



Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde
para o Controle do Tabaco no Brasil
dez anos de história - 2005-2015

2ª edição revista e atualizada





Os **CIGARROS** e outros **PRODUTOS DE TABACO** são elaborados para criar e manter **DEPENDÊNCIA QUÍMICA**, uma enfermidade classificada pela **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**.

Seus compostos e a fumaça que produzem são **TÓXICOS, MUTAGÊNICOS E CANCERÍGENOS**.

O consumo do tabaco e a exposição à sua fumaça são causas de **DOENÇAS, INCAPACITAÇÕES e MORTES**. São 100 milhões de mortes no séc. XX.

PUBLICIDADE, PROMOÇÃO, PATROCÍNIO, BAIXO PREÇO, FACILIDADE DE ACESSO e SABORES disseminam o uso de produtos de tabaco principalmente entre jovens.

TABAGISMO: UMA DOENÇA PEDIÁTRICA
90% dos fumantes começaram antes dos 18 anos.

O tabaco contribui para o empobrecimento dos indivíduos e de suas famílias, porque os seus consumidores têm maior chance de adoecer, perder produtividade e renda. Além disso, a produção agrícola de tabaco e a manufatura dos seus derivados podem contribuir para o adoecimento e o empobrecimento das famílias envolvidas nessas atividades.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

**CONVENÇÃO-QUADRO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA
SAÚDE PARA O CONTROLE DO TABACO NO BRASIL
DEZ ANOS DE HISTÓRIA
2005-2015**

2ª edição revista e atualizada

Rio de Janeiro, RJ
INCA
2018

2018 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/ Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilha igual 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer (<http://controlecancer.bvs.br/>) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br>).

Tiragem: 250 exemplares - 2ª edição revista e atualizada - 2018

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ
ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA)
Secretaria-Executiva da Comissão Nacional para
Implementação da Convenção-Quadro para o
Controle do Tabaco (SE-Conicq)
Rua do Resende, 128 / 3º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ
CEP 20231-092
Tel.: 21 3207-4503
E-mail: conicq@inca.gov.br
www.inca.gov.br/observatoriotabaco

Elaboração

Tânia Maria Cavalcante
Mariana Coutinho Marques de Pinho
Naira Milene Silva Vosmirko

Colaboradores

Apêndice 7

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Fox Print

FICHA CATALOGRÁFICA

I59c Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco no Brasil: dez anos de história – 2005-2015 / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: Inca, 2018. 88p.; il. color.
ISBN: 978-85-7318-352-8 (versão impressa) ISBN: 978-85-7318-353-5 (versão eletrônica)
1. Tabagismo – Prevenção e Controle. 2. Tabagismo – História – Brasil. 3. Organização Mundial da Saúde. I. Título.
CDD 613.85

Catálogo na fonte – Serviço de Educação e Informação Técnico-Científica

Títulos para indexação

Em inglês: The WHO Framework Convention on Tobacco Control in Brazil: 10 years on - 2005-2015/2nd edition revised and updated

Em espanhol: El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en Brasil: 10 años de historia - 2005-2015/2ª edición revista y actualizada

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	7
LISTA DE SIGLAS.....	9
INTRODUÇÃO	11
SUMÁRIO EXECUTIVO	13
Visão de futuro.....	13
Relação entre a presente Convenção e outros acordos e instrumentos jurídicos (art. 2º da CQCT/OMS)	13
Participação da sociedade civil (art. 4.7 da CQCT/OMS).....	13
Obrigações gerais: mecanismos de coordenação multissetorial e de financiamento (arts. 5.1 e 5.2 da CQCT/OMS)	13
Obrigações gerais: proteção da política de controle do tabaco dos interesses da indústria (art. 5.3 da CQCT/OMS)	14
Medidas relacionadas a preços e impostos para reduzir a demanda de tabaco (art. 6º da CQCT/OMS)	14
Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco (art. 8º da CQCT/OMS)	14
Da regulamentação do conteúdo dos produtos de tabaco e da divulgação das informações sobre os produtos de tabaco (arts. 9º e 10 da CQCT/OMS)	14
Embalagem e etiquetagem de produtos de tabaco (art. 11 da CQCT/OMS).....	14
Educação, comunicação, treinamento e conscientização do público (art. 12 da CQCT/OMS) ...	14
Publicidade, promoção e patrocínio do tabaco (art. 13 da CQCT/OMS)	15
Medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco (art. 14 da CQCT/OMS)	15
Comércio ilícito de produtos de tabaco (art. 15 da CQCT/OMS)	16
Apoio a atividades alternativas economicamente viáveis à cultura do tabaco (art. 17 da CQCT/OMS) e Proteção ao meio ambiente e à saúde das pessoas (art. 18 da CQCT/OMS)...	16
Responsabilidade (art. 19 da CQCT/OMS)	16
Pesquisa, vigilância e intercâmbio de informação (art. 20 da CQCT/OMS)	16
ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO	17
Objetivo geral.....	17
Objetivos específicos.....	17
Público-alvo	17
CONVENÇÃO-QUADRO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA O CONTROLE DO TABACO	19
Atuação do Brasil no processo de negociação da CQCT/OMS.....	20

A ratificação do tratado pelo Brasil	22
Marcos legais.....	22
CONVENÇÃO-QUADRO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA O CONTROLE DO TABACO NO BRASIL: DEZ ANOS DE HISTÓRIA.....	23
Relação entre a presente Convenção e outros acordos e instrumentos jurídicos (art. 2º da CQCT/OMS)	23
Após 2015.....	23
Desafios enfrentados	24
Visão de futuro	24
Participação da sociedade civil (art. 4.7 da CQCT/OMS).....	24
Até 2005	24
Após 2005.....	24
Marco legal.....	25
Desafios enfrentados	25
Visão de futuro	25
Obrigações gerais: mecanismos de coordenação multissetorial e de financiamento (arts. 5.1 e 5.2 da CQCT/OMS)	25
Até 2005	25
Após 2005.....	25
Marcos legais.....	26
Desafios enfrentados	26
Visão de futuro	26
Obrigações gerais: proteção da política de controle do tabaco dos interesses da indústria (art. 5.3 da CQCT/OMS)	27
Até 2005	27
Após 2005.....	28
Marcos legais.....	28
Desafios enfrentados	28
Visão de futuro	28
Medidas relacionadas a preços e impostos para reduzir a demanda de tabaco (art. 6º da CQCT/OMS).....	29
Até 2005	29
Após 2005.....	29
Marcos legais.....	30
Desafios enfrentados	30
Visão de futuro	30
Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco (art. 8º da CQCT/OMS)	31
Até 2005	31
Após 2005.....	31

Marcos legais.....	32
Desafios enfrentados	32
Visão de futuro	33
Da regulamentação do conteúdo dos produtos de tabaco, e da divulgação das informações sobre os produtos de tabaco (arts. 9º e 10 da CQCT/OMS)	33
Até 2005	33
Após 2005.....	33
Marcos legais.....	33
Desafios enfrentados	34
Visão de futuro	34
Embalagem e etiquetagem de produtos de tabaco (art. 11 da CQCT/OMS).....	35
Até 2005	35
Após 2005.....	35
Marcos legais.....	36
Desafios enfrentados	37
Visão de futuro	37
Educação, comunicação, treinamento e conscientização do público (art. 12 da CQCT/OMS).....	37
Até 2005	37
Após 2005.....	38
Marcos legais.....	39
Desafios enfrentados	40
Visão de futuro	40
Publicidade, promoção e patrocínio do tabaco (art. 13 da CQCT/OMS).....	41
Até 2005	41
Após 2005.....	41
Marcos legais.....	42
Desafios enfrentados	42
Visão de futuro	42
Medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco (art. 14 da CQCT/OMS)	43
Até 2005	43
Após 2005.....	44
Marcos legais.....	45
Desafios enfrentados	45
Visão de futuro	46
Medidas relativas à redução da oferta de tabaco e ao comércio ilícito de produtos de tabaco (art. 15 da CQCT/OMS)	46
Até 2005	46
Após 2005.....	47

Marcos legais.....	48
Desafios enfrentados	48
Visão de futuro	48
Venda a menores de idade ou por eles (art. 16 da CQCT/OMS).....	48
Até 2005	48
Após 2005.....	48
Marcos legais.....	49
Desafios enfrentados	50
Visão de futuro	50
Apoio a atividades alternativas economicamente viáveis à cultura do tabaco (art. 17 da CQCT/OMS) e Proteção ao meio ambiente e à saúde das pessoas (art. 18 da CQCT/OMS)	50
Até 2005	51
Após 2005.....	51
Marcos legais.....	52
Desafios enfrentados	52
Visão de futuro	53
Responsabilidade (art. 19 da CQCT/OMS)	53
Até 2005	53
Após 2005.....	53
Marcos legais.....	55
Desafios enfrentados	55
Visão de futuro	55
Pesquisa, vigilância e intercâmbio de informação (art. 20 da CQCT/OMS).....	56
Desafios enfrentados	59
Visão de futuro	59
Cooperação científica, técnica e jurídica e prestação de assistência especializada (art. 22 da CQCT/OMS)	59
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES.....	63
Apêndice 1 – Lista de instituições presentes na Oficina.....	63
Apêndice 2 – Metodologia de trabalho da Oficina.....	64
Apêndice 3 – Apresentações feitas na Oficina	67
Apêndice 4 – Fotos da Cerimônia Comemorativa e das Oficinas	68
Apêndice 5 – Transcrição dos depoimentos de alguns participantes.....	78
Apêndice 6 – Lista dos participantes.....	81
Apêndice 7 – Colaboradores.....	84

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Plenário do Palácio das Nações, sede da ONU, Genebra	19
Figura 2 – Imagens feitas durante audiências públicas com a participação de representantes do governo, do Senado, da população, dos fumicultores e da sociedade civil	20
Figura 3 – Publicações feitas pelo INCA para mobilizar a população e desmistificar as distorções criadas para impedir a ratificação	21
Figura 4 – Diretora-Geral da OMS e embaixador Seixas Corrêa na última reunião de negociação do texto da CQCT/OMS, 2003	21
Figura 5 – A PNCT conta com a contribuição de diversos parceiros.....	26
Figura 6 – Cartaz da Campanha do Dia Mundial sem Tabaco 2012.....	27
Figura 7 – Imagem da OMS para o Dia Mundial sem Tabaco 2014, sob o tema <i>Aumentando os impostos sobre tabaco: o que você precisa saber</i>	29
Figura 8 – Imagem da Campanha do Dia Nacional de Combate ao Fumo 2007, adaptada pela Secretaria-Executiva da Conicq.....	31
Figura 9 – Evolução do tabagismo passivo no Brasil	32
Figura 10 – Trajetória da regulação das embalagens de produtos de tabaco no Brasil	36
Figura 11 – Materiais para prevenção e tratamento do tabagismo elaborados pelo INCA	38
Figura 12 – Campanhas educativas do INCA, Ministério da Saúde	39
Figura 13 – Imagens de pontos de venda de cigarros no Brasil.....	41
Figura 14 – Manuais do participante utilizados no tratamento para deixar de fumar em unidades de saúde do SUS.....	43
Figura 15 – Inserção nas embalagens de produtos de tabaco da logo do Disque Pare de Fumar / Disque Saúde ao longo do tempo, 2001-2016	44
Figura 16 – Tentativas de deixar de fumar nos últimos 12 meses, 2008 e 2013.....	45
Figura 17 – Ações relativas ao comércio ilícito.....	47
Figura 18 – Percentual de experimentação e consumo de cigarros entre escolares do 9º ano do Ensino Fundamental das capitais brasileiras	49
Figura 19 – Embalagem de cigarro com alerta sobre a proibição da venda a menores de 18 anos	50
Figura 20 – Resultados do Programa Nacional de Diversificação	51
Figura 21 – Publicações relativas ao tema direito e tabaco	54
Figura 22 – Edições da Vigitel, de 2006 a 2014.....	57
Figura 23 – Edições da Pnad de 2008, PNS de 2013 e Pense de 2009 e 2012	58
Figura 24 – Ilustração de pesquisas sobre o tabagismo e controle do tabaco no Brasil.....	58
Figura 25 – Reunião do grupo de trabalho 17 e 18 em Pelotas, 2013	60
Figura 26 – Delegação do Brasil na COP5 (à direita) e COP6 (à esquerda).....	60
Figura 27 – Exemplo das fichas do Grupo 3 que, depois de preenchidas, foram apresentadas para a plenária da Oficina.....	66
Figura 28 – Grupo 1-A, arts. 4.7, 5.2 e 20	68
Figura 29 – Grupo 1-B, art. 5.3	68

Figura 30 – Grupo 2, arts. 6º e 15.....	69
Figura 31 – Grupo 3, art. 8º.....	69
Figura 32 – Grupo 4, arts. 9º e 10.....	70
Figura 33 – Grupo 5, arts. 11 e 13.....	70
Figura 34 – Grupo 6, arts. 12 e 14.....	71
Figura 35 – Grupo 7, arts. 17 e 18.....	71
Figura 36 – Grupo 8, arts. 2º e 19.....	72
Figura 37 – Mesa de Abertura.....	72
Figura 38 – A secretária executiva da Conicq apresentou uma versão resumida do produto da Oficina para os integrantes da Mesa de Abertura e demais participantes.....	73
Figura 39 – Participantes do evento.....	73
Figura 40 – Participantes do evento.....	74
Figura 41 – Equipe da Divisão de Controle de Tabagismo do INCA.....	74
Figura 42 – Participantes do evento.....	75
Figura 43 – Participantes do evento.....	75
Figura 44 – Participantes do evento.....	76
Figura 45 – Participantes do evento.....	76
Figura 46 – Participantes da cerimônia comemorativa dos dez anos de ratificação da CQCT/OMS no Brasil.....	77
Figura 47 – Participantes da Oficina de Trabalho dos dez anos CQCT/OMS: Reflexões e Projeções.....	77

LISTA DE SIGLAS

Adesf – Associação de Defesa da Saúde dos Fumantes
Afubra – Associação dos Fumicultores do Brasil
AMB – Associação Médica Brasileira
AMS – Assembleia Mundial da Saúde
Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Ater – Assistência Técnica e Extensão Rural
Brasilcon – Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor
Brics – Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
CCICT – Centro de Cooperación Internacional de Control de Tabaco/Uruguay
Cepagro – Centro de Estudos e Promoção da Agricultura de Grupo
Cetab – Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde
CICT/Mercosul – Comissão Intergovernamental para o Controle do Tabaco do Mercado Comum do Cone Sul
Cide – Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico
CNCT – Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
Conicq – Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco
COP – Conferências das Partes da CQCT/OMS
CQCT/OMS – Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco
DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
Ecosoc – Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
Ibama – Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
ILC – International Legal Consortium
INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
INT – Instituto Nacional de Tecnologia
Latab – Laboratório de Tabaco e Derivados
Mercosul – Mercado Comum do Cone Sul
MP – Ministério Público
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONI – Órgão de Negociação Intergovernamental
ONU – Organização das Nações Unidas

Opas – Organização Pan-americana da Saúde
Pense – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
Pesquisa ITC – Pesquisa Internacional de Avaliação das Políticas de Controle do Tabaco
Petab – Pesquisa Especial de Tabagismo
Petuni – Perfil de Tabagismo em Estudantes Universitários do Brasil
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
Pnad – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNCT – Política Nacional de Controle do Tabaco
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
PPA – Plano Plurianual
PUC-RJ – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
Rede ACT – Rede Aliança de Controle do Tabagismo
RFB – Receita Federal do Brasil
SAF/Ater – Secretaria da Agricultura Familiar/ Departamento de Assistência Técnica e Extensão Rural
SBPT – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
Scorpions – Sistema de Controle e Rastreamento da Produção de Cigarros
Senad – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
STF – Supremo Tribunal Federal
STJ – Superior Tribunal de Justiça
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
TFK – Campaign for Tobacco-Free Kids
Uerj – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
Vigescola – Vigilância de Tabagismo em Escolares
Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
Visas – Vigilâncias Sanitárias Estaduais

INTRODUÇÃO

Em outubro de 2005, o Senado Federal ratificou a adesão do Brasil à Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco (CQCT/OMS), primeiro tratado internacional de saúde negociado sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde (OMS), uma vitória comemorada por vários parceiros e instituições que se uniram para vencer o forte *lobby* contrário de companhias de tabaco e seus associados contra a adesão do Brasil a esse tratado. Ao ratificar a CQCT/OMS, sua implementação passou ser uma obrigação legal para o Brasil, e suas medidas, um mapa da Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT), uma Política de Estado.

Em novembro de 2015, completaram-se dez anos de implementação da CQCT/OMS com muitos resultados a comemorar e muita história sobre desafios vencidos, ainda não vencidos e, principalmente, sobre as lições aprendidas. É uma história que ainda não terminou, pois existem muitas batalhas pela frente. Por isso, como parte das atividades de comemoração dos dez anos da implementação da CQCT/OMS no Brasil, foram reunidos vários atores influentes nessa política – organizações governamentais e não governamentais, representantes de secretarias de saúde, vigilâncias sanitárias, sociedades médicas e instituições de ensino e pesquisa – para uma oficina de trabalho. Foram dois dias de trabalho intenso e muita reflexão. Foram analisados os avanços, os desafios enfrentados e as lições aprendidas nos últimos dez anos. Para cada uma das principais medidas da CQCT/OMS, foi pactuada uma visão de futuro para os próximos dez anos. Essa oficina foi seguida de uma cerimônia comemorativa que contou com a presença dos participantes da oficina e de autoridades, como o ministro da saúde, o diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o chefe do Secretariado da Convenção.

Por meio desta publicação, buscou-se registrar o produto dessa reflexão coletiva e principalmente a visão de futuro compartilhada que servirá de bússola para as ações a serem implementadas pela PNCT nos próximos anos.

Na publicação, sempre que possível, procurou-se descrever sucintamente a situação do Brasil em relação a cada uma das principais medidas adotadas antes e depois da ratificação da CQCT/OMS, os desafios enfrentados e a visão de futuro. Dessa forma, será possível visualizar as principais conquistas e os desafios, além de conhecer qual é a visão de futuro que os principais parceiros dessa política de Estado vislumbram para o país.

Vale destacar que, em 2012, durante a 65ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS), os governos pactuaram a meta de reduzir em 25% a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis até 2015. E, no entendimento de que a redução do tabagismo é central para alcançar esta meta, os governos também reiteraram o compromisso com a implementação da CQCT/OMS. Por isso, no ano seguinte, a 66ª AMS propôs uma redução de 30% da prevalência do tabagismo em pessoas com 15 anos ou mais com a intenção de contribuir com o alcance da meta para as doenças não transmissíveis estabelecida no ano anterior.

Até 2013, pesquisas populacionais evidenciaram uma queda no número de fumantes, no Brasil, de 34,3% entre adultos com 18 anos ou mais. Os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) para o período de 2006 a 2014 apontam para a mesma tendência: redução de 31,2%. Para manter esse padrão de queda e contribuir para a meta voluntária proposta na AMS, o Brasil deverá enfrentar, e vencer, desafios importantes para a PNCT.

Os brasileiros e suas representações, entidades ou corporações, terão um papel importantíssimo nessa próxima década para o controle do tabaco. Em 2025, quando a ratificação à CQCT/OMS completar 20 anos, a prevalência do tabagismo poderá estar próxima de 7%.

Vale salientar que, entre 1989 e 2008, a prevalência de fumantes adultos no Brasil havia caído de 35% para 18,5%, representando uma redução de cerca de 47%, evitando 420 mil mortes tabaco-relacionadas. É possível destacar o efeito catalítico da implementação da CQCT/OMS no Brasil se forem comparadas

as prevalências de fumantes adultos registradas em pesquisas nacionais conduzidas pelo Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2008 e 2013. Em 2008, essa prevalência era de 18,5% e caiu para 14,7% em 2013. Ou seja, em um período de cinco anos (de 2008 a 2013), houve uma queda de 20% na prevalência de fumantes, quase a metade da redução obtida em 20 anos (de 1989 a 2008). Esse é um resultado que se reflete na redução da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no país.

Por fim, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), órgão do Ministério da Saúde, agradece o apoio inestimável da Organização Pan-americana da Saúde (Opas), da Anvisa, da Fundação do Câncer, da União Internacional contra a Tuberculose e Doenças Pulmonares (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease - The Union) e da Iniciativa Bloomberg para Controle do Tabaco na viabilização das atividades comemorativas dos dez anos de CQCT/OMS no Brasil. Agradecimentos especiais aos relatores dos grupos de trabalho^a pelo tempo disponibilizado para contribuir na concepção da oficina e na condução dos grupos de trabalho que construíram a análise e a visão de futuro.

^aAdriana Pereira de Carvalho, Rede Aliança de Controle do Tabagismo (Rede ACT) Promoção da Saúde; Alberto José de Araújo, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT); Aline Biz, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Andrea Ramalho Reis Cardoso, Divisão de Controle do Tabagismo/INCA; Charles Lamb, Centro de Estudos e Promoção da Agricultura de Grupo (Cepagro); Cristiane Vianna, The Union; Cristina Cantarino, Centro de Tratamento do Fumante/INCA; Marcelo Moreno, Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde (Cetab)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Mônica Andreis, Rede ACT Promoção da Saúde; Norberto Polla de Campos, Anvisa; Roberto Iglesias, Banco Mundial; Silvana Rubano Turci, Cetab/Fiocruz; Vania Regina Câmara Campelo, Anvisa; Vera Lúcia Gomes Borges, Divisão de Controle do Tabagismo/INCA.

SUMÁRIO EXECUTIVO

VISÃO DE FUTURO

Em 5 de novembro de 2015, o Brasil completou dez anos de ratificação da CQCT/OMS. Os resultados positivos dessa Política, traduzidos em menor prevalência de fumantes e de doenças e mortes tabaco-relacionadas no Brasil, são amplamente reconhecidos tanto nacional quanto internacionalmente. E, sem dúvida, foram fruto de uma construção coletiva envolvendo uma rede formada por profissionais e instituições de governo, parlamentares, representantes da sociedade civil, da mídia, e da academia, na implementação de cada medida desse tratado e fortemente unida para o enfrentamento das interferências indevidas e dos obstáculos colocados pela indústria do tabaco e seus aliados.

Para comemorar esse marco histórico para saúde pública brasileira, o INCA, a Opas e a Anvisa, com o apoio da Fundação do Câncer, da The Union e da Iniciativa Bloomberg para Controle do Tabaco, reuniram parceiros (Apêndices 1 e 2) para uma Oficina de Trabalho, em que foram feitas análises e reflexões sobre avanços, desafios enfrentados e lições aprendidas nessa trajetória de dez anos. Principalmente, convergiram-se visões sobre onde o Brasil precisa chegar com sua PNCT em 2025. A ideia é que a visão de futuro construída coletivamente para cada uma das medidas desse tratado sirva de horizonte para a definição de prioridades e a construção de planos e programas para a implementação da CQCT/OMS no Brasil nos próximos dez anos.

Abaixo, sinteticamente, apresenta-se a visão de futuro pactuada entre os parceiros presentes na Oficina para cada um dos artigos da CQCT/OMS.

RELAÇÃO ENTRE A PRESENTE CONVENÇÃO E OUTROS ACORDOS E INSTRUMENTOS JURÍDICOS (ART. 2º DA CQCT/OMS)

1. Consolidação de uma jurisprudência que reconheça a validade das políticas públicas de controle do tabaco, principalmente no Supremo Tribunal Federal (STF).
2. Colocação em discussão, pelo governo brasileiro, pautando temas relacionados às políticas públicas de controle do tabaco em reuniões e fóruns internacionais, como no Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul) e no grupo econômico composto por cinco países: Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul (Brics), para adoção de medidas conjuntas mais protetivas que aquelas previstas na CQCT/OMS.

PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL (ART. 4.7 DA CQCT/OMS)

3. O Brasil contará com uma sociedade civil organizada, participativa, autônoma e atuante na defesa da implementação da CQCT/OMS e de todas as medidas necessárias para a efetivação da PNCT enquanto uma política de Estado brasileira.

OBRIGAÇÕES GERAIS: MECANISMOS DE COORDENAÇÃO MULTISSETORIAL E DE FINANCIAMENTO (ARTS. 5.1 E 5.2 DA CQCT/OMS)

4. Existência da PNCT enquanto uma política de Estado, executada de forma sustentável e multissetorial, alinhada e comprometida com os princípios e as diretrizes da CQCT/OMS, atuando de forma integrada e com financiamento garantido.

OBRIGAÇÕES GERAIS: PROTEÇÃO DA POLÍTICA DE CONTROLE DO TABACO DOS INTERESSES DA INDÚSTRIA (ART. 5.3 DA CQCT/OMS)

5. Aperfeiçoamento da implementação das ações preconizadas no tratado para reduzir e/ou minimizar a interferência da indústria do tabaco e seus aliados nas políticas transversais à implementação da CQCT/OMS.
6. Desnormalização^b e desnaturalização das atividades da indústria do tabaco.

MEDIDAS RELACIONADAS A PREÇOS E IMPOSTOS PARA REDUZIR A DEMANDA DE TABACO (ART. 6º DA CQCT/OMS)

7. Estabelecimento de uma política tributária efetiva na redução do acesso e do consumo de cigarros e de outros produtos de tabaco, especialmente pelas populações jovem e economicamente vulneráveis.

PROTEÇÃO CONTRA A EXPOSIÇÃO À FUMAÇA DO TABACO (ART. 8º DA CQCT/OMS)

8. Ampliação e aprimoramento da legislação sobre ambientes 100% livres de tabaco, incluindo veículos privados e ambientes abertos onde houver concentração de pessoas em eventos e atividades de lazer.
9. Garantia do cumprimento da legislação sobre ambientes 100% livres de fumo e outras legislações pertinentes.

DA REGULAMENTAÇÃO DO CONTEÚDO DOS PRODUTOS DE TABACO E DA DIVULGAÇÃO DAS INFORMAÇÕES SOBRE OS PRODUTOS DE TABACO (ARTS. 9º E 10 DA CQCT/OMS)

10. Garantia da sustentabilidade do laboratório de análise de vigilância dos produtos de tabaco e pesquisas correlatas com plena participação dos diferentes atores envolvidos.
11. Garantia da competência da Anvisa como agente regulador dos produtos de tabaco.
12. Fortalecimento dos mecanismos de compartilhamento de comunicação e informação, por exemplo, rede de uso.
13. Conquista de decisão favorável na batalha judicial contra a medida de banimento dos aditivos dos produtos de tabaco.

EMBALAGEM E ETIQUETAGEM DE PRODUTOS DE TABACO (ART. 11 DA CQCT/OMS)

14. Padronização de embalagens de todos os produtos fumígenos derivados de tabaco, contendo advertências sanitárias em todas as faces.
15. Produção de advertências sanitárias baseada em pesquisas científicas e compatíveis com os diversos produtos de tabaco e seus respectivos malefícios.

EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO, TREINAMENTO E CONSCIENTIZAÇÃO DO PÚBLICO (ART. 12 DA CQCT/OMS)

16. Garantia da continuidade da cobertura da mídia, enfocando conquistas da saúde, alcançadas por meio do processo de cessação do tabagismo, da prevenção da iniciação e da realidade das estratégias da indústria em toda a cadeia produtiva do fumo.

^b Neologismo decorrente da expressão em inglês “denormalize”, cujo sentido é explicitar o caráter anômalo da indústria do tabaco que, apesar de ser um negócio legalizado, não é uma empresa como todas as demais, ou seja, qualquer atividade ou estratégia para criar aceitação social do produto e da empresa e para aumentar o consumo não deve ser encarada como normal ou aceitável.

17. Garantia dos recursos provenientes de contribuições compulsórias da indústria do tabaco para realizar campanhas publicitárias de contrapropaganda e ampliação da rede de parcerias com entidades e sociedade civil organizada.
18. Fortalecimento, junto ao Ministério da Educação, de ações educativas de controle do tabagismo nas escolas, em todos os níveis de formação (educação básica e superior), garantindo que os currículos dos cursos universitários da área da saúde incluam o controle do tabaco na sua grade obrigatória.
19. Promoção de ações educativas para diversos formadores de opinião, como líderes comunitários e religiosos. Essas ações devem contar com financiamento garantido por meio de contribuições compulsórias da indústria do tabaco.
20. Inovação em campanhas educativas e outras formas de comunicação que estejam à frente das estratégias da indústria do tabaco.

PUBLICIDADE, PROMOÇÃO E PATROCÍNIO DO TABACO (ART. 13 DA CQCT/OMS)

21. Regulamentação da exposição do produto nos locais de venda. O processo de edição de normas apoia-se em atividades de *advocacy*, campanhas e mobilização social junto ao Congresso Nacional e às Câmaras Legislativas de Estados e municípios, com o objetivo de banir definitivamente qualquer tipo de propaganda e de promoção de produtos fumígenos derivados do tabaco.

MEDIDAS DE REDUÇÃO DE DEMANDA RELATIVAS À DEPENDÊNCIA E AO ABANDONO DO TABACO (ART. 14 DA CQCT/OMS)

22. Ampliação da sensibilização de profissionais de saúde e da população em geral, por meio de estratégias de controle integradas, focando grupos específicos e incluindo temas como a fumaça de tabaco de terceira mão^e e outras formas de consumo do tabaco, como o narguilé e o cigarro eletrônico, entre outros.
23. Monitoramento das novas estratégias da indústria para perpetuar a dependência à nicotina com o objetivo de desarticulá-las, entendendo que o controle do tabagismo está longe de ser um problema resolvido.
24. Ampliação do Programa Nacional de Cessação do Tabagismo por meio do fortalecimento dos papéis dos três níveis do governo, criação de estratégias para grupos específicos de fumantes no Sistema Único de Saúde (SUS), oferta de atendimento na rede SUS em horários diferenciados, incluindo o noturno, incorporação de novas tecnologias para tratamento do fumante no SUS com eficácia comprovada cientificamente, fortalecimento da abordagem breve em qualquer atendimento por profissional de saúde, inclusão de insumos para o tratamento de pacientes fumantes internados e manutenção da atuação dos profissionais capacitados para tratamento do tabagismo no SUS. Ademais, deve-se estabelecer o compromisso por sociedades profissionais de saúde de capacitar seus associados, bem como parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com o objetivo de oferecer o tratamento para deixar de fumar na rede privada de saúde.
25. Inclusão do tema de controle de tabaco nas agendas dos grandes congressos nacionais de saúde e promoção de encontros periódicos nacionais específicos para tratar do tema controle do tabaco.
26. Demonstração, para as empresas, de que o tempo perdido quando os funcionários saem para fumar pode ser utilizado para oferecer tratamento de tabagismo dentro do horário de trabalho.

^e Fumaça de tabaco de terceira mão refere-se aos componentes da fumaça do tabaco que permanecem durante longo tempo nas superfícies dos objetos nos recintos expostos.

COMÉRCIO ILÍCITO DE PRODUTOS DE TABACO (ART. 15 DA CQCT/OMS)

27. Implantação efetiva, no país, do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco, com baixa participação do mercado ilegal no consumo total de cigarros.

APOIO A ATIVIDADES ALTERNATIVAS ECONOMICAMENTE VIÁVEIS À CULTURA DO TABACO (ART. 17 DA CQCT/OMS) E PROTEÇÃO AO MEIO AMBIENTE E À SAÚDE DAS PESSOAS (ART. 18 DA CQCT/OMS)

28. Ampliação e fortalecimento de diálogo nacional e internacional entre os diversos atores, que gere comunicação efetiva voltada para promover a diversificação produtiva, a saúde do trabalhador rural e a proteção do meio ambiente (Rede Sociotécnica para a Coalizão Internacional para a Diversificação e Saúde).
29. Fortalecimento político, administrativo e financeiro, e ampliação do Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco, com enfoque territorial e articulado a outras políticas públicas, e chamadas de assistência técnica e extensão rural, com acompanhamento e avaliação por meio de comitê.
30. Garantia dos direitos humanos em áreas produtoras de tabaco, com ações de atenção integral à saúde das famílias produtoras de fumo; de recuperação de áreas degradadas, entre outras.
31. Manutenção do monitoramento da saúde das famílias fumicultoras quanto à intoxicação aguda causada pela nicotina presente na folha verde de tabaco e por agrotóxicos, e outros males decorrentes do processo de trabalho no cultivo do fumo.

RESPONSABILIDADE (ART. 19 DA CQCT/OMS)

32. Ocupação, por parte da sociedade civil, da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco (Conicq), do INCA e das demais entidades e instituições parceiras, dos espaços institucionais do Poder Judiciário, do Ministério Público (MP), do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), do Conselho Nacional do Ministério Público e de órgãos afins, com o objetivo de divulgar a CQCT/OMS, as evidências científicas do tabagismo, os aspectos jurídicos do controle do tabaco, os impactos sociais, ambientais e econômicos da produção de tabaco etc.
33. Consolidação de jurisprudência que reconheça a responsabilidade civil e penal da indústria do tabaco pelos danos causados: 1) a consumidores e familiares pelo tabagismo; 2) a famílias produtoras de tabaco; 3) pela exploração do trabalho infantil na lavoura do tabaco; 4) pelos danos ambientais. Da mesma forma, a consolidação de jurisprudência que reconheça a obrigação da indústria do tabaco pelo ressarcimento aos cofres públicos dos gastos do SUS com o tratamento das doenças tabaco-relacionadas.
34. Apoio ao avanço da legislação brasileira para a implementação das medidas da CQCT/OMS, inclusive para o aprimoramento da responsabilização civil da indústria do tabaco pelos danos e prejuízos causados por ela e seus produtos, e sua responsabilidade penal.

PESQUISA, VIGILÂNCIA E INTERCÂMBIO DE INFORMAÇÃO (ART. 20 DA CQCT/OMS)

35. Existência de uma agenda sustentável e contínua de pesquisas nacionais e internacionais, envolvendo as agências de fomento e as fundações de amparo à pesquisa, que respondam às lacunas existentes e que foque nas temáticas prioritárias da PNCT.
36. Existência de um fórum permanente e sustentável de articulação entre pesquisadores, gestores e sociedade civil para definir as prioridades, avaliar e aprimorar as pesquisas nacionais e internacionais sobre controle do tabaco alinhadas com a política nacional.

ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO

Considerando que a PNCT é fruto de uma construção coletiva, que envolve um rico processo de participação e articulação conjunta do governo, da sociedade civil, da academia e de toda a sociedade brasileira, entendeu-se ser oportuna uma atividade coletiva para realizar um balanço dos últimos dez anos e construir uma visão de futuro, que servirá de horizonte para a definição de prioridades e construção de planos e programas para os próximos anos.

Com essa concepção e finalidade, a Secretaria-Executiva da Conicq, com apoio da Opas, da The Union, da Fundação do Câncer e da Iniciativa Bloomberg para Controle do Tabaco, promoveu uma atividade de três dias, no mês de novembro de 2015, em Brasília.

Dessa forma, este documento é produto final do trabalho elaborado por diversos atores que agem em parceria para a implementação da Política.

No Anexo 1, encontra-se a programação da oficina. Nos Apêndices 1 e 3, respectivamente, estão a lista de instituições presentes na oficina e a metodologia de trabalho.

OBJETIVO GERAL

Promover uma reflexão coletiva sobre os resultados de dez anos de implementação da CQCT/OMS no Brasil e construir uma visão de futuro para os próximos dez anos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar uma **Oficina de Trabalho** com parceiros da PNCT para analisar as principais conquistas e os desafios enfrentados nos últimos dez anos e pactuar uma visão de futuro para os próximos dez anos. Foi intitulada *Oficina de Trabalho dos 10 anos da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco no Brasil: Reflexões e Projeções*.
2. Construir **um documento** contendo um balanço dos últimos dez anos e uma visão de futuro da PNCT.
3. Realizar uma **cerimônia comemorativa** com a participação dos principais atores desses dez anos e apresentar o documento final da oficina.

PÚBLICO-ALVO

Oficina: Parceiros governamentais, não governamentais, academia, mídia e ativistas da PNCT.

Cerimônia: Autoridades que atuaram e atuam na PNCT e parceiros que participaram da oficina.

CONVENÇÃO-QUADRO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA O CONTROLE DO TABACO

A CQCT/OMS nasceu a partir de evidências de que o crescimento do mercado mundial de comércio dos produtos de tabaco trouxe uma série de ameaças à saúde da população mundial. Assim, durante a 52ª AMS, em 1999, os Estados-Membros da Organização das Nações Unidas (ONU) propuseram a adoção de um tratado de saúde pública.



Figura 1 – Plenário do Palácio das Nações, sede da ONU em Genebra

Fonte: Wikimedia Commons.

ATUAÇÃO DO BRASIL NO PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO DA CQCT/OMS

Em 1999, um decreto presidencial criou a Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco (CNCT) com o objetivo de subsidiar o presidente da república nos posicionamentos e nas decisões do Brasil durante as rodadas de negociação da CQCT/OMS .



Figura 2 – Imagens feitas durante audiências públicas com a participação de representantes do governo, do Senado, da população, dos fumicultores e da sociedade civil

Fonte: Arquivo da Secretaria-Executiva da Conicq.

O Brasil desempenhou um papel de destaque na negociação da CQCT/OMS, pois foi eleito, por consenso, pelos 192 países, para presidir o seu Órgão de Negociação Intergovernamental (ONI). Em um processo, delicado, o ONI foi habilmente presidido por Celso Amorim, então embaixador do Brasil em Genebra, e posteriormente substituído, na segunda metade do processo de negociação, pelo embaixador Luiz Felipe de Seixas Corrêa, que concluiu essa negociação de forma magistral.

Essa confiança depositada no Brasil, durante as negociações da CQCT/OMS, é resultado do reconhecimento internacional da liderança conquistada no controle do tabagismo, pois, apesar de ser um país em desenvolvimento e um grande produtor de fumo, tem conseguido promover ações fortes e abrangentes, com resultados expressivos.



Figura 3 – Publicações feitas pelo INCA para mobilizar a população e desmistificar as distorções criadas para impedir a ratificação

Fonte: Secretaria-Executiva da Conicq.

Além disso, o país esteve representado pela brasileira Vera Luiza da Costa e Silva, então Diretora do *Tobacco Free Initiative* (2001-2005), departamento da OMS que trabalha com esse tema. Nesta ocasião, ela atuou como secretária da negociação do tratado.

Dessa forma, o processo de negociação foi concluído em fevereiro de 2003 e, em maio desse mesmo ano, a versão final do texto foi adotada por unanimidade na 56ª AMS.

Em seguida, a CQCT/OMS foi depositada junto à ONU e ficou aberta para assinaturas entre 16 de junho de 2003 a 29 de junho de 2004. O Brasil foi o segundo país a assinar o tratado, reforçando seu compromisso com a implementação das medidas nele previstas. Ao assinar a CQCT/OMS, os países ainda não se tornam Estados-Parte dela, mas assumem o compromisso em se esforçar para ratificar, aceitar, aprovar ou aderir ao tratado e demonstrar apoio político para não minar os objetivos nele estabelecidos. Para tornar-se Parte do tratado, é preciso que cada país proceda à ratificação de sua adesão, o que, na maioria dos casos, exige a aprovação do texto em seus Parlamntos ou Congressos Nacionais.



Figura 4 – Diretora-Geral da OMS e embaixador Seixas Corrêa na última reunião de negociação do texto da CQCT/OMS, 2003

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.

Após ter completado 40 ratificações, a CQCT/OMS entrou em vigor em fevereiro de 2005, inserindo-se na história como o tratado da ONU que mais rapidamente obteve adesões. Até outubro de 2015, 180 Partes já haviam se comprometido com as ações de controle do tabaco, totalizando 93% de todos os países do mundo¹.

A RATIFICAÇÃO DO TRATADO PELO BRASIL

A partir da aprovação da CQCT/OMS na AMS e da assinatura do governo brasileiro no tratado em 2003, a CNCT teve seu caráter consultivo substituído pelo papel executivo, tornando-se responsável pela implementação das obrigações do tratado no país, quando, por meio do Decreto de 1º de agosto de 2003, passou a ser denominada Conicq.

O período compreendido entre a assinatura do tratado e sua ratificação pelo Senado Federal foi de dois anos e quatro meses. Essa trajetória foi marcada por um intenso enfrentamento entre organizações e ativistas da área da saúde e o setor produtivo de tabaco, já que o país era o segundo maior produtor e o maior exportador mundial. A indústria do tabaco investiu na disseminação do mito de que a CQCT/OMS proibiria o cultivo de tabaco e de que a adesão do país ao tratado acarretaria em forte impacto negativo nas regiões produtoras e nos meios de vida de 200 mil famílias produtoras de fumo.

A Conicq articulou várias audiências públicas realizadas pelo Senado Federal em municípios produtores que ajudaram a esclarecer a importância da ratificação para a saúde das pessoas e também serviram para selar o compromisso do governo federal com a implementação de alternativas economicamente viáveis para os produtores de tabaco.

Assim, em 3 de novembro de 2005, o Brasil conseguiu depositar a sua ratificação da CQCT/OMS na ONU.

MARCOS LEGAIS

- **Decreto nº 3.136, de 13 de agosto de 1999**, que cria a Comissão Nacional para a preparação da participação do Brasil nas negociações internacionais com vistas à elaboração de convenção-quadro sobre controle do uso de tabaco, e dá outras providências.
- **Resolução da AMS nº 56.1, de 21 de maio de 2003**, que adota a CQCT/OMS.
- **Decreto s/n da Presidência da República, de 1º de agosto de 2003**, que cria a Conicq e seus Protocolos.
- **Decreto Legislativo nº 1.012, 27 de outubro de 2005**, que aprova o texto da CQCT/OMS, assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003.
- **Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006**, que promulga a CQCT/OMS.

CONVENÇÃO-QUADRO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA O CONTROLE DO TABACO NO BRASIL: DEZ ANOS DE HISTÓRIA

RELAÇÃO ENTRE A PRESENTE CONVENÇÃO E OUTROS ACORDOS E INSTRUMENTOS JURÍDICOS (ART. 2º DA CQCT/OMS)

As regras da Organização Mundial do Comércio não são incompatíveis com a implementação da Convenção-Quadro da OMS para Controle do Tabaco (Pascal Lamy, diretor-geral da OMC 2005-2013, durante o 5º simpósio sobre Diplomacia em Saúde Global em novembro de 2011).

APÓS 2015

O Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas (Ecosoc) aprovou uma resolução^d histórica em 2012, na qual ressalta a importância da coerência e da coordenação entre agências em toda ONU para fortalecer a implementação multissetorial de ações de controle do tabaco nos seus Estados-Membros. A resolução segue o relatório do secretário-geral sobre as atividades da Força-Tarefa Interagência *Ad Hoc* da ONU para o Controle do Tabaco, que tomou como base o resultado da nona sessão da Força-Tarefa, realizada em fevereiro, na sede da OMS em Genebra. A Força-Tarefa² foi criada em 1999 para coordenar os trabalhos relacionados ao controle do tabaco desenvolvidos pelas diversas agências da ONU.

No entanto, com a rápida implementação das medidas da CQCT/OMS pelos seus Estados-Parte, a pressão da indústria do tabaco sobre os governos para impedir novas políticas ou reverter as já adotadas vem aumentando. Constatando que os governos de alguns países não cedem a essa pressão e que os litígios judiciais locais para reverter medidas da CQCT/OMS não têm sucesso, as companhias de tabaco direcionaram suas estratégias de contestação para foros internacionais de arbitragem, principalmente no que tange às medidas de regulamentação de seus produtos.

^d Adotada pelo Ecosoc, a Resolução E/RES/2012/4 teve como base o Relatório da Força-Tarefa Interagência *Ad Hoc* da ONU para o Controle do Tabaco E/2012/70 [http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/2012/70].

DESAFIOS ENFRENTADOS

- I. Judicialização das políticas públicas de controle do tabagismo consideradas eficazes e suas consequências, tais como a assimetria de atuação das Partes nos processos em decorrência do poder econômico da indústria do tabaco, e a necessidade de sensibilizar e informar o Poder Judiciário e os órgãos essenciais da justiça.
- II. Alinhamento interministerial com a implementação da CQCT/OMS.

VISÃO DE FUTURO

1. Consolidação de uma jurisprudência que reconheça a validade das políticas públicas de controle do tabaco, principalmente no STF.
2. Colocação em pauta, pelo governo brasileiro, de temas relacionados às políticas públicas de controle do tabaco em reuniões e fóruns internacionais, por exemplo, Mercosul e Brics, para adoção de medidas conjuntas mais protetivas que aquelas previstas na CQCT/OMS.

PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL (ART. 4.7 DA CQCT/OMS)

A participação da sociedade civil é essencial para atingir o objetivo da Convenção e de seus protocolos (CQCT/OMS).

ATÉ 2005

A sociedade civil organizada sempre teve uma atuação importante no controle do tabagismo no Brasil. No final das décadas de 1980 e 1990, as organizações da sociedade civil, principalmente as que representam os profissionais de saúde, contribuíram significativamente com a produção de conhecimento e a formação profissional na área do controle do tabaco.

Universidades, sociedades, organizações não governamentais e – na medida em que o tema extrapolou a área da saúde – entidades ligadas, por exemplo, aos interesses dos fumicultores passaram a ocupar um papel relevante, e todas juntas têm contribuído com a PNCT.

Ressalta-se o papel significativo que tiveram no processo de ratificação da CQCT/OMS, por meio da mobilização dos pequenos produtores de tabaco e da sociedade, para transmitir a importância da CQCT/OMS e a implementação de suas medidas.

APÓS 2005

A participação ativa da sociedade civil tem sido fundamental para promoção de debates junto à população e para implementação e proteção das políticas de controle do tabaco no Brasil. Mesmo com limitações de recursos, tem-se realizado pesquisas acadêmicas, produzido conhecimento, formado profissionais, cooperado tecnicamente nas diversas áreas do controle do tabaco, realizado campanhas, provocado e estimulado os governos municipal, estadual e federal a avançar ainda mais na implementação das medidas e diretrizes da CQCT/OMS.

A articulação de pessoas e organizações de diferentes setores e áreas de conhecimento e a atuação promovida pela Rede Aliança de Controle do Tabagismo (Rede ACT) têm se mostrado fundamental para avanços na implementação da CQCT/OMS junto ao Executivo, ao Legislativo e ao Judiciário.

MARCO LEGAL

- **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

DESAFIOS ENFRENTADOS

- I. Ampliação da articulação intersetorial e aumento da capilaridade da atuação de redes da sociedade civil que agem em defesa da saúde e da CQCT/OMS, a exemplo da Rede ACT Promoção da Saúde.
- II. Garantia da autonomia e da sustentabilidade financeira de organizações e redes da sociedade civil que atuam em defesa da CQCT/OMS.

VISÃO DE FUTURO

1. O Brasil contará com uma sociedade civil organizada, participativa, autônoma e atuante na defesa da implementação da CQCT/OMS e de todas as medidas necessárias para a efetivação da PNCT enquanto uma política de estado brasileira.

OBRIGAÇÕES GERAIS: MECANISMOS DE COORDENAÇÃO MULTISSETORIAL E DE FINANCIAMENTO (ARTS. 5.1 E 5.2 DA CQCT/OMS)

Cada Parte formulará, aplicará e atualizará periodicamente e revisará estratégias, planos e programas nacionais multissetoriais integrais de controle do tabaco (...). [Para isso, deverão] estabelecer ou reforçar e financiar mecanismos de coordenação nacional (CQCT/OMS).

ATÉ 2005

Desde 1989, o Ministério da Saúde, por meio do INCA, vem articulando uma rede nacional de parcerias com Secretarias de Saúde de Estados e municípios, e organizações não governamentais que dão sustentação às ações do PNCT.

A partir de 1999, a Anvisa passou a atuar na regulação dos produtos de tabaco, e, a partir de 2003, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS) passou a articular um sistema de vigilância de DCNT, incluindo a vigilância ao tabagismo.

Em 2003, foi criada, por decreto presidencial, a Conicq. Com isso, as ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo passaram a integrar a PNCT.

APÓS 2005

Essa Comissão é formada por diferentes representações do governo federal, entre Ministérios e Secretarias, e tem como principal função promover a implementação da CQCT/OMS no Brasil. O ministro da saúde exerce o papel de Presidente, e o INCA, o de sua Secretaria-Executiva. A comissão oferece um espaço para interlocução, alinhamento de visão e convergência de esforços dos setores do governo que compartilham responsabilidades na implementação nacional da CQCT/OMS.

Desde a sua criação, foram realizadas 43 reuniões ordinárias e dezenas de reuniões abertas com representações do governo e da sociedade civil. A Conicq também tem a competência de definir os posicionamentos a serem levados pela delegação do Brasil para as Conferências das Partes da CQCT/OMS (COP) e de criar grupos de trabalho *ad hoc* para analisar e elaborar recomendações sobre temas específicos de interesse da Política.

O controle do tabaco ficou fortalecido quando, ao implementar a CQCT/OMS, passou também a ser uma das estratégias do eixo da promoção da saúde do Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022.

Ter se tornado uma política de Estado garantiu recursos financeiros e favoreceu a continuidade das ações, resultando em efeitos positivos para o controle do tabaco.



Figura 5 – A PNCT conta com a contribuição de diversos parceiros

Fonte: Secretaria-Executiva da Conicq.

MARCOS LEGAIS

- **Decreto s/n da Presidência da República, de 1º de agosto de 2003**, que cria a Conicq e seus Protocolos.
- **Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006**, que promulga a CQCT/OMS.
- **Portaria do Ministério da Saúde nº 1.083, de 12 de maio de 2011**, que aprova o regimento interno da Conicq.

DESAFIOS ENFRENTADOS

- Garantia da participação de todos os setores do governo alinhados aos objetivos e princípios da PNCT.
- Presença da PNCT expressa como ação específica nos Planos Plurianuais (PPA) em níveis federal, estadual e municipal, de forma a garantir a continuidade das ações, com estrutura física, financeira e de recursos humanos suficientes para execução plena da política.

VISÃO DE FUTURO

- Existência da PNCT enquanto uma política de Estado, executada de forma sustentável e multisetorial, alinhada e comprometida com os princípios e as diretrizes da CQCT/OMS, atuando de forma integrada e com financiamento garantido.

OBRIGAÇÕES GERAIS: PROTEÇÃO DA POLÍTICA DE CONTROLE DO TABACO DOS INTERESSES DA INDÚSTRIA (ART. 5.3 DA CQCT/OMS)

Existe um conflito fundamental e irreconciliável entre os interesses da indústria do tabaco e os interesses da política de saúde pública (princípio 1 das diretrizes do art. 5.3).

ATÉ 2005

“Todas as epidemias têm um meio de contágio, um vetor que dissemina doença e morte. Para a epidemia do tabagismo, o vetor não é um vírus, uma bactéria ou outro micro-organismo – ele é uma indústria e sua estratégia de negócio”².

Vários documentos e estudos ilustram as diferentes estratégias usadas pela indústria do tabaco para minar, retardar ou impedir a implementação de medidas eficazes para redução do tabagismo. O seu *modus operandis* inclui:

- Desinformação e desqualificação de estudos científicos sobre os danos causados pelo tabaco e sobre medidas de controle do tabaco.
- *Lobby* e pressão sobre formuladores de política, gestores e legisladores para impedir ou subverter medidas de controle do tabaco.
- Patrocínio de campanhas políticas.
- Litígios contra medidas efetivas de controle do tabaco.
- Controle de toda a cadeia produtiva do fumo como fonte de poder político e econômico.



Figura 6 – Cartaz da Campanha do Dia Mundial sem Tabaco 2012

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde.

Em 1981, o Ministério da Saúde criou uma Comissão para Estudos das Consequências do Fumo cuja função principal era dar pareceres sobre os projetos de lei apresentados no Congresso Nacional. Segundo relatos de representantes dessa Comissão, os seus membros “não eram autorizados a se manifestar publicamente, guardando sigilo dos seus atos, para que não houvesse repercussões negativas para a receita tributária, porquanto os impostos incididos sobre os produtos do tabaco eram relevantes”³.

Desde 1995, existe a recomendação de que os órgãos do SUS não aceitem patrocínio, colaboração, apoio ou promoção de campanhas de saúde pública por indústrias produtoras de tabaco e seus derivados. Essa medida procurou evitar práticas como a que aconteceu em meados da década de 1980, quando a companhia Souza Cruz patrocinou campanhas de vacinação contra a poliomielite do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde.

Ações judiciais promovidas pela indústria do tabaco e por entidades que a representam contra medidas de controle do tabaco implementadas foram muito frequentes na década de 2000. Além disso, nos anos de 2004 e 2005, tentaram impedir que o Brasil ratificasse a CQCT/OMS envolvendo argumentos falaciosos e os trabalhadores da cadeia produtiva do fumo.

APÓS 2005

No Brasil, há uma ampla consciência sobre as estratégias que vêm sendo adotadas pela indústria do tabaco. Em 2012, uma das medidas adotadas pelo governo para buscar blindar a Conicq de interferências da indústria do tabaco foi a aprovação de sua primeira Resolução, que dispõe sobre as Diretrizes Éticas aplicáveis aos membros da Comissão em relação a interfaces com a indústria do tabaco.

As relações estabelecidas entre os integrantes da Conicq e a indústria do tabaco serão regidas pelos seguintes princípios: [...] Princípio do Primado dos Interesses da Política de Saúde Pública, segundo o qual os interesses da indústria do tabaco são irreconciliáveis com os da política de saúde pública, os quais são, em qualquer situação, prioritários⁴.

MARCOS LEGAIS

- **Portaria Interministerial dos Ministérios da Saúde, da Justiça e das Comunicações nº 477, de 24 de março de 1995**, que recomendou aos órgãos integrantes do SUS a recusa de patrocínio, colaboração, apoio ou promoção de campanhas de saúde pública por companhias produtoras de tabaco e seus derivados.
- **Portaria do Ministério da Saúde nº 713, de 17 de abril de 2012**, que divulgou a **Resolução Conicq nº 1, de 15 de dezembro de 2011**, que estabelece as Diretrizes Éticas para membros da Conicq em sua relação com a indústria do tabaco.

DESAFIOS ENFRENTADOS

- I. Constatação da articulação da indústria do tabaco junto aos poderes executivo, legislativo, judiciário e agricultores que plantam tabaco a fim de comprometer as políticas públicas para o controle do tabaco.
- II. Incorporação da PNCT no âmbito de uma política de Estado.

VISÃO DE FUTURO

1. Aperfeiçoamento da implementação das ações preconizadas no tratado para reduzir e/ou minimizar a interferência da indústria do tabaco e de seus aliados nas políticas transversais à implementação da CQCT/OMS.
2. Desnormalização e desnaturalização das atividades da indústria do tabaco.

MEDIDAS RELACIONADAS A PREÇOS E IMPOSTOS PARA REDUZIR A DEMANDA DE TABACO (ART. 6º DA CQCT/OMS)

É de amplo conhecimento que as políticas relacionadas com os preços e os impostos são os meios mais eficazes para influenciar a demanda e, portanto, o consumo de tabaco. Assim, a aplicação do art. 6º da Convenção-Quadro é um elemento essencial das políticas de controle de tabaco e, portanto, os esforços para melhorar a saúde pública (princípio das diretrizes do art. 6º).

ATÉ 2005

O cigarro brasileiro já foi o 6º cigarro mais barato do mundo, facilitando o acesso e a disponibilidade aos jovens e à população de baixa renda. Além disso, em virtude dos impostos aplicados sobre esse produto, a receita arrecadada entre 2000 e 2005 apresentou queda, enquanto as vendas domésticas ficaram mantidas⁶.

APÓS 2005

Desde 2007, a carga tributária do cigarro vem aumentando significativamente. Em 2011, a Lei nº 12.546 e o Decreto nº 7.660 modificaram a tributação sobre os cigarros, aumentando a proporção de imposto no preço final entre 2012 e 2015 e instituindo a Política de Preço Mínimo para cigarros. Essa política teve continuidade com o Decreto nº 8.656, de 29 de janeiro de 2016 que determinou novos aumentos das alíquotas a partir de maio de 2016, assim como um preço mínimo de 5 reais em todo o território brasileiro.

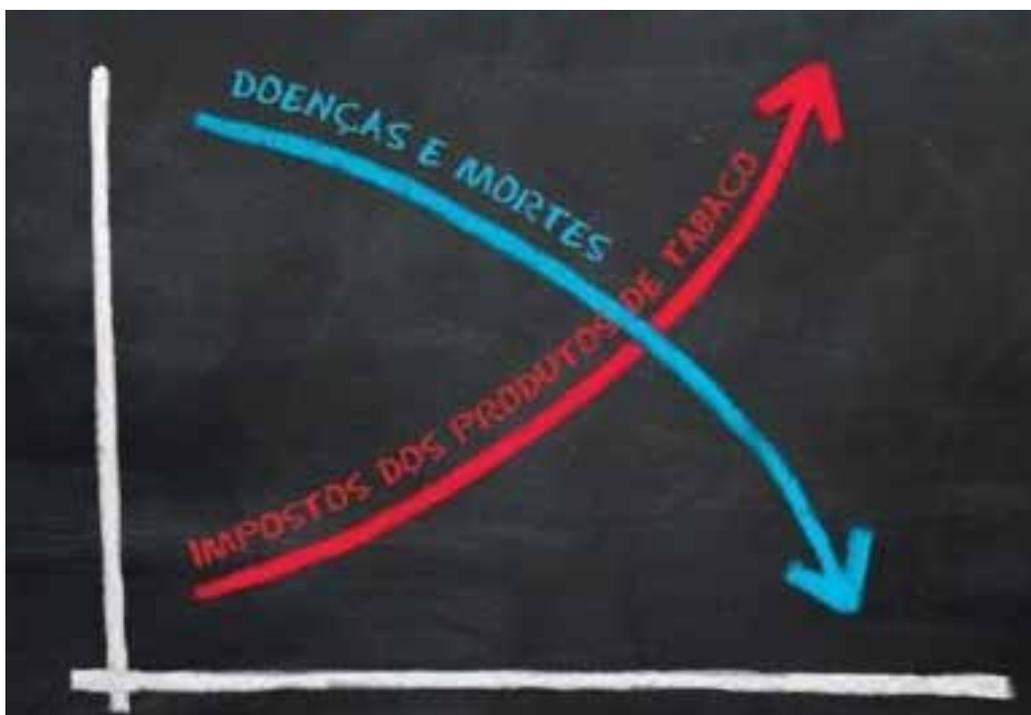


Figura 7 – Imagem da OMS para o Dia Mundial sem Tabaco 2014, sob o tema *Aumentando os impostos sobre tabaco: o que você precisa saber*

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde.

⁶ Análise feita pelo economista Roberto Iglesias, consultor do Banco Mundial, para as comemorações do Dia Mundial sem Tabaco, 2014.

Essas medidas tributárias têm gerado um aumento real dos preços dos produtos de tabaco, contribuindo significativamente para a redução do consumo de cigarros por adultos, que passou de 812 em 2006, para 500 cigarros ao ano em 2013⁵. Esse resultado é consistente com dados de pesquisas nacionais que mostram redução da prevalência de fumantes. Dados das pesquisas anuais da Vigitel mostram que, entre 2006 e 2015, a prevalência de fumantes na população acima de 18 anos passou de 15,6% para 10,4%^{6,7}.

A política de preços e impostos de produtos de tabaco não apenas aumentou a arrecadação fiscal, mas também acompanhou a queda da prevalência de tabagismo entre maiores de 18 anos⁸.

MARCOS LEGAIS

- **Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011**, que instituiu o atual sistema de tributação para produtos de tabaco (regimes geral e especial).
- **Decreto-lei nº 1.593, de 21 de dezembro de 1977**, que altera a legislação do Imposto sobre Produtos Industrializados, em relação aos casos que especifica, e dá outras providências.
- **Decreto nº 7.555, de 19 de agosto de 2011**, que dispõe sobre a incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados relativo aos cigarros, institui a Política de Preços Mínimos e dá outras providências.
- **Decreto nº 8.656, de 29 de janeiro de 2016**, altera a Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados, aprovada pelo **Decreto nº 7.660, de 23 de dezembro de 2011**.

DESAFIOS ENFRENTADOS

- I. Enfraquecimento do contrabando como um argumento contrário ao aumento de impostos sobre cigarros, favorecendo uma política tributária geradora de redução de consumo.
- II. Falta de diálogo e de articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Fazenda para o fortalecimento da Política Tributária.

VISÃO DE FUTURO

1. Estabelecimento de uma política tributária efetiva na redução do acesso e do consumo de cigarros e de outros produtos de tabaco, especialmente pelas populações jovens e economicamente vulneráveis.

PROTEÇÃO CONTRA A EXPOSIÇÃO À FUMAÇA DO TABACO (ART. 8º DA CQCT/OMS)

Não há níveis seguros de exposição e proposições – tais como limites máximos aceitáveis para a toxicidade da fumaça ambiental de tabaco – deveriam ser rejeitadas. [...] Iniciativas diferentes da eliminação total da fumaça de tabaco, tais como a ventilação, filtragem do ar e o uso de áreas exclusivas para fumar (com ou sem separação por sistemas de ventilação), têm, repetidamente, se mostrado ineficientes (princípio 1 das diretrizes do art. 8º).



Figura 8 – Imagem da Campanha do Dia Nacional de Combate ao Fumo 2007, adaptada pela Secretaria-Executiva da Conicq
Fonte: Adaptada da Secretaria-Executiva da Conicq.

ATÉ 2005

Em 1996, a lei federal proibiu o ato de fumar em ambientes coletivos públicos ou privados, marcando um grande avanço para a época, quando era frequente a exposição de não fumantes à fumaça tóxica de produtos de tabaco em todos os ambientes, fossem de trabalho fossem de lazer.

APÓS 2005

A partir de 2007, iniciaram-se esforços concentrados para aperfeiçoar a lei federal no sentido de proibir totalmente o ato de fumar em recintos coletivos, mas esbarrava em um forte *lobby* contrário promovido pela indústria do tabaco no Congresso Nacional. Alguns Estados brasileiros passaram a publicar leis estaduais para extinguir os fumódromos, alinhando-as às diretrizes da CQCT/OMS.

Em 2011, a lei federal foi ajustada, alinhando-a às diretrizes da CQCT/OMS, com total proibição do ato de fumar em recintos coletivos, sem áreas designadas para fumar.

Com essa iniciativa, o Brasil foi reconhecido como o primeiro país do grupo dos *Mega Countries* a se tornar 100% livre de fumo.

A nova regra não se aplica para residências, áreas ao ar livre, parques, praças, áreas abertas de estádios de futebol e vias públicas. Entre as exceções, também estão cultos religiosos, caso isso faça parte do ritual, *sets* de filmagem, locais de pesquisa e fabricação de cigarro, em instituições de tratamento onde o paciente tenha autorização médica e em tabacarias que devem ser voltadas especificamente para esse fim.

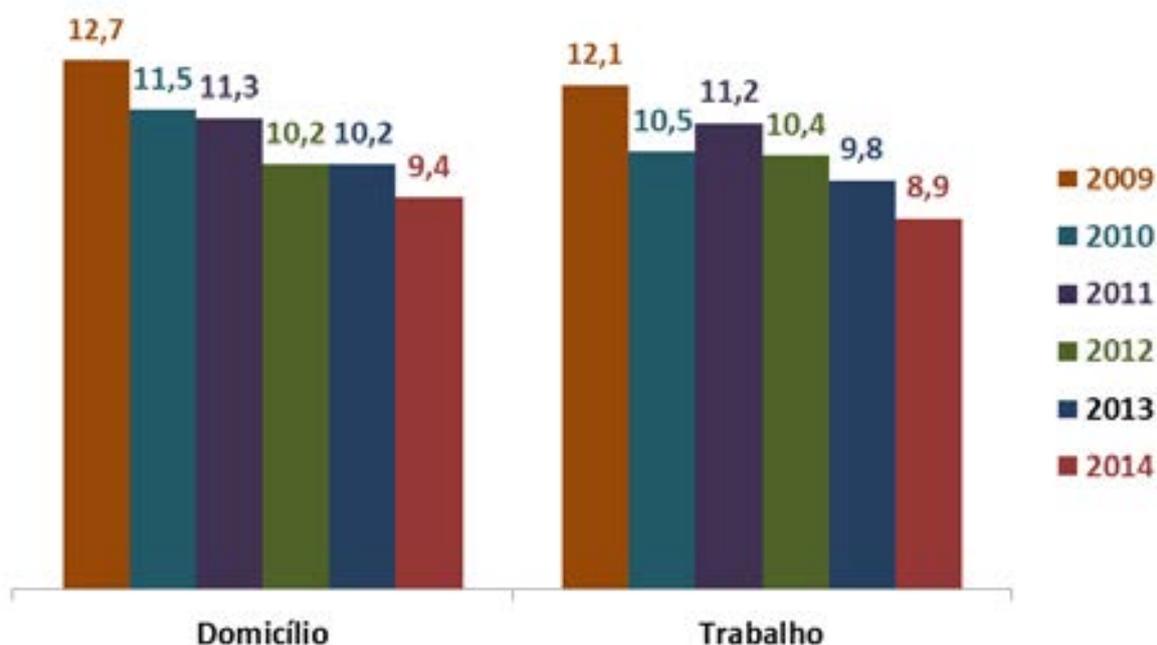


Figura 9 – Evolução do tabagismo passivo no Brasil

Fonte: Vigitel 2014, adaptada pela Secretaria-Executiva da Conicq.

MARCOS LEGAIS

- **Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996**, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas; alterada pela **Medida Provisória nº 2.190-34, de 23 de agosto de 2001**, e pela **Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011**.
- **Decreto nº 2.018, 1º de outubro de 1996**, que regulamenta a **Lei nº 9.294, de 1996**, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas; alterado pela redação dada pelo **Decreto nº 3.157, de 27 de agosto de 1999**, e pelo **Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014**.
- **Portaria Interministerial dos Ministérios da Saúde e da Educação nº 1.498, de 22 de agosto de 2002**, que recomenda às instituições de saúde e de ensino a implantação de programas de ambientes livres da exposição tabagística ambiental.
- **Portaria Interministerial dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego nº 2.647, de 4 de dezembro de 2014**, que regulamenta as condições de isolamento, ventilação e exaustão do ar e medidas de proteção ao trabalhador, em relação à exposição ao fumo nos ambientes estabelecidos no art. 3º do **Decreto nº 2.018, de 1996**.
- **Legislação estadual e municipal antifumo**: normas locais suplementares sobre proibição de fumo em ambientes fechados, editadas por diversos Estados e municípios.

DESAFIOS ENFRENTADOS

- I. Empoderamento da sociedade brasileira e seus representantes para aprovar e garantir a aplicação da legislação brasileira e reduzir a interferência da indústria do tabaco.
- II. Insuficiência de profissionais, de recursos financeiros e materiais para ações educativas e fiscalizatórias de conscientização e sensibilização da população (Vigilâncias Sanitárias Estaduais – Visas e setor regulado) para garantir o cumprimento da legislação antifumo.
- III. Desconstrução do conceito de fumódromo como “espaço de fumar”.

VISÃO DE FUTURO

1. Ampliação e aprimoramento da legislação sobre ambientes 100% livres de tabaco, incluindo veículos privados e ambientes abertos onde houver concentração de pessoas em eventos e atividades de lazer.
2. Garantia do cumprimento da legislação sobre ambientes 100% livres de fumo e outras legislações pertinentes.

DA REGULAMENTAÇÃO DO CONTEÚDO DOS PRODUTOS DE TABACO, E DA DIVULGAÇÃO DAS INFORMAÇÕES SOBRE OS PRODUTOS DE TABACO (ARTS. 9º E 10 DA CQCT/OMS)

A regulamentação dos produtos de tabaco tem o potencial de contribuir para a redução de doenças e mortes prematuras atribuíveis ao tabaco, por meio da redução da atratividade de tais produtos, reduzindo seu potencial de causar dependência química (susceptibilidade para a dependência) ou reduzindo sua toxicidade geral (diretrizes dos arts. 9º e 10).

ATÉ 2005

A regulação dos produtos de tabaco e a divulgação de seus conteúdos (arts. 9º e 10 da CQCT/OMS) são de competência legal da Anvisa. Desde 1999, a agência exige o registro anual de todos os produtos cuja composição contenha fumo, em especial cigarros, cigarrilhas e charutos. Entre as informações que devem ser apresentadas pelos fabricantes e importadores, encontram-se: os teores das substâncias contidas no produto, a composição e a emissão de compostos na fumaça do tabaco. Atualmente, o registro dessas informações está regulamentado pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 90, de 2007.

APÓS 2005

Desde a ratificação, a Anvisa determinou menores níveis máximos de nicotina, alcatrão e monóxido de carbono nos produtos de tabaco, e tornou eletrônico o sistema de registro dos produtos fumígenos. Em 2009, regulamentou a comercialização de cigarros eletrônicos, proibindo seu comércio e importação.

Em 2012, a Anvisa proibiu a comercialização de cigarros com aditivos, incluindo o mentol. No momento desta publicação, essa medida estava sob efeito de uma liminar suspensiva enquanto aguarda julgamento de sua constitucionalidade no STF.

Em agosto de 2012, a Anvisa e o Instituto Nacional de Tecnologia (INT) inauguraram o Laboratório de Tabaco e Derivados (Latab) no Rio de Janeiro para análise de produtos fumígenos com enfoque em pesquisa e monitoramento de mercado de produtos comercializados. No entanto, sua capacidade de funcionamento ainda não está plena.

A Anvisa tem enfrentado adversidades com o surgimento de novos produtos e tecnologias de produtos de tabaco, como é o caso da disseminação do uso do narguilé e do cigarro eletrônico.

MARCOS LEGAIS

- **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999**, que criou a Anvisa.

- **Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996**, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas; alterada pela **Lei nº 12.546, de 2011**.
- **RDC Anvisa nº 46, de 28 de março de 2001**, que estabelece os teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono presentes na corrente primária da fumaça, para os cigarros comercializados no Brasil, e proíbe a utilização de qualquer denominação, em embalagens ou material publicitário, tais como: classes, ultrabaixo teor, baixo teor, suave, *light*, *soft*, leve, teor moderado, alto teor, e outras que possam induzir o consumidor a uma interpretação equivocada quanto aos teores contidos nos cigarros. REVOGADA pela **RDC Anvisa nº 14, de 2012**, que dispõe sobre os limites máximos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono nos cigarros e a restrição do uso de aditivos nos produtos fumígenos derivados do tabaco, e dá outras providências.
- **RDC Anvisa nº 46, de 28 de agosto de 2009**, que proíbe a comercialização, a importação e a propaganda de quaisquer dispositivos eletrônicos para fumar, conhecidos como cigarro eletrônico.
- **RDC Anvisa nº 90, de 27 de dezembro de 2007**, que dispõe sobre o registro de dados cadastrais dos produtos fumígenos derivados do tabaco (Resoluções revogadas: **RDC Anvisa nº 320, de 21 de julho de 1999**; **RDC Anvisa nº 105, de 31 de maio de 2001**; **RDC Anvisa nº 346, de 2 de dezembro de 2003**).

DESAFIOS ENFRENTADOS

- I. Necessidade do estudo sobre conteúdos e emissões dos produtos fumígenos visando ao estabelecimento de novas regulações.
- II. Capacitação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

VISÃO DE FUTURO

1. Garantia da sustentabilidade do laboratório de análise de vigilância dos produtos de tabaco e pesquisas correlatas com plena participação dos diferentes atores envolvidos.
2. Garantia da competência da Anvisa como agente regulador dos produtos de tabaco.
3. Fortalecimento dos mecanismos de compartilhamento de comunicação e informação, por exemplo, Rede de Uso.

Tendo em vista a relevância da medida que proíbe os aditivos nos produtos de tabaco, a Secretaria-Executiva da Conicq acrescentou, no rol da Visão de Futuro dos arts. 9º e 10, o seguinte item:

4. Conquista de decisão favorável na batalha judicial contra a medida de banimento dos aditivos dos produtos de tabaco.

EMBALAGEM E ETIQUETAGEM DE PRODUTOS DE TABACO (ART. 11 DA CQCT/OMS)

Advertências sanitárias e mensagens nas embalagens dos produtos do tabaco bem projetadas têm se mostrado um meio custo-efetivo para aumentar a consciência pública sobre os efeitos do uso do tabaco na saúde e para a redução do consumo de tabaco (diretrizes do art. 11).

ATÉ 2005

As advertências sanitárias representam uma das medidas com melhor relação custo-efetividade, tendo em vista que o ônus de sua divulgação é do fabricante e que se trata de uma medida reconhecida cientificamente como efetiva para informar toda população sobre a dimensão dos riscos do tabagismo. As advertências vêm sendo utilizadas para o controle do tabagismo, no Brasil, desde a década de 1980 de forma cada vez mais intensa.

“O Ministério da Saúde adverte: Fumar é prejudicial à saúde” foi a primeira advertência impressa em embalagens de produtos de tabaco, em 1988. Em 1995, foi substituída por uma série de mensagens variadas, associando o tabagismo à possibilidade de desenvolver câncer de pulmão, infarto e outras ocorrências à saúde. No ano seguinte, as advertências passaram a ser reguladas por lei e não mais por acordos voluntários. Em 1999, a expressão “pode causar”, existente nas advertências, foi substituída por “causa”, e novas frases foram adotadas.

A partir de 2001, INCA e Anvisa passaram a trabalhar em parceria para o desenvolvimento de advertências sanitárias acompanhadas de imagens (fotografias) que passaram a ocupar 100% da face posterior dos maços de cigarro. Em 2003, nova série de imagens foi lançada com o objetivo de serem mais impactantes que as primeiras, com base em pesquisas de opinião realizadas no Brasil.

APÓS 2005

Em 2009, foi produzida, em parceria entre INCA, Anvisa, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), uma série de imagens mais impactantes que o segundo grupo, as quais vigoram até os dias de hoje.

A partir de janeiro de 2016, 30% da face anterior dos maços de cigarro passaram a conter mensagem de advertência acompanhada do número do Disque Saúde 136.

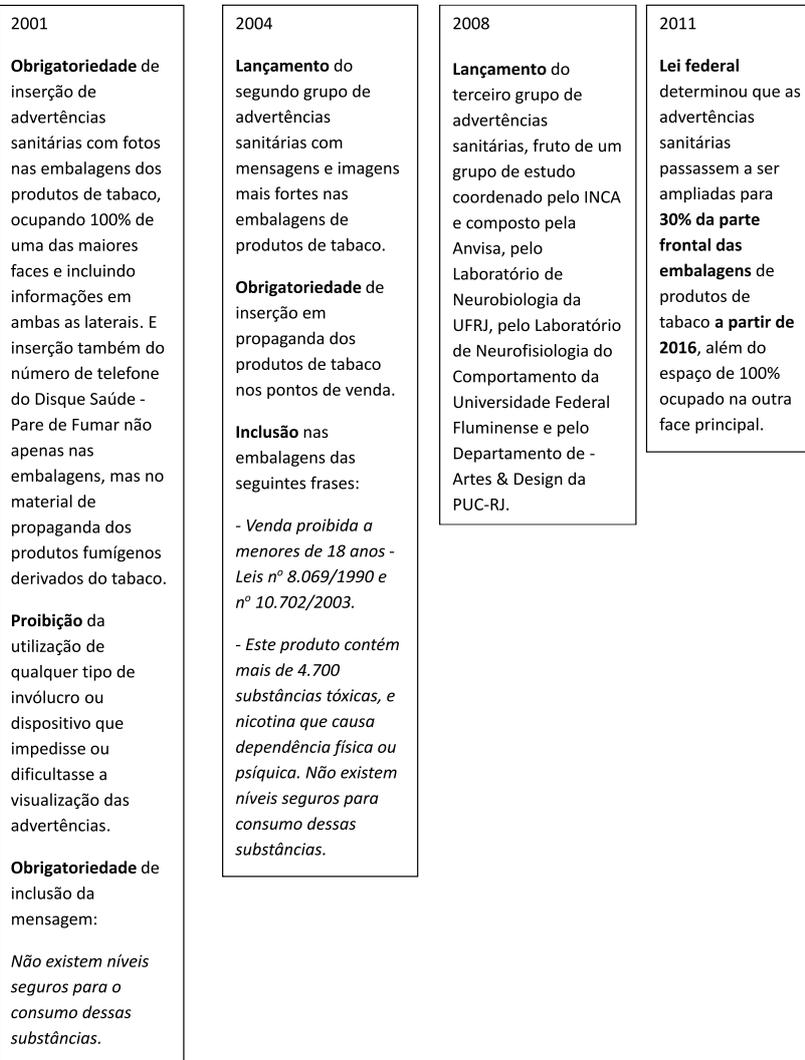


Figura 10 – Trajetória da regulação das embalagens de produtos de tabaco no Brasil

Fonte: Secretaria-Executiva da Conicq.

MARCOS LEGAIS

- **Portaria do Ministério da Saúde nº 490, de 25 de agosto de 1988**, que obriga a inserção, nos maços de cigarros, nas cartelas de cigarrilha, nas embalagens de charuto e nas embalagens de fumo para cachimbo ou para confecção manual de cigarro, da mensagem de advertência.
- **Portaria do Ministério da Saúde nº 1.050, de 08 de agosto de 1990**, que obriga a inserção, nos maços de cigarros, nas cartelas de cigarrilha, nas embalagens de charuto e nas embalagens de fumo para cachimbo ou para confecção manual de cigarro, da mensagem de advertência.
- **Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996**, que obriga que as embalagens e os maços de produtos fumígenos, com exceção dos destinados à exportação, e o material de propaganda conterão a advertência acompanhada de imagens ou figuras que ilustrem o sentido da mensagem, alterada pelas **Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001; Lei nº 10.167, de 2000 e Lei nº 12.546, de 2011.**

- **Decreto nº 2.018, 1º de outubro de 1996**, que regulamenta a **Lei nº 9.294, de 1996**, que dispõe sobre as mensagens de advertências das embalagens de produtos de tabaco; alterado pelo **Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014**.
- **RDC Anvisa nº 104, de 31 de maio de 2001**, que regulamentou o uso das imagens de advertência sanitária nas embalagens dos produtos derivados de tabaco comercializados no Brasil (1º grupo de imagens) alterada pela **RDC Anvisa nº 14, de 17 de janeiro de 2003** (2º grupo de imagens) e REVOGADA pela **RDC Anvisa nº 335, de 21 de novembro de 2003**.
- **RDC Anvisa nº 335, de 21 de novembro de 2003**, que regulamentou o uso das imagens de advertência sanitária nas embalagens dos produtos derivados de tabaco comercializados no Brasil, alterada pelas **RDC Anvisa nº 168, de 07 de julho de 2004**, **RDC Anvisa nº 54, de 6 de agosto de 2008** (3º grupo de imagens), **RDC Anvisa nº 22, de 3 de abril de 2012**, e **RDC Anvisa nº 30, de 23 de maio de 2013**.

DESAFIOS ENFRENTADOS

- I. Obrigatoriedade do uso de advertências sanitárias em 30% da face frontal, 100% da face posterior e na lateral das embalagens de todos os produtos derivados de tabaco; e em 10% do tamanho dos expositores nos pontos de venda.
- II. Evolução do conteúdo das advertências sanitárias, por meio de estudos e pesquisas.

VISÃO DE FUTURO

1. Padronização de embalagens de todos os produtos fumígenos derivados de tabaco, contendo advertências sanitárias em todas as faces.
2. Produção de advertências sanitárias baseada em pesquisas científicas e compatíveis com os diversos produtos de tabaco e seus respectivos malefícios.

EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO, TREINAMENTO E CONSCIENTIZAÇÃO DO PÚBLICO (ART. 12 DA CQCT/OMS)

O dever de educar, se comunicar e treinar pessoas para garantir um alto nível de conscientização pública sobre controle do tabaco, sobre os danos da produção, consumo de produtos de tabaco e da exposição à sua fumaça e sobre as estratégias da indústria do tabaco para minar os esforços de controle do tabaco, derivam da Convenção-Quadro e refletem direitos humanos fundamentais e liberdade. [...] Programas eficazes de educação, comunicação e sensibilização do público sobre os danos causados pelo consumo de todos os produtos de tabaco, incluindo novos e produtos alternativos, e o seu impacto potencial sobre os grupos vulneráveis, bem como as estratégias e práticas empregadas pela indústria do tabaco que tentam minar as atividades de seu controle, fazem com que seja necessária uma abordagem multissetorial ampla (princípio norteadores das diretrizes do art. 12).

ATÉ 2005

Desde 1989, ações educativas e de comunicação e capacitações vêm sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde por meio do INCA. Ao longo dos anos, essa estratégia permitiu formar e empoderar uma

sólida rede de parceiros em Estados e municípios, empresas, unidades de saúde, escolas, organizações não governamentais e formadores de opinião. Graças à atuação nacional dessa rede no Brasil, foi construída uma crescente massa crítica sobre os malefícios do tabaco e desconstruída a aceitação social do tabagismo. São parceiros que se unem numa só voz para promover campanhas nacionais temáticas em datas comemorativas como o Dia Mundial sem Tabaco da OMS (31 de maio) e Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto).



Figura 11 – Materiais para prevenção e tratamento do tabagismo elaborados pelo INCA

Fonte: INCA.

APÓS 2005

As campanhas e diversas outras estratégias de comunicação adotadas pela Política, tais como boletins periódicos e manutenção do Observatório da PNCT e *website* no INCA, contribuíram para que a maioria da população brasileira passasse a acreditar que fumar poderia causar doenças graves, conforme apontou uma pesquisa feita com brasileiros maiores de 15 anos⁸.



Figura 12 – Campanhas educativas do INCA, Ministério da Saúde

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.

MARCOS LEGAIS

- Lei nº 7.488, de 11 de junho de 1986, que institui o *Dia Nacional de Combate ao Fumo*.
- Portaria Interministerial dos Ministérios do Trabalho e da Saúde nº 3.257, de 22 de setembro de 1988, que confere certificados de honra ao mérito às empresas que se destacarem em campanhas para o controle do tabagismo.

- **Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996**, que dispõe sobre as advertências sobre os malefícios do fumo impressas nas embalagens de produtos de tabaco, alterada pela **Lei nº 10.167, de 2000**, pela **Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001**, pela **Lei nº 10.702, de 2003** e pela **Lei nº 12.546, de 2011**.
- **Portaria Interministerial dos Ministérios da Saúde e da Educação nº 1.498, de 22 de agosto de 2002**, que recomenda às instituições de saúde e de ensino a implantarem programas de ambientes livres da exposição tabagística ambiental.

DESAFIOS ENFRENTADOS

- I. Conquista do apoio da mídia para divulgação de informações, visando à conscientização de profissionais de saúde e público em geral em relação aos riscos do tabagismo.
- II. Adoção de leis de proteção da saúde da população alcançadas por meio da participação de diversos atores envolvidos com o controle do tabaco.
- III. Criação de programas de capacitação sobre controle do tabaco para profissionais da saúde e da educação, desenvolvidos por meio da rede capilarizada do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

VISÃO DE FUTURO

1. Garantia da continuidade da cobertura da mídia, enfocando conquistas da saúde alcançadas por meio do processo de cessação do tabagismo, da prevenção da iniciação e da realidade das estratégias da indústria em toda a cadeia produtiva do fumo.
2. Garantia dos recursos provenientes de contribuições compulsórias da indústria do tabaco para realizar campanhas publicitárias de contrapropaganda, e ampliar a rede de parcerias com organizações e sociedade civil organizada.
3. Fortalecimento, junto ao Ministério da Educação, de ações educativas de controle do tabagismo nas escolas, em todos os níveis de formação (educação básica e superior), garantindo que os currículos dos cursos universitários da área da saúde incluam o controle do tabaco na sua grade obrigatória.
4. Promoção de ações educativas para diversos formadores de opinião, como líderes comunitários e religiosos. Essas ações devem contar com financiamento garantido por meio de contribuições compulsórias da indústria do tabaco.

Tendo em vista a contribuição das campanhas educativas para a mudança do comportamento relacionada ao tabagismo, a Secretaria-Executiva da Conicq acrescentou, no rol da Visão de Futuro do art. 12, o seguinte item:

5. Inovação em campanhas educativas e outras formas de comunicação que estejam à frente das estratégias da indústria do tabaco.

PUBLICIDADE, PROMOÇÃO E PATROCÍNIO DO TABACO (ART. 13 DA CQCT/OMS)

Está bem documentado que a publicidade, a promoção e o patrocínio do tabaco elevam o seu uso e que proibições abrangentes da publicidade, da promoção e do patrocínio do tabaco o diminuem (princípio (A) das diretrizes do art. 13).



Figura 13 – Imagens de pontos de venda de cigarros no Brasil

Fonte: Arquivos de parceiros e da Secretaria-Executiva da Conicq.

ATÉ 2005

No Brasil, a partir de dezembro de 2000, uma lei federal proibiu a propaganda nos grandes meios de comunicação como televisão, rádio, revistas, jornais e *outdoors*, limitando-a aos pontos internos de venda por meio de pôsteres, painéis e cartazes. Também proibiu atividades de patrocínio de eventos culturais e esportivos por marcas de cigarros. Mas a lei previu que a restrição do patrocínio de eventos esportivos internacionais, como corridas de Fórmula 1, só passaria a vigorar a partir de janeiro de 2003 – prazo esse solicitado ao Congresso Nacional por pilotos dessa corrida em função dos contratos com os patrocinadores. No entanto, em 2003, frente à pressão da indústria do tabaco, a vigência da lei que proibia o patrocínio de marcas de cigarros em corrida de Fórmula 1 foi adiada para 2005 por meio de uma Medida Provisória que, posteriormente foi convertida em lei.

Apesar de tudo, a proibição de propaganda de produtos de tabaco pela Lei Federal nº 10.167, de 2000 foi um grande marco para o controle do tabagismo no Brasil.

APÓS 2005

Ao longo da década seguinte, tanto fumantes quanto não fumantes notaram cada vez menos a ocorrência de patrocínio de eventos esportivos relacionados à indústria do tabaco.

Em 2011, novas alterações na legislação brasileira baniram a propaganda de produtos de tabaco nos pontos de venda, permitindo apenas a exposição das embalagens desses produtos, desde que acompanhadas das advertências sanitárias. A percepção da população quanto à promoção do tabagismo nos pontos de venda diminuiu de 30,4% em 2008, para 28,7% em 2013^{8,9}.

Os resultados da Pesquisa Internacional de Avaliação das Políticas de Controle do Tabaco (Pesquisa ITC) Brasil mostram que quase um quarto da população entrevistada em 2012 e 2013 ainda nota a promoção do tabagismo¹⁰.

MARCOS LEGAIS

- **Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988**, que determina que a publicidade de tabaco estará sujeita a restrições legais e conterà advertência sobre os malefícios do tabagismo.
- **Portaria Interministerial dos Ministérios da Saúde, da Justiça e das Comunicações nº 477, de 24 de março de 1995**, recomendando às emissoras de televisão que evitem a transmissão de imagens nas quais apareçam personalidades conhecidas do público fumando, e recomenda aos órgãos integrantes do SUS a recusa de patrocínio, colaboração, apoio ou promoção de campanhas de saúde pública pelas indústrias de tabaco.
- **Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996**, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas; alterada pela **Lei nº 10.167, de 2000**, pela **Lei nº 10.702, de 2003** e pela **Lei nº 12.546, de 2011**.
- **Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996**, que regulamenta a **Lei nº 9.294, de 1996**, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas; alterado pelo **Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014**.
- **Portaria nº 695, de 19 de junho de 1999**, que dispõe sobre a veiculação das mensagens de advertência que são as previstas na carta-compromisso, firmada pelos representantes da indústria do tabaco e das entidades de publicidade.
- **RDC Anvisa nº 199, de 24 de julho de 2003**, que regulamenta as frases de advertência do Ministério da Saúde exibidas durante a transmissão de eventos esportivos e culturais internacionais.
- **RDC Anvisa nº 335, de 21 de novembro de 2003**, que regulamentou o uso das imagens de advertência sanitária nas embalagens dos produtos derivados de tabaco comercializados no Brasil, alterada pelas **RDC Anvisa nº 168, de 07 de julho de 2004**, **RDC Anvisa nº 54, de 6 de agosto de 2008**, **RDC Anvisa nº 22, de 3 de abril de 2012**, e **RDC nº 30, de 23 de maio de 2013**.
- **RDC Anvisa nº 15, de 17 de janeiro de 2003**, que regulamenta disposições dadas pela **Lei nº 9.294, de 1996** e define propaganda de produtos derivados do tabaco.

DESAFIOS ENFRENTADOS

- I. Proibição de qualquer tipo de propaganda de produtos fumíferos derivados do tabaco, permitindo somente a sua exposição nos locais de venda.
- II. Desconstrução da imagem positiva do tabagismo, outrora construída pela publicidade realizada pela indústria do tabaco. O processo de enfrentamento envolveu restrições legais, mobilização social, estudos e evidências científicas.

VISÃO DE FUTURO

1. Regulamentação da exposição do produto nos locais de venda. O processo de edição de normas apoia-se em atividades de *advocacy*, campanhas e mobilização social junto ao Congresso Nacional e às Câmaras Legislativas de Estados e municípios, com o objetivo de banir definitivamente qualquer tipo de propaganda e de promoção de produtos fumíferos derivados do tabaco.

MEDIDAS DE REDUÇÃO DE DEMANDA RELATIVAS À DEPENDÊNCIA E AO ABANDONO DO TABACO (ART. 14 DA CQCT/OMS)

Fortalecer ou criar uma infraestrutura sustentável que motive tentativas para deixar de fumar, garanta amplo acesso a apoio a quem quer parar de fumar, e ofereça recursos para garantir que esse apoio esteja disponível (diretrizes do art. 14).



Figura 14 – Manuais do participante utilizados no tratamento para deixar de fumar em unidades de saúde do SUS

Fonte: INCA.

ATÉ 2005

No final da década de 1990, o INCA começou a capacitar profissionais de saúde de Estados e municípios para realização do tratamento do fumante em unidades de saúde. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo conduziu, em 2000, uma reunião com a participação de universidades e representações de sociedades de profissionais de saúde para a elaboração do Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, sobre as condutas no tratamento do fumante no Brasil, considerando a abordagem cognitivo-comportamental, as terapias medicamentosas e o modo de utilizá-las, os métodos alternativos e a abordagem para grupos especiais de pacientes.

Desde 2001, o Disque Pare de Fumar do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, Ministério da Saúde, em parceria com o INCA, oferece uma abordagem breve a fumantes que desejam parar de fumar. Atualmente, essa abordagem é feita por meio do 136 Disque Saúde, que está estampado na face posterior de todas as embalagens dos produtos de tabaco, nos pontos de venda e, a partir de 2016, na face anterior dessas embalagens.

Em 2002, o tratamento da dependência da nicotina foi formalmente inserido no SUS. Embora inicialmente restrita às unidades de saúde de alta complexidade, essa iniciativa ganhou impulso em agosto de 2004, com a sua ampliação para unidades da atenção básica e de média complexidade. A proposta, pactuada em Comissão Intergestores Tripartite do SUS, definia um plano de implantação desse tratamento, incluindo o protocolo para tratamento baseado no Consenso Nacional sobre Abordagem e tratamento do fumante; responsabilidades entre os gestores; requisitos para o credenciamento das unidades de saúde.

Dessa forma, somou-se às atividades educativas da rede de controle do tabagismo todo um processo de capacitação de profissionais do SUS para implantação desse tratamento, uma etapa necessária, pois a maioria dos cursos de graduação ainda não preparam profissionais de saúde para essa abordagem.



Figura 15 – Inserção nas embalagens de produtos de tabaco da logo do Disque Pare de Fumar / Disque Saúde ao longo do tempo, 2001-2016

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.

APÓS 2005

Em 2013, o Programa de Tratamento do Tabagismo passou por uma revisão e foram atualizadas as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito do SUS. Objetivando a ampliação da rede, a atual norma trouxe, como principal mudança, a ampliação do acesso da atenção básica para o tratamento do tabagismo por meio da sua inclusão como parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Entre 2005 e 2014, mais de 800 mil fumantes tiveram acesso ao tratamento para cessação do tabagismo em unidades de saúde do SUS.

As ações de controle do tabagismo têm levado mais fumantes a tentar deixar de fumar. Entre 2005 e 2014, mais de 800 mil fumantes tiveram acesso ao tratamento para cessação do tabagismo em unidades de saúde do SUS. Uma recente análise comparativa entre os anos 2008 e 2013 apontou que houve um aumento no percentual de homens e mulheres fumantes que tentaram deixar de fumar nos últimos 12 meses¹¹.

Evolução das tentativas de deixar de fumar nos últimos 12 meses - homens e mulheres no Brasil - 2008 e 2013 (%)

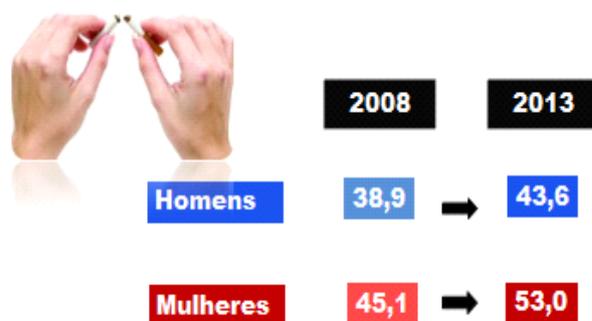


Figura 16 – Tentativas de deixar de fumar nos últimos 12 meses, 2008 e 2013

Fonte: Szklo et al.¹¹.

MARCOS LEGAIS

- **Portaria do Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde (GM/MS) nº 1.575, de 29 de agosto de 2002**, que criou, no âmbito do SUS, Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante. REVOGADA pela **Portaria GM/MS nº 1.035, de 31 de maio de 2004**, que ampliou o acesso à abordagem e ao tratamento do tabagismo para a rede de Atenção Básica e de Média Complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. REVOGADA pela **Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013**, que atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do SUS e dá outras providências.
- **RDC Anvisa nº 335, de 21 de novembro de 2003**, que regulamentou o uso das imagens de advertência sanitária nas embalagens dos produtos derivados de tabaco comercializados no Brasil, alterada pela **RDC Anvisa nº 168, de 07 de julho de 2004**, **RDC Anvisa nº 54, de 6 de agosto de 2008**, **RDC Anvisa nº 22, de 3 de abril de 2012** e **RDC nº 30, de 23 de maio de 2013**.
- **Portaria GM/MS nº 442, de 13 de agosto de 2004**, que aprovou o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. REVOGADA pela **Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013**, que atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do SUS e dá outras providências.

DESAFIOS ENFRENTADOS

- I. Sensibilização da população, por meio da mídia, e dos profissionais de saúde, com ações desenvolvidas por uma rede de parcerias entre Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, quanto à importância da cessação do tabagismo, conquistada por uma política de controle que inclui medidas legislativas e econômicas, entre outras, que reduziram a aceitação social do cigarro e a prevalência de tabagismo no Brasil de forma significativa.
- II. Implantação e ampliação de um modelo de programa de cessação do tabagismo em um país continental, como o Brasil, de forma gratuita na rede do SUS, que contou, para sua estruturação, com consensos e diretrizes nacionais baseados nas melhores evidências científicas disponíveis.
- III. Oferta de atendimento telefônico para deixar de fumar (136 Disque Saúde), abordagem cognitivo-comportamental em unidades de saúde do SUS e tratamento medicamentoso, quando necessário.

VISÃO DE FUTURO

1. Ampliação da sensibilização de profissionais de saúde e da população em geral, por meio de estratégias de controle integradas, focando grupos específicos, e incluindo temas como a fumaça de terceira mão e outras formas de consumo do tabaco, como narguilé e cigarro eletrônico, entre outros.
2. Monitoramento de novas estratégias da indústria para perpetuar a dependência à nicotina com o objetivo de desarticulá-las, entendendo que o controle do tabagismo está longe de ser um problema resolvido.
3. Ampliação do programa nacional de cessação do tabagismo por meio do fortalecimento dos papéis dos três níveis do governo, criação de estratégias para grupos específicos de fumantes no SUS, oferta de atendimento na rede SUS em horários diferenciados, incluindo o noturno, incorporação de novas tecnologias para tratamento do fumante no SUS com eficácia comprovada cientificamente, fortalecimento da abordagem breve em qualquer atendimento por profissional de saúde, inclusão de insumos para o tratamento de pacientes fumantes internados e manutenção da atuação dos profissionais capacitados para tratamento do tabagismo no SUS. Ademais, deve-se estabelecer o compromisso das sociedades profissionais de saúde de capacitar seus associados, bem como parceria com a ANS, com o objetivo de oferecer o tratamento para deixar de fumar na rede privada de saúde.
4. Inclusão do tema controle de tabaco nas agendas dos grandes congressos nacionais de saúde e promoção de encontros periódicos nacionais específicos para tratar do tema controle do tabaco.
5. Demonstração, para as empresas, de que o tempo perdido quando os funcionários saem para fumar pode ser utilizado para oferecer tratamento de tabagismo dentro do horário de trabalho.

MEDIDAS RELATIVAS À REDUÇÃO DA OFERTA DE TABACO E AO COMÉRCIO ILÍCITO DE PRODUTOS DE TABACO (ART. 15 DA CQCT/OMS)

O comércio ilícito de produtos de tabaco contribui para propagar a epidemia de tabagismo, que é um problema mundial com graves consequências para a saúde pública, e exige respostas eficazes, adequadas e integrais, nacionais e internacionais (Preâmbulo do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco, vinculado à CQCT/OMS).

O comércio ilícito de produtos de tabaco debilita as políticas de preços e as medidas fiscais concebidas para reforçar o controle do tabaco, conseqüentemente, aumenta a acessibilidade material e econômica de seus produtos (Preâmbulo do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco, vinculado à CQCT/OMS).

ATÉ 2005

O mercado ilegal de cigarros no Brasil provém de duas fontes: ou é produzido por empresas brasileiras de pequeno porte, a maioria delas envolvidas em práticas de evasão fiscal, ou chega principalmente do Paraguai, via contrabando. Essa última é a principal modalidade de mercado ilícito de cigarros, hoje, no país. Para que essa prática possa acontecer, são necessárias operações organizadas transnacionais

com esquemas complexos de funcionamento em redes de crime organizado e corrupção, que aplicam complexos sistemas de distribuição de cigarro no nível local.

Essas organizações empregam métodos de suborno de políticos e autoridades. Suas características são a rápida adaptação a contramedidas de repressão, beneficiando-se de sistemas mundialmente estabelecidos para facilitar o livre-comércio¹².

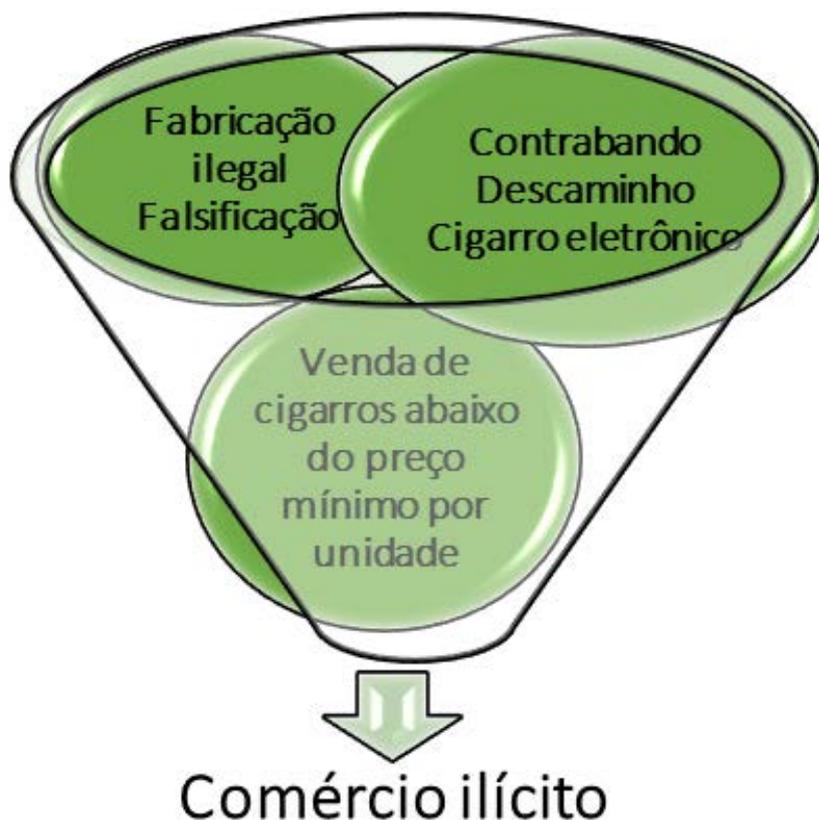


Figura 17 – Ações relativas ao comércio ilícito

Fonte: Secretaria-Executiva da Conicq.

APÓS 2005

Desde 2007, o Sistema de Controle e Rastreamento da Produção de Cigarros (Scorpios) da Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB), obriga os fabricantes de cigarros a inserirem selo de controle com uma identificação de leitura ótica nas embalagens, permitindo o acompanhamento dos níveis de produção de cigarros no Brasil e seu destino. O objetivo é prevenir principalmente a sonegação durante o processo de exportação de cigarros de fabricação nacional. Segundo a Secretaria de Receita Federal, após 18 meses de implantação desse sistema, o governo brasileiro conseguiu reduzir a participação do comércio ilegal de 17% para 11% dos produtos fabricados em território nacional.

O Scorpios também permitiu identificar evasão de impostos pelas empresas, o que acarretou o cancelamento da licença dessas fabricantes de cigarros.

Entre 2010 e 2014, a RFB aumentou a quantidade de operações nas fronteiras e, com isso, elevou o volume de apreensões, chegando a 181 milhões de carteiras apreendidas em 2014, equivalentes a 726 milhões de reais em média¹³.

Cabe destacar que, em âmbito internacional, a COP, no ano de 2012, aprovou o primeiro protocolo da CQCT/OMS, o Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito dos Produtos de Tabaco, o qual, até o momento, não foi ratificado pelo Brasil.

MARCOS LEGAIS

- **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal)**, alterado pela **Lei nº 13.008, de 26 de junho de 2014**, que tipifica como crimes separados o contrabando e o descaminho.
- **Lei nº 11.488, de 15 de junho de 2007**, que obrigada a instalação de equipamentos contadores de produção, bem como de aparelhos para o controle, registro, gravação e transmissão dos quantitativos medidos na forma, nas condições e nos prazos estabelecidos pela Secretaria da RFB.

DESAFIOS ENFRENTADOS

- I. Implementação do Sistema Scorpions e participação de destaque na elaboração do texto do Protocolo.
- II. Falha na articulação interinstitucional interna e com países vizinhos para contenção do contrabando, resultado da produção ilícita regional.

VISÃO DE FUTURO

1. Implantação efetiva, no país, do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco, com baixa participação do mercado ilegal no consumo total de cigarros.

VENDA A MENORES DE IDADE OU POR ELES (ART. 16 DA CQCT/OMS)

[As Partes da Convenção-Quadro] Profundamente preocupadas com o elevado aumento do número de fumantes e outras formas de consumo de tabaco entre crianças e adolescentes em todo o mundo, particularmente com o fato de que se começa a fumar em idades cada vez menores (Preâmbulo da CQCT/OMS).

ATÉ 2005

No Brasil, desde 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) proíbe vender ou entregar à criança ou ao adolescente produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, como é o caso dos produtos derivados de tabaco.

Além disso, são proibidas a participação de crianças e adolescentes na publicidade de produtos derivados do tabaco, a distribuição de amostra ou brinde e a comercialização em estabelecimentos de ensino. Em 2002, a produção, a importação e a comercialização de alimentos nas formas de cigarros, charutos ou qualquer outro produto derivado do tabaco passou também ser proibida.

APÓS 2005

Há dois anos, tornou-se proibida a fabricação, a comercialização, a distribuição e a propaganda de produtos, nacionais e importados, de qualquer natureza, e de embalagens destinadas ao público infantojuvenil que reproduzam a forma de cigarros e similares.

O aumento regular nos impostos incidentes sobre produtos de tabaco, que refletiram no aumento de preços, aliado à não permissão de sua venda avulsa e em embalagens com menos de 20 unidades, também

dificultam o acesso a esses produtos por parte dos menores de idade. Isso fica evidente com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense) de 2009 e 2012, que mostram que os percentuais de escolares que consomem e experimentaram cigarros reduziram^{14,15}.

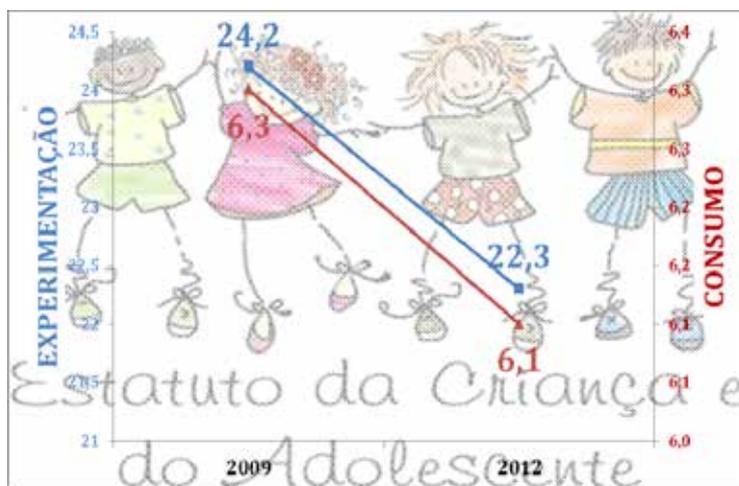


Figura 18 – Percentual de experimentação e consumo de cigarros entre escolares do 9º ano do Ensino Fundamental das capitais brasileiras

Fonte: IBGE^{14,15}.

MARCOS LEGAIS

- **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**, que dispõe sobre o ECA e proíbe a venda, o fornecimento, o serviço, a administração ou a entrega à criança ou ao adolescente de produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, alterada pela **Lei nº 13.106, de 2015**.
- **Decreto-Lei nº 1.593, de 21 de dezembro de 1977**, que determinou que os produtos de fabricação nacional de cigarros serão distribuídos por classes de preço de venda no varejo por vintena. REVOGADO parcialmente pela **Lei nº 12.546, de 2011**.
- **Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996**, alterada pelas **Lei nº 10.167, de 27 de dezembro de 2000**, que proíbe a participação de crianças e adolescentes na publicidade de produtos derivados do tabaco, e a distribuição de amostra ou brinde e a comercialização em estabelecimentos de ensino, e pela **Lei nº 10.702, de 14 de julho de 2003**, que proíbe a venda de quaisquer produtos de tabaco aos menores de 18 anos e a comercialização em estabelecimento de ensino.
- **RDC Anvisa nº 304, de 07 de novembro de 2002**, que proíbe, em todo o território nacional, a produção, a importação, a comercialização, a propaganda e a distribuição de alimentos com forma de apresentação semelhante a cigarro, charuto, cigarrilha ou qualquer outro produto fumígeno, derivado do tabaco ou não.
- **RDC Anvisa nº 335, de 21 de novembro de 2003**, que obriga a inclusão da advertência “Venda proibida a menores de 18 anos - Lei 8.069/1990 e Lei 10.702/2003” na lateral de todas as embalagens dos produtos fumígenos.
- **Decreto nº 7.212, de 15 de junho de 2010**, que determinou que a comercialização de cigarros no País, inclusive a sua exposição à venda, será feita exclusivamente em maços, carteiras ou em outro recipiente, que contenham vinte unidades.
- **Lei Federal nº 12.921, de 26 de dezembro de 2013**, que proíbe a fabricação, a comercialização, a distribuição e a propaganda de produtos nacionais e importados, de qualquer natureza, e embalagens destinados ao público infantojuvenil, reproduzindo a forma de cigarros e similares.



Figura 19 – Embalagem de cigarro com alerta sobre a proibição da venda a menores de 18 anos

Fonte: Secretaria-Executiva da Conicq.

DESAFIOS ENFRENTADOS

- I. Implementação de medidas que indiretamente dificultam o acesso a produtos de tabaco por menores de idade: aumento de preços e impostos e proibição da venda avulsa e em embalagens com menos de 20 unidades.

VISÃO DE FUTURO

1. Ampliação das políticas que reduzem a acessibilidade de crianças e jovens aos produtos de tabaco, por exemplo, delimitação de áreas livres de comércio de produtos de tabaco nas proximidades de instituições de ensino, e proibição da exposição dos produtos de tabaco em pontos de venda.
2. Monitoramento das estratégias desenvolvidas pela indústria do tabaco para atrair adolescentes (promoção em internet, eventos culturais e esportivos, pontos de venda, novos produtos etc.).

APOIO A ATIVIDADES ALTERNATIVAS ECONOMICAMENTE VIÁVEIS À CULTURA DO TABACO (ART. 17 DA CQCT/OMS) E PROTEÇÃO AO MEIO AMBIENTE E À SAÚDE DAS PESSOAS (ART. 18 DA CQCT/OMS)

As Partes, em cooperação entre si e com as organizações intergovernamentais internacionais e regionais competentes promoverão, conforme proceda, alternativas economicamente viáveis para os trabalhadores, os cultivadores e, eventualmente, os varejistas de pequeno porte (art.17 da CQCT/OMS).

As Partes concordam em prestar devida atenção, no que diz respeito ao cultivo do tabaco e à fabricação de produtos de tabaco em seus respectivos territórios, à proteção do meio ambiente e à saúde das pessoas em relação ao meio ambiente (art.18 da CQCT/OMS).

ATÉ 2005

Diferentemente de alguns países produtores, a fumicultura brasileira é realizada principalmente em pequenas propriedades e envolve cerca de 200 mil famílias de pequenos agricultores.

A situação de grande produtor de fumo oferece imensos desafios para a saúde pública no Brasil. Além da responsabilidade social de desenvolver uma política de alternativas à produção de fumo para resgatar centenas de milhares de fumicultores reféns da cadeia produtiva do tabaco e salvaguardar seus meios de vida de uma esperada redução global da demanda de fumo, o Brasil também enfrenta estratégias obstrucionistas da cadeia produtiva do fumo. Tais estratégias são cada vez mais intensas contra os necessários ajustes na política, principalmente os de caráter regulatório.

O processo de ratificação, as sessões das COP – particularmente a que aconteceu no Uruguai –, as atividades da Câmara Setorial do Tabaco e o banimento de aditivos em produtos de tabaco são exemplos emblemáticos das estratégias utilizadas pela indústria do tabaco para interferir nas iniciativas da PNCT no Brasil, usando os meios de vida dos fumicultores como argumento e como massa de manobra.

Mesmo assim, juntamente com a ratificação da CQCT/OMS, em 2005, foi lançado o Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco, elaborado por seis ministérios, sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento Agrário.

APÓS 2005

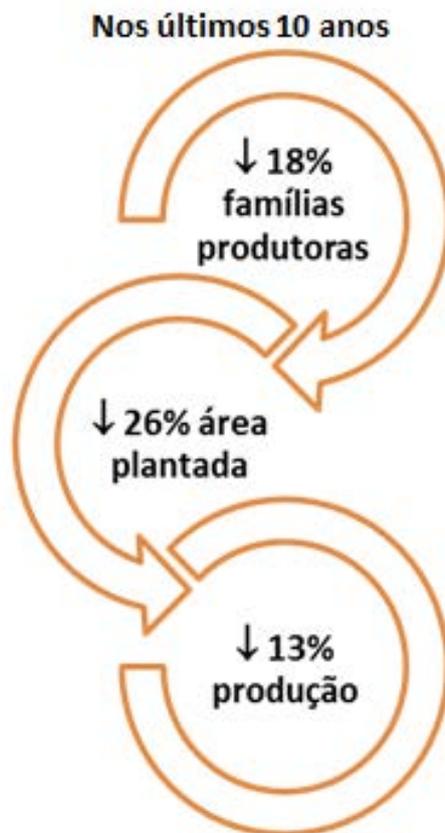


Figura 20 – Resultados do Programa Nacional de Diversificação

Fonte: Observatório da PNCT.

Entre 2012 e 2013, foram beneficiadas 11 mil famílias pelo programa, que disponibilizou mais de 60 milhões de reais. Aliado a outras iniciativas, tem permitido oportunidades de geração de renda e qualidade de vida às famílias. Esse programa tem avançado de forma cuidadosa e articulada com importantes entidades representativas dessas famílias (organizações não governamentais, cooperativas, universidades e prefeituras) que visam à diversificação das áreas cultivadas com tabaco, para evitar que as famílias fiquem desamparadas e sem assistência^{16,17}.

Diferentes órgãos do Ministério da Saúde têm buscado incluir a vigilância de agravos à saúde do trabalhador na fumicultura como parte do sistema de vigilância em saúde e desenvolver ações para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento desses agravos na agenda do Programa Nacional da Saúde do Trabalhador. Os casos de intoxicação aguda causada pela nicotina presente na folha do tabaco verde, muito comum na época da colheita, e taxas elevadas de suicídio em Estados produtores de tabaco têm sido monitorados e discutidos nos fóruns da área da saúde.

Quanto aos prejuízos ao meio ambiente acarretados pela produção de fumo, em 2011, o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama) e as entidades representativas da indústria do tabaco firmaram um Termo de Compromisso para monitoramento de três Regiões produtoras de fumo, totalizando uma área de 6.899,47 km². Isso permitiu o acompanhamento da evolução dos sistemas de produção e do estado de conservação dos remanescentes florestais. Foram utilizadas imagens de satélite com uma resolução capaz de detectar alterações nas diversas formações vegetais em áreas inferiores a um hectare^{18,19}.

MARCOS LEGAIS

- **Chamada Pública Secretaria da Agricultura Familiar/ Departamento de Assistência Técnica e Extensão Rural (SAF/Ater) nº 04, de 2011.** Chamada pública realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário para a seleção de entidade executora de assistência técnica e extensão rural para municípios fumicultores dos Estados do Sul e do Nordeste.
- **Chamada Pública SAF/Ater nº 06, de 2013.** Chamada pública realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário para seleção de entidade executora de assistência técnica e extensão rural para agricultores familiares inseridos em municípios com produção de tabaco na Região Sul do Brasil.
- **Termo de Compromisso e Acordo de Cooperação,** estabelecido entre Ministério do Meio Ambiente, Advocacia-Geral da União, Associação dos Fumicultores do Brasil (Afubra), Ibama e Sindicato Interestadual da Indústria do Tabaco (Sinditabaco), assinado em 22 de agosto de 2011.

DESAFIOS ENFRENTADOS

- I. Interferência, em todos os setores, por parte da indústria do tabaco e suas representações, que inibe ou prejudica ações afirmativas no campo da produção (promotoras de alternativas ao cultivo) e da saúde.
- II. Fragilidade em operacionalizar o Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco, para além dos projetos de assistência técnica e extensão rural, e falta de articulação do Programa com outros setores e políticas públicas.

VISÃO DE FUTURO

1. Ampliação e fortalecimento de diálogo nacional e internacional entre os diversos atores, que gere comunicação efetiva voltada a promover a diversificação produtiva, a saúde do trabalhador rural e a proteção do meio ambiente (Rede Sociotécnica para a Coalizão Internacional para a Diversificação e Saúde).
2. Fortalecimento político, administrativo e financeiro, e ampliação do Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco, com enfoque territorial e articulado a outras políticas públicas, e chamadas de assistência técnica e extensão rural, com acompanhamento e avaliação por meio de comitê.
3. Garantia dos direitos humanos em áreas produtoras de tabaco, com ações de atenção integral à saúde das famílias produtoras de fumo e recuperação de áreas degradadas, entre outras.

Tendo em vista a importância do monitoramento, a Secretaria-Executiva da Conicq acrescentou, no rol da Visão de Futuro dos arts. 17 e 18, o seguinte item:

4. Manutenção do monitoramento da saúde das famílias fumicultoras quanto à intoxicação aguda causada pela nicotina presente na folha verde do tabaco e pelos agrotóxicos e outros males decorrentes do processo de trabalho no cultivo do fumo.

RESPONSABILIDADE (ART. 19 DA CQCT/OMS)

Para fins de controle do tabaco, as Partes considerarão a adoção de medidas legislativas ou a promoção de suas leis vigentes, para tratar da responsabilidade penal e civil, conforme proceda, da compensação (art. 19 da CQCT/OMS).

ATÉ 2005

Não há legislação brasileira específica sobre a responsabilidade penal e civil da indústria do tabaco. Esse setor está sujeito às normas gerais sobre essas responsabilidades.

Leis estaduais proibindo fumar em recintos coletivos fechados e advertências sanitárias com fotos impressas nos maços de cigarros foram alvos de ações requerendo a suspensão das medidas no Brasil nesse período.

APÓS 2005

Embora não haja uma legislação brasileira específica sobre a responsabilidade civil da indústria do tabaco, o Código Civil e o Código de Defesa do Consumidor são plenamente aplicáveis à indústria do tabaco, e, portanto, ela deve ser responsabilizada civilmente pelos danos causados pelo tabagismo aos seus consumidores e familiares. Houve farta produção de conhecimento jurídico sobre esse tema, como publicações, livros e artigos reforçando a existência, no ordenamento jurídico, de embasamento legal para a responsabilidade civil desse setor.

Contudo, a maioria das decisões judiciais tem sido desfavoráveis às vítimas do tabagismo. É preciso destacar que, apesar dessa jurisprudência majoritária, há decisões de primeira e segunda instâncias que seguem condenando as empresas fabricantes a reparar os danos causados por seus produtos, e há decisões que determinam a produção de provas, buscando elementos para a caracterização do dano causado pelo tabagismo.

Em pesquisa qualitativa realizada sobre decisões judiciais relativas ao tema, identificou-se “o divórcio entre os fatos e consensos científicos sobre o impacto do tabaco na saúde e as decisões judiciais desfavoráveis às vítimas”²⁰. Identificou-se, assim, a necessidade de levar ao conhecimento do Poder Judiciário o consenso científico sobre o tema. A partir de 2010, operadores do direito e profissionais da área da saúde têm participado de discussões sobre o assunto, com a intenção de ampliar o diálogo entre as áreas do direito e da saúde. A Associação Médica Brasileira (AMB), com a contribuição do INCA, da Rede ACT e da Fundação do Câncer, produziu uma publicação²¹ com evidências científicas sobre o tabagismo para o Poder Judiciário, com muita utilidade também para o MP e a Defensoria Pública, bem como para todos os operadores do direito que atuam no controle do tabagismo.

Com o conhecimento por parte do Poder Judiciário a respeito do entendimento científico, será possível a aplicação adequada da lei, revertendo-se a atual tendência jurisprudencial. É preciso destacar, porém, que a indústria do tabaco contrata grandes bancas de advocacia e reconhecidos pareceristas da área jurídica para promover a defesa dos seus interesses no Judiciário, o que tem revelado ser um fator importante a contribuir com o êxito dessa indústria.

Desde 2009, anualmente, têm sido promovidos seminários jurídicos para operadores do direito da América Latina, visando ao aprimoramento dos argumentos jurídicos em defesa das políticas públicas de controle do tabagismo, pela The Union, Tobacco-Free Kids e International Program's International Legal Consortium (ILC). No Brasil, em 2010, foi promovido o **Congresso Internacional - O Poder Judiciário e o controle do tabaco**, visando a ampliar o debate em nível nacional dos aspectos jurídicos do controle do tabagismo, promovido pela Rede ACT e Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor (Brasilcon), com apoio da The Union e Campaign for Tobacco-Free Kids (TFK).

Há três ações coletivas muito importantes tramitando no Poder Judiciário, visando à responsabilidade civil da indústria do tabaco: uma movida pela Associação de Defesa da Saúde dos Fumantes (Adesf), em face das empresas Souza Cruz e Phillip Morris; e duas ações civis públicas, movidas pelo MP do Estado de São Paulo, uma em face da Souza Cruz, e outra em face da Phillip Morris. Ainda serão analisadas pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ), mas as decisões de primeira e segunda instâncias foram desfavoráveis à responsabilização da indústria do tabaco.

A responsabilidade criminal dos diretores da indústria do tabaco é um tema que não tem sido objeto de debate ainda no Brasil.

O tratamento das doenças tabaco-relacionadas custa ao sistema de saúde brasileiro pelo menos 23 bilhões de reais, quase quatro vezes mais que o montante arrecadado pelos impostos federais do setor tabaco. Nesse cenário, possibilidades de ressarcimento têm sido desenvolvidas e propostas no Congresso Nacional²².



Figura 21 – Publicações relativas ao tema direito e tabaco

Fonte: Adaptada de Secretaria-Executiva da Conicq.

MARCOS LEGAIS

- **Projeto de Lei Complementar da Câmara dos Deputados nº 161, de 14 de novembro de 2000**, que objetiva ressarcir ao SUS as despesas com atendimento e tratamento de pacientes portadores de doenças provocadas ou agravadas em decorrência do tabagismo.
- **Projeto de Lei Complementar da Câmara dos Deputados nº 161, de 2 de fevereiro de 2015**, que institui a Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico (Cide) incidente sobre a fabricação ou a importação de tabaco e seus derivados, para o custeio de ações de tratamento aos doentes vítimas do tabagismo.
- **[Estado do Maranhão] Emenda Constitucional nº 63, de 14 de abril de 2011**, que instituiu o Fundo Estadual de Combate ao Câncer para onde serão destinados 3% do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) arrecadados no comércio de cigarros, cigarrilhas, charutos e demais derivados do tabaco, assim como 1% do ICMS incidente sobre a comercialização de bebidas alcoólicas, regulamentada pela **Lei Complementar nº 170, de 15 de dezembro de 2014**.

DESAFIOS ENFRENTADOS

- I. Ausência de jurisprudência que responsabilize a indústria do tabaco civil e criminalmente pelos danos causados pelo tabagismo a seus consumidores, familiares e produtores, pela exploração do trabalho infantil, pelos danos ambientais e pelos gastos do SUS no tratamento das doenças tabaco-relacionadas, com ressarcimento aos cofres públicos.
- II. Falta de abertura para diálogo por parte do Poder Judiciário para com a sociedade civil, e promover atuação do MP alinhada à CQCT/OMS.
- III. Divulgação ampla de publicações e livros jurídicos, e da publicação coordenada pela AMB, ao Poder Judiciário e ao MP.
- IV. Assimetria de forças, tanto econômicas quanto de recursos financeiros e humanos, entre a indústria do tabaco e a sociedade civil, na incidência do Poder Judiciário.

VISÃO DE FUTURO

1. Ocupação, por parte da sociedade civil, da Conicq, do INCA e das demais entidades e instituições parceiras, dos espaços institucionais do Poder Judiciário, do MP, do CNJ, do Conselho Nacional do MP e de órgãos afins, com o objetivo de divulgar a CQCT/OMS, as evidências científicas do tabagismo, os aspectos jurídicos do controle do tabaco, os impactos sociais, ambientais e econômicos da produção de tabaco etc.
2. Consolidação de jurisprudência que reconheça as responsabilidades civil e penal da indústria do tabaco pelos danos causados: 1) aos consumidores e familiares pelo tabagismo; 2) às famílias produtoras de tabaco; 3) pela exploração do trabalho infantil na lavoura do tabaco; 4) pelos danos ambientais. Da mesma forma, a consolidação de jurisprudência que reconheça a obrigação da indústria do tabaco pelo ressarcimento, aos cofres públicos, dos gastos do SUS com o tratamento das doenças tabaco-relacionadas.
3. Apoio ao avanço da legislação brasileira para a implementação das medidas da CQCT/OMS para controle do tabaco, inclusive para o aprimoramento da responsabilização civil da indústria do tabaco pelos danos e prejuízos causados por ela e seus produtos, e sua responsabilidade penal.

PESQUISA, VIGILÂNCIA E INTERCÂMBIO DE INFORMAÇÃO (ART. 20 DA CQCT/OMS)

As Partes se comprometem a elaborar e promover pesquisas nacionais e a coordenar programas de pesquisa regionais e internacionais sobre o controle de tabaco.

As Partes estabelecerão, conforme proceda, programas para a vigilância nacional, regional e mundial da magnitude, padrões, determinantes e consequências do consumo e da exposição à fumaça do tabaco.

As Partes, em conformidade com a legislação nacional, promoverão e facilitarão o intercâmbio de informação científica, técnica, socioeconômica, comercial e jurídica de domínio público, bem como de informação sobre as práticas da indústria do tabaco e sobre o cultivo de tabaco (trechos do art. 20 da CQCT/OMS).

Desde 2006, a SVS do Ministério da Saúde realiza a Vigitel, um inquérito telefônico anual sobre fatores de risco para doenças não transmissíveis, a partir do qual é possível apresentar uma estimativa da frequência do tabagismo. A Vigitel fornece dados da população acima de 18 anos em capitais brasileiras e no Distrito Federal. Também existe a série Saúde Suplementar para os anos 2008 e 2011.

A produção da evidência científica no tema tabaco tem contribuído para direcionar as ações específicas de controle no país.

A Pesquisa Especial de Tabagismo (Petab), para indivíduos de 15 anos ou mais, foi inserida em 2008 no Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) conduzida pelo IBGE. Um conjunto selecionado de perguntas-chaves da Petab foi inserido na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, construindo assim, de forma robusta, um amplo sistema de vigilância do tabagismo no país. A PNS é uma pesquisa de base domiciliar, de âmbito nacional, realizada em conjunto pelo IBGE, o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A Petab de 2008, pioneira nas Américas, que ajudou a aprimorar o sistema de vigilância em tabagismo da OMS, conferiu ao Brasil o prêmio *Bloomberg Philanthropies* para Controle Global de Tabagismo, celebrando os avanços feitos em países de baixa e média renda por organizações que implementam políticas eficazes. O prêmio foi concedido em março de 2015.

A Vigilância de Tabagismo em Escolares (Vigescola) é o sistema mais antigo, iniciado no Brasil em 2002 com escolares de 13 a 15 anos. Na primeira onda, foi aplicado em 21 cidades e uma Região fumicultora do país. Na segunda onda, foi repetido em oito cidades. O Perfil de Tabagismo em Estudantes Universitários do Brasil (Petuni) foi realizada com estudantes do terceiro ano da graduação de ensinos público e particular de quatro áreas: Medicina, Odontologia, Enfermagem e Farmácia, nos anos de 2006 e 2007.

A Pense foi realizada pelo IBGE e o Ministério da Saúde, com o apoio do Ministério da Educação, pela primeira vez em 2009, e investiga os fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes escolares do nono ano do Ensino Fundamental, bem como informações básicas das escolas fornecidas pelos diretores das unidades. A Pense é realizada a cada três anos.

A Pesquisa ITC é o primeiro estudo de coorte sobre o uso do tabaco a envolver vários países do mundo, os quais adotam uma metodologia padrão. O estudo foi projetado para subsidiar os tomadores de decisão e os políticos na implementação de políticas de controle do tabaco baseadas em evidências e para avaliar sistematicamente a eficácia das medidas legislativas. No Brasil, em 2009, foi realizada a Onda 1; em 2012, a Onda 2; e, no final de 2016, deu-se início à Onda 3.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) coordena pesquisa sobre o consumo de drogas no Brasil e suas mais recentes publicações foram *Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras* e *Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras*.

Em março de 2013, foi inaugurado o Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (Cetab) com a finalidade de desenvolver atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica.

As articulações intra e intergrupos e as instituições que realizem pesquisas relacionadas ao tema tabaco contribuíram para a otimização de recursos técnicos e financeiros para monitoramento e avaliação da efetividade da PNCT, porém ainda há necessidade de alinhar algumas questões da Política com as pesquisas hoje existentes.



Figura 22 – Edições da Vigitel, de 2006 a 2014

Fonte: Adaptada da Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 23 – Edições da Pnad de 2008, PNS de 2013 e Pense de 2009 e 2012

Fonte: Adaptada pela Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 24 – Ilustração de pesquisas sobre o tabagismo e controle do tabaco no Brasil

Fonte: Arquivo da Secretaria-Executiva da Conicq.

DESAFIOS ENFRENTADOS

- I. Promover a articulação entre pesquisadores, gestores e sociedade civil para avaliar e aprimorar as pesquisas nacionais e internacionais sobre controle do tabaco.
- II. Fomentar uma agenda de pesquisa e vigilância de forma sustentável e contínua que responda às lacunas e foque nas temáticas prioritárias da PNCT.

VISÃO DE FUTURO

1. Existência de uma agenda sustentável e contínua de pesquisas nacionais e internacionais, envolvendo as agências de fomento e as fundações de amparo à pesquisa, que respondam às lacunas existentes e que foquem nas temáticas prioritárias da PNCT.
2. Criação de fórum permanente e sustentável de articulação entre pesquisadores, gestores e sociedade civil para definir as prioridades, a fim de avaliar e aprimorar as pesquisas nacionais e internacionais sobre controle do tabaco alinhadas à política nacional.

COOPERAÇÃO CIENTÍFICA, TÉCNICA E JURÍDICA E PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (ART. 22 DA CQCT/OMS)

As Partes cooperarão diretamente ou por meio de organismos internacionais competentes a fim de fortalecer sua capacidade em cumprir as obrigações advindas da presente Convenção, levando em conta as necessidades das Partes que sejam países em desenvolvimento ou que tenham economias em transição (trecho do art. 22 da CQCT/OMS).

Colaboração com os trabalhos da COP, da CQCT/OMS. O Brasil tem participado ativamente da elaboração das minutas de diretrizes ou recomendações para as sessões da COP, atuando em diferentes Grupos de Trabalho.

Enquanto parceiro, representantes do Brasil têm atuado no Grupo de Trabalho sobre o art. 8º (concluído na COP2/2006), o art. 11 e o art. 13 (concluídos na COP3/2008), o art. 14 (concluído na COP4/2010), e o art. 6º e grupo aberto de Redação das Diretrizes do art. 6º (em atividade). Já como facilitador, atuou no Grupo de Trabalho sobre o art. 5.3 (concluído na COP3/2008), os arts. 9º e 10 (em atividade), os arts. 17 e 18 (em atividade) e no Grupo de Trabalho sobre as Medidas Sustentáveis (em atividade). Também foi integrante do Grupo Informal do Protocolo de Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco (concluído na COP5/2012).



Figura 25 – Reunião do grupo de trabalho 17 e 18 em Pelotas, 2013

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.

Sessões da COP. Aconteceram, desde a ratificação pelo Brasil e a entrada em vigor para as Partes, seis sessões, e o governo brasileiro esteve representado em cada uma delas: COP1 em 2006, COP2 em 2007, COP3 em 2008, COP4 em 2010, COP5 em 2012 e COP6 em 2014. Essa última foi conduzida pela brasileira Vera Luiza da Costa e Silva, então chefe do Secretariado da Convenção.



Figura 26 – Delegação do Brasil na COP5 (à direita) e COP6 (à esquerda)

Fonte: Arquivo da Secretaria-Executiva da Conicq.

Centro Colaborador da OMS. O INCA atua, desde 1997, como Centro Colaborador da OMS para controle do tabagismo.

Comissão Intergovernamental para o Controle do Tabaco (CICT) do Mercosul. Em 2003, o tema Controle do Tabaco passou a integrar a agenda das Reuniões de Ministros da Saúde do Mercosul, uma proposta do ministro da saúde do Brasil. No mesmo ano, foi criada a CICT, do Mercosul, fundamental para permitir que o nível técnico identifique e planeje medidas prioritárias e as apresente às esferas política e decisória.

Centro de Cooperación Internacional de Control de Tabaco/Uruguay (CCICT). O Centro faz parte do Centro de Intercâmbio de Conhecimentos aprovado na COP. Pretende facilitar a transferência de conhecimentos técnicos e científicos, regionais e internacionais, e serve como um centro de conhecimento sobre ambientes livres do fumo, advertências de saúde e tratamentos de cessação do tabagismo.

Cessão de advertências sanitárias sobre os malefícios do fumo. Alguns países manifestam interesse em utilizar as imagens de advertência brasileiras nas embalagens dos produtos de tabaco comercializadas nesses países. Atualmente, a imagem denominada “Vítima deste produto”, segundo a Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde, é passível de cessão para outros países, tendo em vista que, para sua confecção, foi utilizado um boneco.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Framework Convention on Tobacco Control**. Geneva, [2015]. Disponível em: <<http://www.who.int/fctc/en/>>. Acesso em: 10 out. 2017.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tobacco Free Initiative (TFI): United Nations Ad Hoc Interagency Task Force on Tobacco Control**. Geneva, [1999]. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/global_interaction/un_taskforce/en/>. Acesso em: 1 dez. 2015.
3. MIRRA, A. P.; ROSEMBERG, J. A. **A história da luta contra o tabagismo no Brasil: trinta anos de ação**. 2. ed. Salvador: Sociedade Brasileira de Cancerologia, 2005.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 713, de 17 de abril de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 abr. 2012. Seção 1, p. 39.
5. IGLESIAS, R. **Aumento de impuestos de tabaco em presencia de mercado ilícito**. Bogotá: [s.n.], 2015. Disponível: <http://media.wix.com/ugd/47ff43_a30d3ca958a44c14afd308e5c486efa6.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2016.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2007.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2015.
8. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Tabagismo 2008**. Rio de Janeiro, 2009.
9. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA; FUNDAÇÃO OSWADO CRUZ. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro, 2014.
10. UNIVERSITY OF WATERLOO et al. **Resultados das ondas 1 e 2 da Pesquisa ITC-Brasil: relatório do Projeto ITC-Brasil 2009-2013**. [Rio de Janeiro]: [Inca], 2014.
11. SZKLO, A. S. et al. Smokers in Brazil: who are they? **Tobacco Control**, London, v. 25, n. 5, p. 564-570, 2016.
12. ANÁLISE de similaridades entre os padrões de concorrência desleal no Brasil e em países de alta renda: uma visão no setor de cigarros. [S.l.: s.n], [2005]. Disponível em: <<http://www.icde.org.br/artigos/enanpad20052.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2017.
13. BRAGA, M. J. P. S. **Operação fronteira blindada**. [Brasília, DF]: Receita Federal, 2015. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cspcco/conheca-a-comissao/subcomissoes/Apresentao229.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2017.
14. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional sobre Saúde do Escolar: 2009**. Rio de Janeiro, 2009.
15. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2012**. Rio de Janeiro, 2013.
16. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Secretaria da Agricultura Familiar. Departamento de Assistência Técnica e Extensão Rural. **Chamada pública para seleção de entidade executora**

- de assistência técnica e extensão rural para agricultores/as familiares inseridos em municípios com produção de tabaco na região sul do Brasil:** chamada Pública SAF/ATER n° 06/2013. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://www.mda.gov.br/portalmda/sites/default/files/chamadas/CHAMADA_Diversifica%C3%A7%C3%A3o_SUL_republica%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2015.
17. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Secretaria da Agricultura Familiar. Departamento de Assistência Técnica e Extensão Rural. **Chamada pública para seleção de entidade executora de assistência técnica e extensão rural para municípios fumicultores dos estados do sul e nordeste:** chamada Pública SAF/ATER n° 04/2011. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.faser.org.br/anexos/chamada_04_ATER_2011.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2015.
 18. INSTITUTO BRASILEIRO DO MEIO AMBIENTE E DOS RECURSOS NATURAIS RENOVÁVEIS. **Acordo entre Ibama e Sinditabaco permitirá monitoramento de áreas de produção de tabaco no RS.** Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<https://dpm-rs.com.br/noticias-detalhes.php?pId=578>>.
 19. INSTITUTO BRASILEIRO DO MEIO AMBIENTE E DOS RECURSOS NATURAIS RENOVÁVEIS. **Satélite fará o monitoramento da Mata Atlântica em 21 municípios gaúchos até 2018.** Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://www.grifon.com.br/Portal/Griffon/noticiaDetalhe.aspx?nCdConteudo=46345>>. Acesso em: 22 maio 2015.
 20. SALAZAR, A. L.; GROU, K. B. **Ações indenizatórias contra a indústria do tabaco:** estudo de casos e jurisprudência. São Paulo: ACTbr, 2011.
 21. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Evidências científicas sobre o tabagismo para subsídio ao poder judiciário.** Rio de Janeiro: AMB, 2013.
 22. PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – LISTA DE INSTITUIÇÕES PRESENTES NA OFICINA

- 21 Secretarias Estaduais de Saúde.
- Anvisa.
- Aliança de Controle do Tabagismo.
- Biblioteca Virtual em Saúde.
- Centro de Apoio ao Pequeno Agricultor.
- Centro de Apoio ao Tabagista.
- Centro de Estudos e Promoção de Agricultura de Grupo (Cepagro).
- Cetab, Fiocruz.
- Departamento de Estudos Socioeconômico Rurais.
- Federação dos Trabalhadores da Agricultura Familiar do RS.
- Instituto do Coração de São Paulo.
- MP do Trabalho do Paraná.
- Opas.
- Cooesperança.
- Secretariado da CQCT/OMS.
- Sociedade Brasileira de Pediatria.
- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.
- The Union.
- Uerj.
- Universidade Federal de Pernambuco.
- Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Representantes das vigilâncias sanitárias dos 27 Estados brasileiros.

APÊNDICE 2 – METODOLOGIA DE TRABALHO DA OFICINA

A Secretaria-Executiva da Conicq promoveu duas reuniões preparatórias anteriores à comemoração com a participação de parceiros do controle do tabaco. Nessas reuniões, decidiu-se que a Oficina ocorreria em um dia e meio. Foram escolhidos os artigos da CQCT/OMS que seriam tema para as discussões e o trabalho. Em seguida, optou-se por agrupar alguns temas afins, resultando em oito blocos de artigos. Assim, definiu-se que os trabalhos da Oficina seriam divididos em grupos de não mais que 20 participantes cada um. Para cada grupo, foram escolhidos e indicados até dois moderadores, e um membro da equipe da Secretaria-Executiva da Conicq acompanharia as atividades dos grupos.

Na oficina, os 111 participantes presentes foram previamente distribuídos nos grupos de 1 a 8. No crachá de cada um, além do nome, havia a identificação por etiquetas coloridas. Eram nove identificações diferentes, tendo em vista que o Grupo 1 subdividiu-se em 1-A e 1-B.

Quadro 1 – Dinâmica de trabalho nas oficinas

GRUPO	Artigo da CQCT/OMS	Moderador, instituição	Representante da Secretaria-Executiva da Conicq
GRUPO 1	<p>Grupo 1-A (Governança e avaliação)</p> <p>Art. 4.7 – A participação da sociedade civil é essencial para alcançar o objetivo da CQCT/OMS e de seus protocolos</p> <p>Art. 5.2 – Estabelecer ou reforçar e financiar mecanismo de coordenação nacional ou pontos focais para controle do tabaco</p> <p>Art. 20 – Pesquisa, vigilância e intercâmbio de informação</p>	Mônica Andreis, Rede ACT Promoção da Saúde	Tânia Cavalcante
	<p>Grupo 1-B (Interferência da indústria do tabaco)</p> <p>Art. 5.3 – Partes agirão para proteger as políticas de controle do tabaco dos interesses comerciais ou outros interesses garantidos para a indústria do tabaco, em conformidade com a legislação nacional</p>	Silvana Rubano Turci, Cetab, Fiocruz	Alessandra Machado
GRUPO 2	<p>Art. 6º – Medidas relacionadas a preços e impostos para reduzir a demanda de tabaco</p> <p>Art. 15 – Comércio ilícito de produtos de tabaco</p>	Roberto Iglesias, Banco Mundial Aline Biz, Uerj	Ana Paula Teixeira
GRUPO 3	<p>Art. 8º – Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco</p>	Alberto José de Araújo, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia Andrea Ramalho Reis Cardoso, Divisão de Controle do Tabagismo, INCA	Mariana Pinho

GRUPO	Artigo da CQCT/OMS	Moderador, instituição	Representante da Secretaria-Executiva da Conicq
GRUPO 4	Art. 9º – Regulamentação do conteúdo dos produtos de tabaco Art. 10 – Regulamentação da divulgação das informações sobre os produtos de tabaco	Norberto Polla de Campos, Anvisa	Rosa Vargas e Naira Vosmirko
GRUPO 5	Art. 11 – Embalagem e etiquetagem de produtos de tabaco Art. 13 – Publicidade, promoção e patrocínio do tabaco	Vânia Regina Camara Campelo, Anvisa	Cristina Perez
GRUPO 6	Art. 12 – Educação, comunicação, treinamento e conscientização do público Art. 14 – Medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco	Vera Lúcia Gomes Borges, Divisão de Controle do Tabagismo, INCA Cristina Cantarino, Centro de Tratamento do Fumante, INCA	Alexandre Carvalho
GRUPO 7	Art. 17 – Apoio a atividades alternativas economicamente viáveis Art. 18 – Proteção ao meio ambiente e à saúde das pessoas	Marcelo Moreno, Cetab, Fiocruz Charles Lamb, Cepagro	Érica Rangel Cavalcanti e Christiane Pereira
GRUPO 8	Art. 2º – Relação entre a CQCT/OMS e outros acordos e instrumentos jurídicos Art. 19 – Responsabilidade	Cristiane Vianna, The Union Adriana Pereira de Carvalho, Rede ACT Promoção da Saúde	Felipe Mendes

As atividades nos grupos foram conduzidas pelos seus respectivos moderadores. Cada qual informou o artigo da CQCT/OMS que seria trabalhado pelo grupo, e então foi feita a leitura do artigo selecionado. A seguir, foi realizada uma breve fala da situação do Brasil em relação aos artigos e, assim, iniciou-se o trabalho de construção de um documento, contendo um balanço dos últimos dez anos e uma visão de futuro da PNCT.

Para isso, a metodologia adotada por cada grupo foi a da Árvore do Conhecimento. No primeiro momento, cada participante recebeu um pedaço de papel branco e respondeu individualmente à primeira questão: “Liste os dois principais desafios enfrentados nos últimos dez anos”. O grupo teve cinco minutos para concluir essa etapa. Em seguida, o moderador recolheu os papéis, fixou-os no *flipchart* e, juntamente com os participantes de seu grupo, efetuou uma leitura de cada resposta. As semelhantes foram agrupadas, com o objetivo de diminuir o número de respostas.

No segundo momento, essas respostas foram escritas em um papel de cor rosa novamente colado no *flipchart*. Foram lidas para todos do grupo e, nesse terceiro momento, foram selecionados dois desafios principais, que foram transcritos em papel verde como produto final dessa pergunta do grupo.

O mesmo processo foi feito pelo grupo diante do segundo questionamento: “Onde o Brasil pode ou deveria chegar nos próximos dez anos?”. Para os grupos que trabalharam com mais de um artigo da CQCT/OMS, foi sugerido que o primeiro questionamento fosse feito em relação a todos os artigos do grupo.

Para os grupos que evoluíram nas discussões, havendo tempo de explorar ainda mais a oportunidade, foi sugerido que relacionassem quais estratégias poderiam ser adotadas pelo Brasil para alcançar os planos para o futuro listados na tarefa anterior.

Na medida em que os grupos terminaram as atividades, uma ficha foi preenchida para cada um dos questionamentos contendo o resultado das discussões de cada grupo e, juntas, compuseram a apresentação em *slides*, feita pelos moderadores no final do segundo dia da Oficina. O conteúdo de cada apresentação foi editado, adaptado e aprovado pelos moderadores para inclusão neste documento, e está distribuído por artigo da CQCT/OMS.



Figura 27 – Exemplo das fichas do Grupo 3 que, depois de preenchidas, foram apresentadas para a plenária da Oficina

Fonte: Secretaria-Executiva da Conicq.

Na manhã do terceiro dia, ocorreu a cerimônia comemorativa dos dez anos de ratificação do tratado pelo Brasil. Na abertura, foi projetado um vídeo com a fala da Diretora-Geral da OMS, Margaret Chan, feito exclusivamente para essa ocasião. Compuseram a mesa de abertura Marcelo Castro pelo Ministério da Saúde, Alberto Beltrame pela Secretaria de Atenção à Saúde, José Carlos Magalhães da Silva Moutinho pela Anvisa, Joaquín Molina pela Opas no Brasil, Marcos Moraes pela Fundação do Câncer, Monica Andreis pela Rede ACT Promoção da Saúde e Vera Luiza da Costa e Silva pelo secretariado de CQCT/OMS. Em seguida, Tânia Cavalcante, da Conicq, apresentou uma versão resumida do produto da Oficina, e, conforme decidido pelos participantes, foi dado destaque para o art. 5.3 e os arts. 17 e 18, do Grupo 1-B e do Grupo 7, respectivamente. A representante da instituição anfitriã, Opas no Brasil, Adriana Barcelar, encerrou o evento com a exibição do vídeo produzido pela Secretaria-Executiva da Conicq sobre a CQCT/OMS no Brasil.

APÊNDICE 3 – APRESENTAÇÕES FEITAS NA OFICINA

1. Apresentação dos objetivos do encontro, programa e produto a ser alcançado.
2. Balanço dos resultados alcançados nos últimos dez anos no controle do tabaco no mundo – Vera Luiza da Costa e Silva, Secretariado da CQCT/OMS.
3. Balanço dos resultados alcançados nos últimos dez anos no Brasil – Tânia Maria Cavalcante, Secretaria-Executiva da Conicq.
4. Apresentação das campanhas atuais, por Daniela Guedes, da Rede ACT Promoção da Saúde.
5. Apresentação de análise dos dados de prevalência, por André Szklo, do INCA.
6. Apresentação do produto final feita pelo moderador de cada grupo e aprovação pela plenária da oficina para os ajustes finais.

APÊNDICE 4 – FOTOS DA CERIMÔNIA COMEMORATIVA E DAS OFICINAS



Figura 28 – Grupo 1-A, arts. 4.7; 5.2 e 20

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 29 – Grupo 1-B, art. 5.3

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 30 – Grupo 2, arts. 6º e 15

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 31 – Grupo 3, art. 8º

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 32 – Grupo 4, arts. 9º e 10

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 33 – Grupo 5, arts. 11 e 13

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 34 – Grupo 6, arts. 12 e 14

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 35 – Grupo 7, arts. 17 e 18

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 36 – Grupo 8, arts. 2º e 19

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 37 – Mesa de Abertura. Da esquerda para direita: Monica Andreis da ACT Promoção da Saúde; Vera Luiza Costa e Silva do Secretariado da CQCT/OMS; Joaquim Molina da Organização Pan-Americana da Saúde da OMS no Brasil; Marcelo Castro do Ministério da Saúde; Alberto Beltrame de Secretaria de Atenção à Saúde; Marcos Moraes do Conselho de Curadores da Fundação do Câncer; José Carlos Magalhães da Silva Moutinho do Controle e Monitoramento Sanitários da Anvisa; Adriana Barcelar da instituição anfitriã Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 38 – A secretária executiva da Conicq apresentou uma versão resumida do produto da Oficina para os integrantes da Mesa de Abertura e demais participantes

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 39 – Participantes do evento. Da esquerda para direita: José Carlos Magalhães da Silva Moutinho do Controle e Monitoramento Sanitários da Anvisa; Tânia Cavalcante da Conicq; Marcos Moraes do Conselho de Curadores da Fundação do Câncer; Vera Luiza Costa e Silva do Secretariado da CQCT/OMS; Marcelo Castro do Ministério da Saúde; Luiz Antônio Santini do INCA; Alberto Beltrame da Secretaria de Atenção à Saúde; Joaquim Molina da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 40 – Participantes do evento. Da esquerda para direita: Marcelo Moreno do Cetab/Fiocruz; Patrícia Oliveira da SVS/ Ministério da Saúde; Vera Luiza Costa e Silva da CQCT/OMS; Silvana Rubano Turci do Cetab/Fiocruz; Valeska Carvalho Figueiredo do Cetab/Fiocruz; Ana Paula Natividade da Fiocruz; Tânia Cavalcante da Conicq

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 41 – Equipe da Divisão de Controle de Tabagismo do INCA. Da esquerda para direita: Renata Lamy; Maria José Domingues da Silva Giongo; Vera Lúcia Gomes Borges; Andréa Ramalho Reis Cardoso; Maria Raquel Fernandes Silva; Valéria Cunha; Marcela Roiz Martini

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 42 – Participantes do evento. Da esquerda para direita (em pé): Luiz Antônio Santini do INCA; Rívia Mary de Barros da Visa/Bahia; Darcísio Perondi; Tânia Cavalcanti da Conicq; Vera Luíza Costa e Silva da CQCT/OMS; Cristina Cantarino do Centro de Tratamento do Tabagismo/INCA; Cristiane Vianna da The Union; Rosa Vargas e Erica Cavalcanti Rangel ambas da Conicq; Monica Andreis da ACT Promoção da Saúde; Letícia Casado da Conprev/INCA; Rita de Cássia Martins e Ana Paula Leal Teixeira ambas da Conicq; Liz Almeida da Divisão de Epidemiologia/INCA; Mariana Pinho da Conicq; Eduardo Franco da Conprev. Da esquerda para direita (na frente): Vera Lúcia Gomes Borges e Andrea Reis ambas da Divisão de Controle do Tabagismo/ INCA; Cristina Perez da Conicq/INCA; Mirian Souza, da Divisão de Epidemiologia/INCA

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 43 – Participantes do evento. Da esquerda para direita: Tânia Cavalcanti da Conicq; Liz Almeida da Divisão de Epidemiologia/INCA; André Szklo da Divisão de Epidemiologia/INCA; Mirian Souza da Divisão de Epidemiologia/INCA

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 44 – Participantes do evento. Da esquerda para direita: Alessandra Trindade Machado, Naira M. S. Vosmirko, Ana Paula Leal Teixeira, Felipe Mendes, Mariana Pinho, Rosa Vargas, Cristina Perez, Rita de Cássia Martins, Tânia Cavalcante, todos da Conicq; Darcísio Perondi; Érica Cavalcante e Alexandre Octávio de Carvalho ambos da Conicq; Alexandre Milagres do Centro de Apoio ao Tabagista; e Christiane Soares Pereira da Conicq

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 45 – Participantes do evento. Da esquerda para direita: Valéria Cunha e Vera Lúcia Gomes Borges ambas da Divisão de Controle do Tabagismo/INCA; André Szklo da Divisão de Epidemiologia/INCA; Andrea Reis da Divisão de Controle do Tabagismo/ INCA; Eduardo Franco da Conprev/INCA; Tânia Cavalcante da Conicq/INCA; Valeska Carvalho Figueiredo do Cetab/Fiocruz; Letícia Casado da Conprev/INCA; Vera Luíza Costa e Silva da CQCT/OMS; Cristina Perez e Érika Cavalcante ambas da Conicq/INCA; Marcela Roiz Martini da Divisão de Controle do Tabagismo; Cristina Cantarino do Centro de Tratamento do Tabagismo/INCA. Na frente: Maria José Domingues da Silva Giongo e Maria Raquel Fernandes Silva ambas da Divisão de Controle do Tabagismo/INCA, Mirian Souza da Divisão de Epidemiologia/INCA , Silvana Rubano Turci do Cetab/Fiocruz

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 46 – Participantes da cerimônia comemorativa dos dez anos de ratificação da CQCT/OMS no Brasil

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.



Figura 47 – Participantes da Oficina de Trabalho dos dez anos CQCT/OMS: Reflexões e Projeções

Fonte: Arquivos da Secretaria-Executiva da Conicq.

APÊNDICE 5 – TRANSCRIÇÃO DOS DEPOIMENTOS DE ALGUNS PARTICIPANTES

“O Brasil tem cumprido seu papel no combate ao tabagismo. A comemoração dos dez anos da CQCT/OMS nos permite avaliar os avanços, mas também refletir sobre o que ainda não conseguimos implantar de concreto e por isso não podemos cruzar os braços, mas continuar na luta”.

Helena, Agevisa, Paraíba

“A Sociedade Brasileira de Pediatria se orgulha de participar desse movimento antitabágico, embora amplie a onda para todas as drogas (tabaco, álcool, maconha, crack). Nossa proposta é levar conhecimentos ao pediatra e incluir o aconselhamento e a intervenção breve na consulta do pediatra”.

João Paulo Lotufo, Sociedade Brasileira de Pediatria

“Representar o Paraná, Estado pioneiro na luta contra o tabagismo no Brasil, foi uma honra. Esta oficina de trabalho, construindo os rumos para os próximos dez anos, mostra em que patamar o Brasil se encontra, ao mesmo tempo em que valoriza as vitórias do passado nos últimos dez anos.

Parabéns à Conicq, com toda a sua equipe administrativa, sob o comando da Dra. Tânia Cavalcante, ao INCA, à Valéria Cunha, e à OMS com a excelente administração da CQCT/OMS, com a presença da Dra. Vera Luiza da Costa e Silva.

As propostas apresentadas nesta oficina configuram um grande avanço no efetivo controle do tabagismo em todo o território nacional”.

Jonatas Reichert, Secretaria de Estado da Saúde, Paraná

“Poder estar presente nesta viagem no tempo, resgatando os avanços e as dificuldades do controle de tabaco nos últimos dez anos e projetando a política para a próxima década, é fascinante.

O controle do tabaco permite o contato e o compartilhamento de experiências com pessoas de todo Brasil, com diferentes histórias e sentimentos.

Sempre me sinto realizado ao ter escolhido, por acaso, o controle do tabaco como objeto de pesquisa. E hoje me vejo aqui fazendo parte de um momento histórico para o país.

Gratidão.”

Leonardo Henrique Portes, Doutorando em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp)/Fiocruz

“Participar da construção e da ratificação da CQCT/OMS e participar do evento comemorativo dos dez anos na Opas/OMS é para mim uma imensa alegria e jubilosa ação profética. A CQCT/OMS, o primeiro tratado internacional de Saúde Pública, ratificado por mais de 180 países, é algo de muito grandioso e promissor. Este é o primeiro acordo de Saúde Pública que prevê um conjunto de medidas efetivas para proteger as gerações presentes e futuras das nefastas consequências de saúde, econômicas, sociais e ambientais geradas pela ganância das empresas fumageiras multinacionais.

Não é possível que continue a exploração de mão de obra dos trabalhadores e produtores de tabaco, que, na hora da crise e do desespero dos fumageiros, são totalmente descartados.

O fumo alimenta o quê? O fumo alimenta a quem?

Apelemos cada vez mais para políticas públicas a fim de produzir alimentos saudáveis e abundantes para a segurança alimentar do Brasil e do mundo.

No Sul do Brasil, na Região Central, durante 25 anos ininterruptos, realizamos seminários de alternativas à cultura do fumo. Muitos agricultores, de forma coletiva e cooperativada, produzem alimentos saudáveis e ecológicos. É urgente e necessária a organização do povo e a viabilização de assistência técnica e políticas públicas para a diversificação.

O inspirador, o sábio e importante provérbio africano afirma: ‘Muita gente pequena em muitos lugares pequenos fazendo coisas pequenas mudarão a face da Terra’.

Irmã Lourdes Dill, Coesperança, Arquidiocese de Santa Maria, Rio Grande do Sul

“Nestes dez anos em que participei de atividades junto ao INCA, Conicq e Rede ACT+, aprendi muito e constato que muito se avançou para o controle do tabagismo no Brasil. Por outro lado, tenho consciência de que ainda há muito a fazer. O trabalho continua!”

Luiz Costa Côrrea da Silva, SBPT, Santa Casa de Porto Alegre, Rio Grande do Sul

“Um grande privilégio foi participar da história dos dez anos da CQCT/OMS no Brasil. Acúmulo de aprendizado e crescimento profissional e pessoal.

O trabalho realizado nesse período tem sido mensurado e divulgado, evidenciando aí a importância e a eficácia do tratado para a elevação da qualidade de vida das pessoas, a melhoria do meio ambiente e o seu impacto positivo em todas as áreas afetadas. No entanto, existe um aspecto que não pode ser mensurado e este se refere à grande alegria de ver vidas salvas com o desenvolvimento da política, ser parte disso não tem preço”.

Raquel dos Anjos, Coordenação Estadual de Controle do Tabagismo, Pará

“Nesses dez anos de controle do tabaco no Brasil, nenhuma instituição foi tão boa quanto todas juntas”.

Rívia Barros, Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental (Divisa), Bahia

“Hoje são comemoradas missões extremamente sublimes nesta caminhada e luta de vida, esse grupo imita o amor de Deus, para a melhoria da saúde da população.

É de merecimento o nosso respeito e gratidão com esse grupo da CQCT/OMS, tendo em vista como vem trabalhando com dignidade, com amor, e mais profunda admiração pela forma incansável com a qual se dedica ao seu objetivo e determinação que é o controle do tabaco. Não poderia deixar de prestar essa homenagem nesse dia tão especial.

É com muita felicidade e agradecida pelo convite para participar desse momento tão especial, que tenho a certeza que esse grupo vai dar continuidade em prol de uma vida saudável.

“Tamo Junto!!!”

Silene Nunes, Acre

“Até o ano de 2007, eu, como servidora pública da área da saúde do Estado de Alagoas, trabalhei na área da saúde mental, especificamente com a dependência química, e esta foi a razão do primeiro contato com o programa de controle do tabagismo. Até então, nada conhecia sobre tabagismo, até que, em um dado momento, fui designada a integrar algumas ações junto ao programa de controle do tabagismo. A princípio, achei justa a integração, uma vez que se trata também de dependência química. Surpreendi-me quando informaram que, na verdade, o objetivo seria a indicação do meu nome para assumir a coordenação do Programa. Inicialmente discordei, rejeitei, mas, tentando conhecer sobre o tema, decidi aceitar, após a triste constatação de que se tratava de um produto (tabaco) colocado no mercado para adoecer e matar pessoas. Aceitei o desafio em 2005 e, em 2007, decidi definitivamente migrar da área da saúde mental para o controle do tabagismo.

No ano de 2005, aconteceria a mobilização para a ratificação da CQCT/OMS no Brasil. Procurei inteirar-me do processo e, quanto mais conhecia, mais me envolvia.

Participar desse processo de construção da política de controle do tabagismo trouxe-me muitos ganhos, principalmente como profissional, pessoa e cidadã. É claro que o meu currículo acadêmico continuou o mesmo. No entanto, o currículo das lutas e conquistas como ser humano no exercício da cidadania está bastante extenso.

Sinto-me hoje gratificada por estar junto a tantos outros construtores desta política, comemorando os dez anos de vivência e vigência. Ainda há muito o que fazer e, com certeza, será feito, apesar dos obstáculos próprios dos que não entendem o valor dessa luta.

Agradeço a todos que me oportunizaram o contato com esta realidade”.

Vetrúcia Teixeira Costa, Programa de Controle do Tabagismo, Alagoas

APÊNDICE 6 – LISTA DOS PARTICIPANTES

Esta publicação é produto final da *Oficina de Trabalho dos 10 anos da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco no Brasil: Reflexões e Projeções* que contou com a participação de diversos atores que agem em parceria para a implementação da PNCT.

Adeilza Gomes Ferraz.
Adriana Bacelar.
Adriana Carvalho.
Alberto José de Araújo.
Albino Oto Gewehr.
Alessandra Machado.
Alexandra Castelo Branco Bezerra de Meneses.
Alexandre Octávio de Carvalho.
Aline Biz.
Amadeu Antonio Bonato.
Ana Claudia Andrade
Ana Margarida Furtado Arruda Rosemberg.
Ana Paula Leal Teixeira.
Ana Paula Natividade.
Ana Virginia Rodrigues.
André Salem Szklo.
Andrea Cristina Alves da Silva.
Andréa Mendes.
Andréa Ramalho Reis de Castro.
Aurilio Fernandes de Lima.
Avio Batalha de Brito.
Carlise Porto Schneider Rudnicki.
Catarina Maria Aragão Barbosa.
Celso Rodrigues.
Charles Onassis Peres Lamb.
Christiane Pereira.
Cremilda Queiroz da Silva.
Cristiane Vianna.
Cristina de Abreu Perez.
Cristina Maria Cantarino Gonçalves.
Daniela Guedes.
Edileuza Rodrigues Silva.
Elaine Cristine D'Amico.
Emerson Francisco de Araújo.

Erica Cavalcanti Rangel.
Evandi Ferreira da Silva.
Fabiana Oderenge Melo.
Fabricio Medeiros Souza.
Felipe Lacerda Mendes.
Fúlvio Lacerda de Albuquerque.
Greice Gomes da Costa.
Hararrija Diório Duque.
Helena Teixeira de Lima Barbosa.
Isabelle Cristina de Oliveira Vieira.
Izabel Cristina Barroca.
Jaqueline Scholz Issa.
João Paulo Becker Lotufo.
João Rafael Lins Guimarães.
Jocilene Moreira de Almeida.
Jonatas Reichert.
Jorge Alexandre Sandes Milagres.
Jorge Henrique Viana de Alencar.
José Gilvani Cavalcante.
Josemaryson Damascena Bezerra.
Karyston Adriel Machado da Costa.
Leonardo Portes.
Leticia Casado.
Liliane Maria Martins Porto.
Lívia Angélica da Silva.
Liz Maria de Almeida.
Lourdes Maria Staudt Dill.
Luiz Carlos Corrêa da Silva.
Luiz Marcelo Vieira Rosa.
Manoel José Pereira de Souza.
Marcelo Moreno.
Marcia Elaine Dias de Oliveira.
Marcos Rochinski.
Margaret Matos de Carvalho.
Maria Celia Rodrigues da Silva.
Maria Lucia Oliveira Pedroso.
Maria Teresa Pereira de Carvalho.
Mariana Pinho.
Marília Muniz Cavalcante de Oliveira.
Maristela Pinto de Menezes.

Martha Vigínia Gewehr.
Maryane Oliveira Campos.
Mirian C. Souza.
Misani Akiko Kanamota Ronchini.
Monica Andreis.
Monica Torres.
Monique Alves Mendes.
Naira Vosmirko.
Nilton Pinho de Bem.
Norberto Polla de Campos.
Raquel Conceição dos Anjos.
Renata Lamy.
Ricardo Wagner Botelho Rodrigues.
Rita Miriam Gonçalves Surita.
Rivia M. de Barros.
Roberto Iglesias.
Rodrigo Feijó.
Rosa Vargas.
Samir Feruti Sleiman.
Sandra de Freitas Moreira Amaral.
Sandra Helena Menezes da Costa.
Sandra Silva Marques.
Selma Alves Tavares de Oliveira.
Severina Pereira de Oliveira.
Silene Nunes da Silva.
Silvana Rubano Turci.
Sirley Gomes de Lima.
Tânia Maria Cavalcante.
Terezinha de Jesus Paiva Gomes.
Valéria Cunha.
Valeska Carvalho Figueiredo.
Vania Regina Camara Campelo.
Vera Lucia Gomes Borges.
Vera Luiza da Costa e Silva.
Verônica de Souza Araújo.
Veruska Lahdo.
Vetrúcia Teixeira Costa.

APÊNDICE 7 – COLABORADORES

Adriana Pereira de Carvalho (Rede ACT Promoção da Saúde).

Alessandra Trindade Machado.

Alexandre Octávio Ribeiro de Carvalho.

Aline Navega Biz (Uerj).

Alberto José de Araújo (SBPT).

Andrea Ramalho Reis Cardoso (INCA).

Ana Paula Leal Teixeira.

Andrea Mendes.

Charles Lamb (Cepagro).

Cristiane Vianna (The Union).

Christiane Soares Pereira.

Cristina de Abreu Perez.

Cristina Cantarino.

Felipe Lacerda Mendes.

Flavia Senna.

Marcelo Moreno (Cetab/Fiocruz).

Mônica Andreis (Rede ACT Promoção da Saúde).

Norberto Polla de Campos (Anvisa).

Renata Cristina Arthou Pereira.

Rita de Cassia Martins.

Roberto Iglesias (Banco Mundial).

Rosa Rulff Vargas.

Silvana Rubano Turci (Cetab/Fiocruz).

Vânia Regina Camara Campelo (Anvisa).

Vera Lúcia Gomes Borges (INCA).

Este livro foi impresso na Gráfica Fox Print, em offset,
papel couche mate, 115g, 4/4.
Fonte: Minion, corpo 11
Rio de Janeiro, 2018.



É necessária **VONTADE POLÍTICA** PARA enfrentar as devastadoras consequências sanitárias, sociais, econômicas e ambientais geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, em todo o mundo.

As dinâmicas transnacionais do mercado de tabaco precisam ser enfrentadas por meio de **COOPERAÇÃO INTERNACIONAL ENTRE OS PAÍSES** e **NACIONALMENTE POR MECANISMOS INTERSETORIAIS**.

Todas as epidemias têm um meio de contágio, um vetor que dissemina doença e morte. Para a epidemia do tabagismo, o vetor não é um vírus, uma bactéria ou outro micro-organismo - ele é uma **INDÚSTRIA E SUA ESTRATÉGIA DE NEGÓCIO**.

É necessário manter **A VIGILÂNCIA ANTE QUALQUER TENTATIVA DA INDÚSTRIA DO TABACO DE MINAR OU DESVIRTUAR AS ATIVIDADES DE CONTROLE DO TABACO**, bem como manter-se informado sobre as atuações da indústria do tabaco que afetem negativamente as atividades de controle do tabaco.

EXPOSIÇÃO À FUMAÇA DE TABACO CAUSA DOENÇAS GRAVES E FATAIS MESMO EM QUEM NÃO FUMA.

TODA PESSOA TEM DIREITO DE GOZAR O MAIS ELEVADO NÍVEL DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL.
É UM DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DE TODO SER HUMANO, SEM DISTINÇÃO DE RAÇA, RELIGIÃO, IDEOLOGIA POLÍTICA, CONDIÇÃO ECONÔMICA OU SOCIAL.



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS

Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer
<http://controlecancer.bvs.br/>



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

**GOVERNO
FEDERAL**