



*A totalidade dos gastos sociais decorrentes do tabagismo supera em muito a arrecadação de impostos que ele proporciona: o câncer, segunda causa de morte por doença no país, é responsável por grandes gastos com tratamentos e internações hospitalares, uma vez que 90% dos cânceres de pulmão e 30% de todos os outros tipos de câncer são devidos ao tabagismo.*

*As pessoas começam a fumar ainda muito jovens (antes dos 19 anos de idade) e quanto mais tempo fumam, mais difícil é largar o vício e maiores são as chances de desenvolver algum tipo de doença relacionada ao tabaco. Para abandonar a dependência, são necessárias algumas atitudes como: grande motivação individual, estabelecer uma data específica, solicitar a ajuda de um profissional a fim de obter remédios para passar pela síndrome de abstinência da melhor forma possível.*

Fonte: [www.infoescola.com.br](http://www.infoescola.com.br)

## **PROJETO**

### **CONTROLE E PREVENÇÃO DO TABAGISMO EM ACADÊMICOS NAS FACULDADES DE MEDICINA**

**Uma iniciativa da ABMM – Associação Brasileira de  
Mulheres Médicas.**

#### **APOIO INSTITUCIONAL:**



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA



## Um em cada quatro médicos fuma

Este projeto visa conscientizar os alunos das faculdades de Medicina sobre os riscos do vício de fumar tanto para a sua saúde como para a sua futura profissão.

O objetivo principal deste trabalho é sensibilizar esses estudantes sobre a questão do tabagismo e motivá-los a pararem de fumar, a fim de reduzir o número de médicos fumantes no nosso país e gerar mais qualidade de vida para esses futuros profissionais.

Como objetivo secundário, este projeto visa também criar grupos de multiplicadores dentro das universidades e entre os médicos, construindo uma rede de combate ao fumo entre os jovens.

## O MAPA DO TABAGISMO

- Existem 1,25 bilhões de fumantes no mundo consumindo cerca de seis trilhões de cigarros por ano.
- No Brasil existem 24,6 milhões de fumantes acima dos 15 anos de idade, ou seja, 17,2% da população nessa faixa etária.
- Deste grupo, 14,8 milhões são homens, contra 9,8 milhões de mulheres.
- 70% adquirem o hábito de fumar entre os 14 e 17 anos.
- A cada ano três milhões de pessoas morrem em todo o mundo em decorrência de doenças associadas ao fumo.
- No Brasil morrem 200 mil pessoas por ano de doenças relacionadas diretamente ao fumo. São 8 a 10 pessoas por hora. Dos 35 aos 69 anos, 1/3 das mortes do mundo é relacionado ao fumo, que rouba em média 22 anos de vida dos fumantes.
- 90% dos casos de câncer do pulmão, 30% de todos os outros cânceres, 85% das doenças pulmonares obstrutivas (enfisema e bronquite) e 50% das doenças cardiovasculares estão associados ao fumo. Das 4.720 substâncias contidas no cigarro cerca de 60 a 70 são cancerígenas.
- O fumo está ligado à origem de tumores malignos em oito órgãos (boca, laringe, pâncreas, rins e bexiga, além do pulmão, colo do útero e esôfago).
- A probabilidade dos homens fumantes se tornarem sexualmente impotentes é duas vezes maior do que naqueles que não fumam - pesquisa realizada pela Universidade de Boston.
- Dos seis tipos de câncer com maior índice de mortalidade no Brasil, metade (pulmão, colo de útero e esôfago) tem o cigarro como um de seus fatores de risco.
- Nas fumantes a menopausa se antecipa cerca de cinco anos.
- O fumante passivo tem um risco 30% maior de morrer por doença cardiovascular ou câncer de pulmão do que quem não está exposto diariamente à fumaça de cigarro.
- O impacto do cigarro entre os não-fumantes também é considerável. Cerca de sete não-fumantes morrem por dia em decorrência da inalação da fumaça do cigarro, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (Inca).
- A nicotina é a grande responsável pela sensação de impacto eufórico que se segue a uma tragada. Bastam 7 a 8 segundos para o fumante sentir seus efeitos estimulantes. A quantidade de nicotina de apenas um cigarro é suficiente para matar uma pessoa se for injetada na veia.
- Os teores de nicotina nos cigarros brasileiros são duas a três vezes mais do que o necessário para gerar dependência. Números internacionais informam que o consumo do cigarro está caindo nos países do hemisfério norte, a uma proporção de 1,5% ao ano, e subindo, na mesma proporção, no hemisfério sul.

Fonte: INCA

## Tabagismo no Brasil

- ↻ No Brasil, 200 mil mortes anuais são causadas pelo Tabagismo.
- ↻ Hoje, 16% da população brasileira adulta são fumantes.
- ↻ Isso representa uma diminuição de quase 50% no número de fumantes desde 1989.
- ↻ Os homens apresentaram prevalências mais elevadas de fumantes do que as mulheres. No entanto, o índice de fumantes entre mulheres cresceu 200% entre as mulheres nos últimos anos.
- ↻ A concentração de fumantes é maior entre as pessoas com menos de oito anos de estudo do que entre pessoas com oito ou mais anos de estudo.
- ↻ O cigarro brasileiro é o 6º mais barato do mundo;
- ↻ Cerca de 8% dos gastos com internação e quimioterapia no Sistema Único de Saúde são atribuídos a doenças relacionadas ao consumo do tabaco.
- ↻ Somente com esses dois procedimentos, o governo gasta R\$ 338,6 milhões para tratar doenças relacionadas ao consumo do tabaco.

Fonte: INCA; IBGE; Dr. José Rosemberg; [www.library.ucsf.edu/tobacco](http://www.library.ucsf.edu/tobacco)

## Por que fumamos?

As pessoas começam a fumar principalmente influenciadas pela publicidade maciça do cigarro nos meios de comunicação de massa. Pais, professores, ídolos e amigos também exercem uma grande influência. A publicidade sabe aliar as demandas sociais e as fantasias dos diferentes grupos (adolescentes, mulheres, faixas economicamente mais pobres etc.) ao uso do cigarro, fazendo crer que, ao fumar, esses desejos serão realizados, aumentando o consumo do tabaco entre as pessoas mais facilmente influenciáveis. A publicidade direta é feita por anúncios atraentes e bem produzidos; já a publicidade indireta é feita através dos ídolos e modelos de comportamento em geral.

Noventa por cento dos fumantes iniciaram seu consumo antes dos 19 anos de idade, faixa em que o indivíduo ainda se encontra na fase de construção de sua personalidade. O número constante, ou mesmo crescente, de adesões ao tabagismo contribui para que a indústria do cigarro seja altamente lucrativa, investindo constantemente em publicidade, a fim de atrair mais pessoas. Existem fumantes que morrem, grande parte em decorrência das doenças relacionadas ao tabaco, e outros que, alertados sobre os malefícios do fumo, abandonam o mesmo. Esses consumidores têm que ser substituídos por novos indivíduos, o que estimula o investimento constante em publicidade. Configura-se desta forma um ciclo onde o aumento do consumo traz lucro para a indústria do tabaco e para as empresas de publicidade, que, por sua vez, atraem novos fumantes e, assim, sucessivamente.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. COORDENAÇÃO NACIONAL DE CONTROLE DE TABAGISMO E PREVENÇÃO PRIMÁRIA - CONTAPP.

*Tânia Maria Cavalcante<sup>1</sup>*

*1 Chefe da Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer do Instituto Nacional do Câncer*

Embora a ciência tenha demonstrado de forma inequívoca os graves prejuízos decorrentes do consumo do tabaco, seu uso continua a aumentar globalmente, à custa do crescimento do consumo em países em desenvolvimento. A ausência de medidas abrangentes para controle do tabagismo nesses países torna-os vulneráveis às agressivas estratégias de marketing das grandes companhias transnacionais de tabaco.

Mesmo sendo o segundo maior produtor mundial de tabaco e o maior exportador de tabaco em folhas, o Brasil tem conseguido escapar dessa tendência. Há cerca de 15 anos, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer, vem articulando, nacionalmente, ações de natureza inter setorial e de abrangência nacional, junto a outros setores do governo, com a parceria das secretarias estaduais e municipais de Saúde e de vários setores da sociedade civil organizada.

Nesse trabalho procurou-se descrever a lógica do programa e analisar alguns dos avanços alcançados e alguns dos desafios ainda existentes no âmbito do controle do tabagismo no Brasil. E principalmente, procurou-se evidenciar a importância de diferentes medidas inter setoriais para controlar as várias determinantes sociais e econômicas da expansão do consumo de tabaco, com destaque para as estratégias das grandes companhias de tabaco no Brasil, que a cada dia tornam-se mais agressivas e sofisticadas em resposta aos evidentes efeitos do Programa Nacional de Controle do Tabagismo na redução do consumo.

Fonte: Revista de Psiquiatria Clínica

## Introdução

Apesar de todo o conhecimento científico acumulado sobre o tabagismo como fator de risco de doenças graves e fatais, sobre a sua própria condição de doença crônica ligada à dependência da nicotina, e embora o consumo de tabaco, sobretudo de cigarros, venha caindo na maioria dos países desenvolvidos, o consumo global aumentou cerca de 50% durante o período de 1975 a 1996, à custa do crescimento do consumo em países em desenvolvimento. Nesse período, o consumo cresceu 8% na China, 6,8% na Indonésia, 5,5% na Síria e 4,7% em Bangladesh (World Bank, 1999; WHO, 2001b).

Ao contrário do que ocorre nos países desenvolvidos, as políticas para controle do tabagismo ainda são incipientes em grande parte dos países em desenvolvimento, tornando-os vulneráveis aos planos de expansão das grandes transnacionais de tabaco. Esses planos são confirmados pelos milhões de documentos internos de grandes companhias transacionais de tabaco confiscados e tornados públicos devido a ações judiciais nos EUA e no Reino Unido. Estes documentos vêm sendo analisados e publicados por vários experts na área de controle do tabagismo em todo o mundo (Campaign for Tobacco Free Kids & Action on Smoking and Health, 2001).

“O consumo de tabaco nas nações desenvolvidas seguirá uma tendência de redução até o final do século, ao passo que nos países em desenvolvimento o consumo poderia aumentar em cerca de 3% ao ano! Um quadro verdadeiramente promissor! Não haverá uma sociedade sem fumantes, e sim um crescimento mantido para a indústria do tabaco” (Tobacco Reporter, 1989).

“Não deveríamos estar deprimidos só porque o mercado total do mundo livre parece diminuir. Dentro do mercado total, existem áreas de sólido crescimento, particularmente na Ásia e na África; se abrem novos mercados às nossas exportações, tais como nos países da Indochina e do Comecon (Conselho de Assistência Econômica Mútua); e existem grandes oportunidades de aumentar nossa participação no mercado de algumas regiões da Europa (...). Esta indústria é sistematicamente rentável. E existem oportunidades de aumentar ainda mais essa rentabilidade” (British American Tobacco, 1990).

“Este é um mercado com um enorme potencial. O índice de crescimento demográfico é 2,2% ao ano e 40% da população é menor de 18 anos” (Philip Morris na Turquia, 1997).

Por influência dessas estratégias, a cada dia, cerca de 100.000 jovens começam a fumar, e 80% destes são de países em desenvolvimento. A idade média da iniciação é 15 anos, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerar o tabagismo como uma doença pediátrica (World Bank, 1999; WHO, 2001a).

O total de fumantes no mundo atinge hoje a cifra de 1,1 bilhão, dos quais 800 milhões concentram-se em países em desenvolvimento. O resultado são as atuais 5 milhões de mortes por doenças causadas pelo tabaco, das quais 50% já ocorrem em países em desenvolvimento (World Bank, 1999).

Esse cenário põe em evidência que a expansão do consumo de tabaco é um problema altamente complexo que envolve muito mais do que questões de bioquímica e clínica médica. O papel fundamental de estratégias de marketing sofisticadas e globalizadas no fomento da expansão do consumo em escala planetária fez a OMS considerar o tabagismo uma doença transmissível pela publicidade (WHO, 1999; WHO 2001b).

Na verdade, os variados planos de marketing, descritos nos documentos internos das companhias de

tabaco nos levam a considerar que o tabagismo é uma doença transmissível veiculada por interesses econômicos, que utilizam complexas estratégias – na maioria das vezes, desleais. Essas estratégias têm criado uma aura de aceitação social e um contexto social favorável à expansão do consumo dos produtos de tabaco, apesar de todos os seus efeitos deletérios já amplamente conhecidos (PAHO, 2002b; Campaign for Tobacco Free Kids & Ash 2001).

Dessa forma, toda e qualquer ação dirigida ao controle do tabagismo deve ter um foco muito além da dimensão do indivíduo, buscando abarcar tanto as variáveis sociais, políticas e econômicas que contribuem para que tantas pessoas ainda comecem a fumar quanto os fatores que aqueles que se tornaram dependentes parem de fumar e se mantenham abstinentes.

## **Controle do tabagismo no Brasil, uma situação de constantes desafios**

Mesmo sendo o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco, o Brasil tem conseguido desenvolver ações para controle do tabagismo fortes e abrangentes, o que tem lhe conferido o reconhecimento de liderança internacional nessa área (American Cancer Society, 2003).

O inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis, realizado pelo Ministério da Saúde em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal entre 2002 e 2003 mostrou que a prevalência total na população acima de 15 anos foi de cerca de 19%, variando de 13% em Aracaju a 25% em Porto Alegre (Ministério da Saúde, 2004a). Em 1989, a prevalência de fumantes era de 32%, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição do IBGE.

Corroborando esses dados o monitoramento do consumo per capita de cigarros no Brasil, realizado pelo INCA, que caiu em torno de 33% entre 1989 e 2004, mesmo computando-se as estimativas de consumo de produtos provenientes do mercado ilegal.

Por outro lado, muitas ainda são as dificuldades a serem enfrentadas. Dados do Inquérito sobre Tabagismo entre escolares (Vigescola), realizado pelo INCA entre 2002 e 2003 envolvendo estudantes de 13 a 15 anos de idade em 12 capitais brasileiras, mostraram que a experimentação de cigarros até os 13 anos de idade variou no sexo masculino de 58% em Fortaleza a 36% em Vitória, e, no sexo feminino, de 55% em Porto Alegre a 31% em Curitiba. A prevalência de experimentação foi maior entre meninos do que entre meninas em todas as capitais pesquisadas exceto em Porto Alegre e em Curitiba, onde se observou uma relação inversa. O Vigescola também demonstrou que 40% a 50% dos escolares relataram que compram cigarros em lojas, botequins ou em camelôs e que entre 76% a 97% deles não foram impedidos de comprar cigarros nesses espaços devido a sua pouca idade (Ministério da Saúde/INCA 2004b).

Essas informações, somadas ao fato de que o cigarro brasileiro é um dos mais baratos do mundo, colocam grandes desafios que precisam ainda ser enfrentados para o controle do tabagismo no Brasil. O fácil acesso físico e o preço baixo são, juntos, fatores potencializadores da iniciação (Guindon et al., 2002).

Esse cenário é agravado pelo amplo mercado ilegal de cigarros, que hoje responde por cerca de 35% do consumo nacional, inserindo no mercado brasileiro cigarros ainda mais baratos que os legais (Brasil, Ministério da Saúde, 2003d).

Ainda morrem no país cerca de 200.000 pessoas por ano, provavelmente como consequência dos efeitos tardios da expansão do consumo de tabaco, que teve início nas décadas de 50 e 60 do século passado, e atingiu o seu apogeu na década de 1970 (PAHO, 2002). O câncer de pulmão é o tipo de câncer que mais mata homens no Brasil, e a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres. As taxas de mortalidade por câncer de pulmão têm aumentado em maior velocidade entre as mulheres do que entre os homens

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2003

## **Constantes desafios colocados por grandes corporações transnacionais de fumo instaladas no Brasil.**

Duas grandes transacionais de tabaco, a British American Tobacco (BAT), representada no Brasil pela Companhia Souza Cruz, e a Philip Morris, dominam o mercado nacional de tabaco e têm mantido fortes e contínuas estratégias de contraposição às ações de controle do tabagismo (Brasil, Ministério da Saúde, 2003a). Interligadas por um sistema corporativo global de inteligência, essas companhias mantêm-se atentas às tendências de mercado de tabaco e às políticas governamentais de controle do

tabagismo em todo o mundo, buscando responder de forma global e eficiente aos desafios que essas políticas podem trazer à viabilidade de seus negócios (PAHO, 2002; Campaign for Tobacco Free Kids & Ash, 2001). Atuam de forma articulada buscando explorar as vulnerabilidades individuais por meio de atividades voltadas para induzir crianças e adolescentes a iniciar o consumo, assim como explorar as vulnerabilidades coletivas por estratégias para impedir a disseminação do conhecimento científico sobre os riscos causados pelo tabagismo e para criar e aumentar a aceitação social dos seus produtos, tornando-os objeto de desejo coletivo. E, principalmente, buscam explorar as vulnerabilidades políticas por meio de estratégias para criar "boa vontade política". Para isso, costumam assediar políticos, parlamentares, governantes, seduzindo-os com discursos maquiados de politicamente corretos, financiar ações sociais, campanhas políticas, em troca de acordos voluntários que beneficiem seus negócios, mesmo que isso signifique colocar em jogo medidas efetivas para salvar vidas pela redução do tabagismo.

Aqui no Brasil, assim como em outros países do mundo, companhias como a BAT/Souza Cruz têm adotado esse tipo de estratégia de forma cada vez mais agressiva. Essas estratégias estão descritas nas próprias palavras da BAT em seus documentos internos, abertos ao público por meio de litígio nos EUA<sup>2</sup>. Esses documentos descrevem alguns objetivos e estratégias do Programa Corporativo de Responsabilidade Social da BAT e deixam claras as suas reais intenções:

2. <http://www.ash.org.uk/html/conduct/pdfs/bat2005.pdf>

"(...) Ampliar o acesso e influenciar reguladores e políticos".

"(...) Promover uma reputação positiva, a fim de melhorar nossa capacidade de formatar o futuro ambiente para os negócios".

"(...) Entre os projetos estão: uma clínica para diagnóstico de doenças; acomodação para os sem teto; assim como patrocínio de programas de arte e de educação. Para a BAT, tais programas não só conquistam aliados nos mercados locais, como abrem as portas de políticos e reguladores".

A mais recente e frontal ação política resultou do intenso lobby para impedir o Senado brasileiro de ratificar a Convenção Quadro. Embora o Brasil tenha presidido todo o processo de negociação da Convenção e tenha sido o segundo país a assiná-la, o seu processo de ratificação no Congresso Nacional aconteceu de forma bastante conturbada devido ao intenso lobby e intensa campanha de desinformação, liderados pela Souza Cruz, por meio da Associação de Fumicultores do Brasil, uma organização de fachada mantida pela British American Tobacco/Souza Cruz (Ministério da Saúde/INCA, 2004c), disseminando inverdades sobre as implicações da adesão do Brasil e buscando criar uma falsa relação de causa e efeito entre a ratificação e um suposto caos econômico, o movimento buscou criar um clima de hostilidade e terror entre os fumicultores e, ao mesmo tempo, retardar e confundir o julgamento da matéria pelo Senado, onde o tema tramitou entre maio de 2004 e outubro de 2005.

Apesar da legislação brasileira para controle do tabaco ser uma das mais fortes do mundo, ela é alvo de constantes desafios, uma vez que tem contribuído para avanços como a significativa redução no consumo nacional ao longo dos últimos 15 anos.

Por exemplo, a proibição da propaganda é uma medida amplamente reconhecida como eficaz para reduzir consumo e está em vigor no Brasil desde dezembro de 2000. No entanto, a indústria do tabaco, por meio da Confederação Nacional da Indústria (CNI), vem tentando argüir a inconstitucionalidade dessa medida através de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade perante o Supremo Tribunal Federal, a Adin 33.11<sup>3</sup>.

3. <http://www.cni.org.br/adins/3311.htm>  
<http://www.idec.org.br/noticia.asp?id=2947>

Para garantir suas atividades de marketing, essas companhias costumam contratar profissionais de peso na área jurídica para encontrar brechas nas leis – como aconteceu com a polêmica da corrida de Fórmula 1 no Brasil, que conta com o patrocínio de marcas de cigarros. No final do ano de 2002, com objetivo de garantir a realização da corrida com os patrocínios sem sofrer penalidades, a sua comissão organizadora contratou um jurista de peso para encontrar brechas na Lei Federal 10.167

que previa a proibição de patrocínios de tabaco em eventos esportivos e de artes a partir de 2003 (Folha de São Paulo, 2002).

Também fazem campanhas e usam outros tipos de estratégia com o objetivo de reduzir o impacto de medidas adotadas pelo governo para disseminar informações científicas sobre os riscos do tabaco e para estimular fumantes a deixarem de fumar. Uma situação que ilustra esse tipo de estratégia ocorreu logo após a circulação dos primeiros maços com as fotos das advertências sanitárias, quando algumas marcas de cigarros passaram a circular com panfletos internos autocolantes com imagens de propaganda do produto, numa estratégia para estimular os fumantes a cobrirem as imagens de advertência. (fig.1).

Outro exemplo refere-se à campanha **“Fume com Moderação”**, lançada em 2003 pela Souza Cruz, que tenta convencer os fumantes de que eles podem reduzir o consumo de cigarros. Acredita-se que isto faça parte de uma estratégia que vise dissuadir muitos fumantes de deixar de fumar, ou mesmo passar para os jovens que ainda não começaram a fumar uma falsa percepção de poder controlar a dependência (Figura 2). Faz parte dessa campanha a **inserção de cartões dentro dos maços de cigarros** com a seguinte mensagem: **“Aproveite em excesso. Fume com moderação”**. **“Ninguém tem o direito de fazer suas escolhas por você. É isso que chamam de liberdade, o ideal mais importante na vida de qualquer um. Free sempre acreditou nisso, respeitando os mais diversos estilos, opiniões, atitudes. Cada um na sua. Então, seja livre para fazer o que quiser: cante, ame, dance, crie, apaixone-se, sonhe, aproveite tudo em excesso. E se você decidiu fumar, por que não com moderação? A decisão é sua. Só não deixe de ser quem você é, seja você quem for”**.

Outras estratégias para tentar evitar a adoção de medidas restritivas envolvem o argumento do desemprego que, alegam, as ações para controle do tabagismo poderiam gerar tanto na área da fumiicultura como na área de manufatura. Mais recentemente, têm usado o marketing social para captar a simpatia e a boa vontade de diferentes atores sociais, por meio da adoção de discursos ecológicos, sociais e desenvolvimentistas, e de doações para programas sociais.

Paralelamente, também assistimos ao preparo do terreno para que ações desse tipo tenham êxito, como por exemplo, o assédio do judiciário brasileiro por meio do financiamento do Projeto denominado “Justiça Sem Papel”, na verdade um “Termo de Cooperação Técnica e Financeira” firmado pelo Ministério da Justiça, pela Fundação Getúlio Vargas e pela empresa Souza Cruz S/A<sup>4</sup>.

Por ser obviamente conflitante, em termos de conduta ética e de isenção no julgamento de matérias onde a indústria do tabaco tem sido com frequência ré e também demandante, essa “parceria” foi justamente questionada pelo Ministério Público por “ofender a imparcialidade e independência do Judiciário, e gerar dependência do Judiciário ao custeio privado”.

Enfim, isso é um pouco da radiografia desse jogo. Trata-se de um problema tão sério que os 192 países que negociaram a Convenção inseriram no seu texto um artigo (artigo 5o 3 – Obrigações Gerais)<sup>5</sup> onde os países se comprometem a defender suas políticas de saúde da interferência indevida da indústria do fumo.

4. <http://www.inqj.org.br/forum/tecnologiajustica.shtml>

5. Artigo 5.3 Ao estabelecer e implementar suas políticas de saúde pública, relativas ao controle do tabaco, as Partes agirão para proteger essas políticas dos interesses comerciais ou outros interesses garantidos para a indústria do tabaco, em conformidade com a legislação nacional.

**Todo esse cenário torna evidente que as ações para controle do tabagismo dependem da articulação de diferentes tipos de estratégias e de diferentes setores sociais, governamentais e não-governamentais.**



**Figura 1.** Cartões com propaganda dentro dos maços: uma das respostas da indústria do tabaco às advertências com fotos nos maços de cigarros.



**Figura 2.** Campanha fume com moderação.

## POR QUE OS MÉDICOS FUMAM

**25% dos médicos são fumantes**

Há 25 milhões de fumantes no Brasil e, entre estes, muitos trabalham em hospitais, centros, postos de saúde ou consultórios, lidando com a ausência de saúde todos os dias (num grande número de casos, pacientes que procuram atendimento por causas ligadas ao ato de fumar). São os chamados, hoje em dia, profissionais de saúde, médicos, enfermeiras, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, dentistas, assistentes sociais, preparadores físicos, etc.

**W.R. Spence e V. Herschberger**

**“Milhares de adolescentes esforçam-se, ano após ano, para tornarem-se profissionais de saúde para ajudar as pessoas. O vestibular para medicina, por exemplo, é sempre o mais disputado entre todos os cursos universitários, em nosso país.**

Porque esta turma jovem, esforçada e solidária se expõe aos males do fumo? O que ocorre é bem simples. Apesar de todo o conhecimento que têm, apesar de verem as pessoas adoecendo, muitos

não conseguem largar o cigarro porque são nicotino-dependentes, entraram em contato com a nicotina, em suas adolescências, como quase todos os fumantes. Só depois é que se tornaram profissionais de saúde.

.... por conhecerem mais sobre este problema, é menor o número de fumantes entre estes profissionais do que entre a população em geral.

Quero dizer com isto duas coisas: com o conhecimento sobre os males do cigarro, diminui o risco da "curiosidade", mas, também, que é óbvio que os profissionais de saúde não nasceram tendo este conhecimento e estas experiências.

Em Setembro de 1996, houve um Congresso Brasileiro de Pneumologia em Belo Horizonte, Minas Gerais. Um grupo de especialistas do Rio de Janeiro foi para lá num ônibus fretado. Na volta, durante a viagem, realizei uma pequena pesquisa entre os médicos. Aqui vão alguns dados, colhidos entre os **21 especialistas: 8 fumantes (38%)**, 1 ex-fumante (4,7%) e 13 que nunca foram fumantes (61,3%); entre os 9 (8+1) que tem relação com o cigarro, 7 tiveram pais fumantes durante a sua infância ou adolescência; entre estes mesmos 9, **a idade média em que entraram no vício foi a de 17 anos**. Outro dado que considero importante: entre os oito fumantes, a divisão entre os sexos foi totalmente equilibrada, eram 4 homens e 4 mulheres, um perfeito exemplo da realidade do final do século XX. Vale lembrar, que esta incidência de fumantes é num grupo de pessoas que são especialistas nas doenças provocadas pelo cigarro. No congresso em que participamos, praticamente todos os assuntos tratados mencionavam o perigo do cigarro. "Então, se isto ocorreu num grupo informado, vocês podem imaginar o que pode acontecer com aqueles que não têm a informação adequada e muito menos a convivência com as graves doenças que o fumo acarreta."



**No passado (não tão distante), médicos foram utilizados como garotos-propaganda de marcas de cigarros.**

O ideal seria termos todos os médicos engajados no combate ao fumo. Qualquer especialidade médica tem algo a dizer ao seu paciente fumante, que pode contribuir para que ele (a) consiga estimular-se rumo ao abandono do tabaco ou, no caso dos médicos pediatras, para que os pais tenham consciência do mal que podem provocar, expondo as suas crias às substâncias assassinas.

Apesar de mal pagos, os profissionais de saúde são o último obstáculo à epidemia tabágica. Como no Brasil, por exemplo, 25% dos médicos ainda são fumantes, podemos imaginar que temos muitas oportunidades para avançar nessa luta.

Every doctor in private practice was asked:  
—family physicians, surgeons, specialists...  
doctors in every branch of medicine—  
“What cigarette do you smoke?”

According to a recent Nationwide survey:

## More Doctors Smoke Camels

than any other cigarette!

Not a guess, not just a trend... but an actual fact based on the statements of doctors themselves to 3 nationally known independent research organizations.

**THE “T-ZONE” TEST, WILL TELL YOU**

The “T-Zone”—T for taste and T for throat—in your own laboratory, your proving ground, for any cigarette. For only your taste and your throat can decide which cigarette tastes best to you... and how it affects your throat. On the basis of the experience of many, many millions of smokers, we believe Camels will suit your “T-Zone” to a “T.”

Yes, your doctor was asked... along with thousands and thousands of other doctors from Maine to California. And they’ve named their choice—the brand that more doctors named as their smoke is *Camel*! Three nationally known independent research organizations found this to be a fact. Nothing unusual about it. Doctors smoke for pleasure just like the rest of us. They appreciate, just as you, a mildness that’s cool and easy on the throat. They too enjoy the full, rich flavor of expertly blended costlier tobaccos. Next time, try Camels.

Revista da Associação Médica Brasileira *Print version* ISSN 0104-4230 **Rev. Assoc. Med. Bras. vol.43 n.3 São Paulo July/Sept. 1997**

# Inquérito sobre prevalência do tabagismo na classe médica Brasileira

A.P. Mirra, J. Rosenberg

Comissão de Combate ao Tabagismo da Associação Médica Brasileira

**OBJETIVOS.** Apresentar os resultados do inquérito sobre a prevalência de fumantes entre os médicos do Brasil, segundo suas especialidades, realizado no período de maio a outubro de 1996.

**MÉTODO.** A amostra utilizada foi de respostas espontâneas, constituída por 11.909 médicos associados pagantes da Associação Médica Brasileira, das várias Unidades da Federação e especialidades médicas.

**RESULTADOS.** Constatou-se que 759 (6,4%) são fumantes regulares e 11.150 (93,6%) são não-fumantes; 4.085 médicos (34,3%) são ex-fumantes. Os maiores índices de não-fumantes estão entre os associados de sociedades de especialidades que possuem programas efetivos de controle do tabagismo (pneumologia, cancerologia, cardiologia e otorrinolaringologia). As regiões geográficas do Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram as maiores prevalências de fumantes. O início do fumar está mais presente no grupo de 10-19 anos (72,6%), com distribuição semelhante entre os sexos. Nenhum médico do sexo feminino iniciou o seu vício de fumar antes dos 10 anos de idade.

**CONCLUSÃO.** É de grande importância os médicos receberem informações sobre tabagismo, bem como a realização de programas de seu controle nas sociedades de especialidades e nas federadas da Associação Médica Brasileira.

## AMB cria programa para tratar médicos que fumam

04/11/2010

Hospitais de cinco capitais brasileiras já contam com o programa de combate ao Tabagismo da Associação Médica Brasileira. O objetivo é "sensibilizar os médicos fumantes que trabalham nesses hospitais para procurarem tratamento", define a Comissão de Combate ao Tabagismo da AMB

"O programa foi totalmente aprovado pela AMB, pois embora a maioria dos médicos conheça os problemas que o tabaco traz à saúde, o que ocorre é uma freqüente dependência da nicotina", disse Antonio Pedro Mirra, coordenador da Comissão de Combate ao Tabagismo da AMB.

O programa já foi implantado em hospitais de cinco capitais:

São Paulo: Hospital Albert Einstein, Hospital Sírio Libanês, Hospital das Clínicas FMUSP, INCOR, Instituto de Psiquiatria FMUSP; Hospital A.C. Camargo, Hospital das Clínicas UNESP (Botucatu)

Rio de Janeiro: Hospital do INCA, Hospital Clementino Fraga Filho, Hospital Universitário Pedro Ernesto;

Curitiba: Hospital das Clínicas da UFPR, Hospital XV, Hospital Universitário Cajuru, Hospital do Trabalhador, Hospital Ernesto Gaertner

Fortaleza: Hospital Messejana, Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Geral Dr. César Cals, Hospital Regional da Unimed

Brasília: Hospital Regional de Ceilândia, Hospital São Vicente de Paula, Hospital Regional de Paranoá, Hospital Regional de Planaltina, Hospital Universitário de Brasília.

Cartazes alertam: "Sua saúde e qualidade de vida precisam ser preservadas. Seja um exemplo para você mesmo!"

## ENQUETE - PESQUISA QUANTITATIVA – PROJETO ABMM

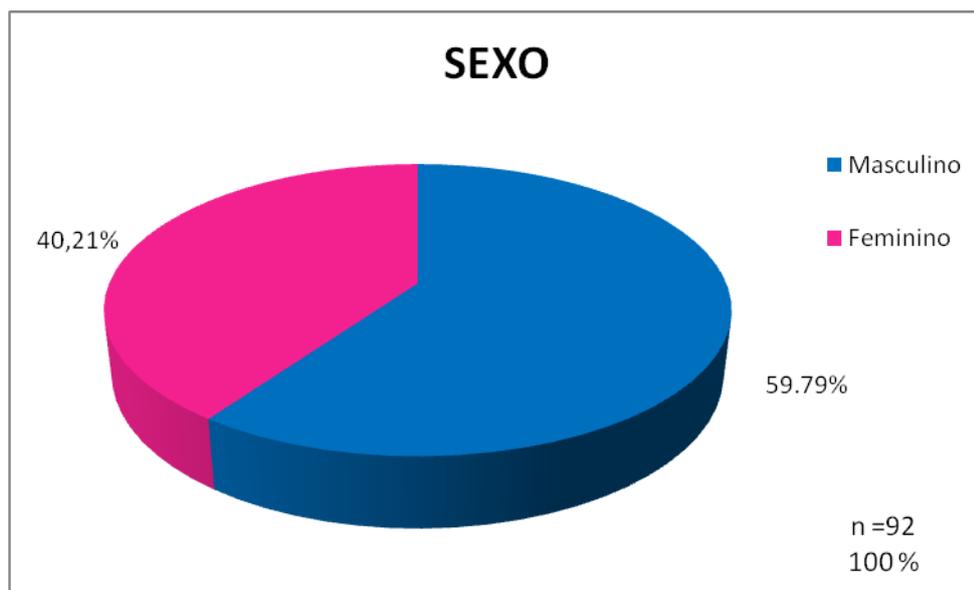
Aplicamos uma pesquisa em um grupo de estudantes universitários, em sua maioria entre 17 e 21 anos para avaliar o grau de rejeição que possuem a respeito de médicos que fumam.

O objetivo dessa enquete era identificar o que esses estudantes pensam com relação à imagem de um profissional da área da saúde ser viciado em nicotina, se esse comportamento interfere ou não na credibilidade do profissional que os atendem.

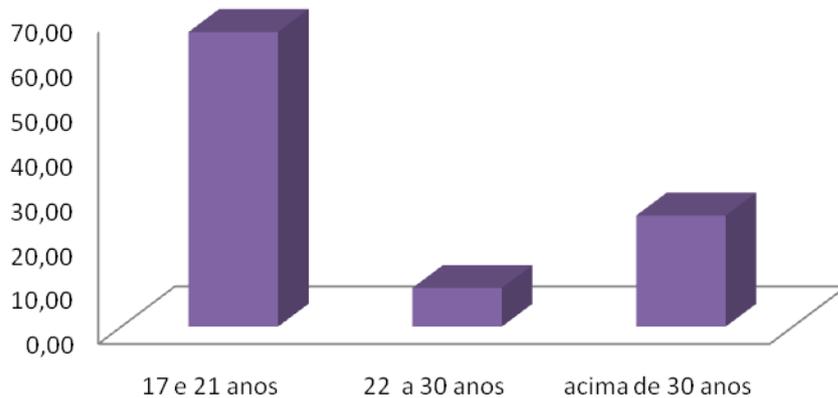
A escolha do grupo foi adequada, pois é com esse perfil que vamos atuar nas Faculdades de Medicina.

**Perfil da amostra: 92 pessoas, 55 homens e 37 mulheres. 66% com idade entre 17 e 21 anos. 85% com nível superior incompleto.**

### PERFIL

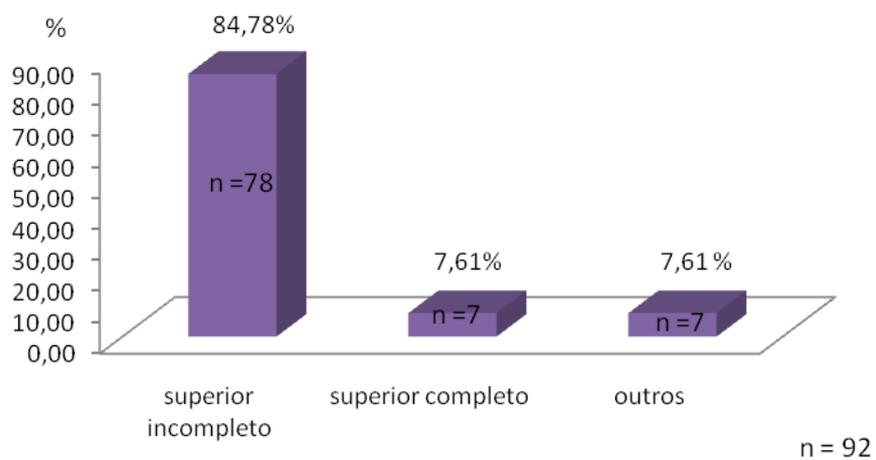


## FAIXA ETÁRIA DO PÚBLICO



Idade	n	%
17 e 21 anos	61	66,30
22 a 30 anos	8	8,69
Acima de 30 anos	23	25,00
Total	92	100,00

## ESCOLARIDADE DO PÚBLICO

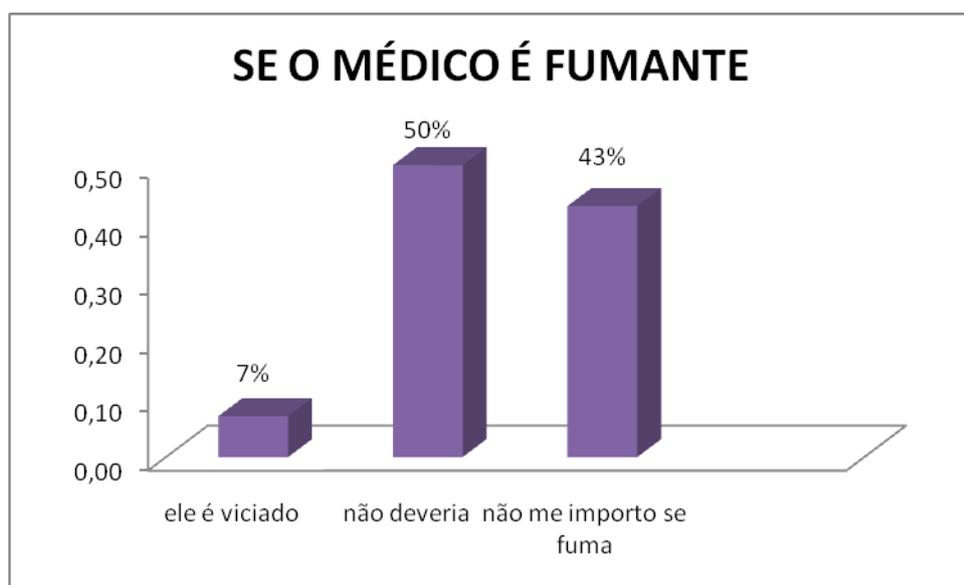


## QUESTÕES LEVANTADAS E RESULTADOS

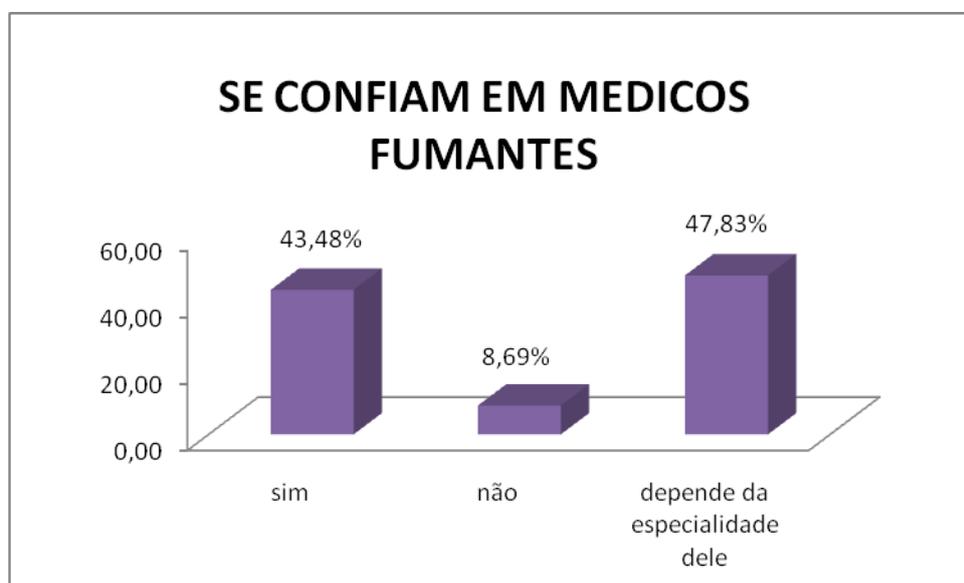
### 1. O que você diria se soubesse que o médico que frequenta fuma:

50 % acham que ele não deveria fumar, pois precisa dar o exemplo.

43% declaram não se importar se o médico fuma e 7% indicam que esse médico é viciado e não consegue parar.

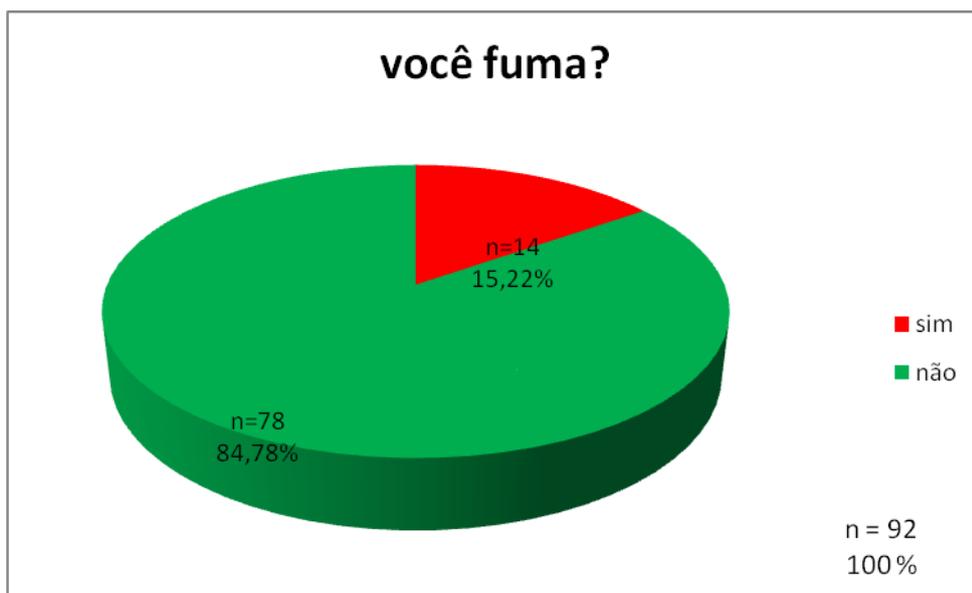


### 2. Você confiaria a sua saúde a um médico que fuma:



Apenas 8,69% alegam não confiar em médicos fumantes. 47,83% que dependem da especialidade do profissional e 43,48% confiam nesses médicos, apesar de fumarem.

### 3. Você fuma

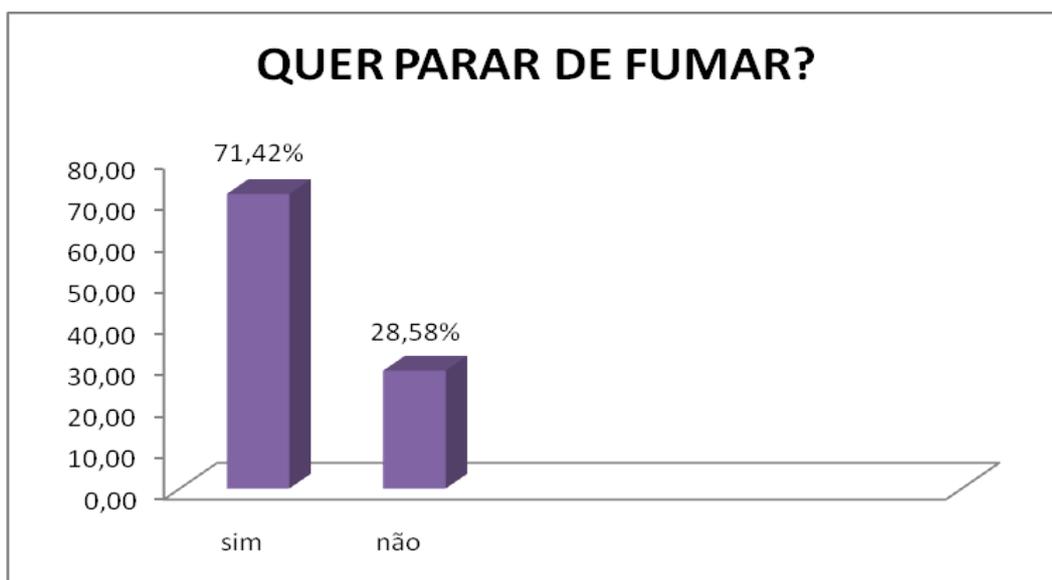


**85% declaram-se não fumante.**

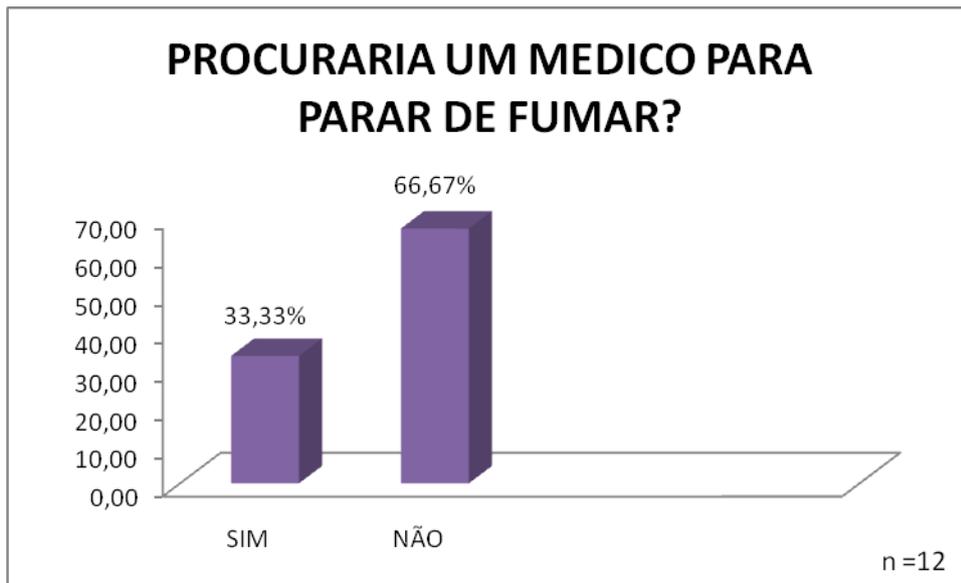
**RESPOSTAS DOS FUMANTES = 14 pessoas, sendo 09 mulheres e 05 homens.**

**As mulheres representam a maioria fumante: 64,28%**

1. Das pessoas que fumam quase 72% declaram: estão dispostas a parar de fumar.

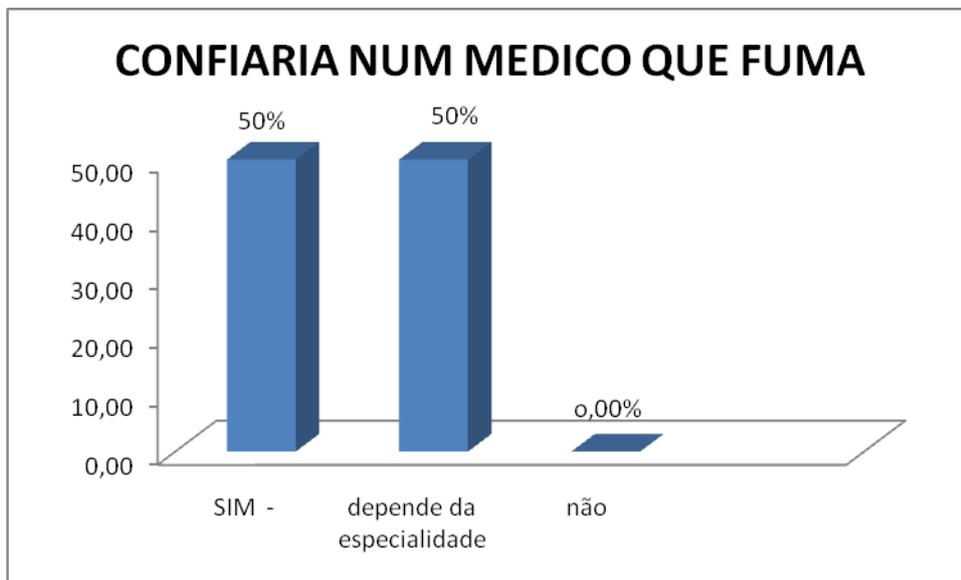


2. Procuraria um médico para parar de fumar: 12 pessoas responderam.



Das pessoas que fumam, **apenas 33,33%** procurariam um profissional para ajudar no tratamento.

3. Confiaria num médico que fuma para ajudar no tratamento:



50% declaram confiar no médico que fuma

50% alegam que depende da especialidade desse profissional.

## **CONCLUSÃO DA ENQUETE**

O perfil pesquisado é próximo ao que vamos atuar com esse trabalho, estudantes universitários. As respostas revelam que não existe ainda uma consciência clara sobre a influência que o tabagismo exerce nas pessoas com relação aos profissionais da área da saúde, ainda que a maioria seja não-fumante. Segundo os resultados desta enquete, a confiança no profissional da medicina não é abalada com o hábito de fumar, e quando essa desconfiança se revela, é relacionada à especialidade desse profissional. Esses jovens quase que compactuam com a premissa de que fumar é um hábito difícil de abandonar, mesmo que seja por médicos. Declaram que os médicos não poderiam fumar, pois deveriam dar o exemplo uma vez que lidam com a saúde, mas se fumam, não são rejeitados, pelo menos por esses jovens estudantes.

As mulheres lideraram a enquete de fumantes, mesmo sendo minoria na amostra.

Devo lembrar que esse grupo pesquisado não revela a expressão da massa, ou seja, eles representam uma parte da população que em sua maioria pertence às camadas A e B da sociedade por já serem estudantes universitários ou estão migrando para essas classes num curto período de tempo.

Para avaliarmos a opinião das camadas mais populares, os freqüentadores do SUS, onde as pesquisas demonstram haver maior propensão ao fumo, seria necessário abrir essa amostragem e fazer um paralelo comparativo. No entanto, não é objetivo principal desse projeto estabelecer esse parâmetro no momento.

Essa enquete foi realizada com o objetivo apenas de avaliar se a imagem do médico que fuma fica abalada junto à sociedade. E constatamos que não diretamente, pelo menos para este grupo.

A maioria dos fumantes está disposta a parar de fumar, abrindo grandes perspectivas para o projeto em questão.

## RESUMO GERAL

O tabagismo é ainda um grave problema de saúde pública no Brasil. Entre os profissionais da medicina, os médicos estão fumando menos e as mulheres mais. As mulheres têm mais dificuldade em largar o vício do tabaco do que os homens por motivos estéticos.

Aproximadamente 25% dos médicos fumam regularmente, vício que adquiriram em sua maioria, na juventude, entre os 17 e 19 anos. Hoje são dependentes do tabaco.

A enquete indica que os jovens não têm rejeição a médicos fumantes por acreditarem tratar-se de um vício aceitável.

Visando diminuir consideravelmente esses índices de fumantes entre esses profissionais, este projeto vai unir esforços para disseminar uma campanha de controle do tabagismo em todas as Universidades de medicina, inicialmente no estado de São Paulo, estendendo-se para todo o Brasil através dos Centros Acadêmicos, envolvendo os docentes e administradores, além dos profissionais já formados.

O Programa contará com três frentes de atuação:

1. Tratamento dos estudantes com dependência que aderirem ao programa;
2. Controle do tabagismo entre os alunos que entrarem em contato com a campanha desencadeada pelo programa;
3. Formação e capacitação de multiplicadores nas Universidades e na sociedade em geral;

Como principais parceiros, buscaremos apoio junto ao CFM, CRM, APM, AMB, SMS, SES, INCA, Ministério da Saúde e principais laboratórios para financiamento e disseminação da campanha.

Como conselho consultivo, contaremos com o apoio de especialistas como psiquiatras, pneumologistas e oncologistas, além de nutricionistas e educadores da área de exercícios físicos para complementar o programa de tratamento.

É importante aplicar uma pesquisa qualitativa no grupo focado para detectar tendências de comportamento e assim, traçar uma estratégia mais assertiva de comunicação.

## **O OBJETIVO É CONSTRUIR UMA REDE.**

Para conquistar multiplicadores para a disseminação da mensagem de que o tabaco é altamente prejudicial à saúde dos nossos jovens, faz-se necessário iniciar uma forte campanha de oposição à indústria do tabaco com uma comunicação assertiva que contradiz os benefícios que essa indústria utiliza para seduzir os seus consumidores.

E não apenas isso. É preciso conscientizar esses jovens da qualidade de vida, de imagem, de longevidade que esses estudantes poderão ganhar com a iniciativa de vencer o vício de fumar.

## **BENEFICIARIOS DESTE PROJETO**

As Faculdades de Medicina que engajarem-se nesta campanha, conquistando maior credibilidade junto à opinião pública;

Os estudantes que contarão com todo apoio para superar o vício conquistando um futuro mais saudável e seguro;

A sociedade em geral, que contará com profissionais na área da saúde mais saudáveis e conscientes de suas responsabilidades.

Os apoiadores, que fortalecerão sua imagem junto à classe médica.

## **DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS**

As diretrizes do Projeto Controle de Tabagismo em Acadêmicos das Faculdades de Medicina guiam suas estratégias de forma a atuar sobre determinantes sociais e econômicas que favorecem a expansão do consumo de tabaco entre esses jovens estudantes e envolvem:

- Criação de um contexto social e político favorável à redução do consumo de tabaco nas Faculdades de Medicina;
- Equidade, integralidade e intersetorialidade nas ações;
- Construção de parcerias para enfrentamento das resistências ao controle do tabagismo entre os estudantes de medicina;
- Redução da aceitação social do tabagismo entre os médicos;
- Redução dos estímulos para a continuidade do hábito de fumar;
- Redução do acesso aos produtos derivados do tabaco;
- Proteção contra os riscos do tabagismo passivo;
- Redução das barreiras que dificultam a cessação de fumar entre os estudantes;
- Criação de um programa de tratamento gratuito voltado a atender esses jovens que estão dispostos a parar de fumar;
- Desenvolvimento de uma campanha de comunicação que motive esses estudantes a aderirem ao programa;
- Implantação de um programa de acompanhamento e motivação para que esses jovens consigam passar pelo período crítico de abstinência e não voltem para o vício.

## **As estratégias e as ações do projeto**

Para alcançar os objetivos das diretrizes acima delineadas, o Projeto deverá articular três estratégias operacionais essenciais:

1. Apoio dos Centros Acadêmicos de todas as Universidades de Medicina;
2. Intersetorialidade das ações pelas Universidades e seus docentes, Conselhos Federal e Regional de Medicina, Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, INCA, Ministério da Saúde, APM, AMB e demais Instituições interessadas.
3. Construção de parceria com a sociedade civil organizada, os familiares dos estudantes.
4. Conquista de patrocinadores que tenham interesses em financiar o programa.

Por meio dessas estratégias essenciais será possível articular três grupos de ações centrais:

1. Educativas;
2. Promoção para motivação da cessação de fumar entre os futuros profissionais da medicina;
3. Mobilização de grupos de apoio para o controle do tabaco nessas Universidades.

## **ESTRATÉGIAS A SEREM IMPLEMENTADAS**

### **O símbolo da campanha**

Criação de um símbolo de liberdade e longevidade. Vamos disseminar a mensagem de que parar de fumar faz bem a todos e que um médico não deveria fumar porque as pessoas precisam deles são e por muito tempo.

Aproveitaremos o slogan da ABMM – *Curando com o amor de mãe* para que esses jovens sintam-se envolvidos nesse amor dedicado a eles.

### **Divulgação**

Criação de um material de divulgação do programa de tratamento para esses jovens estudantes:

- Um filme de 05 minutos com depoimentos de médicos conceituados, ex-fumantes, nutricionistas e demais profissionais envolvidos no programa convidando-os a participarem do projeto;
- Cartazes para serem fixados nas Faculdades de Medicina;
- Mensagens a serem encaminhadas via sms para os celulares dos estudantes com o cadastro fornecido pelos Centros Acadêmicos; Mensagens diferenciadas para Homens e Mulheres - trabalharemos as mensagens individualmente, após o registro dos estudantes no programa. Homens e Mulheres reagem de forma diferente às mensagens propostas.
- Site do programa com informações transmitidas pelo Conselho Consultivo contendo links para Blogs e sites de consultores e apoiadores do projeto;
- Criação de grupos afins nas redes sociais;
- Palestras com profissionais qualificados para introdução do programa nas Faculdades;

### **EVENTO DE LANÇAMENTO DO PROGRAMA**

Evento de lançamento na APM convidando os presidentes dos Centros Acadêmicos das Faculdades determinadas, parceiros e colaboradores para a implantação do programa.

### **MATERIAL PROMOCIONAL**

Desenvolvimento de um Kit para esses estudantes, contendo informações e peças de impacto para motivar à adesão no programa. Serão distribuídos pelos Centros acadêmicos para os estudantes cadastrados.

### **Campanha de sustentação**

Adotaremos a estratégia de envio de mensagens motivacionais via sms para os celulares. Esta estratégia foi utilizada com êxito na Grã Bretanha: "as pessoas que querem parar de fumar têm duas vezes mais chances de ter sucesso e abandonar o vício quando recebem mensagens de texto em seus telefones celulares para encorajá-las, revelou um estudo publicado na revista médica "The Lancet".

## **UNIVERSO A SER ATINGIDO**

Considerando um universo de 4.000 alunos cadastrados no diretório dos centros acadêmicos da APM – Associação Paulista de Medicina, será feito um levantamento dos alunos fumantes nas 30 Faculdades associadas.

Iniciaremos o programa pelas 10 Faculdades de Medicina da cidade de São Paulo, Mogi e ABC.

A idéia é que uma grande campanha seja desencadeada entre os acadêmicos das Faculdades de Medicina, conquistando adeptos e multiplicadores para que os alunos fumantes sejam motivados a aderirem o programa de tratamento e desta forma, servirem de exemplo para os demais dependentes da nicotina.

Disponibilizaremos para esses alunos informações científicas, aulas focadas no tema tabagismo, literatura apropriada e faremos parcerias com Associações afins e com o Cratod – Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas para que os acadêmicos fumantes sejam encaminhados para o tratamento adequado nos Centros de Tabagismo vinculados à sua Faculdade.

A cada ano 13.000 novos alunos ingressam no curso de medicina.

O objetivo da Associação Brasileira de Mulheres Médicas é tornar esse programa perene para que os acadêmicos das 180 Faculdades de Medicina existentes em todo o Brasil sejam beneficiados.

## ENTIDADE PROPONENTE E EXECUTORA:

**ABMM** – Associação Brasileira de Mulheres Médicas – Website: [www.abmmnacional.com](http://www.abmmnacional.com)

A Associação Brasileira de Médicas (**ABM**), também conhecida por Associação Brasileira de Mulheres Médicas (ABMM), foi fundada por estímulo da Associação Internacional de Médicas (Medical Women's International Association (MWIA), no dia 16 de novembro de 1960, na cidade do Rio de Janeiro, tendo como iniciadoras as Dras. Hilda Maip, Hildegard Stoltz e Maria Brasília Leme Lopes, do Rio de Janeiro, Elisa Checchia de Noronha, do Paraná, e Elsa Reggiani de Aguiar, Dorina Barbieri e Vicentine Spina Forjaz, de São Paulo.

A ABM tem os mesmos objetivos e finalidades da MWIA, à qual é filiada respeitando-se as variações decorrentes de usos, costumes ou leis locais, e são os seguintes:

1. Estimular e encorajar o acesso da mulher às ciências médicas e ajudá-la na melhor utilização de sua formação médica;
2. Proporcionar ocasião para o encontro entre médicas e a discussão de problemas de interesse comum, principalmente aqueles que permitem à médica ser útil à comunidade;
3. Incentivar a amizade e a compreensão entre as médicas do mundo todo, sem distinção de raça, religião ou opinião política;
4. Apoiar toda a iniciativa ou medida visando a supressão de qualquer discriminação que ainda exista entre médicos, homens e mulheres, em relação à remuneração e à carreira profissional.

Resumindo, a ABM tem o firme propósito de levar avante nobres idéias: o de promover o encontro e a amizade entre as médicas, o intercâmbio científico, o estudo de problemas de saúde da comunidade em geral, o auxílio mútuo para a resolução de problemas inerentes à condição de médica, mãe de família e dona de casa.

**Presidente:** Dra. Marilene Rezende Melo – SP

- Formada pela Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo;
- Título de Especialista em Patologia Clínica pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica / Medicina Laboratorial (SBPC/ML);
- Ex Presidente da SBPC;
- Ex Presidente da Associação Latino Americana de Patologia Clínica;
- Ex Presidente da WASPaLM - World Association of Societies of Pathology and Laboratory Medicine por duas gestões;
- 2003 a 2005 e 2005 a 2007. Sociedade que congrega 40.000 (quarenta) mil médicos de 27 (vinte e sete) sociedades médicas em 18 (dezoito) países dos 05 (cinco) continentes;
- Agraciada com o Prêmio GOLD HEADADE CANE (BENGALA DE CABEÇA DE OURO) na Malásia em 2007;
- Sendo o primeiro médico latino americano a receber tal prêmio dentre os 15 (quinze) desde de 1947 sendo o 1º Sir Alexander Fleming da Inglaterra;
- Diretora de Patrimônio e Finanças da AMB por 02 (duas) gestões de 1989 a 1997;
- Diretora de Patrimônio e Finanças da APM por 02 (duas) gestões de 2001 a 2005;
- Conselheira Fiscal da SBPC de 1995 a 2011;
- Conselheira Fiscal da AMB de 2007 a 2011;
- Certificado de Mérito como Past President Associação Mundial WASPaLM em 2009;
- Eleita Titular da Academia de Medicina de São Paulo em 2008;
- Eleita Presidente da ABMM-Nacional em 2010.

## CONSELHO CIENTÍFICO

O programa já conta com profissionais especialistas experientes em suas modalidades e que também possuem foco na disseminação do combate ao fumo.

Presidido pela doutora Nise Yamagushi, oncologista e forte atuante no combate ao tabagismo no Brasil, este conselho disponibilizará importantes informações que visam orientar adequadamente os jovens acadêmicos na luta contra o vício de fumar.

Os profissionais convidados e que aceitaram prontamente fazer parte da equipe do programa são:

**Nise Yamaguchi** , presidente do Conselho: Médica formada pela Faculdade de Medicina da USP em 1982; Doutora em Medicina e Mestrado pela Faculdade de Medicina da USP; Cursos e estágios na Alemanha e Suíça em medicina humanizada pela Antroposofia em 1983 e intercâmbio científico com o Memorial Sloan Kettering Cancer Center de Nova York e o MD Anderson Cancer Center de Houston-USA; Residência em Clínica Médica e Imunologia no Hospital das Clínicas da FMUSP em 1984 a 1986 e estágio em oncologia na Clínica Paulista de Oncologia; Board americano ECFMGES ; Título de especialista em Oncologia Clínica pela European Society of Medical Oncology; Título de Especialista em Oncologia Clínica pela Sociedade Brasileira de Cancerologia e Associação Médica Brasileira; Título de Especialista em Alergia e Imunopatologia pela Associação Médica Brasileira.

**Marilene Rezende Melo**, Formada pela Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo; Título de Especialista em Patologia Clínica pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica / Medicina Laboratorial (SBPC/ML); Ex Presidente da SBPC; Ex Presidente da Associação Latino Americana de Patologia Clínica; Ex Presidente da WASPaLM - World Association of Societies of Pathology and Laboratory Medicine por duas gestões. Atual Presidente da ABMM – Associação Brasileira de Mulheres Médicas.

**Antonio Mirra** - Coordenador do Controle de Câncer de SP, ligado ao Departamento de Epidemiologia e Presidente da Comissão de Controle do Tabagismo da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP.

**Tania Cavalcante** - Secretária Executiva da Comissão Nacional da Implementação da Convenção Quadro para Controle do Tabaco, INCA

**Elizabeth Prudente** - Endoscopia Respiratória, USP

**Luizemir** - Especialista em Psiquiatria (Associação Brasileira de Psiquiatria). Especialista em Saúde Pública pela USP. Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Especialista em Adolescentes (Sedes Sapientiae).

**Monica Andreis** - Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica pela USP, Especialista em Psicologia Hospitalar, Vice-Diretora da Aliança de Controle do Tabagismo (ACT).

**Montezuma Ferreira** - Coordenador do Programa Tabagismo, HCFMUSP

**Ana Zollner** , Professora da Universidade Nove de Julho; Residência Médica- Pediatria na Comissão Estadual de São Paulo, Professora de Saúde Pública – Preceptora de Pediatria na Universidade de Santo Amaro.

**Vera da Costa e Silva** – Professora e Colaboradora da Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz

**Silvia Maria Cury Ismael**, Mestre e doutora em Ciências pela FMUSP; Gerente do Serviço de Psicologia Hospitalar do HCor; Coordenadora do Programa de Cessação do Tbagismo do HCor;

Coordenadora do comitê anti-tabaco da SBC/FUNCOR; Prof. Do MBA em Saúde e Qualidade de Vida do São Camilo, módulo Tabagismo.

**Fátima Regina Alves**, Diretora de Assuntos Técnico-Profissionais da ABMM (2010-2012); Presidente da Sociedade Paulista de Otorrinolaringologia e do Departamento de Otorrinolaringologia da APM (2008-2011); Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HSPM-SP; Doutora em Otorrinolaringologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa-SP.

#### **EQUIPE EXECUTORA E ADMINISTRADORA**

**Nivia Oliveira**, Doutorado em Psicologia (Psicologia Clínica) pela PUC-SP, Masters of Science in Rehabilitation Counseling pela California State University; Masters of Business Administration pela California State University.

**Eny de Oliveira**, graduada em Publicidade e Propaganda com Pós graduação em marketing pela Fundação Getúlio Vargas. Consultora em marketing, é integrante do Comsaúde – Comitê da Cadeia Produtiva da Saúde – área da medicina – na FIESP.

### **PLANO DE SUSTENTABILIDADE DO PROGRAMA**

O programa contará com o apoio de financiadores - serão vendidas quotas de patrocínio para empresas privadas e demais instituições afins com os objetivos propostos pelo projeto

Em contrapartida, esses patrocinadores terão suas logomarcas aplicadas em todo o material de divulgação do programa pelo período de 12 meses e terão a oportunidade de estreitar um relacionamento com os acadêmicos de medicina bem como dos multiplicadores do programa, considerando um universo formador de opinião e com alto poder aquisitivo. Os financiadores serão informados sobre as adesões e os resultados adquiridos através de relatórios periódicos.