

Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer

2ª edição



Modelo Lógico
e Avaliação

2003, Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Ministério da Saúde

Humberto Costa

Secretaria de Atenção à Saúde

Jorge Solla

Instituto Nacional de Câncer

Jamil Haddad

Criação, Redação e Distribuição

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Diretoria de Prevenção e Vigilância (DPV)

Rua dos Inválidos, 212 - 3º andar

CEP: 20.231-020 - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21) 3970-7400

Fax: (21) 3970-7505

E-mail: conprev@inca.gov.br

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	03
1.a A Prevenção Primária do Câncer sob a ótica da Promoção da Saúde	03
1.b O Tabagismo	03
1.c A Tendência de Consumo do Tabaco	05
1.d Determinantes sociais do consumo de derivados do tabaco	05
1.e A liberalização do comércio como determinante da expansão global do consumo de tabaco	06
2. A LÓGICA DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO E OUTROS FATORES DE RISCO DE CÂNCER	06
2a. Ações educativas: campanhas e disseminação na mídia	09
2.b Ações informativas/ educativas contínuas	09
2.c Programa Cessação de Fumar	10
2.d A integração do Programa em nível nacional	11
2.e Construindo parcerias com a Sociedade Civil Organizada	16
2.f Ação Multissetorial para o controle do tabagismo	17
2.g Ações de âmbitos Legislativo e Econômico	17
3. RESULTADOS	18
3.a Resultados de Processo	18
3.b Resultados de Desfecho	27
4. PRÓXIMOS PASSOS	30
4.a A necessidade de regulamentação municipal da Lei nº 9294/96, que restringe o consumo de tabaco em ambientes fechados	30
4.b Regulamentação da venda de cigarros	31
4.c Aumento do preço dos cigarros brasileiros	31
COORDENAÇÃO NACIONAL	33
FONTES CONSULTADAS	39
Anexos	41

1. INTRODUÇÃO

1.a A Prevenção Primária do Câncer sob a ótica da Promoção da Saúde

A maioria dos casos de câncer está relacionada a fatores ambientais. As mudanças provocadas no meio ambiente pelo homem e as escolhas de diferentes estilos de vida e de consumo podem aumentar ou diminuir o risco de câncer. O conhecimento científico atual evidencia que o tipo de alimentação, um estilo de vida sedentário, o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a exposição excessiva ao sol sem proteção, o ambiente ocupacional e comportamentos sexuais podem estar relacionados em maior ou menor grau com o desenvolvimento de determinados tipos de câncer (WHO, 1993).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 30% dos casos de câncer poderiam ser evitados através da sua prevenção primária.

Essa constatação mostra, portanto, que muito pode ser feito para a prevenção primária do câncer.

1.b O Tabagismo

Dentre os fatores de risco de câncer até hoje conhecidos, o tabagismo tem merecido uma abordagem diferenciada por se tratar também de uma doença. Uma doença gerada por uma dependência, a dependência de nicotina.

Em 1988, o Ministério da Saúde dos Estados Unidos publicou um amplo relatório sobre estudos que comprovam a capacidade do tabaco de causar dependência (U.S. *Surgeon General*, 1988). Nesse relatório, o Ministério da Saúde dos Estados Unidos, concluiu que:

1. O cigarro e outros derivados do tabaco causam dependência.
2. A nicotina é a droga presente no tabaco que causa a dependência.
3. Os processos farmacológicos e comportamentais que determinam a dependência do tabaco são similares aos que determinam a dependência de drogas, como heroína ou cocaína.

Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a incluir o tabagismo no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Slade 1993, OMS, 1997).

Hoje, o tabagismo é amplamente reconhecido como uma doença resultante da dependência de nicotina, que obriga os usuários dos produtos de tabaco a se exporem continuamente a cerca de 4.700 substâncias tóxicas, sendo 60 delas cancerígenas para o homem e, assim, a contraírem outras doenças limitantes e fatais (IARC 1987; Dube and Green, 1982; US National Health Institute, Monograph 9).

Milhares de estudos até o momento acumulados evidenciam o uso do tabaco como fator causal de quase 50 doenças diferentes, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (WHO, 1996; Doll, 1994; U.S. Surgeon General, 1989; Rosemberg, 2002). Esses estudos mostram que ao consumo de tabaco podem ser atribuídas: 45% das mortes por doença coronariana (infarto do miocárdio), 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), 25% das mortes por doença cérebro-vascular (derrames) e 30% das mortes por câncer. É importante enfatizar que 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes, o que mostra a forte correlação dessa doença com o tabagismo

Devido à toxicidade do tabaco, o total de mortes decorrentes de seu uso é atualmente cerca de 5 milhões ao ano e se tais tendências de expansão forem mantidas, as mortes causadas pelo uso de tabaco alcançarão 8,4 milhões/ano em 2020, especialmente, em indivíduos na idade produtiva (35-36) (WHO, 2001). No Brasil, são estimadas cerca de 200 mil mortes/ano em consequência do tabagismo (OPAS, 2002).

No Brasil, a maioria das causas de morte por doença são as cardiovasculares e o câncer, e o fator de risco principal é o tabagismo.

As estimativas de câncer para 2002 do Ministério da Saúde apontaram 21.425 casos novos de câncer de pulmão (15.040 novos casos entre homens e 6.385 entre mulheres), causando cerca de 15.955 mortes. Desse total de mortes, previu-se que 11.200 ocorreriam entre os homens e 4.755 entre mulheres (MS/INCA, 2002).

É importante salientar que o quadro de morte atual por câncer de pulmão resulta da progressiva expansão do comportamento de fumar iniciada há cerca de 50 anos, predominantemente no sexo masculino. Já entre as mulheres, depois de anos de uma particular repressão social e opressão moral das mulheres fumantes, elas se tornaram um grupo alvo potencialmente promissor do ponto de vista do mercado de cigarros e, assim, sob o estímulo de estratégias de marketing, passaram também a fumar cada vez mais, embora mais tardiamente que os homens. Como resultado, hoje já se delineia o efeito tardio da expansão desse consumo no grupo feminino. As estatísticas de mortalidade por câncer entre as mulheres brasileiras mostram que, desde 1995, a mortalidade por câncer de pulmão ultrapassou a mortalidade por câncer do colo do útero e atualmente ocupa a segunda posição em mortalidade nesse grupo.

Outro fato alarmante é que desde 1979 o crescimento das taxas de mortalidade por câncer de pulmão tem sido maior entre as mulheres do que entre os homens. Uma análise da série temporal de mortalidade por câncer de pulmão desde 1979 até 1999 mostrou que nesse período houve um crescimento de 57% entre os homens, ao passo que entre as mulheres o aumento foi de 122% (MS/INCA, 2002). Isso pode ser atribuído ao já referido crescente consumo de cigarros pelas mulheres mais tardiamente do que entre os homens, especialmente a partir da década de 60.

Além dos riscos para os fumantes, a partir da década de 70 começaram a ser divulgadas pesquisas comprovando que crianças expostas à fumaça de tabaco ambiental apresentavam taxas de doenças respiratórias mais elevadas do que as que não se expunham (USEPA, 1993).

As pesquisas sobre tabagismo passivo rapidamente se acumularam durante a década de 80 e em 1986 foi divulgado um importante relatório de consenso a respeito dos riscos do tabagismo passivo pelos *US National Academy of Sciences National Research Council* e pelo Ministério da Saúde dos Estados Unidos. O relatório do Ministério da Saúde norte-americano trouxe três grandes conclusões:

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

Recentes estudos de metanálise mostram que entre não fumantes cronicamente expostos à poluição tabagística ambiental o risco de desenvolver câncer de pulmão é 30% maior do que entre os não fumantes não expostos (Hackshaw et al, 1997). Nos EUA, estima-se que a exposição à poluição tabagística ambiental é responsável por cerca de 3 mil mortes anuais devido a câncer de pulmão entre não fumantes (*United States Environmental Protection Agency (em itálico)*, 1993). Já os riscos de doenças cardiovasculares entre não fumantes expostos à poluição tabagística ambiental são 24% maior do que entre os não expostos (Law et al, 1997).

As mulheres e as crianças são o grupo de maior risco em função da exposição passiva no ambiente doméstico. Além disso, os efeitos do tabagismo passivo também decorrem da exposição no ambiente de trabalho, onde a maioria dos trabalhadores não é protegida da exposição involuntária da fumaça do tabaco, por regulamentações de segurança e de saúde nos ambientes de trabalho.

1.c A tendência de consumo do tabaco

No Mundo

Apesar de todo o conhecimento científico acumulado sobre os riscos do tabaco, as tendências de seu consumo são preocupantes. No início da década de 90, cerca de 1,1 bilhão de indivíduos usavam tabaco no mundo. Em 1998, esse número já atingia a cifra de 1,25 bilhões (WHO, 2001).

Nesse cenário, são especialmente preocupantes as tendências de consumo entre mulheres e jovens, uma vez que as companhias de tabaco têm procurado dirigir, de forma crescente, suas estratégias de marketing para esses grupos sociais.

De forma geral, cerca de 9% das mulheres dos países em desenvolvimento e cerca de 22% das mulheres dos países desenvolvidos fumam cigarros.

Além disso, segundo dados do Banco Mundial, quase 100 mil jovens começam a fumar a cada dia no mundo inteiro – destes, mais de 80 mil são jovens de países em desenvolvimento. A idade média de iniciação no tabagismo é de 15 anos, e cerca de 70% dos que experimentam tornam-se dependentes do tabaco. Esses dados fizeram com que a OMS passasse a considerar o tabagismo uma doença pediátrica (World Bank, 1999).

No Brasil

O Ministério da Saúde, por meio do INCA e do CENEPI, inicia este ano uma nova pesquisa sobre saúde e estilo de vida em âmbito nacional, através da qual será obtido um perfil atualizado da prevalência de tabagismo no Brasil.

Em 1989, uma pesquisa realizada (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN) mostrou que 32,6% da população acima de 15 anos eram fumantes. Existem perto de 28 milhões no grupo acima de 15 anos, entre eles, 16,7 milhões eram homens e 11,2 milhões de mulheres (MS, 1998). Desde então, os dados de prevalência têm sido coletados por intermédio de uma unidade de métodos e instrumentos e envolvendo diferentes grupos, o que dificulta a avaliação da prevalência de fumantes no País.

Por outro lado, em 2001, uma pesquisa realizada com 2.479 pessoas no município do Rio de Janeiro (MS/INCA, 2002 b) mostrou que a prevalência foi reduzida de 30% em 1989 para 21% em 2001.

Por outro lado, a evolução do consumo *per capita* de cigarros já sugere uma importante tendência de redução no consumo de tabaco no Brasil. Entre 1989 e 2000, o consumo per capita caiu de 1.772 em 1989 para 1.197 em 2000, significando uma queda de 31% (ver tabela no Anexo).

1.d Determinantes sociais do consumo de derivados do tabaco

Hoje o tabaco é a segunda droga mais consumida entre os jovens, no mundo e no Brasil. Isso provavelmente se deve à forma como o seu consumo se insere na sociedade. Fatores que facilitam a obtenção do produto, o seu baixo preço, somados a atividades de promoção e publicidade associando-o a imagens de beleza, sucesso, liberdade, poder, inteligência e outros atributos desejados especialmente pelos jovens, durante anos criaram uma aura de aceitação social e de imagem positiva do comportamento de fumar. O sucesso dessas estratégias é traduzido no fato de que 90% dos fumantes começam a fumar até os 19 anos de idade.

Portanto, para um efetivo controle do tabagismo é preciso que se entenda que o problema tabagismo envolve questões que não se limitam ao indivíduo fumante. A problemática é resultante de todo um contexto social, político e econômico que historicamente tem favorecido que indivíduos comecem a fumar e dificultado outros a deixarem de fumar. Dessa forma, é preciso abordar todo o contexto que está por trás do problema.

1.e A liberalização do comércio como determinante da expansão global do consumo de tabaco

Embora o consumo de cigarros venha caindo na maioria dos países desenvolvidos, o seu consumo global aumentou em torno de 50% de 1975 a 1996. Ele tem crescido muito rapidamente em países em desenvolvimento, em particular na Ásia. Hoje, a China é o maior consumidor de tabaco, respondendo por 30% de todo o consumo mundial. Em contraste com o que ocorre nos países desenvolvidos, os movimentos para o controle do tabaco e políticas fortes para controle do tabagismo são incipientes em muitos desses países (World Bank, 1999; WHO, 2001).

Estudos do Banco Mundial mostram que a liberalização de comércio e a abertura de mercados têm sido importantes fatores para esse cenário e, portanto, determinantes do aumento de consumo de tabaco, particularmente nos países de baixa e média renda. Como isso ocorre? Nos últimos anos, os acordos internacionais de comércio liberaram essa atividade para muitos bens e serviços em todo o mundo. Os cigarros não foram exceção, muito embora não possamos considerá-los um bem, já que não trazem nenhum benefício para quem os consome. A liberalização do comércio promoveu o desaparecimento de barreiras aduaneiras, aumentou a competitividade dos produtos do tabaco, especialmente dos cigarros, levando a uma queda em seus preços e a um aumento das atividades de publicidade e promoção dos mesmos. Dessa forma, a globalização da economia contribuiu para que as grandes companhias transnacionais de tabaco passassem a dirigir os seus esforços de expansão para países com baixo custo de produção e com um elevado potencial de consumo. A globalização justifica a grande expansão de mercado em países do Leste Europeu, da América Latina, da Ásia e da África nos últimos anos. Foi assim que países como o Japão, Tailândia e Taiwan, após a entrada das grandes transnacionais de cigarros nos seus mercados internos, experimentaram um importante aumento de consumo de cigarros (World Bank, 1999).

Por isso, reconhecendo a expansão do consumo do tabaco como um problema global, em maio de 1996, a 49ª Assembléia Mundial da Saúde – órgão diretor supremo da Organização Mundial de Saúde (OMS), composta pelos representantes de 190 Estados Membros - adotou uma Resolução solicitando ao Diretor Geral que iniciasse a elaboração de uma Convenção-Quadro para o Controle do Tabagismo, de acordo com o artigo 19 da Constituição da OMS. Tratar-se-á da primeira Convenção Internacional adotada pela OMS.

Uma Convenção-Quadro é um instrumento legal, sob a forma de um tratado internacional, no qual os Estados signatários concordam em empreender esforços para alcançar os objetivos definidos. Neste caso, particularmente, o objetivo é o controle da expansão global do consumo de tabaco e de suas conseqüências deletérias (WHO, 1998).

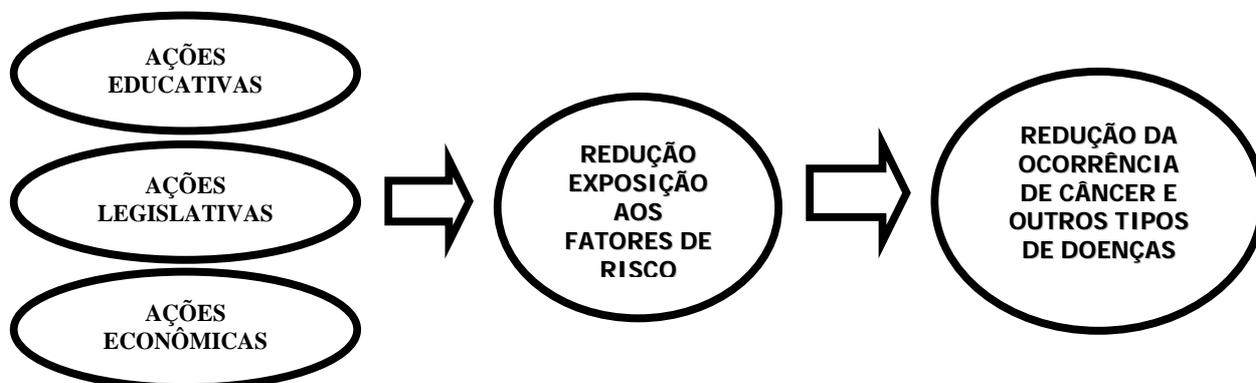
2. A LÓGICA DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO E OUTROS FATORES DE RISCO DE CÂNCER

A constatação de que só é possível se adotar um estilo de vida saudável quando se conta com informações, oportunidades e motivação para fazê-lo, torna evidente a necessidade de ações para socializar esse conhecimento, e para criar um contexto social favorável que, ao mesmo tempo em que estimule e motive a população a adotar hábitos saudáveis, proteja-a também das exposições involuntárias a fatores de risco de câncer.

Portanto, é sob a ótica da Promoção da Saúde que o Instituto Nacional de Câncer, órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer, coordena as ações nacionais do Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer desenvolvidas em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, entre outros setores sociais.

Para a promoção de estilos de vida saudáveis visando a prevenção do câncer, o Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer tem procurado atuar através do desenvolvimento de ações educativas, legislativas e econômicas.

O desenvolvimento de ações educativas tem como ponto de partida a disseminação do conhecimento científico sobre câncer e as possibilidades para sua prevenção. No entanto reconhecendo que informar apenas não gera necessariamente mudanças de comportamento, o Programa também envolve ações mediadoras sociais e ambientais para gerar mudanças positivas de comportamento, a partir da disseminação desse conhecimento.



As **ações educativas** são essenciais para esse processo e devem anteceder e acompanhar qualquer ação para prevenção do câncer.

Essas ações podem ser *pontuais* como as campanhas de conscientização, e a divulgação de informações pela mídia.

As ações educativas continuadas são essenciais para transformar as informações disseminadas, em mudanças de atitudes e de comportamento favoráveis a uma vida mais saudável.

Para o desenvolvimento dessas ações o Programa elegeu três canais comunitários: como Ambientes de Trabalho, Unidades Escolares e Unidades de Saúde, onde as informações são disseminadas juntamente com ações que visam criar nesses ambientes um contexto favorável a mudanças de comportamento de grupos formadores de opinião e modelos de comportamento como profissionais de saúde, professores, estudantes e trabalhadores em geral. Nesse contexto, por exemplo, a proposta do Programa Ambientes Livres do Cigarro é de que a disseminação continuada de informações sobre os riscos do tabagismo e, sobretudo, do tabagismo passivo nesses ambientes, aconteça juntamente com a normatização e a sinalização da restrição ao consumo de tabaco nesses canais, associando-a ao apoio aos fumantes para cessação de fumar.

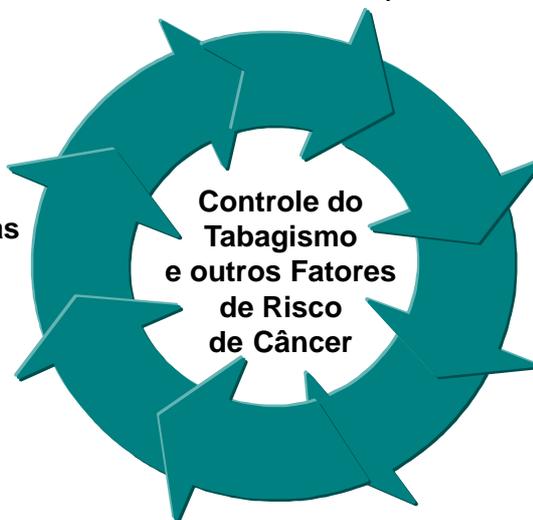
As ações legislativas e econômicas representam as mediações sociais potencializadoras das ações educativas. Cabe aos diferentes setores da sociedade alertar, cobrar, estimular e pressionar as esferas responsáveis pela legislação. O objetivo é o de criar leis que resultem em mudanças políticas, ambientais e econômicas para reforçar as mudanças de comportamento necessárias à redução da incidência e mortalidade do câncer e de outras doenças relacionadas ao tabagismo e outros fatores de risco.

Nesse contexto, destacam-se leis que visam informar aos cidadãos sobre os riscos do tabagismo, protegê-los da exposição à poluição tabagística ambiental e da indução ao consumo pela publicidade. Além disso, são necessárias medidas importantes para dificultar o acesso dos jovens a produtos derivados do tabaco envolvendo, as que resultem em aumento de preços desses produtos, controlem as formas de venda dos mesmos, e, principalmente, a sua venda no mercado ilegal.

**Medidas Educativas
(Unidades Escolares,
Unidades de Saúde e
Ambientes de Trabalho)**

Descentralização

Medidas Legislativas



Medidas Econômicas

Vigilância

Através do Programa, o Ministério da Saúde/ INCA vem investindo em ações para promover mudanças positivas de comportamento que contribuam para reduzir na população a exposição a fatores de risco de câncer. No âmbito dessas ações destacam-se as dirigidas ao controle do tabagismo, a promoção de atividade física e de alimentação saudável e de moderação na exposição à radiação solar. As ações para promover a alimentação saudável e a atividade física, assim como a moderação da exposição à radiação solar, têm acontecido mais em termos de campanhas. No entanto, o programa tem investido esforços para incorporar métodos de intervenções educativas em unidades de saúde, ambientes de trabalho e escolas nos mesmos moldes do que tem sido feito no âmbito do Programa Nacional de Controle do Tabagismo que será enfatizado a seguir.

Desse ponto em diante estará sendo abordado apenas o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Como já mencionado, isso se deve a especificidade desse fator e ao fato de ter sido o primeiro fator abordado pelo programa de prevenção do câncer, gerando um modelo aplicável na promoção de outros comportamentos e estilos de vida, como hábitos alimentares e atividade física.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo sistematiza quatro grandes grupos de estratégias: o primeiro, voltado para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público alvo, crianças e adolescentes; o segundo, envolvendo ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar; e um terceiro grupo onde se inserem medidas que visam proteger a saúde dos não fumantes da exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados; e, por fim, medidas que regulam os produtos de tabaco e sua comercialização.

Com esses objetivos, o Programa foi delineado visando sistematizar ações educativas e mobilizar ações legislativas e econômicas, de forma a criar um contexto que:

- reduza a aceitação social do tabagismo,
- reduza os estímulos para que os jovens comecem a fumar e os que dificultam os fumantes a deixarem de fumar,
- proteja a população dos riscos da exposição à poluição tabagística ambiental,
- reduza o acesso aos derivados do tabaco,

- aumente o acesso dos fumantes ao apoio para cessação de fumar,
- controle e monitore todos os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados, desde seus conteúdos e emissões até as estratégias de comercialização e de divulgação de suas características para o consumidor.

Além disso, para atingir todo o País, o Programa buscou criar uma base geopolítica para que essas ações pudessem acontecer de modo equitativo em todo o território nacional. Atualmente, o Programa conta com uma rede de parcerias governamental e não governamental em âmbito nacional.

2.a Ações educativas: campanhas e disseminação na mídia

O Programa Comunidade Livre de Tabaco conta com duas datas comemorativas, o Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio) e o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto), ambas articuladas pelo Ministério da Saúde/INCA em todo o Brasil. A primeira tem como objetivo divulgar e promover no Brasil ações relacionadas ao tabagismo e seus diferentes aspectos. Para esse fim, a OMS define a cada ano um tema para que todos os países o divulguem. A segunda tem como objetivo atingir os jovens através de temas como **“Esporte sem Cigarro é mais Radical”** ou **“Arte sem Cigarro é um Show”**.

Outras ações envolvem a disseminação de informações pela mídia. Com esse objetivo, a rede de gerências do Programa, que será abordada adiante, vem se consolidando como referência para o tema no Brasil. Dessa forma, tem sido possível fazer articulações com a mídia para divulgação de ações e de fatos que contribuam para o controle do tabagismo em todo o território nacional.

Outro grupo de ações pontuais envolve o estímulo e apoio a eventos como congressos, seminários, feiras de saúde e outros que tenham o potencial de levar informações atualizadas sobre o tema à comunidade. Para esse fim, o Programa conta com uma série de materiais educativos como folhetos, livretos e cartazes que podem ser distribuídos ao público. Também conta com outros recursos para chamar a atenção da população durante essas atividades, tais como a boneca que fuma e permite ao público observar através de seu corpo transparente a impregnação do alcatrão, e o monóxímetro para medição de monóxido de carbono em fumantes. A exposição **“Enxergando através da Fumaça”** vem sendo exibida em diversas cidades do País e envolve uma estrutura que agrega exposição de pôsteres, cartazes, vídeos e esculturas mostrando órgãos danificados pelo tabagismo. Através destes eventos são divulgados de forma contundente os diversos malefícios do tabagismo.

2.b Ações informativas/educativas contínuas:

Como já mencionado, as ações contínuas através de canais comunitários (Unidades de Saúde, Escolas e Ambientes de Trabalho) objetivam manter um fluxo contínuo de informações sobre o tabagismo, seus riscos para quem fuma e os riscos da poluição tabagística ambiental para todos que convivem com ela. Além da disseminação contínua de informações, são desenvolvidas intervenções nesses micro ambientes, a fim de que sejam geradas oportunidades e motivações para mudanças de comportamento dos grupos que fazem parte desses canais.

Os três canais comunitários foram eleitos para esse trabalho acima citados por terem uma ampla interação com a comunidade e por contarem com importantes formadores de opinião, como professores, alunos e profissionais de saúde:

Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco em AMBIENTES DE TRABALHO: PROGRAMA PREVENÇÃO SEMPRE

Esse programa atua de forma sistemática com profissionais da área de saúde ocupacional e outros atores-chave das organizações empresariais, para tornar o ambiente de trabalho livre da poluição tabagística ambiental e reduzir o número de funcionários fumantes através do apoio

a estes na cessação de fumar.

Para esse fim, o **Programa Ambientes de Trabalho Livres do Cigarro** envolve um conjunto de ações educativas, normativas e organizacionais que visam estimular mudanças na cultura organizacional que levem à redução do tabagismo entre trabalhadores de indústrias e empresas. Dentre suas atividades estão incluídas a disseminação contínua de informações sobre os riscos do tabagismo e, sobretudo, do tabagismo passivo, a implementação de normas para restringir o fumo nas dependências dos ambientes de trabalho, a sinalização relativa às restrições ao consumo nas dependências e a capacitação de profissionais de saúde ocupacional para apoiar a cessação de fumar de funcionários.

Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco em ESCOLAS: PROGRAMA SA- BER SAÚDE

Esse programa prevê a inserção no currículo escolar de estratégias para promoção de estilos de vida saudável, incluindo o tabagismo. Visando reforçar o fumar como um comportamento socialmente não aceito, o programa atua junto a professores, alunos e funcionários das escolas. Por intermédio destes, o tema tabagismo é inserido na rotina escolar, onde seus diferentes ângulos (saúde, ecologia, cidadania, histórico, econômico) são abordados em diferentes momentos e nas diversas matérias do currículo escolar.

Um dos principais enfoques desse programa é estimular nas crianças e adolescentes uma consciência crítica em relação às manipulações publicitárias que promovem estilos de vida nocivos, entre eles o tabagismo.

Nesse universo de ações desenvolvidas na escola, está incluído o **Módulo Escolas Livres do Cigarro**. Esse módulo envolve um conjunto de ações educativas, normativas e organizacionais que visam estimular mudanças de comportamento relacionadas ao tabagismo entre professores, alunos e na comunidade que interage com a escola.

Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco em UNIDADES DE SAÚDE: PRO- GRAMA SAÚDE E COERÊNCIA

Esse programa visa preparar as unidades de saúde para oferecerem apoio efetivo para cessação de fumar aos fumantes que procuram seus profissionais para atendimentos de rotina. Portanto, é fundamental que haja coerência das unidades de saúde com o seu papel de vitrine de hábitos e estilos de vida saudáveis.

Isso implica em que as unidades de saúde tornem-se livres da poluição tabagística ambiental, e seus profissionais, modelo de comportamento.

Com esse objetivo, foi desenvolvido o **Programa Unidades de Saúde Livres do Cigarro**, que envolve um conjunto de ações educativas, normativas e organizacionais que visam estimular mudanças culturais na aceitação social do livre consumo de derivados de tabaco em unidades de saúde e, num primeiro momento, apoiar os profissionais fumantes a deixarem de fumar. Nesse sentido o Programa inclui entre suas ações a capacitação de profissionais de saúde para que possam apoiar a cessação de fumar dos funcionários da unidade. Num segundo momento, o corpo de profissionais de saúde da unidade é capacitado para que possam inserir o apoio à cessação de fumar na rotina de atendimento à população.

2.c Programa Cessação de Fumar

No contexto do Programa Nacional de Controle do Tabagismo estratégias são desenvolvidas para promover a cessação de fumar na população, para criara um contexto social que estimule a cessação e, para ao mesmo tempo aumentar o acesso e o suporte à demanda de tratamentos.

As campanhas estimulam as pessoas a deixarem de fumar ao mesmo tempo em que informam sobre estratégias para deixar de fumar. A progressiva implantação dos programas ambiente livres de tabaco em escolas, unidades de saúde e ambiente de trabalho por sua vez

têm estimulado pessoas a deixarem de fumar. De forma geral, essas ações contribuíram para uma redução na aceitação social do tabagismo, criando uma crescente demanda para cessação de fumar.

As campanhas estimulam as pessoas a deixarem de fumar ao mesmo tempo em que informam sobre estratégias para deixar de fumar. A progressiva implantação dos programas ambientes livres de tabaco em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho por sua vez têm estimulado pessoas a deixarem de fumar. De forma geral, essas ações contribuíram para uma redução na aceitação

Para atender essa demanda incorporou-se ao PNCT o **Programa Cessação de Fumar** **eu envolve** ações sistemáticas e específicas, visando aumentar o acesso do fumante aos métodos eficazes para cessação de fumar, e assim atender a uma crescente demanda de fumantes que buscam algum tipo de apoio para esse fim.

Esse programa envolve diversas ações:

- Divulgação de métodos eficazes para a cessação de fumar (campanhas, mídia, serviço gratuito de telefonia; internet)
- Capacitação de profissionais de saúde para apoio a cessação de fumar: Módulo Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar (Abordagem Mínima – carga horária de 4 horas; Abordagem Intensiva ou Formal – carga horária de 20 horas)
- Inserção do atendimento para cessação de fumar na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) – Portaria 1575/2002 do Ministério da Saúde
- Implantação de ambulatórios para tratamento do fumante na rede SUS.
- Mapeamento dos centros de referência para atendimento ao fumante no serviço de discagem gratuita do Ministério da Saúde, Disque Pare de Fumar.
- Articulação com outros Programas como o Programa de Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários (PACs)

2.d A integração do Programa em nível nacional

Através de um longo processo de sensibilização dos níveis decisórios da área de saúde, a partir de 1996, o Programa de Controle do Tabagismo passou a fazer parte oficial da agenda de ações prioritárias do Ministério da Saúde. Da mesma forma, um processo de sensibilização de gestores de saúde no nível estadual e municipal tem contribuído para o crescente interesse no Programa pelas diversas instâncias governamentais da área de saúde.

Construindo uma rede de gerências descentralizadas

Considerando a dimensão continental do Brasil e as grandes dificuldades geradas pelas diferenças regionais que envolvem ângulos sócio-econômicos e culturais, o Programa tem investido em estratégias para a descentralização das ações segundo a lógica do SUS. Nessa direção, o passo decisivo foi o fortalecimento de uma base geopolítica através da qual pudesse ser articulada uma rede de núcleos gerenciais nas secretarias de saúde estaduais, regionais e municipais para a expansão dessas ações de forma equitativa e racional em todo o País.

Através da organização e articulação dessa rede nacional para gerenciamento regional do programa, as ações para o controle do tabagismo vêm sendo descentralizadas.

A construção dessa rede de gerências descentralizadas teve início a partir de 1996 e envolveu várias etapas:

- Em 1995, o INCA, com o apoio do Ministério da Saúde, iniciou uma busca ativa junto às Secretarias Estaduais de Saúde de indicação oficial de recursos humanos para gerenciamento do Programa nos estados. Nessa mesma ocasião, foi instituído um convênio entre o Fundo Nacional de Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, sendo o INCA o interveniente desse convênio. Coube ao INCA o papel de fornecer suporte técnico às Secretarias Estaduais de Saúde na elaboração de um Plano de Trabalho, visando alinhá-lo ao Plano Global de controle do tabagismo delineado pelo próprio INCA. O convênio permitiu que as Secretarias

Estaduais de Saúde se estruturassem e se preparassem para todo um processo de descentralização de gerência de ações educativas (campanhas, ações em unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho, tratamento do fumante) para as Secretarias Municipais de Saúde. O INCA tem o papel de acompanhar a evolução das ações previstas no Plano de Trabalho dos estados visando avaliar a efetivação das obrigações pactuadas no convênio.

- Paralelamente, ainda em 1996, o INCA iniciou o desenvolvimento de projetos pilotos para testar metodologias e gerar modelos de implantação de ações educativas continuadas em Unidades de Saúde, Ambientes de Trabalho e Escolas. O objetivo é promover mudanças de atitudes no que tange a aceitação social do tabagismo e estimular a cessação de fumar em grupos-alvo formadores de opinião como professores, alunos, profissionais de saúde, e trabalhadores de empresas.
- Também iniciou-se nessa ocasião a organização de um processo de capacitação para gerenciamento local do Programa, através de uma capacitação piloto de recursos humanos das 27 Secretarias Estaduais de Saúde, em 1996. Para esse fim, foram desenvolvidos modelos de capacitação e materiais educativos de apoio tanto para o gerenciamento como para implantação do programa em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho.

A continuidade do convênio vem permitindo a expansão dessa rede de parcerias.

A organização dessa rede inicia-se com um processo de capacitação de recursos humanos para gerenciamento do programa nos estados e municípios. Dessa forma, em cada Secretaria Estadual de Saúde existe uma coordenação estadual do Programa que é responsável por municipalizar as ações. Cabe a cada coordenação estadual a responsabilidade pelo processo de capacitação de recursos humanos das Secretarias Municipais de Saúde do seu Estado. O material para essa capacitação é repassado pelo INCA para os estados, mediante o envio de dados referentes aos municípios que foram capacitados, e aos canais (escolas, unidades de saúde, e ambientes de trabalho) onde o programa está sendo implantado.

Por sua vez, as coordenações municipais apoiadas pelas coordenações estaduais e pelo INCA/Ministério da Saúde são responsáveis pelo desenvolvimento das ações educativas pontuais e contínuas (escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho) nos seus municípios.

Cada representante, estadual ou municipal, é designado pelo Secretário de Saúde e pode estar inserido no organograma das secretarias, na Divisão de Doenças Crônicas-Degenerativas, Programa de Saúde da Família, Saúde do Trabalhador, entre outros programas. As atividades incluem articular as campanhas e outras ações pontuais, estimular, orientar e assessorar as unidades de saúde, empresas e escolas na implantação do Programa, estimular legisladores a criarem leis municipais que reduzam a exposição da população aos principais fatores de risco de câncer, assim como avaliar e monitorar a implantação do programa no município.

Responsabilidades na rede de gerenciamento do programa

A atuação através de uma gerência descentralizada, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, permite a criação de uma rede de informações e de implementação de ações para o controle do tabagismo e de outros fatores de risco, com uma atribuição de competências assim distribuída:

Gestor Federal

- Apoiar as Secretarias Estaduais de Saúde - SES, na estruturação de coordenações do Programa em nível estadual;
- Coordenar, articular e facilitar, em parceria com as coordenações em nível estadual, as ações de controle do tabagismo e de outros fatores de risco em nível nacional;

- Elaborar e reproduzir material técnico de apoio ao Programa e metodologias de treinamento para a implementação do mesmo, repassando-os às coordenações estaduais;
- Desenvolver ou estimular o desenvolvimento de projetos pilotos para testar as estratégias de ação e material técnico de apoio, repassando-os às coordenações estaduais;
- Capacitar recursos humanos das SES para gerenciamento local do Programa, estimulando a parceria necessária para a implementação do mesmo;
- Dar apoio às coordenações estaduais no processo de descentralização da gerência para os municípios e na implantação dos diferentes níveis do programa nos municípios;
- Promover encontros anuais de reciclagem e atualização para as coordenações estaduais;
- Avaliar a aplicação dos recursos do convênio para cumprimento das ações previstas no plano de trabalho dos estados;
- Coordenar o sistema de vigilância da epidemia tabagística em todo o território nacional;
- Monitorar os avanços e as barreiras ao controle do tabagismo nos âmbitos legislativo e econômico;
- Integrar e divulgar as ações desenvolvidas em todo o território nacional, através de mecanismos de repasse de informações e atualizações sobre o tema: boletim trimestral Atualidade em Prevenção de Câncer; Internet, correio eletrônico e outros meios de comunicação;
- Mobilizar ações que favoreçam a criação de lei federal para controle do tabagismo abrangente, apoiando e fornecendo subsídios técnicos a legisladores;
- Apoiar a realização bianual do Congresso Brasileiro sobre Tabagismo;
- Fornecer apoio e subsídios técnicos de forma geral, em âmbito nacional e internacional, a indivíduos e instituições interessados no controle do tabagismo;
- Manter interface com Organizações Governamentais e Não Governamentais, nacionais e internacionais;
- Apoiar e articular parcerias com Conselhos, Associações e Sociedades na área de saúde em nível federal;
- Realizar, estimular e divulgar pesquisas sobre tabagismo e assuntos correlatos;
- Divulgar os resultados do Programa por meio de publicações leigas, nos diferentes meios de comunicação;
- Representar a União para assuntos relacionando saúde a tabaco, frente à Organização Mundial de Saúde - OMS e outras organizações nacionais e internacionais;
- Exercer o papel de Secretaria Executiva da Comissão Nacional Interministerial para Controle do Tabaco para subsidiar o posicionamento do governo brasileiro durante as negociações da Convenção-Quadro Internacional para Controle do Tabaco.

- Articular diferentes segmentos do Governo na implementação de ações de controle do tabagismo, tais como ações econômicas, diversificação de culturas etc.

Gestor Estadual

- Designar oficialmente, estimulado pelo Gestor Federal, recursos humanos para execução das ações do programa no estado;
- Definir a inserção do Programa Estadual no organograma das SES;
- Providenciar a infra-estrutura básica necessária ao desenvolvimento do programa;
- Elaborar programação de ações anuais, consonantes com o Plano de Trabalho previsto no convênio, com definição de metas, custos e cronograma detalhado, a fim de facilitar a obtenção de recursos financeiros e apoio político, em nível federal, para as ações estaduais;
- Articular a implementação do Programa Ambiente Livre de Tabaco nas dependências de todos os escritórios ou serviços ligados à SES;
- Identificar lideranças: busca ativa da participação dos municípios no Programa, levando em consideração a estruturação do SUS em cada estado;
- Multiplicar o curso de capacitação para gerenciamento do Programa para recursos humanos oficialmente indicados pelas Secretarias Municipais de Saúde.
OBS: Se a rede estadual de saúde estiver organizada em regionais, a descentralização da gerência deve respeitar a lógica organizacional do estado.
- Apoiar as coordenações municipais na capacitação de recursos humanos de unidades de saúde, ambientes de trabalho e escolas localizados nos municípios da respectiva regional ou de outros programas estratégicos da secretaria como equipes do Programa de Saúde da Família;
- Monitorar a distribuição aos municípios do material de apoio ao Programa, produzido pelo MS/INCA;
- Coletar e consolidar os dados de avaliação fornecidos pelas Secretarias Municipais de Saúde e enviá-los ao INCA, para alimentar o Sistema de Vigilância e Monitoramento;
- Participar de encontros de avaliação e atualização promovidos pelo MS/INCA semestralmente;
- Articular e facilitar a troca de experiências entre os municípios através da promoção de encontros anuais entre os representantes municipais.

Gestor Municipal

- Identificar recursos humanos para gerenciamento do Programa no município, articulando a interface desse(s) recurso(s) humano(s) com a coordenação do Programa no Estado;
- Promover a participação do(s) recurso(s) humano(s) identificados na SMS em curso de capacitação para gerenciamento do Programa oferecido pela Coordenação Estadual do Programa;

- Inserir as ações de controle do tabagismo no planejamento estratégico da Secretaria Municipal de Saúde - SMS, definindo a inserção do Programa no organograma da SMS;
- Promover a elaboração de plano de trabalho para implantação do Programa no município. Elaborar o projeto de implantação do Programa, em nível municipal, bem como o projeto de ações anuais em que as atividades previstas tenham seus custos e cronogramas de execução detalhados, a fim de facilitar a obtenção de recursos financeiros e apoio político, a serem repassados pelo Gestor Estadual;
- Providenciar a infra-estrutura básica necessária ao desenvolvimento do programa em nível municipal;
- Articular a implementação do Programa Ambiente Livre de Tabaco nas dependências de todos os escritórios ou serviços ligados à SMS;
- Realizar as campanhas anuais previstas pelo Programa com o suporte da coordenação estadual;
- Cadastrar os interessados em aderir ao Programa, utilizando-se, para isso, de formulários próprios;
- Sensibilizar e envolver os gestores dos três canais institucionais previstos pelo Programa (ambientes de trabalho, escolas e unidades de saúde) para que implementem o Programa;
- Capacitar e apoiar as equipes das unidades de saúde, ambientes de trabalho e escolas para implantação do Programa nas suas dependências;
- Realizar e/ou apoiar treinamentos de profissionais de saúde que farão parte da equipe de multiplicadores das ações do Programa;
- Repassar o material de apoio fornecido pelo MS/INCA e Secretarias Estaduais aos canais institucionais (ambientes de trabalho, escolas e unidades de saúde) e monitorar a sua distribuição;
- Coletar dados sobre a realização das atividades de campanhas no município (eventos realizados, público alvo, número de participantes, cobertura de mídia local), repassando-os à coordenação do programa no estado;
- Coletar dados de implantação do programa em unidades de saúde, ambientes de trabalho e escolas, para avaliar o processo de implantação utilizando os instrumentos e metodologias testados e fornecidos pelo MS/INCA, consolidando-os em relatório que deverá ser repassado à SES;
- Articular e promover a implementação de legislação municipal para controle do tabagismo de acordo com as propostas da legislação federal.

Definição de critérios para a avaliação do processo de descentralização

Para que o programa atenda às expectativas de conscientização e de motivação para mudanças positivas de comportamento de um maior número possível de pessoas, é importante que, em nível municipal, esteja muito bem estruturado, pois é nesse nível que ele estabelece um maior contato direto com a população. É a equipe municipal que tem o poder de influência direta

sobre a comunidade, devendo, portanto, ser bem orientada e apoiada pelas demais instâncias, para alcançar as mudanças propostas no Plano Global de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco no Brasil. Para uma melhor sistematização dos estágios de implantação do Programa no estado ou município, foram estabelecidos critérios de evolução da sua implantação, que se dá em quatro níveis, conferindo-lhe maior presteza e eficácia. Esses níveis, cada um deles tendo como pré-requisito os anteriores, são assim estruturados:

Nível 1

Considera-se neste nível todo município que foi capacitado para gerenciamento do Programa e no qual esteja implantada uma estrutura política, física e administrativa mínima, que permita a coordenação e o desenvolvimento das ações pontuais em nível local (pelo menos a realização de uma campanha anual).

Nível 2

Neste nível, todo município já deve ter implantado uma estrutura política e administrativa que desenvolva ações pontuais (nível 1), assim como as ações sistematizadas e contínuas nas unidades de saúde, nos ambientes de trabalho e nas escolas.

Nível 3

Corresponde ao nível em que os municípios já tenham implantado uma estrutura política e administrativa que desenvolva ações pontuais do nível 1, ações nas unidades de saúde, escolares e nos ambientes de trabalho, correspondentes do nível 2, e que tenham organizado um Sistema de Avaliação mínimo para o Programa;

Nível 4

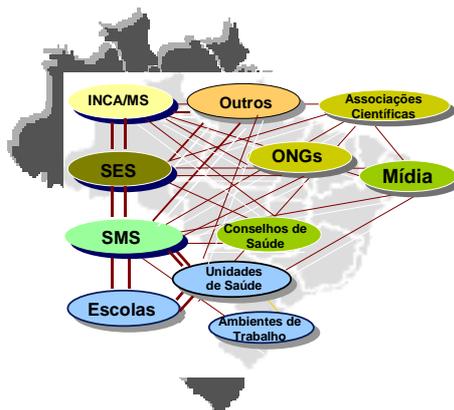
É aquele em que o município já tem um grau de implantação do Programa correspondente aos níveis 1, 2 e 3 e que, além disso, passa a desenvolver ações sistemáticas nas áreas legislativa e econômica, compreendendo o estímulo, subsídio e lobby para a aprovação da legislação específica além de ter implantado ou referenciado, na rede de saúde pública local, ambulatórios ou Centros para tratamento formal do tabagismo.

2.e Construindo parcerias com a Sociedade Civil Organizada

Além do nível governamental, o Programa tem procurado estabelecer parcerias com Organizações Não Governamentais, Sociedades Científicas e Conselhos Profissionais. Esta parceria tem sido fundamental para a potencialização do alcance das ações educativas e para que seja também fortalecido um controle social que possa apoiar o Programa nas dificuldades referentes às ações de contraposição à indústria do tabaco.

Exemplos de parcerias nesse sentido envolvem o apoio do INCA aos Congressos Brasileiros sobre Tabagismo, que vêm sendo desenvolvidos desde 1994, em parceria com sociedades e organizações não-governamentais, como o Comitê de Controle do Tabagismo no Brasil e Sociedade de Pneumologia, entre outros.

Outro exemplo de parceria, nesse sentido, foi a organização de uma reunião de Consenso sobre Abordagem e tratamento do Fumante, da qual participaram diversas Sociedades Científicas e Associações e Conselhos Profissionais da Área de Saúde.



Mais recentemente, o INCA deu início a um processo de participação da Sociedade Civil Organizada no Controle do Tabagismo para apoiar a adoção da Convenção-Quadro para o Controle do Uso do Tabaco pelo Brasil. Para esse propósito, em setembro de 2002, ocorreu o 1º Fórum de Mobilização Social – Por um mundo livre do Tabaco, que contou com a participação de representantes de 50 diferentes ONG's. Este processo está sendo conduzido em parceria com a ONG REDEH, que está multiplicando o Fórum para várias regiões do Brasil.

2.f Ação Multissetorial para o controle do tabagismo

Como já mencionado, o reconhecimento da necessidade de estratégias transnacionais para conter o consumo global do tabaco levou a Assembléia Mundial da Saúde a investir esforços para que 191 países membros da OMS negociem a implementação de ações conjuntas, através de um tratado internacional - a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco. Desde 1999, esta se encontra em processo de negociação. Para atender a demanda gerada pelas negociações da Convenção-Quadro, o Governo brasileiro criou, por meio do Decreto nº 3.136, de 13 de agosto de 1999, a Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco. A iniciativa marca uma nova fase do Programa de Controle do Tabagismo no Brasil, que deixou de ser um Programa do Ministério da Saúde para ser um Programa de Estado.

Cabe à Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco analisar os dados e informações nacionais referentes ao tema, para subsidiar o Presidente da República nas decisões e posicionamentos do Brasil enquanto Estado-Membro da OMS, durante as sessões de negociação da Convenção-Quadro. A Comissão Nacional é integrada por representantes dos Ministérios da Saúde, das Relações Exteriores, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, da Fazenda, da Justiça, do Trabalho e Emprego, da Educação e do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior e do Desenvolvimento Agrário, haja visto os diferentes aspectos envolvidos no controle do tabagismo. Cabe ao Ministro da Saúde a Presidência dessa Comissão e ao INCA, o papel de sua Secretaria Executiva.

Considerando que o problema do tabaco extrapola a dimensão da saúde, a criação de uma Comissão Nacional abre novas possibilidades para o controle do tabagismo no Brasil. O trabalho do grupo torna possível a discussão de questões relacionadas ao tabaco com outros setores governamentais, tais como Fazenda, Agricultura, Desenvolvimento Agrário, Trabalho e Emprego e Justiça, entre outros. Desde a sua criação, muitos avanços podem ser observados na área de regulação de derivados do tabaco, restrição da publicidade e propaganda, controle do mercado ilegal, taxação e subsídios, entre outros.

2.g Ações de Âmbito Legislativo e Econômico

As ações para controle do tabagismo extrapolam o âmbito da saúde, logo, sua discussão tem de ser levada para outras dimensões.

No âmbito das ações legislativas, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo tem evoluído no sentido de compilar e criar um banco de dados sobre as leis relacionadas ao controle do tabagismo existentes em todo o País; estimular e assessorar legisladores para a criação de leis voltadas para o controle do tabagismo; divulgar essas leis na comunidade; assim como identificar e articular mecanismos que possibilitem a fiscalização e o cumprimento das mesmas.

No âmbito econômico, acredita-se que a incorporação de medidas econômicas às ações educativas, amparadas por ações legislativas, já realizadas no Brasil há 11 anos, poderá contribuir de forma pró-ativa com o Programa.

Utilizando-se do referencial que a Economia oferece, para que os esforços nessa área obtenham sucesso, deve-se ter uma legislação forte, principalmente, nas políticas tributária e de preços e agrícolas. Daí, a necessidade deste Programa estar articulado com outros setores do governo, constituindo-se em um Programa amplo, ou seja, um Programa de Estado.

3. RESULTADO DO PROGRAMA

3.a Resultados do Processo

Ações educativas

O balanço das ações de descentralização do Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR) tem sido realizado durante os Encontros Anuais de Coordenações Estaduais do Programa Avaliação do PNCTOFR, promovidos pelo Ministério da Saúde/INCA e através de informações que são enviadas ao INCA ao longo do ano.

Com o objetivo de verificar o andamento do Programa nos estados foram solicitados aos coordenadores estaduais dados relativos ao número de municípios já capacitados nos diversos níveis, número de profissionais capacitados e número de Unidades de Saúde, Ambientes de Trabalho e Escolas onde o Programa foi implantado, entre outros.

Entretanto, como não houve tempo hábil para o recebimento e consolidação de tais informações referentes ao ano de 2002, os dados abaixo referem-se às metas alcançadas no processo de descentralização do programa **até 2001** e foram obtidos através de **informações enviadas pelos estados**.

Meta Proposta	Meta Alcançada
Acumular um total de 4.000 municípios brasileiros capacitados para a implantação do Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer	3.525 municípios capacitados para o programa

Ações Educativas pontuais – Nível 1 – Campanhas

Meta Proposta	Meta Alcançada
Implantar o nível 1 do Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer em 40% dos municípios capacitados para o Programa	63% dos municípios capacitados (2208) desenvolveram atividades do nível 1 do Programa (comemoração de pelo menos uma campanha sobre tabagismo), entre os 3.073 municípios capacitados para o programa pertencentes aos estados que nos enviaram informações sobre campanhas.

Ações Educativas Contínuas nas Unidades de Saúde – Programa Saúde e Coerência

Meta Proposta	Meta Alcançada
Acumular um total de 150 unidades de saúde com o programa implantado ou em processo de implantação	2.071 unidades de saúde com o programa implantado ou em processo de implantação do Programa

Ações Educativas Contínuas nas Escolas - Programa Saber Saúde

Meta Proposta	Meta Alcançada
Acumular um total de 3.000 escolas com o programa implantado ou em processo de implantação	5.437 escolas com o programa implantado ou em processo de implantação do Programa

Ações Educativas Contínuas nos Ambientes de Trabalho – Programa Prevenção Sempre

Meta Proposta	Meta Alcançada
Acumular um total de 150 ambientes de trabalho com o programa implantado ou em processo de implantação	814 ambientes de trabalho em processo de implantação do Programa

Ações Educativas Contínuas - Programa Cessação de Fumar – Módulo Ajudando seu paciente a deixar de fumar (Abordagem Intensiva do Fumante)

Meta Proposta	Meta Alcançada
Implantar um total de 5 Ambulatórios para tratamento do fumante em Unidades de Saúde na rede de saúde pública	Total de 50 Unidades de Saúde capacitadas em 2001 33 já estão em atendimento

Ações legislativas

As ações legislativas para o controle do tabaco ganharam importantes impulsos nos últimos 3 anos.

1999

Um dos importantes avanços foi a inserção da regulamentação, controle e fiscalização dos cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto fumígeno derivado do tabaco, entre as atribuições da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), criada através da **Lei Federal nº 9.782**, de 26 de janeiro de 1999. Por meio dessa regulamentação foi possível ao Governo desencadear outros avanços no âmbito das medidas regulatórias para o controle e a fiscalização dos produtos de tabaco.

- A seguir, a **Medida Provisória nº 1.814** alterou o § 2º do artigo 3º da Lei Federal nº 9.294/96 e, complementada pela **Portaria do Ministério da Saúde nº 695**, de 02 de junho de 1999, determinou a substituição das mensagens de advertência dos maços de cigarros e da propaganda, por frases mais efetivas e diretas quanto aos prejuízos causados pelo cigarro. Nessa ocasião, foram introduzidas duas mensagens até então não veiculadas devido a resistência das indústrias do tabaco: “A nicotina é droga e causa dependência” e “Fumar causa impotência sexual”.
- Em agosto de 1999, o **Decreto nº 3.136** criou a Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco, encarregada de subsidiar o Governo brasileiro para as negociações internacionais, com vistas à elaboração da Convenção-Quadro para o Controle do

Tabaco. A Comissão Nacional é composta pelos Ministérios da Saúde, das Relações Exteriores, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, da Fazenda, da Justiça, do Trabalho e Emprego, da Educação, do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior e do Desenvolvimento Agrário.

2000

No ano de 2000 um dos mais significativos avanços para o controle do tabaco resultou da publicação da **Lei Federal n.º 10.167**, em 28 de dezembro de 2000, que :

- Restringe a publicidade de produtos derivados do tabaco à afixação de pôsteres, painéis e cartazes na parte interna dos locais de venda, proibindo, conseqüentemente, em revistas, jornais, televisão, rádio e *outdoors*.
- Proíbe a propaganda por meio eletrônico, inclusive Internet, a propaganda indireta contratada, também denominada *merchandising* e a publicidade em estádios, pistas, palcos ou locais similares.
- Proíbe o patrocínio de eventos esportivos internacionais e culturais pelas indústrias do tabaco a partir de 2003.
- Proíbe o uso de produtos fumígenos derivados do tabaco em aeronaves e demais veículos de transporte coletivo.
- Majora o valor das multas a serem aplicadas em caso de descumprimento da Lei.
- Determina os órgãos competentes para exercer a fiscalização do cumprimento da Lei.

2001

- Em fevereiro de 2001, a **Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego n.º 06** proibiu o trabalho do menor de 18 anos na colheita, beneficiamento ou industrialização do fumo.
- A seguir, foi publicada a **Resolução da ANVISA n.º 46**, 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. Essa Resolução também passou a proibir a utilização de descritores, tais como *light*, *ultra light*, ou outros que possam induzir o consumidor a uma falsa idéia de segurança quanto ao consumo dos produtos do tabaco. Vale ressaltar que o Brasil foi o primeiro país do mundo a adotar a proibição desses descritores.
- A **Resolução do Banco Central do Brasil n.º 2833**, de 25 de abril de 2001, veda a concessão de crédito público relacionado com a produção de fumo, no âmbito do PRONAF*, em regime de parceria ou integração com a indústria do tabaco.
- Através da **Medida Provisória n.º 2.134-30**, de 24 de maio de 2001, foi determinado que o material de propaganda e as embalagens de produtos fumígenos derivados do tabaco, exceto as destinadas à exportação, contenham advertências acompanhadas de imagens que ilustrem o seu sentido. A **Resolução da ANVISA n.º 104** complementou a Medida Provisória n.º 2.134-30, ao definir as frases de advertência, suas características gráficas, assim como das imagens que as acompanha. Também dispõe sobre a inserção do número de telefone do serviço Disque Pare de Fumar nas embalagens e no material de propaganda dos produtos fumígenos derivados do tabaco, e proíbe a utilização de qualquer tipo de invólucro ou dispositivo que impeça ou dificulte a visualização das advertências.
- Finalmente, a **Resolução da ANVISA n.º 105** regulamenta o registro anual dos produtos fumígenos e exige das companhias de tabaco a apresentação periódica de relatórios sobre os produtos que comercializam, juntamente com informações sobre vendas

*PRONAF - Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar, instituído pela Resolução do Banco Central do Brasil n.º 2191 (24 de agosto de 1995) destinado ao apoio financeiro às atividades agropecuárias, mediante o emprego direto da força de trabalho familiar.

e características físico-químicas dos mesmos. Essa Resolução também obriga as empresas a pagarem R\$100.000,00 por ano, por cada marca comercializada. Esse recurso visa financiar a criação de um banco de dados (SISTAB) para armazenamento das informações fornecidas pelas companhias, a construção de um laboratório no INCA que permita a realização de análises laboratoriais necessárias à fiscalização do cumprimento da legislação e o custeio de pesquisas laboratoriais e clínicas sobre os efeitos biológicos da dependência de nicotina.

2002

- Primeiramente, a **Portaria Interministerial nº 1.498**, de 22 de agosto, recomenda às instituições de saúde e de ensino a implantarem programas ambientes livres da exposição tabagística ambiental e confere certificados de honra ao mérito àquelas que se destacarem em campanhas para o controle do tabagismo.
- No dia 29 de agosto, durante as comemorações do Dia Nacional de Combate ao Fumo, foi assinada a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.575, que consolida o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, criando, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante, que devem ser cadastrados, e aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina. Com isso, a abordagem cognitivo-comportamental e o tratamento medicamentoso do fumante com Terapia de Reposição de Nicotina e Bupropiona passam a ser fornecidos gratuitamente à população brasileira.
- Em agosto de 2002, a **Medida Provisória nº 66** majorou o valor das penalidades relativas aos selos de controle que estiverem em desconformidade com as normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal.
- Também em agosto de 2002, foi publicada a **Instrução Normativa n.º 194**, da SRF, que criou o Programa Gerador da Declaração Especial de Informações Fiscais relativas à tributação dos cigarros. Este cadastro permitirá que a Receita Federal controle diretamente as empresas que fabricam cigarros, no que diz respeito à distribuição, à exportação, à importação e à arrecadação tributária. O objetivo principal desta medida é identificar eventuais práticas de sonegação tributária.
- A **Resolução da ANVISA nº 304**, de 07 de novembro de 2002, proíbe a produção, importação, comercialização, propaganda e distribuição de alimentos na forma de cigarros, charutos, cigarrilhas, ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco. Proíbe ainda o uso de embalagens de alimentos que simulem ou imitem as embalagens de cigarros, bem como o uso de nomes de marcas pertencentes a produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco. Esta medida tem um importante papel nas ações de prevenção à iniciação ao tabagismo, já que a inserção destes produtos destinados ao público infantil, sejam eles de qualquer comportamento prejudicial, como algo natural e desprezioso, aumentando as chances destas virem a ser fumantes no futuro.
- Por fim, o **Decreto nº 4.488**, de 26 de novembro de 2002, alterou a alíquota do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) incidente sobre os cigarros. A expectativa em relação a este aumento é a de que este reajuste alcance cerca de 15% no preço final de todas as classes fiscais e, atingir, principalmente, a Classe Fiscal I, responsável por cerca de 60% dos cigarros consumidos no país.

Legislação Federal vigente segundo temas que regulam

PROTEÇÃO CONTRA OS RISCOS DA EXPOSIÇÃO À POLUIÇÃO TABAGÍSTICA AMBIENTAL	
Portaria Interministerial n.º 3.257 (22 de setembro de 1988)	Recomenda medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho e cria fumódromos, ou seja, áreas destinadas exclusivamente ao tabagismo, devidamente isoladas e com arejamento conveniente.
Portaria Interministerial n.º 1.498 (22 de agosto de 2002)	Recomenda às instituições de saúde e de ensino a implantarem programas de ambientes livres da exposição tabagística ambiental.
Lei n.º 9.294 (15 de julho de 1996)	Proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, ou de qualquer outro produto fumígeno derivado do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público, tais como, repartições públicas, hospitais, salas de aula, bibliotecas, ambientes de trabalho, teatros e cinemas, exceto em fumódromos.
Decreto n.º 2.018 (1º de outubro de 1996)	Regulamenta a Lei n.º 9.294/96, definindo os conceitos de recinto coletivo e área devidamente isolada e destinada exclusivamente ao tabagismo.
Portaria do Ministério da Saúde n.º 2.818 (28 de maio de 1998)	Proíbe fumar nas dependências do Ministério da Saúde, tanto as sediadas no Distrito Federal, como nos Estados e Municípios.
Lei n.º 10.167 (27 de dezembro de 2000)	Proíbe o uso de produtos fumígenos derivados do tabaco em aeronaves e demais veículos de transporte coletivo.
PREVENÇÃO A ACIDENTES DE TRÂNSITO	
Lei n.º 9.503 (23 de setembro de 1997)	Proíbe dirigir sob a influência de qualquer substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, ou dirigir o veículo com apenas uma das mãos, exceto quando deva fazer sinais regulamentares de braço, mudar a marcha do veículo, ou acionar equipamentos e acessórios do veículo.
RESTRIÇÃO AO ACESSO DOS PRODUTOS DERIVADOS DO TABACO	
Lei n.º 10.167 (27 de dezembro de 2000)	Proíbe a venda por via postal, a distribuição de amostra ou brinde e a comercialização em estabelecimentos de ensino e de saúde.
PROTEÇÃO AOS JOVENS	
Lei n.º 8.069 (13 de julho de 1990) – Estatuto da Criança e do Adolescente.	Proíbe vender, fornecer ou entregar à criança ou ao adolescente produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica.

Lei n.º 10.167 (27 de dezembro de 2000)	Proíbe a participação de crianças e adolescentes na publicidade de produtos derivados do tabaco.
Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego n.º 06 (05 de fevereiro de 2001)	Proíbe o trabalho do menor de 18 anos na colheita, beneficiamento ou industrialização do fumo.
Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 304 (07 de novembro de 2002)	Proíbe a produção, importação, comercialização, propaganda e distribuição de alimentos na forma de cigarro, charuto, cigarrilha, ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco. Proíbe o uso de embalagens de alimentos que simulem ou imitem as embalagens de cigarros, bem como o uso de nomes de marcas pertencentes a produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco.
TRATAMENTO E APOIO AO FUMANTE	
Portaria do Ministério da Saúde n.º 1.575 (29 de agosto de 2002)	Consolida o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, criando, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante, que devem ser cadastrados, e aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina. Com isso, a abordagem cognitivo-comportamental e o tratamento medicamentoso do fumante, com Terapia de Reposição de Nicotina e Bupropiona, passam a ser fornecidos gratuitamente a população brasileira.
PUBLICIDADE E PATROCÍNIO DOS PRODUTOS DERIVADOS DO TABACO	
Constituição da República Federativa do Brasil (05 de outubro de 1988)	Determina que a publicidade de tabaco estará sujeita a restrições legais e conterá advertência sobre os malefícios decorrentes do seu uso.
Lei n.º 8.078 (11 de setembro de 1990) – Código de Proteção e Defesa do Consumidor.	Proíbe a publicidade enganosa e abusiva.
Portaria Interministerial n.º 477 (24 de março de 1995)	Recomenda às emissoras de televisão que evitem a transmissão de imagens em que apareçam personalidades conhecidas do público fumando. Recomenda aos órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde a recusa do patrocínio, colaboração, apoio ou promoção de campanhas de saúde pública pelas indústrias produtoras de tabaco e seus derivados.

Lei n.º 10.167 (27 de dezembro de 2000)	Restringe a publicidade de produtos derivados do tabaco à afixação de pôsteres, painéis e cartazes na parte interna dos locais de venda, proibindo, conseqüentemente, em revistas, jornais, televisão, rádio e outdoors. Proíbe a propaganda por meio eletrônico, inclusive Internet, a propaganda indireta contratada, também denominada merchandising e a propaganda em estádios, pistas, palcos ou locais similares. Proíbe o patrocínio de eventos esportivos internacionais e culturais pelas indústrias fumageiras a partir de 2003.
DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÃO AO PÚBLICO	
Lei n.º 7.488 (11 de junho de 1986)	Cria o Dia Nacional de Combate ao Fumo e determina a realização de comemorações no dia 29 de agosto em todo o território nacional.
Portaria Interministerial n.º 3.257 (22 de setembro de 1988)	Confere certificados de honra ao mérito às empresas que se destacarem em campanhas para o controle do tabagismo.
Portaria Interministerial n.º 1.498 (22 de agosto de 2002)	Confere certificados de honra ao mérito às instituições de saúde e de ensino que se destacarem em campanhas para o controle do tabagismo.
Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 46 (28 de março de 2001)	Determina a obrigatoriedade de impressão dos teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono nas embalagens de cigarros, acompanhados da seguinte informação adicional: "Não existem níveis seguros para consumo destas substâncias".
Medida Provisória n.º 2.134-30 (24 de maio de 2001)	Determina que o material de propaganda e as embalagens de produtos fumígenos derivados do tabaco, exceto as destinadas à exportação, contenham advertências acompanhadas de imagens que ilustrem o seu sentido.
Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 104 (31 de maio de 2001)	Dispõe sobre a inserção de advertências, acompanhadas de imagens, nas embalagens e no material de propaganda dos produtos fumígenos derivados do tabaco. Dispõe sobre a inserção do número de telefone do Disque Pare de Fumar nas embalagens e no material de propaganda dos produtos fumígenos derivados do tabaco. Proíbe a utilização de qualquer tipo de invólucro ou dispositivo que impeça ou dificulte a visualização das advertências.

CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS PRODUTOS DERIVADOS DO TABACO	
Decreto n.º 2.637 (25 de junho de 1998)	Determina que a comercialização de cigarros no País, inclusive a sua exposição à venda, seja feita exclusivamente em maços, carteiras ou outros recipientes que contenham vinte unidades.
Lei n.º 9.782 (26 de janeiro de 1999)	Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), responsável pela regulamentação, controle e fiscalização dos cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco.
Lei n.º 10.167 (27 de dezembro de 2000)	Define o valor da multa a ser aplicada em caso de descumprimento da Lei. Determina os órgãos competentes para exercer a fiscalização do cumprimento da Lei.
Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 46 (28 de março de 2001)	Estabelece os teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono presentes na corrente primária da fumaça dos cigarros comercializados no País, para no máximo 10 mg/cig, 1 mg/cig e 10 mg/cig, em vigor desde setembro de 2002. Proíbe a utilização, em embalagens ou material publicitário, de descritores, tais como, classes, ultra baixos teores, baixos teores, suave, light, soft, leve, teores moderados, altos teores, e outros que possam induzir o consumidor a uma interpretação equivocada quanto aos teores contidos nos cigarros.
Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 105 (31 de maio de 2001)	Dispõe sobre o cadastro das empresas fabricantes nacionais, importadoras ou exportadoras de produtos derivados do tabaco, e de todos os seus produtos, exigindo a apresentação de relatórios sobre o produto, composição, vendas e produção.
Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal n.º 194 (29 de agosto de 2002)	Aprova o Programa Gerador da Declaração Especial de Informações Fiscais relativas à tributação dos cigarros. Este Programa permitirá à Receita Federal um maior controle das empresas instaladas e aquelas em fase de instalação no país, no que se refere ao registro, à distribuição, exportação e importação de cigarros, bem como à arrecadação tributária. Tal acompanhamento poderá auxiliar a Receita Federal no controle da cadeia de distribuição dessas empresas, a fim de identificar eventuais práticas de sonegação tributária.

CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO	
Decreto n.º 3.136 (13 de agosto de 1999)	<p>Cria a Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco, encarregada da preparação do Brasil nas negociações internacionais, com vistas à elaboração da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.</p> <p>A Comissão Nacional é composta pelos Ministérios da Saúde, das Relações Exteriores, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, da Fazenda, da Justiça, do Trabalho e Emprego, da Educação, do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior e do Desenvolvimento Agrário.</p>
FINANCIAMENTO À CULTURA DO TABACO	
Resolução do Banco Central do Brasil n.º 2833 (25 de abril de 2001)	Determina que fica vedada a concessão de crédito público relacionado com a produção de fumo, no âmbito do PRONAF, em regime de parceria ou integração com a indústria do tabaco.
TAXAÇÃO SOBRE OS PRODUTOS DE TABACO	
Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal n.º 60 (30 de maio de 1999)	Estabelece normas para os cigarros, ficando os mesmos sujeitos ao Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), fixado em reais (R\$) por vintena, de acordo com as suas classes fiscais. Tal Instrução Normativa distribui as marcas em quatro classes identificadas pelos números de I a IV, sendo as classes I e II para marcas vendidas exclusivamente em maços e as classes III e IV para marcas com apresentações tanto em maços, quanto em embalagens rígidas (box).
Decreto n.º 4.488 (26 de novembro de 2002)	Altera a alíquota do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) incidente sobre os cigarros. Através desse aumento, os preços dos cigarros devem aumentar de 8% a 17%, no final de 2002, dependendo da incidência do IPI nas classes fiscais.
MEDIDAS PARA CONTER O MERCADO ILEGAL DE CIGARROS	
Decreto n.º 2.876 (14 de dezembro de 1998)	Determina que os cigarros, quando exportados para a América do Sul e América Central, inclusive Caribe, ficam sujeitos à incidência do imposto de exportação à alíquota de 150%. Posteriormente, houve ampliação de tal alíquota também para matérias-primas utilizadas na fabricação de cigarros.
Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal n.º 95 (28 de novembro de 2001)	Estabelece diversas normas para os selos de controle a que estão sujeitos os cigarros. Determina que a exportação de cigarros deverá ser feita pelo estabelecimento industrial diretamente para o importador no exterior e que os selos de legitimidade duvidosa passarão por um exame mais rigoroso. Desta for-

	ma, o Governo fortalece a fiscalização no que se refere à produção de cigarros para exportação e ao trabalho de perícia sobre os selos de controle considerados suspeitos.
Medida Provisória n.º 66 (29 de agosto de 2002)	Majora o valor das penalidades com relação aos selos de controle que estiverem em desconformidade com as normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal.

3.b Resultados de Desfecho

Os desfechos esperados com o Programa Nacional de Controle do Tabagismo envolvem o aumento do conhecimento da população sobre os fatores de risco de câncer, no caso do tabagismo sobre o tabagismo ativo e passivo, redução na aceitação social do tabagismo e redução do consumo e da prevalência de fumantes.

Para a obtenção das informações relacionadas ao conhecimento, opiniões e atitudes e, sobre a prevalência de fumantes é preciso que se invista em pesquisas tipo inquérito em âmbito nacional de forma periódica para que possamos identificar a eficácia das medidas do Programa. A periodicidade da realização desse tipo de pesquisa também é importante para se monitorar as tendências de consumo tanto geral como por grupos específicos, e assim ajustar os tipos de ações necessárias.

I - Prevalência de Fumantes

Inquérito Nacional sobre tabagismo no Brasil, Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, 1989

No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), realizada em 1989, havia naquele ano, 28 milhões de fumantes na população acima de 15 anos o que correspondia na época a 32,6% da população acima de 15 anos.

O Ministério da Saúde através do INCA e da Coordenação Nacional de Vigilância Epidemiológica (CENEPI) está iniciando este ano uma nova pesquisa sobre saúde e estilo de vida em âmbito nacional, através da qual será obtido um perfil atualizado da prevalência de tabagismo no Brasil.

Inquérito sobre tabagismo no município do Rio de Janeiro 2001

Em 2001, uma pesquisa envolvendo mais de 2.300 pessoas foi conduzida pelo INCA em parceria com o Instituto Johns Hopkins dos EUA, no município do Rio de Janeiro (INCA/Conprev/ Divisão de Epidemiologia e Vigilância, 2002). Comparando os dados dessa pesquisa com os dados da PNSN de 1989, observa-se que no município do Rio, a prevalência de tabagismo caiu de 30% no ano de 1989 para 21% em 2001. Considerando as faixas etárias onde se concentram as maiores prevalências de tabagismo, a redução foi maior. Para o grupo de 20 a 24 anos a prevalência caiu de 29% em 1989, para 12% em 2001. Para as faixas de 25 a 34 anos a queda foi de 41% para 18%. Houve redução inclusive nas faixas mais jovens que têm representado um desafio mesmo para os avançados programas de controle do tabagismo de países desenvolvidos como os EUA e Canadá. Para a faixa etária de 15 a 19 anos a prevalência caiu de 14% em 1989 para 10% em 2001. Por outro lado, essa pesquisa mostrou que a redução da prevalência entre as mulheres foi menor do que entre os homens, o que indica a necessidade de maiores esforços dirigidos ao grupo feminino.

Comparação prevalência de tabagismo PNSN 1989 e Pesquisa do Perfil dos Fumantes 2001 - total e por gênero - Município do Rio de Janeiro

	Proporção de fumantes PNSN 1989	Proporção de fumantes pesquisa 2001	Diferença percentual
Total	30	21	9
Homens	38	23	15
Mulheres	24	20	4

Comparação prevalência de tabagismo PNSN 1989 e Pesquisa do Perfil dos Fumantes 2001 - por faixa etária- Município do Rio de Janeiro

Faixa Etária	Proporção de fumantes PNSN 1989	Proporção de fumantes pesquisa 2001	Diferença percentual
15-19	14	10	4
20-24	29	12	17
25-34	41	18	23
35-49	39	33	6
50-69	20	24	-4
70+	13	7	6

Essa pesquisa também mostrou que a população está bem informada sobre os riscos do tabagismo. Por exemplo, a pesquisa identificou um elevado grau de conhecimento sobre os riscos para a mulher que fuma durante a gravidez, assim como um elevado grau de conhecimento de que fumar cigarros "lights" não reduz o risco de adoecimento, dentre outros aspectos. Também mostrou que 87% dos fumantes, 73% dos ex-fumantes e 88% dos nunca fumantes acreditam que a nicotina é droga e causa dependência.

Pesquisa do Centro Brasileiro de informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID)

Inquéritos periodicamente realizados em 10 capitais brasileiras, pelo CEBRID, revela que a experimentação de cigarros vem aumentando entre escolares de 10 a 18 anos de idade.

Prevalência de uso de tabaco na vida entre escolares (10 a 18 anos) – 10 capitais brasileiras – 1987,1989, 1993 e 1997

Ano	Belém	B.H.	DF	Curitiba	Fortaleza	Porto Alegre	Recife	RJ	Salvador	SP
1987	22	23,2	22,4	18,4	21,6	20,8	20,5	22,7	17,9	25,4
1989	30,3	34	27,7	24,1	24,7	29,7	21,6	27,1	22,8	31,8
1993	29,9	37	26,7	29,9	25,7	31,7	25,6	25,5	19,3	29,1
1997	27,1	34,3	33,7	41	32,8	44,1	26,7	26,9	30,5	30,7

Os mesmos estudos evidenciam, ainda, uma tendência de aumento na experimentação entre escolares do sexo feminino. Em 1997, a experimentação entre garotas foi significativamente maior do que entre os garotos, em três das 10 capitais estudadas - Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo.

Prevalência do uso de tabaco na vida entre estudantes da rede pública de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras por sexo (1997)

cidade	masculino %	feminino %	não informam %	razão m/f
Belém*	31,8	23,9	18,9	1,3
Belo Horizonte*	38,0	32,4	24,7	1,2
Brasília*	36,0	31,9	30,5	1,11
Curitiba	40,1	41,4	43,3	0,9
Fortaleza*	37,7	29,7	28,4	1,3
Porto Alegre*	38,7	49,8	32,5	0,8
Recife	29,4	25,6	10,8	1,2
Rio de Janeiro*	23,4	29,9	21,7	0,8
Salvador	33,5	30,2	13,6	1,1
São Paulo*	29,2	32,2	23,5	0,9

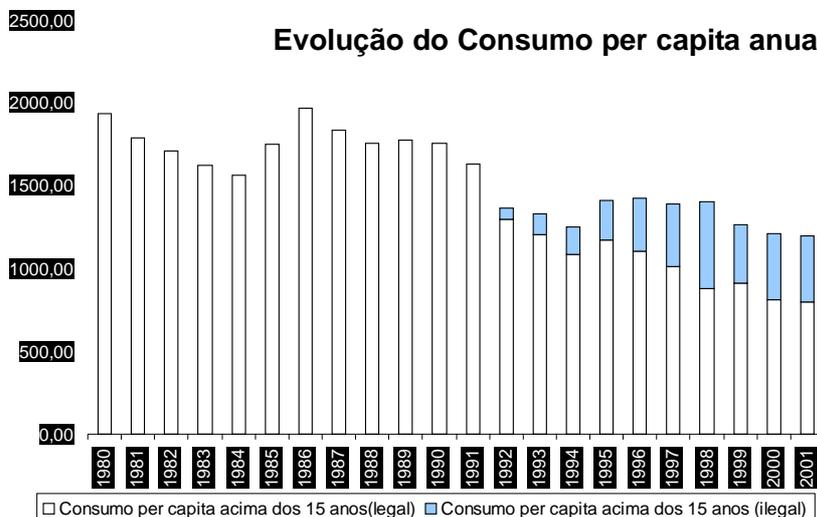
* diferença entre sexos é estatisticamente significativa

Esses estudos confirmam a necessidade de se investir em ações para atingir o jovem, especialmente do sexo feminino.

II - Redução do Consumo per Capita de Cigarros no Brasil

Outro indicador é o consumo per capita anual de cigarros que também tem demonstrado que o consumo vem se reduzindo no Brasil. Entre 1980 e 2001, o consumo per capita total de cigarros apresentou uma redução de aproximadamente 38%, passando de 1937 unidades, em 1980, para 1194 unidades, em 2001, mesmo incluindo as estimativas de consumo de cigarros provenientes do mercado ilegal (planilha em anexo no final dessa publicação).

Evolução do Consumo per capita anual de cigarros no Brasil 1980 a 2001



III - O impacto de novas advertências com imagens:

Desde fevereiro de 2002, nas embalagens e maços de produtos derivados de tabaco manufaturados devem vir advertências referentes aos danos causados pelo seu uso (as figuras estão no anexo no final dessa publicação) acompanhadas com o número do serviço de ligações gratuitas Disque Pare de Fumar. Esse serviço que foi lançado em maio de 2001, portanto antes da lei que obriga os fabricantes de produtos de tabaco a inserirem as imagens de advertência

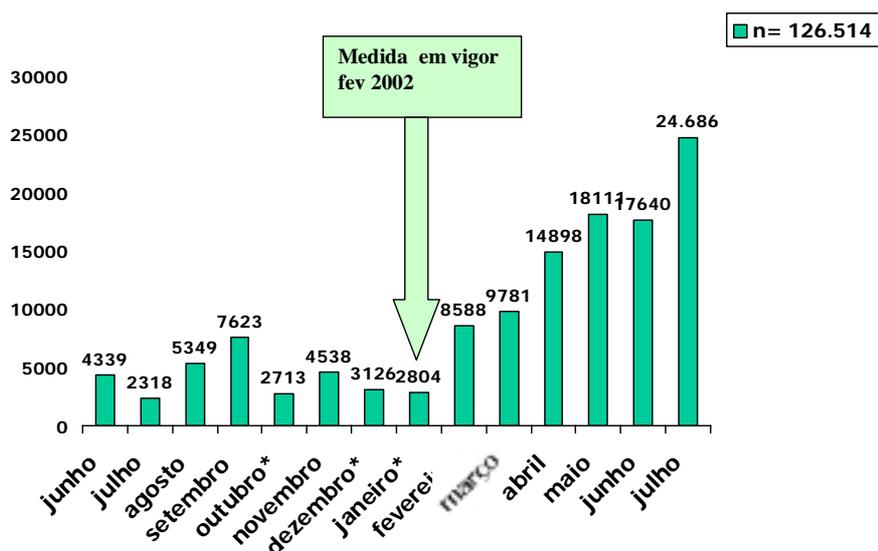
nas embalagens. Uma pesquisa realizada pelo DATAFOLHA, em abril de 2002 com mais de 200 pessoas, em 126 cidades brasileiras, mostrou que 73% dos entrevistados apóiam esta medida, e 67% dos fumantes disseram que eles ficam mais dispostos a parar de fumar quando vêem tais advertências.

Outra pesquisa realizada pelo Disque Pare de Fumar entre março de 2002 e setembro de 2002 envolvendo 54477 entrevistas mostrou que a população apoiou a medida. Mais de 30% disseram que as imagens são realistas e bastante informativas e 63,02% disseram que representam um ótimo serviço que o Ministério está prestando à população. Apenas 6,69% disseram que as imagens são terroristas e que o Ministério está querendo assustar as pessoas. Além disso mais de 78% disseram que as imagens deveriam ser mais chocantes. Vale ressaltar que 80% dos entrevistados eram fumantes, ou seja o principal alvo dessa estratégia.

Outro dado bastante positivo foi que 92,62 % das pessoas que ligaram disseram que souberam do número através dos maços de cigarros, o que sugere que as imagens nos maços de alguma forma motivam os fumantes a procurarem ajuda para deixar de fumar.

O gráfico abaixo mostra o quanto o número de ligações para o Disque Pare de Fumar aumentou após fevereiro de 2002, quando começaram a circular no mercado os primeiros maços com as imagens de advertência acompanhadas do número do Disque Pare de Fumar.

Número de Ligações antes e depois da inserção do número do Disque Pare de Fumar como parte da medida de advertência com imagens:



4. PRÓXIMOS PASSOS

4.a A necessidade de regulamentação municipal da Lei Federal n.º 9.294/96, que restringe o consumo de tabaco em ambientes fechados

Uma das medidas legislativas fundamentais para o controle do tabagismo envolve a Lei Federal n.º 9.294/96 que proíbe fumar em ambientes fechados e a Lei 10.167/00 que atribui a fiscalização e a aplicação das penalidades às autoridades sanitárias municipais. No entanto, o que se observa no cenário nacional é que o cumprimento da Lei não se tornou efetivo em decorrência da falta de regulamentação em nível municipal.

Embora a sociedade brasileira venha cobrando das autoridades uma definição de papéis sobre a quem recorrer em casos de infrações, ainda não existe no País uma ampla participação dos municípios nessa ação. Para esse fim, é preciso mobilizar as autoridades municipais para

promoverem a regulamentação da Lei e a definição dos órgãos municipais responsáveis pela fiscalização e pela aplicação das penalidades aos infratores.

Nos EUA, se estima que o tabagismo passivo responda por 3000 mortes anuais devido a câncer de pulmão e por 35.000 a 60.000 mortes devido a doenças cardiovasculares entre não fumantes. Na União Européia atribui-se 20.000 mortes ao ano devido ao tabagismo passivo (García et al 2003).

Uma recente pesquisa realizada na Inglaterra mostra que morrem três vezes mais trabalhadores devido ao tabagismo passivo do que devido a acidentes de trabalho (Repace, 2003 – online : <http://news.scotsman.com/latest.cfm?id=5964966>)

De acordo com essa pesquisa a cada ano morrem só na Inglaterra cerca de 900 trabalhadores de escritórios, 165 trabalhadores de bares e 145 trabalhadores da indústria como resultado direto do tabagismo passivo, o que é um dado extremamente grave considerando que trata-se de uma exposição involuntária.

Portanto é essencial que os ambientes de trabalho especialmente bares, restaurantes, e outros espaços de lazer e hotelaria cumpram a lei e principalmente que preservem a saúde de seus funcionários e clientes.

4.b Regulamentação da venda de cigarros

A deficiência dos mecanismos de fiscalização tem dificultado o cumprimento de regulamentações referentes à venda de produtos derivados do tabaco no Brasil.

Por exemplo, a restrição à venda de cigarros no varejo foi determinada pelo Decreto n.º 2.637, de 25 de junho de 1998, que regulamentou a venda de cigarros em embalagens de 20 unidades. No entanto, o que se observa na prática é a venda de cigarros por unidades, tanto no mercado ilegal, como nos estabelecimentos de venda regulares.

Outra dificuldade refere-se à proibição da venda de cigarros a menores de idade, prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei 8.069/90 artigo 81, que muitas vezes não é cumprida pelos estabelecimentos comerciais, que sequer pedem um documento para a comprovação da idade do comprador.

A facilidade de obtenção dos produtos derivados do tabaco pelos jovens tem-se mostrado um fator significativo para a experimentação de cigarros por esse grupo, e merece especial atenção dos governos na criação de mecanismos que garantam que essas leis sejam cumpridas.

A intenção de introduzir a venda de cigarros em máquinas no Brasil, que já é uma realidade em muitos países, pode acrescentar mais um elemento facilitador da iniciação ao consumo de tabaco.

O Ministério da Saúde está atento, e tem se mobilizado para apoiar Projetos de Lei em trâmite no Congresso Nacional, que visam a proibição da instalação de máquinas automáticas de venda de cigarros no território nacional.

4.c Aumento do preço dos cigarros brasileiros

Estudos do Banco Mundial mostram que uma das medidas mais efetivas para reduzir a prevalência e o consumo de produtos de tabaco é o aumento de preço. Esses estudos mostram que em média, um aumento real de preço de 10% reduziria a demanda por produtos de tabaco em cerca de 4% em países de renda elevada e em cerca de 8% em países de renda média ou baixa. (World Bank, 1999).

O Banco Mundial, ainda, mostra que o aumento de impostos para forçar o aumento de preços representa uma situação ganhar-ganhar, pois em todos os estudos analisados, essa medida resultou em um aumento líquido na arrecadação nacional e em uma redução no consumo de tabaco (World Bank, 1999).

Por outro lado, para que o aumento dos preços dos produtos de tabaco seja efetivo em reduzir o consumo ele dever ser maior do que o aumento da renda. (Guindon, 2002).

A situação do Brasil nessa questão é complexa. Apesar da tributação sobre os cigarros brasileiros ser relativamente alta (73,3% sobre o preço final), o baixo custo de sua produção faz com que mesmo assim, sejam um dos mais baratos do mundo. A marca mais cara (Capri) custa US\$ 1,30 e o preço da marca mais vendida (Derby) situa-se em torno de US\$ 0,48. (INCA/Conprev de 2002). O preço médio do cigarro brasileiro situa-se em torno de U\$0,52 (ABIFUMO, 2001)

Um recente estudo feito pela Organização Mundial da Saúde confirma que o cigarro brasileiro é um dos mais baratos do mundo (Guindon et al, 2002)

Esse estudo teve como objetivo comparar os dados de preço de cigarros de mais de 80 países. Foram usados os preços de cigarros de março de 2001, em dólar americano. Além disso, foi feita uma análise dos preços de cigarros usando como unidade de comparação o poder de compra através do index Big Mac e os minutos de trabalho requeridos para comprar o cigarro.

Para a análise dos preços de cigarros em dólar americano, o estudo utilizou o preço da marca Marlboro por ser a marca mais consumida no mundo e uma marca local equivalente. Nesse estudo, observou-se que dentre os países da América Latina por exemplo, o preço do cigarro brasileiro equivalente ao Marlboro é o terceiro mais barato, ficando atrás apenas da Colômbia e da Costa Rica.

Ao utilizar como unidade de comparação o poder de compra pelo *index Big Mac* e os minutos de trabalho requeridos para comprar o cigarro, o estudo mostra o Brasil como o 6º cigarro mais barato do mundo, só ficando atrás de China, Indonésia, Rússia, Espanha e Argentina (Guidon et al, 2002).

Por outro lado, o Brasil é um dos países que mais tem sofrido o impacto do mercado ilegal de cigarros. A Secretaria da Receita Federal estima que 35% do mercado brasileiro é abastecido por cigarros ilegais e considera que esse fato resulta da diferença de tributação do cigarro brasileiro em relação aos cigarros de países vizinhos. Essa constatação parece ser o fator que tem limitado a Receita Federal em aumentar a tributação sobre o cigarro. No Brasil, o maço de cigarros é tributado em 73,3% do seu valor, enquanto na Argentina essa tributação é de 67%, no Uruguai é de 67% e, no Paraguai, 13% (ABIFUMO, 2001). Dessa forma, no mercado ilegal pode-se encontrar cigarros ainda mais baratos do que no mercado formal. Enquanto no mercado legal o preço médio é de U\$ 0,52, no mercado ilegal o preço médio é de U\$0,30 (ABIFUMO, 2001).

Segundo dados da Receita Federal, antes de 1998, os cigarros brasileiros eram exportados sem a incidência de impostos, havendo evidências de que esta realidade favorecia as ações fraudulentas, posto que as exportações, em grande medida, eram fictícias. Por conta disso, a partir de 1998, por meio de um Decreto Presidencial, a Receita passou a taxar essas operações em 150% para os países do Mercosul e Caribe, para onde essa ação era mais evidente. A resposta dos contrabandistas para “escapar” dessa alíquota de 150% foi a de manufaturar os produtos nos países fronteiriços, utilizando o fumo em folha brasileiro exportado sem impostos. Por conseqüência, observou-se um aumento expressivo do número de plantas industriais nesses países, associado à entrada ilegal de cigarros no mercado nacional. Ou seja, o Brasil exporta fumo, que é transformado em cigarros e que retornam ao país sob a forma de contrabando e/ou falsificação.

Por facilitarem o acesso dos jovens aos produtos e por conseqüência a iniciação e a manutenção do consumo de cigarros, os baixos preços e o mercado ilegal de cigarros e de outros produtos derivados do tabaco devem ser vistos como problema de saúde pública e, por isso, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo deve procurar articular junto aos segmentos governamentais responsáveis pela política de taxaço e preços, assim como do controle do mercado ilegal, soluções para esse problema.

COORDENAÇÃO NACIONAL

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev)

Divisão de Programas de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer

Rua dos Inválidos, 212/ 2º e 3º. andar – Centro – Rio de Janeiro - RJ

Email: prevprim@inca.gov.br Tel.: (55) (21) 3970-7414

COORDENAÇÕES ESTADUAIS DE TABAGISMO

REGIÃO NORTE

ACRE

Atual Coordenador: Shirley Maria S. da Silva

Secretaria Estadual de Saúde

Rua: Antônio da Rocha Viana, no. 1294 (prédio do DABS)

Bairro: Vila Ivonete

Rio Branco – AC - CEP: 69908-210

Tel.: (55) (68) 224-2577

Telefax: (55) (68) 223-2393

E – Mail : tuberculose.dabs@ac.gov.br / shirleyssm@bol.com.br

AMAZONAS

Atual Coordenador: Aristóteles C. Alencar Filho

Fundação Centro de Controle de Oncologia

Rua: Francisco Orellana, no. 215

Planalto

Manaus – AM - CEP: 69040-010

Tel.: (55) (92) 633-3470

Telefax: (55) (92) 238-8475

E-Mail: aristoteles.al@uol.com.br

AMAPÁ

Atual Coordenador: Florinaldo Carreteiro Pantoja

Secretaria Estadual de Saúde

Rua: Av. Mendonça Furtado, no. Número: 1266

Centro

Macapá – AP - CEP: 68906-350

Tel.: (55) (96) 212-6194 ou 212-6218 R/ 206

Telefax : (55) (96) 212-6194

E- Mail: uap@saude.ap.gov.br / tabagismoap@uol.com.br / florinaldo@uol.com.br

Site: www.saude.ap.gov.br

PARÁ

Atual Coordenador: Lilia Cristina Jaime Godinho

Secretaria Estadual de Saúde

Rua Presidente Pernambuco, no. 489

Nazaré

Belém – PA - CEP: 66015-200

Tel.: (55) (91) 224-4011 / 223-9438 / 242-5185

Telefax: (55) (91) 223-9438

E-Mail: ddcd_dase@sespa.pa.gov.br / fatimasantana@aol.com

RONDÔNIA

Atual Coordenador: Maria de Nazaré Carneiro de Souza
Secretaria Estadual de Saúde
Rua: Padre Ângelo Cerri / Esplanada das Secretarias, s/n.º
Pedrinhas
Porto Velho – RO - CEP: 78903-940
Tel.: (55) (69) 216-5260
Telefax : (55) (69) 216-5260

RORAIMA

Atual Coordenador: Maria de Fátima Nunes Rocha
Secretaria Estadual de Saúde
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, no. s/n.º
Campos do Paricarana
Boa Vista – RR - CEP : 69304-650
Tel.: (55) (95) 623-2771 / 623-7821
Telefax : (55) (95) 623-9158 / 623-7821
E- Mail: mf.Nunes@zipmail.com.br (Fátima Rocha)*
sylvia.goncalves@bom.com.br (Sylvia Gonçalves – Pedagoga)*
Site: www.saude.rr.gov.br

TOCANTINS

Atual Coordenador: Morgana Martins dos Santos
Endereço da Secretaria Estadual de Saúde:
Praça dos Girassóis das Esplanadas das Secretarias, S/n.º
Centro
Palmas – TO - CEP : 77003-903
Tel.: (55) (63) 218-1716 / 218-1787ou 218-3271
Telefax : (55) (63) 218-1796/ 218-1791
E-Mail : cancer@saude.to.gov.br/ morganams@uol.com.br

REGIÃO NORDESTE

ALAGOAS

Atual Coordenador: Ediglei Vergetti de Siqueira Melo
Secretaria Estadual de Saúde
Av. da Paz, no. 978
Jaraguá
Maceió – AL - CEP: 57025-050
Tel.: (55) (82) 315-1674 / 315-1117 / 315-1674
Telefax: (55) (82) 315-1664
E- Mail: saga@sejal.com.br / emelo@osm.com.br / mlvm@uol.com.br
Site: www.saude.al.gov.br

BAHIA

Atual Coordenador **Teresinha Regina C. Paim**
Secretaria Estadual de Saúde
Rua: 4ª Avenida Plataforma 06, no. 400 – Lado B - 2º andar - Sala 209
Centro Administrativo da Bahia

Salvador – BA - CEP: 41750-300
Tel.: (55) (71) 370-4209
Telefax : (55) (71) 371-4302 / 371-8944
E – Mail: tabagis@saude.ba.gov.br

CEARÁ

Atual Coordenador: Sandra Solange Leite Campos
Secretaria Estadual de Saúde:
CEADI – Célula de Atenção ao Adulto e Idoso
Av. Almirante Barroso, no. Número: 600
Praia de Iracema
Fortaleza – CE - CEP: 60060-440
Tel.: (55) (85) 488-2090/488-2091/488-2141/488-2142
Telefax: (55) (85) 488-2091
E – Mail: liliane@saude.ce.gov.br / sandras@saude.ce.gov.br
Site: www.saude.ce.gov.br

MARANHÃO

Atual Coordenador: Maria Tereza Pereira Carvalho
Coordenação Tabagismo
Rua João Luis, s/no. - PAM Diamante
Bairro: Diamante
Cidade: São Luiz do Maranhão
Estado: Maranhão
CEP.: 65020-330
Tel.: (55) (98) 218-8743
E-Mail: tecarv@uol.com.br

PARAIBA

Atual Coordenador: Lourdes de Fátima Souza
Secretaria Estadual de Saúde
Rua: Av. Dom Pedro II, no. 1926
Bairro: Torre
João Pessoa – PB - CEP: 58.040-440
Tel.: (55) (83) 218-7324
Telefax: ((55) 83) 218-7439
E-Mail: tabagismo@saude.pb.gov.br

PERNAMBUCO

Atual Coordenador: Maria das Graças Galvão Maciel
Secretaria Estadual de Saúde
Praça Osvaldo Cruz, s/n.º
Bairro: Boa Vista
Recife – PE - CEP: 50.050-210
Tel.: (55) (81) 3412-6250 ou 3412-6251 / 6253
Telefax : (55) (81) 412-6251
E – Mail: dnve@saude.pe.gov.br / mgalvao@saude.pe.gov.br

PIAUI

Atual Coordenador: Vera Lucia Bacelar Aguiar Carvalho
Secretaria Estadual de Saúde
Av. Pedro Freitas, s/no.
Centro Administrativo

Teresina – PI - CEP: 64018-200
Tel.: (55) (86) 216-3593 / 216-3568
Telefax: (55) (86) 216-3593
E-Mail: tabagismo@saude.pi.gov.br / casai@saude.pi.gov.br **

RIO GRANDE DO NORTE

Atual Coordenador: Rosana Maria Curioso da Silva
Coordenadoria de Promoção à Saúde – Subcoordenadoria das Ações à Saúde
Grupo Auxiliar das Doenças Crônico-Degenerativas e Causas Externas
Av. Junqueira Aires, no. Número: 488
Centro
Natal – RN - CEP: 59025-280
Tel.: (55) (84) 232-2568 / 232-2468
Telefax: (55) (84) 232-2568
E – Mail: cronicodegenerativasrn@bol.com.br

SERGIPE

Atual Coordenador: Lívia Angélica da Silva
Secretaria Estadual de Saúde
Praça General Valadão, no. 32 / 1º andar
Centro
Aracaju – SE - CEP: 49010-520
Tel.: (55) (79) 234-9537
Telefax : (55) (79) 234-9543
E - Mail: sesiec@prodase.com.br / sespacs@prodase.com.br

CENTRO-OESTE

DISTRITO FEDERAL

Atual Coordenador: Celso Antônio Rodrigues da Silva
Secretaria Estadual de Saúde
Rua: SEPS 712 / 912 DISAT
Asa – Sul
Brasília - DF - CEP: 70390-125
Tel.: (55) (61) 346-6257
Telefax: (55) (61) 346-5770
E-mail: desat@shds.gov.br / controletabagismo@yahoo.com.br
Site: www.shdf.gov.br

GOIÁS

Atual Coordenado: Selma Alves Tavares de Oliveira
Secretaria Estadual de Saúde
Av. Anhanguera, no. 5195
Setor Coimbra
Goiânia – GO - CEP: 74043-011
Tel.: (55) (62) 291-7611 ou 291-5022 R/222
Telefax : (55) (62) 293-6481 / 291-5044
E-mail: sabs@saude.go.gov.br

MATO GROSSO

Atual Coordenador: Ana Maria Boabaid Carvalho Couto
Secretaria Estadual de Saúde

Av. Tenente Coronel Duarte, 1044
Prainha
Cuiabá – MT - CEP: 78015-500
Tel.: (55) (65) 624-5353 / 623-7087
Tel e Fax.: (55) (65) 613-2698 - Fax: (65) 624-9708
E- Mail : uepcc.ses@saude.mt.gov.br / pav.sés@saude.mt.gov.br
Site: www.saude.mt.gov.br

MATO GROSSO DO SUL

Atual Coordenador: Silvana Fontoura Dorneles
Secretaria Estadual de Saúde
Parque dos Poderes - Bloco 7, s/no.
Jardim Veraneio
Campo Grande – MS - CEP: 79031-902
Tel.: (55) (67) 326 –8955 / (67) 318-1600 / 318-1681
Telefax: (55) (67) 326-8955
E – Mail: tabagismo@saude.ms.gov.br / sfdorneles@bol.com.br
Site: www.saude.ms.gov.br

REGIÃO SUDESTE

ESPÍRITO SANTO

Atual Coordenador: Werbena Aguiar dos Santos
Secretaria Estadual de Saúde
Rua Marechal Mascarenhas Moraes, 2025
Bento Ferreira
Vitória – ES - CEP: 29051-121
Tel.: (55) (27) 3137-2480
Telefax : (55) (27) 3137-2480
E – Mail: tabagismo@saude.es.gov.br/werbena@terra.com.br
Site: www.saude.es.gov.br

MINAS GERAIS

Atual Coordenador: Neives Cibelys C.C. de Paula Lima
Secretaria Estadual de Saúde
Av. Afonso Pena, no. 2300 – 9º andar - sala 910
Funcionários
Belo Horizonte – MG – CEP: 30130-007
Tel.: (55) (31) 3261-5641 / 3261-7249
Telefax: (55) (31) 3261-6103
E – Mail: prevpri@saude.mg.gov.br

RIO DE JANEIRO

Atual Coordenador: Mariza Grimmer de Almeida Rondon
Secretaria Estadual de Saúde
Rua México, no. 128 - 4º andar – Sala 407
Centro
Rio de Janeiro – RJ - CEP : 20031-142
Tel.: (55) (21) 240-5817
Telefax : (55) (21)240-5817
E-Mail : mgrimmer@saude.rj.gov.br / mgrimmer@uol.com.br
Site: www.saude.rj.gov.br

SÃO PAULO

Atual Coordenador: Ana Maria Sanches
Secretaria Estadual de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, no. 351 – 6º andar – sala 613
Bairro : Cerqueira César
São Paulo – SP - CEP: 01246-901
Tel.: (55) (11) 3082-2172
Telefax : (55) (11) 3082-2172
E-Mail : dvdcnt@saude.sp.gov.br / sanches.j@bol.com.br
Site: www.cve.saude.sp.gov.br

REGIÃO SUL

PARANÁ

Atual Coordenador: Teresinha Jensen
Secretaria Estadual de Saúde
Rua: Piquiri, no. 170
Bairro: Rebouças
Cidade: Curitiba
Estado: Paraná
CEP: 80230-140
Tel.: (55) (41) 330-4550
Telefax : (55) (41) 330-4573
E – Mail: tjensen@pr.gov.br / tabaco@pr.gov.br

RIO GRANDE DO SUL

Atual Coordenador: Araci L. Moreira Centeno
End: Av. Borges de Medeiros, 1.501 – 5º andar
Centro
Porto Alegre – RS
CEP: 90.119- 190
Tel.: (55) (51) 3286 6944/ 3228 2471 / 3226 3100 R: 2041
Telefax : (55) (51) 3286 6944/ 3228 2471
E-mail: tabagismo@saude.rs.gov.br

SANTA CATARINA

Atual Coordenador: Mara Brognoli Hack
Secretaria Estadual de Saúde
Rua : Esteves Júnior, no. 160 – 12º andar
Bairro : Centro
Florianópolis – SC - CEP : 88015-530
Tel.: (55) (48) 221 - 2216 / 221 - 2214 / 221 - 2286
Telefax : (55) (48) 224-1277
E- Mail : prevtab@saude.sc.gov.br

FONTES CONSULTADAS

- ABIFUMO. 2001 Comércio Ilegal de Cigarros. Aspectos Nacionais e Internacionais. Apresentação feita por Milton de Carvalho Cabral no I Seminário Internacional sobre Fraudes no setor de Cigarros, promovido pela Receita Federal em 14 a 16 de agosto de 2001, Brasília DF.
- CEBRID (2001) –. Epidemiologia. CONEN do Amazonas realizou o Terceiro Levantamento sobre o Uso de Psicotrópicos entre Estudantes de 1º e 2º graus da Rede Pública de Manaus - Boletim CEBRID número 45 – junho – agosto 2001
- DUBE, MF & GREEN, C.R. (1982) methods of collection of smoke for analytical purposes. *Recent. Adv. Tob. Sci.*, 8, 42-102.
- GARCIA, RC, JIMENEZ LC, BLANCO 2003. Informe sobre el tabaquismo pasivo. *Aten Primaria* 31: 181 – 190.
- GUINDON, GE. TOBIN, S., YACH, D. 2002. Trends and affordability if cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. *Tobacco Control* 11: 35-43
- IN: The Economics of Tobacco Control. Towards an optimal policy mix. Edited by Iraj Abedian, Rowena van der Merwe, Nick Wilkins, Prabhat Jha. Applied Fiscal Research Center, University of Cape Town, Fevereiro de 1998.
- IARC – INTERNACIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER/ WORLD HEALTH ORGANIZATION (1987). Environmental carcinogens methods of analysis and exposure measurement. Vol 9. Passive Smoking.
- JOSENS, LUK. 1998. Tobacco smuggling: an optimal policy approach.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE / INCA (1996) – Bases para Implantação de um Programa de Controle do Tabagismo – CONPREV/INCa/MS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE / INCA (1996) – Práticas para Implantação de um Programa de Controle do Tabagismo – CONPREV/INCa/MS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002). Instituto Nacional de Câncer Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996). Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre tabagismo. Rio de Janeiro, 2ª edição -1996. 71p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar. Rio de Janeiro.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998a. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. *Falando sobre Câncer e seus Fatores de Risco*. 2ª ed. Rio de Janeiro.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998b. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. *Falando sobre tabagismo*. 3ª ed. Rio de Janeiro.
- MINISTERIO DA SAÚDE, 2000a. Instituto Nacional de Câncer/Fundação Getúlio Vargas. *Cigarro Brasileiro. Análises e Propostas para Redução do Consumo*. Rio de Janeiro.

MINISTERIO DA SAÚDE, 2002. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil. Rio de Janeiro

Ministério da Saúde. Compilação da legislação federal relacionada ao controle do tabagismo no Brasil –CONPREV/INCA/MS.

US NATIONAL HEALTH INSTITUTE Monograph 9 . Cigars: Health Effects and Trends. p 59.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 1997. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão-* (CID 10). Traduzido pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo - Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português - 4ª ed – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

SLADE, J., 1993. Nicotine Delivery Devices. In: Nicotine Addiction. Principles and Management (Orleans, C.T. and Slade, J., org.), New York, Oxford University Press.

U. S. SURGEON GENERAL., 1988. The Health Consequences of Smoking. Nicotine Addiction. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health.

WORLD BANK, 1999. Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control. Serie: Development in Practice. Washington DC: The World Bank.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).1993 . National Cancer Control Programs. Policies and Managerial Guidelines, Geneve (Switzerland) 95p.

NOVAS ADVERTÊNCIAS



Alcoolismo • Nicotina • Monóxido de carbono
NÃO EXISTEM NÍVEIS SEGUROS
PARA O CONSUMO DESTAS SUBSTÂNCIAS.

Consumo de Cigarros Brasil População acima dos 15 anos de idade

Período: 1980 a 2001

Ano	População residente acima dos 15 anos	Consumo total oficial* (bilhões de unidades)	Consumo informal** (bilhões de unidades)	Consumo per capita acima dos 15 anos (oficial)	Consumo per capita acima dos 15 anos (informal)	Consumo per capita total acima dos 15 anos
1980	73.655.455	142,7	-	1937,40	-	1937,40
1981	75.370.697	134,9	-	1789,82	-	1789,82
1982	77.459.577	132,3	-	1707,99	-	1707,99
1983	79.556.240	129,2	-	1624,01	-	1624,01
1984	81.646.839	127,8	-	1565,28	-	1565,28
1985	83.730.537	146,3	-	1747,27	-	1747,27
1986	85.797.686	168,9	-	1968,58	-	1968,58
1987	87.832.339	161,4	-	1837,59	-	1837,59
1988	89.825.166	157,9	-	1757,86	-	1757,86
1989	91.766.883	165,4	-	1772,97	-	1772,97
1990	93.661.046	163,4	-	1752,06	-	1752,06
1991	95.837.043	155,8	-	1631,94	-	1631,94
1992	98.517.834	128,6	6,4	1297,00	65,00	1362,00
1993	99.109.999	119,5	12,0	1205,73	121,08	1326,81
1994	100.515.500	109,2	16,4	1085,40	163,16	1248,56
1995	101.874.219	119,4	23,9	1172,03	234,60	1406,63
1996	107.534.609	119,0	33,8	1106,62	314,32	1420,94
1997	109.276.057	110,3	41,2	1009,37	377,03	1386,40
1998	110.737.586	97,0	58	875,94	523,76	1399,71
1999	111.770.763	101,5	40	908,11	357,88	265,98
2000	119.533.048	97,3	47	814,00	393,00	1207,00
2001	121.333.031	96,8	48	798,00	396,00	1194,00

* Cálculo do consumo a partir da conta produção-exportação

Fonte população acima dos 15 anos: IBGE

**Fonte mercado informal: 1992 a 2001: SRF

Elaboração

Diretoria de Prevenção e Vigilância

Divisão do Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer

Tânia Maria Cavalcante (chefe)

Equipe Técnica

Aline de Mesquita Carvalho - Psicóloga

Andréa Ramalho Reis - Pedagoga

Beatriz C. Jardim - Nutricionista

Cristiane Vianna - Advogada

Felipe Mendes - Advogado

Kelly Cristina Teixeira - Assistente Administrativo

Luisa Costa e Silva Goldfarb - Médica

Marcia Pinto - Economista

Maria Raquel F. Silva - Pedagoga

Ricardo H. Meirelles - Médico

Rita de Cassia Martins - Secretária

Sueli Couto - Nutricionista

Tânia Maria Cavalcante - Médica (Organizadora)

Valéria C. de Oliveira - Enfermeira

Vera Lúcia Colombo - Enfermeira

Revisão e Projeto Gráfico

Divisão de Comunicação Social/INCA

www.inca.gov.br/tabagismo