulher e do conjunto das relações sociais. Na medida em que expressa, de forma mais clara, a superação da fase de simples constatação da opressão da mulher e nos remete para a idéia de relações opressoras de sexo/gênero, é possível evidenciar que, além da exploração entre as classes sociais, existe uma divisão sexual, também desigual. (RANGEL e SORRENTINO, 1994)

E, ainda que bem disseminado e relativamente aceito, o conceito de gênero ainda levanta muitas discussões, revisões teóricas, indagações e questionamentos. Os estudos acerca desse conceito vêm crescendo e têm alcançado diferentes classes sociais e faixas etárias. Porém, é necessário conhecer as discussões teóricas que conduziram a construção conceitual de gênero e sua relação com outras áreas do conhecimento. De acordo com a assistente social Laura Almeida (2006), o conceito de gênero:

permite olhar o feminino e o masculino no conjunto das relações sociais, percebendo que ambos se constroem numa aprendizagem elaborada ao longo da história da humanidade, no interior dos grupos sociais, e estabelecer verdades para o que sejam qualidades do homem e da mulher, identificando relações desiguais de poder e de prestígio. A expressão de gênero é utilizada, então, para se analisar a maneira como essas relações são construídas na sociedade. (ALMEIDA, 2006, 4)

Considerando que o conceito “gênero” é construído, Heleieth Saffioti (1992) coloca que esta construção pode ser compreendida:

como um processo infinito de modelagem conquista dos seres humanos, que tem lugar na trama de relações sociais entre mulheres, entre homens e entre mulheres e homens. Também as classes sociais se formam em e através das relações sociais. Pensar esses agrupamentos humanos como estruturalmente dados, quando a estrutura consiste apenas numa possibilidade, significa congelá-los, retirando de cena a personagem central da história, ou seja, as relações sociais. O resgate de uma ontologia relacional deve ser, portanto, parte integrante de uma maneira feminista de fazer ciência. (SAFFIOTI, 1992, 157)

Partindo desta análise, entende-se que o tabagismo e as questões de gênero se apresentam como uma construção social que pode ser influenciada historicamente por questões políticas de ordem social e econômica, considerando que tais questões refletem diretamente nas condições de vida das populações.

Observa-se atualmente uma mudança conjuntural que envolve a mulher e sua relação com o tabaco. Francisco Carlos Machado Rocha (2006) coloca que:

No passado podia-se observar que a população masculina configurava-se como maioria entre o total de pessoas fumantes. A diferença de proporção entre homens e mulheres vem caindo consideravelmente nas últimas décadas, sobretudo nos países desenvolvidos, desde que as mulheres passaram a assumir papéis inicialmente considerados masculinos, como trabalho fora de casa, trabalhos estressantes, pressão no trabalho, competição, necessidade de obter dinheiro para complementar a renda ou até ter que possuir dinheiro integral para sustento próprio e familiar com o advento da independência feminina e a questão da falta de empregos. (ROCHA, 2006, 157)

A mudança observada diz respeito ao fato de que, na medida em que a mulher começa a se inserir no mercado de trabalho e a desenvolver atividades consideradas masculinas, como afirma Rocha (2006), a indústria do tabaco percebe nelas um outro público potencialmente capaz de consumir seus produtos e desenvolve estratégias que

alcancem o mercado feminino, onde a mulher passa a ser um alvo capaz de aumentar a riqueza das indústrias tabagistas.

2.1 – A NICOTINA E O ORGANISMO

Rosemberg (2006) no livro *Nicotina: droga universal* destaca a nicotino-dependência, esclarecendo que nas pessoas estressadas, deprimidas, portadoras de desordem afetiva:

a ação neuroestimulante da nicotina mediada pela ação dos receptores cerebrais e produção de neurotransmissores psicoativos é alta, o consumo de cigarros é compulsivo, desenvolvendo-se intensa dependência, e nos que conseguem parar de fumar, o índice de recaída é grande. (ROSEMBERG, 2006, 43)

Nesta mesma obra, o autor reafirma posteriormente que a:

prevalência de tabagistas entre os estressados e deprimidos é alta. Em geral, a depressão torna mais difícil abandonar o tabaco e, nos que deixam de fumar, é maior a frequência de recaídas. Os indivíduos com desordens nervosas, como ansiedade, têm associação estreita com o tabagismo. (ROSEMBERG, 2006, 55)

A nicotina possui características próprias, parecendo conseguir maior êxito no estabelecimento da dependência em indivíduos com quadros depressivos, ansiosos e afetivamente instáveis, o que permite inferir que muitas vezes pode ser usada com o objetivo maior de agir como um estimulante, aliviando as sensações desagradáveis provocadas por estados de desordens psico-emocionais.

Rosemberg (2006) também discorre sobre a sensibilidade, tolerância e dependência à nicotina, afirmando que o comportamento em relação ao tabaco é diferente entre os sexos. Os homens consomem muito tabaco quando estressados ou deprimidos e as mulheres fumam menos que os homens nas situações de stress ou depressão e *“parece que precisam de doses maiores de nicotina para manter o mesmo nível de resposta dos centros nervosos.”* (Rosemberg, 2006, 57)

Um estudo citado por Rosemberg (2006) mostrou que, num período de 10 anos, dos tabagistas com depressão, só 10% deixaram de fumar, contra 25% do geral de tabagistas regulares.

As pessoas com depressão têm alívio quando fumam porque a nicotina age como ansiolítica, minorando os sintomas, que voltam a se intensificar parando de fumar. Entretanto, tem havido dificuldade de se diagnosticar se, com o cessar de fumar, volta o estado depressivo, ou se a situação angustiosa faz parte dos sintomas adversos da síndrome de abstinência, dado que, nesses indivíduos com depressão, a nicotino-dependência costuma ser mais intensa e grave. (ROSEMBERG, 2006, 95 e 96)

O Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Câncer esclarece que a dependência nicotínica apresenta:

três componentes básicos: a **dependência física**, que responde através da síndrome de abstinência quando se deixa de fumar; a **dependência psicológica**, que faz com que a pessoa busque no cigarro um apoio ou um mecanismo de adaptação para lidar com sentimentos de solidão, frustração, pressões sócias, etc; e o **condicionamento**, que é representado por associações habituais com o fumar, como por exemplo, fumar e tomar café, fumar e ler, fumar e consumir bebidas alcoólicas, fumar após refeições e outras. (MS/INCA/CONPREV, 2001, 23)

Pode-se observar que, para tentar compreender a tabaco-dependência é preciso considerar, além dos fatores químicos exercidos pela substância nicotina, as questões ligadas a fatores de ordem física ou biológica, emocionais ou psicológicas e os hábitos ou condicionamentos estabelecidos pelo indivíduo.

2.2 - A MULHER E O TABACO

A mulher se aproximou da nicotina muito tempo depois do homem. As questões relacionadas ao tabagismo entre as mulheres começaram a se estabelecer após a Segunda Guerra Mundial. Até então, a mulher fumava pouco e o maior número de tabagistas estavam concentradas nos centros urbanos.

Segundo com Rosemberg (2006) atualmente, é possível perceber que a quantidade de mulheres fumantes está aumentando, principalmente na juventude.

Observa-se que o tabagismo entre as mulheres passou a ter características epidemiológicas a partir de 1970, por circunstâncias da urbanização, entrada da mulher no mercado de trabalho e a necessidade cada vez maior de assumir o papel de chefe, provedora de recursos financeiros, de família. (SAFIOTTI, 1992)

A mulher é bioculturalmente mais vulnerável à influência psicoativa da nicotina tendo, assim, maior facilidade em estabelecer a dependência. Fatores como:

A regência lunar dos ciclos de vida da mulher também é perturbada pelo uso de tabaco que atua como um potente disruptor hormonal, desregulando seus processos bioquímicos. Além disso, distúrbios de humor, como a depressão e a ansiedade, são mais prevalentes na mulher, reservando à nicotina o papel de auto-medicação para as crises existenciais. (ARAÚJO *et al*, 2006, 110-111).

A expressão vulnerabilidade procura abordar de forma mais integral e completa, como afirma Abramovay (2002), situando seu conceito como

o resultado negativo da relação entre a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas, culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade. Esse resultado se traduz em debilidades ou desvantagens para o desempenho e mobilidade social dos atores. (ABRAMOVAY, 2002, 29)

Ou seja:

a vulnerabilidade assim compreendida traduz a situação em que o conjunto de características, recursos e habilidades inerentes a um dado grupo social se revelam insuficientes, inadequados ou difíceis para lidar com o sistema de oportunidades oferecido pela sociedade, de forma a ascender a maiores níveis de bem-estar ou diminuir probabilidades de deteriorização das condições de vida de determinados atores sociais (Vignoli, 2001). Esta situação pode se manifestar, em um plano estrutural, por uma elevada propensão à mobilidade descendente desses atores e, no plano mais subjetivo, pelo desenvolvimento dos sentimentos de incerteza e insegurança entre eles. (ABRAMOVAY, 2002, 31)

Desta forma, podemos afirmar que a vulnerabilidade social pode ser usada como instrumento para auxiliar na compreensão da situação das mulheres, tomando a questão do conceito de gênero e da mulher como uma categoria historicamente construída.

Chollat-Traquet¹⁰ (1992) afirma que influências específicas de gênero apontam razões pelas quais as mulheres se iniciam mais no hábito de fumar ou demonstram dificuldades para deixá-lo, como associação com estados de humor negativo: as mulheres tendem a fumar pelo componente sedação; depressão: alguns efeitos neuroquímicos da nicotina se assemelham aos dos antidepressivos; estresse: os efeitos relaxantes do tabaco são produzidos pela reversão dos sintomas de uma leve abstinência; peso corporal: a possibilidade de aumento do peso após deixar de fumar pode ser o fator mais determinante no atual consumo de tabaco na mulher ocidental. (ARAÚJO E COLS, 2006, 122-123)

Observando tais peculiaridades ligadas à mulher, torna-se relevante citar a importância da atenção básica nas unidades de atenção à saúde. Starfield (2002) afirma que a atenção básica ou atenção primária oferece um suporte filosófico para a organização de um sistema de serviço de saúde e, sendo assim, a atenção primária se apresenta como um o ponto de entrada para a atenção à saúde individual, o *locus* da responsabilidade continuada pelos pacientes em populações é o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e meio social do paciente.

A atenção básica está diretamente relacionada com a integralidade, exigindo “*que a atenção primária reconheça de maneira adequada a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente*”, disponibilizando recursos para abordá-las. (STARFIELD, 2002, 314)

A experiência continuada num sistema de serviços de saúde é necessária para manter a competência ao lidar com problemas e a integralidade requer que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados quando necessários para os problemas que ocorrem com

¹⁰ CHOLLAT-TRAQUET, C.M. Porqué lãs mujeres ampezam a fumar y siguen haciéndolo. In: *Mujer y Tabaco*. WHO, 1992; pp. 5-73.

freqüência suficiente para que os profissionais mantenham um competente desempenho de suas atividades. As “necessidades” podem ser, entre outros, intervenções preventivas indicadas ou até mesmo intervenções para promoção da saúde. A atenção primária é continuada e lida com um conjunto maior de preocupações quanto a saúde e o faz dentro de um contexto social mais amplo.¹¹

Starfield (2002) ressalta também a necessidade de reconhecer que diferentes populações possuem várias necessidades. Sendo assim, podemos considerar que a população feminina possui suas peculiaridades e necessita de abordagens que levem em conta as particularidades ligadas às questões de gênero.

A nicotina causa muitos prejuízos à saúde da mulher. Podemos citar os riscos peculiares à mulher: diminuição dos estrógenos, menopausa precoce, osteoporose, dismenorréia, enrugamento precoce, infertilidade, câncer da mama, câncer do colo do útero, câncer do ovário; derrame subaracnoideano; as principais complicações na gravidez estão ligadas a casos de gravidez tubária, lesões nas vilosidades da placenta, deslocamento prematuro da placenta, placenta prévia, aumento relação placenta/feto, aborto. Repercussões no feto e na criança se manifestam como defeitos na histoarquitetura pulmonar, nascimento com peso inferior, nartimortalidade, morte súbita infantil, malformações congênitas como fenda labial – lábio leporino – fenda palatina, pé torto, estrabismo, sindactilia, menor estatura e atrasos no desenvolvimento mental na idade escolar. (ROSEMBERG, 2006)

De acordo com o MS/INCA¹², as mulheres possuem maior probabilidade em desenvolver doenças relacionadas ao uso de tabaco devido sua própria condição biológica. Ao associar o uso de contraceptivos orais e tabaco, a mulher aumenta consideravelmente o risco de desenvolver doenças cardiovasculares.

A Organização Mundial de Saúde – OMS – afirma que estudos sugerem que, quando comparado o consumo de tabaco, as mulheres apresentam taxas mais elevadas de câncer de pulmão que os homens. (Ação Global, 2004)¹³

As mulheres, na maioria das vezes, têm uma resposta inferior em relação ao homem no tratamento de reposição da nicotina e as recaídas são mais rápidas e freqüentes. Outro aspecto que diferencia do homem está relacionado à síndrome de abstinência¹⁴. Nas mulheres, está síndrome é mais forte e apresenta a maioria dos principais sintomas, como a

¹¹ STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

¹² <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=pilula.htm>, acesso em 12/11/2007 às 17h.

¹³ Ação Global para o Controle do Tabaco. I Tratado Internacional de Saúde Pública, 2004.

¹⁴ Grupo de sintomas de configuração e gravidade variáveis que ocorrem após a cessação ou redução do uso de uma substância psicoativa que vinha sendo usada repetidamente e geralmente após um longo período e/ou em altas doses. A síndrome pode ser acompanhada por sinais de alterações fisiológicas

diminuição da pressão arterial, bradicardia¹⁵, diminuição do desempenho cognitivo, aumento do apetite, alterações do sono dentre outros. Além de ser mais forte, também ocorre em maior proporção e mais intensamente. (Rosemberg, 2006)

O consumo de nicotina pela mulher também causa desequilíbrio da função estrogênica, provoca o apressamento da menopausa, expressando seu envelhecimento precoce. O tabagismo na mulher está associado à redução da densidade mineral óssea pós-menopausa, devido a alteração do metabolismo do cálcio por alterações hormonais.

A dismenorréia é mais freqüente e mais grave em relação direta ao tempo de tabagismo, número de cigarros fumados por dia e quanto mais jovem se começa a fumar. O tabagismo nas mulheres, desencadeando concentrações de nicotina e cotinina¹⁶ no fluido folicular¹⁷ na fase pré-ovulatória, está nitidamente associado a maior risco de infertilidade pelos efeitos tóxicos sobre o oócito¹⁸.

Diversos estudos alertam para os prejuízos do fumo durante a gravidez. A nicotina age nocivamente sobre o feto por várias maneiras: produzindo vasoconstrição, menor aporte de oxigênio, promovendo o aumento da contralibilidade uterina, ação sobre os centros respiratórios nervosos e alterações na histoarquitetura pulmonar.

¹⁵ Freqüência cardíaca menor que 60 batimentos/minuto.

¹⁶ Metabólito da nicotina.

¹⁷ Pequenas glândulas.

¹⁸ Ovo móvel resultante da união dos gametas, no curso da fase de reprodução sexuada; gâmeta feminino que ainda não atingiu a maturidade

CAPÍTULO III

A PESQUISA EM CAMPO

A técnica de pesquisa adotada foi a análise documental, realizada no CSB1408, da SES/DF que buscou comparar as informações registradas nos prontuários dos participantes de grupos de tabagismo e analisar particularidades e evidências ligadas ao tratamento tabagístico dos membros dos grupos desenvolvidos no segundo trimestre dos anos de 2005, 2006 e 2007. O foco desta pesquisa está relacionado à procura pelo tratamento e participação das mulheres, observando as evidências apresentadas a partir dos dados levantados.

Segundo o MS/INCA, várias evidências científicas apontam métodos eficazes em relação à cessação do hábito de fumar.

O método utilizado pelo CSB1408, da SES/DF é a abordagem cognitivo-comportamental. Esta abordagem combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais e os componentes principais desta abordagem envolvem a detecção de situações de risco de recaída e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Entre as várias estratégias usadas é possível citar, por exemplo, a auto-monitoração, o controle de estímulos, emprego de técnicas de relaxamento, dentre outras. O objetivo maior nesta abordagem é estimular o autocontrole para que o indivíduo tenha condições de escapar do ciclo da dependência, tornando-se um promotor de mudanças em seu próprio comportamento.

A abordagem cognitivo-comportamental apresenta uma taxa de abstinência considerável e, de acordo com estudo já realizados, quanto maior o tempo de abordagem, maior a taxa de abstinência em relação ao hábito de fumar. Combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, envolvendo o estímulo ao auto-controle ou auto-manejo. Busca tornar o indivíduo agente de mudança de seu próprio comportamento.

A abordagem proposta foi dividida em abordagem breve/mínima (PAAP) que pergunta e avalia, aconselha e prepara o fumante para que deixe de fumar, sem acompanhá-lo nesse processo e a abordagem básica (PAAPA) consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante para que deixe de fumar.

A PAAPA é mais recomendada porque é indicada a todos os fumantes e prevê o retorno do indivíduo na fase crítica da abstinência, sendo assim uma importante estratégia em termos de saúde pública, oferecendo a vantagem do baixo custo.

Além do PAAP e PAAPA, há a abordagem específica/intensiva e a abordagem do não-fumante.

O CSB1408 utiliza o material denominado “Deixando de fumar sem Mistérios” elaborado pelo MS/INCA – Coordenação de Prevenção e Vigilância/CONPREV. Este Programa tem como objetivo oferecer informações e estratégias necessárias para ajudar a quem desejar para de fumar. Sua estrutura é baseada em quatro sessões, com 10 a 15 pessoas, de uma hora e meia, uma vez por semana, por um período de quatro semanas.

O programa aborda elementos significativos para ajudar fumantes a pararem de fumar e a permanecerem sem cigarro. Ou seja, aborda comportamentos, pensamentos e sentimentos dos fumantes usando a interação de grupo para incentivar e apoiar as mudanças sem estimular a dependência dos participantes ao grupo.

Trata-se da abordagem específica/intensiva, onde cada sessão possui quatro etapas, sendo a Atenção Individual; Estratégias e Informações; Revisão e Discussão e Tarefas. Tais fases têm o objetivo de estruturar as sessões. Ao final de cada sessão os participantes são estimulados a realizar tarefas, estendendo a sessão no cotidiano dos membros.

Na “Atenção Individual” o coordenador individualiza a atenção, respondendo as perguntas dos participantes.

A fase “Estratégias e Informações” consiste na apresentação das estratégias e informações com a ajuda de material de apoio, que é apresentado durante esse período de tempo.

A etapa “Revisão e Discussão” de cada sessão tem o objetivo maior de estimular a discussão entre os participantes sobre o material que foi apresentado na fase anterior.

A primeira sessão é denominada “Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde.” Esta sessão também apresenta alguns métodos para deixar de fumar.

A segunda sessão é denominada “Os primeiros dias sem fumar” e tem o objetivo de estimular e auxiliar os participantes a viver os primeiros dias sem cigarros. Esclarece sobre a Síndrome de Abstinência e apresenta estratégias para lidar com a *fissura*.¹⁹

A terceira sessão “Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar” enfatiza os benefícios físicos que os participantes começaram a usufruir devido a ausência de tabaco e estimula os participantes a utilizarem como tarefa os quatro procedimentos práticos que auxiliam o processo de deixar de fumar: beber água; consumir alimentos com poucas calorias; fazer exercícios físicos e respirar profundamente.

¹⁹ Desejo intenso de fumar.

A quarta e última sessão denominada “Benefícios obtidos após arar de fumar” e descreve, entre outros, as principais armadilhas evitáveis para permanecer sem cigarros os benefícios a longo prazo obtidos com o parar de fumar. Esclarece sobre alguns planos de acompanhamento da coordenação do Programa.

A farmacoterapia envolvida na abordagem e tratamento do fumante pelo NPR/GEC/DIASE/SAS/SES-DF pode ser utilizada como um apoio em situações específicas e tem a função de facilitar a abordagem cognitivo-comportamental na fase para a cessação de fumar. Existe um critério para a utilização do apoio medicamentoso. Os medicamentos utilizados são divididos em medicamentos nicotínicos e medicamentos não-nicotínicos.

Medicamentos nicotínicos, ou os chamados de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) se apresentam sob forma de adesivos, gomas de mascar, inaladores e aerossóis. As únicas formas disponíveis no mercado brasileiro são os adesivos e as gomas. Medicamentos não-nicotínicos são os anti-depressivos bupropiona e nortriptilina, e o anti-hipertensivo clonidina. A bupropiona é o medicamento mais recomendado, pois não apresenta efeitos colaterais importantes.

O apoio medicamentoso tem como uma de suas funções minimizar as intercorrências oriundas da dependência química à nicotina, possibilitando manejar as situações que envolvem o hábito, principal foco na abordagem cognitivo comportamental. Os medicamentos atuam diretamente na relação da dependência química orgânica. O processo grupal intervém na denominada dependência química emocional.

Há necessidade de adotar uma abordagem básica do tabagismo, definida para grupos e situações especiais como gestantes e nutrízes, adolescentes, pacientes hospitalizados, para casos de tabagismo associado ao alcoolismo e a dependência de outras drogas, tabagismo associado a depressão e a outras comorbidades²⁰ psiquiátricas e tabagismo e ganho de peso.

Muitos outros métodos como hipnose, acupuntura, aroma terapia, fórmulas de ervas, dentre outras vêm sendo preconizados para a cessação de fumar, porém ainda não há evidências científicas suficientes para comprovar a eficácia destes métodos.

O grau de dependência nicotínica de participantes do grupo de tabagismo estabelecido pelo NPR/GEC/DIASE/SAS/SES-DF é estabelecido após aplicação do teste de Fagerström (em anexo) onde a soma dos pontos apurados permitirá avaliar o grau de dependência. Caso o indivíduo atinja um total de pontos igual ou acima de 7 pontos significará que possui uma grande dependência nicotínica.

²⁰ Doenças que se associam a uma doença principal, somando-se em agravamento do quadro.

3.1 – RESULTADOS

Para todos os grupos formados para tratamento do tabagismo no CSB1408 é criada uma pasta onde informações sobre os participantes são registradas. Cada pasta contém prontuários para acompanhamento do participante – modelo em anexo. Para realizar uma análise comparativa selecionamos o mesmo período dos três últimos anos, ou seja, o segundo trimestre dos anos 2005, 2006 e 2007. A partir de então fizemos o levantamento de dados necessários para elaborar os seguintes quadros.

No segundo trimestre de cada período especificado foram desenvolvidos os grupos relacionados nos quadros abaixo.

Quadro 1: 2005

GRUPO	DATA	MEMBROS	FAIXA ETÁRIA
		MULHERES / HOMENS	
As Poderosas	30/3 – 27/4	14 / 02	36 - 72
Os três mosqueteiros	13/4 – 11/5	06 / 05	32 - 59
Sempre Vivos	11/4 – 9/5	09 / 04	27 - 55
Abandonando o vício e buscando o sucesso	11/5 – 1º/6	10 / 06	24 - 67
Ou vai ou racha	16/5 – 13/6	05 / 06	19 - 51
Os privilegiados	18/5 – 15/6	08 / 04	27 - 50
Fênix	8/6 – 6/7	12 / 07	30 - 64
Média		64M / 34H	27.86 - 59.71

Fonte: Dados levantados a partir dos registros de grupos de tabagismo do CSB 1408 – SES/DF

Participação nas sessões no período analisado do ano de 2005. M corresponde ao número de mulheres, H ao número de homens e NC representa as faltas registradas.

1ª SESSÃO	2ª SESSÃO	3ª SESSÃO	4ª SESSÃO
M / H / NC	M / H / NC	M / H / NC	M / H / NC
13 / 02 / 1M	10 / 02 / 4M	9 / 0 / 5M-2H	6 / 0 / 8M-2H
04 / 03 / 2M-2H	02 / 04 / 4M-1H	0 / 02 / 6M-3H	0 / 03 / 6M-2H
9/4/00	08 / 04 / 1M	06 / 02 / 3M-2H	03 / 0 / 6M-4H
09 / 05 / 1M-1H	07 / 01 / 3M-5H	03 / 02 / 7M-4H	06 / 0 / 4M-6H
05 / 05 / 2M-1H	03 / 05 / 4M-1H	03 / 04 / 4M-2H	03 / 03 / 4M-3H
03 / 03 / 5M-1H	01 / 03 / 7M-1H	01 / 02 / 7M-2H	0 / 01 / 8M-3H
10 / 05 / 1M-1H	09 / 03 / 2M-3H	09 / 03 / 2M-3H	05 / 02 / 6M-4H
53M / 27H / 12M-6H	40M / 22H / 27M-11H	31M / 15H / 34M-18H	23M / 9H / 42M-24H

Fonte: Dados levantados a partir dos registros de grupos de tabagismo do CSB 1408 – SES/DF

Quadro 2: 2006

GRUPO	DATA	MEMBROS	FAIXA ETÁRIA
		MULHERES / HOMENS	
Os desesperados para parar de fumar	5/4 – 3/5	09 / 02	35 - 60
As guerreiras perfumadas	10/4 – 15/5	14 / 00	35 - 61
Xô fumacê	20/4 – 18/5	09 / 06	34 - 77

Viver com saúde	8/5 – 29/5	09 / 04	27 - 70
Fumo prá longe do cigarro	10/5 – 31/5	08 / 03	24 - 56
Ex-tabacados	10/5 – 31/5	10 / 04	28 - 67
Renascer para uma nova vida	29/5 – 26/6	09 / 02	38 - 67
Sonho possível	1º/6 – 6/7	10 / 01	34 - 71
Sobreviventes	5/6 – 26/6	08 / 03	19 - 68
Novos ares dos ex-tragados	7/6 – 28/6	12 / 05	19 - 78
Somos capazes	7/6 – 28/6	06 / 02	41 - 55
		104 / 32	30.36 - 66.36

Fonte: Dados levantados a partir dos registros de grupos de tabagismo do CSB 1408 – SES/DF

Participação nas sessões no período analisado no ano de 2006. M corresponde ao número de mulheres, H ao número de homens e NC representa as faltas registradas.

1ª SESSÃO	2ª SESSÃO	3ª SESSÃO	4ª SESSÃO
M / H / NC	M / H / NC	M / H / NC	M / H / NC
9 / 2 / 00	9 / 2 / 00	09 / 02 / 00	06 / 02 / 3M
14 / 0 / 0	06 / 0 / 8M	07 / 0 / 7M	05 / 00 / 9M
08 / 04 / 1M-2H	05 / 04 / 4M-2H	06 / 03 / 3M-3H	06 / 03 / 3M-3H
07 / 03 / 2M-1H	05 / 01 / 4M-3H	05 / 0 / 4M-4H	02 / 01 / 7M-3H
05 / 03 / 3M	04 / 03 / 4M	05 / 03 / 3M	03 / 02 / 5M-1H
10 / 03 / 1H	08 / 03 / 2M-1H	10 / 03 / 1H	08 / 03 / 2M-1H
08 / 01 / 1M-1H	04 / 0 / 5M-2H	05 / 0 / 4M-2H	06 / 00 / 3M-2H
10/1/00	08 / 0 / 2M-1H	05 / 0 / 5M-1H	06 / 00 / 4M-1H
08 / 02 / 1H	06 / 02 / 2M-1H	07 / 02 / 1M-1H	04 / 01 / 4M-2H
10 / 05 / 2M	07 / 04 / 5M-1H	09 / 03 / 3M-2H	09 / 04 / 3M-1H
6/2/00	05 / 02 / 1M	04 / 01 / 2M-1H	04 / 02 / 2M
95M / 26H / 9M-6H	67M / 21H / 37M-11H	72M / 17H / 32M-15H	59M / 18H / 45M-14H

Fonte: Dados levantados a partir dos registros de grupos de tabagismo do CSB 1408 – SES/DF

Quadro 3: 2007

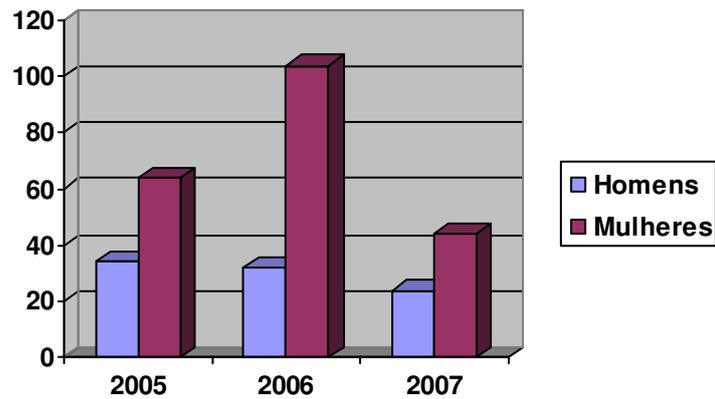
GRUPO	DATA	MEMBROS	FAIXA ETÁRIA
		MULHERES / HOMENS	
Amantes da saúde	4/4 – 2/5	12 / 07	29 – 63
Coragem	11/4 – 2/5	07 / 07	39 -68
Inimigos do cigarro	8/5 – 29/5	14 / 05	38 – 86
D-fumados	5/6 – 26/6	11 / 05	24 – 63
(Total) 04		44M / 24H	32.5 - 70

Fonte: Dados levantados a partir dos registros de grupos de tabagismo do CSB 1408 – SES/DF

Participação nas sessões no período analisado no ano de 2007. M corresponde ao número de mulheres, H ao número de homens e NC representa as faltas registradas.

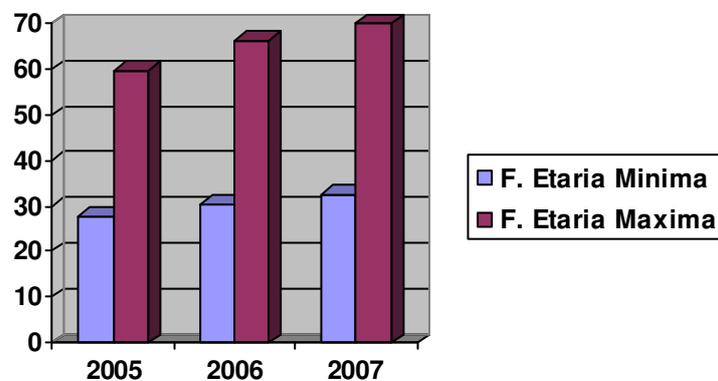
1ª SESSÃO	2ª SESSÃO	3ª SESSÃO	4ª SESSÃO
M / H / NC	M / H / NC	M / H / NC	M / H / NC
12 / 07 / 00	10 / 06 / 2M-1H	08 / 07 / 4M	06 / 06 / 6M-1H
06 / 07 / 1M	06 / 07 / 1M	06 / 04 / 1M-3H	06 / 04 / 1M-3H
14 / 04 / 1H	11 / 03 / 3M-2H	09 / 03 / 5M-2H	09 / 01 / 5M-4H
11 / 05 / 00	09 / 04 / 2M-1H	07 / 04 / 4M-1H	08 / 03 / 3M-2H
43M / 23H / 1M-1H	36M / 20H / 8M-4H	30M / 18H / 14M-6H	29M / 14H / 15M-10H

O Gráfico 1 mostra a participação de homens e mulheres no segundo trimestre de 2005, 2006 e 2007.



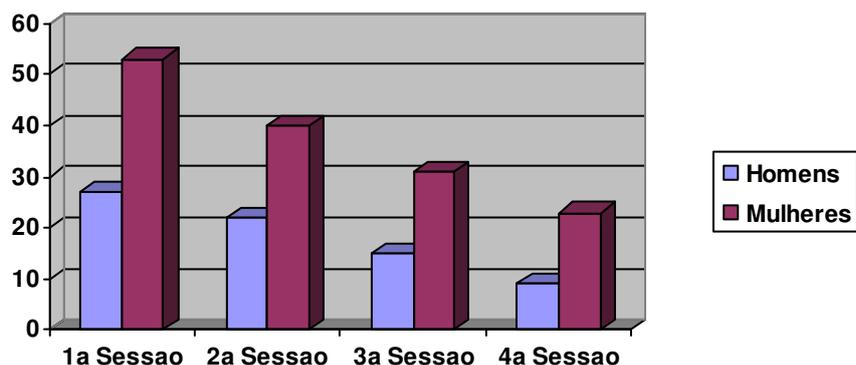
Comparando o segundo trimestre de 2005, 2006 e 2007, é possível perceber que o número de mulheres que procuraram o tratamento de tabagismo no CSB1408/SES/DF foi superior ao número de homens. Há uma forte evidência que aponta para concluir-se que a preocupação em deixar o hábito de fumar é maior por parte das mulheres.

O Gráfico 2 mostra as medias mínima e máxima de idade das pessoas que procuraram o tratamento do tabagismo no Centro de Saúde.



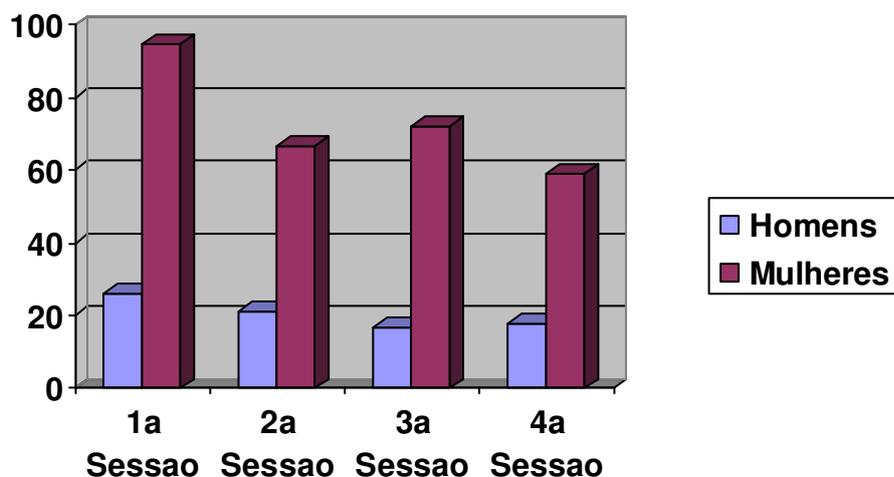
A faixa etária apresentada nos grupos analisados mostrou médias relativamente constantes entre idades máxima e mínima dos membros – homens e mulheres – dos grupos.

O Gráfico 3 mostra a participação dos homens e mulheres em quantidade e por sessão no ano de 2005.



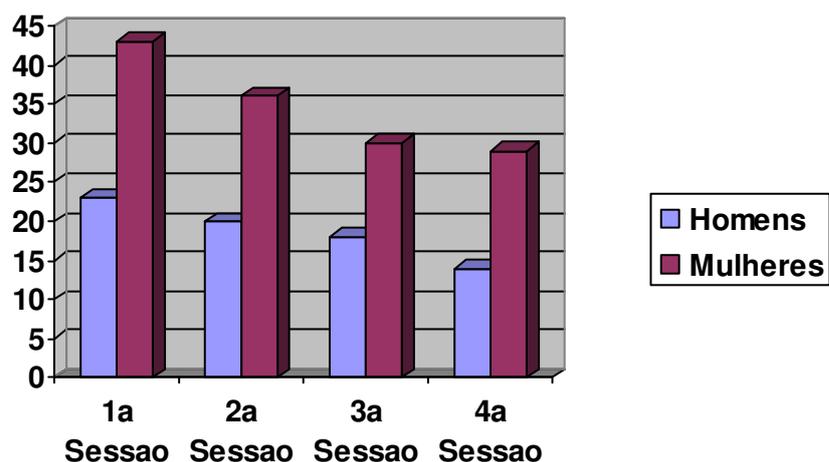
A participação de homens e mulheres apresentou uma diminuição gradual e decrescente no que diz respeito às presenças nas sessões do período analisado. Mesmo assim, a quantidade de mulheres superou a quantidade de homens em todos os encontros de 2005.

O Gráfico 4 mostra a participação dos homens e mulheres em quantidade e por sessão no ano de 2006.



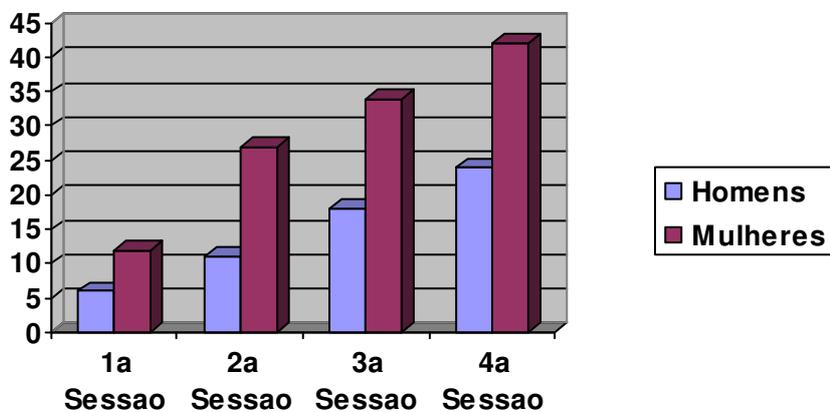
Em 2006, a participação de homens e mulheres nas sessões mostrou-se relativamente constantes. A participação de mulheres apresentou uma frequência mais instável em relação ao ano anterior.

O Gráfico 5 mostra a participação dos homens e mulheres em quantidade e por sessão no ano de 2007.



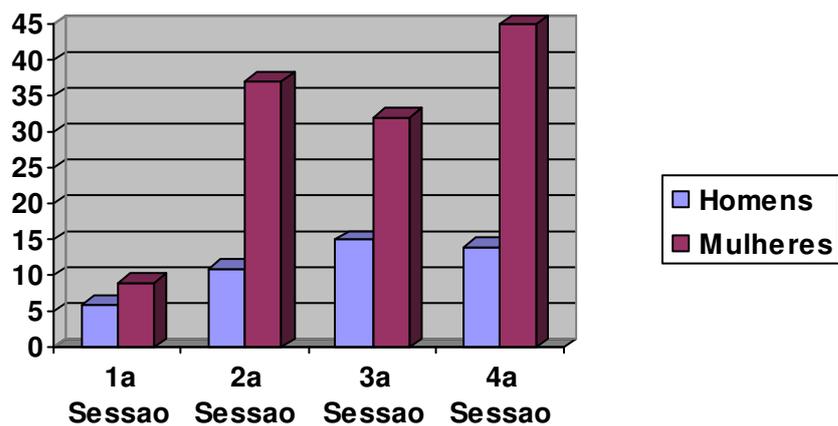
A participação média de homens por sessão no segundo trimestre de 2007, manteve uma relativa constância quando comparada a 2006 e a frequência feminina apresentou uma sensível oscilação, de maneira decrescente, trazendo evidências que permitem perceber um maior interesse em participar que os homens.

O Gráfico 6 mostra as faltas de homens e mulheres nas sessões realizadas no segundo trimestre de 2005.



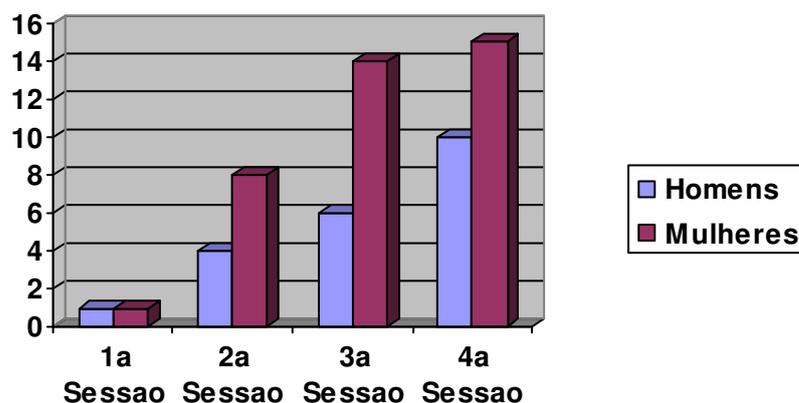
Em relação às faltas nas sessões do segundo trimestre de 2005, inversamente às presenças, as faltas de homens e mulheres apresentaram um processo crescente, onde mesmo sendo em maior número, as mulheres faltaram às sessões proporcionalmente.

O Gráfico 7 mostra as faltas de homens e mulheres nas sessões realizadas no segundo trimestre de 2006.

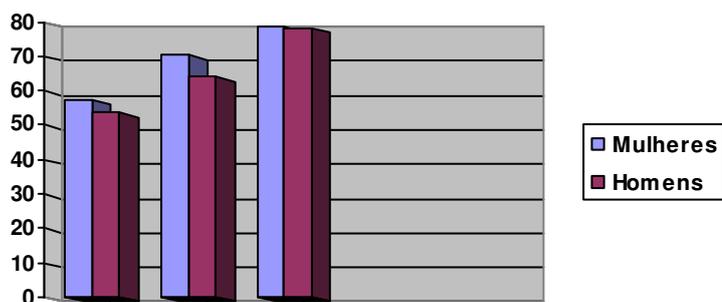


No período analisado de 2006, a quantidade de faltas nas sessões pelas mulheres, com exceção da primeira sessão, apresentou uma diferença bastante considerável, abrindo espaços para questionamentos voltados para compreender o “por quê” deste fenômeno.

O Gráfico 8 mostra as faltas de homens e mulheres nas sessões realizadas no segundo trimestre de 2007.



A falta de homens e mulheres também apresentou índices crescentes em 2007 e foi possível observar um fato interessante: na primeira sessão do período analisado, o número de faltas de homens foi igual ao número de faltas das mulheres.



No gráfico 9 percebemos outro dado interessante relacionado aos percentuais de participação nas sessões dos grupos estudados.

Segundo o levantamento feito, a presença feminina prevalece nas sessões e que, em média, as mulheres sempre apresentaram participação superior nos períodos analisados. O quadro abaixo faz um detalhamento dos dados obtidos.

ANOS	1ª SESSÃO (%)	2ª SESSÃO (%)	3ª SESSÃO (%)	4ª SESSÃO (%)	Média / ANOS (%)
	M / H	M / H	M / H	M / H	M / H
2005	82,81 / 79,41	62,50 / 64,71	48,44 / 44,12	35,94 / 26,47	57,42 / 53,68
2006	91,35 / 81,25	64,42 / 65,63	69,23 / 53,13	56,73 / 56,25	70,43 / 64,06
2007	97,73 / 95,83	81,82 / 83,33	68,18 / 75,00	65,91 / 58,33	78,41 / 78,12
Média / Sessões (%)	90,63 / 85,50	69,58 / 71,22	61,95 / 57,42	52,86 / 47,02	

Fonte: Dados levantados a partir dos registros de grupos de tabagismo do CSB 1408 – SES/DF

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo de diversos autores apresentados neste trabalho, percebemos várias situações que ocorrem em relação à mulher no que se trata da iniciação no grupo de tabagismo desenvolvido pelo CSB1408/SES/DF, na forma como foram levantados os dados em registros de participantes de alguns grupos para a cessação do tabagismo.

Foi possível perceber, em relação à participação de mulheres e homens, uma significativa diferença pela iniciação no grupo de tabagismo pelas mulheres, as quais parecem mais interessadas em iniciar o tratamento oferecido.

A pesquisa mostrou que todos os grupos analisados apresentaram alta prevalência feminina, exceto o grupo “CORAGEM” composto por quantidades iguais tanto em número de homens quanto de mulheres, sendo que o grupo “GUERREIRAS PERFUMADAS” foi desenvolvido apenas com mulheres.

Neste contexto, percebeu-se que se por um o maior número de participantes que iniciam o tratamento para a cessação tabagística é de mulheres, observa-se que também há maior dificuldade por parte delas em participar de maneira assídua às sessões.

Diante das evidências apresentadas ao longo deste trabalho nota-se que é preciso planejar, criar estratégias e propor soluções para os problemas e dificuldades encontradas entre as mulheres, no que diz respeito ao tratamento do tabagismo, identificando características e necessidades de tratamento específicas que efetivamente atendam à demanda feminina. Sabe-se que as mulheres apresentam maiores taxas de comorbidades em relação aos homens, em função do uso do tabaco, por conta de suas particularidades biológicas.

A contribuição deste trabalho se concentra no sentido de estimular uma maior sensibilização, junto aos interessados em oferecer um tratamento de tabagismo, que leve em conta a importância de atender a população de mulheres tabagistas. Parece possível considerar que, por uma série de fatores e dados descritos neste trabalho, as mulheres demonstram um interesse maior quanto à iniciação no tratamento e em cessar o hábito de fumar, quando comparadas aos homens que participaram dos grupos desenvolvidos pelo GEC/SES/DF, via CSB1408 no período compreendido dos anos de 2005, 2006 e 2007.

O desenvolvimento deste estudo permitiu verificar que os fatores biológicos do organismo feminino dificultam o tratamento para a cessação tabagística, demonstrando através da bibliografia pesquisada que a mulher tem mais dificuldades em dar continuidade ao tratamento para deixar de fumar devido aos papéis sociais por ela desempenhados e

cobrados pela sociedade que são colocados como fatores de vulnerabilidade social. De acordo com os dados levantados, parece possível concluir que os papéis sociais ocupam o tempo da mulher, dificultando até mesmo a execução das propostas colocadas como tarefas das sessões. Mudar hábitos requer mudança na rotina e para a mulher estas mudanças podem representar um grande desafio, pois o tempo da mulher é dividido, na maioria das vezes, entre as responsabilidades domésticas, profissionais e de atenção e cuidados aos filhos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY, Miriam. Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas / Miriam Abramovay et alii. – Brasília: UNESCO, BID, 2002.

ARAÚJO, Alberto José de; MENEZES, Ana Maria B.; DÓREA, Antônio José Pessoa Silva; TORRES, Blancard Santos; VIEGAS, Carlos Alberto de Assis; SILVA, Celso Antônio Rodrigues da; KIRCHENCHTEJN, Ciro; ORFALIAIS, Cláudia S; SANT'ANNA, Clémax Couto; BOTELHO, Clóvis; GONÇALVES, Cristina Maria Cantarino; HAGGSTRÄM, Fábio Maraschin; GODOY, Irma de; REICHERT, Jonatas; CHATKIN, José Miguel; AYOUB, Leticia Teixeira Vitale; PEREIRA, Luiz Fernando Ferreira; HALTY, Luis Suárez; SALES, Maria da Penha Uchoa; OLIVEIRA, Maria Vera Cruz de; CASTILLO, Patrícia Leão; MEIRELLES, Ricardo Henrique Sampaio *Diretrizes para Cessação do Tabagismo*. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2004, vol.30.

BOTELHO, Clóvis. *Você também pode parar de fumar!* Ed. Adeptus. Cuiabá, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer/INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (COMPREV). *Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. *Tratamento das Dependências Químicas – Aspectos Básicos*. Brasília, SENAD, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *A ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pela Brasil: mitos e verdades*. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. *Política Nacional sobre Drogas*. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Cadernos, juventude, saúde e desenvolvimento*, v.1. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Tabaco e pobreza, um círculo vicioso – a convenção-quadro de controle do tabaco: uma resposta/ Brasil*. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CASSABIAN, L. A.; ZOUCAS, M. A. *Abordagem de populações especiais: tabagismo e mulher - Razões para abordagem específica de gênero*. In: Analice de Paula Gigliotti e Sabrina Presman. (Org.). *Atualização no Tratamento do Tabagismo*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Promoção de Saúde - ABP Saúde, 2006, p. 107-128.

Capacitação em serviço social e política social: Módulo 5: Intervenção e Pesquisa em Serviço Social – Brasília: CEAD, 1999.

DAVID, Helena Maria Scherlowski; MATOS, Hérica Silva de; SILVA, Tatiane de Souza; *et al.* Tabagismo e Saúde da Mulher: Uma Discussão sobre as Campanhas de Controle do Tabaco. *Rev. de Enfermagem. UERJ*, set.2006, vol.14, nº3, p. 412-417.

GAUDURÓZ, José Carlos F.; NOTO, Ana Regina; FONSECA, Arilton Martins; CARLINI, E. A. *V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras 2004*. Secretaria Nacional Antidrogas. Gabinete de Segurança Institucional. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2005.

HEILBORN, Maria Luiza; Sorj, Bila. *Estudos de gênero no Brasil. In: Miceli, Sérgio (org): O que ler na ciência social brasileira*. São Paulo: Sumaré, ANPOCS; Brasília: CAPES, 1999, p. 183-221.

KOWARICK, Lúcio. *Sobre a Vulnerabilidade socioeconômica e civil – Estados Unidos, França e Brasil*. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais – Vol. 18 nº 51*. Fevereiro, 2003.

KURY, Adriano da Gama. *Minidicionário Gama Kury da língua portuguesa*. São Paulo: FTD, 2001.

MEIRELLES, Ricardo Henrique Sampaio; CAVALCANTE, Tânia Maria. *Quais Políticas de Controle do tabagismo um país deve ter para chegar a um tratamento eficaz? A perspectiva governamental*. In: Analice de Paula Gigliotti e Sabrina Presman. (Org.). *Atualização no Tratamento do Tabagismo*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Promoção de Saúde - ABP Saúde, 2006, p. 171-189.

MELLO, de Thiago. *Assistente Social: Ética e direitos: Os Estatutos do Homem (Ato Institucional Permanente)*. Coletânea de Leis e Resoluções. Cress 7ª Região/ RJ. 3ª Edição atualizada. Outubro, Rio de Janeiro, 2001

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis*. INCA, 2003.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **PREVALÊNCIA DE TABAGISMO NO BRASIL**. Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro, maio de 2004.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (CONTAPP). *Ajudando seu paciente a parar de fumar*. Rio de Janeiro: INCA, 1997.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (CONTAPP). *Falando sobre Tabagismo*. Rio de Janeiro: INCA, 1998.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). *Ação Global para o Controle do Tabaco – 1º Tratado Internacional de Saúde Pública*. 3.ed. Rio de Janeiro, 2004.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (CONTAPP). *Como Implantar um Programa de Tabagismo*. Rio de Janeiro: INCA, 1996.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev. *Deixando de Fumar sem Mistérios – Manual do Coordenador*. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2004.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (CONTAPP). *Práticas para a Implantação de um Programa de Controle do Tabagismo*. Rio de Janeiro: INCA, 1997.

RANGEL, Olivia e SORRENTINO Sara, Gênero: Conceito Histórico, In Princípios, nº33 Anita Garibaldi, SP, 1994.

ROCHA, Francisco Carlos Machado. *Tabagismo*. In: Dartiu Xavier da Silveira e Fernanda Gonçalves Moreira (Org): *Panorama Atual das drogas e dependências*. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

ROSEMBERG, J. *Nicotina - droga universal*. São Paulo: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo; 2006.

SAFFIOTI, Heleith. Iara Bongiovani. *Mulher na Sociedade de Classes: Mito e Realidade* (a). Petrópolis: Editora Vozes Ltda, 1976.

Saúde é o que importa. Publicação do Programa Estadual de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer/AL. *Cigarro não combina com você – a nova moda é ser feliz*. Maio/2001. Número 1.

SANTARCANGELO, Maria Cândida Vergueiro. *A Situação da Mulher*. São Paulo: Editora Soma Ltda; 1980.

SBORGIA, Renata Carone; RUFFINO-NETO, Antonio. *Tabagismo e a transdisciplinaridade*. Medicina (Ribeirão Preto), 2005.

Secretaria Nacional Antidrogas. Gabinete de Segurança Institucional. *Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas*. Brasília, 2004.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. *Glossário de Álcool e Drogas*. Tradução e Notas: J. M. Bertolote. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

VALADÃO, Marina. *O que é vulnerabilidade*. S/D

II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005 / Supervisão E. A. CARLINI; Coordenação José Carlos F. Gauduróz; Pesquisadores Colaboradores Ana Regina NOTO... [et al.]; Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS

www.hub.unb.br - Acesso em 29/5/2007, às 9h.

www.inca.gov.br - Acesso em 5/5/2007, às 10h30.

boasaude.uol.com.br - Acesso em 10/11/2007, às 17h.

www.labes.com.br - Acesso em 10/11/2007, às 17h45.

www.pdamed.com.br - Acesso em 11/11/2007, às 20h15.

www.vermelho.org.br/museu/principios/anteriores.asp?edicao=33&cod_not=834 - Acesso em 18/8/2007, às 10h50.

www.sitemedico.com.br/sm/materias/index.php?mat=498 - Acesso em 10/10/2007, às 18h.

www.tabagismoumadoenca.hpg.ig.com.br - Acesso em 10/10/2007, às 19h30.

<http://www.intox.org> - Acesso em 29/11/2007, às 11h.

http://www.inca.gov.br/tabagismo/cquadro3/convencao_ptbr.pdf - Acesso em 22/8/2007 as 16h30.

http://www2.mre.gov.br/dai/m_5658_2006.htm - Acesso em 25/6/2007, às 14h50.

<http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3749&ReturnCatID=1796> - Acesso em 15/6/2008, às 15h30.

Anexos

Teste de Fagerström

1- Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?

- mais de 60 minutos 0
- entre 31 e 60 minutos 1
- entre 06 e 30 minutos 2
- menos de 6 minutos 3

2- Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?

- não 0
- sim 1

3- O primeiro cigarro da manhã é que traz mais satisfação?

- não 0
- sim 1

4- Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?

- não 0
- sim 1

5- Você fuma mesmo quando acamado por doença?

- não 0
- sim 1

6- Quantos cigarros você fuma por dia?

- menos de 11 0
- de 11 a 20 1
- de 11 a 20 1
- de 11 a 20 1

Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

Preâmbulo

As Partes desta Convenção,

Determinadas a dar prioridade ao seu direito de proteção à saúde pública;

Reconhecendo que a propagação da epidemia do tabagismo é um problema global com sérias conseqüências para a saúde pública, que demanda a mais ampla cooperação internacional possível e a participação de todos os países em uma resposta internacional eficaz, apropriada e integral;

Tendo em conta a preocupação da comunidade internacional com as devastadoras conseqüências sanitárias, sociais, econômicas e ambientais geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, em todo o mundo;

Seramente preocupadas com o aumento do consumo e da produção mundial de cigarros e outros produtos de tabaco, particularmente nos países em desenvolvimento, assim como o ônus que se impõe às famílias, aos pobres e aos sistemas nacionais de saúde;

Reconhecendo que a ciência demonstrou de maneira inequívoca que o consumo e a exposição à fumaça do tabaco são causas de mortalidade, morbidade e incapacidade e que as doenças relacionadas ao tabaco não se revelam imediatamente após o início da exposição à fumaça do tabaco e ao consumo de qualquer produto derivado do tabaco;

Reconhecendo ademais que os cigarros e outros produtos contendo tabaco são elaborados de maneira sofisticada de modo a criar e a manter a dependência, que muitos de seus compostos e a fumaça que produzem são farmacologicamente ativos, tóxicos, mutagênicos, e cancerígenos, e que a dependência ao tabaco é classificada separadamente como uma enfermidade pelas principais classificações internacionais de doenças;

Admitindo também que há evidências científicas claras de que a exposição pré-natal à fumaça do tabaco causa condições adversas à saúde e ao desenvolvimento das crianças;

Profundamente preocupadas com o elevado aumento do número de fumantes e outras formas de consumo de tabaco entre crianças e adolescentes em todo o mundo, particularmente com o fato de que se começa a fumar em idades cada vez menores;

Alarmadas pelo aumento do número de fumantes e de outras formas de consumo de tabaco por mulheres e meninas em todo o mundo e tendo presente a importância da participação plena das mulheres em todos os níveis de elaboração e implementação de políticas, bem como da necessidade de estratégias de controle específicas para cada gênero;

Profundamente preocupadas com o elevado número de fumantes e de outras formas de consumo do tabaco por membros de povos indígenas;

Serriamente preocupadas com o impacto de todos os tipos de publicidade, promoção e patrocínio destinados a estimular o uso de produtos de tabaco;

Reconhecendo que uma ação cooperativa é necessária para eliminar todas as formas de tráfico ilícito de cigarros e de outros produtos de tabaco, incluídos contrabando, fabricação ilícita e falsificação;

Reconhecendo que o controle do tabaco em todos os níveis, e particularmente nos países em desenvolvimento e nos de economia em transição, requer recursos financeiros e técnicos suficientes e adequados às necessidades atuais e estimadas para as atividades de controle do tabaco;

Reconhecendo a necessidade de estabelecer mecanismos apropriados para enfrentar as conseqüências sociais e econômicas que, a longo prazo, surgirão com o êxito das estratégias de redução da demanda de tabaco;

Conscientes das dificuldades sociais e econômicas que podem gerar a médio e longo prazo os programas de controle do tabaco em alguns países em desenvolvimento ou com economias em transição, e reconhecendo suas necessidades por assistência técnica e financeira no contexto das estratégias de desenvolvimento sustentável formuladas no nível nacional;

Conscientes do valioso trabalho sobre controle do tabaco conduzido por vários Estados, destacando a liderança da Organização Mundial de Saúde, bem como os esforços de outros organismos e entidades do sistema das Nações Unidas e de outras organizações intergovernamentais internacionais e regionais no estabelecimento de medidas de controle do tabaco;

Enfatizando a contribuição especial de organizações não-governamentais e de outros membros da sociedade civil não vinculados à indústria do tabaco – incluindo as associações de profissionais da saúde, de mulheres, de jovens, de ambientalistas e de grupo de consumidores e instituições docentes e de atenção à saúde – às atividades de controle do tabaco no âmbito nacional e internacional, bem como a importância decisiva de sua participação nas atividades nacionais e internacionais de controle do tabaco;

Reconhecendo a necessidade de manter a vigilância ante qualquer tentativa da indústria do tabaco de minar ou desvirtuar as atividades de controle do tabaco, bem como a necessidade de manterem-se informadas sobre as atuações da indústria do tabaco que afetem negativamente às atividades de controle do tabaco;

Recordando o Artigo 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado pela Assembléia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966, pelo qual se declara que toda pessoa tem direito de gozar o mais elevado nível de saúde física e mental;

Recordando ainda o preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, que afirma que o gozo do mais elevado nível de saúde que se possa alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política, condição econômica ou social;

Determinadas a promover medidas de controle do tabaco fundamentadas em considerações científicas, técnicas e econômicas atuais e pertinentes;

Recordando que a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, adotada pela Assembléia Geral da ONU em 18 de dezembro de 1979, dispõe que os Estados Participantes daquela convenção devem tomar as medidas cabíveis para eliminar a discriminação contra as mulheres na área da atenção médica,

Recordando ademais que a Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembléia Geral da ONU em 20 de novembro de 1989, dispõe que os Estados Participantes daquela convenção reconhecem o direito da criança de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde,

Acordaram o seguinte:

PARTE I: INTRODUÇÃO

Artigo 1

Uso de termos

Para os fins da presente Convenção:

- (a) “comércio ilícito” é qualquer prática ou conduta proibida por lei, relacionada à produção, envio, recepção, posse, distribuição, venda ou compra, incluída toda prática ou conduta destinada a facilitar essa atividade;
- (b) “organização regional de integração econômica” é uma organização integrada por Estados soberanos, que transferiram àquela organização regional competência sobre uma diversidade de assuntos, inclusive a faculdade de adotar decisões de natureza mandatária para seus membros em relação àqueles assuntos;

(c) “publicidade e promoção do tabaco” é qualquer forma de comunicação, recomendação ou ação comercial com o objetivo, efeito ou provável efeito de promover, direta ou indiretamente, um produto do tabaco ou o seu consumo;

(d) “controle do tabaco” é um conjunto de estratégias direcionadas à redução da oferta, da demanda e dos danos causados pelo tabaco, com o objetivo de melhorar a saúde da população, eliminando ou reduzindo o consumo e a exposição à fumaça de produtos de tabaco;

(e) “indústria do tabaco” é o conjunto de fabricantes, distribuidores atacadistas e importadores de produtos de tabaco;

(f) “produtos de tabaco” são todos aqueles total ou parcialmente preparados com a folha de tabaco como matéria prima, destinados a serem fumados, sugados, mascarados ou aspirados;

(g) “patrocínio do tabaco” é qualquer forma de contribuição a qualquer evento, atividade ou indivíduo com o objetivo, efeito ou possível efeito de promover, direta ou indiretamente, um produto do tabaco ou o seu consumo;

Artigo 2

Relação entre a presente Convenção e outros acordos e instrumentos jurídicos

1. Com vistas a melhor proteger a saúde humana, as Partes são estimuladas a implementar medidas que vão além das requeridas pela presente Convenção e de seus protocolos, e nada naqueles instrumentos impedirá que uma Parte imponha exigências mais rígidas, compatíveis com suas disposições internas e conforme ao Direito Internacional.

2. As disposições da Convenção e de seus protocolos em nada afetarão o direito das Partes de celebrar acordos bilaterais ou multilaterais, inclusive acordos regionais ou subregionais, sobre questões relacionadas à Convenção e seus protocolos ou adicionais a ela e seus protocolos, desde que esses acordos sejam compatíveis com as obrigações estabelecidas pela Convenção e seus protocolos. As Partes envolvidas deverão notificar tais acordos à Conferência das Partes, por intermédio da Secretaria.

PARTE II: OBJETIVO, PRINCÍPIOS NORTEADORES E OBRIGAÇÕES GERAIS

Artigo 3

Objetivo

O objetivo da presente Convenção e de seus protocolos é proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras conseqüências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas

pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a serem implementadas pelas Partes nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco.

Artigo 4

Princípios norteadores

Para atingir o objetivo da presente Convenção e de seus protocolos e para implementar suas disposições, as Partes serão norteadas, *inter alia*, pelos seguintes princípios:

1. Toda pessoa deve ser informada sobre as conseqüências sanitárias, a natureza aditiva e a ameaça mortal imposta pelo consumo e a exposição à fumaça do tabaco e medidas legislativas, executivas, administrativas e outras medidas efetivas serão implementadas no nível governamental adequado para proteger toda pessoa da exposição à fumaça do tabaco.

2. Faz-se necessário um compromisso político firme para estabelecer e apoiar, no âmbito nacional, regional e internacional, medidas multisetoriais integrais e respostas coordenadas, levando em consideração:

(a) a necessidade de tomar medidas para proteger toda pessoa da exposição à fumaça do tabaco;

(b) a necessidade de tomar medidas para prevenir a iniciação, promover e apoiar a cessação e alcançar a redução do consumo de tabaco em qualquer de suas formas;

(c) a necessidade de adotar medidas para promover a participação de pessoas e comunidades indígenas na elaboração, implementação e avaliação de programas de controle do tabaco que sejam social e culturalmente apropriados as suas necessidades e perspectivas; e

(d) a necessidade de tomar medidas, na elaboração das estratégias de controle do tabaco, que tenham em conta aspectos específicos de gênero.

3. Uma parte importante da Convenção é a cooperação internacional, especialmente no que tange à transferência de tecnologia, conhecimento e assistência financeira, bem como à prestação de assessoria especializada com o objetivo de estabelecer e aplicar programas eficazes de controle do tabaco, tomando em conta os fatores culturais, sociais, econômicos, políticos e jurídicos locais.

4. Devem ser adotadas, no âmbito nacional, regional e internacional, medidas e respostas multisetoriais integrais para reduzir o consumo de todos os produtos de tabaco, com vistas a prevenir, de conformidade com os princípios de saúde pública, a incidência das doenças, da

incapacidade prematura e da mortalidade associadas ao consumo e a exposição à fumaça do tabaco.

5. As questões relacionadas à responsabilidade, conforme determinado por cada Parte dentro de sua jurisdição, são um aspecto importante para um amplo controle do tabaco.

6. Devem ser reconhecidos e abordados, no contexto das estratégias nacionais de desenvolvimento sustentável, a importância da assistência técnica e financeira para auxiliar a transição econômica dos produtores agrícolas e trabalhadores cujos meios de vida sejam gravemente afetados em decorrência dos programas de controle do tabaco, nas Partes que sejam países em desenvolvimento, e nas que tenham economias em transição.

7. A participação da sociedade civil é essencial para atingir o objetivo da Convenção e de seus protocolos.

Artigo 5

Obrigações Gerais

1. Cada Parte formulará, aplicará e atualizará periodicamente e revisará estratégias, planos e programas nacionais multisetoriais integrais de controle do tabaco, de conformidade com as disposições da presente Convenção e dos protocolos aos quais tenha aderido.

2. Para esse fim, as Partes deverão, segundo as suas capacidades:

(a) estabelecer ou reforçar e financiar mecanismo de coordenação nacional ou pontos focais para controle do tabaco; e

(b) adotar e implementar medidas legislativas, executivas, administrativas e/ou outras medidas e cooperar, quando apropriado, com outras Partes na elaboração de políticas adequadas para prevenir e reduzir o consumo de tabaco, a dependência da nicotina e a exposição à fumaça do tabaco.

3. Ao estabelecer e implementar suas políticas de saúde pública relativas ao controle do tabaco, as Partes agirão para proteger essas políticas dos interesses comerciais ou outros interesses garantidos para a indústria do tabaco, em conformidade com a legislação nacional.

4. As Partes cooperarão na formulação de medidas, procedimentos e diretrizes propostos para a implementação da Convenção e dos protocolos aos quais tenham aderido.

5. As Partes cooperarão, quando apropriado, com organizações intergovernamentais internacionais e regionais e com outros órgãos competentes para alcançar os objetivos da Convenção e dos protocolos aos quais tenham aderido.

6. As Partes cooperarão, tendo em conta os recursos e os meios a sua disposição, na obtenção de recursos financeiros para a implementação efetiva da Convenção por meio de mecanismos de financiamento bilaterais e multilaterais.

PARTE III: MEDIDAS RELATIVAS À REDUÇÃO DA DEMANDA DE TABACO

Artigo 6

Medidas relacionadas a preços e impostos para reduzir a demanda de tabaco

1. As Partes reconhecem que medidas relacionadas a preços e impostos são meios eficazes e importantes para que diversos segmentos da população, em particular os jovens, reduzam o consumo de tabaco.

2. Sem prejuízo do direito soberano das Partes em decidir e estabelecer suas respectivas políticas tributárias, cada Parte levará em conta seus objetivos nacionais de saúde no que se refere ao controle do tabaco e adotará ou manterá, quando aplicável, medidas como as que seguem:

a) aplicar aos produtos do tabaco políticas tributárias e, quando aplicável, políticas de preços para contribuir com a consecução dos objetivos de saúde tendentes a reduzir o consumo do tabaco;

b) proibir ou restringir, quando aplicável, aos viajantes internacionais, a venda e/ou a importação de produtos de tabaco livres de imposto e livres de tarifas aduaneiras.

3. As Partes deverão fornecer os índices de taxaço para os produtos do tabaco e as tendências do consumo de produtos do tabaco, em seus relatórios periódicos para a Conferência das Partes, em conformidade com o artigo 21.

Artigo 7

Medidas não relacionadas a preços para reduzir a demanda de tabaco

As Partes reconhecem que as medidas integrais não relacionadas a preços são meios eficazes e importantes para reduzir o consumo de tabaco. Cada Parte adotará e aplicará medidas legislativas, executivas, administrativas ou outras medidas eficazes necessárias ao cumprimento de suas obrigações decorrentes dos artigos 8 a 13 e cooperará com as demais Partes, conforme proceda, diretamente ou pelo intermédio dos organismos internacionais

competentes, com vistas ao seu cumprimento. A Conferência das Partes proporá diretrizes apropriadas para a aplicação do disposto nestes artigos.

Artigo 8

Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco

1. As Partes reconhecem que a ciência demonstrou de maneira inequívoca que a exposição à fumaça do tabaco causa morte, doença e incapacidade.

2. Cada Parte adotará e aplicará, em áreas de sua jurisdição nacional existente, e conforme determine a legislação nacional, medidas legislativas, executivas, administrativas e/ou outras medidas eficazes de proteção contra a exposição à fumaça do tabaco em locais fechados de trabalho, meios de transporte público, lugares públicos fechados e, se for o caso, outros lugares públicos, e promoverá ativamente a adoção e aplicação dessas medidas em outros níveis jurisdicionais.

Artigo 9

Regulamentação do conteúdo dos produtos de tabaco

A Conferência das Partes, mediante consulta aos organismos internacionais competentes, proporá diretrizes para a análise e a mensuração dos conteúdos e emissões dos produtos de tabaco, bem como para a regulamentação desses conteúdos e emissões. Cada Parte adotará e aplicará medidas legislativas, executivas e administrativas, ou outras medidas eficazes aprovadas pelas autoridades nacionais competentes, para a efetiva realização daquelas análises, mensuração e regulamentação.

Artigo 10

Regulamentação da divulgação das informações sobre os produtos de tabaco

Cada Parte adotará e aplicará, em conformidade com sua legislação nacional, medidas legislativas, executivas, administrativas e/ou outras medidas eficazes para exigir que os fabricantes e importadores de produtos de tabaco revelem às autoridades governamentais a informação relativa ao conteúdo e às emissões dos produtos de tabaco. Cada Parte adotará e implementará medidas efetivas para a divulgação ao público da informação sobre os componentes tóxicos dos produtos de tabaco e sobre as emissões que possam produzir.

Artigo 11

Embalagem e etiquetagem de produtos de tabaco

1. Cada Parte, em um período de três anos a partir da entrada em vigor da Convenção para essa Parte, adotará e implementará, de acordo com sua legislação nacional, medidas efetivas para garantir que:

(a) a embalagem e a etiquetagem dos produtos de tabaco não promovam produto de tabaco de qualquer forma que seja falsa, equivocada ou enganosa, ou que possa induzir ao erro, com respeito a suas características, efeitos para a saúde, riscos ou emissões, incluindo termos ou expressões, elementos descritivos, marcas de fábrica ou de comércio, sinais figurativos ou de outra classe que tenham o efeito, direto ou indireto, de criar a falsa impressão de que um determinado produto de tabaco é menos nocivo que outros. São exemplos dessa promoção falsa, equívoca ou enganosa, ou que possa induzir a erro, expressões como “low tar” (baixo teor de alcatrão), “light”, “ultra light” ou “mild” (suave); e

(b) cada carteira unitária e pacote de produtos de tabaco, e cada embalagem externa e etiquetagem de tais produtos também contenham advertências descrevendo os efeitos nocivos do consumo do tabaco, podendo incluir outras mensagens apropriadas. Essas advertências e mensagens:

(i) serão aprovadas pela autoridade nacional competente;

(ii) serão rotativas;

(iii) serão amplas, claras, visíveis e legíveis;

(iv) ocuparão 50% ou mais da principal superfície exposta e em nenhum caso menos que 30% daquela superfície;

(v) podem incluir imagens ou pictogramas.

2. Cada carteira unitária e pacote de produtos de tabaco, e cada embalagem externa e etiquetagem de tais produtos deverá conter, além das advertências especificadas no parágrafo 1(b) do presente Artigo, informações sobre os componentes e as emissões relevantes dos produtos de tabaco, tais como definidos pelas autoridades nacionais competentes.

3. Cada Parte exigirá que as advertências e a informação especificada nos parágrafos 1(b) e 2 do presente artigo figurem – em cada carteira unitária, pacote de produtos de tabaco, e em cada embalagem externa e etiquetagem de tais produtos – em seu idioma, ou em seus principais idiomas.

4. Para os fins deste Artigo, a expressão “embalagem externa e etiquetagem”, em relação a produtos de tabaco, aplica-se a qualquer embalagem ou etiquetagem utilizadas na venda no varejo de tais produtos.

Artigo 12

Educação, comunicação, treinamento e conscientização do público

Cada Parte promoverá e fortalecerá a conscientização do público sobre as questões de controle do tabaco, utilizando, de maneira adequada, todos os instrumentos de comunicação disponíveis. Para esse fim, cada Parte promoverá e implementará medidas legislativas, executivas, administrativas e/ou outras medidas efetivas para promover:

- (a) amplo acesso a programas eficazes e integrais de educação e conscientização do público sobre os riscos que acarretam à saúde, o consumo e a exposição à fumaça do tabaco, incluídas suas propriedades aditivas;
- (b) conscientização do público em relação aos riscos que acarretam para a saúde o consumo e a exposição à fumaça do tabaco, assim como os benefícios que advém do abandono daquele consumo e dos estilos de vida sem tabaco, conforme especificado no parágrafo 2 do artigo 14;
- (c) acesso do público, em conformidade com a legislação nacional, a uma ampla variedade de informação sobre a indústria do tabaco, que seja de interesse para o objetivo da presente Convenção;
- (d) programas de treinamento ou sensibilização eficazes e apropriados, e de conscientização sobre o controle do tabaco, voltados para trabalhadores da área de saúde, agentes comunitários, assistentes sociais, profissionais de comunicação, educadores, pessoas com poder de decisão, administradores e outras pessoas interessadas;
- (e) conscientização e participação de organismos públicos e privados e organizações não-governamentais, não associadas à indústria do tabaco, na elaboração e aplicação de programas e estratégias intersetoriais de controle do tabaco; e
- (f) conscientização do público e acesso à informação sobre as conseqüências adversas sanitárias, econômicas e ambientais da produção e do consumo do tabaco;

Artigo 13

Publicidade, promoção e patrocínio do tabaco

1. As Partes reconhecem que uma proibição total da publicidade, da promoção e do patrocínio reduzirá o consumo de produtos de tabaco.

2. Cada Parte, em conformidade com sua Constituição ou seus princípios constitucionais, procederá a proibição total de toda forma de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco. Essa proibição compreenderá, em conformidade com o entorno jurídico e os meios técnicos de que disponha a Parte em questão, uma proibição total da publicidade, da promoção e dos patrocínios além-fronteira, originados em seu território. Nesse sentido, cada Parte adotará, em um prazo de cinco anos a partir da entrada em vigor da presente Convenção para essa Parte, medidas legislativas, executivas, administrativas e/ou outras medidas apropriadas e informará sobre as mesmas, em conformidade com o Artigo 21.

3. A Parte que não esteja em condições de proceder a proibição total devido às disposições de sua Constituição ou de seus princípios constitucionais aplicará restrições a toda forma de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco. Essas restrições compreenderão, em conformidade com o entorno jurídico e os meios técnicos de que disponha a Parte em questão, a restrição ou proibição total da publicidade, da promoção e do patrocínio originados em seu território que tenham efeitos na além-fronteira. Nesse sentido, cada Parte adotará medidas legislativas, executivas, administrativas ou outras medidas apropriadas e informará sobre as mesmas em conformidade com o artigo 21.

4. No mínimo, e segundo sua Constituição ou seus princípios constitucionais, cada Parte se compromete a:

(a) proibir toda forma de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco, que promova um produto de tabaco por qualquer meio, que seja falso, equivocado ou enganoso ou que possa induzir ao erro, a respeito de suas características, efeitos para a saúde, riscos e emissões;

(b) exigir que toda publicidade de tabaco e, quando aplicável, sua promoção e seu patrocínio, venha acompanhada de advertência ou mensagem sanitária ou de outro tipo de mensagem pertinente;

(c) restringir o uso de incentivos diretos ou indiretos, que fomentem a compra de produtos de tabaco pela população;

(d) exigir, caso se não tenha adotado a proibição total, a divulgação para as autoridades governamentais competentes, de todos os gastos da indústria do tabaco em atividades de publicidade, promoção e patrocínios, ainda não proibidos. Essas autoridades poderão divulgar aquelas cifras, de acordo com a legislação nacional, ao público e à Conferência das Partes, de acordo com o Artigo 21;

(e) proceder, em um prazo de cinco anos, a proibição total ou, se a Parte não puder impor a proibição total em razão de sua Constituição ou de seus princípios constitucionais, à restrição da publicidade, da promoção e do patrocínio do tabaco no rádio, televisão, meios impressos e, quando aplicável, em outros meios, como a Internet;

(f) proibir ou, no caso de uma Parte que não possa fazê-lo em razão de sua Constituição ou de seus princípios constitucionais, restringir o patrocínio do tabaco a eventos e atividades internacionais e/ou a seus participantes;

5. As Partes são encorajadas a implementar medidas que vão além das obrigações estabelecidas no parágrafo 4.

6. As Partes cooperarão para o desenvolvimento de tecnologias e de outros meios necessários para facilitar a eliminação da publicidade de além-fronteira.

7. As Partes que tenham proibido determinadas formas de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco terão o direito soberano de proibir as formas de publicidade, promoção e patrocínio de além-fronteira de produtos de tabaco que entrem em seus respectivos territórios, bem como aplicar as mesmas penalidades previstas para a publicidade, promoção e patrocínio que se originem em seus próprios territórios, em conformidade com a legislação nacional. O presente parágrafo não apóia nem aprova nenhuma penalidade específica.

8. As Partes considerarão a elaboração de um protocolo em que se estabeleçam medidas apropriadas que requeiram colaboração internacional para proibir totalmente a publicidade, a promoção e o patrocínio de além-fronteira.

Artigo 14

Medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco

1. Cada Parte elaborará e divulgará diretrizes apropriadas, completas e integradas, fundamentadas em provas científicas e nas melhores práticas, tendo em conta as circunstâncias e prioridades nacionais, e adotará medidas eficazes para promover o abandono do consumo do tabaco, bem como o tratamento adequado à dependência do tabaco.

2. Para esse fim, cada Parte procurará:

(a) criar e aplicar programas eficazes de promoção do abandono do consumo do tabaco em locais tais como as instituições de ensino, as unidades de saúde, locais de trabalho e ambientes esportivos;

- (b) incluir o diagnóstico e o tratamento da dependência do tabaco, e serviços de aconselhamento para o abandono do tabaco em programas, planos e estratégias nacionais de saúde e educação, com a participação, conforme apropriado, de profissionais da área da saúde, agentes comunitários e assistentes sociais;
- (c) estabelecer, nos centros de saúde e de reabilitação, programas de diagnóstico, aconselhamento, prevenção e tratamento da dependência do tabaco; e
- (d) colaborar com outras Partes para facilitar a acessibilidade e exequibilidade dos tratamentos de dependência do tabaco, incluídos produtos farmacêuticos, em conformidade com o artigo 22. Esses produtos e seus componentes podem incluir medicamentos, produtos usados para administrar medicamentos ou para diagnósticos, quando apropriado.

PARTE IV: MEDIDAS RELATIVAS À REDUÇÃO DA OFERTA DE TABACO

Artigo 15

Comércio ilícito de produtos de tabaco

1. As Partes reconhecem que a eliminação de todas as formas de comércio ilícito de produtos de tabaco – como o contrabando, a fabricação ilícita, a falsificação - e a elaboração e a aplicação, a esse respeito, de uma legislação nacional relacionada e de acordos subregionais, regionais e mundiais são componentes essenciais do controle do tabaco.

2. Cada Parte adotará e implementará medidas legislativas, executivas, administrativas ou outras medidas efetivas para que todas as carteiras ou pacote de produtos de tabaco e toda embalagem externa de tais produtos tenham uma indicação que permita as Partes determinar a origem dos produtos do tabaco e, em conformidade com a legislação nacional e os acordos bilaterais ou multilaterais pertinentes, auxilie as Partes a determinar o ponto de desvio e a fiscalizar, documentar e controlar o movimento dos produtos de tabaco, bem como a determinar a situação legal daqueles produtos. Ademais, cada Parte:

(a) exigirá que cada carteira unitária e cada embalagem de produtos de tabaco para uso no varejo e no atacado, vendidos em seu mercado interno, tenham a declaração:

“Venda autorizada somente em (inserir nome do país, unidade sub-nacional, regional ou federal)”, ou tenham qualquer outra indicação útil em que figure o destino final ou que auxilie as autoridades a determinar se a venda daquele produto no mercado interno está legalmente autorizada; e

(b) examinará, quando aplicável, a possibilidade de estabelecer um regime prático de rastreamento e localização que conceda mais garantias ao sistema de distribuição e auxilie na investigação do comércio ilícito.

3. Cada Parte exigirá que a informação ou as indicações incluídas nas embalagens, previstas no parágrafo 2 do presente artigo, figurem em forma legível e/ou no idioma ou idiomas principais do país.

4. Com vistas a eliminar o comércio ilícito de produtos do tabaco, cada Parte:

(a) fará um monitoramento do comércio de além-fronteira dos produtos do tabaco, incluindo o comércio ilícito; reunirá dados sobre o mesmo e intercambiará informação com as autoridades aduaneiras, tributárias e outras autoridades, quando aplicável, e de acordo com a legislação nacional e os acordos bilaterais ou multilaterais pertinentes aplicáveis;

(b) promulgará ou fortalecerá a legislação, com sanções e recursos apropriados, contra o comércio ilícito de tabaco, incluídos a falsificação e o contrabando;

(c) adotará medidas apropriadas para garantir que todos os cigarros e produtos de tabaco oriundos da falsificação e do contrabando e todo equipamento de fabricação daqueles produtos confiscados sejam destruídos, aplicando métodos inócuos para o meio ambiente quando seja factível, ou sejam eliminados em conformidade com a legislação nacional;

(d) adotará e implementará medidas para fiscalizar, documentar e controlar o armazenamento e a distribuição de produtos de tabaco que se encontrem ou se desloquem em sua jurisdição em regime de isenção de impostos ou de taxas alfandegárias; e

(e) adotará as medidas necessárias para possibilitar o confisco de proventos advindos do comércio ilícito de produtos de tabaco.

5. A informação coletada em conformidade aos subparágrafos 4(a) e 4(d) do presente Artigo deverá ser transmitida, conforme proceda, pelas Partes de forma agregada em seus relatórios periódicos à Conferência das Partes, em conformidade com o Artigo 21.

6. As Partes promoverão, conforme proceda e segundo a legislação nacional, a cooperação entre os organismos nacionais, bem como entre as organizações intergovernamentais regionais e internacionais pertinentes, no que se refere a investigações, processos e procedimentos judiciais com vistas a eliminar o comércio ilícito de produtos de tabaco. Prestar-se-á especial atenção à cooperação no nível regional e sub-regional para combater o comércio ilícito de produtos de tabaco.

7. Cada Parte procurará adotar e aplicar medidas adicionais, como a expedição de licenças, quando aplicável, para controlar ou regulamentar a produção e a distribuição dos produtos de tabaco, com vistas a prevenir o comércio ilícito.

Artigo 16

Venda a menores de idade ou por eles

1. Cada Parte adotará e aplicará no nível governamental apropriado, medidas legislativas, executivas, administrativas ou outras medidas efetivas para proibir a venda de produtos de tabaco aos menores de idade, conforme determinada pela legislação interna, pela legislação nacional ou a menores de dezoito anos. Essas medidas poderão incluir o seguinte:

(a) exigir que todos os vendedores de produtos de tabaco coloquem, dentro de seu ponto de venda, um indicador claro e proeminente sobre a proibição de venda de tabaco a menores e, em caso de dúvida, exijam que o comprador apresente prova de ter atingido a maioridade;

(b) proibir que os produtos de tabaco à venda estejam diretamente acessíveis como nas prateleiras de mercado ou de supermercado;

(c) proibir a fabricação e a venda de doces, comestíveis, brinquedos ou qualquer outro objeto com o formato de produtos de tabaco que possam ser atraentes para menores; e

(d) garantir que as máquinas de venda de produtos de tabaco em suas jurisdições não sejam acessíveis a menores e não promovam a venda de produtos de tabaco a menores.

2. Cada Parte proibirá ou promoverá a proibição da distribuição gratuita de produtos de tabaco ao público, e principalmente a menores.

3. Cada Parte procurará proibir a venda avulsa de cigarros ou em embalagens pequenas que tornem mais acessíveis esses produtos aos menores.

4. As Partes reconhecem que, a fim de torná-las mais eficazes, as medidas direcionadas a impedir a venda de produtos de tabaco a menores devem aplicar-se, quando aplicável, conjuntamente com outras disposições previstas na presente Convenção.

5. Ao assinar, ratificar, aceitar ou aprovar a presente Convenção ou a ela aderir, ou em qualquer momento posterior, toda Parte poderá indicar mediante declaração escrita que se compromete a proibir a introdução de máquinas de venda de produtos de tabaco em sua jurisdição ou, quando cabível, a proibir totalmente as máquinas de venda de produtos de tabaco. O Depositário distribuirá a todas as Partes da Convenção as declarações que se formulem em conformidade com o presente artigo.

6. Cada Parte adotará e implementará medidas legislativas, executivas, administrativas ou outras medidas eficazes, inclusive penalidades contra os vendedores e distribuidores, para garantir o cumprimento das obrigações contidas nos parágrafos 1 a 5 do presente Artigo.

7. Cada Parte deve adotar e aplicar, conforme proceda, medidas legislativas, executivas,

administrativas ou outras medidas eficazes para proibir a venda de produtos de tabaco por pessoas abaixo da idade estabelecida pela lei interna, pela lei nacional ou por menores de dezoito anos.

Artigo 17

Apoio a atividades alternativas economicamente viáveis

As Partes, em cooperação entre si e com as organizações intergovernamentais internacionais e regionais competentes promoverão, conforme proceda, alternativas economicamente viáveis para os trabalhadores, os cultivadores e, eventualmente, os varejistas de pequeno porte.

PARTE V: PROTEÇÃO AO MEIO AMBIENTE

Artigo 18

Proteção ao meio ambiente e à saúde das pessoas

Em cumprimento às obrigações estabelecidas na presente Convenção, as Partes concordam em prestar devida atenção, no que diz respeito ao cultivo do tabaco e à fabricação de produtos de tabaco em seus respectivos territórios, à proteção do meio ambiente e à saúde das pessoas em relação ao meio ambiente.

PARTE VI: QUESTÕES RELACIONADAS À RESPONSABILIDADE

Artigo 19

Responsabilidade

1. Para fins de controle do tabaco, as Partes considerarão a adoção de medidas legislativas ou a promoção de suas leis vigentes, para tratar da responsabilidade penal e civil, inclusive, conforme proceda, da compensação.

2. As Partes cooperarão entre si no intercâmbio de informação por meio da Conferência das Partes, de acordo com o Artigo 21, incluindo:

(a) informação, em conformidade com o parágrafo 3(a) do artigo 20, sobre os efeitos à saúde do consumo e da exposição à fumaça do tabaco; e

(b) informação sobre a legislação e os regulamentos vigentes, assim como sobre a jurisprudência pertinente.

3. As Partes, quando aplicável e segundo tenham acordado entre si, nos limites da legislação, das políticas e das práticas jurídicas nacionais, bem como dos tratados vigentes aplicáveis, prestar-se-ão ajuda reciprocamente nos procedimentos judiciais relativos à responsabilidade civil e penal, em conformidade com a presente Convenção.

4. A Convenção não afetará de nenhuma maneira os direitos de acesso das Partes aos tribunais umas das outras onde houver tais direitos, nem os limitará de modo algum.

5. A Conferência das Partes poderá considerar, se for possível em uma primeira etapa, tendo em conta os trabalhos em curso nos foros internacionais pertinentes, questões relacionadas à responsabilidade, inclusive enfoques internacionais apropriados de tais questões e meios idôneos para apoiar as Partes, quando assim a solicitarem, em suas atividades legislativas ou de outra índole em conformidade com o presente artigo.

PARTE VII: COOPERAÇÃO CIENTÍFICA E TÉCNICA E COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÃO

Artigo 20

Pesquisa, vigilância e intercâmbio de informação

1. As Partes se comprometem a elaborar e promover pesquisas nacionais e a coordenar programas de pesquisa regionais e internacionais sobre controle de tabaco. Com esse fim, cada Parte:

(a) iniciará, diretamente ou por meio de organizações intergovernamentais internacionais e regionais, e de outros órgãos competentes, pesquisas e avaliações que abordem os fatores determinantes e as conseqüências do consumo e da exposição à fumaça do tabaco e pesquisas tendentes a identificar cultivos alternativos; e

(b) promoverá e fortalecerá, com o apoio de organizações intergovernamentais internacionais e regionais e de outros órgãos competentes, a capacitação e o apoio destinados a todos os que se ocupem de atividades do controle de tabaco, incluídas a pesquisa, a execução e a avaliação.

2. As Partes estabelecerão, conforme proceda, programas para a vigilância nacional, regional e mundial da magnitude, padrões, determinantes e conseqüências do consumo e da exposição à fumaça do tabaco. Com esse fim, as Partes integrarão programas de vigilância do tabaco nos programas nacionais, regionais e mundiais de vigilância sanitária para que possam cotejar e analisar no nível regional e internacional, conforme proceda.

3. As Partes reconhecem a importância da assistência financeira e técnica das organizações intergovernamentais internacionais e regionais e de outros órgãos. Cada Parte procurará:

(a) estabelecer progressivamente um sistema nacional para a vigilância epidemiológica do consumo do tabaco e dos indicadores sociais, econômicos e de saúde conexos;

(b) cooperar com organizações intergovernamentais internacionais e regionais e com outros órgãos competentes, incluídos organismos governamentais e não governamentais, na vigilância regional e mundial do tabaco e no intercâmbio de informação sobre os indicadores especificados no parágrafo 3(a) do presente artigo;

(c) cooperar com a Organização Mundial da Saúde na elaboração de diretrizes ou de procedimentos de caráter geral para definir a recopilação, a análise e a divulgação de dados de vigilância relacionados ao tabaco.

4. As Partes, em conformidade com a legislação nacional, promoverão e facilitarão o intercâmbio de informação científica, técnica, socioeconômica, comercial e jurídica de domínio público, bem como de informação sobre as práticas da indústria de tabaco e sobre o cultivo de tabaco, que seja pertinente para a presente Convenção, e ao fazê-lo terão em conta e abordarão as necessidades especiais das Partes que sejam países em desenvolvimento ou tenham economias em transição. Cada Parte procurará:

(a) estabelecer progressivamente e manter um banco de dados atualizado das leis e regulamentos sobre o controle do tabaco e, conforme proceda, de informação sobre sua aplicação, assim como da jurisprudência pertinente, e cooperar na elaboração de programas de controle do tabaco no âmbito regional e mundial;

(b) compilar progressivamente e atualizar dados procedentes dos programas nacionais de vigilância, em conformidade com o parágrafo 3(a) do presente artigo; e

(c) cooperar com organizações internacionais competentes para estabelecer progressivamente e manter um sistema mundial com o objetivo de reunir regularmente e difundir informação sobre a produção e a fabricação do tabaco e sobre as atividades da indústria do tabaco que tenham repercussões para a presente Convenção ou para as atividades nacionais de controle de tabaco.

5. As Partes deverão cooperar com as organizações intergovernamentais regionais e internacionais e com as instituições financeiras e de desenvolvimento a que pertençam, a fim de fomentar e apoiar a provisão de recursos financeiros ao Secretariado para que este possa dar assistência às Partes, que sejam países em desenvolvimento ou que tenham economias em transição, a cumprir com seus compromissos de vigilância, pesquisa e intercâmbio de informação.

Artigo 21

Apresentação de relatórios e intercâmbio de informação

1. Cada Parte apresentará à Conferência das Partes, por meio da Secretaria, relatórios periódicos sobre a implementação da presente Convenção, que deverão incluir o seguinte:

(a) informação sobre as medidas legislativas, executivas, administrativas ou de outra índole adotadas para aplicar a presente Convenção;

(b) informação, quando aplicável, sobre toda limitação ou obstáculo encontrados na aplicação da presente Convenção, bem como sobre as medidas adotadas para superá-los;

(c) informação, quando aplicável, sobre a ajuda financeira ou técnica fornecida ou recebida para as atividades de controle do tabaco;

(d) informação sobre a vigilância e pesquisa especificadas no Artigo 20; e

(e) informações conforme especificadas nos Artigos 6.3, 13.2, 13.3, 13.4(d), 15.5 e 19.2.

2. A frequência e a forma de apresentação desses relatórios das Partes serão determinados pela Conferência das Partes. Cada Parte elaborará seu primeiro relatório no período dos dois anos que seguem a entrada em vigor da Convenção para aquela Parte.

3. A Conferência das Partes, em conformidade com os Artigos 22 e 26, considerará, quando solicitada, mecanismos para auxiliar as Partes, que sejam países em desenvolvimento ou que tenham economias em transição, a cumprir as obrigações estipuladas no presente.

4. A apresentação de relatórios e o intercâmbio de informações, previstos na presente Convenção, estarão sujeitos à legislação nacional relativa à confidencialidade e à privacidade. As Partes protegerão, segundo decisão de comum acordo, toda informação confidencial que seja intercambiada.

Artigo 22

Cooperação científica, técnica e jurídica e prestação de assistência especializada

1. As Partes cooperarão diretamente ou por meio de organismos internacionais competentes a fim de fortalecer sua capacidade em cumprir as obrigações advindas da presente Convenção, levando em conta as necessidades das Partes que sejam países em desenvolvimento ou que tenham economias em transição. Essa cooperação promoverá a transferência de conhecimentos técnicos, científicos e jurídicos especializados, e de tecnologia, segundo decidido de comum acordo, com o objetivo de estabelecer e fortalecer

estratégias, planos e programas nacionais de controle de tabaco direcionadas, entre outras, ao seguinte:

- (a) facilitar o desenvolvimento, a transferência e a aquisição de tecnologia, conhecimento, habilidades, capacidade e competência técnica, relacionados ao controle do tabaco;
- (b) prestar assistência técnica, científica, jurídica ou de outra natureza para estabelecer e fortalecer as estratégias, planos e programas nacionais de controle do tabaco, visando a implementação da presente Convenção por meio de, dentre outras, o que segue:
 - (i) ajuda, quando solicitado, para criar uma sólida base legislativa, assim como programas técnicos, em particular programas de prevenção à iniciação, promoção da cessação do tabaco e proteção contra a exposição à fumaça do tabaco;
 - (ii) ajuda, quando aplicável, aos trabalhadores do setor do tabaco para desenvolver, de maneira economicamente viável, meios alternativos de subsistência, apropriados, que sejam economicamente e legalmente viáveis;
 - (iii) ajuda, quando aplicável, aos produtores agrícolas de tabaco para efetuar a substituição da produção para cultivos alternativos, de maneira economicamente viável;
- (c) apoiar programas de treinamento e sensibilização apropriados, para as pessoas pertinentes envolvidas, em conformidade com o Artigo 12;
- (d) fornecer, quando aplicável, material, equipamento e suprimentos necessários, assim como apoio logístico, para as estratégias, planos e programas de controle do tabaco;
- (e) identificar métodos de controle do tabaco, incluindo tratamento integral da dependência à nicotina; e
- (f) promover, quando aplicável, pesquisa para tornar economicamente mais acessível o tratamento integral à dependência da nicotina.

2. A Conferência das Partes promoverá e facilitará a transferência de conhecimento técnico, científico e jurídico especializado e de tecnologia, com apoio financeiro garantido, em conformidade ao Artigo 26.

PARTE VIII: MECANISMOS INSTITUCIONAIS E RECURSOS FINANCEIROS

Artigo 23

Conferência das Partes

1. A Conferência das Partes fica estabelecida por meio do presente artigo. A primeira sessão da Conferência será convocada pela Organização Mundial de Saúde, ao mais tardar, um ano

após a entrada em vigor da presente Convenção. A Conferência determinará em sua primeira sessão o local e a datas das sessões subseqüentes, que se realizarão regularmente.

2. Sessões extraordinárias da Conferência das Partes realizar-se-ão nas ocasiões em que a Conferência julgar necessário, ou mediante solicitação por escrito de alguma Parte, sempre que, no período de seis meses seguintes à data em que a Secretaria da Convenção tenha comunicado às Partes a solicitação e um terço das Partes apóiem aquela realização da sessão.

3. A Conferência das Partes adotará por consenso seu Regulamento Interno, em sua primeira sessão.

4. A Conferência das Partes adotará por consenso suas normas de gestão financeira, que também se aplicarão sobre o financiamento de qualquer órgão subsidiário que venha a ser estabelecido, bem como as disposições financeiras que regularão o funcionamento da Secretaria. A cada sessão ordinária, adotará um orçamento, para o exercício financeiro, até a próxima sessão ordinária.

5. A Conferência das Partes examinará regularmente a implementação da Convenção, tomará as decisões necessárias para promover sua aplicação eficaz e poderá adotar protocolos, anexos e emendas à Convenção, em conformidade com os Artigos 28, 29 e 33. Para tanto, a Conferência das Partes:

(a) promoverá e facilitará o intercâmbio de informação, em conformidade com os Artigos 20 e 21;

(b) promoverá e orientará o estabelecimento e aprimoramento periódico de metodologias comparáveis para pesquisa e coleta de dados, além daquelas previstas no Artigo 20, que sejam relevantes para a implementação da Convenção;

(c) promoverá, quando aplicável, o desenvolvimento, a implementação e a avaliação das estratégias, planos e programas, assim como das políticas, legislação e outras medidas;

(d) considerará os relatórios apresentados pelas Partes, em conformidade com o Artigo 21, e adotará relatórios regulares sobre a implementação da Convenção;

(e) promoverá e facilitará a mobilização de recursos financeiros para a implementação da Convenção, em conformidade com o Artigo 26;

(f) estabelecerá os órgãos subsidiários necessários para alcançar o objetivo da Convenção;

(g) requisitará, quando for o caso, os serviços, a cooperação e a informação, das organizações e órgãos das Nações Unidas, de outras organizações e órgãos intergovernamentais e não-governamentais internacionais e regionais competentes e pertinentes, como meio de fortalecer a aplicação da Convenção; e

(h) considerará outras medidas, quando aplicável, para alcançar o objetivo da Convenção, à luz da experiência adquirida em sua implementação.

6. A Conferência das Partes estabelecerá os critérios para a participação de observadores em suas sessões.

Artigo 24

Secretaria

1. A Conferência das Partes designará uma secretaria permanente e adotará disposições para seu funcionamento. A Conferência das Partes procurará fazer isso em sua primeira sessão.

2. Até o momento em que uma secretaria permanente seja designada e estabelecida, as funções da secretaria da presente Convenção serão desempenhadas pela Organização Mundial de Saúde.

3. As funções de secretaria serão as seguintes:

(a) adotar disposições para as sessões da Conferência das Partes e para qualquer de seus órgãos subsidiários e prestar a estes os serviços necessários;

(b) transmitir os relatórios recebidos, em conformidade com a presente Convenção;

(c) oferecer apoio às Partes, em especial às que sejam países em desenvolvimento ou tenham economias em transição, quando for solicitado, para a compilação e a transmissão das informações requeridas, em conformidade com as disposições da Convenção;

(d) preparar relatórios sobre suas atividades no âmbito da presente Convenção, em conformidade com as orientações da Conferência das Partes, e submetê-los à consideração da Conferência das Partes;

(e) garantir, sob orientação da Conferência das Partes, a coordenação necessária, com as organizações intergovernamentais internacionais e regionais e outros órgãos competentes;

(f) concluir, sob orientação da Conferência das Partes, arranjos administrativos ou contratuais que possam ser necessários para a execução eficaz de suas funções; e

(g) desempenhar outras funções de secretaria especificadas pela Convenção ou por seus protocolos e outras funções determinadas pela Conferência das Partes.

Artigo 25

Relação entre a Conferência das Partes e outras organizações intergovernamentais

Com a finalidade de fornecer cooperação técnica e financeira, para alcançar o objetivo da Convenção, a Conferência das Partes poderá solicitar a cooperação de organizações intergovernamentais internacionais e regionais competentes, inclusive das instituições de financiamento e de desenvolvimento.

Artigo 26

Recursos Financeiros

1. As Partes reconhecem o importante papel que têm os recursos financeiros para alcançar o objetivo da Convenção.
2. Cada Parte prestará apoio financeiro para suas atividades nacionais voltadas a alcançar o objetivo da Convenção, em conformidade com os planos, prioridades e programas nacionais.
3. As Partes promoverão, quando aplicável, a utilização de canais bilaterais, regionais, sub-regionais e outros canais multilaterais para financiar a elaboração e o fortalecimento de programas multisetoriais integrais de controle do tabaco, das Partes que sejam países em desenvolvimento ou que tenham economias em transição. Devem ser abordados e apoiados, portanto, no contexto de estratégias nacionais de desenvolvimento sustentável, alternativas economicamente viáveis à produção do tabaco, inclusive culturas alternativas.
4. As Partes representadas em organizações intergovernamentais regionais e internacionais e em instituições de financiamento e de desenvolvimento pertinentes incentivarão essas entidades a prestar assistência financeira às Partes, que sejam países em desenvolvimento ou que tenham economias em transição, para auxiliá-las no cumprimento de suas obrigações decorrentes da presente Convenção, sem limitar os direitos de participação naquelas organizações.
5. As Partes acordam o seguinte:
 - (a) com a finalidade de auxiliar as Partes no cumprimento das suas obrigações decorrentes da Convenção, devem ser mobilizados e utilizados, para o benefício de todas as Partes, e principalmente para os países em desenvolvimento ou com economias em transição, todos os recursos pertinentes, existentes ou potenciais, sejam eles financeiros, técnicos, ou de outra índole, tanto públicos quanto privados, que estejam disponíveis para atividades de controle do tabaco.
 - (b) a Secretaria informará as Partes, que sejam países em desenvolvimento ou que tenham economias em transição, quando for solicitado, sobre as fontes de financiamento disponíveis para facilitar a implementação de suas obrigações decorrentes da Convenção;

(c) A Conferência das Partes, em sua primeira sessão, examinará as fontes e mecanismos de assistência, potenciais e existentes, com base em estudo realizado pela Secretaria e em outras informações relevantes, e julgará sobre sua pertinência; e

(d) os resultados desse exame serão levados em conta pela Conferência das Partes ao determinar a necessidade de melhorar os mecanismos existentes ou ao estabelecer um fundo global de natureza voluntária ou outros mecanismos de financiamento, adequados a canalizar recursos financeiros adicionais, conforme necessário, às Partes que sejam países em desenvolvimento ou que tenham economias em transição, a fim de auxiliá-las a alcançar os objetivos da Convenção.

PARTE IX: SOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS

Artigo 27

Solução de Controvérsias

1. Na hipótese de surgir uma controvérsia entre duas ou mais Partes referente à interpretação ou aplicação da Convenção, as Partes envolvidas procurarão resolver a controvérsia por canais diplomáticos, por meio de negociação ou por alguma outra forma pacífica de sua escolha, como bons ofícios, mediação ou conciliação. O fato de não alcançar acordo mediante bons ofícios, mediação ou conciliação não eximirá as Partes na controvérsia da responsabilidade de continuar na busca de solução.

2. Ao ratificar, aceitar, aprovar ou confirmar oficialmente a Convenção, ou a ela aderir, ou em qualquer outro momento posterior, um Estado ou organização de integração econômica regional poderá declarar por escrito ao Depositário que, na hipótese de controvérsia não resolvida em conformidade com o parágrafo 1º do presente Artigo, aceita, como mandatária, a arbitragem *ad hoc*, em conformidade com os procedimentos que deverão ser adotados por consenso pela Conferência das Partes.

3. As disposições do presente Artigo aplicar-se-ão a todos os protocolos e às Partes nesses protocolos, salvo quando neles se dispuser o contrário.

PARTE X: DESENVOLVIMENTO DA CONVENÇÃO

Artigo 28

Emendas à presente Convenção

1. Qualquer Parte poderá propor emendas à presente Convenção. Essas emendas serão consideradas pela Conferência das Partes.
2. As emendas à Convenção serão adotadas pela Conferência das Partes. A Secretaria transmitirá às Partes o texto da proposta de emenda à Convenção, pelo menos seis meses antes da sessão proposta para sua adoção. A Secretaria também transmitirá as emendas propostas aos signatários da Convenção e, como informação, ao Depositário.
3. As Partes empenharão todos os esforços para alcançar um acordo por consenso sobre qualquer proposta de emenda à Convenção. Caso se esgotem todos os esforços para alcançar acordo por consenso, como último recurso, a emenda será adotada por maioria de três quartos das Partes presentes e votantes na sessão. Para os fins do presente Artigo, “Partes presentes e votantes” são aquelas Partes presentes e que votam a favor ou contra. A Secretaria comunicará toda emenda adotada ao Depositário, e esta a fará chegar às Partes da presente Convenção para aceitação.
4. Os instrumentos de aceitação das emendas serão entregues ao Depositário. As emendas adotadas em conformidade ao parágrafo 3º do presente artigo entrarão em vigor, para aquelas Partes que a aceitaram, no nonagésimo dia após a data de recebimento pelo Depositário do instrumento de aceitação de pelo menos dois terços das Partes da Convenção.
5. A emenda entrará em vigor para as demais Partes no nonagésimo dia após a data em que a Parte entregar ao Depositário o instrumento de aceitação da referida emenda.

Artigo 29

Adoção e emenda de anexos desta Convenção

1. Os anexos da Convenção e emendas à Convenção serão propostos, adotados e entrarão em vigor em conformidade com o procedimento estabelecido no Artigo 28.
2. Os anexos da Convenção serão parte integral dela e, salvo expressamente disposto em contrário, uma referência à Convenção constituirá simultaneamente uma referência a seus anexos.
3. Nos anexos somente serão incluídos: listas, formulários e qualquer outro material descritivo relacionado com questões de procedimento e aspecto científicos, técnicos ou administrativos.

PARTE XI: DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 30

Reservas

Não se poderão fazer reservas à presente Convenção.

Artigo 31

Denúncia

1. Em qualquer momento após um prazo de dois anos, a partir da data de entrada em vigor da Convenção para uma Parte, essa Parte poderá denunciar a Convenção, por meio de prévia notificação por escrito ao Depositário.
2. A denúncia terá efeito um ano após a data em que o Depositário receber a notificação de denúncia, ou em data posterior, conforme especificado na notificação de denúncia.
3. Considerar-se-á que a Parte que denunciar a Convenção também denuncia todo protocolo de que é Parte.

Artigo 32

Direito de Voto

1. Salvo o disposto no parágrafo 2º do presente artigo, cada Parte da Convenção terá um voto.
2. As organizações de integração econômica regional, nas questões de sua competência, exercerão seu direito de voto com um número de votos igual ao número de seus Estados Membros que sejam Partes da Convenção. Essas organizações não poderão exercer seu direito de voto se um de seus Estados Membros exercer esse direito, e vice-versa.

Artigo 33

Protocolos

1. Qualquer Parte pode propor protocolos. Essas propostas serão examinadas pela Conferência das Partes.
2. A Conferência das Partes poderá adotar os protocolos da presente Convenção. Ao adotá-los, todos os esforços deverão ser empreendidos para alcançar consenso. Caso se esgotem todos aqueles esforços para alcançar acordo por consenso, como último recurso, o protocolo será adotado por maioria de três quartos dos votos das Partes presentes e votantes na sessão. Para os fins do presente Artigo, “Partes presentes e votantes” são aquelas Partes presentes e que votam a favor ou contra.
3. O texto de qualquer protocolo proposto será transmitido às Partes pela Secretaria, pelo menos seis meses antes da sessão proposta para sua adoção.

4. Somente as Partes da Convenção podem ser partes de um protocolo da Convenção.
5. Qualquer protocolo da Convenção será vinculante apenas para as partes do protocolo em questão. Somente as Partes de um protocolo poderão tomar decisões sobre questões exclusivamente relacionadas ao protocolo em questão.
6. Os requisitos para a entrada em vigor do protocolo serão estabelecidos por aquele instrumento.

Artigo 34

Assinatura

A presente Convenção estará aberta à assinatura de todos os Membros da Organização Mundial de Saúde, de todo Estado que não seja Membro da Organização Mundial de Saúde, mas que sejam membros das Nações Unidas, bem como de organizações de integração econômica regional, na sede da Organização Mundial da Saúde, em Genebra, de 16 de junho de 2003 a 22 de junho de 2003 e, posteriormente, na Sede das Nações Unidas, em Nova Iorque, de 30 de junho de 2003 a 29 de junho de 2004.

Artigo 35

Ratificação, aceitação, aprovação, confirmação oficial ou adesão

1. A presente Convenção estará sujeita a ratificação, aceitação, aprovação ou adesão dos Estados, e a confirmação oficial ou adesão das organizações de integração econômica regional. A Convenção estará aberta a adesões a partir do dia seguinte à data em que ela ficar fechada à assinatura. Os instrumentos de ratificação, aceitação, aprovação, confirmação oficial ou adesão serão entregues ao Depositário.
2. As organizações de integração econômica regional que se tornem Partes da presente Convenção, sem que nenhum de seus Estados Membros o seja, ficarão sujeitas a todas as obrigações resultantes da Convenção. No caso das organizações que tenham um ou mais Estados Membros como Parte na Convenção, a organização e seus Estados Membros determinarão suas respectivas responsabilidades pelo cumprimento das obrigações resultantes da presente Convenção. Nesses casos, a organização e os Estados Membros não poderão exercer simultaneamente direitos conferidos pela presente Convenção.
3. As organizações de integração econômica regional expressarão, em seus instrumentos de confirmação oficial ou de adesão, o alcance de sua competência com respeito às questões regidas pela Convenção. Essas organizações, ademais, comunicarão ao Depositário toda

modificação substancial no alcance de sua competência, e o Depositário as comunicará, por sua vez, a todas as Partes.

Artigo 36

Entrada em vigor

1. A presente Convenção entrará em vigor no nonagésimo dia após a data da entrega ao Depositário do quadragésimo instrumento de ratificação, aceitação, aprovação, confirmação oficial ou adesão.
2. Para cada Estado que ratifique, aceite, aprove ou adira à Convenção, após terem sido reunidas as condições para a entrada em vigor da Convenção descritas no parágrafo 1º acima, a Convenção entrará em vigor no nonagésimo dia após a data de entrega ao Depositário do instrumento de ratificação, aceitação, aprovação ou adesão.
3. Para cada organização de integração econômica regional que entregue ao Depositário instrumento de confirmação oficial ou de adesão à Convenção, após terem sido reunidas as condições para a entrada em vigor da Convenção descritas no parágrafo 1º acima, a Convenção entrará em vigor no nonagésimo dia após a data de entrega ao Depositário do instrumento de confirmação oficial ou de adesão.
4. Para os fins do presente artigo, os instrumentos depositados por organização de integração econômica regional não devem ser considerados adicionais aos depositados por Estados-Membros dessa organização.

Artigo 37

Depositário

O Secretário-Geral das Nações Unidas será o Depositário da presente Convenção, de suas emendas e de seus protocolos e de seus anexos adotados em conformidade com os Artigos 28, 29 e 33.

Artigo 38

Textos Autênticos

O original da presente Convenção, cujos textos em árabe, chinês, inglês, francês, russo e espanhol são igualmente autênticos, deve ser depositado junto ao Secretário-Geral das Nações Unidas.

EM FÉ DO QUE, os abaixo assinados, devidamente autorizados para esse fim, firmam esta Convenção. FEITO em GENEBRA aos [dia do mês] de dois mil e três.

**GERÊNCIA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER
CENTROS DE REFERÊNCIA NO TRATAMENTO DE TABAGISMO**

O paciente declara, para todos os efeitos, que foi informado sobre os benefícios, contra-indicações, potenciais efeitos colaterais, riscos e advertência relativos ao uso dos medicamentos preconizados para o tratamento de dependência física à nicotina. Está ciente de que pode suspender este tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique em qualquer forma de constrangimento entre ele e seu médico, que se dispõe a continuar tratando-o em quaisquer circunstâncias.

Assim, o paciente faz sua adesão ao tratamento de forma livre, por espontânea vontade e por decisão conjunta dele e seu médico.

Paciente: _____

Responsável legal (quando for o caso): _____

Sexo do paciente: () Masculino () Feminino Idade do paciente: _____

RG (do paciente ou responsável legal): _____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Tel.: () _____

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável
(quando for o caso)

Médico Responsável: _____ CRM: _____

Endereço do Consultório: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Tel.: () _____

Assinatura e Carimbo do Médico

Obs.:

1 – O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento.

2 – Uma via deste Termo ficará arquivada na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos e outra no Prontuário do paciente.

**PROGRAMA NACIONAL
DE CONTROLE DO TABAGISMO
Abordagem e Tratamento do Tabagismo**

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO
Abordagem e Tratamento do Tabagismo

I- Identificação do Paciente

Nome: _____

Nº do prontuário: _____ Sexo: Masculino Feminino

II- História Patológica Progressiva

1. Você tem ou teve frequentemente aftas, lesões (feridas), e/ou sangramento na boca?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

2. Você tem diabetes mellitus?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

3. Você tem hipertensão arterial?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

4. Você tem ou teve algum problema cardíaco?

Sim Não Se sim, qual? _____ Está em tratamento? Sim Não

5. Você tem ou teve frequentemente queimação, azia, dor no estômago ou úlcera ou gastrite?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

6. Você tem ou teve algum problema pulmonar?

Sim Não Se sim, qual? _____ Está em tratamento? Sim Não

7. Você tem alergia respiratória?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

8. Você tem alergias cutâneas?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

9. Você tem ou teve alguma lesão ou tumor maligno?

Sim Não Onde? _____ Está em tratamento? Sim Não

10. Você tem ou teve crise convulsiva, convulsão febril na infância ou epilepsia?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

11. Você tem anorexia nervosa ou bulimia?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

12. Você costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

13. Você faz ou já fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?

Sim Não Está em tratamento? Sim Não

Caso tenha respondido sim para as duas questões anteriores (12 e 13), fazer as perguntas sobre depressão

14. Você costuma ingerir bebidas alcoólicas com que frequência?

Nunca Todos os dias Finais de semana Raramente

15. Você tem ou teve algum outro problema de saúde sério que não foi citado? Qual?

R: _____

16. Algum medicamento em uso atual?

Sim Não Qual? _____

17. Tem prótese dentária móvel?

Sim Não

Se for do sexo feminino:

18. Está grávida?

Sim Não Quantos meses: _____

19. Está amamentando?

Sim Não

a. Já fez uso de alguma medicação, mesmo que não prescrita por médico, para dormir ou se acalmar?

Sim Não Se sim, qual? _____

b. No último mês você sentiu:

b.1 Tristeza Perda de interesse e prazer Energia reduzida ou grande cansaço

b.2 Concentração e atenção reduzidas Auto-estima e auto-confiança reduzida
 Sentimento de culpa e inutilidade Pessimista ou deslocado
 Idéias ou atitudes auto-lesivas ou de suicídio Sono alterado
 Apetite diminuído Inquietação

c. Há história de transtorno psiquiátrico na família?

Sim Não Quem? _____ Que tipo? _____

d. O paciente apresentou durante a consulta:

Agitação Pensamento e fala lentificados ou acelerados
 Falta de concentração Nenhuma alteração

Para avaliação do grau de depressão, queira considerar as respostas assinaladas nas letras b.1 e b.2 das perguntas acima

Depressão leve - Dois sintomas b.1 e dois sintomas b.2. Além disso, o paciente apresenta dificuldade com o trabalho do dia-a-dia e atividades sociais, mas não interrompe as funções.

Depressão moderada - Dois sintomas b.1 e três sintomas b.2. Além disso, o paciente apresenta dificuldade considerável em continuar com atividades sociais laboráveis ou domésticas.

Depressão grave - Critério de dependência moderada, mais angústia ou agitação considerável. Perda de auto-estima, Sentimento de inutilidade ou culpa e suicídio é um perigo marcante.

a. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

Sim Não

b. As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

Sim Não

c. Você se sente culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?

Sim Não

d. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

Sim Não

Três ou quatro respostas positivas no CAGE mostram uma tendência importante para o alcoolismo.

III- História Tabagística

1. Com quantos anos você começou a fumar?

R: _____ Anos

2. Em quais das situações o cigarro está associado a seu dia-a-dia? (pode escolher várias)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ao falar no telefone | <input type="checkbox"/> Após refeições | <input type="checkbox"/> Com bebidas alcoólicas |
| <input type="checkbox"/> Com café | <input type="checkbox"/> No trabalho | <input type="checkbox"/> Ansiedade |
| <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Alegria | <input type="checkbox"/> Nenhum |
| <input type="checkbox"/> Outros _____ | | |

3. Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para você fumar?

	Sim	Não	Às vezes
- Fumar é um grande prazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fumar é muito saboroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- O cigarro te acalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Acha charmoso fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Você fuma porque acha que fumar emagrece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Quantas vezes você tentou parar de fumar?

- De 1 a 3 vezes
 + de 3 vezes
 Tentou mas não conseguiu parar (seguir para pergunta 7)
 Nunca tentou (seguir para pergunta 9)

5. Quantas vezes você ficou sem fumar por pelo menos 1 dia?

1 vez 2 vezes 3 vezes + de 3 vezes

6. Quais foram os motivos que levaram você a voltar a fumar?

R: _____

7. Alguma vez na vida você utilizou algum recurso para deixar de fumar?

- Nenhum Medicamento. Qual? _____
 Apoio de profissional de saúde Leitura de orientações em folhetos, revistas, jornais entre outros
 Outros _____

8. Você já participou de algum grupo de apoio para abordagem e tratamento do tabagismo nessa unidade?
 Sim Não

9. Por que você quer deixar de fumar agora? (pode escolher várias alternativas)

<input type="checkbox"/> Porque esta afetando a minha saúde	<input type="checkbox"/> Porque não gosto de ser dependente
<input type="checkbox"/> Outra pessoas estão me pressionando	<input type="checkbox"/> Fumar é anti-social
<input type="checkbox"/> Pelo bem-estar da minha família	<input type="checkbox"/> Porque gasto muito dinheiro com cigarro
<input type="checkbox"/> Eu estou preocupado com minha saúde no futuro	<input type="checkbox"/> Fumar é um mal exemplo para as crianças
<input type="checkbox"/> Porque meus filhos pedem	<input type="checkbox"/> Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados

10. Você convive com fumantes na sua casa?
 Sim, qual o grau de parentesco? _____ Não

11. Você se preocupa em ganhar peso ao deixar de fumar?
 Sim Não

IV- Teste de Fagerström

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
 Dentro de 5 minutos (3) Entre 6 e 30 minutos (2) Entre 31 e 60 minutos (1) Após 60 minutos (0)

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas e etc?
 Sim (1) Não (0)

3. Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?
 O primeiro da manhã (1) Outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?
 Menos de 10 (0) De 11 a 20 (1) De 21 a 30 (2) Mais de 31 (3)

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?
 Sim (1) Não (0)

6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
 Sim (1) Não (0)

Grau de dependência	
0-2 = muito baixo	6-7 = elevado
3-4 = baixo	8-10 = muito elevado
5 = médio	

V- Avaliação do grau de motivação
 Contemplativo - motivado a parar, porém sem data estipulada nos próximos dias
 Ação - já tem data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês
 Recaído - retornou ao consumo habitual de cigarros

VI- Exame físico
Peso: _____ Altura: _____ PA: _____ ACV: _____ AR: _____ Abd: _____

VII- Monóxido de carbono
CO: _____ HbCO: _____ Há quanto tempo fumou o último cigarro _____
Hora do exame: _____ : _____

VII- Observações

Data ____ / ____ / ____