

23 Anos de Controle do Tabaco no Brasil: a Atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988

23 Years of Tobacco Control in Brazil: the 1988 Brazilian Tobacco Control Program Today

23 Años de Control del Tabaco en Brasil: Actualidad del Programa Nacional de Combate al Tabaquismo de 1988

Luiz Carlos Romero¹, Vera Luiza da Costa e Silva²

Resumo

Introdução: A epidemia de tabagismo acelerou-se grandemente no Brasil, a partir da década de 1970; seu enfrentamento, no entanto, limitava-se a iniciativas de algumas organizações médicas. O Programa Nacional de Combate ao Fumo foi criado na estrutura do Ministério da Saúde em 1985 e, em 1988, sua coordenação sentiu necessidade de planejar sua atuação num horizonte mais amplo. **Objetivo:** Analisar a criação, implementação e resultados do Programa Nacional de Combate ao Fumo, concebido em 1988 pelo governo federal, estabelecendo estratégias e metas para o controle do tabagismo no país, em cinco grandes campos de atuação: (i) ação educativa junto a profissionais de saúde e educação; (ii) ação educativa junto a grupos populacionais de risco e à população em geral; (iii) ação legislativa e na esfera econômica; (iv) ação médico-social; e (v) ação de pesquisa e informação. **Método:** Estudo qualitativo com pesquisa histórica e documental. **Resultados:** Evidencia-se que o programa permitiu avanços importantes na atuação do governo para o controle do tabagismo no país, atingiu as metas estabelecidas e resultou na redução do consumo de tabaco e da prevalência de tabagismo. **Conclusão:** O programa estabelecido em 1988 já contemplava as principais estratégias que, hoje, viriam a ser recomendadas pela Organização Mundial da Saúde. Ao delinear uma visão estratégica das ações de controle, criar um modelo de gestão adequado ao seu desenvolvimento e adotar um enfoque multidisciplinar e descentralizador foram elementos essenciais para o sucesso das ações de controle do tabagismo no Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo/história; Tabagismo/prevenção e controle; Programa Nacional de Controle do Tabagismo; Brasil

¹ Médico. Especialista em Saúde Pública. Consultor Legislativo do Senado Federal. *E-mail:* romero@senado.gov.br.

² Médica. Doutora em Saúde Pública. Professora Associada da Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. *E-mail:* veradacostaesilva@ensp.fiocruz.br.

Endereço para correspondência: Luiz Carlos Romero. SQN 209/E/102. Brasília (DF), Brasil. CEP: 70854-050.

INTRODUÇÃO

A epidemia de tabagismo acelerou-se vertiginosamente no Brasil a partir de 1970. Entre 1970 e 1986, o número de cigarros vendidos no mercado interno cresceu 132% – num período em que a população adulta cresceu apenas 69% – e o consumo de cigarros passou de cerca de 780 unidades *per capita* para mais de 1.200. Em meados de 1970, existiam 25 milhões de fumantes no país; dez anos depois, esse número já era de 33 milhões – um crescimento de 32%¹.

A informação disponível na época sobre a prevalência de fumantes era muito limitada e consistia no resultado de um inquérito realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde em oito cidades latino-americanas que encontrou, em São Paulo – única cidade brasileira investigada –, uma prevalência de tabagismo de 54% entre os homens e de 20% entre as mulheres, no ano de 1972²; e de um inquérito, realizado em 1989 pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), com a cooperação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Instituto de Planejamento de Gestão Governamental (IPLAN), que revelou uma prevalência de tabagismo no Brasil de 34,8% entre maiores de 15 anos³.

Os primeiros estudos nacionais demonstrando o aumento, no país, das doenças tabaco-relacionadas tinham começado a ser produzidos no final da década de 1970 e, em 1987, o MS estimava a ocorrência de oitenta mil a cem mil mortes prematuras por ano devidas ao tabagismo¹.

Em julho de 1979, um primeiro Programa Nacional contra o Fumo foi elaborado por 46 entidades – associações médicas, centros universitários, secretarias de saúde e outras – reunidas em São Paulo sob os auspícios da Sociedade Brasileira de Cancerologia; e, em abril de 1980, foi realizada, em Vitória, a 1ª Conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo⁴.

Em meados da década de 1980, as ações voltadas para o “combate ao fumo” no Brasil eram incipientes e muito pouco articuladas, levadas a efeito principalmente por alguns poucos médicos pioneiros à frente de suas associações e organizações, dentre os quais se destacavam os nomes de José Rosemberg e Edmundo Blundi, na Sociedade Brasileira de Tisiologia e Pneumologia; Antônio Pedro Mirra e Thomas Szego, na Associação Médica Brasileira; Mario Rigatto e Aloyzio Achutti na Sociedade Brasileira de Cardiologia; Jayme Zlotnik na Associação Médica do Paraná e Jayme Santos Neves, na Liga Espiritossantense contra a Tuberculose, entre outros.

Em relação à atuação governamental no controle do tabagismo, alguns Estados fizeram história por sua atuação precoce e decisiva, gerando fatos e concebendo estratégias que depois passaram a ser empregadas por outros Estados e municípios e em nível nacional. Foi no maior Estado fumicultor do Brasil, o Rio Grande do Sul, que, a partir de 1975, foram dados os primeiros passos, visando à

colaboração entre governo e sociedade civil, que resultariam, inicialmente, em apoio oficial ao trabalho da Associação Médica do Rio Grande do Sul em suas campanhas por uma legislação estadual sobre tabaco e, depois, no estabelecimento do Programa Estadual de Combate ao Fumo no início da década de 1980⁵.

O outro Estado pioneiro no controle do tabagismo foi São Paulo que, com o apoio da Associação Médica Brasileira e da Universidade São Paulo, conseguiu impacto na mídia e no governo federal para que se criasse o embrião do que seria o Programa Nacional de Controle do Tabagismo⁶. Um dos primeiros atos administrativos voltado para o controle do tabagismo no Brasil aconteceu nesse Estado, com a criação do Programa de Controle do Tabagismo na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo por meio do Decreto nº 26.199, de 1986, que instituiu um grupo de trabalho para estudar e propor a regulamentação da Lei Estadual nº 5.384, de 1986, que proibiu fumar nas repartições públicas.

O terceiro foi o Estado do Paraná, cujo compromisso da Secretaria Estadual de Saúde foi oficializado em 1979, por meio de uma resolução que determinou a execução de ações educativas e informativas sobre o fumo. Em 1980, o Paraná alcançou visibilidade nacional com a Greve do Fumo, que serviu de exemplo para a primeira Lei Federal de controle do tabagismo no país, sancionada em 1986, criando o Dia Nacional de Combate ao Fumo⁷.

A atuação governamental de nível federal, no entanto, só começou a se institucionalizar em 1985, com a constituição do Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil (GACT) e a criação, em 1986, de um Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF), como uma ação conjunta das Divisões Nacionais de Pneumologia Sanitária (DNPS) e de Doenças Crônicas-Degenerativas (DNDCD) do MS, financiada com recursos das Campanhas Nacionais contra a Tuberculose e de Combate ao Câncer, logo seguido da criação de um Programa de Controle do Tabagismo, inicialmente de caráter regional, no Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Rio de Janeiro. Esse esforço teve como padrinhos institucionais os médicos Germano Gerhardt Filho, diretor da DNPS, Geniberto Paiva Campos, diretor da DNDCD, e do Ministro da Saúde, Valdir Arcoverde. A coordenação do PNCF seria transferida para o INCA/MS, no Rio de Janeiro, em 1992.

Na esfera legislativa, somente a partir de 1980, começaram a ser promulgadas leis vedando fumar em determinados ambientes no Estado do Paraná (1980), na cidade de São Paulo (1980), no Estado de São Paulo (1981) e no Estado do Rio Grande do Sul (1983)⁴. Em 1986, foi instituído, por lei nacional, o Dia Nacional de Combate ao Fumo, fato que marcou a reversão de uma tendência da nossa legislação – até então completamente voltada para a proteção da agroindústria fumageira – inaugurando, de forma ainda tímida, toda uma normatização voltada para o controle do tabagismo como problema de saúde coletiva.

A primeira Lei Federal de controle do tabagismo do país, de nº 7.488, de 11 de junho de 1986, determinava que o Poder Executivo, por meio do MS, promovesse, anualmente, na semana que anteceder o dia 29 de agosto – declarado Dia Nacional de Combate ao Fumo – uma campanha de âmbito nacional, visando a alertar a população para os malefícios advindos com o uso do fumo.

Em 1988, o PNCF estava suficientemente institucionalizado na estrutura do MS e sua coordenação sentia necessidade de planejar sua atuação num horizonte mais amplo. Foi então elaborado um Plano de Trabalho para o período de 1988-2000, que “visava a ordenar a ação governamental e a articulação não governamental de controle ao tabagismo no Brasil”⁸.

Esse plano – discutido e aprovado pelo GACT e órgãos técnicos e financiadores do MS envolvidos – estabelecia, pela primeira vez, objetivos e metas de curto e longo prazos e definia estratégias para a ação governamental e da sociedade voltada para o controle do tabagismo no Brasil, “com vistas à promoção da saúde e a redução do impacto das doenças tabaco-relacionadas”.

Passados 23 anos dessa formulação, entende-se que uma avaliação desses resultados é não apenas demonstrativa da visão do grupo que a concebeu e do cenário da Política de Saúde Pública que favoreceu sua criação e implementação nos anos que se seguiriam como do seu sucesso e da atualidade das metas e estratégias então propostas. Ela evidencia, também, que o planejamento de ações de Saúde Pública baseado em evidências se constitui em uma ferramenta fundamental para o sucesso das intervenções efetuadas e que a institucionalização do programa com uma proposta de gestão definida favorece sua implementação.

Portanto, este estudo tem o objetivo de analisar a criação, implementação e resultados do PNCF, concebido em 1988 pelo governo federal, estabelecendo estratégias e metas para o controle do tabagismo no país em cinco grandes campos de atuação: (i) ação educativa junto a profissionais de saúde e educação; (ii) ação educativa junto a grupos populacionais de risco e à população em geral; (iii) ação legislativa e na esfera econômica; (iv) ação médico-social; e (v) ação de pesquisa e informação.

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo com pesquisa histórica e documental em páginas da Internet e publicações antigas do PNCF/MS e em bancos virtuais de publicações, em especial no SciElo, usando como descritores “tabagismo no Brasil”, “controle do tabaco”, “PNCF”, “história do controle do tabagismo”. As informações colhidas foram então analisadas de acordo com as políticas de controle do tabaco de redução de demanda identificadas no pacote MPOWER da Organização Mundial da Saúde (OMS) e examinadas quanto à sua adesão aos princípios delineados

na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) da OMS e suas guias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Duas grandes metas de controle do tabagismo foram estabelecidas pelo Plano: (i) reduzir o consumo de produtos de tabaco; e (ii) reduzir a prevalência do tabagismo.

A escolha do consumo de produtos de tabaco como indicador, adicional à prevalência do tabagismo, se deveu ao fato de os inquéritos populacionais ainda serem raros e irregulares naquele período, restando o consumo *per capita*, como a principal informação disponível para o monitoramento regular da epidemia. O contrabando de cigarros – importante limitador de emprego dessa classe de indicador, ao lado de não permitir desagregação de dados por idade, sexo e renda – não era relevante na época e seu crescimento se deu a partir do início da década de 1990⁹.

Em 12 anos, isto é, até o ano 2000, o Plano previa estabilizar o consumo de cigarros – total e *per capita* – em relação ao nível de consumo de 1988, e reduzir a prevalência de tabagismo a 30%, entre adultos, e a menos de 5%, entre adolescentes e jovens.

Para o cumprimento dessas metas, foram estabelecidos cinco grandes campos de atuação estratégica: (i) ação educativa junto a profissionais de saúde e educação; (ii) ação educativa junto a grupos populacionais de risco e à população em geral; (iii) ação legislativa e na esfera econômica; (iv) ação médico-social; e (v) ação de pesquisa e informação.

As ações educativas se voltavam tanto para os grupos considerados prioritários para a implementação das estratégias definidas (profissionais de saúde e educação, legisladores, autoridades sanitárias e formadores de opinião) como para os segmentos populacionais de risco (crianças, adolescentes e jovens; gestantes e pacientes de risco; fumantes passivos; trabalhadores). Foram previstas a ação educativa direta junto àqueles grupos; a produção e difusão de informação técnico-científica; a integração de ações de educação para a saúde nos currículos escolares, nos serviços de saúde e nos ambientes de trabalho; a realização de campanhas de comunicação social; e a sensibilização e mobilização de formadores de opinião.

A ação legislativa visava a estimular a produção, pelos legislativos federal, estaduais e municipais, das leis identificadas como necessárias, encaminhando anteprojeto de lei, atuando junto a legisladores e oferecendo-lhes informação, apoio técnico e assessoramento. As prioridades nessa área eram obter leis nacionais (i) proibindo o uso de tabaco em locais públicos fechados; (ii) proibindo a publicidade de produtos de tabaco e o patrocínio de eventos culturais e esportivos pelos produtores de tabaco, e (iii) obrigando a existência de advertências nos maços de cigarro.

Na esfera econômica, o Plano pretendia obter a formulação de uma política de governo, a cargo do MS, que “atenda aos interesses da saúde da população, sem comprometer a arrecadação fiscal e o emprego”. Aqui os principais objetivos eram: (i) aumentar a taxa de produtos de tabaco até, no mínimo, 80% do preço de venda, e (ii) excluir o preço do cigarro do cálculo dos índices de custo de vida.

A ação médico-social concentrava-se no estímulo à implantação de “programas para parar de fumar” por parte de organizações governamentais e não governamentais.

O Plano previa, também, o estímulo e o financiamento de estudos e inquéritos destinados à produção de informação epidemiológica de interesse para o diagnóstico, o acompanhamento e a avaliação da ação do governo e da evolução do problema. Seria buscada, ainda, a cooperação técnica com organismos internacionais, com vistas ao desenvolvimento científico e tecnológico nacional no campo do controle do tabagismo.

Um aspecto estratégico inovador que se configurou neste plano – e que se adequava à criação, naquele período, do Sistema Único de Saúde (SUS) – foi o do estímulo à criação e ampliação de programas nos níveis estadual e municipal e junto a organizações não governamentais, com o entendimento de que era a esses níveis que o programa provocaria impacto na população, sempre com o auxílio e apoio da comunidade e de organizações diversas. O Programa, com efeito, se descentralizou e envolveu centenas de municípios por meio da promoção de treinamentos regulares aos níveis estaduais e municipais e a utilização deste modelo de gestão se configurou como essencial ao seu desenvolvimento.

Outra perspectiva que já se configurava nesse plano era a da multissetorialidade, com previsão de envolvimento de diversos ministérios, o que viria a se efetivar nas décadas seguintes, com a criação da Comissão Interministerial de Negociação da CQCT, e da sociedade civil organizada, o que também ocorreu.

A política que se desenhava para o controle do tabagismo no Brasil adotava, como diretrizes, as recomendações da OMS de 1979, estabelecidas na 33ª Assembleia Mundial de Saúde, de 1980¹⁰, além daquelas da Carta de Salvador, de 1979¹¹, na qual um grupo de médicos, reunidos em seminário, “indicam medidas fundamentais antitabágicas” a serem implementadas no país.

O advento da CQCT, em maio de 2003¹², e a formulação da estratégia MPOWER – Plano de Medidas da OMS para Reverter a Epidemia de Tabagismo –, em 2008¹³, permite apreciar com outros olhos as estratégias e metas do PNCF 1988-2000, reconhecendo sua coerência e atualidade.

O Quadro 1 mostra a correlação entre as disposições da Convenção-Quadro e as correspondentes medidas atualmente recomendadas pela OMS (Plano de Medidas MPOWER) e as metas estabelecidas pelo Plano de

Trabalho para o Período de 1998-2000 do PNCF (1988-2000). Por meio dessa comparação, fica evidente que, já em 1988, a política para o controle do tabagismo formulada pelo GACT e pela coordenação do PNCF, do MS, antecipava – com alguns pontos que viriam a ser revistos de acordo com pesquisas futuras que mudaram o paradigma da proteção do não fumante – diretrizes, metas e estratégias que, mais tarde, viriam a ser recomendadas pela OMS e consolidadas na CQCT.

Os resultados obtidos no país, com a implementação dessa política, parecem confirmar sua efetividade (Quadro 2).

Uma diferença que chama a atenção entre a política do PNCF 1988 e o CQCT/MPOWER (2003/2008) é a estratégia adotada para proteger a população da fumaça do tabaco. A Meta 11 do PNCF 1988 era de, até 1990, existir lei federal proibindo o uso de tabaco em locais públicos fechados (em especial escolas, serviços de saúde e transportes coletivos) e estabelecendo áreas separadas para fumantes e não fumantes nos locais de trabalho e de consumo de alimentos. Essa estratégia não se alinha com o conhecimento atual de que nenhuma tecnologia de ventilação e condicionamento de ar, disponível atualmente, é capaz de eliminar as substâncias particuladas da fumaça do cigarro e reduzir a exposição à poluição tabágica ambiental a níveis seguros¹⁴, e de que “os ambientes completamente livres de fumo são o único meio comprovado de proteger adequadamente as pessoas em relação aos efeitos nocivos do fumo passivo”¹³. Ela era, no entanto, coerente com o que se sabia então, já que os estudos sobre impacto da poluição tabágica sobre a saúde dos fumantes passivos apenas se iniciavam¹⁵.

A meta do PNCF foi alcançada em 1996 com a aprovação, pelo Congresso Nacional, da Lei nº 9.294, de 1996, que proibiu fumar em ambientes fechados, mas que permitiu a criação de fumódromos, atualmente uma das mais importantes questões sanitárias a ocupar a agenda do Legislativo Federal. Vale notar que, em 1996, o PNCF já advogava “ambientes livres de fumaça do tabaco” sem o estabelecimento de área designadas para fumantes, mas a influência e interferência da indústria fumageira foi mais forte, ficando patente na construção do projeto de lei que foi aprovado naquele ano pelo parlamento brasileiro¹⁶.

A meta de aumentar a taxa de cigarros a 80% do preço ao consumidor não foi atingida. No entanto, dados da Secretaria da Receita Federal mostram que há uma aproximação disso: os tributos corresponderam a 71,6% do preço do maço de cigarros, em 2007; a 72,2%, em 2008; e a 76,3%, em 2009.⁹ De qualquer forma, e, infelizmente, essa política só se refletiu em aumento real de preços a partir de 2009, já que os cigarros brasileiros continuam entre os mais baratos do mundo, tornando-os acessíveis, em especial para os jovens e a população de baixa renda.

Em relação à implantação de programas de cessação, cujo objetivo era estarem disponíveis em, pelo menos,

Quadro 1. Correlação entre as medidas recomendadas pelo Plano de Medidas [da OMS] para Reverter a Epidemia de Tabagismo (MPOWER) decorrente da CQCT e as metas estabelecidas pelo Plano de Trabalho para o Período de 1998-2000 do PNCF (1988-2000)

| MPOWER/CQCT (2003/2008) | PNCF (1988-2000) |
|---|---|
| M – Monitorar o uso de tabaco e as políticas de prevenção (CQCT, Art. 20) | Meta 16 – Produzir informação estatística e epidemiológica de interesse para o diagnóstico, o acompanhamento e a avaliação da ação do governo e da evolução do problema |
| P – Proteger a população contra a fumaça do tabaco (CQCT, Art. 8º) | Meta 11 – Até 1990, deverá existir lei federal proibindo o uso de tabaco em locais públicos fechados (em especial escolas, serviços de saúde e transportes coletivos) e estabelecendo áreas separadas para fumantes e não fumantes nos locais de trabalho e de consumo de alimentos |
| O – Oferecer ajuda para a cessação do fumo (CQCT, Art. 14) | Meta 15 – Até o ano 2000, todas as unidades federadas e cidades com mais de um milhão de habitantes deverão possuir programas para deixar de fumar |
| W – Advertir sobre os perigos do tabaco (CQCT, Arts. 11 e 12) | Metas 5 a 10 – Desenvolver ação educativa dirigida a profissionais de saúde e de educação; difundir informação científica para profissionais de saúde e educação, legisladores, autoridades sanitárias, instituições de saúde; desenvolver ação educativa dirigida a população em geral e grupos prioritários (crianças, adolescentes e adultos jovens, grávidas, trabalhadores, pacientes de risco e fumantes passivos) nas escolas, serviços de saúde, organizações comunitárias e ambientes de trabalho; realizar campanhas de comunicação social Meta 12 b – Até 1995, deverá existir lei federal obrigando a existência de advertências nos maços de cigarros, pacotes de tabaco e demais produtos de tabacaria, bem como em todo material publicitário sobre os mesmos |
| E – Fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio. (CQCT, Art. 13) | Meta 12 a – Até 1995, deverá existir lei federal proibindo a promoção, a propaganda, a publicidade direta e indireta, o apoio e o patrocínio de eventos culturais e esportivos por produtores, fabricantes, beneficiadores, industriais e vendedores de produtos de tabaco |
| R – Aumentar os impostos sobre o tabaco (CQCT, Art. 6º) | Meta 13 – Aumentar progressivamente a taxaço dos produtos de tabaco até, no mínimo, 80% do preço de venda, até o ano 2000 |

todas as cidades com mais de um milhão de habitantes, até o ano 2000, a meta, aparentemente, foi atingida: até junho de 2010, 1.594 unidades de saúde da rede do SUS, em 715 municípios, mantinham esses programas. Além disso, o governo mantém um *call center* que fornece orientações sobre como parar de fumar, por meio de ligações telefônicas disponibilizadas gratuitamente. Essa é uma atividade que cresce de forma importante em nosso país, tanto como ação estatal como privada. Vale reportar que o país já tem mais ex-fumantes do que fumantes: 26 milhões contra 24,6 milhões¹⁷.

Desde 1985 até os dias de hoje, várias campanhas de mídia escrita, falada e televisiva foram veiculadas de forma regular, mais ou menos intensa, em níveis nacional e regional. A partir de 1988, mensagens de advertência

passaram a ser obrigatórias nos maços de cigarros e, em 2002, imagens passaram a ilustrar as mensagens, universalizando o acesso à informação sobre os malefícios dos cigarros. Resultados de pesquisas recentes mostram que 75% dos fumantes atuais pensaram em parar de fumar devido a essa política¹⁸. Como decorrência das campanhas informativas e das imagens de advertência, a informação disponível mostra que 96,1% das pessoas com 15 anos ou mais acreditam que fumar pode causar graves doenças; 91,4% sabem que a fumaça do cigarro pode causar doenças, e 77% referem ter sido informadas a respeito por meio de televisão ou rádio¹⁸.

A proibição de publicidade e de patrocínio foi alcançada em 2000, resultado de inúmeras proposições legislativas de iniciativa tanto parlamentar como do Poder

Quadro 2. Resultados alcançados em relação ao controle do tabagismo no Brasil, segundo as medidas recomendadas pelo Plano de Medidas [da OMS] para Reverter a Epidemia de Tabagismo (MPOWER) decorrente da CQCT e as metas estabelecidas pelo Plano de Trabalho para o Período de 1998-2000 do PNCF (1988-2000)

| MPOWER/CQCT (2003/2008) | PNCF (1988-2000) | Situação atual |
|--|--|--|
| M – Monitorar o uso de tabaco e as políticas de prevenção (CQCT, Art. 20) | Meta 16 – Informação estatística e epidemiológica | Existência de informação estatística e epidemiológica suficiente para monitoramento da atuação governamental e da situação de controle |
| P – Proteger a população contra a fumaça do tabaco (CQCT, Art. 8º) | Meta 11 – Lei Nacional de Ambientes Livres do Tabaco | Lei vigente (1996) proíbe fumar em recinto coletivo privado ou público (repartições públicas, serviços de saúde, estabelecimentos de ensino, bibliotecas, cinemas, teatros, ambientes de trabalho e transportes públicos), mas permite ‘fumódromos’, isto é, áreas destinadas exclusivamente a fumante, “devidamente isoladas e com arejamento conveniente”. Inúmeras leis estaduais e municipais proíbem fumar em ambientes de uso coletivo. Extinção de fumódromos é matéria de projeto de lei federal |
| O – Oferecer ajuda para a cessação do fumo (CQCT, Art. 14) | Meta 15 – Programas para deixar de fumar | Existência de programa no sistema público de saúde, gratuito, desde 2004. Disque Parar de fumar disponibilizado gratuitamente desde 2002. Demanda crescente e reprimida |
| W – Advertir sobre os perigos do tabaco (CQCT, Arts. 11 e 12) | Metas 5 a 10 – Informação Meta 12 b – Advertências | Inquéritos informam elevadas taxas de conhecimento sobre “os malefícios do fumo” entre todos os segmentos populacionais Constituição Federal de 1988 determina a existência de advertências; existência de advertências com imagens “que ilustrem o seu sentido” desde 2001 |
| E – Fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio (CQCT, Art. 13) | Meta 12 a – Proibição da promoção, propaganda e patrocínio | Constituição Federal de 1988 determina que a publicidade “estará sujeita a restrições legais”. Publicidade restrita a pontos de venda; promoção e patrocínio proibidos. (Lei nº 9.294, de 1996) Restrição/proibição de publicidade/promoção em pontos de venda é matéria de projetos de lei no Legislativo Federal |
| R – Aumentar os impostos sobre o tabaco (CQCT, Art. 13) | Meta 13 – Taxação | Impostos correspondem a 72% a 76% do preço ao consumidor (2007 a 2009) |

Executivo e depois de uma longa e trabalhosa tramitação, também com forte *lobby* contrário da indústria fumageira¹⁹. A publicidade de produtos de tabaco está, hoje, banida dos meios de comunicação, com exceção daquela feita em pontos de venda, que se ampliou imensamente a partir de então, da mesma forma que a publicidade institucional e de responsabilidade corporativa social. Como resultado, 31,3% da população brasileira com mais de 15 anos referem observar publicidade de cigarros onde eles são vendidos e 21,3%, em outros locais e em eventos esportivos¹⁷⁻¹⁸.

A informação disponível demonstra o sucesso do programa brasileiro de controle do tabagismo e o atingimento das principais metas definidas em 1988.

Os dados oficiais mostram uma queda significativa e sustentada tanto do consumo de cigarros (Gráfico 1) – mesmo se considerando o contrabando de cigarros, que começa a crescer de forma importante no início da década de 1990, – como da prevalência de tabagismo. Em anos mais recentes, essa queda tem sido mais notada entre homens, com as mulheres mantendo seu consumo estável (Tabelas 1 e 2).

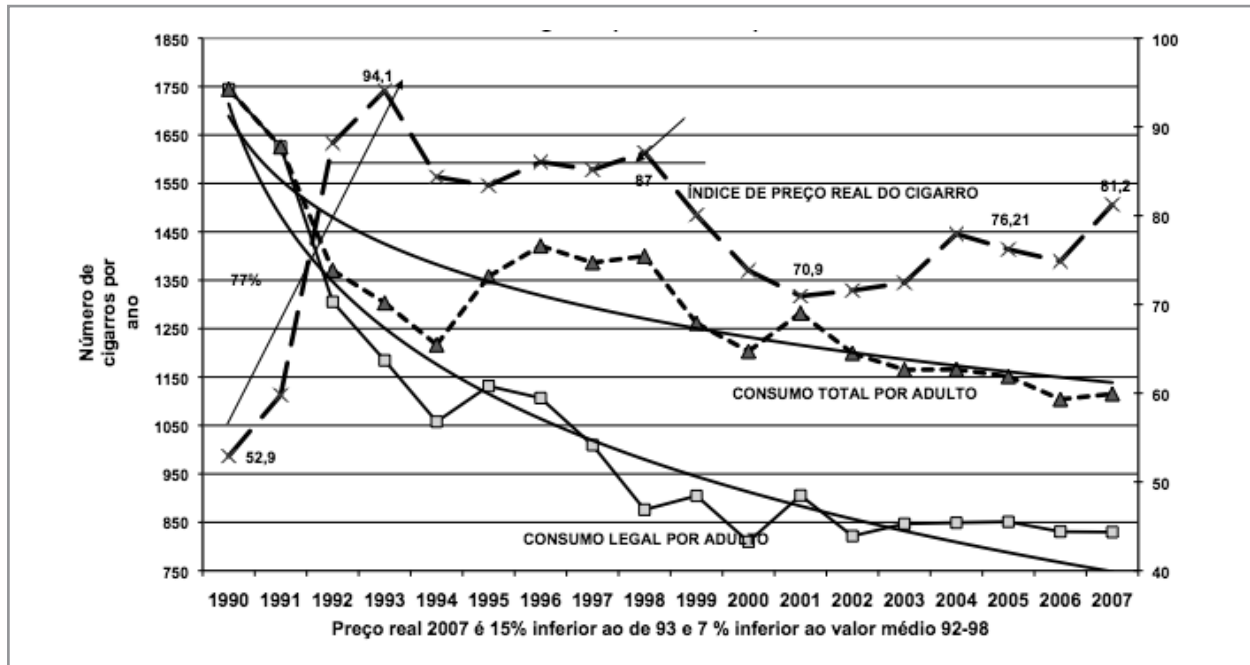


Gráfico 1. Consumo legal e total por adulto (unidades) e índice de preço real do cigarro (Dez 93=100)

Fonte: Iglesias et al. (2007)⁹

Tabela 1. Prevalência (%) de tabagismo entre adultos entre 1989 e 2010, por sexo, segundo estudos de base populacional. Brasil

| Ano | Inquérito | Prevalência (%) | | |
|-----------|--------------------------|-----------------|--------|----------|
| | | Total | Homens | Mulheres |
| 1989 | PNSN ³ | 34,8(*) | 40,3 | 26,2 |
| 2003 | PMS ²⁰ | 18,1(**) | 22,5 | 14,4 |
| 2002/2003 | INCA ²¹ | 18,5(*) | 22,8 | 15,2 |
| 2008 | PETab/IBGE ²² | 17,2(*) | 21,6 | 13,1 |

(*) 15 anos e +; (**) 18 anos e +

Fonte: VIGITEL/MS²³

Tabela 2. Prevalência de tabagismo entre adultos (18 anos e mais), segundo o sexo, em 26 capitais e no Distrito Federal. Brasil, 2006-2010

| Ano | Total | Homens | Mulheres |
|------|-------|--------|----------|
| 2006 | 16,2 | 20,2 | 12,7 |
| 2007 | 16,6 | 21,3 | 12,5 |
| 2008 | 16,1 | 20,5 | 12,4 |
| 2009 | 15,5 | 19,0 | 12,5 |
| 2010 | 15,1 | 17,9 | 12,7 |

(*) 15 anos e +; (**) 18 anos e +

Fonte: VIGITEL/MS²³

Estudos independentes confirmam esse fato²⁴ e seu impacto na redução da mortalidade associada ao tabagismo²⁵, fazendo desse programa um dos maiores sucessos de prevenção e promoção da saúde do país.

CONCLUSÃO

O PNCF de 1988 constituiu em um avanço no planejamento de uma das principais ações de prevenção e de controle de doenças do governo brasileiro e permitiu orientar a construção de um programa permanente e de abrangência nacional, com impacto real bem documentado no nível de saúde de nossa população. O modelo de gestão do programa pode servir de exemplo para outros programas de promoção da saúde no país, dada a sua inserção dentro da lógica do SUS e da abordagem pioneira na utilização da política multissetorial para o controle de fatores de risco.

A série de conquistas efetivadas, a partir da formulação do PNCF em 1988, resultou em uma notável queda no consumo de tabaco e na prevalência de fumantes no país, em todas as faixas etárias e em ambos os sexos.

No entanto, passadas duas décadas, alguns desafios persistem, entre os quais se destacam a necessidade de adoção de uma política de aumento regular de impostos e de preços; a proibição de fumar em ambientes públicos fechados, sem áreas designadas para fumantes; a proibição da publicidade institucional, de responsabilidade corporativa social e em pontos de venda; a ampliação do acesso ao tratamento para os usuários de tabaco, e o fortalecimento de estratégias voltadas para a informação pública em grupos mais vulneráveis, seja por meio de advertências nos maços de cigarro, seja por meio de programas de educação e comunicação social.

Novas áreas que não foram contempladas pelo programa de 1988, como a regulamentação dos produtos de tabaco, o controle do contrabando e o apoio a alternativas ao cultivo do tabaco, devem ser objeto de crescente apoio governamental e constituem as atuais prioridades no controle do tabagismo no Brasil.

Finalmente, o programa de 1988 deu lugar a um programa muito mais abrangente, consubstanciado na CQCT, da OMS, que o país deverá honrar como forma de avançar no seu compromisso com a Saúde Pública.

CONTRIBUIÇÕES

Ambos os autores contribuíram na concepção e planejamento do artigo, na obtenção, análise e interpretação das informações e na redação do material.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil (GACT). Tabagismo

- e saúde: informação para profissionais de saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.
2. Joly DJ. El habito de fumar cigarillos en la America Latina: una encuesta en ocho ciudades. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1975 ago;79(2):93-111.
 3. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Global adult tobacco survey Brazil 2008. Rio de Janeiro: INCA; 2010.
 4. Rosemberg J. Tabagismo: sério problema de saúde pública. São Paulo: Almed; 1981.
 5. Pan American Health Organization. Control del hábito de fumar: taller subregional para el Cono Sur y Brasil, Argentina, Brasil, Chile, Uruguay, Buenos Aires, Argentina, 18-22 de noviembre de 1985. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1986. 346 p.
 6. Mirra AP, Marcondes RS, Pereira IMTB, Stewien GTM. Resgate histórico do controle do tabagismo na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: relato de uma experiência. Saude soc. 2009 jan-mar;18(1):164-70.
 7. Mirra AP, Rosemberg J. A história da luta contra o tabagismo [Internet] [citado 2011 jul 15]. Disponível em: http://www.amb.org.br/teste/comissoes/anti_tabagismo/artigos/a_historia_da_luta_contra_o_tabagismo.html
 8. Costa e Silva VL, Romero LC. Programa Nacional de Combate ao Fumo: plano de trabalho para o período 1988-2000. Rev Bras Cancerol. 1988;34(4):245-54.
 9. Iglesias R, Jha P, Pinto M, Costa e Silva VL, Godinho J. Controle do tabagismo no Brasil. Washington (DC): Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/ Banco Mundial; c2007. 119 p. (Documento de discussão – saúde, nutrição e população).
 10. Organização Mundial da Saúde. Assembleia Mundial da Saúde. 33. Assembleia: WHO's programme on smoking and health. Genebra: OMS; 1980. (WHA; 33.35).
 11. Rosemberg J. Tabagismo: sério problema de saúde pública. 2a ed. São Paulo: Almed; 1987. Carta de Salvador: o tabagismo – um novo desafio; p. 313-20.
 12. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Convenção-quadro para o controle do tabaco. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 58 p.
 13. MPOWER: um plano de medidas para reverter a epidemia de tabagismo. Genebra: Organização Mundial da Saúde; c2008.
 14. American Society of Heating, Refrigerating and Air-conditioning Engineering. ASHRAE position document on environmental tobacco smoke. Atlanta: ASHRAE; 2010.
 15. Costa e Silva VL, Koch HÁ, Campos GP. A questão do tabagismo em alguns hospitais do município do Rio de Janeiro. Rev Bras Cancerol. 1986;32(1):43-6.
 16. Bialous AS, Presman S, Gigliotti A, Muggli M, Hurt R. A resposta da indústria do tabaco à criação de espaços livres de fumo no Brasil. Rev Panam Salud Públ. / Pan Am J Public Health. 2010;27(4):283-90.

17. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco - CONICQ. Relatório de gestão e progresso, 2010. Rio de Janeiro: INCA; 2010.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008: Pesquisa Especial de Tabagismo em pessoas de 15 anos ou mais de idade - PETAB. Rio de Janeiro: IBGE; 2008.
19. Romero LC. A regulamentação da publicidade de produtos de tabaco pelo Legislativo Federal. *Rev inf legis*. 2000;37(148):303-9.
20. Szwarcwald CL, Viacava F. Pesquisa mundial de saúde no Brasil, 2003 [editorial]. *Cad Saúde Pública*. 2005;21 supl 1:S4-5.
21. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003 [Internet]. [Rio de Janeiro: INCA; data desconhecida]. Capítulo 5, Tabagismo; [citado 2011 jul 15]; p. 53-67. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/tab.pdf>
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Tabagismo 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2009 [citado 2011 jul 15]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/tabagismo.pdf>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 110 p. (Série G. Estatística e informação em saúde).
24. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Organ*. 2007 Jul;85(7):527-34.
25. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011 maio 9:61-74. (Séries Saúde no Brasil; 4). DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

Abstract

Introduction: The tobacco epidemic greatly sped up in Brazil in the decade of 1970; its confrontation, however, were limited of some medical organizations initiatives. A National Program Against Smoking was created in the structure of the Health Ministry in 1985 and, in 1988, its coordination felt necessity to plan its performance in a ampler horizon.

Objective: To analyze the creation, implementation and results of the National Tobacco Control Program, designed in 1988 by the federal government, providing goals and targets for tobacco control actions in the country in five major strategic areas: (i) educational activities including health and education professionals, (ii) awareness raising activities with the general population and the groups at risk, (iii) legislative and economic goals (iv) medical and social action, and (v) research and information. **Method:** Qualitative; historical and documental research. **Results:** The plan allowed important advances in the government performance, successfully meeting goals and reducing tobacco smoking and consumption prevalence per capita in the country. **Conclusion:** The program established in 1988 anticipated the main strategies that are, today, recommended by the World Health Organization. By designing a strategic vision of the problem, creating a management model, and including a multidisciplinary and decentralized approach, the plan became an essential tool for the success of public health actions for tobacco control in Brazil.

Key words: Smoking/history; Smoking/prevention & control; National Program of Tobacco Control; Brazil

Resumen

Introducción: La epidemia de tabaquismo aceleró grandemente en Brasil en la década de 1970; su confrontación, sin embargo, era limitada a unas pocas iniciativas de organizaciones médicas. El Programa Nacional contra el Tabaco fue creado en la estructura del Ministerio de la Salud en 1985 y, en 1988, su coordinación sentía necesidad que planear en un horizonte más amplio. **Objetivos:** Analizar la creación, implementación y resultados del Programa Nacional contra el Tabaquismo, aprobado en 1988 por el gobierno federal, proporcionando los objetivos y metas para el control del tabaco en el país en cinco grandes áreas estratégicas de acción: (i) actividades educativas para los profesionales salud y educación, (ii) actividades educativas con la población en general y los grupos de alto riesgo, (iii) acción legislativa y en la esfera económica, (iv) acción médica y social, y (v) actividades de investigación e información. **Método:** Estudio cualitativo; investigación histórica y documental. **Resultados:** En todas las áreas hubo importantes avances en las medidas adoptadas por el gobierno, cumplimiento de las metas y reducción de la prevalencia de tabaquismo y del consumo *per capita* de tabaco. **Conclusiones:** El Plan de 1988 ya contenía las principales estrategias hoy día recomendadas por la Organización Mundial de la Salud. Por adoptar una visión estratégica en la planificación en salud, crear un modelo de gestión adecuado a su desarrollo e incluir un enfoque multidisciplinario y descentralizado, fueran elementos esenciales para el éxito de las acciones de control del tabaquismo en Brasil.

Palabras clave: Tabaquismo/historia; Tabaquismo/prevenición y control; Programa Nacional de Control del Tabaquismo; Brasil