

31 de maio - Dia Mundial sem Tabaco

Manual de Orientações



**Mulher, você merece algo
melhor que o cigarro!**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	<u>3</u>
1.1 A mensagem da Organização Mundial da Saúde sobre do Dia Mundial sem Tabaco	
1.2 “Mulher você merece algo melhor que o cigarro”	<u>5</u>
2. Capítulo 2 - Tabagismo feminino: uma questão de saúde pública	<u>6</u>
2.1 Conceito de Gênero Transversal	<u>7</u>
2.2 Da revolução à transição	<u>8</u>
2.3 Epidemiologia do tabagismo: feminização, pauperização e juvenilização.	11
3. Capítulo	12
3.1 Impacto do tabagismo na saúde da mulher	
3.2 Tabagismo passivo em mulheres	13
4 Sugestões de atividades	

1. INTRODUÇÃO

1.1 - A MENSAGEM DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE SOBRE O DIA MUNDIAL SEM TABACO – 31 DE MAIO DE 2010¹

“O Dia Mundial sem Tabaco é uma celebração anual que tem como objetivo informar o público sobre os perigos do uso do tabaco, as estratégias das companhias de tabaco, as ações da Organização Mundial da Saúde/ OMS está fazendo para controlar a epidemia do tabaco, e sobre o que as pessoas ao redor do mundo podem fazer para reivindicar o seu direito à saúde e à vida saudável e proteger gerações futuras. · Sendo assim, os Estados-membros da OMS criou o Dia Mundial Sem Tabaco em 1987 para chamar a atenção global à epidemia do tabaco e da morte e doenças evitáveis que ela causa. Em 1987, a Assembléia Mundial da Saúde aprovou a celebração do Dia Mundial Sem Tabaco, a cada ano, em 31 de Maio”.

A OMS escolheu o tema Tabaco e Gênero, com ênfase no tabagismo feminino, para o próximo Dia Mundial Sem Tabaco, no dia 31 de maio de 2010. O controle da epidemia do tabaco entre as mulheres é uma parte importante de qualquer estratégia global na promoção da saúde. O Dia Mundial Sem Tabaco, será destinado a chamar a atenção para os efeitos nocivos do tabaco em relação às mulheres e meninas. Ele também irá destacar a necessidade de cerca de 170 países membros na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco/ CQCT para proibir toda a publicidade do tabaco, promoção e patrocínio, em conformidade com as constituições ou princípios constitucionais.

A Convenção-Quadro, que entrou em vigor em 2005, expressa que é alarmante "o aumento do tabagismo e outras formas de consumo de tabaco por mulheres e meninas no mundo inteiro".

As mulheres representam cerca de 20% dos fumantes no mundo, representando mais de um bilhão. A prevalência de fumantes masculinos atingiu o pico, enquanto as taxas do sexo feminino estão em ascensão no mundo. As mulheres são um dos principais alvos de

¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION , World No Tobacco Day,2010.Disponível em <http://www.who.int/tobacco/wntd/2010/announcement/en/index.html>

oportunidade para a indústria do tabaco, que precisa recrutar novos usuários para substituir os usuários atuais que vão morrer prematuramente de doenças relacionadas ao tabaco.

É preocupante o aumento da prevalência do uso do tabaco entre as meninas. O novo relatório da OMS, "Mulheres e saúde: evidência de hoje, a agenda de amanhã", aponta para indícios de que o foco da publicidade do tabaco é cada vez mais as meninas. Os dados de 151 países mostram que cerca de 7% das adolescentes meninas e de 12% dos adolescentes meninos fumam cigarros. Em alguns países, há a mesma proporção de fumantes entre os adolescentes meninos e meninas.

A diretora geral da OMS, Margaret Chan afirma que "proteger e promover a saúde das mulheres é crucial para a saúde e desenvolvimento - não só para os cidadãos de hoje, mas também para os das gerações futuras".

Embora o Dia Mundial Sem Tabaco 2010 tenha foco na comercialização de tabaco para as mulheres, também levará em conta a necessidade de proteger os homens e rapazes das estratégias das indústrias do tabaco. Segundo a OMS em seu relatório de 2007, "Gênero e controle do tabaco: um sumário de políticas", as medidas de controle genérico do tabaco não pode ser tão ou igualmente eficazes no que diz respeito aos dois sexos [...] A perspectiva de gênero deve ser incluído... Assim, é importante que políticas de controle do tabaco possam reconhecer e levar em conta os conceitos de gênero, as diferenças e as respostas no uso do tabaco, a fim de reduzir o consumo de tabaco... e melhorar a saúde de homens e mulheres em todo o mundo".

Em outro relatório de 2007, sobre gênero e controle do tabaco, comentou que: "Os homens e as mulheres precisam de informação completa sobre os efeitos específicos do uso de tabaco... igual proteção contra a publicidade e marketing e desenvolvimento de produtos específico para cada sexo das empresas transnacionais de tabaco... [e] as informações sobre questões de gênero, de proteção ao tabagismo passivo e exposição ocupacional relacionada ao tabagismo".

A Convenção-Quadro da OMS reconhece "a necessidade de estratégias de controle de tabaco específico para gênero", bem como para a "participação plena das mulheres em todos

os níveis de controle do tabaco [políticas e de implementação [das medidas de controle do tabaco]”].

No Dia Mundial Sem Tabaco 2010, e durante todo o ano seguinte, a OMS irá encorajar os governos a prestar especial atenção à proteção das mulheres contra as tentativas das empresas de tabaco para atraí-las para a dependência de nicotina. Ao responder ao apelo da OMS, os governos podem reduzir o número de ataques cardíacos fatais e incapacitantes, derrames cerebrais, câncer e doenças respiratórias que se tenham tornado cada vez mais prevalente entre as mulheres.

O uso do tabaco pode matar um bilhão de pessoas durante este século. Reconhecendo a importância da redução do consumo de tabaco entre as mulheres, e agir sobre esse reconhecimento, irá salvar muitas vidas.

1.2 “MULHER VOCÊ MERECE ALGO MELHOR QUE O CIGARRO”

O Instituto Nacional de Câncer, órgão do Ministério da Saúde, lança a campanha “**Mulher, você merece algo melhor que o cigarro**” para a comemoração do Dia Mundial sem Tabaco – 31 de maio de 2010, seguindo a proposta do tema escolhido pela Organização Mundial da Saúde/ OMS.

A Convenção Quadro para o Controle do Tabaco/ CQCT destaca em seu Artigo 4 - Princípios Norteadores, que “*faz-se necessário um compromisso político firme para estabelecer e apoiar, no âmbito nacional, regional e internacional, medidas multissetoriais integrais e respostas coordenadas, levando em consideração: a necessidade de tomar medidas, na elaboração das estratégias de controle do tabaco, que tenham em conta aspectos específicos de Gênero*”. O Brasil, como signatário da CQCT, já tem muitas conquistas no controle do tabaco. Há uma progressiva redução da prevalência de fumantes nos últimos anos, embora a redução entre as mulheres foi menor do que entre homens. Além disso, chama a atenção o fato que algumas meninas estão experimentando cigarros mais precocemente que os meninos.

Convocamos os parceiros das Secretarias Estaduais de Saúde dos 26 estados e o Distrito Federal, outros órgãos do Ministério da Saúde, Outros Ministérios e sociedade civil a

aderir a campanha. Fazer desta data comemorativa o ponto de partida para ações específicas para a mulher. Ressaltamos que o interesse é abordar mais enfaticamente a mulher, mas não excluir os homens, jovens, crianças e outros grupos da proposta de controle do tabaco. No entanto, no momento faz-se necessário um olhar diferenciado para o tabagismo feminino e sua complexidade. Para contribuir na compreensão do fenômeno do tabagismo feminino vamos abordar alguns aspectos relevantes à seguir.

Capítulo 2

2.1 TABAGISMO FEMININO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA.

Márcia Trotta Borges²

Regina Simões Barbosa³

Tania Cavalcante⁴

Valéria Cunha⁵

“...As mulheres apresentam uma probabilidade de aumentar na percentagem total. As mulheres estão adotando papéis mais dominantes na sociedade; elas têm aumentado o poder de consumo; elas vivem mais do que os homens. E de acordo com o que um recente relatório oficial mostrou, as mulheres merecem ser menos influenciadas por campanhas contra o tabagismo do que os homens. Tudo isso faz das mulheres um alvo de primeira. Dessa forma, apesar das dúvidas anteriores, podemos deixar de considerar agora uma ataque mais definido sobre esse importante segmento de mercado representado por fumantes do sexo feminino?”

² Núcleo de Estudos do Tabagismo/IDT, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, UFRJ

³ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, UFRJ

⁴ Divisão de Controle do Tabaco/Instituto Nacional de Câncer- MS

⁵ Divisão de Controle do Tabaco/Instituto Nacional de Câncer- MS

O trecho acima faz parte dos documentos internos da indústria do tabaco disponibilizado por decisão judicial nos Estados Unidos, que deixa claro o foco direcionado para a mulher, como promissora consumidora de seus produtos.

Para o enfrentamento do tabagismo feminino, um dos desafios para a Saúde Pública no século XXI, é necessário entender o fenômeno globalmente e agir localmente, com estratégias inovadoras e mais adequadas às novas necessidades, aqui incluso a construção social, compartilhada de conhecimentos e habilidades para o enfrentamento do problema⁶. A magnitude do fenômeno do tabagismo ultrapassa as questões específicas do biológico e traz conseqüências na vida social, cultural e econômica.

Observa-se que os estudos científicos relacionados ao fumar feminino abordam a palavra Gênero com o significado de sexo, numa abordagem biológica. Especificamente relacionado ao fumar feminino, numa análise bibliográfica observou-se que “as interações entre tabaco e o corpo feminino ainda se restringem a estudos de bases biológicas e/ou epidemiológicas”⁶. Ao abordar o conceito de Gênero, possibilitam uma visão além do biológico, considerando a subjetividade e outros aspectos como o cultural, econômico e social.

2.1 - Conceito de Gênero Transversal:

“Alguém não nasce e sim se torna uma mulher”

Simone de Beauvoir

Para se abordar o tabagismo feminino através da ótica de gênero, é necessário desvelar a ‘naturalização’ do feminino através de sua biologia e revelar que ‘ser mulher’ é um processo moldado pela sociedade, pela cultura e por poderes dominantes que, através de estratégias de controle social, político e ideológico, perpetuam a reprodução deste estereótipo de feminilidade. Este entendimento da posição social das mulheres atrelada ao seu papel biológico vem permitir uma reflexão a respeito das desigualdades vivenciadas pela maioria das mulheres, o que marca o primeiro passo para a transformação desta situação. Sem negar o marcador biológico, as feministas confrontaram esta posição redutora visando exatamente examinar as profundas implicações do papel reprodutivo na definição (ideológica) de

⁶ BORGES, M. T. T e BARBOSA, R. H. S. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, 2009, vol.14, n.4, pp. 1129-1139.

feminilidade ^{6 7}. Portanto, a percepção e o questionamento acerca das concepções sobre a natureza feminina, mesmo no senso comum, permitiram às mulheres iniciar um movimento que apontasse claramente as desigualdades existentes entre homens e mulheres nas instâncias econômicas, sociais, políticas e culturais da sociedade. Na esfera do privado, o que uma vez pareceu “natural”, tornou-se injustificável: a mulher como objeto sexual passivo, esposa obediente, mãe dedicada e invisível na sociedade. Deste modo, a exposição das relações de poder e controle social, nas formas de opressão e exploração das mulheres, aproximou-as e fortaleceu-as em suas lutas emancipatórias, permitindo inclusive afirmar que, se a condição feminina não é ‘destino’ biológico, mas apenas uma ‘estação’, é passível de transformação através da ação coletiva política. Assim sendo, a produção de conhecimentos críticos torna-se importante ferramenta para dar visibilidade às desigualdades sociais, particularmente as de gênero, aqui relacionadas ao fumar / saúde feminina. ^{8 9}

2.2 Da revolução à transição de gênero:

Historicamente, o movimento feminista começou a despontar no período da Revolução Francesa quando, com advento do capitalismo, e das enormes transformações econômicas, sociais e políticas, deu-se o deslocamento do trabalho produtivo das casas para o espaço público, fazendo com que as mulheres saíssem para o mercado de trabalho, criando, assim, condições para a participação feminina na sociedade. Este rompimento do confinamento das mulheres ao lar, através do ingresso na força produtiva, permitiu às mulheres que se organizassem pelos seus direitos em diversos países. ¹⁰

As reivindicações por igualdade apregoadas pelas mulheres nem sempre foram aceitas, contabilizando-se, do final do século XIX até o início do século XX, avanços e retrocessos. O movimento do sufrágio é um exemplo desta questão, já que ele foi instituído em diferentes épocas / locais e com repercussões diferentes em função das diferenças socioeconômicas da população, tendo sido, inclusive, considerado como a “primeira onda” do feminismo. Por razões diversas, o movimento de mulheres passou por um período de latência,

⁷ VIEIRA, E. M. A medicalização do Corpo Feminino In: GIFFIN, K. e COSTA, S. H. (orgs). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. pp.67-78.

⁸ BORGES, M. T. T e BARBOSA, R. H. S. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, 2009, vol.14, n.4, pp. 1129-1139.

⁹ BORGES, M. T. T. *Tabagismo em mulheres: as marcas de gênero no fumar feminino*. Dissertação apresentada ao Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, UFRJ, 2007.

¹⁰ RANGEL, O., SORRENTINO, S. Gênero: conceito histórico. *Princípios*, maio-junho, 1994.

tendo ressurgido com intensidade na década de 60, num contexto de efervescência social e política, influenciada pela onda revolucionária socialista e junto aos outros movimentos estudantis e de contestação de costumes, sendo esta fase considerada como a “segunda onda” do feminismo.^{11 12}

É somente a partir da década de 1970 que surge a elaboração do gênero como conceito, decorrente da necessidade de aprofundamento da compreensão de determinadas questões relacionadas à sexualidade, à família e à herança, entre outros. Este conceito trouxe não só visibilidade à opressão da mulher e ao conjunto de relações sociais opressoras de sexo / gênero que as mulheres vivenciavam, mas possibilitou também um maior entendimento sobre a questão.

As feministas passaram a buscar explicações e teorias mais apropriadas que explicassem as desigualdades que persistiam entre mulheres e homens, recusando-se a aceitar os quadros teóricos existentes à época, moldados pela lógica androcêntrica. A partir daquele momento, não era mais justificável aceitar a desigualdade social causada pela distinção sexual, biológica, colocando-se a necessidade de se considerar tudo o que se construiu histórica e socialmente sobre os sexos. Surge, então, gênero como conceito fundamental, ferramenta analítica e política que servirá como arcabouço também para a discussão e compreensão do tabagismo feminino.^{11 12}

A crise econômica dos anos 80 provocou, portanto, uma massiva entrada de mulheres no mercado de trabalho, resultando, entre outras questões, em uma queda brusca da taxa de fecundidade em todas as classes sociais, faixas etárias e regiões. Com as mudanças ocorridas também na configuração familiar clássica – pai provedor, mulher e filhos - paralelos ao aumento do número de “mulheres chefes de família”, responsáveis pela provisão da família, surgem novas contradições. Quando as mulheres passam a assumir uma dupla jornada de trabalho, precisam conciliar seu papel reprodutivo (esfera privada) e de responsabilidade pelo lar com o seu novo papel produtivo (esfera pública), de sustento econômico da família, antes designado ao homem. Este período é conhecido como “transição de gênero”, onde a reprodução torna-se dependente da participação da mulher no mercado de trabalho e sua remuneração, garantia de sobrevivência da unidade familiar, ficando de lado suas aspirações e desejos.

¹¹ LOURO, G.L. *Gênero, Sexualidade e Educação*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997 (Introdução e Capítulo I)

¹² RANGEL, O., SORRENTINO, S. Gênero: conceito histórico. *Princípios*, maio-junho, 1994.

Estes fatos refletem a complexidade da reconstrução dos gêneros, mas ainda apontam para um processo de reelaboração da desigualdade entre os mesmos, já que as novas obrigações sociais para as mulheres ocorrem de maneira diferenciada segundo as classes^{13 14}

Portanto, esta questão do crescimento do trabalho feminino acompanhado da precarização do mesmo, através de contratos temporários e informalidade, entre outros, levando a uma maior vulnerabilidade entre as trabalhadoras, precisa ser melhor refletida. Mesmo em países industrializados, a precarização e a pobreza articulam-se. A feminização da pobreza é hoje um fato: 70% dos 1,3 bilhão de pessoas que vivem em condições de pobreza absoluta no mundo é de mulheres. Além disso, as mulheres realizam trabalho doméstico não pago que, além de consumir muito tempo, é feito de forma ininterrupta, tendo, muitas vezes, um forte componente emocional, como o cuidar da família¹⁵. Estes fatores somados têm, naturalmente, efeitos deletérios na saúde feminina, sendo que o uso de nicotina, uma substância barata e que dá prazer, pode estar atrelada às desigualdades de gênero que as mulheres vem vivenciando, cada vez mais intensamente, na sociedade contemporânea¹⁶.

O fato é que a luta pela emancipação das mulheres pobres, nos países em desenvolvimento, está no cerne de todas as lutas contra a exploração, representando a liberação sexual, racial e de classe¹⁷. E, se pensarmos que a epidemia do tabagismo migrou nas últimas décadas exatamente para estes países, e que é nas classes populares que ela se concentra, atingindo cada vez mais as mulheres, fica claro que a produção de conhecimentos críticos torna-se importante ferramenta para dar visibilidade às desigualdades sociais, particularmente as de gênero, aqui relacionadas à saúde feminina¹⁶.

¹³ GIFFIN, K.. Esfera da Reprodução em uma Visão Masculina: considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classe e de gênero. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, 1994, vol. 4, n. 1, pp.23-40.

¹⁴ GIFFIN, K.. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2002, vol. 18 (sup.).

¹⁵ BRITO, J. C. Enfoque de gênero e relação saúde / trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2.000, vol. 16, n.1, pp. 195-204.

¹⁶ BORGES, M. T. T. *Tabagismo em mulheres: as marcas de gênero no fumar feminino*. Dissertação apresentada ao Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, UFRJ, 2007.

¹⁷ BERMAN, R.. Do Dualismo de Aristóteles à Dialética Materialista: a transformação feminista da ciência e da sociedade. In: JAGGAR, A. e BORDO, S. (orgs). *Gênero / Corpo / Conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1997.

2.3 Epidemiologia do tabagismo: feminização, pauperização e juvenilização do tabagismo.

O tabagismo feminino traz uma nova preocupação para a saúde pública. Os dados epidemiológicos do tabagismo feminino sob a ótica da leitura sociológica identifica três tendências – a pauperização, a juvenilização e a feminização, segundo Trotta Borges e Simões Barbosa (2009). Essas tendências confirmam “O quanto às desigualdades de gênero, entrelaçadas a classe social e de raça/ etnia, estão influenciando sobre a vulnerabilidade feminina às doenças até então masculinas” (p. 1130). Deste modo, há fortes indicações de que o fenômeno de “feminização da pobreza”¹⁸ entrelaça-se à femilização de agravos à saúde causados por problemas antes caracteristicamente masculinos, sendo o tabagismo um deles.¹⁹

20

A indústria do tabaco está à frente nesta área, sempre atentos a novas oportunidades de expansão de seus negócios, cientes das diferenças na prevalência de mulheres fumantes nos continentes Africano e Asiático, ainda considerada baixa (menos que 10%) quando comparada com países desenvolvidos como França e Alemanha (entre 30 e 39% respectivamente) ou com a Suécia e Noruega (acima de 50%), estes com um dos menores índices de desigualdades sociais²¹, percebem que essas áreas geográficas constituem-se como um campo em franca expansão para a indústria fumageira, com um público de consumidoras ainda aguardando para ser alcançado. Inclusive, a chegada da indústria a estes locais é travestida como responsabilidade social, apregoando-se a geração de empregos, renda e melhores condições de vida. Estas diferenças significativas do fumo em mulheres entre os países estão provavelmente correlacionadas às questões sócio-econômicas, culturais e religiosas desses diferentes locais.

¹⁸ ANDERSON, J. La Feminizacion de la Pobreza en America Latina. Peru: *Red Entre Mujeres, Diálogo Sur-Norte*, 1994.

¹⁹ BORGES, M. T. T. *Tabagismo em mulheres: as marcas de gênero no fumar feminino*. Dissertação apresentada ao Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, UFRJ, 2007.

²⁰ BORGES, M. T. T e BARBOSA, R. H. S. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. *Ciênc. Saúde coletiva*. Rio de Janeiro, 2009, vol.14, n.4, pp. 1129-1139.

²¹ ROSEMBERG, J. *Nicotina: droga universal*. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf . Acessada em 24 ago 2005

Reconhece o Banco Mundial e outras instituições desenvolvimentistas das Nações Unidas que o tabagismo agrava a fome, a pobreza e representa um entrave ao desenvolvimento sustentável dos países²². Os maiores percentuais de fumantes no Brasil está nos menos escolarizados (25,7% entre os sem instrução ou com menos de um ano de estudo) e os de menor renda (19,9% entre os sem rendimento ou com menos de um quarto de salário mínimo)²³.

Com relação aos determinantes econômicos, há evidência, na maioria dos países, incluindo aqui os centrais, da forte correlação e prevalência do consumo de cigarros entre as pessoas com baixa renda e menor acesso à educação formal.²⁴ As mulheres encontram-se em piores condições econômicas, o que se reflete diretamente no acesso à educação e à informação, penalizando duplamente o grupo feminino.

A tendência de crescimento do tabagismo feminino ao longo das últimas décadas aponta para um quadro extremamente complexo, em que problemas emergentes se articulam aos anteriores e onde questões de saúde reprodutiva se associam às não reprodutivas²⁵. O uso do tabaco agrava essa situação, potencializando os riscos, por exemplo, das associações entre doenças cardio-cerebrovasculares e a contracepção hormonal e, nas patologias tradicionais, as relacionadas à gravidez e ao parto.²⁶ Some-se a estas questões, o menor acesso das classes populares à educação, à informação e à assistência à saúde, o que se sobrepõe às questões de gênero, reforçando a persistência de problemas que afetam profundamente a saúde feminina, tal como a mortalidade por aborto, a mortalidade materna, a feminilização da epidemia de HIV/AIDS, entre outras.

No Brasil, realizou-se em 1989, o primeiro estudo que apresentou dados sobre a proporção de fumantes no Brasil constatando-se que havia cerca de 30 milhões de fumantes, entre pessoas de 15 anos ou mais, representando 33% do total da população, sendo 40,3%

²² . WORLD BANK, 2002. World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, Switzerland: World Health Organization

²³ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA, 2008. Pesquisa Especial de Tabagismo. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro, 2009.

²⁴ JHA, P.; CHALOUPKA, F.J. A epidemia do tabagismo: os governos e os aspectos econômicos do controle do tabaco. *Publicação Banco Mundial*, Ago 2000.

²⁵ COSTA, A.M., AQUINO, E.L. Saúde da Mulher na Reforma Sanitária Brasileira. In: COSTA, A.M.; MERCHÁN-HAMANN, E.; TAJER, D. (orgs). *Saúde e Equidade de Gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília, D.F.: Abrasco / Alames / Unb; 2000.

²⁶ Carvalho, J.T. *O tabagismo visto sob vários aspectos*. Rio de Janeiro: Medsi; 2000.

homens e 26,2% mulheres²⁷. Em 2008, pela primeira vez a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/ PNAD incluiu a Pesquisa Especial sobre Tabagismo/Petab que apontou a prevalência de fumantes na população brasileira acima de 15 anos correspondente a 17,2% ou seja, 25 milhões de fumantes, sendo 21,6% entre os homens e 13,1% entre as mulheres.²⁸ O estudo mostra que o maior percentual de fumantes entre os homens está no Sul (19,0%), entre as mulheres no Sul (15,9%) e Sudeste (13,3%). No entanto apesar da redução da prevalência dos fumantes, seu efeito deletério na saúde tem implicado em aposentadorias precoces, doenças crônicas e incapacitantes.

As tendências epidemiológicas do tabagismo apontam, na atualidade, para um problema que, dentro de poucos anos, será majoritariamente feminino (Rosemberg, 2004). Diversos motivos foram apontados na iniciação do fumar e no reforço e manutenção do uso do cigarro, tais como as condições econômicas, o estresse provocado pela dupla jornada de trabalho, pela desigualdade de oportunidades de trabalho e salariais, pela violência doméstica, ou mesmo por questões estéticas impostas pelos padrões de beleza vigente na sociedade atual.^{29 30 31}. Há ainda outras questões como os determinantes da saúde / doença, tal como o fato de, na atualidade, as mulheres estarem mais sujeitas a distúrbios de humor, como a depressão e ansiedade, ou a sentimentos como a tristeza e a solidão, sendo o tabaco, muitas vezes, usado como alívio e auto-medicação para questões que deveriam ser enfrentadas de outras formas.

²⁷ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA, 1989. Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição/ PNSN. Rio de Janeiro, 1989.

²⁸ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA, 2008. Pesquisa Especial de Tabagismo. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro, 2009.

²⁹ BORGES, M. T. T. *Tabagismo em mulheres: as marcas de gênero no fumar feminino*. Dissertação apresentada ao Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, UFRJ, 2007.

³⁰ BORGES, M. T. T e BARBOSA, R. H. S. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, 2009, vol.14, n.4, pp. 1129-1139.

³¹ CHOLLAT-TRAQUET, C.M. Pourquoi las mujeres empiezan a fumar y siguen haciéndolo. En: *Mujer y Tabaco*. WHO; 1992. p. 57-73.

Capítulo 3

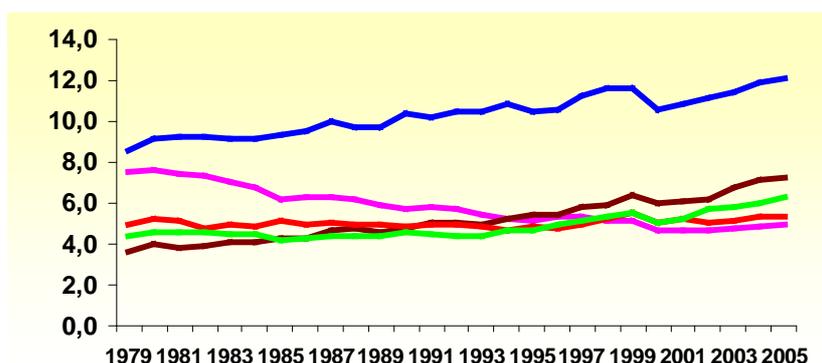
3.1 Impacto do tabagismo na saúde da mulher

Homens e mulheres possuem o risco para as mesmas doenças relacionadas ao tabagismo, só que as mulheres por fatores biológicos apresentam riscos para outras doenças específicas comprovadas cientificamente.³²

As principais causas de morte na população feminina na atualidade são, em primeiro lugar, as cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico); em segundo, as neoplasias – mama, pulmão e colo de útero; e, em 3º, as doenças respiratórias. É possível perceber que as três causas podem estar relacionadas ao tabagismo, sendo que a principal causa de mortalidade feminina por neoplasia, liderada pelo câncer de mama, já foi ultrapassada pelo aumento da incidência do câncer de pulmão entre mulheres em diversos países desenvolvidos³³ No Brasil há indicador que constata a redução da prevalência de tabagismo entre os homens que é a diminuição da taxa de mortalidade pelo câncer de pulmão, concomitantemente, observa-se o aumento da taxa de mortalidade entre as mulheres³⁴. O que torna fundamental a discussão sobre a vulnerabilidade relacionada às desigualdades de gênero, o que influencia bastante este quadro.

Gráfico 1 – Mortalidade por principais tipos de câncer feminino.

Age-adjusted per 100,000 by World Standard Population modified by Doll et al., 1966
Sources: MS/SVS - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM - MS/INCA



³² ROSEMBERG, J. Pandemia do Tabagismo: Enfoques Históricos e Atuais. São Paulo, 2000

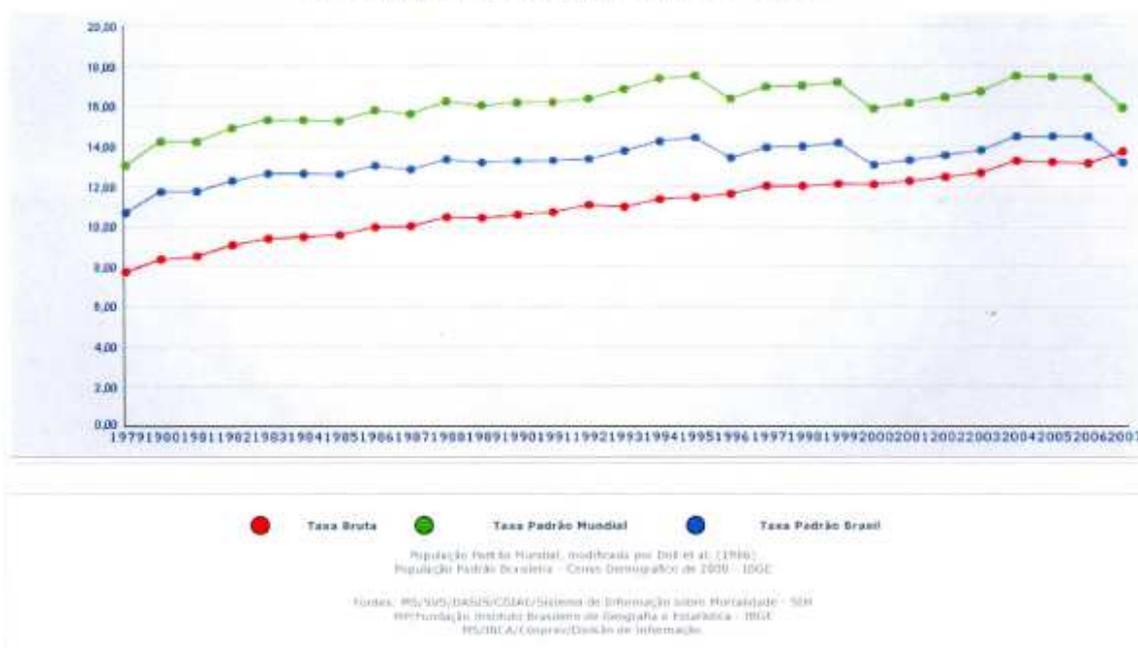
³³ Center for Disease Control (CDC). *Cigarette Smoking-Related Mortality*. [acessado 2001 Jun]. Disponível em www.cdc.gov/tobacco/research_data/health_consequences/mortali.htm

³⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA DE CÂNCER. A situação de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

Uma análise da evolução da taxa de mortalidade por câncer de pulmão entre os homens (Gráfico 2 -linha vermelha escura), ajustado para idade e para a população mundial entre 1979 e 2007, mostra que aumentou durante os anos de 1980 e 1990, atingiu um pico em 1994 (uma taxa de 17,54 mortes por 100.000 homens) e, em seguida, começou a diminuir. Em 2007 essa taxa foi de 15,94. Neste mesmo ano, o câncer de pulmão ainda foi a principal causa de morte por câncer entre os homens.³⁵

Gráfico 2:

Taxas de mortalidade por câncer de Traquéia, Brônquios e Pulmões, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira, por 100.000 homens, Brasil, entre 1979 e 2007.

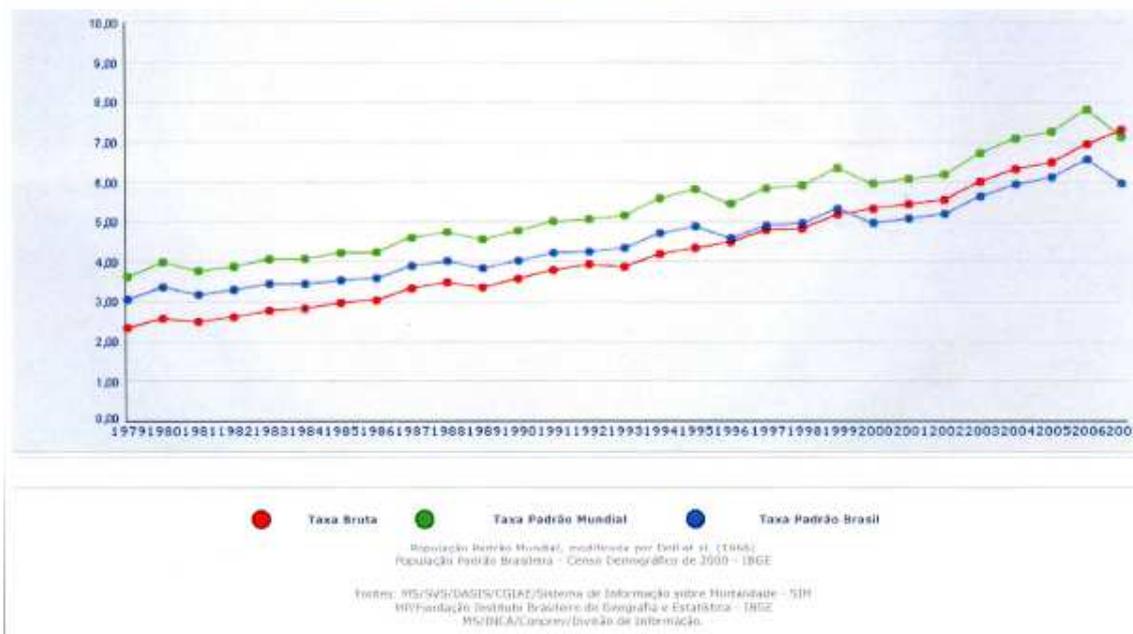


Para as mulheres desta mesma análise mostra que em 1979 esta taxa era muito baixa 3,63 (comparando a taxa de homens) e começou a aumentar no final dos anos 1980 (Gráfico 3). Em 1998 chegou a 6,36, e continua a aumentar. Em 2007 chegou a 7,16. Mas a taxa ainda é muito inferior às taxas entre homens chegaram no mesmo período. Em 2007, o câncer de pulmão foi à segunda causa de morte por câncer entre as mulheres. O que reflete o início mais tardio da epidemia do tabaco entre as mulheres e a influência das medidas de controle

do tabaco para diminuir o tabagismo entre as mulheres antes de chegarem a um nível de prevalência de homens.³⁵

Gráfico 3

Taxas de mortalidade por câncer de Traquéia, Brônquios e Pulmões, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira, por 100.000 mulheres, Brasil, entre 1979 e 2007.



À seguir, alguns dados sobre o impacto do tabagismo para a saúde da mulher fumante:

1. O risco de infarto do miocárdio, embolia pulmonar e tromboflebite em mulheres jovens que usam anticoncepcionais orais e fumam chega a ser dez vezes maior que o das que não fumam e usam este método de controle da natalidade.³⁶
2. Mulheres fumantes de dois ou mais maços de cigarros por dia tem 20 vezes mais chances de morrer de câncer de pulmão do que as mulheres que não fumam.³⁷

³⁵ Análise feita por Tânia Cavalcante de usind dados coletados a partir do Atlas de Mortalidade do INCA disponível em <http://mortalidade.inca.gov.br:80>.

³⁶ Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Falando sobre Tabagismo*. Rio de Janeiro. 3ª edição, 1998.

³⁷ Enrstner, V.L. 'Impact of Tobacco Use on Women's Health' in "Women and the Tobacco Epidemic, challenges for the 21st century". OMS e Instituto Global para o Controle do Tabaco, Escola de Saúde Pública de Johns Hopkins. 2001

3. As mulheres têm o risco maior de ter câncer de pulmão com exposições menores que os homens. Adenocarcinomas ocorrem mais em mulheres fumantes que em homens, e estão associados ao modo diferenciado de fumar (inalação profunda) e ou produtos voltados para a mulher.³⁸
4. Calcula-se que o tabagismo seja responsável por 40% dos óbitos nas mulheres com menos de 65 anos e por 10% das mortes por doença coronariana nas mulheres com mais de 65 anos de idade.³⁹
5. Mulheres fumantes que não usam métodos contraceptivos hormonais reduzem a taxa de fertilidade de 75% para 57%, devido o efeito causado pelas taxas de concentração de nicotina no ovário - no fluido folicular.⁴⁰
6. As fumantes comparadas as não tabagistas tem o 100% de chance de dificuldade e engravidar tardiamente e 30% de chances de tornar-se infértil⁴¹.
7. As fumantes que fazem uso de contraceptivos orais apresentam risco para doenças do sistema circulatórias – aumentando em 39% chances de doenças coronarianas e 22 % de acidentes vasculares cerebrais⁴².
8. Fumar durante a gravidez traz sérios riscos. Abortos espontâneos, nascimentos prematuros, bebês de baixo peso, mortes fetais e de recém-nascidos, complicações com a placenta e episódios de hemorragia (sangramento) ocorrem mais freqüentemente quando a mulher grávida é fumante.⁴³

³⁸ INWAT (1994). The herstories project. New York, International Network of Women Against Tobacco.

INWAT (1999). Kobe Declaration. New York, International Network of Women against

³⁹ U.S. Department Of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: cardiovascular disease*. Maryland, EUA. : CDC, 1984, n. 84-50204, p. 7-8, 109, 1984. Tobacco (<http://www.inwat.org/inwatkobe.htm>, accessed may 2010).

⁴⁰ HOTHAM, ED; GILBERT, A; ATKINSON ER. Problemas associados ao tabagismo na mulher. *Midwifery*.2005 Jun 17.

⁴¹ CDC – Tobacco Use and Pregnancy: Home:Http:// www.cdc.gov/ReproductiveHealth/TobaccoUsePregnacy/index.htm:acessado em dezembro 2009.

⁴² UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES.2001.Woman & Smoking –A Report of the Surgeon General. US Department and Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention National Center for Chronic Disease and Health Promotion Office on Smoking and Health.2001.

⁴³ Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Falando sobre Tabagismo*. Rio de Janeiro. 3ª edição, 1998.

9. A gestante fumante apresenta mais complicações durante o parto e têm o dobro de chances de ter um bebê de menor peso e menor comprimento, comparando-se com a grávida que não fuma. Tais problemas se devem, principalmente, aos efeitos do monóxido de carbono e da nicotina exercidos sobre o feto, após a absorção pelo organismo materno.⁴³
10. Um único cigarro fumado por uma gestante é capaz de acelerar em poucos minutos, os batimentos cardíacos do feto, devido ao efeito da nicotina sobre o seu aparelho cardiovascular⁴³.

3.2 Tabagismo passivo em mulheres

Os primeiros estudos que apontam a correlação do tabagismo passivo com câncer de pulmão foram realizados nos anos 80, no Japão, com esposas não-fumantes, confirmando o risco da exposição à PTA, com uma incidência do câncer duas vezes maior que em mulheres em que ambos, do casal, não fumavam^{44 45 46}. Atualmente, já se encontra bem estabelecido o risco de câncer de pulmão em indivíduos expostos às substâncias tóxicas da fumaça do cigarro, sendo a taxa de mortalidade de 16% a 17% maior que as não expostas, no lar ou trabalho, respectivamente.⁴⁵

Quanto aos riscos relacionados às doenças cardiovasculares em mulheres, particularmente o infarto do miocárdio, alguns estudos encontraram o risco relativo de 1,58 em mulheres não fumantes e expostas ocasionalmente e de 1,91 nas que tinham exposição freqüente à PTA em seus lares ou no trabalho^{45 46}. A exposição freqüente durante a jornada de trabalho corresponde ao consumo de 4 a 10 cigarros por dia.⁴⁷ Em estudos realizados fora dos EUA com mulheres chinesas não fumantes e expostas a PTA, o risco relativo foi de 2.12 e 2.45 para os lares e trabalho, respectivamente⁴⁵.

Em relação especificamente à exposição ocupacional à PTA, os estudos nesta área abordam mais a categoria profissional como um todo, sem distinção de sexo, ressaltando as áreas onde a concentração de nicotina no ar são mais elevadas, segundo a permissão,

⁴⁴ CARVALHO, J.T. O tabagismo visto sob vários aspectos. Rio de Janeiro: Medsi,2000.

⁴⁵ Rosemberg, J..Nicotina droga universal.INCA,2004. Disponível em: <http://www1.inca.gov.Br/tabagismo/publicações/nicotina.pdf> acessado em 15/02/2010.

⁴⁶ ARAÚJO, A.Tabagismo Passivo.IN: VIEGAS, C.ª.Tabagismo:do diagnóstico à Saúde Pública. Conselho Federal de Medicina,Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: Atheneu, 2007. Capítulo 4(pp 33-75).

⁴⁷ HUSGAFVEL-PURSIANEN, K. Genotoxicity of environmental tobacco smoke: a review. *Mutat Res.* 2004 Nov;567(2-3): (pp. 427-45).

restrição ou proibição para fumar. Comparando-se os setores de trabalho, tais como a indústria, escritórios e serviços, observa-se uma grande exposição em restaurantes, hotéis, bares, clubes noturnos e bingos. Este quadro vem mudando sobremaneira com as novas leis de restrição ao fumo em locais fechados.⁴⁶

Uma outra questão que merece destaque é a da condição de gestante em três diferentes situações: como não fumante e não exposta à PTA, como fumante ativa e como fumante passiva. Neste último caso, o feto configura-se como fumante passivo de segunda linha, já que, através de biomarcadores, é possível constatar nicotina e cotinina no sangue, no líquido amniótico e no cordão umbilical da gestante⁴⁵, além de quantidade significativa de cotinina no cabelo de bebês cujas mães são fumantes passivas⁴⁴. No entanto, ainda são poucos os estudos enfocando as conseqüências da exposição passiva durante a gestação, tanto para a mulher como para o feto.

3.3 O tabagismo passivo e mulheres fumantes

Sabe-se que a composição química da fumaça do cigarro é muito complexa, contendo uma grande variedade de produtos tóxicos provenientes da combustão da própria folha do tabaco, afora os aditivos resultantes do uso de agrotóxicos, metais pesados e outros compostos orgânicos. Esta fumaça é uma mistura de partículas sólidas, líquidas e gases, sendo que a fase particulada inclui a principal substância psicoativa responsável pela adicção - a nicotina - além do alcatrão, com suas várias substâncias comprovadamente de efeitos carcinógenos iniciadores. Entre os constituintes da fase gasosa destaca-se, principalmente, o monóxido de carbono, com seus diversos efeitos tóxicos e negativos sobre o organismo, como a diminuição do transporte de oxigênio para os tecidos, relacionado ao desenvolvimento das doenças cardiovasculares.

Nos ambientes onde é permitido fumar, a poluição tabágica proveniente das mais de 5.000 substâncias tóxicas do cigarro é formada por duas correntes: a primária, produzida durante o ato de fumar- aspiração e a secundária, proveniente diretamente da ponta do cigarro aceso, esta constituindo-se como a maior parte do fumo que o fumante passivo inala. A corrente secundária é produzida durante 96% do tempo da queima / consumo de um cigarro e contem concentrações mais elevadas de substâncias tóxicas em seu fluxo do que a fumaça filtrada pelo cigarro e inalada pelo fumante. Apesar da capacidade poluidora da fumaça variar com o número e tempo de consumo dos derivados do tabaco, as dimensões do recinto e sua aeração, a corrente secundária possui três vezes mais nicotina, três a oito vezes mais

monóxido de carbono, quarenta e sete vezes mais amônia e cinquenta vezes mais substâncias cancerígenas, bastando ter apenas um cigarro aceso em um ambiente para poluí-lo.⁴⁸

Estudos mais recentes ampliaram a concepção de risco causado pela PTA às pessoas que convivem com fumantes ou que freqüentam ambientes onde é permitido fumar: uma nicotina residual pode permanecer por meses impregnada nos móveis, nas paredes, em cortinas e mesmo em utensílios. Além disso, resíduos da fumaça provocam uma reação química que, em sinergia com a nicotina residual, gera um composto químico que provoca câncer. Surge, então um outro ator social, o fumante de terceiro grau, aquele que entra em contato com estes resíduos onde alguém tenha fumado.

Mantendo o tema tabagismo passivo e mulheres, mas invertendo posições - a mulher como fumante ativa e sua relação com os filhos -, constata-se que esta situação já se encontra muito bem documentada, sendo que já foram mencionadas, em outro bloco, as principais conseqüências adversas para os bebês / crianças. O fumo durante a gravidez representa um risco grave em sua evolução, inclusive para a própria mulher. Há muitos estudos apontando para suas conseqüências, tanto durante o período da gravidez, do aleitamento, como da infância. Alguns, inclusive, revelam um nível elevado de cotinina na urina de bebês amamentados por mães que fumavam no quarto, se comparados com aquelas que fumavam longe das crianças. Da mesma forma, bebês não amamentados, mas igualmente expostos ao tabagismo materno, apresentaram um teor significativo de nicotina no sangue e na urina, comprovando que, embora a nicotina seja achada no leite, a principal via de intoxicação ainda é a respiratória.⁴⁴ Pesquisas apontam que, nos EUA, de 50% a 66% das crianças na faixa etária até 5 anos de idade – de 9 a 12 milhões – estão expostas à PTA em suas próprias casas, o que aponta para a importância de se realizarem ações voltadas para a conscientização da população a este respeito^{44 46}. O risco para doenças aumenta em 70% se a mãe é fumante e 30% se o pai for fumante⁴⁹.

⁴⁸ ROSEMBERG, José. Nicotina droga universal. INCA, 2004. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf> Acesso em: 15/02/2010

⁴⁹ MEIRELLES, Ricardo. Quais políticas de controle do tabagismo um país deve ter para chegar a um tratamento eficaz? A perspectiva governamental. In: GIGLIOTTI, A.; PRESMAN, S (orgs.) *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABP – Saúde, 2006. (pp. 171- 189).

Quando o tema tabagismo passivo envolve a mulher com o status de fumante ativa / filhos passivos, há muito que se debater além das já documentadas conseqüências à saúde das crianças. Em primeiro lugar, há que se ‘desculpabilizar’ as mulheres e tratá-las como sujeitos com direitos, pois, entre outras questões, a culpabilização costuma levar os indivíduos a se afastarem do problema ao invés de enfrentá-lo. Em uma abordagem de gênero, é fundamental propiciar às mulheres fumantes, em um ambiente acolhedor e compreensivo, a possibilidade de refletirem criticamente sobre suas vidas, sobre as inúmeras responsabilidades que lhes são exigidas e o papel que o cigarro ‘companheiro’ desempenha no alívio das tensões, da sobrecarga de trabalho e mesmo da solidão. Além do mais, no âmbito da saúde das mulheres e na perspectiva do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o programa governamental que define as diretrizes da assistência à saúde das mulheres no Brasil, devemos trabalhar com o objetivo de promover a cidadania feminina, tornando a mulher sujeito de sua vida e saúde, em suma, sujeito de direitos.⁵⁰

Alguns dados importantes:

1. Em estudo realizado no Japão com pais / responsáveis de crianças até 6 anos de idade, constatou-se, inclusive, a ingestão acidental, ou a tentativa de ingestão, de produtos do tabaco em 15.7% das famílias com pais ou mães fumantes e em 28.7% das famílias com outros adultos fumantes, como os avós. Além de 32% das famílias não guardarem apropriadamente o tabaco e os cinzeiros fora do alcance das crianças, 7.5% desconheciam a necessidade de separar uma área para guardá-los. Além disso, 50% dos responsáveis estavam cientes dos danos da exposição. Embora 84% das famílias concordem que as crianças devem ser protegidas do tabagismo passivo para manter a saúde e crescerem saudáveis, somente 25% das famílias realmente protegiam seus filhos fumo passivo.⁵¹
2. Pesquisa americana que mostra um aumento significativo no número de lares que são ambientes livres de fumaça (75%), especialmente quando comparados com os de uma década atrás (43%). Nos lares onde não há fumantes, 84% já baniram o fumo, enquanto em casas com fumantes, somente 32% têm esta proibição⁵².

⁵⁰ BORGES, Márcia T. T e BARBOSA, Regina H. S. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009, vol.14, n.4, pp. 1129-1139.

⁵¹ YOKOTA, I; TSURUSAKI, K; SUGIHARA, N. Accidental ingestion of tobacco products by children and awareness by guardians of the hazard potential. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*. Abr. 2008;55(4) (pp. 238-46). [MEDLINE]

⁵² CDC. Exposure to Secondhand Smoke Among Students Aged 13-15 Years – Worldwide, 2000-2007”. *MMWR*, May, 2007; 56(20): (pp. 497-500)

3. A expansão dos Ambientes Livres de Tabaco permite proteger os não fumantes, além de incentivar os fumantes a repensarem sobre sua dependência. Segundo o relatório, apenas 5% da população mundial encontra-se protegida por legislação que promove e garante os ambientes livres da fumaça tabágica ambiental.⁵³.
4. Apenas estes relatos sobre a PTA já são suficientes para esclarecer algumas das diretrizes da Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) que determinam que os ambientes fechados, públicos ou privados, sejam 100% livres da fumaça do tabaco. Não há áreas especiais para fumantes ou mecanismos de ventilação e processos de filtração eficazes, nem níveis de exposição seguros para não fumantes e trabalhadores quando se trata de PTA. Ações voltadas para o controle efetivo da PTA, além de proteger fumantes e não fumantes, promovem ainda a redução do consumo, a cessação e a diminuição dos gastos públicos com a saúde, sendo considerada uma estratégia abrangente de controle do tabagismo.

⁵³ WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package.
Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282_eng.pdf Acessado em: 15/02/2010.

SUGESTÕES PARA AS ATIVIDADES

➤ SUGESTÕES DE ATIVIDADES PARA A DIVULGAÇÃO DA DATA NÍVEL ESTADUAL E MUNICIPAL

- Procurar envolver, localmente, entidades governamentais ou não-governamentais ligadas ao controle do tabaco e/ou que tenham ligação com o tema.
- Buscar parceria com empresas para neste dia promoverem a troca de cigarros por batons, perfumes, rosas, etc.
- Divulgar, através da mídia, matérias (textos baseados em evidências científicas, referenciadas pela OMS) sobre os malefícios causados pelo tabagismo de uma forma geral, dando ênfase às estratégias da indústria do tabaco ao utilizar a mídia, filmes, novelas e a moda como propaganda de seus produtos.
- Promover nos salões de beleza (cabeleireiro), restaurantes, bares e shoppings: “Um dia sem tabaco”. Incentivando, assim, os proprietários a promover um ou mais dias da semana, próximos ao dia 31 de maio (Dia Mundial sem Tabaco) o ambiente totalmente livre de tabaco em seu estabelecimento. Estimular ou promover pesquisa de opinião sobre esse tipo de ação entre clientes e funcionários desses estabelecimentos;
- Promover a divulgação da data comemorativa através de mensagens nos contracheques estaduais/municipais, nas contas de água, luz e telefone, nos extratos bancários, rádios comunitárias, etc;
- Trabalhar com instituições acadêmicas para realizar e disseminar as informações sobre o malefício do uso do tabaco, principalmente relacionadas ao tema deste ano;
- Buscar apoio de pessoas públicas (artistas, atletas, modelos, igrejas etc), formadoras de opinião, para participação nos eventos comemorativos;
- Buscar apoio com Associações de Moradores de Comunidades Carentes para divulgar, através de palestras/eventos, os malefícios do tabaco.
- Mobilizar estudantes de diversas áreas: comunicação, educação, turismo, saúde, etc, para que possam se tornar multiplicadores do programa de controle do tabagismo;

- Incentivar ONGs locais a realizarem movimentos junto à população e autoridades para o controle do tabagismo, como por exemplo, esclarecimento aos jovens sobre as estratégias da indústria para influenciá-los a fumar;
- Nos municípios em que ainda não houve regulamentação da Lei nº 9.294/96 (lei que proíbe fumar em ambientes públicos fechados), incentivar ONGs e movimentos sociais a pressionarem a Câmara Municipal para que ocorra a regulamentação;
- Promover atividades que reúnam música, ações esportivas e culturais, além de panfletagem;
- Promover, junto às escolas de teatro e artes, ações para jovens e crianças, onde o tema possa ser explorado através de uma peça teatral, brincadeiras e outras atividades de arte.

➤ **SUGESTÕES DE ATIVIDADES PARA ESCOLAS, UNIDADES DE SAÚDE, ORGANIZAÇÕES E ASSOCIAÇÕES DE CLASSE, AMBIENTES DE TRABALHO E COMUNIDADE**

- **Escolas**

- Desenvolver atividades em sala de aula analisando criticamente os discursos e os apelos das propagandas de cigarros, e da promoção de eventos de arte e esporte por produtos de tabaco.
- Desenvolver atividades de análise crítica dos elementos de marketing das embalagens dos produtos de tabaco: cores, nomes de marca e sabores, e como estes podem atrair os jovens/mulheres.
- Promover debates sobre as estratégias da indústria do tabaco relatadas nos filmes “Obrigado por Fumar” de Jason Reitman (EUA), “O Informante” de Michael Mann (EUA) e “Fumando Espero” documentário de Adriana Dutra (Brasil).
- Concurso de desenhos ou de contra-propagandas após o tema ter sido trabalhado nas aulas ou numa palestra para toda a escola.
- Promover peças de teatro nas quais crianças e adolescentes possam dramatizar as mensagens e os apelos das propagandas de cigarro.
- Realizar uma exposição com os cartazes e convidar pais e comunidade à visita.
- Incentivar os alunos a montarem uma exposição sobre os prejuízos decorrentes do consumo de tabaco (dependência; cigarro como droga; substâncias tóxicas do tabaco; prejuízo para a saúde do fumante; a saúde dos não fumantes ou tabagismo passivo; danos econômicos do tabaco; danos ao meio ambiente).
- Realizar palestras com profissionais de saúde sobre os malefícios do cigarro.
- Entrevistar e pesquisar quais as atribuições de cada profissional de saúde para saber como ele pode contribuir no controle do tabaco.
- Pesquisar sobre as diferentes formas do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, narguillé ou cachimbo de água, etc).

- Discutir sobre o respeito à lei (Estatuto da Criança e do Adolescente) que proíbe a venda de cigarros a menores e sobre o seu cumprimento nos estabelecimentos de venda da cidade.

- Unidades de Saúde e Organizações e Associações de Classe de Profissionais de Saúde

As Organizações Nacionais/Locais de Profissionais de Saúde podem:

- Dedicar um artigo ou um editorial para aumentar a consciência sobre a importância do tema “**Tabaco e gênero**” e promover atividades para a ocasião;
- Ter um lugar de divulgação das informações no seu local de trabalho é uma boa forma de chamar a atenção para o controle do tabaco. Divulgue em locais estratégicos onde a mensagem possa ser vista facilmente. Se você é um profissional de saúde, tenha certeza de que qualquer informação que você deva ter – como, por exemplo, sobre cessação de fumar – esteja disponível e à mão;
- Convidar colegas de trabalho a se envolverem em atividades para controle do tabagismo;
- Incluir o tema na agenda de congressos e conferências;
- Engajar os membros em atividades para promover o Dia Mundial Sem Tabaco (31 de maio);
- Escrever artigos sobre o Dia Mundial Sem Tabaco e o tema deste ano no jornal ou informativo;
- Organizar palestras, seminários, debates ou oficinas relacionados ao Dia Mundial Sem Tabaco, ou outro tópico qualquer ligado ao tabaco (cessação de fumar e saúde etc);
- Promover debates sobre os filmes: “*Obrigado por Fumar*” de Jason Reitman (EUA), “*O Informante*” de Michael Mann (EUA) e “*Fumando Espero*” documentário de Adriana Dutra (Brasil).

- Disseminar informação sobre o assunto na página da Internet.
 - Buscar parceria com empresas para neste dia promoverem a troca de cigarros por batons, perfumes, rosas, etc.
-
- **Ambientes de Trabalho**
 - Desenvolver uma parceria com a CIPA (Comissão Interna para Prevenção de Acidentes) e com a Divisão da Saúde do Trabalhador para realização de um evento comemorativo;
 - Incluir mensagens nos contracheques dos funcionários e promover a entrega de folhetos de sensibilização (que pode ser elaborado pela própria Instituição);
 - Realizar um concurso interno entre funcionários, filhos de funcionários (e outro, com pacientes) e familiares, para criação de frases e desenhos sobre o tema e a data. Tais materiais poderiam ser classificados e premiados, assim como permanecer durante um período pré-determinado em exposição em local de grande circulação;
 - Realizar um evento com atividades comemorativas com palestras técnico-científicas; entrega de prêmios; stand para verificação de monóxido de carbono; panfletagem etc;
 - Realizar peça teatral com participação de funcionários e outras atividades com a presença de personalidades;
 - Realizar uma palestra com profissionais de saúde sobre os malefícios do cigarro;
 - Promover debates sobre os filmes: *“Obrigado por Fumar”* de Jason Reitman (EUA), *“O Informante”* de Michael Mann (EUA) e *“Fumando Espero”* documentário de Adriana Dutra (Brasil).
 - Buscar parceria com empresas para neste dia promoverem a troca de cigarros por batons, perfumes, rosas, etc.

- **Comunidade**

- Envolver localmente na campanha de comemoração, instituições das redes públicas, privadas e não governamentais;
- Estabelecer parcerias com a mídia incluindo veículos de comunicação comunitários (rádios comunitárias), para disseminação de informações sobre o tema;
- Promover a divulgação da data comemorativa através de mensagens nos contracheques estaduais/municipais, nas contas de água, luz, telefone, e nos extratos bancários;
- Instituir parcerias com escolas de ensino fundamental, médio e universitário para disseminar informações, além de promover concursos de charges, caricaturas, vídeos, músicas de *hip hop* entre outras atividades que abordem o tema “Tabaco e Gênero”;
- Promover eventos de beleza, artes ou de esportes de apelo para jovens e mulheres;
- Sensibilizar e comprometer formadores de opinião como: artistas, atletas, modelos, esportistas, celebridades na participação dos eventos comemorativos;
- Obter patrocínio junto a empresas locais para realização de shows públicos destinados aos jovens/mulheres, com divulgação na programação de mensagens de alerta a este público para não se deixar seduzir pelas estratégias da indústria do tabaco;
- Contar com o apoio de entidades religiosas, associações de moradores de comunidades de baixa renda para promover palestras/eventos que possam esclarecer sobre a importância do Dia Mundial sem Tabaco;
- Mobilizar estudantes universitários de diversas áreas para que se tornem multiplicadores de informações sobre o tema da comemoração;
- Realizar palestras com profissionais de saúde sobre a importância do controle do tabaco, neste ano com enfoque nas mulheres.

2010 Ministério da Saúde.

Criação, Informação e Distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Praça Cruz Vermelha, 23 - Centro

20231-130 - Rio de Janeiro – RJ

www.inca.gov.br

Realização

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Divisão de Controle do Tabagismo

Rua dos Inválidos, 212 / 2º andar – Centro

Rio de Janeiro – RJ - Cep: 20231-048

Tel: (21) 3970- 7414 - Fax: (21) 3970-7500

e-mail: prevprim@inca.gov.br