

O PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NO BRASIL : AVANÇOS E DESAFIOS

Elaborado por Tânia Maria Cavalcante¹ com a colaboração da Equipe da Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer/Coordenação de Prevenção e Vigilância/Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde: Aline Mesquita, Andréa Reis, Beatriz Jardim, Cleide Carvalho, Cristina Perez, Cristiane Vianna, Érica Cavalcanti, Fábio Gomes, Felipe Mendes, Gilcenira Esteves, Júlio Wong, Luisa Goldfarb, Luana Soares, Márcia Teixeira, Marcus Valério Oliveira, Maria Raquel Silva, Mariana Pinho, Paula Peterman, Ricardo Meirelles, Rita de Cassia Martins, Sueli Couto, Tatiane Soares, Valéria Cunha, Vera Lúcia Colombo.

1. INTRODUÇÃO

Apesar de ser um país em desenvolvimento, de ter dimensões continentais e quase 200 milhões de habitantes, e de ser o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco em folhas do mundo, o Brasil tem conseguido desenvolver um Programa de Controle do Tabagismo forte e abrangente.

E alguns resultados positivos já vêm sendo observados, como a redução do consumo anual per capita de cigarros em cerca de 32% entre 1989 e 2002, mesmo computando-se as estimativas de consumo de produtos provenientes do mercado ilegal (contrabando e falsificações) (Brasil - Ministério da Saúde, 2003); e a redução da prevalência de fumantes de 32% em 1989 para cerca de 20% em 2002 (Brasil – Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), 1989; Brasil - Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, 2004).

Por outro lado, muitos ainda são os desafios a serem enfrentados. Ainda morrem no País cerca de 200.000 pessoas por ano devido ao tabagismo, provavelmente como conseqüência dos efeitos tardios da expansão do consumo de tabaco que teve início na década de 50 e 60, e atingiu o seu apogeu na década de 70 (PAHO, 2002). O câncer de pulmão continua a ser o tipo de câncer que mais mata homens no Brasil, e a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres.

¹Secretária Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para Controle do Tabaco e Chefe da Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer – Coordenação de Prevenção e Vigilância/Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde

As taxas de mortalidade por câncer de pulmão têm aumentado com maior velocidade entre as mulheres do que entre os homens nos últimos anos, um provável reflexo da tendência mais tardia de crescimento do tabagismo entre mulheres (Ministério da Saúde, 2003).

Dados nacionais mostram que embora o consumo venha caindo mesmo entre os jovens, em alguns lugares do Brasil meninas estão fumando mais do que meninos (Brasil - Ministério da Saúde, 2003). Também mostram que o consumo de tabaco se concentra em populações de baixa renda e escolaridade (Figueiredo et al, 2002)

O fato do cigarro brasileiro ser o sexto mais barato do mundo e a facilidade de acesso físico aos produtos, provavelmente facilitam a experimentação e a iniciação entre crianças e adolescentes (Guidon et al, 2002; World Bank,1999).

O amplo mercado ilegal de cigarros, que hoje responde por cerca de 35% do consumo nacional de cigarros, insere no mercado brasileiro cigarros ainda mais baratos que os legais e assim abrem mais o acesso, potencializando a iniciação de jovens brasileiros no tabagismo (Brasil, Ministério da Saúde, 2003).

Além disso, 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 adotadas pelo Governo Brasileiro (Brasil, Ministério da Saúde, 2003a). Interligadas por um sistema corporativo global de inteligência, essas companhias se mantêm 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).

O Brasil tem sido alvo de muitas dessas estratégias. Apesar da legislação brasileira para controle do tabaco ser uma das mais fortes do mundo, essas companhias constantemente a desafiam, reagindo às restrições que as leis impõem à promoção, à venda e ao consumo de seus produtos.

O argumento do desemprego que as ações para controle do tabagismo poderão gerar tanto na área da produção agrícola como na área de manufatura é usado, tanto por grande companhias de tabaco como por instituições por elas mantidas, como forma de pressão para tentar evitar a adoção de medidas eficientes para o controle do tabagismo.

Com muita frequência, informações enviesadas e falsas são disseminadas com o objetivo de criar um clima de hostilidade principalmente entre os produtores rurais de tabaco e o governo.

Não é raro a disseminação de mensagens como as que se seguem:

“ A Afubra² luta pela manutenção da fumicultura como forma de garantir a sobrevivência de milhares de pequenas propriedades rurais. Qual a sua opinião sobre a proposta da OMS de erradicação do tabaco?” (pesquisa de opinião encontrada na homepage <http://www.afubra.com.br>)

“Há uma poderosa articulação mundial contra o fumo, mais inteligente até do que qualquer movimento global contra a maconha, a cocaína e o álcool. As razões econômicas, de saúde, e éticas são consistentes, mas esbarram nos interesses de milhões de brasileiros que dependem dessa atividade econômica desde 1500...

O articulador da adesão do governo brasileiro à Convenção da ONU que quer acabar com o plantio de fumo em todos os Países é o embaixador brasileiro em Genebra Luiz Felipe Seixas Correa. O governo Lula está disposto a aderir ao programa

O Rio Grande do Sul não pode ser o último a saber disto. Afinal de contas, a produção, a industrialização e a comercialização sustentam boa parte da economia gaúcha”³..

O marketing social também tem sido usado para captar a simpatia e a boa vontade de diferentes atores sociais, através da adoção de discursos ecológicos, sociais e desenvolvimentistas e de doações para programas sociais⁴.

² A Associação dos Fumicultores do Brasil (Afubra) é a representante brasileira da International Tobacco Growers, uma instituição que é mantida pela British American Tobacco que a apresentada em seus documentos internos como uma entidade a serviço de seus interesses.

³ Texto disseminado por um importante jornalista do Rio Grande do Sul e dono de uma coluna on line <http://www.polibiobraga.com.br>

⁴ Projeto Verde é Vida da Afubra - <http://www.afubra.com.br>.; Insituto Souza Cruz – Projeto Educação para o Desenvolvimento sustentável <http://www.institutosouzacruz.org.br>

Enfim são inúmeras, diversas e sofisticadas as estratégias desse poderoso e articulado grupo, que busca manter a expansão de seu negócio apesar de todas as evidências de que os produtos que comercializam não trazem nenhum benefício para quem os consome.

2. O PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO E SUA LÓGICA

Todo esse cenário torna evidente que as ações para o controle do tabagismo dependem da articulação de estratégias em diferentes dimensões, envolvendo diferentes setores sociais, governamentais e não governamentais .

Portanto, é sob a ótica da Promoção da Saúde que desde 1989, o Instituto Nacional de Câncer, órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer, coordena as ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) desenvolvidas em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de vários setores da sociedade civil organizada, sobretudo das sociedades científicas e de conselhos profissionais da área da saúde.

2.1 Objetivos e diretrizes

O Programa tem como **objetivo geral** reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbi-mortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil.

Seus objetivos específicos são:

- Reduzir a iniciação do tabagismo principalmente entre jovens.
- Aumentar a cessação de fumar.
- Reduzir a exposição à fumaça ambiental do tabaco.

As diretrizes do programa envolvem:

- Construção de um contexto social e político favorável ao controle do tabagismo.
- Equidade, integralidade e intersetorialidade nas ações
- Construção de parcerias para enfrentamento das resistências ao controle do tabagismo.
- Redução da aceitação social do tabagismo.

- Redução dos estímulos para a iniciação.
- Redução do acesso aos produtos derivados do tabaco.
- Promoção de ambientes livres da poluição da fumaça do tabaco
- Redução das barreiras sociais que dificultam a cessação de fumar.
- Aumento do acesso físico e econômico ao tratamento de dependência do tabaco.
- Controle e monitoramento dos produtos de tabaco comercializados no País desde seus conteúdos e emissões, embalagens até as estratégias de marketing e promoção dos mesmos.
- Monitoramento e vigilância das tendências de consumo e dos seus efeitos sobre saúde, economia e meio ambiente .

2.2 A lógica do Programa

Para uma melhor compreensão da complexidade do Programa, sistematizamos a sua lógica em dois níveis: lógica estrutural e lógica das ações. Como lógica estrutural incluímos todas as atividades que formam um arcabouço para a disseminação e potencialização das ações do Programa, centradas principalmente na articulação de diferentes tipos de rede de parcerias

Esse arcabouço tem permitido que as diferentes ações desenvolvidas para alcançar os objetivos do Programa possam atingir todo o País, ao mesmo tempo em que também permite que sejam articuladas de forma intersetorial, principalmente nas áreas em que a sua governabilidade foge ao escopo de atuação da área saúde.

No grupo de estratégias que compõem a lógica estrutural destacam-se:

- A descentralização da gerência do programa através da articulação e fortalecimento de uma rede de parcerias com as secretarias estaduais e municipais de saúde;
- A integração das ações com outros Programas estratégicos do Ministério da Saúde com os quais há possibilidade de interface;
- A articulação e fortalecimento de uma rede de parceria com a sociedade civil organizada;

- A articulação e mobilização de ações intersetoriais no âmbito da Comissão Nacional (interministerial) para Implementação da Convenção Quadro;
- A colaboração técnica e a parceria com setores do governo responsáveis por regulação dos produtos de tabaco.

A lógica das ações envolvem:

- Educação e informação,
- Promoção e apoio à cessação de fumar,
- Mobilização e articulação de políticas, e de medidas legislativas e econômicas que favoreçam o controle do tabagismo.
- Vigilância e monitoramento.

No âmbito das ações educativas e de promoção e apoio a cessação de fumar, o INCA tem investido em pesquisas avaliativas, projetos pilotos, reuniões de consenso, desenvolvimento de materiais educativos e de metodologias de capacitação para dar sustentação ao processo de expansão nacional do programa, o qual tem sido realizado em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde.

No âmbito das ações para mobilização e articulação de políticas e medidas legislativas e econômicas favoráveis ao controle do tabagismo, os mais de 15 anos de atuação a frente do programa de controle do tabagismo deu ao INCA o status de referência nacional para pareceres técnicos a processos e projetos de leis. Isso tem lhe permitido atuar no sentido de influenciar os avanços no âmbito legislativo e econômico. Paralelamente, tem ativamente buscado através de atividades de lobby, mobilizar novos avanços nessas áreas. Além disso, conquistou um importante espaço de referência na mídia, o que tem garantido um importante apoio desse setor para mobilizar os avanços políticos e legislativos para controle do tabaco.

2.2.a A lógica estrutural

2.2.a. i - Descentralização da gerência do programa:

Considerando a dimensão continental do Brasil, as grandes dificuldades geradas pelas diferenças regionais que envolvem ângulos sócio-econômicos e culturais, assim como o amplo alcance das estratégias da indústria do tabaco para expandir o consumo de seus produtos em todo o território nacional, um dos componentes operacionais vitais para o programa tem sido a sua descentralização seguindo a lógica e a estrutura da rede de saúde pública nacional, o Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, o Programa tem investido no fortalecimento de uma base geopolítica na rede SUS, através da qual são articulados núcleos gerenciais nas secretarias de saúde estaduais, regionais e municipais para a expansão das ações do PNCT de forma equitativa e racional em todo o País.

Através da organização e articulação dessa rede nacional para gerenciamento regional do programa, as ações para o controle do tabagismo vêm sendo descentralizadas. Hoje fazem parte da rede de gerenciamento descentralizado do PNCT, os 26 estados, o Distrito Federal e 3.600 municípios.

Duas etapas foram fundamentais para essa descentralização. Uma delas foi o estabelecimento de convênios para repasse de recursos financeiros para as Secretarias Estaduais de Saúde, instituídos desde 1996 entre o Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, sendo o INCA o interveniente dos mesmos. A outra foi o desenvolvimento de um processo de capacitação para gerenciamento regional do programa, tendo como público-alvo, recursos humanos das Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios.

Essas duas etapas permitiram uma terceira que foi a articulação de um plano nacional com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Nesse processo cabe ao INCA o papel de fornecer suporte técnico às Secretarias Estaduais de Saúde na elaboração de planos de trabalho, visando alinhá-los a um Plano Nacional para Controle do Tabagismo.

Dessa forma com o apoio dessa rede, o plano nacional para controle do tabagismo tem sido executado em todo o País.

2.2.a. ii - Integração das ações com outros Programas estratégicos da saúde com os quais há possibilidade de interface

Com o apoio da já mencionada rede para gerência descentralizada do programa, tem sido possível integrar as ações locais para controle do tabagismo à programas estratégicos da atenção básica de saúde como o Programa Saúde da Família, Programa da Saúde da Mulher dentre outros, já que o problema tabagismo perpassa todas etapas do desenvolvimento humano, e atinge o ambiente familiar e todos os seus integrantes. Alguns estados já capacitaram todas as equipes de Saúde da Família para a abordagem e tratamento do fumante, o que sem dúvida é uma poderosa estratégia para potencializar a penetração das ações para controle do tabagismo nas comunidades.

2.2.a. iii - Intersetorialidade

A intersetorialidade do programa se dá em duas dimensões. Primeiro no nível de ações educativas que buscam levar as informações sobre o tabagismo e seus diferentes aspectos para ambientes externos ao sistema de saúde como escolas, e ambientes de trabalho. Essa atuação, que será vista em mais detalhes no tópico que aborda as ações educativas, anda junta com intervenções estruturadas nesses ambientes para que se tornem livres da poluição tabagística ambiental.

Outro importante componente da intersetorialidade do programa se relaciona à Comissão Nacional que tem caracter interministerial. Essa Comissão foi criada pelo Decreto Presidencial nº 3136, de 13 de agosto de 1999, para atender a demanda gerada pelas negociações Convenção Quadro para Controle do Tabaco, marcando uma nova fase do Programa de Controle do Tabagismo no Brasil, que ganhou o status de Programa de Estado.

Coube a Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco analisar os dados e informações nacionais referentes ao tema, para subsidiar o Presidente da República nas decisões e posicionamentos do Brasil durante as sessões de negociação da Convenção-Quadro que aconteceram entre 1999 e 2003. A Comissão Nacional foi integrada por representantes dos Ministérios da Saúde, das Relações Exteriores, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, da Fazenda, da Justiça, do Trabalho e Emprego, da Educação e do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior e do Desenvolvimento Agrário, haja visto

os diferentes aspectos envolvidos no controle do tabagismo. Coube ao Ministro da Saúde a Presidência dessa Comissão e ao INCA, o papel de sua Secretaria Executiva.

Considerando que o problema do tabaco extrapola a dimensão da saúde, a criação de uma Comissão Nacional abriu novas possibilidades para o controle do tabagismo no Brasil, tornando possível que diferentes dimensões do mesmo, situadas fora da governabilidade do setor saúde, passassem a ser discutidas com outros setores do governo.

Dessa forma, mobilizações do apoio da Comissão Nacional para iniciativas intersetoriais de cunho administrativo e legislativo trouxeram significativos avanços para o controle do tabagismo em diferentes áreas: obrigatoriedade da inserção de imagens de advertências nas embalagens de produtos derivados de tabaco; proibição de trabalho de menor de 18 anos na produção do fumo; proibição da utilização do crédito público do Programa Nacional de Agricultura Familiar para a produção de fumo; Projeto de Lei que proíbe a venda de derivados de tabaco em máquinas de fumar atualmente tramitando no Congresso cuja exposição de motivos foi de caráter intersetorial com o aval do Ministério da Saúde, da Fazenda e da Indústria e Comércio.

Em agosto de 2003, a Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco foi substituída pela Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos (CONICQ) que tem um caráter permanente e conta com a participação de representantes de onze ministérios. Além dos ministérios que compunham a comissão anterior, foram agregados representações dos Ministérios das Comunicações e do Meio Ambiente. Essa nova Comissão representou um importante impulso para o controle do tabaco no Brasil, pois substituiu o caráter apenas consultivo da primeira pelo caráter executivo da mesma. Através dessa nova fase da Comissão Nacional espera-se construir e formalizar uma agenda intersetorial de governo para cumprimento das obrigações previstas pela Convenção Quadro.

O primeiro tema da Convenção abordado pelos trabalhos da CONICQ foi o tema relativo a questão de preços e impostos sobre cigarros, que gerou um documento da Comissão que analisa a atual situação do Brasil nessa área e faz recomendações ao Governo Brasileiro para a adoção de uma política de preços e impostos para o setor tabaco. Esse trabalho mobilizou em dezembro de 2003 o aumento de 20%, nos impostos sobre cigarros.

2.2.a. iv - Parceria com a sociedade civil organizada

Além da integração com diferentes níveis governamentais, o Programa tem procurado estabelecer parcerias com Organizações Não Governamentais, Sociedades Científicas, Conselhos Profissionais e outros. Essas parcerias têm sido um dos grande pilares do PNCT, fundamental para a potencialização da sua abrangência nacional e principalmente para fortalecer um controle social que possa apoiar o Programa nas dificuldades referentes às ações de contraposição à indústria do tabaco.

Exemplos de parcerias nesse sentido envolvem o apoio do INCA aos Congressos Brasileiros sobre Tabagismo, que vêm sendo realizados desde 1994, por sociedades e organizações não-governamentais, como o Comitê para Controle do Tabagismo no Brasil, a sua articulação e interação com os Comitês de Controle do Tabagismo ligados e entidades médicas como o Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Sociedades de Pneumologia, de Cardiologia, dentre outros.

Outro exemplo de parceria, nesse sentido, foi a organização de uma reunião de Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante em agosto de 2000, da qual participaram diversas Sociedades Científicas, Associações e Conselhos Profissionais da Área de Saúde, incluindo a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, a Associação Brasileira de Alcoolismo e Drogas (ABRAD) Associação Brasileira de Estudo de álcool e Drogas (ABEAD) Essa reunião permitiu a elaboração de um documento que serviu de base para a recente inserção do tratamento para cessação de fumar no SUS através da Portaria do Ministério da Saúde 1575 de 29 de agosto de 2002. (Brasil - Ministério da Saúde/INCA 2001)

Mais recentemente, o INCA deu início a mais uma etapa no processo de participação da sociedade civil organizada no controle do tabagismo, com o objetivo de divulgar amplamente a Convenção Quadro para Controle do Tabaco e mobilizar o apoio de toda a sociedade brasileira para a sua aprovação e ratificação, assim como para promover o controle social do cumprimento das obrigações previstas na mesma. Para esse fim, tem articulado o *Fórum Permanente por um Mundo Livre de Tabaco*, um grupo de contato virtual, que reúne mais de 600 ativistas cadastrados de diferentes inserções na sociedade

civil organizada. Essa rede de contato é alimentada com informações sobre tabagismo que envolvem desde aspectos de cunho científico até notícias sobre estratégias da indústria, sobre o andamento da Convenção Quadro, e sobre desafios e avanços nacionais e internacionais para o controle do tabagismo. Para acessá-la deve-se entrar na homepage do INCA.

Uma outra importante ação no âmbito de parceria com a Sociedade Civil Organizada foi o convênio estabelecido entre o INCA e a Rede de Desenvolvimento Humano (REDEH), uma organização não governamental que congrega uma rede de outras ONGs voltadas para causas ambientais e feministas em todo o país. A REDEH tem atuado no sentido de multiplicar o Fórum Por um Mundo Livre do Tabaco para lideranças comunitárias de diferentes regiões do país e apoiá-las na multiplicação local dessa ação. Entre 2002 e 2003, a REDEH realizou diretamente 5 Fóruns regionais atingindo 200 lideranças comunitárias das 5 regiões do Brasil, que por sua vez multiplicaram a ação atingindo mais de 2.100 pessoas. Também criou uma rede virtual, a Tabaco Zero, que abriu um importante espaço de debate e controle social sobre o tema tabaco no Brasil.

2.2.b A lógica das ações:

As ações do programa são calcadas em ações educativas para disseminar informações na comunidade, para tornar os ambientes livres de tabaco e para promover a cessação de fumar. O programa tem buscado potencializar essas ações através da mobilização de ações legislativas e econômicas que criem um ambiente social favorável à redução do consumo.

2.2.b.i - Ações educativas:

As ações educativas são dirigidas a diferentes grupos alvo e têm como objetivos:

- socializar as informações científicas sobre os malefícios do tabaco, incluindo o tabagismo passivo, sobre dependência do tabaco e cessação de fumar;
- informar sobre as estratégias da indústria do tabaco visando estimular o controle social sobre as mesmas;
- informar sobre a legislação para controle do tabaco existente no Brasil e mobilizar o seu cumprimento;

- mobilizar apoio da sociedade brasileira sobretudo de formadores de opinião;
- estimular mudanças de comportamento entre formadores de opinião.

Essas ações educativas envolvem atividades pontuais através de campanhas de conscientização (Dia Mundial sem Tabaco em 31 de maio e Dia Nacional de Combate ao Fumo em 29 de agosto), de organização de eventos comunitários e de divulgação de informações pela mídia. E através da rede SUS de gerência descentralizada do PNCT essas atividades têm acontecido em todo o Brasil.

Também envolvem atividades educativas contínuas em ambientes sociais específicos através da implantação sistemática do Programa Ambientes Livres de Tabaco em escolas (Programa Saber Saúde), unidades de saúde (Programa Saúde e Coerência) e ambientes de trabalho (Programa Prevenção Sempre). Para esse fim, o INCA tem trabalhado no desenvolvimento de materiais educativos, projetos pilotos para delineamento de diretrizes e estratégias de implantação do programa ambientes livres de tabaco nesses canais comunitários, assim como em metodologia de capacitação para preparar recursos humanos para a descentralização dessas ações através da rede de rede nacional para gerenciamento regional do programa. Com o apoio da rede de descentralização do Programa, até 2002 foram atingidas pelo Programa 7709 escolas, 2864 unidades de saúde e 1102 ambientes de trabalho.

2.2.b.ii - Ações de promoção e apoio à cessação de fumar

As ações para promover a cessação de fumar têm como objetivo motivar fumantes a deixarem de fumar, aumentar o acesso dos mesmos à métodos eficazes para cessação do tabagismo, e têm envolvido a articulação de diferentes atividades:

- Divulgação de métodos eficazes para a cessação de fumar através de campanhas, da mídia, de eventos dirigidos a profissionais de saúde.
- Reunião com sociedades científicas para elaboração de consenso sobre métodos eficazes para cessação de fumar – agosto de 2000.
- Ampliação do apoio para cessação de fumar através abordagem cognitivo comportamental breve fornecida pelo serviço gratuito de telefonia Disque Pare de Fumar da Ouvidoria do Ministério da Saúde, cujo funcionamento teve início a partir de maio de 2001.

- Inserção do número do Disque Pare de Fumar nas embalagens dos produtos derivados de tabaco ao lado de advertências sanitárias contundentes, a partir de fevereiro de 2002.
- Capacitação de profissionais de saúde para a cessação de fumar: Módulo Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar - Abordagem Breve. Esse módulo busca motivar e instrumentalizar profissionais de saúde para que insiram essa abordagem nas suas rotinas de atendimento. Desde 1998 foram capacitados mais de 6.000 profissionais de saúde.
- Capacitação de profissionais de saúde para a cessação de fumar: Módulo Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar - Abordagem Intensiva ou Formal. Esse módulo faz parte da estratégia para implantação de ambulatórios específicos para tratamento de fumantes na rede SUS, com vistas a atender os fumantes que não conseguem deixar de fumar através da abordagem breve. Essa fase teve início em 2002, e até o momento foram capacitados mais de 1000 profissionais de 339 unidades de saúde da rede SUS ou que prestam atendimento pelo SUS. Desse total de unidades capacitadas, 81 estão oferecendo gratuitamente abordagem cognitivo comportamental intensiva para cessação de fumar, as demais encontram-se em preparação para iniciar o atendimento. O processo de capacitação vem sendo multiplicado pelos estados e municípios e têm envolvido também profissionais do Programa de Saúde da Família assim como de Centros de Assistência Psicossocial (CAPS) da rede SUS.
- Inserção do financiamento do atendimento para cessação de fumar na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) – A Portaria 1.575, assinada em 29 de agosto de 2002, criou os Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante no âmbito do SUS, e incluiu os procedimentos relativos a essa atividade no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS). Através dessa iniciativa objetivou-se universalizar o acesso dos fumantes brasileiros aos métodos eficazes para cessação do tabagismo em todo o mundo e sem dúvida tornou-se um grande avanço para o PNCT. Porém, o monitoramento desse processo realizado pelo INCA ao longo desse período mostrou que apenas as unidades de saúde de alta complexidade ou hospitais especializados puderam ser cadastrados como Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante, o que limitava o acesso a esse serviço.

- Diante desse quadro, o Ministério da Saúde resolveu, através da Portaria 1.798 de 12/09/03, criar um Grupo de Trabalho no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde, com a finalidade de proceder à revisão, atualização e ao aperfeiçoamento da Portaria 1.575, para ampliar o acesso do fumante que deseja parar de fumar, às unidades de saúde da atenção básica e de média complexidade, e dessa forma oferecendo a toda população brasileira fumante, o que há de mais eficaz em termos de cessação do tabagismo, reduzindo assim, em um tempo mais curto essa fatal epidemia em nosso país. A atual proposta de Portaria deverá ser pactuada entre os gestores municipais e estaduais da rede SUS e pretende alinhar essa ação com as propostas do programa que é permitir um amplo acesso a esse tratamento no nível da atenção básica.

Em suma, o objetivo desse processo é criar no Brasil um amplo acesso para abordagem e tratamento da dependência do tabaco que obedeça um gradiente de intensidade. Ou seja, a idéia é oferecer aos fumantes que têm um nível de dependência mais baixo, abordagens cognitivas comportamentais breves seja através do Disque Pare de Fumar, seja através da inclusão desse tipo de atendimento nas rotinas de profissionais de saúde da atenção básica. Paralelamente, busca-se estruturar uma rede para acolher os fumantes com grau mais elevado de dependência, inclusive os que apresentam comorbidades psiquiátricas e que portanto precisam de uma abordagem mais intensiva e especializada.

2.2.b.iii - Ações legislativas e econômicas

Muitas das ações comprovadamente eficazes e recomendadas pela Assembléia Mundial de Saúde para o controle do tabagismo fogem ao escopo da governabilidade direta do Ministério da Saúde. Dessa forma, embora o Ministério da Saúde não tenha o poder direto de realizar muitas dessas ações, tem se esforçado para mobilizar ações intersetoriais para controle do tabaco através de medidas legislativas e econômicas

As ações legislativas almejadas para o controle do tabagismo envolvem medidas para proteger a população especialmente os jovens, dos apelos enganosos das propagandas e outras estratégias para promover o consumo dos produtos de tabaco; para regular e monitorar esses produtos quanto aos seus conteúdos e emissões; para utilizar as

próprias embalagens de derivados de tabaco para informar a população de forma contundente sobre a real dimensão dos riscos do tabagismo; para limitar o acesso dos jovens aos produtos de tabaco seja através do controle dos mecanismos de venda, do aumento dos preços, seja através do controle do mercado ilegal desses produtos; e para proteger a população dos riscos do tabagismo passivo.

Nesse contexto, os mais de 15 anos de atuação a frente do programa de controle do tabagismo conferiu ao INCA o status de referência nacional para elaboração de pareceres técnicos e de exposição de motivos, assim como para subsidiar processos e projetos de leis envolvendo diferentes aspectos do controle do tabagismo. Isso tem lhe permitido atuar no sentido de influenciar os avanços nas políticas intersetoriais, sobretudo nas de âmbito legislativo e econômico. Paralelamente, atividades de lobby e a participação ativa do INCA como Secretaria Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro tem potencializado grandes avanços intersetoriais alcançados até o momento. Algumas áreas merecem destaque:

- **Regulação dos produtos de tabaco**

Em 1995, ao enviar para o Canadá uma amostra das 5 marcas de cigarros mais vendidas e produzidas no Brasil, para análise dos teores de substâncias tóxicas, o Ministério da Saúde/INCA deu um importante passo no sentido de mobilizar ações legislativas para regulamentar os derivados do tabaco.

Em 1996, com a ampla divulgação na mídia dos resultados que mostraram que os níveis de várias das substâncias analisadas estavam muito acima dos teores máximos estipulados em outros países, o Ministério da Saúde/INCA expôs publicamente a necessidade de regulamentação dos conteúdos dos cigarros. Nessa ocasião, foi elaborado um documento onde foram feitas uma série de recomendações no sentido de que fossem criados mecanismos legislativos que obrigassem os fabricantes ou importadores de cigarros a informar ao Ministério da Saúde sobre os conteúdos dos seus produtos e a divulgarem essas informações nas embalagens dos derivados do tabaco. Também foi recomendado que fossem criados mecanismos pelo governo para fiscalizar e inspecionar e normatizar as metodologias de análise, dentre outras (Brasil – Ministério da Saúde, 2000). Essa

importante ação foi a mola propulsora para subsequentes avanços no âmbito do controle e fiscalização dos derivados de tabaco no Brasil

O primeiro deles foi a inserção da regulamentação, controle e fiscalização dos cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto derivado do tabaco dentre as atribuições da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criada através da Lei Federal n.º 9.782, de 26/01/99. Através dessa medida tem sido possível ao Ministério da Saúde regular os produtos de tabaco no que se refere aos seus conteúdos, emissões, embalagens e às atividades de promoção dos mesmos. Dentre os avanços que sucederam esse importante marco no controle do tabagismo no Brasil, destacamos:

- Determinação de limites máximos aos teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono, que devem ser respectivamente 10mg, 1mg e 10mg para cigarros comercializados no Brasil.
- Proibição do uso de descritores de produtos como light, ultralight, suave, baixos teores ou outros descritores que passem para o consumidor uma falsa idéia de que existem produtos menos nocivos que outros.
- Obrigatoriedade da inserção em uma das laterais das embalagens de produtos de tabaco da seguinte frase: “Este produto contém mais de 4.700 substâncias tóxicas, e nicotina que causa dependência física ou psíquica. Não existem níveis seguros para consumo dessas substâncias”
- Adoção de medida que obriga que as companhias de tabaco registrem e apresentem relatórios anuais sobre os produtos que comercializam no Brasil, acompanhados de informações sobre vendas e características físico químicas dos mesmos. Essa Resolução também obriga cada empresa a pagar uma taxa de cadastro a ANVISA, no valor de R\$100.000,00 por ano, para cada marca comercializada no Brasil. Esse recurso tem como objetivo financiar a criação de um banco de dados para armazenamento das informações que as companhias de tabaco são obrigadas a dar, construir um laboratório que permita as análises necessárias a fiscalização do cumprimento das medidas acima, assim como financiar pesquisas sobre os efeitos biológicos da dependência de nicotina.

- **O banimento da propaganda dos produtos de tabaco.**

O banimento de propagandas e atividades de promoção de produtos de tabaco tanto diretas como indiretas tem a importante função de reduzir os estímulos para a iniciação principalmente entre jovens e reduzir a aceitação social do tabagismo. Inúmeros documentos internos de grandes transnacionais de tabaco, tornados públicos devido a litígio, mostram que estratégias para atingir crianças e adolescentes através de propaganda e outras atividades de promoção são consideradas vitais para a viabilidade econômica do negócio de vender tabaco:

“Atingir o jovem pode ser mais eficiente mesmo que o custo para atingi-los seja maior, porque eles estão desejando experimentar, eles têm mais influência sobre os outros da sua idade do que eles terão mais tarde, e porque eles são muito mais leais a sua primeira marca” Escrito por um executivo da Philip Morris em 1957 (Campaign for Tobacco Free Kids & Action On Smoking And Health, 2001)

“ É importante saber tanto quanto possível sobre os padrões de tabagismo dos adolescentes. Os adolescentes de hoje são os potenciais consumidores regulares de amanhã, e a grande maioria dos fumantes começa a fumar na sua adolescência ... Devido ao nosso grande espaço de mercado entre os fumantes mais jovens, a Philip Morris sofrerá mais do que qualquer outra companhia com o declínio do número de adolescentes fumantes”. Memorando enviado por um pesquisador da Philip Morris, Myron E. Johnston para Robert B. Seligman, Vice Presidente de pesquisa e desenvolvimento da Philip Morris, 1981 . (Campaign for Tobacco Free Kids & Action On Smoking And Health, 2001)

“ Um cigarro para o iniciante é um ato simbólico. Eu não sou mais a criança da minha mãe, eu sou forte, eu sou um aventureiro, eu não sou quadrado... A medida em que a força do simbolismo psicológico diminui, o efeito farmacológico assume o papel de manter o hábito” Rascunho de relatório do Quadro de Diretores da Phillip Morris, 1969 (Campaign for Tobacco Free Kids & Action On Smoking And Health, 2001)

Embora a indústria do tabaco alegue publicamente que é a pressão dos pares e não a propaganda que induz os jovens a começar a fumar, os seus documentos internos e as evidências mostram que a pressão dos pares faz parte de um ciclo onde muitos adolescente que pressionam seus colegas a começar a fumar, aderiram ao tabagismo seduzidos pelas fabulosas propagandas que sutilmente inserem o ato de fumar como parte do universo adolescente, revestido de toda uma simbologia de passagem para o mundo adulto, envolvida numa aura de sucesso e liberdade.

Diante desse cenário o governo brasileiro tem investido em estratégias para banir a propaganda. Esse processo teve início em 1995 através da restrição do horário de transmissão de propagandas de tabaco. O Ministério da Saúde através do INCA tem desempenhado importante papel nesse processo e em especial na mobilização da sociedade civil para a conversão do Projeto de Lei que deu origem a Lei Federal 10.167 aprovada em dezembro de 2000, que propunha o banimento de toda propaganda e patrocínio de produtos de tabaco. Apesar de toda a pressão contrária que houve naquela ocasião, hoje a legislação brasileira proíbe a propaganda na TV, radio, revistas, jornais e outdoors; proíbe a distribuição de amostras grátis e proíbe a propaganda de cigarros relacionando cigarros a esportes. Por impedimentos constitucionais a propaganda ainda é mantida nos pontos internos de venda.

Posteriormente, foram agregando-se outros avanços como a proibição da propaganda por meio eletrônico como *internet*, uma vez que após a implementação da Lei, as companhias de tabaco passaram a considerar e usar a *internet* como ponto de venda, e fazer propaganda através dela. Como contraposição a essa estratégia o governo incluiu na legislação uma definição de pontos internos de venda, deixando claro que a *internet* não é considerada ponto de venda e portanto não pode ser veículo de propaganda:

*“... parte interna do local de venda: área fisicamente delimitada localizada no interior do estabelecimento comercial destinada à venda de produtos derivados do tabaco e seus acessórios.
... A rede mundial de computadores (internet) não é considerada local de venda de produtos derivados de tabaco, sendo portanto, vedada a oferta er venda de qualquer destes produtos por este meio em todo o território nacional.”*(ANVISA Resolução – RDC, no 15 de janeiro de 2003 – <http://www.anvisa.gov.br>)

A promoção de eventos culturais e esportivos por produtos de tabaco está proibida desde janeiro de 2003, exceto para eventos internacionais que tenham sede em mais de um país. O banimento desse tipo de atividade deverá ocorrer a partir de setembro de 2005. Além disso, a partir de 2003 todos os eventos internacionais ocorridos ou transmitidos para o Brasil, que tenham patrocínio de produtos de tabaco, passaram obrigatoriamente a ter suas transmissões, inclusive treinos ou ensaios, acompanhadas de contrapropagandas e mensagens de advertências. (Brasil, Ministério da Saúde/INCA 2003 e)

- **As embalagens dos produtos de tabaco como veículo de comunicação de risco e estímulo para cessação de fumar: imagens de advertências sanitárias e outras estratégias .**

A importância dessa medida se dá por diferentes aspectos. Em primeiro lugar ela tem a função de se contrapor a uma importante estratégia de marketing, uma vez que as embalagens dos produtos de tabaco são engenhosamente elaboradas para atrair o fumante através de cores, formas e nomes de marcas bastantes sugestivos. Em segundo lugar, as embalagens também foram e continuam sendo um importante veículo para passar mensagens subliminares com o objetivo de tranquilizar o fumante a cerca dos riscos de fumar. Essa estratégia passou a ser usada de forma intensa a partir da segunda metade do século XX quando o conhecimento científico sobre os riscos do tabagismo começou a ser difundido na sociedade (Kozlowski & Pilliteri 2001; Pollay & Dewhirst,. 2001; Shiffman, et al.2001).

A própria indústria do tabaco reconhece, em seus documentos internos que as estratégias de marketing potencializadas pela capacidade do tabaco em causar dependência criam um forte elo entre o fumante e os maços de sua marca preferida ((Kozlowski & Pilliteri 2001; Pollay & Dewhirst,. 2001). Os maços de cigarros estão presentes em todos os momentos da vida de um fumante, em situações de prazer e satisfação, assim como em momentos de tristeza e conflitos. Muitas vezes, o fumante acende o seu cigarro como um ato reflexo e vários estímulos sociais funcionam como um gatilho para esse ato, tais como tomar um cafezinho, ler, desenvolver atividades intelectuais, dentre outras.

Por outro lado, a literatura tem demonstrado que a abordagem cognitivo comportamental está entre as abordagens cuja eficácia para cessação de fumar é comprovada a luz da ciência atual. Esse tipo de abordagem envolve um processo, cujo primeiro passo é fazer o fumante conhecer a real dimensão dos riscos e danos causados pelo tabaco (Fiore et al., 2000). Muitos ex-fumantes relatam que para conseguir ficar sem fumar durante os momentos de fissura, recorrem a uma visualização mental de um pulmão ou outro órgão danificado pelo tabaco ou mesmo de uma pessoa próxima que tenha sofrido de alguma doença grave relacionada ao tabagismo.

Considerando esse contexto, fica claro que os próprios produtos de tabaco poderiam funcionar como um importante veículo para comunicação do risco do tabagismo. Além de reforçar o conhecimento e a dimensão do risco que causa para a saúde, mensagens de advertências fortes nas embalagens, principalmente quando ilustradas por imagens, poderiam também quebrar a atração e os gatilhos que fazem com que um fumante acenda seus cigarros em diferentes situações do seu dia. Ou seja, elas poderiam fazer o fumante pensar duas vezes antes de acender automaticamente cada cigarro do seu dia.

Uma outra importante função dessa medida, se dá em nível mais geral, já que mensagens de advertências fortes, ilustradas por imagens, poderiam quebrar a aura positiva que foi criada em torno dos produtos de tabaco durante décadas e assim contribuir para mudar as representações sociais do tabagismo, ainda positivas em muitas sociedades.

Sabemos que as crenças culturais e individuais sobre o efeito de uma droga psicoativa são importantes determinantes da disseminação de seu uso numa sociedade. Essas crenças são o resultado de diferentes influências, incluindo a própria experiência individual com o uso da droga, valores pessoais, dentre outras. No entanto, um dos elementos mais importantes na representação social do uso de uma droga é o contexto ou a influência do ambiente social e cultural na expectativa sobre os efeitos da droga (Marlatt, 1993; Hennenfield, 1993).

No caso do tabaco, dados do Banco Mundial mostram que especialmente em países em desenvolvimento, onde a socialização das informações sobre os efeitos deletérios do tabagismo ainda é limitada, o conhecimento das pessoas sobre esses efeitos é parcial e subestimado. Como resultado, 80% do consumo global de tabaco concentra-se em países em desenvolvimento. Na China, onde vivem 25% dos fumantes do mundo, 61% dos adultos fumantes, que participaram de uma pesquisa em 1996, disseram que os cigarros causavam pouco ou nenhum prejuízo para a saúde. Os dados do Banco Mundial também mostram que mesmo em países desenvolvidos onde geralmente os fumantes têm maiores informações sobre os riscos, o julgamento sobre a dimensão desses riscos é menor e menos bem estabelecido do que entre os não fumantes (World Bank, 1999).

Por isso, esse tipo de estratégia representa um dos mais importantes componentes para as ações de controle do tabagismo.

No Brasil a utilização dos maços como veículo para informar a sociedade, sobretudo os fumantes sobre os riscos do tabagismo é antiga. A primeira mensagem de advertência foi introduzida em agosto de 1988 com uma única mensagem: *O Ministério da Saúde adverte: Fumar faz mal a saúde*. Ao longo dos anos essa medida tornou-se progressivamente mais forte, até culminar com as atuais mensagens de advertência ilustradas por fotos.

A atual medida que obriga a inserção de imagens de advertências nos maços foi lançada em maio de 2001, tendo entrado em vigor em fevereiro de 2002. A mesma é regulamentada através da Medida Provisória (MP) n.º 2.134-30 (24 de maio de 2001) que determinou que o material de propaganda e as embalagens de produtos fumígenos derivados do tabaco, exceto as destinadas à exportação, deverão conter advertências acompanhadas de imagens que ilustrem o seu sentido. A Resolução da ANVISA n.º 104 complementa a MP 2134-30, regulamentando essas mensagens nas embalagens e no material de propaganda dos produtos fumígenos derivados do tabaco. Cabe a ANVISA, respaldada tecnicamente pelo Ministério da Saúde/ INCA, determinar as advertências que deverão ser veiculadas, o espaço que devem ocupar nas embalagens, suas características gráficas assim como as características das imagens que as ilustrarão.

Vale salientar que essa definição clara e regulada por lei tem garantido ao Ministério da Saúde a possibilidade de se contrapor às estratégias da indústria do tabaco para minimizar a visibilidade das mensagens. Esse é um dos aspectos mais importantes dessa medida já que as primeiras mensagens de advertências foram resultantes de acordos voluntários entre o governo e as companhias de tabaco, o que permitiu que durante anos as companhias colocassem as mensagens onde quisessem, do tamanho que quisessem e com a visibilidade que quisessem (Figuras 1 e 2).

Figura 1 – Cartões com propaganda dentro dos maços: uma das respostas da Indústria do Tabaco as advertências com fotos nos maços de cigarros



Figura 2 - Campanha Fume com Moderação



Essa estratégia é confirmada através de documentos internos da indústria do tabaco. Em 1994, a British American Tobacco (BAT) fez uma análise de atributos da marca Marlboro, a mais vendida no mundo e produzida pela sua concorrente Philip Morris. O documento dessa análise foi distribuído para as suas afiliadas, dentre elas a Souza Cruz. Essa análise ilustra como a indústria do tabaco tem trabalhado para deliberadamente reduzir a visibilidade das mensagens de advertência. Dentre os atributos considerados positivos nessa análise, tais como *design* e cores, estava a forma como as mensagens de advertências foram inseridas:

“... *posicionamento inteligente e uso de cores (dourado discreto) têm garantido um impacto mínimo no design geral e uma legibilidade mínima para o fumante*” (BAT Competitor Activity Report, 1994 – Bates no 301724407/408).

A mesma medida que obriga a inserção das imagens, também obriga a inserção do número de telefone do Disque Pare de Fumar nas embalagens e no material de propaganda dos produtos derivados do tabaco. Ou seja, além das informações sobre o risco, esse serviço telefônico gratuito coloca a disposição da população a abordagem cognitiva comportamental breve.

Vários indicadores têm demonstrado que essa medida oferece um potencial efeito para a redução do consumo.

O primeiro deles refere-se a reação das próprias companhias de tabaco que passaram a utilizar artifícios gráficos para prejudicar a visibilidade dessas imagens para o fumante. Logo depois que os primeiros maços de cigarro começaram a circular com as imagens de advertências em fevereiro de 2002, a indústria do tabaco rapidamente reagiu inserindo dentro do maço pequenos folhetos do mesmo tamanho das advertências, ilustrados com imagens bonitas e com uma superfície autocolante, para estimular os fumantes a cobrirem as imagens. Outra ação foi promover a venda de cigarreiras a preços muito baixos junto com maços de cigarros (Figuras 3 e 4).

Figura 3 – Antigas mensagens de advertência



- Medida resultante de um acordo voluntário
- Pouca visibilidade
- Nenhuma definição do local a ser inserido nem da área a ser coberta pela mensagem

Figura 4 - Atuais mensagens de advertências com fotos



O segundo indicador refere-se a dados que mostram uma boa receptividade da população à essa medida. Em abril de 2002, o Instituto Datafolha realizou uma pesquisa com 2.216 pessoas acima de 18 anos em 126 municípios. Apoiaram a medida 77% dos não fumantes e 73% dos fumantes. Além disso 67% dos fumantes disseram ter sentido vontade de deixar de fumar. Do grupo de fumantes de baixa renda, 73% disseram ter sentido vontade de deixar de fumar ao ver as fotos nos maços. Corroboraram com os achados do Datafolha, os dados de uma grande pesquisa realizada pelo próprio Disque Pare de Fumar da Ouvidoria do Ministério da Saúde, entre março e dezembro de 2002. Essa pesquisa envolveu 89.305 entrevistas, sendo que 80% dos entrevistados eram fumantes. Do total dos entrevistados, 92% apoiaram a medida, 79% disseram que as fotos das advertências deveriam ser mais chocantes e 90% tiveram conhecimento sobre o número do serviço Disque Pare de fumar através dos maços. Além disso depois que o número do Disque Pare de Fumar passou a circular nos maços de produtos de tabaco, a quantidade de ligações aumentou em torno de 300%.

Considerando os dados que sugerem que a população espera por imagens mais contundentes que as atuais, que existem muitas outras informações sobre os riscos que precisam ser divulgadas e que é preciso estar renovando as mensagens e suas imagens porque com o tempo esse tipo de medida tende a perder o seu impacto inicial, o Ministério

da Saúde lançou em outubro de 2003 uma medida para substituir as atuais mensagens e imagens por outras mais contundentes, dando um prazo até de julho de 2004 para a substituição das atuais imagens pelas novas (Figura 5).

Figura 5 - – Promoção de cigarreiras: uma das respostas da Indústria do Tabaco as advertências com fotos nos maços de cigarros



Também passou a proibir que a indústria do tabaco de associar ao nome das marcas de seus produtos um número ou o nome de cor. Essa medida teve como objetivo neutralizar as estratégias de companhias de tabaco que depois da proibição da utilização dos descritores de marcas como os termos lights, suave, e similares, passaram a utilizar cores ou números associados ao nome de marcas (Ex Hollywood Blue; Free One) como forma de manter uma sutil e falsa comunicação para seus consumidores de que existem produtos menos nocivos que outros (Figura 6).

Figura 6 . Mensagens de advertências nos maços que entrarão em vigor em 2004



A própria Convenção Quadro para Controle do tabaco no seu artigo 11 coloca como uma das obrigações dos países signatários a inserção de advertências sanitárias, fortes e de boa visibilidade nas embalagens de produtos de tabaco.

Nesse contexto, quanto maior o espaço que a mensagem ocupa nos maços, maior é o poder que ela tem de comunicar o risco. O Ministério da Saúde optou por esse tipo de estratégia também porque reconhece que a força da mensagem deve ser proporcional a intensidade do risco que o tabagismo traz. Hoje sabe-se que o tabagismo aumenta em 20 vezes o risco de câncer de pulmão entre fumantes. Também está bastante claro que não existem níveis seguros para o seu consumo, pois mesmo entre fumantes leves (fumam de 1 a 9 cigarros/dia) as taxas de câncer de pulmão são em média 6 vezes maiores do que entre não fumantes (IARC, 1986; Doll e Peto, 1994).

- **Proteção da população aos riscos do tabagismo passivo.**

As pesquisas sobre tabagismo passivo que se acumularam durante a década de 80 levou a publicação em 1986 de num importante relatório de consenso a respeito dos riscos do tabagismo passivo pela *US National Academy of Sciences National Research Council* e pelo Ministério da Saúde dos Estados Unidos. O relatório do Ministério da Saúde dos Estados Unidos trouxe três grandes conclusões:

1. O tabagismo passivo é causa de doenças, inclusive câncer de pulmão em não fumantes saudáveis.
2. Os filhos de pais fumantes quando comparados com os filhos de não fumantes apresentam uma maior frequência de infecções respiratórias, mais sintomas respiratórios e taxas ligeiramente menores de aumento da função pulmonar a medida em que o pulmão amadurece.
3. A simples separação de fumantes e não fumantes dentro de um mesmo espaço aéreo pode reduzir, mas não elimina, a exposição de não fumantes à poluição tabagística ambiental.

Hoje está comprovado que os efeitos imediatos da exposição da poluição tabagística ambiental não se limita apenas aos efeitos de curto prazo como irritação nasal e nos olhos, dor de cabeça, irritação na garganta, vertigem, náusea, tosse e problemas respiratórios. Eles também se relacionam ao aumento, entre os não fumantes, do risco de câncer de pulmão e de várias outras doenças relacionadas ao tabagismo.

Estudos de meta-análise mostram que, entre não fumantes expostos de forma crônica à poluição tabagística ambiental, o risco de desenvolver câncer de pulmão é 30% maior do que entre os não fumantes não expostos (Hackshaw et al, 1997). Já os riscos de doenças cardiovasculares entre não fumantes expostos à poluição tabagística ambiental são 24% maior do que entre os não expostos (Law et al, 1997).

Nos EUA, estima-se que a exposição à poluição tabagística ambiental é responsável por 50.000 mortes anuais de não fumantes, das quais cerca de 3.000 decorrem de câncer de pulmão (U. S. Environmental Protection Agency, 1993) . No Reino Unido estima-se que morram cerca de 12.000 pessoas por ano devido ao tabagismo passivo (Repace, 2003) .

Os efeitos do tabagismo passivo também decorrem da exposição nos ambientes de trabalho. As maiores vítimas são os trabalhadores não fumantes que devido as circunstâncias de seu trabalho são obrigados a se exporem à poluição tabagística ambiental durante a jornada de trabalho, como é o caso de comissários de bordo, trabalhadores de restaurantes, bares, boates ou outros locais, onde há um grande fluxo de fumantes e não se respeita a legislação que proíbe fumar em ambientes públicos fechados. No Reino Unido estima-se que o número de mortes por tabagismo passivo entre trabalhadores da indústria seja 3 vezes maior do que devido a outras causas ocupacionais (Repace, 2003).

No Brasil, a Lei 9294/96 que proíbe fumar em ambientes públicos fechados representa um importante avanço para esse aspecto do controle do tabagismo. No entanto, essa lei ainda não é cumprida em diversos locais públicos devido a falta de fiscalização e de uma maior consciência sobre os reais riscos do tabagismo passivo. Essa dificuldade, também resulta de atividades da própria indústria do tabaco que tem financiado cientistas para levantar dúvidas e polêmicas sobre resultados de pesquisas realizadas por renomadas instituições sobre os riscos do tabagismo passivo, e também tem organizado campanhas apelativas onde usa o discurso de liberdade, de respeito a diferença e da Convivência em Harmonia. (PAHO, 2002b). Além desses tipos de campanhas, e da busca de parceria com setores hoteleiros e de estabelecimentos como bares e restaurantes, a indústria do tabaco tem atuado propondo mecanismos ventilatórios pouco eficazes para garantir que as pessoas continuem a fumar em ambientes fechados.

Documentos internos de grandes companhias de tabaco põem em evidência como isso funciona:

“ Uma outra questão importante que afeta a aceitação (de fumar) é o tabagismo passivo. Nossa atual iniciativa é desafiar toda a área com o “baixo risco epidemiológico”. Existem experts externos de reputação que acreditam que essa é uma ciência altamente imprecisa e nós estamos encontrando meios de exprimir essas preocupações.” (British American Tobacco ,1986) (Campaign for Tobacco Free Kids & Action On Smoking And Health (Ash) 2001)

“O objetivos da campanha da Philip Morris dirigida a pesquisadores, a mídia e ao governo para se contrapor ao estudo do International Agency on Research on Cancer (IARC) sobre os riscos do tabagismo passivo:

Retardar o progresso e/ou a liberação do Objetivos da campanha da Philip Morris dirigida a pesquisadores, a mídia e ao governo para se contrapor ao estudo do International Agency on Research on Cancer (IARC) sobre os riscos do tabagismo passivo; Retardar o progresso e/ou a liberação do estudo; Interferir nas suas conclusões e declarações oficiais de seus resultados; Neutralizar possíveis resultados negativos do estudo, particularmente o seu uso como um instrumento regulatório; Contrapor-se ao potencial impacto do estudo na política governamental, opinião pública e ações por empregados e patrões” (Philip Morris, 1993) (Campaign for Tobacco Free Kids & Action On Smoking And Health (Ash) 2001)

“Muitas pessoas têm sido levadas a crer que a fumaça ambiental do cigarro (FAC) é fator de risco ou causa de doenças em não-fumantes. As pesquisas científicas analisadas, em conjunto, não são suficientes e conclusivas para afirmar que a FAC esteja associada a uma maior incidência de doenças respiratórias e cardíacas ou câncer de pulmão.” (http:www.souzacruz.com.br)

Segundos importantes agências internacionais de saúde, as opções defendidas pela indústria do tabaco, tais como separação em um mesmo ambiente de áreas para fumantes e não fumantes dentro de um mesmo sistema de ventilação ou mesmo o aumento da troca de ar, através de um sistema especial de ventilação, não elimina a exposição dos não fumantes e mesmo níveis baixos de exposição às substâncias carcinogênicas da fumaça resultam em um maior risco de câncer. Além do que é questionável sob o ponto de vista das atuais políticas de preservação de energia vigentes no planeta (IARC, 1986, Repace, 1993)

Por isso um dos grande desafios do Programa Nacional de Controle do Tabagismo nesse campo é mobilizar a sociedade para que a Lei Federal 9294/96 seja respeitada em todo o País.

Em 2004, em alguns estados tem havido uma mobilização que tem gerado o cumprimento dessa Lei. Por exemplo no Distrito Federal uma grande mobilização iniciada pelo Ministério Público Distrital tem levado ao cumprimento dessa Lei em shopping centers, restaurantes, bares, no aeroporto e outros ambientes públicos fechados (Correio Brasiliense, 02/03/2004 e 10/03/2004). Iniciativa semelhante está também acontecendo no Rio Grande do Sul (Espaço Vital – www.espavovital.com.br – 19/03/2004).

Esse cenário coloca em evidência a eficiência das estratégias adotadas pelo PNCT no sentido de socializar o conhecimento científico, adotar estratégias para estimular o controle social e buscar a parceria com a sociedade civil organizada.

- **Reduzir o acesso de menores de idade aos produto de tabaco.**

Um outro grande desafio para o programa é a redução do acesso dos jovens aos produtos de tabaco que depende de uma forte e ampla regulação das estratégias de venda, da política de preços dos produtos de tabaco e do controle do mercado ilegal de tabaco.

Hoje, apesar da legislação brasileira ser bastante clara no que se refere a proibição de venda de produtos de tabaco a menores, tornar essa medida efetiva nem sempre tem sido possível. Muitos adolescentes ainda adquirem facilmente o produto em padarias, em bares, em danceterias e outros estabelecimentos onde são vendidos. A ampla venda de produtos falsificados ou contrabandeados em camelôs também facilitam o acesso dos menores, quer pelos preços ainda mais baixos do os dos cigarros vendidos no mercado legal, quer pela facilidade de aquisição do produto sem verificação de documento que comprove a idade.

Nesse sentido, além do Estatuto da Criança e do Adolescente que já prevê esse tipo de proibição, algumas medidas intersetoriais complementares vêm sendo tomadas. Por exemplo, a proibição da mensagem dúbia “*Só para adultos*” ou “*Só para maiores de 18 anos*” que hoje a indústria do tabaco “voluntariamente” coloca nos maços de cigarros, criando um sutil apelo de “fruto proibido” e de transgressão para o jovem. Através de regulação da ANVISA, essas mensagenas nas embalagens de cigarros e outros produtos de tabaco será substituída em agosto de 2004 por uma mensagem dirigida ao vendedor:

“Venda proibida a menores de 18 anos. Lei 8069/1990. PENA: detenção de seis meses a dois anos e multa”.

Outra estratégia para facilitar a aquisição dos produtos de tabaco principalmente de cigarros, tem sido a sua venda através de máquinas automáticas, comuns em muitos países como a Suíça, os Estados Unidos, a Finlândia, Peru dentre outros. Estudos nos EUA têm demonstrado que essa tem sido uma das formas de aquisição mais freqüentes por menores de idade, mesmo onde existe legislação proibindo a venda a menores (CDC, 1994 ; FDA 1999). No Brasil, recentemente descobriu-se que havia a intenção de importação desse tipo de máquina. No entanto, a então Comissão Nacional para Controle do Tabaco deu partida a uma exposição de motivos para a criação de um Projeto de Lei do Executivo proibindo a venda de derivados de tabaco através de máquinas automáticas assim como a importação das mesmas. Esse projeto encontra-se em tramitação no Congresso Nacional .

No aspecto preço dos produtos sobretudo de cigarros como forma de facilitar o acesso dos jovens aos produtos, ainda existem grandes desafios a serem enfrentados. O cigarro brasileiro é um dos mais baratos do mundo. Atualmente a marca mais cara custa cerca de US\$ 1,00 e o preço médio dos cigarros nacionais situa-se em torno de US\$ 0,46 (Brasil - Ministério da Saúde, 2003 a) . Um recente estudo da OMS coloca o Brasil como o 6º cigarro mais barato do mundo (Guidon et al, 2002; Brasil - Ministério da Saúde, 2003 c).

Portanto, torna-se fundamental que sejam adotadas medidas de preços no Brasil, a fim de tornar os cigarros menos acessíveis especialmente para os jovens. No entanto, a implementação dessa medida tem sido limitada pelo receio de que o aumento de preço dos produtos de tabaco especialmente o de cigarros gere um aumento do contrabando, pois o Brasil é um dos países que mais tem sofrido o impacto do mercado ilegal de cigarros. A Secretaria da Receita Federal (SRF) estima que 35% do mercado brasileiro é abastecido por cigarros ilegais e considera que esse fato resulta da diferença de tributação do cigarro brasileiro em relação aos cigarros de países vizinhos. No Brasil, o maço de cigarros é tributado em cerca de 73,3% do seu valor, enquanto na Argentina essa tributação é de 67%, no Uruguai é de 67% e, no Paraguai, 13% (Brasil - Ministério da Saúde , 2003 c).

Dessa forma no mercado ilegal podem ser encontrados cigarros ainda mais baratos do que no mercado formal. Enquanto no mercado legal o preço médio é de U\$ 0,46 no mercado ilegal o preço médio é de U\$0,30 (Brasil - Ministério da Saúde , 2003 c)

Segundo a SRF as perdas tributárias alcançam US\$ 650 milhões ao ano, recursos estes que deixam de ser captados pelo Governo Federal, impedindo que sejam destinados para outros fins, inclusive para financiar o tratamento pelo SUS de doenças tabaco relacionadas.

Através da Secretaria de Receita Federal, e do Ministério da Justiça, o governo brasileiro tem investido em ações para coibir o contrabando de cigarros no Brasil que desde 1992 vem aumentando substancialmente. Para combater esta prática ilegal de comércio, em 1998 o Governo suspeitando de que as companhias de tabaco recorriam a prática de exportações fantasmas, já que os impostos não incidiam sobre os cigarros destinados para exportação, passou a taxar a exportação de cigarros para os países da América Central e do Sul, inclusive o Caribe em 150% (Decreto Nº 2876). Como resultado, o volume de exportações de cigarros caiu e aumentou consideravelmente o volume de exportação de folhas de fumo para os países fronteiriços. Paralelamente houve um importante crescimento do número de fábricas de produtos de tabaco: somente no Paraguai, onde até 1995, existiam duas fábricas, este número cresceu para 22 em 2001. Estas empresas passaram a importar a folha de fumo do Brasil para processá-la e transformá-la em cigarros que passaram a entrar ilegalmente no Brasil. Por isso, em 2000, o Governo ampliou a alíquota de 150% do imposto de exportação (Decreto Nº 3646 e Nº 3647) para a exportação de folhas de fumo, papel para a fabricação de cigarros, cilindros para os filtros, quando estes são destinado aos países da América do Sul.

Em 1999, embora o governo tenha reduzido em cerca de 20% o principal imposto que incide sobre produtos de tabaco (imposto sobre produto industrializado - IPI) não houve redução do nível de contrabando. Essa experiência sugere que o corte de impostos por si só tem pouco efeito na redução do contrabando, corroborando com estudos do Banco Mundial que apontam que os determinantes do contrabando estão além do comportamento de impostos e preços, estando mais relacionado ao crime organizado que à política de preços e impostos adotada em um país (World Bank, 1999).

Essa questão é bastante complexa e representa um importante desafio para o controle do tabagismo, pois depende de uma ação integrada entre os países envolvidos no fluxo de mercado ilegal de cigarros.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Hoje nenhum país pode mais deixar de reconhecer que ações para controlar o tabagismo devem ser centrais aos seus programas de desenvolvimento.

Nesse sentido o Governo Brasileiro tem investido esforços para articular nacionalmente um Programa de Controle do Tabagismo intersetorial e abrangente. E, apesar de todas as dificuldades que o Brasil enfrenta por ser um país produtor de tabaco, por ser um país em desenvolvimento, por ter que lidar com as constantes e sofisticadas estratégias de grandes transnacionais de tabaco para minar as ações de controle do tabagismo, muitos são os indicadores de que estamos avançando.

A queda de 32% no consumo anual per capita de cigarros entre 1989 e 2002, os resultados de um recente estudo no município do Rio de Janeiro que mostrou uma queda na prevalência de fumantes de 30% em 1989 para 21% em 2001 (Brasil – Ministério da Saúde/INCA, 2003), a evidência de que o fumante brasileiro é um dos mais motivados do mundo a deixar de fumar no mundo (Gigliotti, 2002) e de que há um grau elevado de consciência na população sobre os riscos do tabagismo e do tabagismo passivo (Brasil – Ministério da Saúde/INCA 2003) são dados animadores que mostram que a política de controle do tabagismo no Brasil encontra-se no caminho certo.

Diante desse cenário, torna-se cada vez mais evidente que os patamares já alcançados e os desafios ainda a serem enfrentados dependem do envolvimento de todos os setores sociais, governamentais e não governamentais, pois o tabagismo é uma doença cujo controle não depende da existência de vacinas, antibióticos, quimioterápicos e sim da vontade e envolvimento de toda a sociedade.

4. BIBLIOGRAFIA

1. Brasil - Ministério da Saúde / Instituto Nacional de Câncer 2003– *Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer – Modelo Lógico e Avaliação*
2. Brasil - Ministério da Saúde / Instituto Nacional de Câncer (INCA). 2003b – *Legislação Federal sobre Tabaco no Brasil*, atualizado em agosto de 2003 -
3. Brasil - Ministério da Saúde / Instituto Nacional de Câncer (INCA)– 2003c *Por Um Mundo Livre de Tabaco - Ação Global para Controle do Tabaco: 1º Tratado Internacional de Saúde Pública – 2ª edição*
4. Brasil – Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) 2004 – *Dados preliminares do Inquérito sobre Fatores de Risco de Doenças Não transmissíveis e morbidade divulgados no Jornal o Estado de São Paulo 27 de março de 2004.*
5. Campaign for Tobacco Free Kids & Action On Smoking And Health (Ash). 200. *Confie en nosotros. Somos la industria tabacalera.* Washington; London
6. CDC - Centers For Disease Control And Prevention. 1994. *Minors Access to Cigarette Vending Machine in Morbidity and Mortality Weekly Report* ,
7. Doll R, Peto R, Wheatley K et al 1994. *Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors.* BMJ, 309 : 901-910.
8. FDA - Food And Drug Administration, 1999 - Executive Summary - *The Regulations Restricting the Sale and Distribution of Cigarettes and Smokeless Tobacco to Protect Children and Adolescents ..*
9. Figueiredo, V. C., Szklo, M., Lozana, J. A., Casado, L., Fernandes, E. M.(2002) *Perfil do Tabagismo na População de 15 Anos ou mais do Município do Rio de Janeiro em 2001-* Instituto Nacional de Câncer/Coordenação de Prevenção e Vigilância/Divisão de Epidemiologia. Apresentação oral durante o V Congresso Brasileiro de Epidemiologia – 2002 - Curitiba /Paraná.

10. Fiore, M.C.; Bailey, W.C.; Cohen, S.J. et al 2000. *Treating Tobacco Use And Dependence*. In: Clinical Practice Guideline (U. S. Department Of Health And Human Services, Public Health Service, Agency For Health Care Policy And Research , Org) June 2000.
11. Gigliotti, A.P. 2002 *Hábitos, atitudes e crenças de fumantes em quatro capitais brasileiras: uma comparação com 17 países europeus* Tese de Mestrado– Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo.
12. Guindon, E., Tobin, D., Yach, D. 2002 *Trends and affordability if cigarettes prices: ample room for tax increases and related health gains*. Tobacco Control, 11: 35 – 43, September.
13. Hackshaw, A.K.; Law, M.; Wald, N.J. 1997. *The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke*. *BMJ*, 315:980 –8,
14. Hennengfield, J.E.; Cohen, C. & Pickworth, W.B. 1993. Psychopharmacology of nicotine. In: *Nicotine Addiction. Principles and Management* (Orleans CT and Slade J. org.), New York: Oxford University Press,.
15. IARC - International Association on Research on Cancer.1986. *Evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans*. Tobacco smoking. IARC Scientific Publications no 38.
16. Kozlowski, L.T. Pilliteri, J.L. 2001. *Beliefs about “light”and “Ultra light” cigarettes and efforts to change those beliefs : an overview of early efforts and published research*. Tobacco Control an International Journal. Vol 10 Supp 1: 4-11
17. Law, M.R.; Morris, J.K.;Wald, N.J. 1997.*Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence*. *BMJ*, 315: 973 –80
18. Marlatt, G. A. 1993. Prevenção da recaída: racionalidade teórica e visão geral do modelo. In: *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos* (Marlatt & Gordon , orgs), . Trad. Dayse Batista – Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
19. PAHO - Pan American Health Organization . 2002. *Health in the Americas*.
20. PAHO - Pan American Health Organization. 2002 b. *Profits Over People – Tobacco Industry Activities to Market Cigarettes and Undermine Public Health in Latin America and Caribbean*. November

21. Pollay, R.W., Dewhirst, T.2001. *Marketing Cigarettes with Low Machine-Measured Yields*. In: *Smoking and Tobacco Control. Risks Associated with Smoking Cigarettes with Low Machine- Measured Yields of Tar and Nicotine*. National Institutes of Health. National Cancer Institute. Monograph 13. pp 199-235
22. Repace, J. 2003. *Action on Smoking and Health (ASH). An action on Smoking and Health investigation into threat of passive smoking to the U.K. forc.*(www.ash.org.uk)
23. Shiffman, S.,Pillitteri, J.L., Burton, S.L. et al. 2001. *Smoker's beliefs about "Light" and "Ultra Light" cigarettes*. *Tobacco Control*; 10 (Suppl I): i 17 – i 23.
24. U. S. Surgeon General. 1986. *The health consequences of involuntary smoking*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health
25. United States Environmental Protection Agency (USEPA) 1993.- *Respiratory Health Effects of Passive Smoking – Fact Sheet*,
26. World Bank.1999. *Curbing the Epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control*,
27. World Health Organization (WHO) 2001. *Tobacco & the Rights of the Child*.