



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
**CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**  
*"Prof. Alexandre Vranjac"*

**Tabagismo: Problema Multifacetado**



O fato de que o tabagismo é responsável por inúmeros riscos à saúde e diversos outros danos ao meio ambiente, à economia e à sociedade de uma maneira geral é inegável, conforme amplamente comprovado, tornando-o um problema multifacetado.

Pesquisas científicas evidenciam, em todo o mundo, através de milhares de artigos publicados cumulativamente há mais de cinco décadas, de maneira segura e fidedigna, que o consumo do tabaco e as numerosas substâncias tóxicas contidas em sua fumaça causam dezenas de doenças, muitas delas levando à incapacidade e à morte.

Considerada uma das mais sérias formas de dependência química, o tabagismo mata cerca de 10 mil pessoas por dia, sendo esse apenas um dos itens de uma extensa lista de prejuízos ocasionados pelo tabaco.

Inúmeras Organizações Governamentais, entre elas a Organização Mundial da Saúde (OMS), consideram o tabagismo como uma pandemia, responsável, anualmente, pela morte de cerca de cinco milhões de pessoas no mundo, estimando, aproximadamente, o dobro desses óbitos para o ano de 2020, com 70% deles ocorrendo em países em desenvolvimento, entre eles o Brasil. Em nosso país, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) afirma que o consumo do cigarro é responsável por 200 mil mortes/ano.

No mundo, há cerca de um bilhão e trezentos milhões de fumantes que consomem em torno de seis trilhões de unidades de cigarro, o que é um fato grave, pois os derivados do tabaco constituem os únicos produtos de consumo, legalmente disponíveis, que matam se usados como indicados pela propaganda.

De acordo com estimativas da OMS, um terço da população mundial adulta fuma, sendo estimado que o número de fumantes crescerá para 1,6 bilhões até 2030 se não houver uma mudança de curso da exposição mundial às substâncias nocivas contidas nos produtos derivados do tabaco.

Embora o consumo do tabaco venha caindo progressivamente nos países desenvolvidos, a sua expansão nos países em desenvolvimento impôs um aumento global da prevalência do tabagismo. No período de 1975 a 1996, o consumo de tabaco aumentou em torno de 50% em todo o mundo, gerando uma carga cada vez mais pesada, causando sérios prejuízos, principalmente nos países pobres, situação essa que tem gerado preocupações e intervenções de órgãos internacionais envolvidos com a promoção da saúde e do desenvolvimento econômico e social. Nos países de economia baixa, surgem cerca de 64 a 84 mil fumantes novos/dia e, nos países ricos, esse número varia de 14 a 15 mil. Pesquisas atuais estimam que o mundo ganha 50 milhões de novos fumantes por ano.

Em relação à prevalência no Brasil, o penúltimo levantamento nacional obtido de uma pesquisa sobre saúde e nutrição realizado pelo IBGE em 1989 apontava uma prevalência de 32,56% de fumantes na população brasileira de 15 anos e mais, porém, o último inquérito nacional denominado "Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis", realizado entre 2002 e 2003, entre pessoas de 15 anos ou mais, pelo INCA/MS, em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, apontou que essa prevalência apresentou uma diminuição pois o percentual de fumantes regulares de cigarros na população estudada foi de 18,8%, colocando o Brasil entre os países com as menores taxas de fumantes do mundo.

Os resultados desse inquérito domiciliar variaram de 25,2% em Porto Alegre, onde encontrou-se a maior prevalência, a 12,9% em Aracaju, menor prevalência detectada.

Nos EUA, assim como na maioria dos países da Europa, a prevalência varia de 30 a 39%. No Caribe, incluindo o México, o número de fumantes chega a atingir 50 a 59% da população acima de 15 anos de idade. Na América Latina, esses índices caem para 40 a 49% na maioria dos países.

Em relação ao sexo, a história mostra-nos que o tabagismo iniciou-se no mundo como um comportamento predominantemente masculino, sendo seu crescimento observado durante e após a I Grande Guerra Mundial. Já o início desse hábito entre as mulheres manifestou-se após os anos 30 do século passado, coincidindo com o início de uma publicidade voltada especificamente para o sexo feminino.

Atualmente, a prevalência de mulheres fumantes está crescendo em quase todos os países, principalmente na adolescência, porém países como Austrália, Canadá, Estados Unidos e Reino Unido apresentam uma pequena tendência à redução na proporção de fumantes correntes, fato que não tem sido observado em países desenvolvidos da Europa. Em diferentes países da África e Ásia, a prevalência de mulheres fumantes acima de 15 anos de idade encontra-se abaixo dos 10%. Em alguns países da Europa, como Alemanha e França, está entre 30 e 39%. Nos Estados Unidos e Canadá, entre 20 e 29%.

No sexo masculino, os índices mais elevados aparecem na Ásia e na Rússia, apontando prevalências superiores a 60%. Atualmente, observa-se que, no sexo masculino, está ocorrendo uma discreta diminuição na prevalência do tabagismo, principalmente nos países desenvolvidos, assim como em alguns em desenvolvimento.

Em relação à escolaridade, observa-se que, no Brasil, a prevalência geralmente se apresenta mais elevada em grupos populacionais com menor escolaridade, o que é uma tendência comum na maioria dos países em todo o mundo.

No que se refere à prevalência do tabagismo entre profissionais de saúde, diferentes estudos têm demonstrado que, apesar desses profissionais conhecerem mais profundamente os efeitos prejudiciais do tabaco ao organismo como um todo, a prevalência entre eles ainda se mantém elevada em vários países.

Inúmeras publicações em todo o mundo alertam sobre a importância do papel do profissional de saúde em relação ao controle do tabagismo.

Instituição de saúde sem cigarro é uma questão de coerência pois fumo e saúde jamais podem caminhar juntos.

Na mensagem do diretor da OMS para o Dia Mundial Sem Tabaco, de 1993, destacou-se que as instituições de saúde devem ser vistas como uma janela para um mundo livre do tabaco, nas quais os profissionais e trabalhadores de saúde devem servir de exemplo e modelo aos demais indivíduos e usuários do sistema de saúde. O prestígio dessas instituições e a confiança nelas depositada não devem ser abalados pela exposição dos pacientes aos riscos do tabagismo passivo. Em conseqüência, é com grande preocupação que se considera o consumo do tabaco por aqueles que dedicam suas vidas à saúde da população.

Freqüentemente, a fumaça do cigarro invade a atmosfera dos serviços de saúde e, em alguns países, encontramos taxas mais elevadas de fumantes entre profissionais de saúde do que na população em geral.

Por considerar que o profissional de saúde é tomado como modelo de comportamento para os cidadãos em geral, a maioria das organizações de saúde no mundo, inclusive as brasileiras, afirmam que os profissionais de saúde devem dar o exemplo, evitando fumar.

Profissionais de saúde apresentam um amplo leque de atuação em relação ao controle do tabagismo.

Reconhece-se o poder de persuasão dos profissionais de saúde sobre os usuários do sistema de saúde como uma das mais efetivas intervenções para o abandono do tabagismo. O aconselhamento dos profissionais de saúde tem sido muito bem aceito pelos fumantes e seus familiares, contribuindo para uma redução no consumo do cigarro.

Porém, o papel do profissional de saúde em relação ao controle do tabagismo deve extrapolar a área de tratamento do fumante, devendo-se iniciar com as ações preventivas, assim como permear diversas outras áreas de atuação.

AGUINAGA & GLANTZ (1995), por exemplo, alertam que os profissionais de saúde pública que trabalham no controle do tabagismo devem conhecer as táticas utilizadas pela indústria do tabaco para atrair novos consumidores do cigarro e devem estar preparados para responder a essas estratégias.

O tabagismo é a mais devastadora causa evitável de doenças e mortes prematuras da história da humanidade, atingindo proporções de uma epidemia global e representa, atualmente, o principal fator de risco evitável de doenças graves.

Existem mais de 70 mil artigos científicos publicados e reproduzidos em diversos lugares do mundo, grande parte deles comprovando a relação causal entre o consumo de cigarro e doenças graves como câncer de pulmão (90% dos casos), enfisema pulmonar e bronquite crônica (80%), derrame cerebral (25%), infarto do miocárdio (33%), entre outras.

Inúmeras pesquisas confirmam que o consumo de tabaco causa mais mortes do que a soma das mortes causadas por AIDS, cocaína, heroína, álcool, incêndios, acidentes de automóvel e suicídios.

O Tabagismo é uma doença crônica que surge devido à dependência da nicotina, estando, portanto, inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID 10) da OMS.

Além da carga trazida pelas tradicionais doenças transmissíveis, hoje, os países em desenvolvimento deparam com o enorme crescimento das doenças crônicas e o tabaco é o principal fator externo evitável relacionado a elas, que respondem por mais da metade da carga de doenças nesses países.

ROSEMBERG e col (2003) afirmam que diversas pesquisas científicas constataram que 56 doenças diferentes estão relacionadas ao consumo do cigarro, reforçando o fato de o tabagismo ser considerado, pela OMS, um dos mais graves problemas de saúde pública do mundo.

Um cenário preocupante em relação ao tabagismo é que ele tem se concentrado cada vez mais nas populações vulneráveis e de baixa renda, que têm menos acesso à informação, à educação e à saúde, comprometendo significativas parcelas da renda familiar dessas populações e reduzindo o acesso dessas famílias a alimentos e a outros itens de necessidade básica, o que tem levado entidades como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e outras instituições desenvolvimentistas das Nações Unidas a reconhecerem que o tabagismo agrava a fome, a pobreza e representa um entrave ao desenvolvimento sustentável dos países, principalmente daqueles em desenvolvimento.

Considerado como uma das principais causas de mortes prematuras e incapacidades, o tabagismo constitui um quadro preocupante com conseqüências graves sobre a saúde da população, atingindo, também, a economia, a ecologia e a sociedade como um todo.

## Tabagismo Passivo

Tabagismo passivo, fumo de segunda mão, tabagismo involuntário ou exposição à fumaça do tabaco ambiental, são diferentes conceituações do fenômeno de respirar a fumaça produzida por outras pessoas.

O fumo involuntário é um grave problema ubíquo, isto é, está presente em todas as partes, e populações de todos os países e culturas estão expostas a essa situação, sendo que essa exposição ocorre nas condições diárias da vida, seja em casa, no trabalho, no transporte público, nos restaurantes, em bares, entre outros.

Fumo passivo ocorre de dois modos: pelo ato de fumar os produtos do tabaco, resultando no que chamamos de fumaça primária que é inalada e posteriormente exalada pelo fumante, ou simplesmente pela queima dos produtos de tabaco, gerando a fumaça emitida da ponta acesa do cigarro a qual denominamos fumaça secundária, sendo que ambos os tipos são prejudiciais à saúde.

O tabagismo passivo é uma combinação complexa de mais de 4.700 substâncias químicas na forma de partículas e gases, incluindo irritantes e tóxicos sistêmicos tais como cianeto de hidrogênio, dióxido sulfúrico, monóxido de carbono, amônia, e formaldeído.

A fumaça de segunda mão também contém carcinógenos e mutagênicos tais como arsênico, cromo, nitrosamidas e benzopireno, sendo que muitas dessas substâncias químicas são tóxicas reprodutivas, tais como a nicotina, cádmio e monóxido de carbono.

Fumo passivo é também um importante poluente do ar interno, tanto que a Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos classificou o fumo de segunda mão como um carcinógeno "Classe A" para os quais não existe nível seguro de exposição.

Desde o início dos anos 60 do século passado, importantes instituições de saúde, como o *Royal College of Physicians* de Londres e o *Surgeon General* dos Estados Unidos, divulgaram dados apontando a relação entre fumo passivo e câncer do pulmão e, logo a seguir, em 1971, os Estados Unidos já aprovavam leis protetoras aos fumantes passivos.

Várias evidências científicas comprovam que o fumo de segunda mão é uma séria ameaça à saúde. Não fumantes respiram a fumaça de segunda mão e sofrem muitas das doenças do fumante ativo.

No começo da década de 80 surgiu o célebre estudo de Hirayama no Japão que avaliava a incidência de câncer de pulmão em pessoas que nunca haviam fumado; esse estudo pioneiro desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa do Centro Nacional de Câncer, pesquisando mais de 100 mil mulheres, demonstrou que esposas de fumantes apresentavam a incidência dobrada de câncer pulmonar, quando comparadas às mulheres casadas com não fumantes.

Inquérito da *American Cancer Society*, em mais de 1 milhão de homens e mulheres, apurou nos fumantes passivos a incidência de 2.11 a mais que nos não expostos à poluição tabágica ambiental.

As mortes por doenças do coração, bem como aquelas por doenças do pulmão e câncer da cavidade nasal têm sido casualmente associadas à exposição ao fumo passivo, causando também uma ampla variedade de efeitos adversos à saúde em crianças, incluindo bronquites e pneumonias, exacerbação da asma, infecção do ouvido médio, e "ouvido colado".

Exposição de mulheres não fumantes ao fumo de segunda mão durante a gravidez causa redução no crescimento fetal, e existem também evidências de que a exposição pós-natal de crianças ao fumo passivo contribui para o risco de síndrome de morte súbita infantil.

Várias metanálises disponíveis em estudos sobre tabagismo passivo comprovaram que existe associação significativa entre o risco de câncer do pulmão e o fumo involuntário, para ambos os sexos, quer seja com exposição domiciliar e/ou no ambiente do trabalho.

O fumo do tabaco é também uma importante fonte de poluição do ar interno, causando efeitos imediatos em fumantes passivos e ativos, tais como irritação ocular e nasal, dor de cabeça, dor de garganta, vertigem, náusea, tosse e problemas respiratórios.

Estudos conduzidos em todo o mundo confirmam essa ampla exposição.

Uma pesquisa estimou que 79% dos europeus com idade acima de 15 anos foram expostos ao fumo de segunda mão. Recentes dados do Sul da África mostram que 64% das crianças com idade abaixo de cinco anos, em Soweto, moram com pelo menos 1 fumante na casa.

A Sociedade do Câncer da Nova Zelândia relata que o fumo de segunda mão é a terceira causa de mortalidade do país, estando atrás somente do fumo ativo e do álcool.

### **Tratamento do Tabagismo**

Depois de estabelecida a dependência, a dificuldade em abandonar o tabaco é alta, e geralmente, proporcional ao número de cigarros ou outro produto de tabaco utilizado, assim como ao tempo de consumo dessa potente droga que é a nicotina.

É importante ressaltar que, independente do método utilizado para a cessação do vício de fumar, os melhores resultados serão alcançados quando o dependente de nicotina estiver altamente motivado a abandonar o uso do cigarro. Estudos demonstram que 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém apenas 3% conseguem parar sozinhos a cada ano e, desses últimos, mais de 90% o fazem por auto decisão.

Segundo CINCIPRINI et al (1997), a incidência de dependência à nicotina chega a alcançar 70 a 90% entre os fumantes, demonstrando que o tabagismo é uma dependência que necessita de tratamento e investimentos cada vez mais amplos em técnicas de cessação de fumar.

É importante ressaltar que muito dos métodos de tratamento do tabagismo são tidos ainda como elitistas, tendo em vista o elevado custo dos medicamentos de primeira linha, assim como pelo fato de as terapias de acompanhamento do fumante serem longas, feitas, geralmente, por várias sessões e inúmeros retornos, o que demanda do fumante tarefas e condições sociais de participação, que requerem tempo e recursos financeiros que muitos não possuem.

Contudo, apesar dessas condições desfavoráveis, diferentes esforços e estratégias devem ser utilizados para que cada vez mais se invista no tratamento do fumante.

MEIRELLES e col afirmam que sempre será positivo ajudar um paciente a deixar de fumar, em qualquer momento de sua vida, independente de sua condição clínica.

O tratamento do fumante, comparado a outras intervenções na área da saúde, é dos que apresenta a melhor relação custo benefício. Estimativas de custo benefício de uma breve abordagem ao fumante pelo médico mostram que, se apenas 2,7% a 3,7% dos fumantes deixassem de fumar através desse tipo de abordagem, o custo estimado por ano de vidas salvas seria bastante inferior ao custo do tratamento da hipertensão arterial, da hipercolesterolemia e do infarto.

De uma maneira mais geral, existem métodos indiretos e diretos na cessação do fumar.

Os indiretos são aqueles que influenciam o fumante a deixar de fumar, sem apresentar um contato direto com ele, como por exemplo: realização de campanhas educativas de controle do tabagismo, aplicação de medidas legislativas como proibição de fumar em locais públicos, aplicação de medidas econômicas como a elevação dos impostos sobre o preço do cigarro. Os métodos que envolvem a utilização de psicoterapia, medicamentos farmacológicos, ou aconselhamento de um profissional de saúde são conhecidos como métodos diretos.

Independente do tipo de tratamento, o grande objetivo é levar o fumante a locomover-se de um estágio de mudança para outro no sentido da AÇÃO (abandonar o cigarro).

Em relação ao estágio de mudança, de comportamento, PROCHASKA & DICLEMENTE desenvolveram um modelo transteórico de mudança de comportamento, baseado em aspectos cognitivos e motivacionais do fumante, dividido em cinco diferentes estágios dinâmicos de mudança: pré-contemplação, contemplação, preparação para a ação, ação e manutenção.

Esse modelo transteórico de mudança de comportamento de PROCHASKA E DICLEMENTE foi sendo adaptado com o passar do tempo, e seu conhecimento atual é importante para que o profissional de saúde possa reconhecer o grau de motivação em que o fumante se encontra no momento da consulta, adequando sua abordagem a esse grau.

Existem diferentes métodos utilizados para a cessação do tabagismo, porém os mais utilizados, e que apresentam melhores resultados, são: o método comportamental e o método medicamentoso.

O método comportamental é uma das estratégias mais indicadas para ajudar um fumante a deixar de fumar, tendo em vista que deixar de fumar é um processo que, na maioria das vezes, leva tempo, envolvendo mudança de comportamento. Ele baseia-se na teoria de que os

processos de aprendizagem operam no desenvolvimento, manutenção e cessação do fumo, e tem como objetivo mudar os antecedentes (incluindo cognições) a respeito do fumo, reforçar o não fumar e ensinar habilidades para evitar o cigarro em situações de risco

Dentre os métodos comportamentais, a **terapia comportamental breve**, também conhecida como intervenção breve em grupo ou individual, é considerada um método de primeira linha. Esse modelo de tratamento é mais estruturado, podendo ser utilizado em qualquer nível de atenção à saúde, tendo em vista seu simples formato e facilidade de treinamento. Nesse tipo de terapia, a abordagem mais utilizada é a grupal.

MEIRELLES et al (2000), FIORE (1996), JARVIK & HANNEFIELD (1993) e ORLEANS(1993) destacam a existência de dois tipos de abordagem para cessação do fumo: a mínima e a intensiva.

A abordagem mínima consiste em uma intervenção breve, objetivando aconselhar, preparar e acompanhar o fumante no processo de cessação de fumar, não necessitando de uma estrutura física própria. Já a abordagem intensiva necessita de uma assistência estruturada, com local próprio, dentro da unidade de saúde, com profissionais treinados e especificamente envolvidos para esse fim.

Tendo em vista que a abordagem mínima não exige uma infra-estrutura em relação à área física, recursos humanos qualificados e investimentos financeiros, ela consegue alcançar um número maior de fumantes, porém apresenta uma menor taxa de cessação, que, segundo ORLEANS(1993), gira em torno de 5 a 10%. A abordagem intensiva, pelo fato de ser mais seletiva, apresenta um menor alcance em termos de saúde pública, entretanto, apresenta resultados melhores em relação à taxa de cessação, que chega a atingir 20 a 30%.

A abordagem mínima é uma abordagem comportamental, que estimula a mudança de hábitos do dependente de nicotina, fazendo o fumante entender o que o faz fumar e como pode, ao parar de fumar, passar por situações em que normalmente fumaria sem ter uma recaída. Esse tipo de abordagem consiste em algumas estratégias e informações básicas realizadas pelos profissionais de saúde, para apoiar o fumante que quer deixar de fumar.

Essas estratégias e informações, geralmente, poderão ser aplicadas em um período de 3 a 5 minutos dentro de uma consulta de rotina e são conhecidas como **PAAPA (Perguntar/Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar)**.

GLYNN & MANLEY (1989) abordam essas técnicas no manual intitulado "Como ajudar seu paciente a deixar de fumar", afirmando serem estratégias simples, cujo uso deve ser recomendado aos clínicos, pois as mesmas não interferem na rotina de suas consultas.

Geralmente, fumantes com elevada dependência física de nicotina beneficiam-se com a utilização de tratamento farmacológico, cujo objetivo é aliviar a ausência da droga nicotina, minimizando os sintomas da síndrome de abstinência.

Assim como outras doenças crônicas, a maioria dos tratamentos efetivos de dependência da nicotina requer o uso de múltiplas modalidades medicamentosas.

Está amplamente divulgado por inúmeros estudos que nem todo fumante apresenta uma forte dependência da nicotina, portanto, torna-se importante salientar que o tratamento medicamentoso só deve ser utilizado como um apoio para a abordagem comportamental, pois é ela que constitui o eixo do sucesso no tratamento do fumante, sendo considerada a base para a cessação do tabagismo.

Se realmente estiver comprovada a necessidade do uso de medicamento para que o fumante alcance o sucesso no seu tratamento, alguns critérios baseados no grau de dependência da nicotina devem ser adotados para prescrição medicamentosa, ou seja, a farmacoterapia está indicada em casos de:

- pessoas que fumam 20 ou mais cigarros ao dia (fumantes pesados);
- pessoas que fumam no mínimo 10 cigarros por dia, e consomem o 1º cigarro até 30 minutos após acordar;
- fumantes com escore do teste de Fagerström igual ou maior que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional;
- fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitiva comportamental, mas não obtiveram êxito devido a sintomas da síndrome de abstinência;
- Ausência de contra-indicações clínicas.

O manual sobre normas de práticas clínicas no tratamento da dependência e uso do tabaco<sup>74</sup> identificou, para fins de cessação do tabagismo, cinco medicamentos de primeira linha (Bupropiona, Adesivo de nicotina, Goma de nicotina, Spray nasal de nicotina e Inalador de nicotina) e 2 medicamentos de segunda linha (Clonidina e nortriptilina). No Brasil, ainda não temos disponíveis o spray nasal e o inalador de nicotina.

Cada vez mais se sedimenta a importância do tratamento do tabagismo, pois várias pesquisas comprovam que a remoção da exposição ao fumo implica na redução da mortalidade e/ou da prevalência, assim como no aparecimento mais tardio das doenças tabaco relacionadas.

### **2.1.9 - Convenção Quadro para o Controle do Tabagismo**

Todo esse cenário preocupante, relatado desde o início do capítulo 2 e que, sucintamente, dá uma dimensão do problema do tabagismo visto como um problema multifacetado, também pode levar à compreensão dos motivos que levaram os mais de 190 países-membros da OMS a propor, em 1999, durante a 52ª Assembléia Mundial da Saúde (AMS), a adoção do primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade, denominado “Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)”.

Uma convenção-quadro é um instrumento legal, sob forma de um tratado internacional, no qual os Estados signatários concordam em empreender esforços para alcançar os objetivos definidos.

O objetivo da CQCT é “proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras conseqüências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas, geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco a serem implementadas pelas Partes nos níveis regional, nacional e internacional, a fim de reduzir, de maneira contínua e substancial, a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco”.

Cento e noventa e dois países negociaram as bases desse tratado durante quatro anos e seu texto final foi adotado, por consenso, em maio de 2003, pela 56ª AMS, apresentando-se como um catalisador extraordinário dos esforços de controle do tabagismo, tendo incrementado o diálogo público sobre a necessidade desse controle, passando, atualmente, para a fase de ação, o que a torna uma ferramenta útil para promover a cooperação internacional e uma coordenação de aspectos internacionais para um efetivo controle do tabaco.

O texto da CQCT é resultado de complexo e demorado processo de negociação envolvendo a comunidade de países representados no Órgão de Negociação Internacional (ONI), sendo que essas negociações tiveram como pano de fundo as importantes contribuições de organizações governamentais e não governamentais, assim como do meio acadêmico, não perdendo de vista as preocupações com os que dependem economicamente da produção de fumo para sobreviver, especialmente os da fumicultura.

O conteúdo do texto da CQCT é composto de um Preâmbulo e 38 artigos, que estão apresentados em 11 capítulos diferentes: 1- Introdução; 2- Objetivo, Princípios Norteadores e Obrigações Gerais; 3- Medidas relacionadas à redução da demanda de tabaco; 4- Medidas relativas à redução da oferta de tabaco; 5- Proteção ao Meio Ambiente; 6- Questões relacionadas à responsabilidade; 7- Cooperação Científica e Técnica e Comunicação da informação; 8- Mecanismos Institucionais e Recursos Financeiros; 9- Solução de Controvérsias; 10- Desenvolvimento da Convenção-Quadro; 11- Disposições Finais.

No preâmbulo, são enfocados em seus 23 parágrafos, os aspectos sanitários, sociais e econômicos envolvidos na questão do controle do tabaco.

No capítulo 1 e nos capítulos 9 a 11, são expostas as disposições jurídicas comuns aos tratados internacionais, como uso de termos e relação da CQCT com outros instrumentos internacionais, procedimentos para a solução de controvérsias, assinatura, ratificação e denúncia pelos Estados parte, entrada em vigor do tratado, elaboração de protocolos, apresentação de emendas, depositário e textos autênticos.

Os capítulos de 2 a 8 contêm o que poderia ser chamado de “corpo do tratado”, em que se encontram os maiores avanços trazidos pela CQCT, e o capítulo 3 descreve medidas relacionadas à redução da demanda de tabaco.

Em suma, a CQCT é formada, principalmente, por uma série de obrigações em regime multilateral de colaboração para os países signatários, assim como uma série de medidas.

As principais obrigações, são: a elaboração e a atualização de políticas de controle do tabaco, em conformidade com a convenção e seus protocolos; o estabelecimento de um mecanismo de coordenação nacional e cooperação com outras Partes; e a proteção das políticas nacionais contra os interesses da indústria do tabaco.

Como principais medidas temos: a redução da demanda por tabaco; a redução da oferta de produtos do tabaco; a proteção ao meio ambiente; a responsabilidade civil; a cooperação técnica, científica e o intercâmbio de informações.

O Brasil sempre se destacou no desenvolvimento das ações da CQCT, liderando todo o processo de negociação de seu texto, ocorrido no período de 1999 a 2003, contando com ilustres personalidades brasileiras como presidentes desse processo de negociação durante todo seu percurso.

Nosso país foi o 2º a assinar o texto desse importante tratado mundial no 1º dia disponível para assinatura dos Estados Membros e o centésimo a ratificá-lo.

O fato de o Brasil ter ratificado a CQCT em 27 de outubro de 2005, ou seja, apresentado adesão à OMS, até a data limite de 07 de novembro de 2005, fez que ele tivesse assento na Conferência das Partes (COP).

Esse tratado, aprovado em maio de 2003, em vigor a partir de 27 de fevereiro de 2005, foi ratificado por um total de 121 países, apesar de apenas 113 deles terem feito essa ratificação a tempo de participar com plenos direitos na COP, órgão que governa a CQCT.

A primeira sessão da COP realizou-se recentemente de 06 a 17 de fevereiro de 2006, tendo sido formada pelos países que ratificaram o tratado (Estados Partes), e cujo papel é tomar decisões sobre aspectos técnicos, processuais e financeiros na implementação desse tratado nos países partes.

Uma das garantias do funcionamento desse tratado é que ele já está ratificado por um total de países que aglutinam 74% da população mundial e 69% do consumo mundial de tabaco.

A ratificação da CQCT pelo Brasil, ocorrida dentro do prazo previsto, permitirá a continuidade do nosso país como protagonista, continuando a colaborar, de maneira decisiva, no desenho institucional e na formulação de estratégias globais na área do controle do tabagismo, e também reafirmará o compromisso do Governo Brasileiro com o controle desse grave problema social, traduzido nacionalmente pelos esforços feitos para a articulação de um Programa de Controle do Tabagismo intersetorial e abrangente.

---

**Prof. Dr. Marco Antonio de Moraes**

Mestre e Doutorando em Saúde Pública pela USP na linha de pesquisa em Tabagismo;

Professor de Pós-Graduação da Universidade Bandeirante de São Paulo;

Coordenador do Programa de Controle do Tabagismo do Hospital Santa Cruz;

Enfermeiro Especialista em Tabagismo.

E-mail: [dvdcnt@saude.sp.gov.br](mailto:dvdcnt@saude.sp.gov.br)