

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

CMG (Md) JOSÉ PIQUEIRA TAVARES DA SILVA JUNIOR

OTIMIZAÇÃO DAS AÇÕES CONTRA O TABAGISMO NA MARINHA DO  
BRASIL

Rio de Janeiro

2013

CMG (Md) JOSÉ PIQUEIRA TAVARES DA SILVA JUNIOR

OTIMIZAÇÃO DAS AÇÕES CONTRA O TABAGISMO NA MARINHA DO  
BRASIL

Projeto de pesquisa apresentado à Escola de Guerra Naval, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Política e Estratégia Marítimas.

Orientador: CMG (RM1-Md) Wilson Alves Pariz

Rio de Janeiro  
Escola de Guerra Naval  
2013

Aos meus saudosos pais, José e Berenice, que  
representam os meus melhores exemplos de vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, aos meus pais, José e Berenice, pelo amor incondicional com que me criaram.

À minha esposa Lina e aos meus filhos, Leonardo e Gabriel, maiores incentivos da minha caminhada, pelo apoio e compreensão diários.

Aos meus professores e mestres por terem partilhado comigo os seus conhecimentos.

Aos meus chefes pela amizade, segurança, incentivo e oportunidades que me concederam ao longo da minha carreira.

Aos meus colegas e amigos do Hospital Naval Marcílio Dias pelos inúmeros anos de convívio salutar que dividimos.

Aos meus irmãos, demais parentes e amigos por compreenderem meus diversos períodos de afastamentos.

Aos meus pacientes que foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional.

A todos que contribuíram com informações e orientações usadas na elaboração desta monografia.

Por fim e sempre, a Deus pela vida e por ter me permitido o convívio com todos anteriormente mencionados.

“Os vícios: é mais fácil desarraigá-los do que refreá-los”.

Sêneca

## RESUMO

O uso do tabaco pelo homem ocorre desde tempos imemoriáveis. Logo após o descobrimento da América, este hábito foi difundido pela Europa, e posteriormente, por todo o resto do mundo. A partir de 1950, e principalmente após os anos 70, diversos efeitos nocivos do tabagismo foram comprovados cientificamente, fazendo surgir uma consciência da necessidade de se desenvolver ações de controle ao uso do tabaco. Apesar disto, ainda hoje, o hábito de fumar está arraigado na sociedade e o número de usuários de tabaco no Brasil e no mundo é inaceitável. Por intermédio de suas Diretorias de Saúde e de Assistência Social, a Marinha do Brasil desenvolve ações internas que visam combater esse mal. Através de entrevistas, verificação documental e revisão bibliográfica, este estudo verificou que essas ações são realizadas apenas de maneira pontual e com baixa abrangência. Assim sendo, foram elaboradas, entre outras, sugestões como: a criação de um Programa de Saúde exclusivo para o controle do tabagismo; a qualificação de um número maior de profissionais das Diretorias de Saúde e de Assistência Social para atuarem nesse programa; o estabelecimento de parcerias com o Ministério da Saúde para viabilizar a distribuição gratuita de medicação usada para cessação do tabagismo ao pessoal de Marinha e o atendimento de fumantes que convivam com algum membro da família naval, mas que não sejam usuários do Sistema de Saúde da Marinha.

Palavras-chave: Tabaco; Nicotina; Programa de Saúde; Marinha do Brasil; Brasil.

## **ABSTRACT**

Tobacco use by man occurs since immemorial time. Soon after the discovery of America, this habit was widespread throughout Europe, and later, throughout the rest of the world. Since 1950, and especially after the '70s, many harmful effects of smoking have been proving scientifically, bringing up an awareness of the need to develop actions to control tobacco use. However, even today, the habit of smoking cigarettes is rooted in society and the number of tobacco users in Brazil and abroad is unacceptable. Through its Boards of Health and Social Assistance, Brazilian Navy develops internal actions to combat this evil. By means of interviews, inspection of documents and bibliographic review, this study found that these actions are performed only in specific manners and with small coverage. The following suggestions, among others, were prepared: the creation of a Health Program exclusively for smoking control, qualification of a greater number of professionals of the Boards of Health and Social Assistance to act in this program and the establishment of partnerships with the Ministry of Health to facilitate the free distribution of medications used for smoking cessation to Navy personnel and to care of smokers, who are not users of Health System of Navy, but coexisting with any member of Navy family.

**Keywords:** Tobacco, Nicotine, Health Program, Brazilian Navy, Brazil.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIFUMO	– Associação Brasileira da Indústria do Fumo
AFUBRA	– Associação dos Fumicultores do Brasil
BAT	– <i>British-American Tobacco</i>
CEDEQ	– Centro de Dependência Química
CFO	– Curso de Formação de Oficiais
CMAM	– Centro Médico Assistencial da Marinha
CPMM	– Centro de Perícias Médicas da Marinha
CQCT	– Convenção-Quadro para o Controle do tabaco
DASM	– Diretoria de Assistência Social da Marinha
DGPM	– Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha
DN	– Distrito Naval
DPOC	– Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSM	– Diretoria de Saúde da Marinha
EUA	– Estados Unidos da América
GTSS	– <i>Global Tobacco Surveillance System</i>
HCM	– Hospital Central da Marinha
HNMD	– Hospital Naval Marcílio Dias
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	– Instituto Nacional de Câncer
MS	– Ministério da Saúde
N-CEDEQ	– Núcleos do Centro de Tratamento da Dependência Química
OM	– Organização Militar
OMFM	– Organização Militar com Facilidades Médicas
OMH	– Organização Militar Hospitalar
OMS	– Organização Mundial de Saúde
OPAS	– Organização Pan-Americana da Saúde
PETAB	– Perfil Especial de Tabagismo
PETUNI	– Perfil do Tabagismo entre Estudantes Universitários no Brasil
PNCT	– Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PSM	– Programas de Saúde da Marinha
PTA	– Poluição Tabágica Ambiental
SAIPM	– Serviço de Assistência Integrada ao Pessoal da Marinha
SEDIME	– Setor de Distribuição de Medicamento
SISPERFIL	– Sistema de Pesquisa do Perfil Socioeconômico e Cultural da Família Naval
SSM	– Sistema de Saúde da Marinha
SUS	– Sistema Único de Saúde
TRN	– Terapia de Reposição Nicotínica
UISM	– Unidade Integrada de Saúde Mental da Marinha
VIGESCOLA	– Vigilância de Tabagismo em Escolares
WHO	– <i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 TABACO</b> .....	14
2.1 Dados históricos .....	14
2.2 Composição química .....	19
2.3 Formas de uso .....	21
<b>3 A INDÚSTRIA TABAQUEIRA</b> .....	25
3.1 Mercado mundial .....	25
3.2 Mercado nacional .....	29
3.2 Do discurso ideológico da indústria do tabaco .....	31
<b>4 TABAGISMO</b> .....	35
4.1 Conceitos, incidência e impacto econômico.....	35
4.2 Doenças tabaco-relacionadas .....	38
4.3 Avaliação e Tratamento do Fumante .....	41
4.3.1 Abordagem cognitivo-comportamental .....	45
4.3.2 Apoio medicamentoso .....	49
<b>5 AÇÕES DE CONTROLE DO TABAGISMO</b> .....	52
5.1 No Mundo e no Brasil .....	52
5.2 Na Marinha .....	56
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	65
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	67
<b>APÊNDICE</b> .....	72

## 1 INTRODUÇÃO

Consta, em registros históricos, que, por ocasião do descobrimento da América, o fumo já era usado em cerimônias religiosas de diversas sociedades indígenas do Novo Continente. Tripulantes da Esquadra de Colombo, ao retornarem à Espanha, levaram consigo o tabaco, onde passou a ser cultivado, inicialmente, apenas por curiosos e em pequena escala. Posteriormente, o hábito de fumar se espalhou por Portugal, França, Inglaterra e Itália, até atingir toda a Europa e o restante do mundo, representando ainda hoje, um dos maiores exemplos de transculturação. Até o fim do século XVI, diversas propriedades medicinais foram atribuídas ao tabaco, fato que muito contribuiu para a espantosa velocidade da sua propagação. O comércio do fumo se transformou numa atividade bastante lucrativa, fato que garantiu a sua contínua expansão, mesmo quando as propriedades curativas do tabaco já haviam sido descartadas (ROSEMBERG, 2002).

Com a industrialização da produção de cigarros, charutos, cigarrilhas e cachimbos, o número de fumantes no mundo cresceu exponencialmente. As indústrias de cigarros britânicas e estadunidenses se consolidaram internacionalmente, já desde o final do século XIX. Entre 1904 e 1947, as indústrias de tabaco dos Estados Unidos da América (EUA) cresceram tanto ou mais velozmente quanto as automobilísticas, impulsionadas pelo lançamento de marcas populares de cigarros no mercado. O primeiro grande pico de crescimento do tabagismo ocorreu após a Primeira Guerra Mundial. Na época, o consumo de cigarro passou a ser um hábito comum entre os homens. Após a Segunda Guerra Mundial, associado à ardilosa estratégia publicitária da indústria do tabaco, que vinculou a imagem de fumar a personalidades identificadas como exemplos de sucesso financeiro, pessoal e profissional, o tabagismo se expandiu significativamente, passando a ser difundido também

entre as mulheres (ROSEMBERG, 2003; BOEIRA, 2003).

A visão positiva do ato de fumar, que desconsiderava os malefícios deste hábito, prolongou-se praticamente sem contestações impactantes até 1950, quando foi publicado o primeiro estudo controlado a demonstrar a ligação entre o uso de cigarros e o desenvolvimento de câncer de pulmão, de autoria dos britânicos Richard Doll e Austin Bradford Hill. Porém, passaram-se muitos anos até que parcela significativa da população mundial e governos fossem convencidos dos malefícios do tabaco na gênese do câncer de pulmão (ZAMBONI, 2005). Na passagem da primeira para segunda metade do século XX, ante a maior divulgação dos danos à saúde provocados pelo cigarro, leis restritivas começaram a surgir, o que provocou uma mudança no ambiente institucional das grandes corporações do setor. Surgiram então os cigarros com filtro e os chamados cigarros “*light*”, assim denominados por possuírem menor teor de alcatrão e nicotina. Esses produtos foram anunciados como se oferecessem menor risco aos seus usuários, entretanto, estudos científicos realizados posteriormente, concluíram que isto não era verdadeiro. Nos anos 80, não existiam mais dúvidas da relação existente entre o tabagismo ativo e diversas doenças, principalmente as respiratórias, neoplásicas e cardiovasculares. (ROSEMBERG, 2002). Em 1983, uma fumante americana, Rose Cipollone, processou judicialmente três fabricantes de cigarro, sob a alegação de que as mesmas haviam contribuído para o fato dela ter desenvolvido um câncer de pulmão (BRANDT, 2007).

Visando aumentar a conscientização da população para o grave problema de saúde pública que o tabagismo representa, surgiram campanhas mundiais e nacionais, como a criação do dia Mundial Sem Tabaco (1987) e o Dia Nacional de Combate ao Fumo (1986), comemorados respectivamente, em 31 de maio e 29 de agosto. No final da década de 80, foi criado no Brasil, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), a fim de permitir a coleta de dados de maior abrangência nacional sobre o uso do tabaco e a realização de novos

estudos científicos sobre o tema, objetivando diminuir a prevalência do tabagismo e da sua morbimortalidade (INCA, 2011a).

Embora, desde 1950, o consumo do tabaco já fosse considerado um agente causal de diversas patologias, somente em 1992, passou a ser reconhecido como uma doença que resulta da dependência de nicotina. Nesse ano, o tabagismo foi incluído pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, conforme consta na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças. Após 1993, ficou comprovado cientificamente, que a fumaça do cigarro também causa danos à saúde de não fumantes expostos à mesma em ambientes fechados<sup>1</sup>, surgindo, então, o conceito de tabagismo passivo (ROSEMBERG, 2003).

Ao final do século XX, campanhas mundiais mais abrangentes de combate ao uso de derivados do tabaco provocaram uma mudança cultural, que ocasionou uma menor aceitação social do tabagismo. Isto fez com que governos de alguns países exportadores e importadores de fumo estabelecessem medidas restritivas à indústria do tabaco, tais como: elevação da tributação fiscal, maior rigor cambial e criação de limitações legais a subsídios, à propaganda e à comercialização desses produtos. Frente às novas e conflituosas relações com um número cada vez maior de antitabagistas, empresários do setor do fumo se uniram em organizações, buscando o apoio de terceiros (por exemplo, os plantadores de tabaco) numa estratégia para atuarem como *stakeholders*<sup>2</sup> na defesa de seus interesses comuns e poderem influenciar outros setores da sociedade, como associações comerciais e industriais, a mídia e representantes de órgãos dos poderes legislativo, executivo e judiciário (BUAINAIN *et al*, 2009).

---

<sup>1</sup> Áreas cobertas com paredes laterais, podendo ter ou não janelas. INCA, 2011a, p. 191.

<sup>2</sup> Pessoa, grupo ou organização que tenha interesse, ou seja, capaz de influenciar ou interferir na gestão e nos resultados de uma organização. Nota do Autor.

Atualmente, o tabagismo, além de ser considerado um dos fatores de risco mais importantes para as Doenças e Agravos Não Transmissíveis, também é reconhecido como uma doença epidêmica, com prevalência superior a 1,2 bilhões de pessoas no mundo, responsável por mais de cinco milhões de óbitos anuais (OMS, 2008). Numa estimativa mundial, calcula-se a existência de aproximadamente dois bilhões de fumantes passivos, dos quais 700 milhões são crianças (ROSEMBERG, 2003). No Brasil, em 2008, a prevalência estimada de fumantes na população de 15 anos ou mais foi de 17,2%, correspondendo a quase 24,6 milhões de fumantes (INCA, 2011a). O número de óbitos anuais relacionados ao tabagismo no Brasil é da ordem de 200 mil (INCA, 2008).

As Diretorias de Saúde da Marinha (DSM) e de Assistência Social da Marinha (DASM) desenvolvem atividades visando à redução do tabagismo entre os integrantes da família naval. Desde 2000, sob a coordenação do Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM), a DSM instituiu os Programas de Saúde da Marinha (PSM), como o Programa de Saúde Mental, responsável pela orientação e ações de controle da questão da dependência química, incluindo a provocada pelo uso do tabaco (BRASIL, 2009a; 2012a; 2011b).

No presente estudo, foi observado que, decorrido mais de uma década desde a criação dos PSM, ainda são poucos os dados coletados sobre o uso do fumo pelo pessoal da Marinha, assim como, os registros dos resultados obtidos com as ações de controle executadas. Nesse contexto, foram elaboradas sugestões de reestruturação e otimização das ações de combate ao tabagismo na MB, objetivando alcançar uma maior conscientização dos usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) sobre os malefícios do tabagismo, aumentando a detecção e adesão ao tratamento dos consumidores de produtos do tabaco, visando melhorar a higidez do pessoal da Marinha e reduzindo os seus gastos com assistência à saúde, assim como os impactos financeiros negativos da perda de produção por morte e aposentadoria precoces ou adoecimento.

## 2 O TABACO

O tabaco ou fumo é um gênero de plantas solanáceas que apresenta muitas variedades. A espécie *Nicotiana tabacum* representa hoje a principal fonte do tabaco fumado e a única espécie cultivada nos EUA (SILVA, 2004), devido a sua suavidade e aroma delicado. Entre outros, também são exemplos de espécies do tabaco: a *Nicotiana rustica*, mais forte e de paladar menos agradável, a *Nicotiana glutinosa* e a *Nicotiana penicilata* (ROSEMBERG, 2003).

### 2.1 Dados históricos

Embora algumas plantas de outros continentes possuam pequenas quantidades de nicotina e alguns metabólitos desta substância tenham sido encontrados em restos humanos e objetos remotos da África e Oriente Médio, não existe nenhuma indicação convincente de que o uso habitual do tabaco ocorreu na Antiguidade em outro lugar além da América. Por esse motivo, a grande maioria dos historiadores admite que o tabaco seja de origem americana (ROSEMBERG, 2003).

Há muitas gerações, índios norte-americanos da tribo Huron contam uma lenda sobre a origem do tabaco, segundo a qual, numa época de fome, quando a terra havia se tornado infértil, o Grande Espírito teria enviado uma jovem nua para restaurar o solo e salvar a humanidade. Segundo essa lenda, onde a moça tocou a terra com a mão direita, nasceram batatas; onde a terra foi tocada com a mão esquerda, brotou o milho; e, no local onde a jovem se sentou para descansar, nasceu o tabaco. Há duas interpretações para esta estória, uma que considera o tabaco uma dádiva, assim como as batatas e o milho, porém, destinada a alimentar a mente do homem; já a outra interpretação ressalta que o tabaco resultou do contato do

traseiro da moça com o solo, e que desta forma, serviria para alertar a humanidade de que as benesses da comida trouxeram consigo o seu preço (BORIO, 2011).

Acredita-se que o cultivo da planta e o uso do tabaco se iniciaram nos vales orientais dos Andes da Bolívia, há quatro mil anos, quando era usado de seis formas diferentes: comido, bebido, mascado, chupado, aspirado e fumado. Ao longo do tempo, através da migração de índios, diversos povos indígenas da América passaram também a cultivar o tabaco, utilizando-o em cerimoniais religiosos, por acreditarem que a inalação da fumaça os aproximava dos deuses. Naquela época, o fumo era usado num objeto que lembram os cachimbos atuais ou no formato de um cigarro simples, feito com folhas de tabaco secas e enroladas (BONATO, 2007).

Registros históricos confirmam que quando o genovês Cristóvão Colombo, financiado pelos reis católicos espanhóis Isabel de Castela e Fernando de Aragão, descobriu a América, em 1492, diversas culturas indígenas, espalhadas ao longo deste continente, vivenciavam rituais religiosos semelhantes, nos quais a fumaça do tabaco era aspirada. Tripulantes da frota de Colombo, entre eles Don Rodrigo de Jerez, ao retornarem à Espanha, levaram notícias sobre o fumo e algumas mudas e sementes de tabaco, sendo considerados os primeiros a introduzirem este produto na Europa. A primeira referência impressa sobre o tabaco é atribuída a Don Gonzalo Fernández de Oviedo y Valdes, em sua obra *De la natural Historia de las Indias*, publicada em Toledo em 1526 (ROSEMBERG, 2003; BIBLIOTECA DIGITAL MUNIDAL, 2012). Há relatos de que Don Rodrigo de Jerez, após regressar à Sevilha, prosseguiu com o hábito de fumar, o que motivou sua condenação, em 1501, pelo Tribunal da Santa Inquisição, a sete anos de prisão, sob a acusação de heresia, já que aquele Tribunal concluiu que somente Satanás poderia dar ao homem o poder de expelir fumaça pela boca. Poucos anos depois, esta rejeição inicial ao fumo veio a desaparecer, tanto que, por volta de 1530, o fumo de rolo, precursor do charuto, já havia se tornado bastante popular nas

classes mais baixas da Espanha (BORIO, 2011).

O tabaco chegou a Portugal trazido do Brasil por marinheiros, colonizadores e missionários, inicialmente, em pequenas quantidades, visto que as primeiras lavouras tabaqueiras brasileiras se destinavam apenas ao consumo interno (BONATO, 2007). O donatário português Luís de Góes foi o responsável pela primeira grande leva de tabaco a Portugal, no ano de 1542. O vegetal foi plantado nos jardins da Infanta Dona Maria e as descrições sobre o poder curativo da planta trazida da colônia passaram a ser cada vez mais frequentes. Por volta de 1560, o embaixador francês Jean Nicot tendo feito uso desta erva em Lisboa, acreditando que a mesma tivesse variadas propriedades medicinais, enviou-a para rainha regente da França, Catarina de Medicis, mãe do rei Francisco II, daí ter recebido a denominação de “erva da rainha”. Há controvérsias se a erva foi enviada para França a fim de aliviar uma enxaqueca crônica da rainha ou de seu filho, o rei da França (BORIO, 2011). Segundo alguns pesquisadores, o tabaco foi introduzido na França pelo frade franciscano André Thevet, quando este regressou do Brasil em 1555, trazendo consigo esta erva e cultivou-a no jardim de seu mosteiro. Passados quase 200 anos, em 1737, o botânico sueco Carlos Lineu deu ao tabaco cultivado o seu atual nome científico, *Nicotiana tabacum*, em homenagem a Jean Nicot. A denominação “tabaco” deriva do nome antigo dado ao tubo que os índios usavam para fumar a erva durante seus rituais religiosos (ROSEMBERG, 2003).

Do mesmo modo que ocorreu na Espanha e em Portugal, o tabaco pode ter sido introduzido na Inglaterra por marinheiros britânicos, porém, atribui-se ao Sir John Hawkins a introdução do produto em território inglês, no ano de 1556 (BORIO, 2011). Em 1607, a colônia britânica Virgínia recebeu o primeiro assentamento britânico permanente no continente norte-americano, porém o local se mostrou inóspito, com oportunidades limitadas para a caça, pequeno espaço para a agricultura e com pouca reserva de água potável. A partir de 1612, com a introdução do cultivo do tabaco, essa região veio a progredir muito, ganhando

destaque na produção da erva. A Inglaterra, juntamente com a Espanha, Portugal e França, transformou-se numa das principais responsáveis pela expansão do fumo por toda a Europa e demais continentes do velho mundo. O uso do tabaco ficou tão difundido na Itália, que passou a ser consumido, inclusive, por clérigos, a ponto de ter recebido a denominação de “erva santa”. O consumo exagerado do fumo, até mesmo dentro das igrejas e durante cerimônias religiosas, fez com que o Papa Urbano VIII editasse uma bula condenando os fumantes à excomunhão, a qual constitui, talvez, a primeira legislação contra o tabagismo (BONATO, 2007; ROSEMBERG, 2003).

A história do tabaco no Brasil começa muito antes de Pedro Alvarez Cabral e sua frota fundarem em águas baianas. Em terras brasileiras, o fumo já era cultivado e utilizado largamente pelas tribos indígenas, dentre as quais se destacava a Tupinambá. Até a última década do século XVI, os colonos portugueses obtiveram a erva pelo escambo, sistema de trocas que beneficiavam muito mais os colonizadores que os índios, até então, os únicos produtores. Porém como estes começaram a nem sempre se mostrar dispostos a colaborar, surgiram as primeiras lavouras de tabaco controladas pelos colonizadores, que ocupavam áreas reduzidas, pois o cultivo da erva era realizado apenas para o seu próprio consumo. Posteriormente, com a expansão do povoamento, a produção de fumo se espalhou por quase todo território brasileiro ocupado. Como crescia a procura pelo tabaco na Europa, em pouco tempo, apareceram pessoas interessadas em comprar o excedente local, fazendo surgir uma produção mercantil de exportação. Durante a ocupação holandesa em Pernambuco, na primeira metade do século XVII, o tabaco produzido naquela capitania representou importante papel comercial nas transações efetuadas pela Companhia das Índias Ocidentais. Após a expulsão dos holandeses, o monopólio da metrópole portuguesa ficou garantido com a criação da Junta de Administração do Tabaco, em 1674. As excelentes condições do litoral baiano contribuíram significativamente para que a Bahia se transformasse na principal

produtora nacional de tabaco, posição que ocupou até o ano 1950 (BUAINAIN *et al*, 2009).

Durante a colonização, o comércio do fumo brasileiro era feito basicamente com cinco mercados: Europa (representava 60% das exportações); África (Costa da Mina, atual Golfo da Guiné), nutrindo o tráfico de escravos, que vieram trabalhar nas lavouras de cana-de-açúcar e minas de ouro; países do rio da Prata (Uruguai e Argentina); Índia (com volume insignificante) e o mercado interno, que absorvia em torno de 10% da produção, que girou em torno de 3.750 t no final do século XVII (NARDI, 1985).

O auge do comércio do fumo no Brasil Colônia ocorreu nos fins do século XVIII, quando a produção se concentrava na Bahia e era comercializada por Portugal, conforme determinava o Pacto Colonial, que não permitia que outros países vendessem produtos ou importassem matérias-primas diretamente das colônias alheias, sem antes fazer negócios com as respectivas metrópoles. No início do século XIX, devido às conjunturas interna e mundial desfavoráveis, a fumicultura brasileira enfrentou sérios percalços, porém logo se recuperou, principalmente após a abertura dos portos brasileiros às nações amigas, que ocorreu em 28 de janeiro de 1808, apenas 04 dias após a chegada da família real portuguesa ao Brasil, e que beneficiou significativamente o comércio com a Inglaterra. O crescimento do mercado interno nacional e o florescer, ainda que incipiente, do complexo agroindustrial brasileiro do fumo na Bahia, também colaboraram para o reaquecimento da fumicultura de então (MESQUITA e OLIVEIRA, 2003). Desde esse período, o fumo passou a ter grande importância econômica para o Brasil, a ponto de ter sido colocado o desenho de um ramo de tabaco no brasão pessoal de Dom Pedro de Alcântara, quando ele ainda era o Príncipe-Regente do Reino Unido de Portugal, Brasil e Algarves. Após a Independência do Brasil, esse brasão pessoal de Príncipe Real foi mantido praticamente inalterado como o recém-criado brasão do Império do Brasil, apenas com uma única modificação: a troca da coroa real que o encimava pela nova coroa imperial (POLIANO, 1986).

## 2.2 Composição química

Nas folhas do tabaco se encontra uma mistura complexa de substâncias químicas, como: hidrocarbonetos, fenóis, ácidos graxos, isoprenos, ésteres e minerais inorgânicos. Durante a preparação do cigarro, outros diversos componentes químicos são misturados ao tabaco (SILVA, 2004).

Estudos da fumaça de cigarros regulares (70 mm e 1 g cada), obtida através de inaladores mecânicos de volume constante, evidenciam que a mesma se apresenta em duas fases fundamentais: a gasosa e a particulada. Avaliando-se a composição destas duas fases, foram identificadas 4.720 substâncias tóxicas diferentes, apresentadas na Tabela 1 (SILVA, 2004).

TABELA 1  
Número de substâncias identificadas em 15 funções químicas existentes no fumo

<b>Funções químicas</b>	<b>Número de Substâncias</b>
Amidas, imidas	237
Ácidos carboxílicos	227
Lactonas	150
Ésteres	474
Aldeídos	108
Cetonas	521
Álcoois	379
Fenóis	282
Aminas	196
N-eterocíclicos	921
Hidrocarbonetos	755
Nitrilas	106
Éteres	311
Carboidratos	42
Anidridos	11
<b>Total</b>	<b>4720</b>

Fonte: SILVA, 2004.

Na fase gasosa da fumaça do cigarro, destaca-se a presença do monóxido de carbono, que possui grande afinidade pela hemoglobina, proteína presente nos glóbulos vermelhos do sangue, responsável pelo transporte do oxigênio. A união do monóxido de

carbono com a hemoglobina forma a carboxihemoglobina, um composto que não é capaz de transportar o oxigênio, desta forma, dificulta a oxigenação do sangue e, conseqüentemente, a oferta de oxigênio às células, provocando lesões teciduais em variados órgãos. O alcatrão e a nicotina são encontrados na fase particulada da fumaça do cigarro (INCA, 2013).

“O alcatrão é um composto formado durante a combustão e contém mais de 40 substâncias, comprovadamente, cancerígenas, entre elas: arsênico, níquel, benzopireno, cádmio, resíduos agrotóxicos, substâncias radioativas, como o Polônio 210, acetona, naftalina e até fósforo P4/P6, substâncias usadas para veneno de rato” (INCA, 2013).

A nicotina, um alcaloide vegetal, é considerada uma droga psicoativa pela OMS. Após ser inalada, chega ao cérebro entre seis a dez segundos, agindo no sistema nervoso central, através de mecanismos similares aos da cocaína. Também apresenta as seguintes ações no organismo:

a) provoca a liberação de substâncias capazes de: reduzir o calibre dos vasos sanguíneos, acelerar a frequência cardíaca e aumentar a adesividade das plaquetas, podendo provocar doenças cardiovasculares e aumentando o risco de trombose;

b) estimula o aparelho gastrointestinal a produzir ácido clorídrico, podendo dificultar o tratamento de úlceras pépticas; e

c) desencadeia a liberação de substâncias no pulmão, que contribuem para o aparecimento de doenças pulmonares obstrutivas crônicas (INCA, 2013).

Há muitos anos, a ciência comprovou que a dependência química nos usuários do tabaco advém da nicotina, fato conhecido pelas produtoras de tabaco. A empresa *Philip Morris* (1972, citada por ROSEMBERG, 2003) chegou a declarar: “o cigarro não deveria ser considerado como um produto, mas sim como um invólucro. O produto é a nicotina. Considere o maço de cigarros como um recipiente para o fornecimento diário de nicotina”.

### 2.3 Formas de uso

As pessoas fazem uso do tabaco de diversas maneiras, de acordo com a sua forma de apresentação, sendo classificadas em dois grandes grupos: um que representa os consumidores de tabaco fumado, ou seja, que resulta na produção de fumaça durante sua utilização (cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, narguilé<sup>3</sup>, bidi<sup>4</sup> e cigarro de Bali<sup>5</sup>; e o outro grupo formado pelos usuários de tabaco sem fumaça (tabaco em pó/rapé, tabaco mascado e *snus ou snuffs*<sup>6</sup> (INCA, 2011a). Independentemente da maneira de uso, o tabaco é prejudicial à saúde daqueles que o consomem, aumentando seu risco de desenvolverem várias doenças, entre outras, destacam-se as neoplasias malignas (REICHERT, 2008).

Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e viabilizada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), Ministério da Saúde (MS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2008, coletou dados relativos a pessoas de 15 anos ou mais de idade de todas as Unidades Federativas do Brasil, através de 39.425 entrevistas, entre as quais 33.680 em áreas urbanas e 5.745 em áreas rurais. A análise desses dados estimou a existência de mais de 25 milhões de usuários de tabaco fumado e/ou sem fumaça (INCA, 2011a).

Na pesquisa anteriormente mencionada, a prevalência global encontrada do uso do tabaco no Brasil (fumado e/ou sem fumaça) foi de 17,5% (22,0% entre os homens e 13,3%

---

<sup>3</sup> Espécie de cachimbo, constituído de um forninho com um tubo que se projeta numa base, tipo uma jarra, contendo água, por onde passa a fumaça antes de chegar à boca do fumante ou dos fumantes, através de uma ou mais mangueiras. Também chamado de cachimbo oriental. (INCA, 2011a), p. 194.

<sup>4</sup> Pequeno cigarro feito de tabaco picado em flocos e enrolado em folhas de uma planta típica da Ásia. O bidi é importado principalmente da Índia, e pode conter sabores (chocolate, morango, etc). *Ibidem*, p. 191

<sup>5</sup> Produto do tabaco importado do Sudeste da Ásia, principalmente da Indonésia, que contém uma mistura de tabaco, cravo e outras substâncias químicas. O cigarro de Bali/cravo é perfumado e sua fumaça tem um cheiro adocicado. *Ibidem*, p. 192.

<sup>6</sup> Produto do tabaco apresentado em pó, umedecido, colocado entre a gengiva e o lábio superior, e mantido, assim, por um período de tempo, que pode variar desde alguns minutos até várias horas. Pode ser vendido em embalagens individuais ou em quantidades maiores contidas num recipiente, neste caso, usado em uma pitada. *Ibidem*, p. 161.

entre as mulheres), assim constituída:

a) consumidores de tabaco fumado, denominados fumantes atuais, totalizando 24,6 milhões de pessoas, representando uma taxa de 17,2%, divididos em 14,8 milhões homens e 9,8 milhões mulheres;

b) usuários de tabaco sem fumaça, representados por 620 mil pessoas, correspondendo a, aproximadamente, uma proporção média de apenas 0,4%, sendo 420 mil homens (0,6%) e 200 mil mulheres (0,3%).

Ainda na mesma pesquisa, os fumantes atuais estavam distribuídos em 21,6 milhões de fumantes diários (15,1%) e três milhões de fumantes ocasionais (2,1%). Cabe ressaltar que, nesse estudo, a interrupção involuntária do uso de tabaco fumado pelos seus consumidores diários usuais, por períodos curtos (viagens, doenças e outras situações especiais), não alterou a inclusão dos mesmos no grupo de fumantes diários. Separando os 24,6 milhões de fumantes atuais pelo sexo, 14,8 milhões eram homens e 9,8 milhões eram mulheres, revelando uma prevalência no sexo masculino igual a 21,6% e no sexo feminino, de 13,1%.

A forma de apresentação do tabaco fumado mais consumida foi o cigarro, usado pela grande maioria dos fumantes. A prevalência do uso de cigarros industrializados foi de 14,4%, enquanto que a prevalência de uso de cigarros de palha ou enrolados a mão foi de 5,1% (Tabela 2). O percentual de fumantes de outros produtos de tabaco (cachimbo, charuto, etc) foi de apenas 0,8%, aproximadamente, 600 mil homens (0,9%) e 540 mil mulheres (0,7%) – (INCA, 2011a).

Alguns estudos realizados no Brasil evidenciam uma queda gradual da prevalência de tabagismo no país. Pesquisa realizada, em 1989, encontrou uma prevalência de tabagismo de 33,4% entre indivíduos de 18 anos ou mais, que representava na época, 27,7 milhões de fumantes. Outra pesquisa similar envolvendo pessoas da mesma faixa etária,

realizada em 2003, demonstrou uma prevalência de 21,9%, correspondendo a 24,8 milhões de fumantes. Na Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab) – Relatório Brasil realizada em 2008, para o mesmo tipo de população dos dois estudos anteriormente mencionados, foi observada uma prevalência de 18,1%, perfazendo um total estimado superior a 24 milhões de fumantes (INCA, 2011a).

**TABELA 2**  
Fumantes atuais de mais de 15 anos ou mais, em 2008, valores devem ser multiplicados por 1.000.

Características sociodemográficas	Fumantes atuais de 15 anos ou mais (1 000 pessoas)				
	Qualquer produto de tabaco fumado	Cigarro			Outros produtos de tabaco fumado <sup>(2)</sup>
		Qualquer cigarro <sup>(1)</sup>	Industrializado	De palha ou enrolado à mão	
<b>TOTAL <sup>(3)</sup></b>	24 552	24 425	20 645	7 314	1 122
<b>SEXO</b>					
Homens	14 789	14 734	12 233	5 041	585
Mulheres	9 764	9 692	8 412	2 273	537
<b>IDADE (ANOS)</b>					
15 a 24	3 545	3 529	3 291	728	197
25 a 44	10 324	10 303	8 999	2 734	281
45 a 64	8 771	8 745	7 149	2 871	382
65 ou mais	1 913	1 848	1 207	982	263

Fonte: INCA, 2011a.

Muitos fumantes trocaram o uso de cigarros industrializados de alto e médio teor de nicotina e alcatrão por cigarros de baixo teor, por acreditarem que os danos à sua saúde seriam significativamente menores. Porém, diversos estudos comprovam que isto não ocorre, pois esses fumantes acabam alterando seu modo de fumar para garantir o recebimento da quantidade de nicotina que estavam habituados. São exemplos destes mecanismos de compensação: o aumento do número de cigarros, a realização de tragadas mais profundas e a compressão dos filtros dos cigarros, com os dedos, dentes ou lábios, durante o ato de fumar.

Isto faz com que não se detecte diferenças das concentrações de nicotina e seus derivados, monóxido de carbono e carboxihemoglobina nos usuários de cigarros de alto, médio e baixo teor (ROSEMBERG, 2003).

Um motivo de preocupação crescente entre os profissionais de saúde tem sido o número de usuários de narguilé, que, no Brasil, já é da ordem de quase 300 mil. Muitos destes pensam que o narguilé não representa risco significativo à saúde, por acreditarem que as impurezas do tabaco sejam filtradas na água, o que é um grande equívoco. Comprovações técnicas alertam que, como qualquer outro produto derivado do tabaco, o narguilé contém nicotina e as mesmas 4.700 substâncias tóxicas do cigarro convencional. A fumaça produzida pelo uso do narguilé contém quantidades superiores de nicotina, monóxido de carbono, metais pesados e substâncias cancerígenas, quando comparada com a fumaça produzida pelo cigarro, pois além do tabaco é colocado carvão em brasa, que também produz substâncias cancerígenas, entre elas, o monóxido de carbono, potencializando os riscos para seus consumidores. Estima-se que, em uma simples sessão de narguilé, o fumante inala uma quantidade de fumaça equivalente ao consumo de 100 cigarros ou mais (INCA, 2012).

### 3 A INDÚSTRIA TABAQUEIRA

A indústria do fumo não consiste apenas dos fabricantes de produtos de tabaco, ela também inclui todos os que se envolvam no cultivo, na fabricação, na distribuição, na importação de insumos e maquinários, na exportação e na venda do fumo, incluindo os profissionais comissionados terceirizados. Atualmente, é frequente que esses personagens se unam na defesa de seus interesses, visando diminuir a repercussão das ações de combate ao tabaco que se proliferam (SANTÂNGELO, 2010).

Desde o início dos anos 90, a demanda mundial de tabaco se estabilizou em torno de 6,3 milhões de toneladas, enquanto que a produção apresentou fortes flutuações, variando de cinco a nove milhões de toneladas anuais. No mesmo período, ocorreram diversas aquisições e fusões corporativas, fazendo com que a comercialização do tabaco fosse feita por um número reduzido de empresas, o que facilitou a manutenção do equilíbrio entre a demanda e a oferta mundiais do produto. Entretanto, a partir de 2001, observa-se uma queda sistemática dos estoques mundiais. A desmobilização de parte dos elevados estoques estabilizadores, usados no passado para se proteger de crises de abastecimento e flutuações da produção primária, fez-se acompanhar da elevação do preço do tabaco (BUAINAIN *et al*, 2009).

#### 3.1 Mercado mundial

Registros disponíveis indicam a existência de 103 países produtores de tabaco no mundo. Entretanto, a produção mundial se concentra em alguns poucos países, entre os quais se destacam: China, Brasil, Índia e EUA (BUAINAIN *et al*, 2009).

A China é líder mundial de produção de tabaco e, nos últimos 30 anos, apresentou um crescimento muito acentuado (ERIKSEN, 2012). Em 2009, alcançou a produção de três

milhões de toneladas, o que representou mais que o triplo da produção do Brasil, que ocupa o segundo lugar na produção mundial, conforme observado no Gráfico 1.

Segundo a OMS, no ano de 2008, em termos de volume de cigarros, a empresa estatal Companhia Nacional de Tabaco da China foi a maior produtora do mundo, tendo produzido 2.143 bilhões de cigarros, seguida pela *Philip Morris Internacional*, que produziu 869 bilhões de unidades.

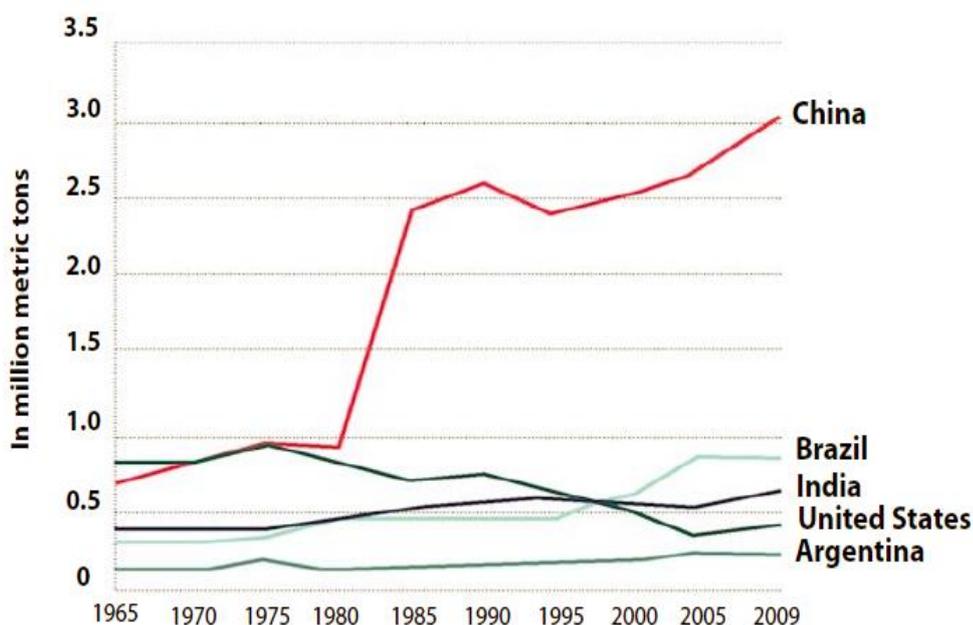


GRÁFICO 1 – Crescimento na produção de tabaco da China, Brasil, Índia, EUA e Argentina, em milhões de toneladas métricas, no período de 1965 a 2009.

Fonte: ERIKSEN, 2012.

A Companhia Nacional de Tabaco da China detém um quase monopólio, dominando cerca de 90% do seu mercado nacional. O setor do tabaco representa 7% das receitas do Estado chinês, empregando 520 mil pessoas. Grande parte da produção chinesa de tabaco é para atender o seu mercado interno (ERIKSEN, 2012).

Em 2007, quatro grandes empresas respondiam por 52,2% da participação do mercado mundial do tabaco: *Philip Morris* (18,7%), *British-American Tobacco* - BAT (17,1%), *Japan Tobacco* (10,8%) e *Imperial Tobacco*, incluindo a Altadis (5,6%). A

Companhia Nacional de Tabaco da China dominava a maior parte dos 41,8% restantes, e o percentual residual era dividido por companhias de menor porte (OMS, 2008).

A indústria do tabaco, em um contexto global, é dominada pelas empresas transnacionais *Philip Morris* e *British-American Tobacco* (BAT). No ano de 2007, o grupo da BAT teve uma arrecadação superior a treze bilhões de dólares em impostos para os governos dos países da Europa, América do Norte, América do Sul e países do Oriente. Esse valor arrecadado foi correspondente a sete vezes o lucro líquido obtido no referido ano (SANTÂNGELO, 2010).

Nas últimas décadas, tem-se observado um declínio na participação do mercado dos países centrais, que motivou uma expansão das indústrias cigareiras e processadoras de tabaco para países periféricos e semiperiféricos. Desta forma, o consumo tende a aumentar nas regiões em que o custo de produção é menor e a mão-de-obra abundante (SANTÂNGELO, 2010).

Segundo a OMS, no ano de 2008, existiam aproximadamente 1,2 bilhões de tabagistas no mundo, dos quais 80% viviam em países pobres, evidenciando que o sucesso das estratégias das companhias transnacionais de tabaco em garantir a continuidade do negócio em qualquer parte do planeta (OMS, 2008). No último século, o consumo global de cigarros aumentou em mais que cem vezes, conforme pode ser observado no Gráfico 2. Este crescimento, em 2009, atingiu o número de 5,8 trilhões de cigarros consumidos no mundo (ERIKSEN, 2012).

Dados referentes ao ano de 2009 demonstram que os maiores consumidores mundiais de cigarros são: China (38%), Rússia (7%), EUA (4%), Indonésia (4%) e Japão (4%); valendo ressaltar que esses cinco países juntos consomem mais da metade dos cigarros consumidos no mundo inteiro (57%) (ERIKSEN, 2012).

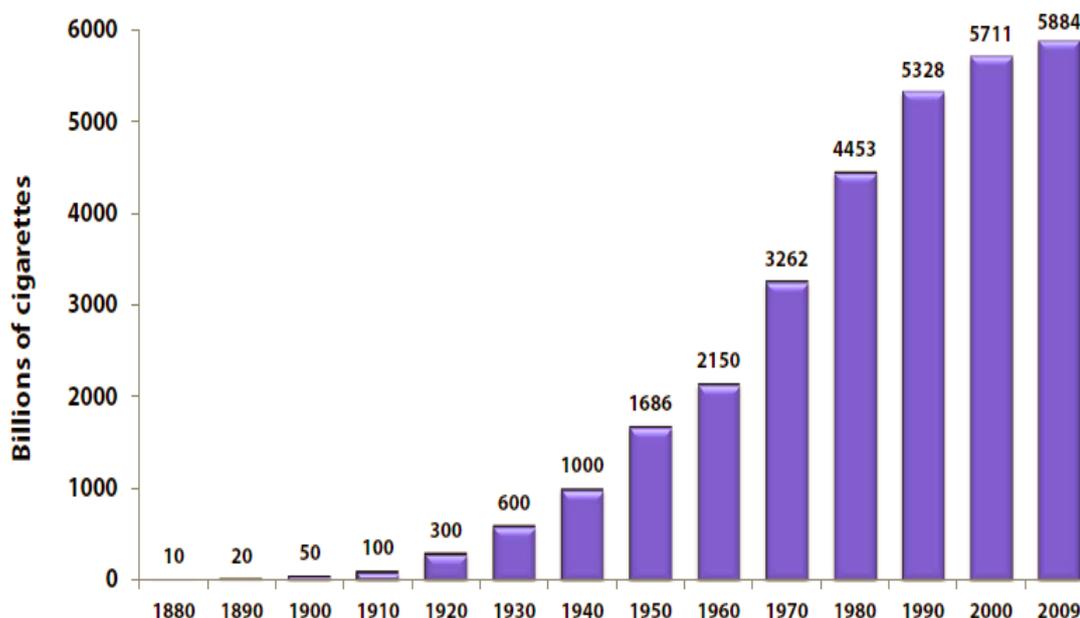


GRÁFICO 2 – Consumo mundial de cigarros em bilhões entre 1880 e 2009.

Fonte: ERIKSEN, 2012.

Em relação à importação mundial de tabaco, em 2006, os maiores importadores foram: Rússia, Alemanha, EUA, Holanda, Reino Unido e China. Tomando-se como base o período compreendido entre 1993 e 2006, verifica-se que os EUA diminuíram sua importação de tabaco de 359.739 para 234.263 toneladas. Inversamente, os demais países mencionados aumentaram expressivamente suas importações. No caso da Rússia, o aumento foi de 44.900 para 271.841 toneladas (BUAINAIN *et al*, 2009).

Embora entre 1996 e 2005, tenha ocorrido queda de produção, as exportações mundiais de tabaco cresceram de 3,4 para 3,9 milhões de toneladas/ano. Desde o início dos anos 90, o Brasil tornou-se o maior exportador mundial, quando superou as exportações americanas. Em 2001, houve um salto significativo das exportações brasileiras, quando o país ocupou mercados que foram liberados pelos EUA e Zimbábue. A partir de então, o Brasil firmou-se, no mercado internacional, como principal fornecedor de tabaco de alta qualidade. No período compreendido entre 1996 e 2005, o percentual da participação brasileira nas exportações mundiais de tabaco subiu de 8% para 16%. Em 2005, o Brasil exportou 616,5 mil

toneladas de tabaco, seguido pela China (167 mil toneladas), EUA (152 mil toneladas) e Índia (142 mil toneladas) - (BUAINAIN *et al*, 2009).

### 3.2 Mercado nacional

Após 1996, a produção de tabaco no Brasil aumentou progressivamente, transformando-o no segundo maior país produtor e no maior exportador mundial de tabaco. O desenvolvimento, na Região Sul, de um sistema de produção integrada, envolvendo agricultores familiares, permitiu a melhora da qualidade do tabaco local, garantindo a venda para novos mercados internacionais, que haviam sido afetados pela queda da produção mundial. A expansão do crédito e a intensificação do trabalho de extensão rural, realizado pelos orientadores agrícolas das empresas tabaqueiras, no final dos anos 80, também constituem fatores importantes para o aumento ocorrido na produção nacional do fumo (BUAINAIN *et al*, 2009).

Dados do IBGE revelam que, de 1990 para 2006, a produção brasileira de tabaco cresceu de 445,5 mil toneladas para 900,4 mil toneladas. Em 2006, a Região Sul do país foi responsável por mais de 95% da produção nacional: Rio Grande do Sul, (52%), Santa Catarina (27%) e Paraná (17%), conforme demonstrado na Tabela 3.

Na Região Sul, o cultivo do fumo se consolidou como uma das alternativas mais sustentáveis em termos de geração de renda e ocupação para pequenas propriedades e minifúndios espalhados pelos três estados que constituem a região, estando fortemente ligado a agricultores familiares.

TABELA 3

Produção de Tabaco no Brasil e em seus Principais Estados Produtores em mil toneladas, nos anos de 1990, 1995, 2000 e 2006.

<b>Localidade</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2006</b>
Rio Grande do Sul	204,6	223,2	294,9	472,7
Santa Catarina	152,4	135,7	188,3	244,0
Paraná	40,3	52,6	64,6	155,2
Bahia	10,5	12,0	8,4	13,0
Alagoas	31,6	23,1	15,9	10,9
<b>Brasil</b>	<b>445,5</b>	<b>456,0</b>	<b>579,7</b>	<b>900,4</b>

Fonte : BUAINAIN *et al*, 2009

Por várias décadas, muitos agricultores de áreas tradicionalmente produtoras de tabaco tentaram diversificar suas atividades, introduzindo novos cultivos, porém, na maioria dos casos, o cultivo de tabaco se mostrou mais rentável. Outros fatores influenciam na decisão do agricultor local em manter o cultivo do fumo, como:

- a) a garantia de compra de toda a produção final, pelas empresas tabaqueiras a que esteja integrado;
- b) a disponibilização de inovações tecnológicas (estufas elétricas, por exemplo) que permitem aumentar a sua produção, sem que ocorra perda de qualidade;
- c) os baixos preços dos seguros oferecidos pela Associação dos Fumicultores do Brasil (AFUBRA), reduzindo prejuízos decorrentes de imprevistos como: granizo e incêndios;
- d) a inexistência de inadimplência para com os bancos, pois as empresas tabaqueiras atuam como avalistas, caso os agricultores não consigam pagar seus empréstimos, permitindo a renegociação das dívidas diretamente com as próprias empresas;
- e) a facilitação de obtenção de financiamentos, através da intermediação das

empresas tabaqueiras;

f) a existência de assistência técnica paga pelas empresas de tabaco, orientando os agricultores sobre novas técnicas de plantio e insumo, aumentando a qualidade e produtividade final (BUAINAIN *et al*, 2009).

No Brasil, a empresa brasileira Souza Cruz é líder no mercado nacional, sendo uma sociedade anônima de capital aberto, cujo principal acionista é o grupo da BAT, a quem se incorporou em 1914, e que, atualmente, é a sua principal acionista, detendo 75,3% do total de ações; os restantes 24,7% são negociados no mercado aberto. A empresa possui seis de dez marcas mais vendidas, no Brasil, produzindo cerca de 80 bilhões de cigarros ao ano e com uma participação de 60,1% do mercado nacional (SANTÂNGELO, 2010).

Segundo a AFUBRA, em 2006, havia no Brasil, em torno de 180.520 famílias produzindo tabaco em mais de 700 municípios brasileiros. Em média, com cada família composta por 4,6 pessoas trabalhando, preponderantemente, na cultura do tabaco. A produção é predominantemente familiar, sendo que apenas 8% do total representam mão-de-obra contratada. Na fase da colheita, quando ocorre contratação maior, o cultivo do tabaco gera mais de 51 mil empregos temporários (BUAINAIN *et al*, 2009).

### 3.3 Do discurso ideológico da indústria do tabaco

Frente à constatação científica dos efeitos prejudiciais à saúde causados pelo uso do fumo, em sua defesa e para justificar suas atividades, a indústria do tabaco alardeia constantemente que contribui para o desenvolvimento do país, por gerar milhares de empregos e, com o seu faturamento, ser fonte de significativo volume de tributos (Tabelas 4 e 5). O cigarro é o produto que recebe maior tributação no Brasil.

TABELA 4

Cigarros no Brasil em 2010, 2011 e 2012: impostos, margens de lucro, consumo e preço do maço.

CIGARROS E OS IMPOSTOS						
BRASIL						
ESPECIFICAÇÃO	2010		2011		2012	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
IPI	4.224.951.070,00	35,54	4.314.772.840,00	35,41	4.416.526.970,00	27,00
ICM Indústria	2.972.237.200,00	25,00	3.046.295.430,00	25,00	4.089.376.820,00	25,00
ICM Varejo	250.856.820,00	2,11	257.107.330,00	2,11	179.932.580,00	1,10
Selo de Controle	713.336.930,00	6,00	731.110.900,00	6,00	0,00	0,00
Cofins	713.336.930,00	6,00	731.110.900,00	6,00	1.066.836.240,00	6,52
PIS	486.495.780,00	4,09	498.373.930,00	4,09	727.582.320,00	4,45
<b>Total dos Tributos</b>	<b>9.361.214.730,00</b>	<b>78,74</b>	<b>9.578.771.330,00</b>	<b>78,61</b>	<b>10.480.254.930,00</b>	<b>64,07</b>
Margem da Indústria	846.503.300,00	7,12	987.575.830,00	8,10	3.875.027.780,00	23,69
Margem do Varejo	1.004.616.170,00	8,45	1.029.647.850,00	8,45	1.382.209.370,00	8,45
Margem do Fumicultor	676.614.600,00	5,69	589.186.690,00	4,84	620.015.220,00	3,79
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>11.888.948.800,00</b>	<b>100</b>	<b>12.185.181.700,00</b>	<b>100</b>	<b>16.357.507.300,00</b>	<b>100</b>
<b>Consumo Maços</b>	<b>4.848.353.000</b>		<b>4.869.832.000</b>		<b>4.449.854.000</b>	
<b>R\$/maço</b>	<b>2,452</b>		<b>2,502</b>		<b>3,676</b>	

Fonte: Receita Federal / Afubra

Fonte: AFUBRA, 2013

TABELA 5

Faturamento do Setor de Fumo, no Brasil, em 2011 e 2012.

TABACO BRASILEIRO						
FATURAMENTO DO SETOR						
ESPECIFICAÇÃO	2011			2012		
	R\$	Toneladas	%	R\$	Toneladas	%
Consumo doméstico	12.185.181.700,00	97.390	15	16.357.507.300,00	88.990	12
Exportação	4.911.154.000,00	545.610	85	6.456.637.000,00	637.780	88
<b>TOTAL</b>	<b>17.096.335.700,00</b>	<b>643.000</b>	<b>100</b>	<b>22.814.144.300,00</b>	<b>726.770</b>	<b>100</b>
DISTRIBUIÇÃO DA RENDA BRUTA						
<b>Tributos/Governos</b>	<b>9.578.771.330,00</b>	<b>56,0%</b>		<b>10.480.254.930,00</b>	<b>45,9%</b>	
Indústria	2.238.587.520,00	13,1%		6.278.384.000,00	27,5%	
Produtor	4.249.329.000,00	24,9%		4.673.296.000,00	20,5%	
Varejista	1.029.647.850,00	6,0%		1.382.209.370,00	6,1%	
<b>TOTAL</b>	<b>17.096.335.700,00</b>	<b>100</b>		<b>22.814.144.300,00</b>	<b>100</b>	

Fonte: Receita Federal / Secex / Afubra

Fonte: AFUBRA, 2013

Os produtos do tabaco não trazem nenhum benefício à saúde de seus usuários – ao contrário, somente doenças e morte – não é justo que as grandes companhias de tabaco fiquem somente com os lucros, que são enormes, e deixem doenças para sociedade e prejuízos ao Governo. Esse passa a ter que arcar com os gastos decorrentes do tratamento para cessação do tabagismo e de suas doenças relacionadas. Também representam ônus para o Governo, a perda de produtividade de trabalhadores afastados por motivo de doença e o pagamento de aposentadoria e pensões por invalidez ou morte prematuras. Não seria justo que as empresas tabagistas arcassem com parte destas despesas? (INCA, 2013).

No Brasil, a importância econômica da produção de tabaco surgiu ainda no período colonial, tendo sido mantida ao longo do Império e permanecendo no período da República. Uma demonstração simbólica dessa afirmativa é a constatação da presença de um ramo de fumo no desenho das Armas Nacionais do Brasil<sup>7</sup> assunto que já foi questionado por membros da sociedade e por alguns políticos. Em matéria publicada em 22 de dezembro de 2006, no Diário Oficial do Senado Federal, foi comunicada a decisão de rejeitar Projetos de Lei dos Senadores Jefferson Peres (PLS nº 200, de 2000) e Valmir Amaral (PLS nº 291, de 2004), que propunham a substituição do ramo de fumo das Armas Nacionais, pelo de guaraná e pelo da cana-de-açúcar, respectivamente (BRASIL, 2006).

Outro discurso usado pelas empresas do fumo, na defesa de seus interesses, é o de que já cumprem a determinação legal de comunicarem, através das embalagens de seus produtos, que o uso do tabaco pode trazer danos à saúde de seus usuários. Entretanto, por vezes, disponibilizam informações que podem causar confusão, sendo um exemplo, a informação veiculada no *site* oficial da Souza Cruz, dizendo que, até hoje, a Ciência não foi capaz de identificar os mecanismos biológicos que expliquem com certeza absoluta os

---

<sup>7</sup> A Lei nº 8.421, de 11 de maio de 1992, dispõe sobre os Símbolos Nacionais : Bandeira Nacional, Hino Nacional, Armas Nacionais e Selo Nacional; os quais foram previamente dispostos pelos seguintes dispositivos legais: Lei nº 5.700, de 1º de setembro de 1971, Lei nº 5.443, de 28 de maio de 1968, e Decreto nº 4, de 19 de novembro de 1889.

resultados estatísticos que vinculam o ato de fumar cigarros a determinadas doenças, assim como, que estas doenças são multifatoriais, não sendo possível determinar qual fator foi o responsável pelo seu aparecimento.

A indústria tabaqueira em prol da manutenção de seus interesses e na busca de parceiros na sociedade que se oponham às ações antitabagistas, declara forte engajamento na defesa ideológica da sua concepção de que um adulto, ao ter acesso aos esclarecimentos dos riscos de fumar, é capaz, e tem o direito, de tomar suas próprias decisões e optar por praticá-lo. Cabe aqui o questionamento, até que ponto, realmente o leigo é capaz de processar e entender plenamente os riscos e consequências inerentes ao tabagismo? (SANTÂNGELO, 2010).

## 4 TABAGISMO

### 4.1 Conceitos, incidência e impacto econômico.

Os principais fatores responsáveis por uma expectativa de vida maior que 75 anos estão relacionados ao estilo de vida do indivíduo e ocorrem em 53% das vezes. Em apenas 10% das vezes esse aumento se deve à assistência médica direta. Nesse contexto, o combate ao tabagismo (ativo e passivo) – principal causa evitável de morte – é de importância fundamental (BRASIL, 2009a).

Entende-se por tabagismo, o consumo de qualquer produto que contenha tabaco, seja ele produtor ou não de fumaça. Desde 1992, quando já havia sido comprovado que a nicotina – presente em todos os derivados do tabaco – causa dependência química, o tabagismo foi incluído, pela OMS, dentro do grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (ROSEMBERG, 2003).

Assim como, geralmente, acontece em outras dependências químicas, a fase inicial do consumo da nicotina ocorre em indivíduos que se encontram em alguma situação de vulnerabilidade: estresse emocional, divórcio, desemprego, viuvez e, principalmente, adolescência. Os primeiros cigarros costumam causar ânsia de vômitos, tontura e tremores, portanto, o usuário iniciante do tabaco precisa insistir para criar tolerância sobre esses efeitos desagradáveis e, então, passar a sentir algum efeito prazeroso. Em poucas semanas de uso, a dependência química aparece e a nicotina se torna necessária, não como fonte de prazer, mas para evitar os sintomas de abstinência (VIEGAS, 2004).

Os mecanismos de atuação e o poder de causar dependência da nicotina são semelhantes aos da cocaína. Em geral, com o passar do tempo, os usuários de tabaco vão

umentando progressivamente a dose de nicotina consumida (ROSEMBERG, 2003).

Outros dois conceitos importantes relacionados ao consumo de tabaco fumado são: poluição tabágica ambiental (PTA) e tabagismo passivo. A PTA é aquela provocada pela fumaça dos derivados do tabaco em ambientes fechados, enquanto que tabagismo passivo é definido como a exposição involuntária de pessoas não fumantes à esse tipo de poluição (REICHERT, 2008).

Existem mais de 1,2 bilhões de fumantes ativos no mundo, entre esses, 24,6 milhões só no Brasil. O número mundial de fumantes passivos é dois bilhões, dos quais cerca de 22,8 milhões vivem no Brasil. Em pesquisa realizada em 2008, foi observado que entre os fumantes passivos que residem no Brasil, grande parte dos mesmos foi exposta à fumaça do tabaco no seu ambiente de trabalho. A profissão de garçom é uma das profissões mais exposta à PTA. Assim sendo, em algumas situações, o tabagismo passivo é considerado como uma exposição ocupacional (INCA, 2011a).

A cada ano, morrem cerca de cinco milhões de pessoas devido ao consumo dos produtos derivados do tabaco, além disso, ocorrem 600 mil óbitos, decorrentes da exposição à sua fumaça. Por esses motivos, o tabagismo hoje é amplamente reconhecido como uma pandemia. Do total de mortes causadas pelo tabagismo ativo, quatro milhões são no sexo masculino e um milhão no sexo feminino. Mantidas as tendências de expansão do consumo de tabaco, o número de óbitos anuais em 2030 será da ordem de 10 milhões, sendo que 70% dessas mortes estarão concentradas nos países em desenvolvimento (VIEGAS, 2004). Nesses países, o impacto negativo do tabagismo é ainda maior, em virtude da carência de financiamento público para programas de saúde e sociais (SANTÂNGELO, 2010).

Considerando todos os óbitos ocorridos no Brasil em 2008, de um total de 1.001.029 óbitos, o tabagismo foi responsável por 13% de todas as mortes, ou seja, 130.152 óbitos (PINTO, 2012). Se for considerado apenas o total de óbitos ocorridos nos grupos de

doenças que possuem associação ao tabagismo (458.986), 28% desses óbitos estão relacionados ao uso do tabaco, conforme Tabela 6.

TABELA 6

Óbitos totais e atribuídos ao tabagismo, por grupo de doenças, ocorridos no Brasil, em 2008.

<b>Grupo de doenças</b>	<b>Óbitos totais</b>	<b>%</b>	<b>Óbitos atribuíveis ao tabagismo</b>	<b>%</b>
Cardíacas	198.290	43	36.686	28
Acidente vascular cerebral	83.619	18	15.104	12
DPOC <sup>8</sup>	31.600	7	24.756	19
Pneumonia	54.221	12	8.416	6
Câncer de pulmão	27.024	6	21.906	17
Outros tipos de câncer	64.233	14	23.284	18
<b>Total</b>	<b>458.986</b>	<b>100</b>	<b>130.152</b>	<b>28</b>

Fonte: PINTO, 2012

O tabagismo gera uma carga econômica substantiva para a economia dos países. Estimativas recentes indicam que os custos atribuíveis às doenças tabaco-relacionadas são responsáveis, no mundo, por perdas anuais de 500 bilhões de dólares. Os fumantes vivem menos que os não fumantes e ex-fumantes (PINTO, 2012).

O desgaste econômico com o tabagismo é muito grande, envolvendo indivíduos, serviços e a sociedade como um todo. O gasto familiar se compromete com o hábito de fumar (10% do orçamento global em famílias pobres). O uso de tabaco exacerba a pobreza e a falta de escolaridade. O tabagismo passivo também impõe ônus econômico, tanto médico como por perda da produtividade.

<sup>8</sup> Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória caracterizada pela obstrução crônica, não totalmente reversível, do fluxo aéreo nos brônquios (bronquite crônica), bronquíolos (bronquiolite obstrutiva) e no tecido pulmonar (enfisema pulmonar). VIEGAS (2004).

Adicionalmente, nos locais, públicos ou privados, onde se fuma, mais recursos são gastos com custos de limpeza, além de apresentarem maior ocorrência de incêndios. Anualmente são recolhidas milhões de guimbas ou baganas de cigarros no litoral brasileiro, que corresponde a 37% dos detritos encontrados (PINTO, 2010). Também é significativa a degradação ambiental provocada pelas extensas áreas de cultivo do tabaco (BUAINAIN *et al*, 2009).

O custo total atribuível ao tabagismo para o sistema de saúde no Brasil, referente ao ano de 2011, atinge valores muito altos, da ordem de R\$ 20.685.377.897,00. Deste valor, de 83% se devem a quatro tipos de doenças: doenças cardíacas – 7,2 bilhões, DPOC – 6,8 bilhões, câncer de pulmão – 1,6 bilhão, e acidente vascular cerebral – 1,5 bilhão (PINTO, 2012).

#### 4.2 Doenças tabaco-relacionadas

O tabagismo – principal causa de morte evitável – provoca muitos óbitos precoces e representa um problema de saúde pública. No Brasil, 23 pessoas morrem por hora devido ao tabagismo, totalizando 200 mil mortes anuais (INCA, 2008). O tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de mortes prematuras e limitações físicas por:

a) Doenças neoplásicas = o uso do tabaco se relaciona com o desenvolvimento de câncer de vários sítios: pulmão, cavidade oral, laringe, esôfago, bexiga, rins, pâncreas, estômago, mama, cólon-retos e colo de útero (VIEGAS, 2004). Considerando a preponderância do tabagismo como causa principal, a relevância epidemiológica e a importância desses conhecimentos para as ações de prevenção primária (promoção da saúde) e secundárias (detecção precoce), os seguintes tipos foram destacados:

- Câncer de pulmão = o fumo é responsável por 90% a 95% dos casos de câncer

de pulmão, que é a segunda neoplasia maligna mais frequente no mundo, porém a primeira que mais mata. Em 2003, foram registrados no Brasil, 15.165 de traqueia, brônquios e pulmões. A probabilidade de um fumante desenvolver um câncer de pulmão diminui quando ele para de fumar e, após 15 a 20 anos, fica semelhante à de alguém que nunca fumou (VIEGAS, 2004). Em trabalho publicado em 2011<sup>9</sup>, as estimativas para o Brasil, válidas para 2012 e 2013, eram de 17.210 novos casos de câncer de pulmão em homens e 10.110 em mulheres (INCA, 2011c),

- Câncer de esôfago = o álcool e o fumo são os fatores mais importantes no aparecimento desse tipo de câncer, que em 2003, acometeu 8.895 pessoas (VIEGAS, 2004). A estimativa para 2013 é o aparecimento de mais 7.700 casos em homens e 2.650 casos em mulheres (INCA, 2011c),

- Câncer de cabeça e pescoço ou do trato aerodigestivo superior = o tabagismo, aliado ao alcoolismo, às carências nutricionais e à má higiene oral são os fatores de risco dessa neoplasia maligna. O uso de charuto, cachimbo, tabaco mascado e *snus* permite um contato maior do tabaco com a mucosa oral, aumentando o seu poder cancerígeno. No ano de 2003, a incidência de câncer da cavidade oral foi de 7.750 casos (VIEGAS, 2004). Para 2013, são estimados 9.900 casos novos de câncer da cavidade oral, além de, 6.110 casos novos de laringe (INCA, 2011c),

- Câncer de bexiga = é mais frequente entre homens com 60 anos ou mais. O tabagismo é o principal fator de risco do câncer de bexiga e aumenta em duas ou três vezes as possibilidades do seu aparecimento, existindo correlação direta entre dose e resposta. Em três casos desse câncer, pelo menos um é atribuído ao tabagismo (VIEGAS, 2004). Para o biênio 2012/2013 a estimativa é de 6.210 casos novos de câncer de bexiga em homens e 2.690 em mulheres (INCA, 2011c),

---

<sup>9</sup> O referido trabalho fez estimativas para o biênio 2012/2013 e não considerou o câncer de pele não melanoma ao ordenar por frequência de ocorrência as demais neoplasias malignas. INCA (2011c).

b) Doenças respiratórias = a fumaça do cigarro exerce vários efeitos no trato respiratório, os dois principais são a inflamação e os efeitos carcinogênicos. A inflamação das vias aéreas é a principal causa da DPOC. O declínio da função é maior nos fumantes que nos indivíduos não fumantes ou que pararam de fumar. As mulheres fumantes apresentam um declínio mais acentuado. Observa-se que somente 20% dos fumantes desenvolvem DPOC, provavelmente, por diferenças genéticas individuais. O tabagismo passivo também é causa de DPOC. Assim sendo, pode acontecer de um fumante não desenvolver a doença enquanto que algum fumante passivo que conviva com ele venha a desenvolvê-la (VIEGAS, 2004). No Brasil, em 2008, de um total de 434.119 pacientes com o diagnóstico de DPOC, 73% dos casos foram atribuídos ao tabagismo (PINTO, 2012). As crianças expostas à fumaça dos produtos do tabaco apresentam mais episódios de sinusite, faringite, otite e crises de asma e tosse (FIGUEIREDO, 2007);

c) Doenças cardiovasculares = os fumantes inspiram grande quantidade de monóxido de carbono que prejudica a oxigenação do sangue nos pulmões, e, conseqüentemente, a oxigenação dos órgãos e tecidos, causando lesão e rigidez dos vasos sanguíneos. A nicotina provoca vasoconstrição (redução do calibre dos vasos), diminuindo o aporte de oxigênio na periferia. A nicotina também reduz o bom colesterol e provoca a liberação de radicais livres de oxigênio que causam reações inflamatórias e agravamento das lesões vasculares. Através desses mecanismos, o tabagismo é fator de risco importante para: hipertensão arterial sistêmica, infarto agudo do miocárdio, doença coronariana, doenças arteriais oclusivas (algumas provocam a necessidade de amputações), tromboembolismo pulmonar, etc. (VIEGAS, 2004). Aproximadamente 25% das mortes por doença coronariana são causadas pelo tabagismo (INCA, 2013);

d) Acidente vascular cerebral = a isquemia cerebral é responsável por 80% dos casos de acidente vascular cerebral, e o mecanismo básico para sua ocorrência é o

aparecimento de aterosclerose, que ocorre mais precocemente nos fumantes. Estudos evidenciam que, após cinco anos de interrupção do tabagismo, o risco para acidente vascular cerebral do ex-fumante é igual ao das pessoas que nunca fumaram. Outros estudos detectaram que o fumante tem maior risco para doença de Alzheimer e outros quadros demenciais senis (VIEGAS, 2004).

e) Distúrbios da reprodução humana = o tabagismo interfere negativamente na saúde reprodutiva dos adultos visto que pode provocar:

- impotência sexual masculina decorrente da diminuição do aporte sanguíneo ao pênis, pelos mesmos mecanismos vasculares anteriormente mencionados,

- diminuição na fecundidade da mulher, reduzindo as chances de engravidar, e

- aumento da incidência de doenças e morte prematuras nas gestantes, nos fetos e nos recém-natos (VIEGAS, 2004). Observa-se aumento do risco da síndrome de morte súbita no período neonatal e pós-natal (FIGUEIREDO, 2007).

#### 4.3 Avaliação e tratamento do fumante.

Em termos de saúde pública, segundo o Banco Mundial, o tratamento de cessação do tabagismo é o que apresenta melhor resultado na razão custo-efetividade incremental. Para o indivíduo que para de fumar, os benefícios são inúmeros:

a) após vinte minutos, sua pressão sanguínea e pulsação voltam ao normal;

b) após duas horas, não há mais nicotina no seu sangue;

c) após oito horas, sua oxigenação pode até normalizar;

d) após dois dias, seu olfato e paladar ficam mais apurados;

e) após três semanas, a respiração e circulação melhoram;

f) após dez anos, seu risco de infarto fica igual ao de quem nunca fumou e o de desenvolver câncer de pulmão cai à metade; e

g) após vinte anos, a incidência de aparecimento de um câncer de pulmão fica quase igual à de quem nunca fumou (INCA, 2013).

A abordagem e o tratamento dos usuários de tabaco devem abordar questões multifatoriais. Sabe-se que existem muitas variações individuais quanto à sensibilidade ou tolerância à nicotina e à sua metabolização, além de diversos fatores socioambientais, psicológicos e comportamentais, que são determinantes na experimentação e manutenção do uso de produtos do tabaco. Fatores genéticos podem dificultar ou contribuir para que a dependência à nicotina se instale e que a cessação do tabagismo ocorra com maior ou menor dificuldade. A dependência à nicotina pode ser física, psicológica ou relacionada a condicionamentos (ROSEMBERG, 2003).

A dependência física do fumante se caracteriza pela sua necessidade fisiológica de nicotina e pelo aparecimento de sintomas ou sinais clínicos quando o seu uso é interrompido ou diminuído bruscamente, caracterizando a síndrome de abstinência. Na dependência psicológica o fumante busca o tabaco na tentativa de obter sensação de bem-estar e prazer, ou para aliviar tensões internas, como: angústia, medo, estresse, ansiedade, depressão e solidão. Alguns indivíduos desenvolvem uma relação de “amizade”, chegando a afirmar terem a sensação de luto ao tentar abandoná-lo (MEIRELLES, 2009).

Os condicionamentos são associações que a pessoa faz entre o ato de fumar e situações corriqueiras, presentes na sua rotina diária, muitas vezes, por muitos anos. Assim, ele se condiciona a fumar, por exemplo, após tomar café, após as refeições, ao assistir televisão, quando fala ao telefone, dirigindo, ao utilizar o computador, antes de sair do trabalho e ao chegar em sua casa. O uso do cigarro se dá de forma automática, por vezes, sem que o próprio indivíduo perceba (MEIRELLES, 2009).

Mais de um quarto dos que experimentam o tabaco se tornam fumantes. Os indivíduos que, por características genéticas, possuem sensibilidade inata à nicotina, nas

primeiras vezes de uso, experimentam sintomas desagradáveis (náusea, vômito, dor de cabeça, tontura, mal estar geral) com maior frequência e intensidade. Porém, se insistirem em fumar, esses indivíduos acabam desenvolvendo tolerância (ROSEMBERG, 2003).

Variações individuais no metabolismo hepático da nicotina e na excreção renal dos seus metabólitos interferem na quantidade de cigarros consumidos ao dia. Foi verificado que, em geral, aqueles fumantes que metabolizam e excretam a droga mais rapidamente tendem a fumar mais (ROSEMBERG, 2003).

Por outro lado, há pessoas que são consideradas “insensíveis” à nicotina e não sentem desconforto, ou prazer, em usá-la. Quando se tornam fumantes, fumam apenas por estímulos sociais e hábitos comportamentais. Em geral, essas pessoas consomem uma quantidade menor de cigarros por dia, e, ainda que fumem por décadas, não se tornam nicotina-dependentes. Quando interrompem o consumo do tabaco, não apresentam nenhum efeito adverso decorrente da síndrome de abstinência (ROSEMBERG, 2003).

A síndrome de abstinência da nicotina se caracteriza pelo aparecimento dos seguintes sintomas: tremores, suor frio nas mãos, distúrbios do apetite, cólicas, alterações do sono, da frequência cardíaca e do humor (irritação, ansiedade, agressividade ou apatia). Como a fumaça do cigarro é rapidamente absorvida pela circulação pulmonar, entre 6 a 10 segundos, a nicotina chega ao cérebro, isto explica porque a primeira tragada do cigarro traz alívio imediato dos sintomas decorrentes da abstinência. A velocidade com que a nicotina do cigarro chega ao cérebro é maior do que se fosse injetada na veia, porque não perde tempo com a circulação venosa (ROSEMBERG, 2003).

Como a ausência da nicotina provoca ansiedade, o cérebro passa a vincular todas as situações de estresse emocional à necessidade de fumar, por isto, muitos fumantes consideram que o cigarro os acalma. O curto-circuito de prazer que a nicotina arma entre os neurônios provoca uma dependência química de forte intensidade. Para tratá-la, é preciso

ensinar o cérebro novamente a funcionar como fazia antes de entrar em contato com a droga. Tal empreitada significa enfrentar a abstinência de nicotina, que se manifesta em crises repetitivas, desagradáveis e difíceis de suportar, como as provocadas por outras drogas como cocaína, crack, maconha ou álcool (MEIRELLES, 2009).

Os sintomas da síndrome de abstinência são mais intensos nas primeiras 48 horas. A partir do terceiro dia, a frequência das crises e a intensidade dos sintomas começam a diminuir gradativamente, dia após dia. À medida que as semanas se sucedem, o desejo de fumar pode continuar a se manifestar, porém desaparece cada vez mais depressa. Em média, seis meses depois de parar de fumar, a maioria dos ex-fumantes já consegue passar um ou outro dia sem se lembrar da existência do cigarro. Porém, para que este padrão seja mantido, deve-se manter a vigilância, pois a recidiva pode ocorrer (VIEGAS, 2004).

Cerca de 80 % dos fumantes desejam parar de fumar, porém apenas 3% o conseguem sem ajuda. A dependência do tabaco é cada vez mais reconhecida como uma condição crônica que pode necessitar de repetidas intervenções. Evidências recentes ressaltam o papel fundamental da abordagem do fumante através do aconselhamento individual ou em grupo, associada ou não ao tratamento farmacológico (BRASIL, 2001).

A abordagem do fumante deve ser uma prática rotineira a ser realizada por todos os diferentes tipos de profissionais de saúde, incluindo também os da área social. É primordial o entendimento de que o tabagismo se acompanha de três componentes básicos: dependência física ou química, dependência psicológica e condicionamento. (REICHERT, 2008). O fumante é considerado dependente de nicotina se apresenta três ou mais dos seguintes sintomas:

a) forte desejo – “fissura” – ou compulsão para consumir a substância;

b) dificuldade de controlar o uso da nicotina em termos de início, término ou nível de consumo;

- c) surgimento de síndrome de abstinência quando o uso da substância cessou ou foi reduzido;
- d) necessidade de doses crescentes da nicotina, evidenciando tolerância;
- e) abandono progressivo de outros prazeres ou interesse alternativos em favor do uso da substância;
- f) aumento da quantidade de tempo necessário para seu uso e/ou recuperação dos seus efeitos; e
- g) persistência no uso da substância apesar da evidência clara de consequências nocivas à saúde (VIEGAS, 2004).

Um dos primeiros instrumentos desenvolvidos para avaliar a dependência à nicotina foi o questionário de tolerância de Fagerström, constituído de oito questões. Depois surgiu o “*heaviness of smoking index*” (Índice de “peso” do tabagismo), que considerou medidas do tempo para consumir o primeiro cigarro do dia e o consumo médio diário de cigarros. Da combinação desses dois métodos, surgiu o atual Teste de Fagerström para a dependência à nicotina, demonstrado no Quadro 1, de aplicação simples e rápida, de baixo custo e com resultados confiáveis (REICHERT, 2008).

O tratamento do fumante se baseia, principalmente, em dois procedimentos: a abordagem cognitivo-comportamental (eixo central do tratamento do fumante) e no apoio medicamentoso, o qual não está indicado para todos os pacientes, e, quando indicado, deve ser usado em conjunto com o primeiro.

#### 4.3.1 Abordagem cognitivo-comportamental

Ao se iniciar a abordagem do paciente, além de se verificar o grau de dependência à nicotina, deve-se avaliar o grau de motivação do mesmo em relação ao tabagismo. Deve-se

conversar com o paciente de maneira clara, honesta, alertando-o para a possibilidade de ocorrência da síndrome de abstinência, ganho de peso e aparecimento de recaídas. Entretanto, sempre, motivando-o e ressaltando as suas reais possibilidades de sucesso.

### QUADRO 1

Teste de Fagerström para a dependência à nicotina.

<p><b>1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?</b></p> <p>(3) nos primeiros 5 minutos  (2) de 6 a 30 minutos  (1) de 31 a 60 minutos  (0) mais de 60 minutos</p> <p><b>2. Você acha difícil não fumar em lugares públicos?</b></p> <p>(1) sim  (0) não</p> <p><b>3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?</b></p> <p>(1) o primeiro da manhã  (0) os outros</p> <p><b>4. Quantos cigarros você fuma por dia?</b></p> <p>(0) menos de 10  (1) 11 a 20  (2) 21 a 30  (3) mais de 31</p> <p><b>5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?</b></p> <p>(1) sim  (0) não</p> <p><b>6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?</b></p> <p>(1) sim  (0) não</p> <p><b>Total:</b>    <b>0-2</b> = muito baixa;    <b>3-4</b> = baixa;    <b>5</b> = média;                    <b>6-7</b> = elevada;    <b>8-10</b> = muito elevada</p>
--

Fonte: REICHERT, 2008.

Como toda mudança de comportamento é um processo complexo, saber em qual estágio de motivação e prontidão para mudar o fumante se encontra é primordial para o

sucesso do tratamento. Os estágios de mudança de comportamento são:

a) pré-contemplativo: não há intenção de parar, nem mesmo uma crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento de fumar. O fumante não pensa em parar;

b) contemplativo: há conscientização de que fumar é um problema, no entanto, há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança. O fumante reconhece que precisa parar de fumar;

c) de preparação: conhecida também como “pronto para ação”. O usuário se prepara para parar de fumar, ele aceita escolher uma estratégia para realizar a mudança de comportamento, e considera seriamente que precisa parar de fumar;

d) de ação: o fumante para de fumar, ou seja, toma a atitude que o leva a concretizar a mudança de comportamento;

e) de manutenção: o paciente parou de fumar, mas deve aprender estratégias para prevenir a recaída e consolidar os ganhos obtidos durante a fase de ação. Neste estágio pode ocorrer a finalização do processo de mudança ou a recaída, antigamente, incluída como um estágio de mudança de comportamento (REICHERT, 2008).

A motivação é uma condição imprescindível para iniciar o tratamento e sua ausência praticamente elimina as expectativas de abstinência. A atuação do profissional não deve substituir o modelo informativo clássico pelo modelo motivacional, no qual ele motiva o fumante, gradativamente, ajudando a resolver ambivalências relativas ao tabagismo e a mudar o seu estágio comportamental (REICHERT, 2008).

Existem dois métodos para deixar de fumar: parada imediata e gradual. No primeiro método, o fumante deve escolher um determinado dia no qual interrompe abruptamente o consumo do cigarro, é o método com melhores resultados, porém pode provocar com mais frequência a síndrome de abstinência. Já o método gradual pode ser realizado de duas formas: reduzindo gradativamente o número de cigarros ou retardando o

consumo do primeiro cigarro do dia. Quando o paciente opta pelo método gradual, o tempo máximo para a interrupção total do consumo do tabaco é de duas semanas.

Segundo o Consenso Nacional sobre a Abordagem e Tratamento do Fumante, a abordagem cognitivo-comportamental é classificada em:

a) abordagem breve / mínima = pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante sua consulta de rotina, com duração de três a cinco minutos de contato. Indicada a todos os pacientes. Consiste em perguntar a todo paciente se é fumante, caso afirmativo, quais seus hábitos e se já tentou parar, avaliar o seu grau de dependência e estágio de mudança comportamental (motivação) em que se encontra, aconselhar e preparar para que ele pare de fumar ou pelo menos mude para um estágio melhor de motivação;

b) abordagem básica = também pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante consulta de rotina. Indicada a todos os fumantes. Consiste na abordagem breve (perguntar, avaliar, aconselhar e preparar) acrescida do acompanhamento do paciente, ou seja, prevê consulta de retorno;

c) abordagem específica/intensiva = atendimento por profissional qualificado a prestar atendimento em ambulatório específico para fumantes que querem parar de fumar. Essa abordagem por ser individual ou em grupo e está indicada para fumantes considerados motivados nas abordagens anteriores, para os que tentaram parar e não obtiveram sucesso, e para aqueles que procuram diretamente o profissional, buscando esse tipo de apoio. O ideal é que as consultas sejam estruturadas em quatro sessões iniciais, com periodicidade semanal, que no final somem pelo menos 90 minutos de tempo total de contato. Após a última dessas sessões, o acompanhamento sugerido é após: 15 dias, 30 dias, 60 dias, 90 dias, 180 dias e 12 meses;

d) abordagem dos fumantes que tiveram lapso (episódio isolado) ou recaída (retornam ao uso regular) = esclarecer as circunstâncias que levaram o fumante à recaída, sem críticas, retornando a abordagem específica e estimulando-o a tentar novamente;

e) abordagem para o fumante que não demonstra desejo de parar de fumar = identificar a razão de não querer parar de fumar: falta de informação sobre os efeitos nocivos do tabaco, falta de recursos financeiros, medo de não conseguir parar, insegurança por fracassos anteriores em parar de fumar ou mesmo porque, realmente, não desejam. Esses pacientes podem mudar de estágio, através de consultas motivacionais, sistemáticas;

f) abordagem do não fumante = a todo não fumante deve ser perguntado se convive com fumante, alertando-o sobre os riscos do tabagismo passivo. Esta abordagem pode ser feita inclusive com pacientes pediátricos, acima de cinco anos (BRASIL, 2001).

#### 4.3.2 Apoio medicamentoso

Existem medicamentos que podem ajudar no tratamento do fumante em apoio à terapia cognitivo-comportamental. O uso de fármacos pode ser indicado aos fumantes que:

- a) fumam 10 ou mais cigarros por dia;
- b) desenvolvem sintomas de abstinência expressivos;
- c) fumam o primeiro cigarro em até 30 minutos após acordarem;
- d) tem pontuação superior a cinco no Teste de Fagerström; e
- e) relatam insucesso com a metodologia cognitivo-comportamental isolada.

Os medicamentos utilizados no tratamento do tabagismo podem ser classificados em nicotínicos e não nicotínicos. A utilização de medicamentos nicotínicos recebe a denominação de Terapia de Reposição Nicotínica (TRN) e consiste na administração de nicotina em doses menores e seguras, reduzindo o forte desejo e os outros sintomas de abstinência. Existem duas formas de apresentação da TRN: de liberação lenta (adesivos

transdérmicos) e de liberação rápida (goma, inalador, spray nasal e pastilhas). A eficácia das diferentes apresentações é equivalente, mas a adesão ao tratamento é maior com o adesivo. No Brasil, apenas os adesivos e a goma de mascar estão disponíveis (REICHERT, 2008).

Quando bem indicadas todas as formas de TRN ajudam na cessação do tabagismo, aumentando os índices de sucesso. Os adesivos de nicotina são mais efetivos no controle da “fissura” (forte desejo ou compulsão) por fumar, porém, apresentam maior risco de dependência.

Pacientes que não atingiram a abstinência utilizando uma única forma de reposição de nicotina, podem se beneficiar do uso de adesivo combinado com outras formas de liberação de nicotina.

Os medicamentos não nicotínicos mais usados para cessação do tabagismo são: a bupropiona e vareniclina, considerados de primeira linha. Podendo ser usado também, em situações especiais, a nortriptilina e a clonidina, que são medicações de segunda linha (REICHERT, 2008).

A bupropiona é o medicamento não nicotínico disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o tratamento do fumante, tem menor custo quando comparada com a vareniclina, e é mais frequentemente utilizada. Trata-se de um antidepressivo atípico, que aumenta os níveis de dopamina no sangue e reduz a compulsão pelo uso de cigarros. O tratamento recomendado com essa medicação tem duração de 12 semanas, sendo administrado um comprimido de 150mg pela manhã por três dias, e, a partir do quarto dia até o fim da 12ª semana, 1 comprimido 150 mg pela manhã e outro após oito horas, diariamente. Apresenta como contraindicações: hipersensibilidade à droga, passado de convulsões, epilepsia, alcoolismo em fase de retirada, doença cerebral vascular, uso concomitante de inibidores da monoaminoxidase, gestação e amamentação, entre outras.

A vareniclina também apresenta eficácia comprovada na cessação do tabagismo e é considerada o primeiro tratamento específico para a cessação do tabagismo que age no mecanismo neurobiológico de dependência à nicotina. Atua como um agonista parcial, que ajuda a diminuir os sintomas de abstinência, tendo sido aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e disponibilizada no Brasil no segundo semestre de 2007, na apresentação de comprimidos com 0,5 mg e 1,0 mg. A dose recomendada de vareniclina é: 0,5 mg uma vez por três dias; seguida por 0,5 mg a cada 12 horas, do quarto ao sétimo dia; e a partir do oitavo dia até o final da 12ª semana, 1 mg a cada 12 horas. Suas principais contraindicações são: hipersensibilidade, idade inferior a 18 anos, gestação e amamentação.

Nos últimos anos, tem sido comercializado no exterior um dispositivo eletrônico para fumar que pode se apresentar no formato de: cigarro, charuto, cigarrilha ou cachimbo. A ponteira do dispositivo funciona como piteira e contém um cartucho substituível, preenchido com um líquido composto que pode conter: propileno glicol, nicotina e substâncias aromatizantes, se o usuário desejar. O usuário aspira uma névoa contendo pequenas gotículas do líquido e a nicotina que necessita para manter a dependência. Entretanto, os efeitos do uso deste dispositivo ainda não estão bem definidos, nem os malefícios potenciais. Desta forma, vale ressaltar que a comercialização de cigarros eletrônicos no Brasil está proibida, por meio da Resolução de Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC 46 – de 28 de agosto de 2009 (ANVISA, 2013).

## 5 AÇÕES DE CONTROLE DO TABAGISMO

### 5.1 No Mundo e no Brasil

A partir do trabalho dos britânicos Doll e Hill (1950), que representa um marco científico sobre a percepção do tabagismo, a preocupação com os danos provocados pelo tabaco cresceu progressivamente. Médicos e Associações Médicas iniciaram a tarefa de esclarecer seus pacientes sobre o tema; outras classes de profissionais de saúde, posteriormente, também se envolveram, até que o controle do tabagismo fizesse parte de políticas de Governos. No Brasil, em 1986, pela Lei Federal 7.488, foi criado o Dia Nacional de Combate ao Fumo, comemorado em 29 de agosto, visando reforçar ações nacionais de sensibilização e mobilização da população brasileira. O INCA é órgão do MS que coordena o PNCT. O Programa visa a prevenção e a cessação do tabagismo na população por meio de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e da mortalidade por câncer e doenças tabaco-relacionadas no país (INCA, 2013).

Os Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1987, para atrair a atenção do mundo sobre a epidemia do tabagismo e sobre as doenças e mortes evitáveis a ele relacionadas, criaram o Dia Mundial sem Tabaco. Em 1988, ficou determinado que a celebração desse dia ocorresse anualmente no dia 31 de maio, e que seria escolhido um tema correlato ao tabagismo a ser abordado pelos países membros, alertando a sociedade sobre a complexidade e gravidade do assunto e buscando o engajamento de novos parceiros, governamentais e não governamentais, na defesa da saúde da humanidade, no que ela se relaciona com o tabagismo (BRASIL, 2004).

No Brasil, em 1989, o MS lançou o PNCT. A partir de meados de 1990, com a formação de parcerias com Secretarias de Saúde de 26 Estados e do Distrito Federal e com mais de quatro mil municípios, as medidas desse Programa começaram a ser internalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, várias de suas unidades básicas fornecem gratuitamente medicação antitabágica (TRN e bupropiona).

Na batalha para mudar a visão do tabagismo como estilo de vida, alguns dispositivos administrativos e legais surgiram, como:

a) Estatuto da criança e do adolescente (1990), que proibiu a venda, fornecimento e entrega de produtos que causem dependência física ou psíquica;

b) Lei 9.294 (1996), que dispôs sobre as restrições ao uso e propaganda de produtos do tabaco; proibiu o uso desses produtos em recinto coletivo e em meios de transporte, exceto se houver área destinada a este fim; restringiu a propaganda ao período entre 21 h e 6 h e divulgou advertências sobre os malefícios do uso do tabaco;

c) Código nacional do trânsito (1997), que proibiu dirigir com apenas uma das mãos e sob a influência de entorpecente ou substância causadora de dependência física ou psíquica;

d) Portaria do MS (2818/1998), que proibiu fumar nas dependências do MS;

e) Lei 9.782/1999, que determinou a regulamentação, controle e fiscalização dos produtos do tabaco;

f) Resolução da Agência Nacional de Saúde (15/2003), que proibiu a venda de produtos do tabaco pela internet;

g) Lei 10.702/ 2003, que proibiu a venda em órgãos da Administração Pública;

h) Portaria do MS (1.035/2004), que ampliou o acesso ao tratamento do tabagismo no SUS; e

i) Decreto 5.658/ 2006, que promulgou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT ou a Convenção), previamente assinada pelo Presidente da República em 2003 e ratificada pelo Congresso Nacional em 2005. Dessa forma, a CQCT passou a representar a atual Política Nacional de Combate ao Tabaco (BRASIL, 2011a).

A CQCT, celebrada em Genebra, em 21 de maio de 2003, é o primeiro tratado internacional de saúde pública. Atualmente, 192 países já a assinaram e 173 ratificaram. No seu Artigo 3º diz o seguinte:

“O objetivo da presente Convenção e de seus protocolos é proteger as gerações presentes e futuras contra as devastadoras consequências 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 que devem ser implementadas pela 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 de tabaco” OMS, 2003 *apud* BRASIL (2011a).

As medidas estabelecidas pela Convenção têm enfoques na redução da demanda e da oferta. Quanto à redução da demanda, as medidas são divididas entre: as relacionadas a preços e impostos dos produtos do tabaco e as não relacionadas a preços (proteção contra a PTA; regulamentação relativa aos produtos do tabaco quanto ao conteúdo, às informações e à embalagem; educação e conscientização do público; publicidade, promoção e patrocínios do tabaco e medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco).

Em relação a redução da oferta, as medidas abordam questões sobre: o comércio ilícito de produtos do tabaco, a venda a menores de idades ou por eles e o apoio a atividades alternativas economicamente viáveis. A Convenção também manifesta preocupações quanto à proteção ao meio ambiente e a “práticas desleais da indústria do fumo, no sentido de minar ou desvirtuar as atividades de controle do tabaco” (OMS, 2003 *apud* BRASIL, 2011a).

O Brasil tem sido reconhecido internacionalmente como um líder no controle do tabaco, a despeito de ser o segundo maior produtor e o maior exportador do produto no mundo. O país tem participado ativamente das estratégias elaboradas pela OMS, como o

*Global Tobacco Surveillance System (GTSS) – Sistema de Vigilância Global do Tabaco –*, que tem como principais objetivos a prevenção da iniciação, a promoção à cessação e a proteção à exposição à PTA. No país o GTSS é composto pelas pesquisas (INCA, 2011b):

a) Vigilância de Tabagismo em Escolares (VIGESCOLA) = a mais antiga, iniciada no Brasil em 2002, com escolares de 13 a 15 anos. A sua primeira coleta de dados foi aplicada em 21 cidades e em uma região de cultivo do fumo do país, enquanto, na segunda vez, foi repetida em oito cidades. Sua periodicidade e abrangência são variáveis;

b) Perfil do Tabagismo entre estudantes Universitários no Brasil (PETUNI) = pesquisa que envolve estudantes do 3º ano da graduação, do ensino público e particular de quatro áreas: Medicina, Odontologia, Enfermagem e Farmácia. Iniciou-se em 2006 e abrangeu as cidades de Campo Grande, João Pessoa, Rio de Janeiro, Florianópolis e Juiz de Fora. Tem periodicidade variável;

c) Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab), realizada em 2008, através de entrevistas, cuja amostragem era composta por pessoas com 15 anos ou mais, moradoras de domicílios particulares e coletivos no território nacional. Alguns dados desta pesquisa já foram mencionados anteriormente.

Através desses três estudos mencionados, alguns dados se destacam, como (INCA, 2011b):

a) o percentual de adolescentes de 13 a 15 anos que experimentaram cigarros (primeiro passo para futura adesão ao consumo) variou, entre meninos, de 15,4% (Palmitos - 2007) a 48,1% (Fortaleza - 2002) e, entre meninas, de 15,2% (Palmitos - 2007) a 52,6% (Porto Alegre - 2002);

b) o percentual de adolescentes de 13 a 15 anos que passaram a consumir cigarros variou, entre meninos, de 2,9% (Palmitos - 2007) a 17,71% (Fortaleza - 2002) e, entre meninas, de 4,3% (Vale do Itajaí - 2007) a 21,6% (Porto Alegre - 2002);

c) entre os fumantes diários ou ex-fumantes diários com idades entre 20 e 34 anos, a faixa etária de 17 a 19 anos foi a predominante (31,9%) para a iniciação ao consumo regular, seguida pela faixa de 15 a 16 anos (26,4%). O percentual da faixa abaixo de 15 anos foi de 19,6%;

d) a PETab evidenciou que 45,6% da amostra estudada tentou parar de fumar nos 12 meses anteriores à pesquisa; as mulheres mais que os homens;

e) quando foram consideradas as pessoas que fumaram em algum momento da vida e pararam de fumar, o percentual obtido foi de 51,4%;

f) considerando apenas os fumantes e ex-fumantes há 12 meses, 58,8% estiveram em consultas com médicos e outros profissionais de saúde por algum motivo. Foi perguntado a 71% desses pacientes se eram fumantes, e 57,1% foram aconselhados a parar de fumar. Isto significa que 29% não foram perguntados e 13,9% foram perguntados, mas não aconselhados;

g) dos pacientes que tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses, apenas 15,2% e 6,7% receberam, respectivamente, suporte profissional através de aconselhamento e medicamento; e

h) apesar da legislação, uma em cada quatro pessoas que trabalham em ambientes fechados está exposta à fumaça do tabaco, o que faz do tabagismo passivo fator de risco ocupacional. Os locais mais frequentes de exposição foram: restaurantes, transporte público, prédios ou escritórios do governo e, incoerentemente, estabelecimentos de saúde.

## 5.2 Na Marinha

Em conformidade com a Política Nacional de Combate ao Tabaco, a Marinha do Brasil, através de suas Diretorias de Saúde e de Assistência Social, desenvolve ações de combate ao tabagismo. Desde o ano de 2000, por entender que a prevenção e a promoção de

saúde têm importância fundamental tanto na qualidade de vida do indivíduo quanto na redução dos custos assistenciais, e ciente da sua responsabilidade nessas áreas, a DSM instituiu, sob a coordenação do Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM), 15 Programas de Saúde da Marinha (PSM), entre os quais o Programa de Saúde Mental, responsável pela orientação e ações de controle da questão da dependência química, incluindo aquela provocada pelo uso do tabaco.

De acordo com as normas vigentes para a assistência médico-hospitalar da MB, o setor responsável pela orientação técnica para execução das atividades de tratamento e reabilitação em dependência química é o Centro de Tratamento da Dependência Química (CEDEQ), localizado e subordinado ao Hospital Central da Marinha (HCM), que por sua vez está diretamente subordinado ao Centro de Perícias Médicas da Marinha (CPMM). Fora da área do 1º Distrito Naval (DN), os setores técnicos responsáveis pela execução das atividades de tratamento ambulatorial e reabilitação em dependência química são os Núcleos do Centro de Tratamento da Dependência Química (N-CEDEQ), localizados nas Organizações Militares Hospitalares (OMH) ou nas Organizações Militares com Facilidades Médicas (OMFM), distribuídas pelo país (BRASIL, 2009a)

A DASM desenvolve também um Programa de Prevenção à Dependência Química, através dos órgãos de execução do Serviço de Assistência Integrada ao Pessoal da Marinha (SAIPM), distribuídos por todos os DN, cujo propósito é:

“Promover, junto aos militares e servidores civis da Marinha, ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas, a adoção de atitudes preventivas à dependência química, mediante processo de reflexão e orientação, a fim de minimizar as circunstâncias que a originam” (BRASIL, 2011b).

Ao longo do ano de 2012, a DASM realizou 30 diferentes projetos relacionados ao Programa de Prevenção à Dependência Química, em diversas Organizações Militares (OM) em todo o país, com a participação total de aproximadamente 10.000 pessoas. Nesses

projetos não é feita abordagem exclusiva do tema tabagismo e nem é realizada a captação e encaminhamento imediato dos fumantes presentes nos eventos, porém, durante as palestras, é fornecida a orientação do local onde eles podem ter acesso ao tratamento. Os responsáveis pelos projetos mencionados não participam diretamente do acompanhamento ou do tratamento do fumante. Existem algumas OM fora da sede do 1º DN, com dificuldade para compor a equipe prevista para os Núcleos do S-AIPM (OLIVEIRA, 2013).

A DASM, através do SISPERFIL – Sistema de Pesquisa do Perfil Socioeconômico e Cultural da Família Naval – realizou um censo em 2010, o qual abrangeu os militares (oficiais e praças) e funcionários civis em atividade na Marinha. Nesse censo, entre diversos outros, o tema do tabagismo foi abordado e os dados encontrados demonstraram que:

a) o percentual de fumantes variou entre 5,8% para oficiais e 14,3% para funcionários civis, com uma média global foi de 9,3%, que correspondeu a um total de 4.013 fumantes, conforme Tabela 7.

TABELA 7

Fumantes, ex-fumantes e não fumantes entre militares e civis da Marinha em 2010

<b>Uso de fumo</b>	<b>Oficiais</b>	<b>Praças</b>	<b>Civis</b>	<b>Total</b>
Fumante	290 (5,8%)	3.458 (9,5%)	265 (14,3%)	4.013 (9,3%)
Ex-fumante	231 (4,6%)	1.402 (3,8%)	144 (7,8%)	1777 (4,1%)
Não fumante	4.459 (89,5%)	31.664 (86,7%)	1.442 (77,9%)	37565 (86,6%)
<b>Total</b>	<b>4.980 (100%)</b>	<b>36524 (100%)</b>	<b>1851 (100%)</b>	<b>43355 (100%)</b>

Fonte: DASM, SISPERFIL, 2010.

b) a menor taxa de tabagismo ocorreu no 3º DN (6,7%) e a maior no 9º DN

(13,3%);

c) a grande maioria dos fumantes consumia até 10 cigarros por dia, totalizando 2.447 usuários (61%), seguidos por aqueles que fumavam entre 21 a 30 cigarros, que foram um total de 1.200 pessoas (29,9%);

d) entre os fumantes atuais, portanto sem considerar os ex-fumantes, 1.718 (42,8%) usuários do fumo nunca tentaram parar de fumar. Isto significa que aqueles que tentaram e não obtiveram sucesso corresponde a um percentual de 57,2%, correspondendo a 2.295 fumantes, destes: 656 (16,3%) tentaram uma única vez, 594 (14,8%) fizeram duas tentativas e 1.045 (26%) tentaram três vezes ou mais; e

e) dos 2.295 usuários de cigarros que tentaram parar de fumar e não obtiveram sucesso, a maioria expressiva (82,8%), representada por 1.915 pessoas, não fez uso de nenhum suporte. Também chama atenção o fato de que das 380 pessoas que tiveram algum suporte, apenas 38 pessoas (10%) relataram ter tido acompanhamento profissional não medicamentoso. A soma do número de pessoas que tiveram algum suporte é igual a 519, portanto superior ao número máximo possível de pessoas que receberam algum suporte (380), o que demonstra que 139 fumantes receberam mais de um suporte (Tabela 8).

TABELA 8

Suporte utilizado para cessação do tabagismo por fumantes militares e civis da Marinha em 2010

<b>Suporte</b>	<b>Oficiais</b>	<b>Praças</b>	<b>Civis</b>	<b>Total</b>
Nenhum	128 (73,6%)	1.654 (84,2%)	133 (76,4%)	1.915 (82,8%)
Acompanhamento	06 (3,4%)	78 (4,0%)	05 (2,9%)	89 (3,8%)
Reposição de nicotina	30 (17,2%)	142 (7,2%)	17 (9,8%)	189 (8,2%)
Medicamentos	28 (16,1%)	184 (9,4%)	29 (16,7%)	241 (10,4%)

Fonte: DASM, SISPERFIL, 2010.

Vale ressaltar que os dados do SISPERFIL 2010 são referentes a apenas uma amostra da família naval, pois o censo em questão avaliou somente os militares e civis em atividade. No ano de 2010, de acordo com informações fornecidas pela DSM, o número de usuários do SSM era 319.771, portanto, é muito provável que o total de fumantes na Marinha seja bem maior que o demonstrado nesse censo.

Através da análise de relatórios, referentes aos anos de 2010 a 2012, relacionados ao tabagismo e de entrevistas, cujo roteiro consta do Apêndice, realizadas pelo autor com pessoas envolvidas diretamente com o Programa de Saúde Mental e/ou tratamento do fumante na DSM (LOPES, 2013), no HNMD (FERREIRA, 2013), no HCM (FRANÇA, 2013), na UISM, na PNNSG e no CMAM (ANUNCIAÇÃO, 2013) foram obtidas as seguintes informações:

a) em dezembro de 2012, o número de usuários do SSM era 310.551, dos quais 205.667 residem na área do 1º DN, entretanto, no mesmo ano, de acordo com os registros encaminhados ao CMAM pelas OMH, somente 134 pacientes, no Brasil, foram inscritos no programa, destes, 88 foram da área do 1º DN. Em 2010 tiveram 119 inscritos e em 2011, 159;

b) as Escolas de Aprendizes-Marinheiros do Ceará, Espírito Santo e Santa Catarina não tiveram nenhum paciente inscrito para atendimento do tabagismo;

c) os ambulatórios de atendimento ao fumante em funcionamento na área do 1º DN são somente o do HCM e do HNMD. Esses ambulatórios não possuem demanda reprimida; todos os pacientes que procuram atendimento para o tratamento do tabagismo conseguem marcar a primeira consulta para mesma semana ou no máximo para a semana seguinte;

d) as OMH da Marinha têm cumprido o determinado pela Lei 9.294 quanto à proibição do uso de produtos de tabaco em ambiente coletivo, embora até mesmo alguns profissionais de saúde sejam fumantes;

e) não há uma rotina comum entre as OMH para o atendimento do fumante na Marinha, por exemplo, HCM e HNMD adotam condutas de abordagem diferentes;

f) O HCM e o HNMD não recebem medicação antitabágica do SUS, a exemplo do que ocorre com a medicação tuberculostática, medicamentos para mieloma e antirretrovirais. Ressalta-se que alguns pacientes relataram dificuldades financeiras para adquirirem a medicação prescrita para a cessação do tabagismo;

g) atualmente no HNMD, a abordagem cgnito-comportamental no tratamento do fumante está sendo feita exclusivamente pelo médico;

h) assim como na DASM, a DSM também realiza diversas atividades visando o combate ao tabagismo, como: palestras, oficinas, apresentação de vídeos, distribuição de informativos e exposições de cartazes, principalmente durante as comemorações do Dia Mundial sem Tabaco e do Dia Nacional de Combate ao Fumo, bem como em alguns eventos militares: 6<sup>a</sup> Âncora Social, Regata da Escola Naval e Aniversário da Esquadra. Nessas ocasiões não é feita a captação e encaminhamento tempestivo de fumantes identificados para um ambulatório especializado no seu tratamento;

i) há dvidas por parte de alguns responsáveis pelo programa que envolve o tabagismo qual o número informar no anexo “J” da DSM-1001 relativo ao item “pacientes inscritos”, pois não sabem se o referido item corresponde a pacientes que foram incluídos no mês ou a pacientes que continuam no programa ou, ainda, ao número de atendimentos realizados. No caso do Hospital Central da Marinha, foi informado um total de 84 pacientes inscritos (referentes a atendimentos realizados), entretanto, os dados reais revelam que apenas 20 pacientes foram inscritos em 2012 (09 homens e 11 mulheres), sendo provável que o número 84 se refira ao número de consultas;

j) há também perda de informação, como se constata no caso do Hospital Naval Marcílio Dias, que segundo dados enviados no CMAM, teve apenas quatro pacientes

inscritos, porém, em registros da Clínica de Pneumologia, confirmados pela oficial encarregada pelo ambulatório especializado no tratamento de fumantes, o total de pacientes inscritos foi de 78 pacientes (45 mulheres e 35 homens);

k) mais de 90% dos pacientes atendidos no ambulatório de tabagismo da Clínica de Pneumologia do HNMD são originários dessa própria Clínica. O número de pacientes encaminhados de outras Clínicas do HNMD e de outras unidades militares é muito reduzido, evidenciando o baixo envolvimento do corpo clínico com o tema;

l) embora o CMAM, nos últimos dois anos, tenha se empenhado em aumentar o quantitativo de profissionais de saúde capacitados para prestarem a abordagem intensiva do fumante, esse número permanece pequeno. Essa capacitação em geral tem duração de dois dias e não tem sido realizada durante o Curso de Formação de Oficiais (CFO);

m) não existem dados disponíveis quanto ao total de fumantes entre militares inativos, civis aposentados, dependentes e pensionistas; e

n) também não há coleta de dados estatísticos relacionados ao número de membros da família naval expostos à fumaça do cigarro (tabagismo passivo).

Verificando-se as observações anteriormente mencionadas, constata-se que a abrangência das ações desenvolvidas pela Marinha no combate ao tabagismo tem sido pequena e que dados fundamentais para o planejamento de ações mais assertivas não estão disponíveis. Fica clara a necessidade de que algo tem que ser feito para reverter esta situação. Nesse contexto, as seguintes sugestões são apresentadas:

a) criar um Programa de Saúde com foco exclusivo no tabagismo, desvinculado do Programa de Saúde Mental. Embora o tabagismo seja um transtorno mental devido constituir uma dependência química, os usuários do tabaco não apresentam os mesmos problemas que os usuários de outras substâncias químicas desenvolvem. Os danos principais causados pelo tabaco não se relacionam à saúde mental do paciente, mas sim às suas

condições físicas. Outro ponto relevante, é que, como esses danos, em geral, leva um tempo considerável até aparecer e, muitas das vezes, são negligenciados pelos pacientes;

b) passar a gerência das atividades de controle do tabagismo na Marinha para a Clínica de Pneumologia do HNMD, mantendo sob a coordenação geral do CMAM. Entretanto, essas atividades devem continuar a ser realizadas por equipe multidisciplinar. Embora seja de fato uma dependência química, a vinculação direta e explícita do programa do tabagismo ao programa de Saúde Mental e de dependentes químicos pode se acompanhar de algum tipo de preconceito que diminua a adesão do paciente;

c) viabilizar que, ainda durante a realização do CFO, os novos profissionais de saúde da Marinha já participem de algum curso de capacitação para a abordagem intensiva do fumante. Cabe ressaltar que esses cursos em média tem duração de apenas dois dias;

d) criar uma cultura de combate ao tabagismo entre todos os profissionais de saúde envolvidos no atendimento de pacientes. Para isto, é necessário que esses profissionais recebam a qualificação adequada, a qual não necessita de muitos recursos e/ou tempo;

e) aumentar o relacionamento das OMH e com as Secretarias Municipais de Saúde para que possam receber a medicação para cessação do tabagismo, a fim de poder distribuí-las gratuitamente aos fumantes do SSM, aos moldes do que já acontece no HNMD com a medicação tuberculostática, os medicamentos para mieloma e com os antirretrovirais. Outra opção seria tentar o fornecimento da medicação através do Setor de Distribuição de Medicamentos (SEDIME) da Marinha;

f) estreitar a parcerias com as Secretarias Municipais de Saúde, facilitando o encaminhamento de fumantes não usuários do SSM, porém que convivam com algum membro da família naval;

g) incrementar a coleta de dados em relação ao tabagismo ativo e incluir dados referentes ao tabagismo passivo, nos próximos censos a serem realizados pelo SISPERFIL.

Assim como elaborar um anexo para DSM-1001 que permita aumentar o controle das ações que estão sendo efetuadas pelas diversas OMH;

h) aumentar o nível de informação dos usuários do SSM sobre o tema e facilitar o acesso ao tratamento. Muitos fumantes, ambíguos em relação à decisão de aderirem ao tratamento do tabagismo, acabam não procurando ajuda por não terem acesso fácil ao tratamento;

i) criar de imediato uma comissão multidisciplinar contra o tabagismo no HNMD, formada por médico, psicólogo, dentista, assistente social e enfermagem, que atue mais intensamente no ensino, tratamento e controle do tabagismo, a qual deverá manter contato direto com o CEDEQ. Esta comissão deverá obrigatoriamente ter a participação de pelo menos um pneumologista, cardiologista ou clínico geral e um psicólogo. Ela será a responsável pela divulgação das normas e condutas a serem seguidas;

j) distribuir manual informativo básico sobre avaliação, tratamento e acompanhamento do fumante para todas as OM da Marinha com algum profissional de saúde;

k) utilizar a inspeção de saúde como fonte de identificação de fumantes e já encaminhá-los ao tratamento;

l) aumentar a conscientização junto aos pacientes internados e seus acompanhantes sobre o risco do tabagismo. Fazer com que a identificação dos fumantes já ocorra na admissão hospitalar, como uma prática rotineira;

m) por serem formadores de opinião, os profissionais de saúde devem servir de exemplo, desse modo, todos os esforços devem ser realizados para que se houver algum profissional de saúde que seja fumante, o mesmo receba tratamento adequado para abandonar essa dependência; e

n) viabilizar a inclusão de um profissional especializado em saúde pública na equipe que realiza a coordenação geral dos PSM no CMAM.

## 6 CONCLUSÃO

O tabagismo representa um dos maiores fenômenos de transculturação do mundo, processo este que se iniciou há mais de 500 anos e que permanece arraigado, apesar das evidências inequívocas dos males que provoca. Certamente, com os conhecimentos científicos atuais, caso a expansão do consumo dos produtos derivados do tabaco tivesse se iniciado por agora, a sua produção e venda seriam ilegais.

No cenário atual, onde as indústrias do tabaco se reinventam na conquista de novos mercados e na luta pela manutenção daqueles já conquistados, fica a certeza de que muito ainda se tem a fazer, na tentativa de melhorar a situação vigente, na qual ocorrem cinco milhões de óbitos anualmente em decorrência de um mal que aflige um terço da população mundial adulta, ou seja, 1,2 bilhão de pessoas, e que poderia e deveria ser evitado. Outra observação relevante a ser considerada é que, em 2011, no Brasil, a perda econômica devido ao tabagismo foi de 20,6 bilhões de reais.

Há consenso de que o êxito dos programas de controle do tabagismo depende diretamente da conscientização da sociedade, do engajamento dos profissionais envolvidos e da atuação conjunta em todos os níveis. Também é senso comum que a decisão do paciente em parar de fumar é premissa básica para o sucesso do tratamento.

As atividades realizadas pela Marinha se mostraram eficientes em relação à proteção contra a exposição da fumaça ambiental no local de trabalho, ao manterem suas unidades como ambientes livres do tabaco. Porém, em relação à uma redução expressiva do número de fumantes as ações empreendidas tem se mostrado pouco abrangentes. A Marinha tem o desafio de ter que aumentar a coleta e o registro de dados referentes ao tabagismo e a adesão desses pacientes às possibilidades terapêuticas existentes.

Termino esta monografia com um ensinamento deixado por São Francisco de

Assis: “comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível e de repente você estará fazendo o impossível”.

## REFERÊNCIAS

AFUBRA – Associação dos Fumicultores do Brasil. **Mutualidade**: cigarros e impostos. Disponível em: <<http://www.afubra.com.br/index.php/conteudo/show/id/85>>. Acesso em: 02 ago. 2013.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Início**. Derivados do Tabaco. Publicações Derivados do Tabaco. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Derivados+do+Tabaco/Publicacao+Derivados+do+Tabaco/cigarro+eletronico>>. Acesso em: 06 ago. 2013

ANUNCIACÃO, Caroline Tavares da. Ajudante da Divisão de Vigilância em Saúde do Centro Médico Assistencial da Marinha. Rio de Janeiro, 03 jun. 2013. Entrevista concedida ao autor.

BIBLIOTECA DIGITAL MUNDIAL. **Sobre a história natural das Índias**. 2012. Disponível em: <<http://www.wdl.org/pt/item/7331/>>. Acesso em: 04 jul. 2013.

BOEIRA, Sérgio Luís, GUIVANT, Julia Silvia. Indústria do tabaco, tabagismo e meio ambiente: as redes ante os riscos. **Cadernos de Ciência & Tecnologia**. Brasília, v. 20, n. 1, p. 45-78, jan./abr. 2003. Disponível em: <<http://seer.sct.embrapa.br/index.php/cct/article/view/8734/4913>>. Acesso em: 10 maio 2013.

BONATO, Amadeu A. **A fumicultura no Brasil e a Convenção-Quadro para controle do Tabaco**. Curitiba: DESER – Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais. 2007. 53 p.

BORIO, Gene. **The Tobacco Timeline**. 2011. Disponível em: <[http://archive.tobacco.org/resources/history/Tobacco\\_History.html](http://archive.tobacco.org/resources/history/Tobacco_History.html)>. Acesso em: 09 jul. 2013.

BRANDT, Allan M. **The Cigarette Century**: the rise, fall and deadly persistence of the product that defined America. New York: Basic Books. 2007. p. 319-56. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?id=yybaN6j4IpEC&pg=PA346&lpg=PA346&dq=qual+o+resultado+do+processo+de+Rose+Cippolone&source=bl&ots=KUXtDFINb5&sig=A8FdjflOePKkRzFuZZOBRbD8xp8&hl=pt-BR&sa=X&ei=e73hUcW8NpSq4AO0nIHQDw&ved=0CEIQ6AEwAw#v=onepage&q=qual%20o%20resultado%20do%20processo%20de%20Rose%20Cippolone&f=false>>. Acesso em 10 jul. 2013.

BRASIL. Lei nº 5.700, de 1º de setembro de 1971. Dispõe sobre a forma e a apresentação dos Símbolos Nacionais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1971. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L5700.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5700.htm)>. Acesso em 08 de jun. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.421, de 11 de maio de 1992. Altera a Lei nº 5.700, de 1º de setembro de 1971, que “dispõe sobre a forma e a apresentação dos Símbolos Nacionais”. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1992. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8421.htm#art2](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8421.htm#art2)>. Acesso em 08 de jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e tratamento do fumante – Consenso 2001**. Rio de Janeiro. 2001. 38p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer – modelo lógico e avaliação**. 2. ed. Brasília. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Manual de orientação para a comemoração do dia mundial sem tabaco**. Rio de Janeiro. 2004. 38p.

BRASIL. Senado Federal. **Diário do Senado Federal** – 22 de dezembro de 2006. Brasília – DF. 2006. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/publicacoes/>>. Acesso em 8 de jun. 2013.

BRASIL. Diretoria de Saúde da Marinha. **DSM-1001**: manual de aplicação dos programas de saúde da Marinha. 2. rev. Rio de Janeiro, 2009a.

BRASIL. Marinha do Brasil. Ministério da Defesa. **Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha**. Rio de Janeiro, 2009b.

BRASIL. Diretoria de Administração da Marinha. **Anuário Estatístico da Marinha**. 38. ed. Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco**. Rio de Janeiro, 2011a. 58p.

BRASIL. Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. **DGPM-501**: Normas sobre Assistência Integrada reguladoras na MB. 5. rev. Rio de Janeiro, 2011b.

BRASIL. Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. **DGPM-401**: Normas para assistência médico-hospitalar. 3. rev. Rio de Janeiro, 2012a.

BRASIL. Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. **DGPM-406**: Normas reguladoras para inspeções de saúde na Marinha. 5. rev. Rio de Janeiro, 2012b.

BUAINAIN, Antônio Márcio et al. **Organização e funcionamento do mercado de tabaco no Sul do Brasil**. Campinas: Unicamp, 2009. 238 p.

ERIKSEN, Michael; MACKAY, Judith Longstaff; ROSS, Hanna. *The Tobacco Atlas*. 4 ed. New York, 2012. Disponível em: <<http://www.tobaccoatlas.org/uploads/Images/PDFs/Tobacco Atlas 2ndPrint.pdf>>. Acesso:: 20 maio 2013-08-16.

FAOSTAT. Food and agricultura organization Corporate Statistical Database, 2008 *apud* BUAINAIN, Antônio Márcio et al. **Organização e funcionamento do mercado de tabaco no Sul do Brasil**. Campinas: Unicamp, 2009. p. 63.

FERREIRA, Samantha Eis. Encarregada do Ambulatório de Tabagismo do Hospital Naval Marcílio dias. Rio de Janeiro, 06 jun. 2013. Entrevista concedida ao autor.

FIGUEIREDO, Valeska Carvalho. **Um panorama do tabagismo em 16 capitais brasileiras e Distrito Federal:** tendências e heterogeneidades. Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Epidemiologia, do Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/549\\_Tese\\_Doutorado\\_Figueiredo\\_Valeska\\_C.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/549_Tese_Doutorado_Figueiredo_Valeska_C.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2013.

FRANÇA, Ana Paula Winkewski. Encarregada da Divisão de Saúde Mental do Hospital Central da Marinha. Rio de Janeiro, 03 jun. 2013. Entrevista concedida a autora.

INCA – Instituto Nacional de Câncer (Brasil) – Ministério da Saúde – Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab: relatório Brasil.** Rio de Janeiro, 2011a. 199 p.

INCA – Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva – **A situação do tabagismo no Brasil: Dados dos inquéritos do sistema ...** Rio de Janeiro, 2011b. 76 p.

INCA – Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva- Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012:** Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 2011c. 118 p.

INCA– Instituto Nacional de Câncer. **22/08/2008 – Tabagismo: dados e números.** 2008. Disponível em: < [http://www.inca.gov.br/releases/press\\_release\\_view.asp?ID=1856](http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view.asp?ID=1856)>. Acesso em: 15 jul. 2013.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **29/08/2012 – INCA alerta para malefícios do narguilé.** 2012. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/comunicacao/informacao/site/home/sala\\_imprensa/releases/2012/inca\\_alerta\\_para\\_maleficios\\_narguile](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/comunicacao/informacao/site/home/sala_imprensa/releases/2012/inca_alerta_para_maleficios_narguile)>. Acesso em: 15 jul. 2013.

INCA– Instituto Nacional de Câncer. **Conheça o cigarro por dentro.** Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atento&link=conheca.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

LOPES, Kátia Garcia. Assessora do Departamento Técnico Gerencial da DSM. Rio de Janeiro, 26 jun. 2013. Entrevista concedida ao autor.

MEIRELLES, Ricardo Henrique Sampaio. Artigo original : Tabagismo e DPOC – dependência e doença – fato consumado. In: SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Pulmão RJ.** Rio de Janeiro, v 1, p. 13-19. 2009.

MESQUITA, Augusto Sávio; OLIVEIRA, José Mário Carvalhal de. **A cultura do fumo na Bahia da excelência à decadência.** Salvador: **Bahia Agrícola.** Salvador, v. 6, n. 1, p. 31-39, nov. 2003. Disponível em: < [http://www.seagri.ba.gov.br/pdf/V6N1\\_socieconfumo2.pdf](http://www.seagri.ba.gov.br/pdf/V6N1_socieconfumo2.pdf)>. Acesso em: 02 julho 2013.

NARDI, Jean Baptiste. **A história do fumo brasileiro**. Rio de Janeiro: ABIFUMO, 1985.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **MPOWER**: um plano de medidas para reverter a epidemia de tabagismo. Genebra. 2008.

OLIVEIRA, Sandra Helena de. Chefe do Departamento de Assistência Integrada da Diretoria de Assistência Social da Marinha. Rio de Janeiro, 14 jun. 2013. Entrevista concedida ao autor.

PINTO, Márcia Teixeira. **Congresso Internacional: O poder judiciário ...** Brasília. 2010. Disponível em: <[http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/433\\_433\\_5\\_marciapinto.pdf](http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/433_433_5_marciapinto.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2013.

PINTO, Márcia Teixeira (Coord.) *et al.* **Relatório Final**: Carga das doenças tabaco-relacionadas para o Brasil. Rio de Janeiro. 2012. Disponível em: <[http://actbr.org.br/uploads/conteudo/721\\_Relatorio\\_Carga\\_do\\_tabagismo\\_Brasil.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/721_Relatorio_Carga_do_tabagismo_Brasil.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2013.

POLIANO, Luís Marques. **Heráldica**. Rio de Janeiro: GRD/Rio Artes, 1986. p. 223-9.

REICHERT, Jonatas *et al.* Diretrizes para cessação do tabagismo 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, v.34, n. 10, p. 845-8, Out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n10/v34n10a14.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

ROSEMBERG, José. **Pandemia do tabagismo**: enfoques históricos e atuais. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. 2002. 184p.

ROSEMBERG, José. **Nicotina**: droga universal. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde. 2003. 240p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2013.

SANTÂNGELO, Caio César Ferrari. **Setor de saúde pública versus indústria do tabaco**. Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade do Vale do Itajaí, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração. Universidade do Vale do Itajaí. Biguaçu, SC, Brasil. 2010. Disponível em: <[http://www6.univali.br/tede/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=857](http://www6.univali.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=857)>. Acesso em: 13 jun. 2013.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 1995. 157p. *apud* BOEIRA, Sérgio Luís, GUIVANT, Julia Silvia. Indústria do tabaco, tabagismo e meio ambiente: as redes ante os riscos. **Cadernos de Ciência & Tecnologia**. Brasília, v. 20, n. 1, p. 45-78, jan./abr. 2003. Disponível em: <<http://seer.sct.embrapa.br/index.php/cct/article/view/8734/4913>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

SILVA, Celso Antônio Rodrigues da. Composição química da fumaça do cigarro. In: VIEGAS, Carlos Alberto de Assis (Coord.). Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, v. 30. Sup. 2, 78 p. Ago. 2004.

SILVA, Luís Carlos da (Org.). **Tabagismo**: doença que tem tratamento. Porto Alegre: Artmed. 2012. Disponível em:

<<http://books.google.com.br/books?id=EUxGmfCcMVMC&pg=PA42&lpg=PA42&dq=quando+se+descobriu+o+tabagismo+passivo&source=bl&ots=cAOSxxlboxj&sig=ww3WQ6ObZF6x49mEGp8YEuZDGzo&hl=pt-BR&sa=X&ei=suvhUeDpO8fJrQHyoHoAQ&ved=0CDAQ6AEwAQ#v=onepage&q=quando%20se%20descobriu%20o%20tabagismo%20passivo&f=false>>. Acesso em: 13 jul. 2013.

SOUZA CRUZ. . **Quem somos.** A empresa. Governança. Riscos à Saúde. Disponível em: <[http://www.souzacruz.com.br/group/sites/SOU\\_7UVF24.nsf/vwPagesWebLive/DO7V9K2W?opendocument&SKN=1](http://www.souzacruz.com.br/group/sites/SOU_7UVF24.nsf/vwPagesWebLive/DO7V9K2W?opendocument&SKN=1)>. Acesso em 08 ago. 2013.

VIEGAS, Carlos Alberto de Assis (Coord.). Diretrizes para cessação do tabagismo 2004. **Jornal Brasileiro de Pneumologia.** São Paulo, v. 30, sup. 2, 76 p. Ago. 2004.

WHO – World Health Organization. **Protection from exposure to second-hand tobacco smoke: policy recommendations.** Geneva, 2007. 56 p. Disponível em: <[http://search.who.int/search?q=Protection+from+exposure+to+second-hand+tobacco+smoke.+Policy+recommendations.+&ie=utf8&site=who&client=\\_en&proxystylesheet=\\_en&output=xml\\_no\\_dtd&oe=utf8&getfields=doctype](http://search.who.int/search?q=Protection+from+exposure+to+second-hand+tobacco+smoke.+Policy+recommendations.+&ie=utf8&site=who&client=_en&proxystylesheet=_en&output=xml_no_dtd&oe=utf8&getfields=doctype)>. Acesso em: 10 jun. 2013.

WHO – World Health Organization. **Tobacco industry interference with tobacco control.** Geneva: World Health Organization, 2008. 46 p. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597340\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597340_eng.pdf)>. Acesso em: 29 maio 2013.

WHO – World Health Organization. **The Tobacco Atlas. World HO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package.** Geneva: World Health Organization, 2008 b. 342 p. Disponível em: <[http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2013.

ZAMBONI, Mauro. Epidemiologia. In: ZAMBONI, Mauro; CARVALHO, Walter Roriz de (Ed.). **Câncer do Pulmão.** São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

**APÊNDICE**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR:**

Eu, CMG (Md) JOSÉ PIQUEIRA TAVARES DA SILVA JUNIOR, na qualidade de aluno do Curso de Política e Estratégia Marítimas (C-PEM 2013), da Escola de Guerra Naval, solicito vossa participação em meu estudo monográfico intitulado “OTIMIZAÇÃO DAS AÇÕES CONTRA O TABAGISMO NA MARINHA DO BRASIL”, que está sendo realizado sob a orientação do CMG (RM1- Md) Wilson Alves Pariz. Participo que as respostas fornecidas por V. Sa. serão utilizadas na seção do estudo nomeada “Ações de controle do tabagismo na Marinha”, como argumentos para avaliar a situação atual e, eventualmente, propor sugestões para melhoria.

**IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:**

Nome:

Função.

**PERGUNTAS**

1- Atualmente, a sua Organização Militar (OM) desenvolve alguma atividade relacionada ao controle do tabagismo, visando evitar ou diminuir sua incidência?

Caso afirmativo, prosseguir com as demais perguntas.

2- Quais são essas atividades? Qual a abrangência e regularidade das mesmas?

3- Existem dados estatísticos dos procedimentos realizados? Caso afirmativo, solicitar informações. A sua OM ou a Marinha fornece medicação antitabágica aos pacientes?

4- Como é feita a captação do público-alvo de suas atividades? Em caso de pacientes, de onde eles vêm encaminhados?

5- Em caso de atendimento de pacientes, há alguma demanda reprimida?

6- Quais as dificuldades encontradas por V.Sa. ou sua OM para implementar as medidas preconizadas pelo Programa de Saúde Mental ou de Prevenção à Dependência Química?

**AGRADECIMENTOS**