

Programa Nacional de Combate ao Fumo

Plano de Trabalho para o período 1988-2000

Elaboração:

Vera Lúcia da Costa e Silva
Luiz Carlos Pelizário Romero

Sumário:**1. Fundamentação**

Fumo x saúde
Fumo x poluição ambiental
Fumo x agricultura
Fumo x economia
Fumo x história
Fumo x luta antitabágica no Brasil
Fumo x legislação

2. Descrição do programa

Objetivos
Metas
Estratégias
Avaliação

3. Desenvolvimento do programa

Parâmetros para programação
Estratégias de implementação
Estrutura operacional
Articulação interinstitucional
Previsão de investimentos

4. Programação de atividades

O que foi feito — triênio 1986/1987/1988
Programação 1989

Fumo x história

Quando Colombo chegou em Cuba no século XV encontrou nativos aspirando fumaça de rolos feitos de folhas. Tais folhas provinham de uma planta denominada caoba e o canudo empregado para aspirá-las era chamado tabaco. Supõe-se que o fumo chegou ao Brasil a partir da migração de tupis-guaranis da região das Antilhas e Andes Bolivianos, trazendo consigo o hábito de cultivar tabaco em pequenas plantações por toda a costa do Brasil, para utilização nas mais diversas cerimônias. Aos nossos índios se deve a criação e uso da cangueira, que consistia em um charuto de folhas secas de fumo enroladas em uma folha de palmeira. Não era no entanto esta a única forma de utilizá-lo; também era aspirado (pó) e mascado. Uma característica é importante para que se consiga ver esta questão historicamente: o uso do tabaco era mágico, religioso, limitado a mitos e, muitas vezes vinculado às propriedades medicinais que lhe eram atribuídas. Não é comprovado em nenhum trabalho de indigenistas e antropólogos a utilização do tabaco nos moldes atuais, com seu uso constante e a decorrente dependência que ela acarreta. Tribos que mantiveram um contato mínimo com a sociedade, como os araveté, do Baixo Xingu, continuam fazendo do tabaco o uso meramente ritual ou cerimonial.

Os pajés eram os indivíduos que mais o utilizavam entrando em transe através do seu uso para contatar espíritos e almas de mortos. Adquiriam também, com o uso do fumo, a capacidade de predizer o melhor momento para caçar, viajar ou atacar outra tribo. A fumaça do tabaco era considerada purificadora, protegendo os índios contra os maus espíritos quando era soprada sobre os mesmos. Com função medicinal era soprada a fumaça sobre os doentes, ou mesmo colocada nos cantos das ocas para prevenir epidemias.

No início do século XVI o tabaco brasileiro começou a ser levado para Portugal, servindo como objeto de troca pelos índios nas barganhas com os brancos. Jean Nicot, arquivista do rei da França em missão diplomática em Portugal, remeteu espécimes da planta e suas sementes com poderes curativos para aquele país, disseminando-se seu uso pela Europa. A planta *Nicotiana Rústica* não era muito agradável, tendo sido substituída pela *Nicotina Tabacum*, nativa nas áreas da América, inclusive no Brasil, pelo seu aroma considerado mais delicado.

Neste período o fumo era utilizado como medicamento, havendo relato de 59 doenças que seriam curadas pelo seu uso. Servia também como dentífrico e para espantar epidemias. No final do século XVI o Recôncavo Baiano começou a abrigar pequenas culturas pela procura que vinha sendo feita do produto.

No século XVII, organizaram-se as primeiras companhias de tabaco (Virginia Company, na Inglaterra) e

o produto começou a sofrer as suas primeiras taxações. Já difundido na Europa, por alguns períodos foi considerado atentador aos bons costumes, permanecendo por tempos confinado a soldados, marinheiros e homens rústicos, que utilizavam o fumo de corda. Introduziu-se definitivamente, porém, neste século, na burguesia e nobreza, tornando-se parte da rotina diária conferindo distinção e assegurando a afirmação de virilidade: é a idade do ouro do cachimbo que entra nos hábitos das classes altas com a implantação das primeiras indústrias de cachimbo. É neste momento que surgiram os precursores do cigarro, os papeletos ou papeletes. No Brasil, neste século, o fumo começou a ter uma importância econômica maior: sua venda foi regulamentada criando-se a Junta de Administração do Tabaco com as primeiras taxas, direitos e dízimos. A maior parte do tabaco ia para Lisboa e depois voltava para ser consumido aqui, o que tornava o produto totalmente dependente de Portugal. Os holandeses, nesta época, conquistaram o Golfo de Guiné, local de intensa comercialização de escravos. No entanto, proibiram o comércio de mercadorias européias aos portugueses, só permitindo como fonte de troca a compra de rolos de fumo da Bahia, que eram de terceira qualidade, mas que asseguravam o preenchimento dos navios negreiros com destino ao Brasil. Este comércio estabelecido escapou ao controle de Lisboa tornando-se uma das atividades mais importantes no país, levando à sua colocação nas armas do Império, junto com o café.

No século XVIII, o seu consumo expandiu-se no mundo tendo sido daí para frente utilizado o rapé, cujo uso manteve-se em voga durante 200 anos. O rapé era o pó do tabaco, que colocado no dorso da mão na depressão existente entre o polegar e o pulso (tabaqueira anatômica), fazia espirrar. Naquela época, quanto mais rico o indivíduo, melhor sua tabaqueira (pequeno pote para armazenar o rapé), que podia ser adornada com ouro, prata...

É dessa época a primeira proibição de fumar em navios, para que fossem evitados incêndios, o que levou os marujos a mascarem tabaco. Uma moda da época foram as escarradeiras de salões, residências e até de hospitais, além de escarradeiras portáteis, pois quem mascasse tabaco tinha que necessariamente cuspir.

É dessa época a primeira advertência científica do efeito nocivo do tabaco. No Brasil foi criada a Mesa de Inspeção do Tabaco, com regulamentação da legislação pertinente em 1751, pelo Marquês de Pombal. O mercado consumidor cresceu em São Paulo e no Rio de Janeiro. O cultivo do tabaco estendeu-se a Minas, Goiás e São Paulo que investiram na comercialização do fumo de corda.

No século XIX, surge o charuto, na Espanha, que se tornou cada vez mais longo e volumoso: ficam famosos os havanas e os holandeses. Desenvolveram-se as

máquinas de charuto cuja produção de 1890 a 1920 passou de 4 bilhões para 8 bilhões de unidades. Nas estradas de ferro criou-se a primeira separação de ambientes com a reserva de lugares para fumantes. As cigarretes, tabacos cada vez mais puros, envoltos por papéis delicados, apareceram em 1840.

É deste período o surgimento das primeiras máquinas de cigarro e o início da disputa comercial entre o charuto e o cigarro no acesso ao consumidor.

Na Bahia, a Suerdieck e a Dannemann fabricavam 70 milhões de unidades anuais no Recôncavo, o que era feito artesanalmente, na sua grande maioria pelos negros, que já tinham o legado da cultura do tabaco desde a época da escravidão. Uma segunda advertência dos efeitos do fumo relacionou câncer de boca/uso do cachimbo. Rui Barbosa, então Ministro da Fazenda, cria o IPI (Imposto sobre Produtos Industrializados) em 1892 e torna o fumo a principal fonte tributária do Estado. As companhias de rapé ainda existiam no final do século com uma produção anual de 75 toneladas.

No início do século XX, expandiu-se a instalação de máquinas de fazer cigarros; foram fundadas no Brasil as principais companhias de fumo que vieram a se associar posteriormente a multinacionais; em 40 anos a área cultivada foi ampliada três vezes. A grande expansão no hábito de fumar ocorreu neste século tomando grandes proporções no que tange ao mercado consumidor. O estresse vivenciado pelo aumento das populações, as alterações dos padrões de vida e facilidade em adquirir, portar e usar cigarros, favoreceu o consumo do mesmo.

Surgiram as propagandas e campanhas de marketing das grandes indústrias do fumo, reforçando os valores já existentes na sociedade e utilizando a associação do cigarro a um padrão de vida e classe mais elevados.

Houve a difusão do hábito de fumar às massas; esse foi o século mais cheio de perturbações e mudanças conhecidas: a humanidade atravessou períodos de grande tensão social e emocional, não devido apenas às duas Grandes Guerras Mundiais mas, também, ao fenômeno da metropolização e da migração de milhões de indivíduos. Ocorreram também mudanças na economia capitalista que, para a produção em massa, exigiu um maior controle sobre a força de trabalho. O Taylorismo e o Fordismo foram os instrumentos para essa adaptação de vida dos trabalhadores às exigências de produtividade capitalista. Aumentando o estresse e diminuindo as opções de vida, com menos opções de lazer, a isto se associam uma necessidade de conquista de *status* e utilização de modelos bem sucedidos. Entra aí o cigarro como participante ativo desta nova forma de vida e de sociedade. No Brasil estas mudan-

ças ocorreram sobretudo a partir da Segunda Guerra Mundial quando o país inicia sua industrialização. É a partir desta fase que se difunde o hábito de fumar na população do país. Um enfoque desse tipo para uma estratégia contra o tabagismo permite que sejam considerados os grupos da população que se tornam ou que se tornaram recentemente consumidores de cigarro: os jovens e as mulheres. Quanto aos jovens, será necessário levar em conta sua socialização e, nesse processo, compreender o que psicanalistas argentinos chamaram de "síndrome de adolescência normal". Quando falamos em socialização estamos pensando na preparação ou no ingresso efetivo no mercado de trabalho. No caso das mulheres, elas se tornaram consumidoras de cigarro, sobretudo a partir da Segunda Guerra Mundial: a incorporação da mulher no mercado de trabalho significa a incorporação do hábito de fumar: tensões novas, oriundas da sobreposição de um novo papel (trabalhar, produzir, competir) ao anterior (a tradicional "dona do lar"). Na classe média o consumo em massa começou com o movimento feminista, um movimento pela igualdade de direitos civis e políticos, inclusive o "direito de fumar" publicamente. No Brasil, isto ocorreu a partir de 1930, com Berta Lutz e o direito de voto para as mulheres.

É importante a diferenciação de classes a serem atingidas no escopo de uma campanha. Atualmente observamos um declínio do consumo de cigarros na classe média enquanto persiste o hábito de fumar entre as classes trabalhadoras mais baixas (como ocorre nos Estados Unidos da América); além disso, o jovem da classe média tende a substituir o cigarro por novas drogas, abrindo aí um leque mais amplo de problemas de saúde de grupo.

Muitos outros aspectos abrangem a questão "tabagismo", não podendo, no entanto, deixar de ser lembrado que, como hábito (ou vício) está incorporado a toda história de um povo, fato que nos é mostrado por nosso próprio folclore: o Saci-Pererê e o Preto Velho que têm incorporados à sua imagem o cachimbo, tendo o Saci a mão furada para não se queimar com a brasa que o acende, e o Curupira, que tem fama de pedir fumo aos viajantes, são exemplares de imagens consagradas como parte de nossa cultura, que nos cabe conhecer e entender para definirmos melhores estratégias no controle do tabagismo no país.

Referências bibliográficas

- Stotz, Eduardo — Tabagismo: Um Enfoque Sociológico. Exposição sobre o tema apresentado em 27/7/88, Centro de Referência Prof. Helio Fraga, Curicica — RJ.
- Nardi, Jean Baptiste — A História do Fumo Brasileiro. Abifumo, 1985.
- Rosemberg, José — Tabagismo: Um Sério Problema de Saúde Pública — São Paulo. Editora Almed, 1987, 2ª edição.

Descrição do programa

1. Objetivos

1.1. Geral

Promover a saúde e contribuir para a proteção das doenças tabaco-relacionadas.

1.2. Específicos

1. Promover hábitos saudáveis de vida entre os quais situa-se a valorização e reconquista de um ar puro para respirar, livre de poluentes como a fumaça de cigarro.

2. Proteger crianças, gestantes, idosos e portadores de doenças dos aparelhos respiratórios, cardiocirculatórios da exposição passiva ou ativa aos produtos do tabaco.

3. Reforçar o controle de qualidade do ar ambiente particularmente em recintos fechados e restritos, nos quais os poluentes, entre eles a fumaça do cigarro, pode ter concentração mais elevada aumentando a nocividade à saúde.

4. Criar na sociedade, com sua participação, atitudes favoráveis à abstenção do fumo e à mudança cultural necessária à reversão da epidemia tabágica.

2. Metas

1. Reduzir o consumo de cigarros total e per capita mantendo-o estável em relação ao consumo atual até o ano 2000.

2. Reduzir a prevalência de tabagismo entre adultos (maiores de 20 anos) a 30% no ano 2000.

3. Fazer com que o percentual de grávidas fumantes no ano 2000 não ultrapasse 50% do total de mulheres tabagistas.

4. Reduzir a prevalência de tabagismo entre adolescentes e adultos jovens (10-20 anos) a menos de 5% no ano 2000.

5. Informar todos os profissionais de saúde, até 1995, quanto ao risco de doenças relacionadas ao uso de produtos de tabaco e à exposição à poluição tabágica ambiental (doença pulmonar obstrutiva crônica, neoplasias, doenças cardiovasculares e complicações da gravidez, do parto e do desenvolvimento infantil, incluindo as infecções respiratórias agudas). Tais informações deverão estar dentro do nível de competência de cada grupo.

6. Informar todos os professores de 1º e 2º graus, até 1995, quanto ao risco de doenças relacionadas ao uso de produtos de tabaco e à exposição à poluição tabágica ambiental (doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão, doenças cardiovasculares, complicação da gravidez, do parto e do desenvolvimento infantil).

7. Informar toda a população adulta, até o ano 2000,

quanto ao risco de doenças relacionadas ao uso de produtos de tabaco e à exposição à poluição tabágica ambiental (doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão, infarto do miocárdio e complicações da gravidez, do parto e do desenvolvimento infantil).

8. Informar toda população feminina adulta, até o ano 2000, quanto ao risco de complicações decorrentes do consumo de cigarros durante a gravidez e da sua interação com contraceptivos orais.

9. 60% dos escolares (última série do 1º grau), em 2000, devem saber relacionar o vício de fumar com o aumento do risco de sérias doenças do coração e do pulmão e associar a exposição à poluição tabágica ambiental com o aumento do risco de complicações da gravidez, do parto e do crescimento e do desenvolvimento infantil. O mesmo percentual de escolares deverá relacionar o não-fumar com *status* de saúde.

10. Até o ano 2000: a) 80% dos trabalhadores que lidam com asbesto em minas e usinas de urânio, com poeiras minerais e orgânicas, em minas de carvão, com poeira de sílica e produtos de algodão devem estar informados dos riscos da interação do fumo com os poluentes ocupacionais; b) 80% dos trabalhadores em escritórios e outros ambientes de trabalho coletivo fechados devem estar informados dos riscos da exposição à poluição tabágica ambiental.

11. Até 1990, deverão existir leis federais: a) proibindo o uso de produtos de tabaco em locais públicos fechados (em especial escolas, serviços de saúde e nos transportes coletivos); e b) estabelecendo áreas separadas para fumantes e não-fumantes nos locais de trabalho e de consumo de alimentos.

12. Até 1995, deverão existir leis federais: a) proibindo a promoção, a propaganda, a publicidade direta e indireta, o apoio e o patrocínio de eventos culturais e esportivos, bem como de ações de saúde e de defesa do meio ambiente, pelos produtores, fabricantes, beneficiadores, industriais e vendedores de produtos de tabaco; e b) obrigando a existência de advertências sobre os riscos para a saúde do consumo de tabaco, nos maços de cigarros, pacotes de tabaco e demais produtos de tabacaria, bem como em todo material publicitário sobre os mesmos.

13. Aumentar progressivamente a taxação dos produtos de tabaco até, no mínimo, 80% do preço de venda, até o ano 2000, repassando este custo para o preço ao consumidor.

14. Excluir, até o ano de 1995, o preço do cigarro do cálculo dos índices de custo de vida.

15. Até o ano 2000 todas as unidades federadas e cidades de mais de 1 milhão de habitantes deverão possuir programas para deixar de fumar, mantidos, preferencialmente, por organizações não-governamentais.

16. Produzir a cada 5 anos (1990, 1995, 2000) as informações estatísticas necessárias à vigilância epide-

* Considera-se como todos os profissionais de saúde, a informação atingindo 95% de cada grupo relatado.

miológica do problema, com vistas ao diagnóstico, ao acompanhamento e à avaliação da ação de governo e da evolução do problema.

3. Estratégias

3.1. Ação educativa junto a profissionais de saúde e educação, grupos prioritários.

1. Atuação junto à formação de profissionais de saúde e educação (em todos os níveis).

2. Difusão de informação para profissionais de saúde e educação, para a obtenção de um corpo de profissionais indispensáveis ao acesso e educação dos demais grupos, o que diferencia a nível de estratégia de problema.

3. Difusão de informação para instituições de saúde, incluindo os SUDS e para instituições de educação, para o desenvolvimento de ações adequadas junto a seus profissionais e clientela.

3.2. Ação educativa junto a outros grupos e à comunidade.

1. Difusão de informações científicas para legisladores e autoridades sanitárias.

2. Educação para a saúde, integrada nos currículos de 1.º e 2.º grau e nas universidades, voltadas para as crianças, adolescentes e jovens.

3. Educação para a saúde desenvolvida nos serviços de saúde e organizações comunitárias, dirigidas preferencialmente a gestantes, pacientes de risco e fumantes passivos.

4. Educação para a saúde desenvolvida nos ambientes de trabalho, enfocando preferencialmente os riscos de exposição à poluição tabágica ambiental e da interação do fumo com poluentes ocupacionais.

5. Difusões de informações científicas para promotores, comercializadores, industriários e produtores do tabaco, sobre as evidências dos malefícios do uso do tabaco.

6. Campanhas de comunicação social (através de cartazes, rádios, TV, jornais, sistemas de alto-falante, etc...) e ações promocionais (concursos, eventos culturais e esportivos, etc...) visando difundir informação à população em geral, fazer contrapropaganda e criar atitudes favoráveis à mudança cultural.

7. Utilização de líderes de opinião (parlamentares, artistas, modelos, autoridades, escritores, desportistas...) pela sua identificação, difusão diferenciada de informação e mobilização para apoio às ações antitabágicas em suas respectivas áreas de atuação. Promoção

de seminários e encontros, realização de mostras e exposições e outras ações capazes de chamar a atenção de autoridades e legisladores para a questão e favorecer a legislação antitabágica.

3.3. Ação legislativa e na esfera econômica

1. Encaminhamento de projetos de lei diretamente (moções populares) ou através de parlamentares.

2. Identificar sistematicamente as autoridades e legisladores que favoreçam ou não a política de controle de tabagismo no país a atuar junto a eles.

3. Estimular a promulgação de legislação antitabágica a nível estadual e municipal oferecendo apoio técnico e assessoria.

4. Formular uma política de governo (econômica, fiscal, trabalhista) em relação ao tabaco, que atenda aos interesses da saúde da população, sem comprometer a arrecadação fiscal e o emprego, política esta de iniciativa do Ministério da Saúde.

3.4. Ação médico-social

1. Estimular organizações públicas e não-governamentais a estabelecer e a desenvolver programas para deixar de fumar.

3.5. Ação de pesquisa e informação

1. Negociar com órgãos governamentais responsáveis pelo desenvolvimento científico e tecnológico (CNPq, CAPES, Ministério da Ciência e Tecnologia) a criação de linhas de pesquisa voltadas para a produção de informação epidemiológica de interesse para o diagnóstico, o acompanhamento e a avaliação da ação do governo e da evolução do problema.

2. Obter financiamento para pesquisas nesta linha, a serem desenvolvidas em centros de pesquisa nacionais ou pelo próprio Ministério da Saúde.

3. Conveniar com organismos internacionais e centros nacionais de pesquisa para desenvolvimento de pesquisas nesta linha.

4. Estabelecer cooperação técnica com organismos internacionais (OMS, UICC, UICT, etc.) e outros programas nacionais com vistas ao desenvolvimento científico e tecnológico.

4. Avaliação

Proceder-se-á a avaliações periódicas com vista ao acompanhamento das ações programadas (monitoramento, reprogramação) a serem feitas com base nos seguintes indicadores:

Metas		Indicadores	Periodicidade
1.	1.1.	Consumo de cigarros no país em unidades vendidas.	mensal
	1.2.	Consumo per capita de cigarros = $\frac{\text{n.º de unidades vendidas no ano}}{\text{população total}}$	anual
	1.3.	Consumo per capita de cigarros da população adulta = $\frac{\text{n.º de unidades vendidas por ano}}{\text{n.º de habitantes 20 anos}}$	anual
2.	2.1.	Prevalência (%) de tabagismo entre adultos (total por sexo e extrato sócio-econômico) = $\frac{\text{n.º de fumantes regulares 20 anos}}{\text{n.º de habitantes 20 anos}} \times 100$	quinquenal
	3.1.	Proporção de gestantes fumantes (total por idade e extrato sócio-econômico) = $\frac{\% \text{ de gestantes fumantes}}{\% \text{ de mulheres fumantes}} \times 100$	quinquenal
4.	4.1.	Prevalência de tabagismo entre adolescentes de 10 a 14 anos (total por sexo e extrato sócio-econômico) = $\frac{\text{N.º de fumantes regulares de 10 a 14 anos}}{\text{população com 10 a 14 anos}} \times 100$	quinquenal
	4.2.	Prevalência de tabagismo entre adultos jovens de 15 a 19 anos (total por sexo e extrato sócio-econômico) = $\frac{\text{N.º de fumantes regulares de (15 a 20 anos)}}{\text{população com 15 a 20 anos}} \times 100$	quinquenal
	4.3.	Prevalência de tabagismo entre adolescentes (10 – 20 anos) (total por sexo e extrato sócio-econômico) = $\frac{\text{N.º de fumantes regulares (10 a 20 anos)}}{\text{população com 10 – 20 anos}} \times 100$	quinquenal
	4.4.	Uso de tabaco entre adolescentes de 10 a 14 anos (total por sexo, extrato sócio-econômico) = $\frac{\text{N.º de fumantes ocasionais de 10 a 14 anos}}{\text{população com 10 a 14 anos}} \times 100$	quinquenal
	4.5.	Uso de tabaco entre adolescentes de 15 a 20 anos (total por sexo, extrato sócio-econômico) = $\frac{\text{N.º de fumantes ocasionais de 15 a 20 anos}}{\text{população com 15 a 20 anos}} \times 100$	quinquenal
	4.6.	Uso de tabaco entre adolescentes de 10 a 20 anos (total por sexo, extrato sócio-econômico) = $\frac{\text{N.º de fumantes ocasionais de 10 a 20 anos}}{\text{população com 10 a 20 anos}} \times 100$	quinquenal
	4.7.	Idade média em que começou a fumar por cortes de 10 anos (total por sexo e extrato sócio-econômico) (gráfico)	quinquenal
5.	5.1.	Proporção (%) de profissionais de saúde que relacionam tabagismo e exposição à poluição tabágica ambiental com: doença pulmonar obstrutiva crônica, neoplasias, doença cardiovascular, complicações da gravidez, do parto, do crescimento e desenvolvimento infantil e infecções respiratórias agudas (total por categoria profissional e faixas etárias)	quinquenal
6.	6.1.	Proporção (%) de professores que relacionam tabagismo e exposição à poluição tabágica ambiental com: doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão, doença cardiovascular, complicações da gravidez, do parto e do crescimento e desenvolvimento infantil (total e por faixas etárias)	quinquenal
7.	7.1.	Proporção (%) da população urbana com mais de 20 anos que relacionam tabagismo e exposição e poluição tabágica ambiental com: doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão, infarto do miocárdio e complicações da gravidez, do parto e do crescimento e desenvolvimento infantil (total por idade, sexo e extrato sócio-econômico)	quinquenal

Metas	Indicadores	Periodicidade
8.	8.1. Proporção (%) da população urbana feminina de mais de 20 anos que está informada dos riscos do consumo de cigarros durante a gestação e da interação com contraceptivos orais (total por idade e extrato sócio-econômico)	quinquenal
9.	9.1. Proporção (%) de Crianças de 14 anos que relacionam tabagismo com doenças do pulmão e do coração (por sexo e UF)	quinquenal
	9.2. Proporção (%) de crianças de 14 anos que relacionam riscos de exposição à poluição tabágica ambiental (por sexo e UF)	quinquenal
10.	10.1. Proporção (%) de trabalhadores informados dos riscos de interação do tabaco com poluentes ocupacionais (por grupo de risco)	quinquenal
	10.2. Proporção (%) de trabalhadores em ambientes fechados informados do risco da exposição à poluição tabágica (por UF)	quinquenal
11.	11.1. Existência de lei (ou leis) federal (federais) proibindo o uso de produtos de tabaco em escolas, estabelecimentos de saúde e transporte coletivos.	quinquenal
	11.2. Existência de áreas separadas em locais de trabalho e de consumo de alimentos (por UF)	quinquenal
12.	12.1. Existência de legislação federal proibindo a propaganda.	quinquenal
	12.2. Existência de legislação federal obrigando a existência de advertências.	quinquenal
13.	13.1. Nível (%) de taxaço sobre o preço de vendas ao consumidor.	quinquenal
	13.2. Evolução do preço de venda ao consumidor (gráfico).	quinquenal
14.	14.1. O Preço do cigarro entra nos cálculos dos índices oficiais de custo de vida?	quinquenal
15.	15.1. Número de UF que possuem programas permanentes para deixar de fumar.	quinquenal
	15.2. Percentual de cidades com mais de 1 milhão de habitantes que possuem programas permanentes para deixar de fumar, seguindo o tipo de instituição mantenedora.	quinquenal
16.	16.1. Proporção (%) de indicadores obtidos.	quinquenal
	16.2. Proporção (%) de metas avaliadas.	quinquenal
	16.3. Evolução da mortalidade por doenças tabaco-associadas no país, por UF, por sexo e faixa etária.	anual

Desenvolvimento do programa

1. Parâmetros para programação

O desenvolvimento do programa depende do fornecimento sistemático e contínuo de informações provenientes dos Ministérios da Fazenda, da Educação e do Trabalho, e do Cadastro de Estabelecimento de Saúde e do Sistema de Mortalidade do Ministério da Saúde, bem como de dados demográficos (IBGE).

Os dados necessários são:

a) Ministério de Fazenda

- número de cigarros vendidos por mês;
- arrecadação tributária sobre produtos de tabaco discriminada por tipo de tributo;
- nível de taxaço sobre produtos de tabaco

b) Ministério da Educação

- número de estabelecimentos de ensino de 1.º e 2.º graus por Unidade Federada;
- número de estudantes de 1.º e 2.º graus por Unidade Federada;

- número de professores de 1.º e 2.º graus por Unidade Federada.

c) Ministério do Trabalho

- número de profissionais de saúde registrados nos respectivos conselhos por categoria profissional e por Unidade Federada;
- número de estabelecimentos onde se trabalha com poluentes ocupacionais cuja interação com o tabaco é de risco, por Unidade Federada;
- número de profissionais que trabalham nestes estabelecimentos.

d) Ministério da Saúde

- número de estabelecimentos de saúde por tipo e Unidade Federada;
- estatística de mortalidade por doenças tabaco-associadas.

2. Estratégia de implementação

O programa visa a ordenar a ação governamental e a articular a ação não-governamental de controle do ta-

bagismo por um período de tempo que vai até o ano 2000. Deverão ser cumpridas três etapas, correspondentes a ações de curto, médio e longo prazo, que constituem as fases do programa (Anexo I).

As ações de curto prazo objetivam a desenvolver infra-estrutura, formar quadros e melhorar as condições de coordenação e articulação, ao mesmo tempo em que se buscará estimular a criação e ampliação de programas nos níveis estadual e municipal e junto a organizações não-governamentais, já que é ao nível dos SUDS (Sistema Unificado Descentralizado de Saúde) que o programa certamente poderá provocar impacto na população, sempre com o auxílio e apoio da comunidade e de organizações diversas.

Ações educativas, de comunicação social e atuação nas esferas legislativa e econômica continuarão sendo estimuladas e se aproveitará os eventos e situações em que nossa atuação possa ser potencializada.

As etapas de médio e longo prazos representarão a ampliação e, em alguns casos, a entrada em execução de ações voltadas diretamente para os objetivos epidemiológicos. As prioridades destas etapas e a própria natureza das ações poderão ser redefinidas em função do acompanhamento e avaliação das programações anuais e quinquenais e de alterações de padrões de consumo, de mercado, de produtos ou ambiente sócio-econômico-cultural.

3. Estrutura operacional

O Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF) constitui a ação de governo para controle do tabagismo no Brasil e é desenvolvido, cooperativamente, pelas Divisões Nacionais de Pneumologia Sanitária (DNPS) e de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD), da Secretaria Nacional de Programas Especiais (SNPES), do Ministério da Saúde, contando com financiamento da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT) e da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), através da co-gestão com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O PNCF é assessorado pelo Grupo Assessor para o controle do Tabagismo no Brasil (GACT).

3.1. Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil (GACT).

O GACT foi criado em 16 de setembro de 1985, pela Portaria nº 655/GM, do Ministério da Saúde, com as seguintes funções:

- propor normas e instrumentos legais para o controle do hábito de fumar;
- assessorar o Ministério da Saúde na elaboração de programa que vise à prevenção das doenças relacionadas ao hábito de fumar;
- acompanhar a implementação e avaliar o Progra-

ma de Controle do Tabagismo a ser elaborado pelo Ministério da Saúde.

3.2. Coordenação do Programa Nacional de Combate ao Fumo.

1. A coordenação do programa é exercida por um coordenador designado pelos superintendentes da CNCT e da CNCC e pelos diretores da DNPS e da DNDCD.

São funções do coordenador:

- elaborar programação, cronograma e orçamento anuais;
- coordenar a execução das ações programadas;
- acompanhar e avaliar a programação em cooperação com o GACT;
- promover a articulação intra e interinstitucional, se necessário, ao bom desempenho do programa;
- atuar com secretário-executivo do GACT.

2. Um grupo deliberativo, composto pelos diretores da DNPS e da DNDCD e pelos superintendentes da CNCT e da CNCC, terá as funções de:

- aprovar a programação elaborada pela coordenação do PNCF;
- autorizar despesas previstas em orçamento-programa anual.

4. Articulação interinstitucional

4.1. Articulação interministerial.

Faz-se necessário articular ações com:

a) Ministério da Educação com vistas à implementação e ao desenvolvimento de ações educativas integradas nos currículos de 1º e 2º graus. Considerando-se a relevância das ações educativas voltadas para crianças e adolescentes entende-se a importância desta articulação.

b) O Ministério da Cultura, uma vez que se pretende uma mudança cultural em relação ao tabagismo, entendido como traço de cultura.

c) O Ministério da Fazenda com vistas à implementação das medidas econômicas propostas.

d) O Ministério do Trabalho, com intensa atuação em ambientes de trabalho e junto aos trabalhadores.

e) O Ministério da Previdência e Assistência Social, em razão da implementação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS).

f) O Ministério da Agricultura.

g) O Ministério da Indústria e do Comércio.

4.2. Secretarias de Estado

Em função da estratégia básica de implementação do PNCF (item 2), a articulação com as secretarias de saúde e educação é prioritária para alcançar o grau desejado de abrangência e descentralização das atividades de controle de tabagismo no país.

É esperado que, a nível estadual, se implementem

e desenvolvam programas nos moldes do PNCF, que atuem articuladamente com ele, com programas municipais e de organizações não-governamentais, coordenando estas ações nas respectivas unidades federais.

Será estimulada a criação de grupos interinstitucionais e multiprofissionais com este fim. A sua vinculação institucional a uma secretaria de estado (saúde, educação) favorecerá os mecanismos de articulação com o Ministério da Saúde e o repasse de recursos e insu-
mos.

O Programa Nacional de Combate ao Fumo envidará

esforços para apoiar estes grupos através da oferta de financiamento, informação e assessoria e repasse de materiais educativos e de comunicação social bem como de estímulo a pesquisas e estudos realizados.

4.3 Organizações não-governamentais

Serão estimuladas, na medida de seus interesses e de seu envolvimento nas ações de controle de tabagismo, a cooperar articuladamente com os programas estaduais. Serão mobilizadas para o desenvolvimento de ações educativas, de comunicação social e de programas para deixar de fumar.

5. Previsão de investimentos

Anexo 1

REAVLIAÇÃO GERAL DO PROGRAMA

Fases do programa

Objetivos institucionais	Fase I 1988/1990	Fase II 1991/1995	Fase III 1996/2000	2000-2001
1. Desenvolver coordenação				
Compor equipe	●			
Adquirir infra-estrutura	●			
Material	●			
Manutenção de estrutura adequada				●
Definir alocação de recursos	●			
Buscar financiamento				●
2. Estimular a descentralização				
Estimular a criação e o desenvolvimento de programas regionais		●		
Formar recursos humanos				●
Promover a articulação interinstitucional		●		
3. Desenvolver ações de				
Difusão de informação				●
Pesquisa				●
Caráter educativo				●
Caráter legislativo				●
Caráter econômico				●
Comunicação social			●	
Apoio aos programas para deixar de fumar			●	
4. Avaliação				
Interação com programas estaduais e municipais				●
Marcadores epidemiológicos				●