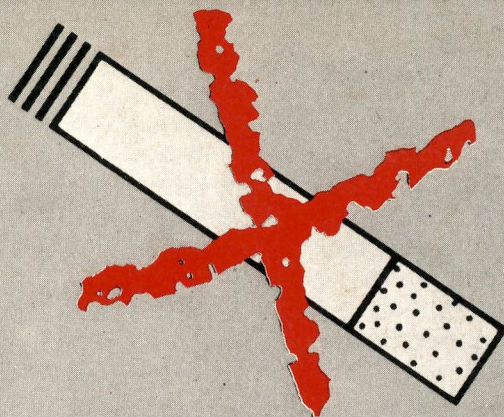


BRASIL 91

Cr\$ 40,00



FELIPE TABORDA

COMBATE AS DROGAS - FUMO

Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer

616.865
B823c
1992
MEMOTEC

**CONTROLE DO TABAGISMO:
UM DESAFIO**

Controle do Tabagismo: Um Desafio

Errata

pag. 12

Onde se lê: existem 30,6 milhões de fumantes..... o que corresponde a

32,6% da população dessa faixa etária.

o que corresponde a

Leia-se:

existem 30,6 milhões de fumantes.....

23,9% da população dessa faixa etária.



A
15
BRA

Ministério da Saúde

Instituto Nacional de Câncer

Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco)

Av. Venezuela nº 134/bloco A/9º andar - Centro

CEP 20.081 Rio de Janeiro - Brasil

Tels: (021) 263-8565/263-6568/253-1956

Fax: (021) 263-8297

CONTROLE DO TABAGISMO: UM DESAFIO

Rio de Janeiro - março 1992

c 1992 Ministério da Saúde

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

Tiragem 8.000 exemplares

Edição,
distribuição e

informações: Instituto Nacional de Câncer (INCa)

Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco)

Av. Venezuela, 134/bl. A/9º andar

CEP 20081 - Rio de Janeiro - RJ

Tels.: (021)263-6568/263-8565/253-1956

Fax.: (021)263-8297

Capa: selo emitido em 7 de abril de 1991 pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. Artista: Felipe Tabora

Impresso no Brasil/Printed in Brazil
ISBN

Ficha catalográfica



Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCa).
Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco)
Controle do Tabagismo: um desafio. Ministério da Saúde. 1ª
edição.

Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer/Coordenação de
Programas de Controle de Câncer

616.863
B823c
1992

Controle do tabagismo: um desafio

Editor

Vera Luiza da Costa e Silva ¹

Co-editores

Evaldo de Abreu ¹

Luisa da C. e Silva Goldfarb ¹

Maria Goretti Pereira Fonseca ³

Miguel Aiub Hijjar ²

Stella Aguinaga ¹

Colaboradores

Jorge Wanderley ¹

Apoio Administrativo

Alexandre Ferreira de Sousa ¹

Fernando de Souza Paiva Filho ¹



¹ Pro-Onco/INCa/MS - Rio de Janeiro

² CRPHF/FNS/MS - Rio de Janeiro

³ FNS/MS - Brasília - DF

SUMÁRIO

Apresentação	05
01. Características do país	07
02. Dados de meio ambiente	09
03. Economia	11
04. Prevalência	12
05. Análise descritiva das doenças tabaco-associadas	14
06. Histórico	19
07. O Programa Nacional de Combate ao Fumo	20
08. Informação, educação e pesquisa	22
09. Eventos	25
10. Consumo <i>per capita</i>	27
11. Legislação	28
12. Conclusão	32
Bibliografia	34

Apresentação

O Instituto Nacional de Câncer, cumprindo suas finalidades constitucionais, de promoção da saúde e prevenção do câncer, traça um perfil das ações do controle do tabagismo no Brasil. A epidemia tabágica é caracterizada aqui por dados que abrangem todas as etapas envolvidas na produção e consumo do tabaco, do plantio à prevalência deste vício, passando por aspectos econômicos, legislativos, ambientais e organizacionais da luta contra o fumo no país.

Este trabalho utilizou os dados apresentados pelos coordenadores de programas contra o fumo, dos diversos níveis, na 3ª Reunião Brasileira de Programas de Combate ao Fumo, realizada em Salvador no ano de 1989, consolidados no documento "A Organização da Luta Contra o Fumo no Brasil". Essa reunião foi coordenada pelo Pro-Onco e pelo Centro de Referência Prof. Hélio Fraga, órgãos do Ministério da Saúde, responsáveis, nesta época, pelo Programa Nacional de Combate ao Fumo. Este documento, marco do momento de maior organização atingida pelo Programa até então, propõe estratégias e ações a serem desenvolvidas pelos órgãos envolvidos em atividades anti-tabágicas.

Os dados adicionais, coletados posteriormente pelos editores, complementam este perfil do controle do tabagismo no país, que é aqui apresentado.

Marcos F. Moraes
Diretor
Instituto Nacional do Câncer

Características do país

O Brasil é o maior país da América Latina e o quarto maior do mundo, com uma área de 8.511.965 Km². Situado na região centro-leste da América do Sul, possui uma população total de 146.150.000 habitantes. O maior contingente populacional situa-se na costa Atlântica, principalmente nas regiões sudeste e sul. Os principais indicadores demográficos e sociais são descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Indicadores demográficos e sociais (1990-1995)

Densidade populacional	17.7 habitantes por km ²
% da população < 15 anos	35.2%
Taxas:	
<i>Natalidade (1000 não padronizada)</i>	26.1
<i>Fecundidade (filhos por mulher) (1991)</i>	< 3.0
<i>Crescimento populacional (% / ano, 91)</i>	1.8
<i>Mortalidade (1000 não padronizada)</i>	7.5
<i>Expectativa de vida ao nascer</i>	66.2
<i>Mortalidade infantil (1000 não padronizada)</i>	56.54
Indicadores sócio-econômicos (1988):	
<i>População urbana(1990)</i>	74.2%
<i>Alfabetizados (> 15a - 1989)</i>	79.3%
<i>PIB (US\$ milhões em 1988)</i>	328,860
<i>Renda per capita(US\$)</i>	2,280
<i>Crescimento econômico 1980-1988</i>	1.8%
<i>Agricultura (1990)</i>	9.0%
<i>Indústria (1990)</i>	34.3%
<i>Serviços (1990)</i>	56,7%
<i>Dívida externa (US\$ milhões 1988)</i>	96,545
<i>Taxa de inflação anual (1980-1988)</i>	188.7%
<i>Taxa médico/pessoa (1984)</i>	1:1080
<i>Leitos hospitalares/pessoa (1986)</i>	1:287
<i>Taxa de matrícula (1987)</i>	primeiro grau 103%
	segundo grau 39%
	terceiro grau 11%

Fonte: Banco Mundial 1991 / IBGE 1992

A República Federativa do Brasil é composta por 26 estados e o Distrito Federal (Brasília), capital do país, que se localiza na região centro-oeste (Goiás). As principais cidades brasileiras encontram-se nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Bahia, Rio Grande do Sul, Paraná, Pernambuco e Ceará.

Etnicamente a mistura de indígenas, negros, diferentes elementos europeus e asiáticos confere á população uma característica peculiar, com predominância de brancos e mestiços. O português é a língua corrente em toda a extensão territorial e, a religião principal é a católica.

O sistema de saúde do país é administrado pelo Ministério da Saúde no nível central, e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, obedecendo a divisão política do país. Instituições de saúde privadas, conveniadas com o governo federal, são responsáveis por uma importante parte de atendimento da população ao lado da rede pública das três esferas administrativas. O atendimento primário é, no entanto, na sua quase totalidade, público. Cerca de 70% dos recursos totais da saúde pública são gastos em hospitais e se concentram nas regiões mais desenvolvidas no país. Os investimentos em promoção e proteção da saúde para adultos são muito baixos, apesar do crescente índice de mortalidade por doenças crônico-degenerativas.

Dados de meio ambiente

A cultura do tabaco no Brasil tem causado forte impacto ambiental, decorrente do desmatamento contínuo e indiscriminado. Ela ocupava, 271 mil hectares em 1990, das terras agricultáveis do país. A região sul do país (Santa Catarina, R.Grande do Sul e Parana) abriga 94% desta cultura. Os 6% restantes estão distribuídos em outras regiões (Minas Gerais, Alagoas e Bahia).

O desmatamento destina-se ao preparo da terra para o plantio e, em maior escala, para a obtenção de lenha, que serve como combustível nos 96.000 fornos utilizados na cura das folhas do tabaco. Este é o tipo de combustível predominantemente utilizado na região sul. No Rio Grande do Sul, a cobertura de mata nativa era, à época do descobrimento, de 40% da sua área, atualmente reduzida a 2,6% e, há uma previsão de extinção desse restante em cinco anos. A derrubada tem um ritmo de 50 árvores por minuto perfazendo um total de 25 milhões por ano.

O preparo da terra para o plantio do tabaco necessita da utilização de grandes quantidades de calcáreo e outras substâncias, o que leva a uma depleção do solo muito superior à causada por outras culturas.

Acrescente-se o fato de que o consumo de nutrientes do solo, neste tipo de cultura, é maior do que no plantio de alimentos, causando uma depleção do solo muito superior á causada por outras culturas.

No plantio de tabaco, grandes quantidades de agrotóxicos são empregadas, como esterilizadores de solo de alta toxicidade, antibrotantes de média toxicidade e inseticidas e neumaticidas de altíssima toxicidade, causando danos à saúde dos plantadores e ao ecossistema.

A substituição da cultura do tabaco, por outras formas de produção rural vem sendo discutida por grupos interessados na defesa do meio ambiente e proteção à saúde do trabalhador.

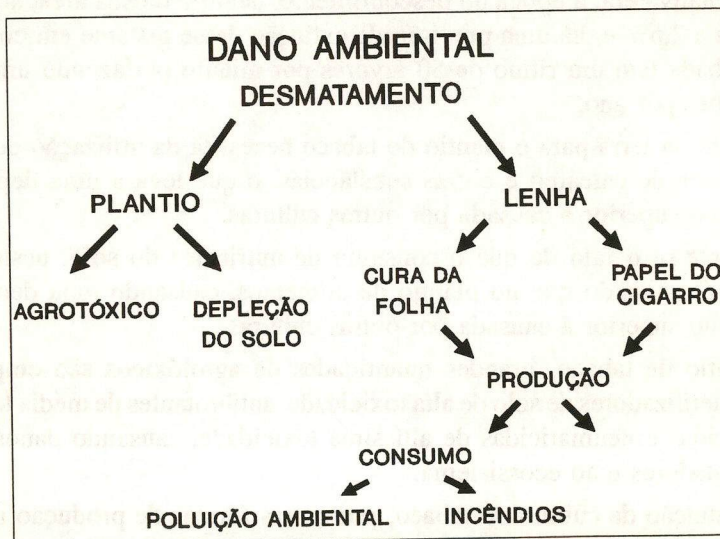
Outra questão de importância ambiental é a do cigarro como causador de incêndios.

Poucos estados possuem dados sobre a quantidade de incêndios causados por pontas acesas de cigarros. A maioria das UF desconhece as repercussões do tabagismo sobre centros urbanos e rurais. Citamos abaixo os dados que nos foram fornecidos:

- . Ceará - 57% (incêndio florestal) e 12% (incêndio urbano)
- . Pernambuco (Recife) - 2% (incêndio florestal)
- . Alagoas - 3% (incêndio florestal) e 20% (incêndio urbano)
- . Distrito Federal - 2% (incêndio urbano)

O Quadro 2 mostra os danos causados ao meio ambiente nas diversas etapas de produção, manufatura e consumo do tabaco.

Quadro 2.. Danos ambientais causados pela produção de tabaco



Economia

O tabaco é tido como elemento vital à saúde econômica do país, não só pela sua crescente produção e exportação, como também pela grande arrecadação de impostos que incidem sobre o cigarro.

O Brasil tem uma produção total de tabaco de 449 mil toneladas (1990), sendo o quarto maior produtor mundial. Em 1991 foram exportadas 148 mil toneladas de folhas de tabaco secas, colocando o Brasil como o segundo maior exportador e gerando, US\$ 818 milhões em divisas, correspondentes a 2,6% do total de exportações do país (1,6%, 1989). Houve também um grande aumento nas exportações de cigarros, que passaram de 244 quilos, em 1987, para 25 toneladas em 1991, correspondendo a um aumento de 10.563%. Este aumento se verificou principalmente nas exportações para o Leste Europeu e para os Estados Unidos da América.

O consumo doméstico em 1991 foi de 239 mil toneladas de tabaco, sobretudo na forma de 156 bilhões de cigarros, apresentando um decréscimo quando comparado aos 162 bilhões consumidos em 1989. Este consumo rendeu ao governo US\$ 1 bilhão, na forma de arrecadação de impostos, que correspondem a 69,4% do preço final do maço de cigarro. Observamos uma diminuição de tributos, em relação a 1990 (72,7%), ao contrário do recomendado pelo programa, veja quadro 3.

Quadro 3. Tributação do cigarro

	%
Fabricante	19.3
Varejista	11.3
Tributos	69.4
Total	100.0

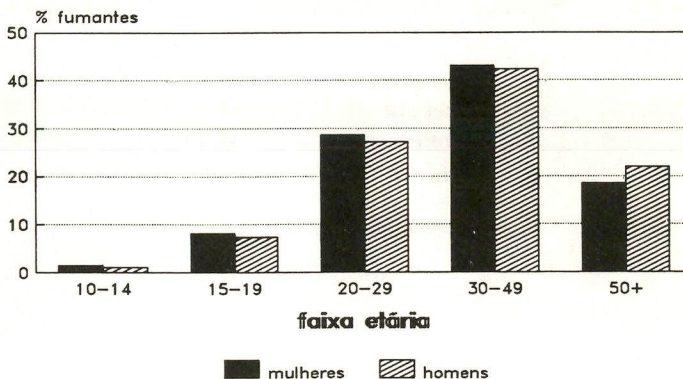
Fonte: Ministério da Economia

Prevalência

Em 1989, foi realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) uma das pesquisas mais abrangentes sobre prevalência do tabagismo no país. A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) com uma amostra estratificada, entrevistou 63.213 pessoas de todas as idades, residentes em 363 municípios brasileiros. A PNSN teve duas etapas de seleção e abrange todas as unidades da federação, com exceção de Roraima, e as duas situações, urbana e rural, excluindo apenas o Norte Rural. Uma avaliação dos dados da PNSN revela que:

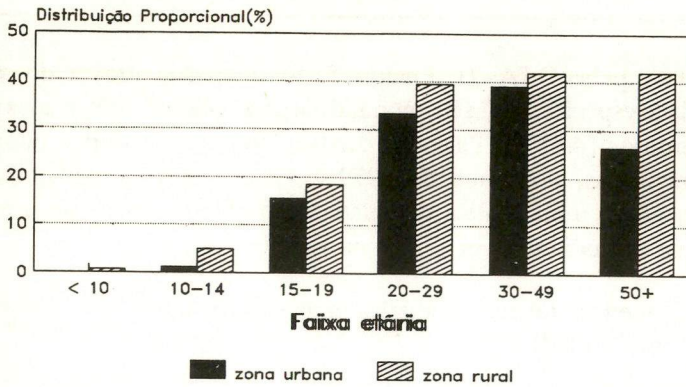
- existem 30.6 milhões de fumantes na população maior de 5 anos (18,1 milhões de homens e 12,5 milhões de mulheres), o que corresponde a 32.6% da população dessa faixa etária;
- nas faixas etárias menores, as mulheres fumam em maiores proporções que os homens, (Gráfico 1) sugerindo que elas estão incorporando o hábito de fumar mais cedo;
- a proporção de fumantes na zona rural é maior que na zona urbana, por exemplo 30.531 menores de 10 anos são fumantes na zona rural, contra 1.412 na zona urbana (Gráfico 2);
- a faixa etária da população que mais fuma é a de 30 a 49 anos, em ambos os sexos (homens 42.4%, mulheres 43.1%), reduzindo-se após os 50 anos de idade (Gráfico 1);
- a média de cigarros fumados é 11 a 20 cigarros entre os homens e 5 a 10 entre as mulheres;

Gráfico 1. Distribuição de fumantes por idade e sexo



Fonte: IBGE, 1991
 n: 12.429,112(fem) 18.182,426(masc)
 faixa etária < 10 a = 0.11(f) 0.09(m)

Gráfico 2. Prevalencia de fumantes por idade e local de residência



Fonte: IBGE, 1991

Uma idéia da evolução da prevalência do hábito de fumar, baseada em diversas pesquisas realizadas no Brasil, embora a comparação seja dificultada pelo fato de terem sido utilizadas diferentes metodologias para coleta de dados, encontra-se no Quadro 4.

Quadro 4. Prevalência de fumantes no Brasil

Local/Fonte	Ano	Faixa etária	% Fumantes
São Paulo Joly, D.J.(OPAS)	1971-72	15 - 74	35.9
R.G.do Sul Achutti, A.	1978	20 - 74	38.5
Porto Alegre (RS) Achutti, A.	1987	15 - 64	40.2
Doze capitais BR Ministério da Saúde	1988	18 - 55	38.7
Rio/São Paulo Gallup (ACS)	1987/88		+ 40 (homens) 36 (mulheres)
São Paulo Ramos e col.	1987	15 - 59	37.7
Brasil/300 cidades IBGE (PSNS)	1989	15 - 50+	32,6

Análise descritiva das doenças tabaco-associadas

A mortalidade pelas DTAs (v. Quadro 5) foi analisada através do coeficiente de mortalidade específica (CME), mortalidade proporcional (MP) e anos potenciais de vida perdidos (APVP). Para esta análise, somente os óbitos ocorridos nas capitais brasileiras, nos anos de 1979 e 1986, foram considerados. Assim sendo, esta não é uma análise detalhada do problema, mas sim um perfil de tendência da mortalidade por DTAs no Brasil.

Quadro 5. Doenças tabaco-associadas mais significativas nas estatísticas de mortalidade.

Doenças	CID
aparelho cardio-circulatório	394-459
isquêmica do coração (DIC)	410-414
cerebrovascular	436-437
aparelho respiratório	460-519
pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	323
câncer	140-239
pulmão, traquéia e brônquios	162
lábios, cavidade oral e faringe	140-149
laringe	100
esôfago	150
pâncreas	157
bexiga	188
rim e outros órgãos urinários	189

Coeficiente de mortalidade específico (CME)

As doenças isquêmicas do coração (DIC) e cerebrovasculares foram as que apresentaram maior coeficiente, seguidas pela DPOC e pelo câncer de pulmão, tanto em 1979 quanto em 1986. No entanto, as duas primeiras apresentaram um decréscimo e as duas últimas um acréscimo, quando comparados os CME dos dois anos estudados. Com relação às outras neoplasias analisadas, todas apresentaram um decréscimo do CME, exceto o câncer de pâncreas e o de pulmão (Quadro 6).

Quadro 6. Coeficiente de mortalidade específico por 100 mil, por algumas doenças tabaco-associadas, capitais brasileiras, 1979 e 1986.

Doenças	1979				1986			
	Masc		Fem		Masc		Fem	
	óbitos	CME	óbitos	CME	óbitos	CME	óbitos	CME
DIC*	10372	29.1	7668	155.5	12692	276.2	9704	150.9
Cerebrovascular*	8366	238.0	9384	190.3	10391	226.1	11104	172.2
DPOC	1728	12.7	867	6.3	2881	16.2	1597	8.9
Câncer:								
- lábios, cavidade oral e faringe	665	4.9	163	1.2	789	4.4	188	1.0
- esôfago	604	4.4	223	1.6	705	4.0	272	1.5
- pâncreas	368	2.7	305	2.2	519	2.9	434	2.4
- laringe	447	3.3	61	.44	482	2.7	64	.4
- traquéia, brônquio e pulmão	1909	14.0	561	4.1	2510	14.1	790	4.4
- bexiga urinária	139	1.0	94	.7	207	1.2	123	.7
- rim e outros órgãos urinários	290	2.1	104	.8	346	1.9	130	.7
Todas as causas definidas	108513	798.5	84813	616.2	78842	1715.8	65845	1021.3

* população com 35 anos ou mais.

Fonte: Ministério da Saúde

Mortalidade proporcional (MP)

As DTAs estudadas representaram 22,9% dos óbitos com causa definida em 1979, subindo para 26,8% em 1986. O maior aumento da MP foi na DPOC, de 16% em 1979 para 22,9% em 1986, quando foi responsável por 2,5% de todos os óbitos por causas definidas.

As doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares também tiveram um aumento em sua MP. Em 1979, representaram 19,1% do total de óbitos por causas definidas, passando para 21,7% deste total em 1986.

Das neoplasias estudadas, a mais prevalente foi o câncer de pulmão, representando 11,3% do total de óbitos por câncer e 1,3% do total de óbitos por causas definidas em 1979, taxas que se elevaram para 12,3% e 1,6%, respectivamente, no ano de 1986.

Tanto as doenças isquêmica do coração e cerebrovasculares quanto as neoplasias estudadas foram mais frequentes no sexo masculino (Quadro 7).

Quadro 7. Mortalidade proporcional por sexo, por algumas doenças tabaco-associadas, Brasil 1979 e 1986.

Doenças	1979				1986			
	Masc		Fem		Masc		Fem	
	óbitos	MP	óbitos	MP	óbitos	MP	óbitos	MP
Aparelho circulatorio (total)	30621	28.2	29717	21.6	36101	30.2	34465	38.6
- DIC	10616	9.8	7785	5.7	13030	10.9	9850	11
- Cerebrovascular	8776	8.1	9790	7.1	10863	9.1	11576	13
Aparelho respiratório (total)	11830	10.9	9076	6.7	12715	10.7	9959	11.2
- DPOC	2107	1.9	1242	.9	3194	2.7	2014	2.3
Neoplasias (total)	11794	10.3	10579	12.5	13755	11.5	13036	14.6
- lábios, cavidade oral e faringe	665	.6	163	.2	789	.7	189	.2
- esôfago	604	.6	222	.3	705	.6	272	.3
- pâncreas	368	.3	303	.4	519	.4	434	.5
- laringe	447	.4	61	.1	482	.4	64	.1
- traquéia, brônquio e pulmão	1909	1.8	561	.7	2510	2.1	789	.9
- bexiga urinária					207	1.2	123	.7
- rim e outros órgãos urinários	129	.1	94	.1	207	.2	123	.1
Todas as causas definidas	108513	100	84621	100	119331	100	89193	100

Fonte: Ministério da Saúde

Anos potenciais de vida perdidos (APVP)

Os óbitos com causa definida representaram 93% do total dos APVP em 1979 e 95% em 1986. As doenças associadas ao tabaco contribuíram com 5% dos APVP em 1979, ou seja, foram perdidos, prematuramente (antes dos 65 anos de idade), 255.489 anos devidos a estas doenças. Em 1986 este percentual subiu para 7,11% dos APVP com causas definidas de óbito que representa 302.635 anos perdidos.

O coeficiente APVP por mil habitantes, nas capitais brasileiras, foi maior nas doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares (31,05 e 36,29, respectivamente), seguido pelo do câncer de pulmão e DPOC (Quadro 8).

Quadro 8. Anos Potenciais de Vida Perdida (APVP), de acordo com mortalidade por algumas doenças tabaco-associadas, Brasil, 1979 e 1986.

Doenças	1979				1986			
	Masc		Fem		Masc		Fem	
	APVP	/1000	APVP	/1000	APVP	/1000	APVP	/1000
Aparelho circulatório (total)	221652	16.3	161509	11.7	242508	13.6	169427	9.4
- DIC	57608	4.2	51039	3.7	6909	3.9	59756	3.3
- Cerebrovascular	8776	8.1	9790	7.1	10863	9.1	11576	13
Aparelho respiratório (total)	424816	31.3	333428	24.2	296214	16.7	225998	12.6
- DPOC	18044	1.3	14866	1.1	16805	1.9	12915	.7
Neoplasias (total)	105693	7.8	106935	7.8	117676	6.6	120010	6.7
- lábios, cavidade oral e faringe	6117	.5	1009	.1	6932	.4	852	.05
- esôfago	4682	.3	1327	.1	4830	.3	1227	.1
- pâncreas	2422	.2	1389	.1	3021	.2	1550	.1
- laringe	3690	.3	424	.03	3283	.2	499	.03
- traquéia, brônquio e pulmão	11663	.9	3811	.3	12899	.7	4984	.3
- bexiga urinária	1037	.1	420	.03	1189	.1	412	.02
- rim e outros órgãos urinários	1855	.2	1520	.1	2484	.2	1324	.1
todas as causas definidas	3027662	222.8	2114275	153.6	2646461	148.9	1607048	89.3

Fonte: Ministério da Saúde

Todas as DTAs apresentaram tendência decrescente, em ambos os sexos, de 1979 a 1986, exceto para os cânceres de pâncreas e de bexiga urinária, que cresceu no sexo masculino, e de laringe, que cresceu no sexo feminino.

A partir desta análise, fica evidenciado a importância das DTAs estudadas, como causa de óbito nos dois anos estudados. O decréscimo do CME, das doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares, reflete a tendência geral, das doenças cardiovasculares encontrada em vários países, muito provavelmente, devido ao controle de vários fatores de risco para estas doenças, tais como dieta, exercício, hipertensão, diabetes, tabagismo etc. O aumento do CME do câncer de pulmão, principalmente no sexo feminino, pode estar refletindo o aumento do hábito de fumar entre as mulheres.

A redução dos anos potenciais de vida perdidos, significando que menos óbitos ocorreram por estas doenças e que ocorreram em idades mais avançadas, pode refletir melhor abordagem diagnóstico terapêutica, como no caso das neoplasias e da DPOC. As doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares tiveram redução apenas no número de óbitos, uma vez que as idades médias dos mesmos permaneceram inalteradas.

Histórico

Em princípios da década de 70, a Organização Mundial da Saúde e outros organismos internacionais, vinculados à atenção à saúde, iniciaram campanhas contra o tabaco, adotando resoluções sucessivamente mais rigorosas, passando a convocar os estados membros para que iniciassem ações contra o fumo, de âmbito nacional, em seus países. Estes esforços alcançaram o Brasil, delineando-se, em 1975, no estado do Rio Grande do Sul, a primeira ação coordenada e institucional contra o hábito de fumar. Já existiam no país atividades isoladas, por exemplo na Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais e São Paulo, além dos cursos para se deixar de fumar, do grupo adventista. O trabalho do Rio Grande do Sul foi seguido, ainda na década de 70, por atividades semelhantes no estado do Paraná e pela adesão da Associação Médica Brasileira, o que veio a estimular na década de 80, a ação do Ministério da Saúde. Foi, inicialmente, criado um grupo de trabalho de assessoria, em 1980, porém, as atividades do grupo não podiam ser divulgadas, devido a interesses econômicos. Estes técnicos constituíram, posteriormente, o Grupo Assessor do Ministério da Saúde para o Controle do Tabagismo no Brasil*, criado por portaria ministerial em 1985, somando-se a ele representantes de organizações de advogados, jornalistas e religiosos, entre outras. A mesma portaria, marco inicial da luta governamental contra o fumo, cria o Programa Nacional de Combate ao Fumo, priorizando a disseminação de informações e estimulando a descentralização do programa, através de ações estaduais e municipais. Outras organizações não governamentais surgiram a partir de então (Comitê Coordenador do Controle do Tabagismo no Brasil, Associação de Mulheres da América Latina, Movimento Antitabagista Organizado, Grupos de Fumantes Anônimos, etc.), paralelamente ao crescimento dos programas estaduais e municipais.

* José Rosemberg (SP), Antonio Pedro Mirra (SP), Mário Rigatto (RS), Aloysio Achutti (RS), José Feldmam + (MG), Jayme dos Santos Neves (ES), José Silveira (BA), Edmundo Blundi + (RJ), Jayme Zlotnik (PR).

O Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF)

O Plano de Trabalho, estabelecido pelo Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF), para o período de 1988-2.000, impõe como meta principal a redução do consumo de cigarros per capita, estabilizando os níveis atuais, até o ano 2000. Estabelece que a ênfase deve ser dada a determinados grupos populacionais, como os adolescentes, os adultos jovens e as mulheres grávidas. Coloca a difusão de informação como fundamental, tanto para os profissionais das áreas de saúde e educação, quanto para escolares, trabalhadores e população adulta em geral. Estimula a criação de leis federais, estaduais e municipais, de caráter restritivo e proibitivo ao vício de fumar e à sua propaganda. No campo econômico, incentiva que haja aumento do preço real do cigarro. Quanto às informações necessárias às autoridades de saúde, estabelece um sistema de vigilância epidemiológica, que permita a tomada de decisões de forma adequada.

O estabelecimento de Programas Estaduais de Combate ao Fumo (PECF), praticamente em todas as Unidades da Federação, permitiu uma avaliação de forma sistematizada da situação desses programas e do quadro epidemiológico do tabagismo no ano 1989.

A seguir, serão descritos os dados apresentados e discutidos no encontro de 1989, acrescidos de outras informações posteriores. Apesar da deficiência de alguns destes dados, traça-se um panorama da organização dos programas e das atividades desenvolvidas. Também são apresentados alguns indicadores que certamente servirão de marco para avaliações futuras.

Estrutura dos programas

Para o desenvolvimento de uma consciência nacional antifumo e para atingir um país com a extensão territorial do Brasil, foi necessário estimular a criação de programas contra o fumo nos diversos estados, de tal forma que, uma descentralização para os municípios, possibilitasse ações ordenadas junto à população. Tentou-se sensibilizar os secretários de saúde para a necessidade de um endereço certo, onde qualquer grupo de pessoas pudesse buscar material, apoio e orientação técnica sobre o tabagismo.

A sensibilização dos secretários de saúde nem sempre foi fácil, pois a promoção da saúde, na maioria das secretarias, se restringe ao público infantil (campanhas de vacinação), cujos programas são, algumas vezes, financiados pela indústria do tabaco.

Uma avaliação mostrou que, apesar de existirem na maioria das unidades da federação (U.F.), os PECSF nem sempre fazem parte da estrutura organizacional das Secretarias de Saúde. Quando inseridos na estrutura oficial, estão nas áreas das doenças crônico-degenerativas, pneumologia sanitária, saúde do trabalhador ou educação em saúde. Em uma U.F., está ligado a secretaria de educação e, em uma outra, a uma entidade privada sem fins lucrativos.

Alguns programas envolvem diferentes áreas das secretarias de saúde e educação.

Por outro lado, instituições públicas e privadas das áreas de saúde e educação, entidades religiosas, indústria, comércio, etc. colaboram com o programa. Algumas U.F. possuem "Comissões de Combate ao Fumo", com diferentes composições institucionais e profissionais, porém nem sempre muito operantes.

Em geral, os programas não dispõem de instalações adequadas e quase sempre os recursos materiais e financeiros são escassos, pois são raros os municípios que alocam verba orçamentária para os mesmos.

Dos mais de 4000 municípios brasileiros, apenas 176 possuem programa estruturado, dos quais 47%, estão situados na área mais rica do país, a região sul. Outros 590 municípios apenas repassam informações e atividades do programa (Quadro 9). Observa-se também, um crescente interesse de muitos municípios em se incorporarem à luta contra o fumo.

Quadro 9. Municípios com programas de controle do fumo, Brasil, 1989.

	REGIÕES				
	NORTE	NORDESTE	CENTRO OESTE	SUDESTE	SUL
TOTAL DE MUNICÍPIOS	193	1233	283	1364	883
MUNICÍPIOS C/ PROGRAMA ESTRUTURADO	7	11	53	22	83
MUNICÍPIOS QUE REPASSAM ATIVIDADES DO PROGRAMA NACIONAL	3	72	-	225	475

Informação, Educação e Pesquisa

Instituições de saúde

Os profissionais de saúde, em especial os médicos, há muito tempo apoiam o controle do tabagismo. Porém, no seu local de trabalho - as instituições de saúde - são pouco frequentes as ações coordenadas de restrição e proibição do fumo. Apesar de algumas instituições afixarem cartazes restritivos, é comum encontrar pessoas, inclusive profissionais de saúde, circulando com cigarros acesos pelas suas dependências (Quadro 6).

Empresas

Inúmeras empresas públicas e privadas, em todo o país, são estimuladas e estão desenvolvendo atividades de controle de tabagismo. O Banco do Brasil, por exemplo, utilizou estratégia de levantamento preliminar da prevalência de fumantes, sensibilização das equipes médicas e ampla difusão de informação entre seus funcionários. As Comissões Internas de Prevenção de Acidentes são importantes executoras dessas ações. As pequenas e médias empresas, geralmente, limitam-se à fixação de cartazes e adesivos e repasse de materiais produzidos pelos Programas Estaduais e pelo Ministério da Saúde (Quadro 10).

Quadro 10. Instituições de Saúde e empresas com ações de controle do fumo; Brasil, 1989.

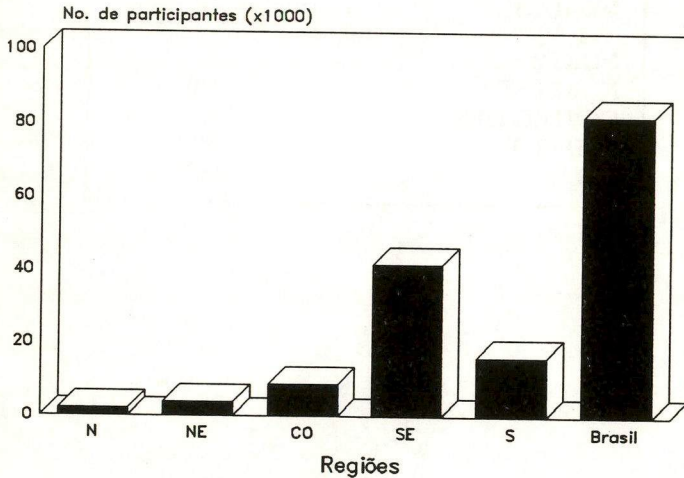
REGIÃO	Instituições de saúde	Empresas
Sudeste	6	28
Sul	8	575
Norte	-	5
Nordeste	17	29
Centro-Oeste	13	14

Escolas

As ações preventivas junto aos escolares, principalmente de primeiro e segundo graus, são fundamentais no combate ao fumo. Infelizmente, constata-se a baixa inserção de conteúdo sobre tabagismo nos currículos das escolas, tanto públicas quanto da rede particular.

No ano de 1989, na maioria dos estados, a participação das escolas limitou-se ao "2º Concurso Nacional de Frases e Desenhos Contra o Fumo" nas escolas de 1ª e 2ª grau, com a participação de 80 mil crianças, e com ótima repercussão não só nas escolas como também nos meios de comunicação (Gráfico 3) e palestras eventuais. Algumas escolas desenvolveram curso para professores. Destaque-se aqui o Rio Grande do Sul, que realiza trabalho junto a rede estadual há muito tempo. No nordeste, apenas o Ceará referiu ter incluído o tabagismo no currículo das escolas municipais. Em alguns outros estados, existe projeto de inserção curricular de tópicos de tabagismo.

Gráfico 3. 2º Concurso Nacional de Frases e Desenhos Contra o Fumo



Fonte: Ministério da Saúde, 1989

Pesquisa

Muito pouco foi coletado sobre pesquisas realizadas em cada estado. Alguns estados fizeram comentários sobre a pesquisa feita junto à ficha de inscrição do "2º Concurso de Frases e Desenhos contra o Fumo".

As pesquisas que foram levantada abordaram, em geral, a prevalência do hábito de fumar entre educadores escolares, profissionais de saúde, trabalhadores em geral, no local de trabalho, adolescentes e gestantes. A região Sul foi a que referiu o maior número de pesquisas.

Treinamentos, palestras, mesas redondas etc.

Praticamente todas as equipes de coordenação dos PECF ministraram palestras em escolas, indústrias, etc. além de participarem de seminários, mesas redondas e outras atividades educativas, com resultados cuja relação custo/benefício não pode ser mensurada, sendo portanto questionáveis. Vários estados referiram ter treinado número substancial de pessoas da área da saúde e educação (Quadro 11).

Quadro 11. Atividades de ensino para treinamento de pessoal para o programa de combate ao fumo, Brasil, 1989.

REGIÃO	Nº DE PESSOAS TREINADAS
NORTE	-
NORDESTE	240
CENTRO-OESTE	591
SUDESTE	60
SUL	652

Eventos

A realização de eventos sempre marcou o desenvolvimento das ações anti-fumo no país, pois são viáveis, mesmo em estados com baixo grau de priorização destas ações e com pouco, ou nenhum recurso para o seu desenvolvimento.

Foi discutida a utilização, tão frequente nas campanhas anti-fumo, de material de comunicação visual que enfatize caveiras e outros símbolos de morte para a conscientização de fumantes e não fumantes. Procurou-se, a partir do trabalho do cartunista Ziraldo, caracterizar o hábito de fumar como fora de moda. Este movimento resultou em materiais com ótimo apelo visual. Definiu-se então, grupos alvo específicos, como gestantes, crianças e trabalhadores. Tentou-se também, produzir matrizes de folhetos, cartazes e outros materiais para que fossem reproduzidos nos estados, mantendo assim uma identidade visual em nível nacional, à exemplo de logomarcas bem conhecidas. De grande importância foi o estabelecimento de datas comemorativas (29 de agosto - dia nacional de combate ao fumo e 31 de maio - dia mundial sem tabaco), unificando, à partir de então, em dois momentos do ano as ações antifumo em todo o país, deixando os estados com autonomia para desenvolverem suas próprias atividades.

Com a finalidade de celebrar estas datas, são programados, anualmente, diferentes eventos, tais como palestras, seminários, exposições, distribuição de material educativo, caminhadas, corridas e outros eventos esportivos, além do já citado concurso de frases e desenhos, atraindo sempre um grande número de participantes, estimulando a conscientização sobre os malefícios do fumo e ganhando maior espaço nos meios de comunicação. Estes eventos tiveram lugar em praticamente todos os estados do país.

Por outro lado, os eventos patrocinados pela indústria do tabaco demonstram claramente o poderio econômico deste segmento, que tem investido pesado na área cultural ("Free Jazz Festival", "Hollywood Rock", por exemplo) e esportiva ("Hollywood Motocross", torneios de tênis e vela, entre outros). Porém, o mais preocupante é o patrocínio de campanhas de vacinação, como ocorre em praticamente todos os estados das regiões Norte e Nordeste. A associação de fumo e saúde é, no mínimo, estranha, uma vez que o Ministério da Saúde adverte que "fumar é prejudicial à saúde". Louve-se aqui o estado da Paraíba que, desde 1988, por iniciativa do Programa Estadual de Combate ao Fumo impede a Souza Cruz de participar de campanhas de vacinação contra a poliomielite. Esta iniciativa provocou grande desgaste para a equipe do Programa (Quadro 12).

Quadro 12. Eventos apoiados/patrocinados pelo Programa Nacional de Combate ao Fumo e pela Indústria do tabaco, por região, Brasil, 1989.

Região	PNCF*	Indústria de tabaco**
Norte	40	4
Nordeste	106	11
Centro-oeste	62	-
Sudeste	103	10
Sul	94	3

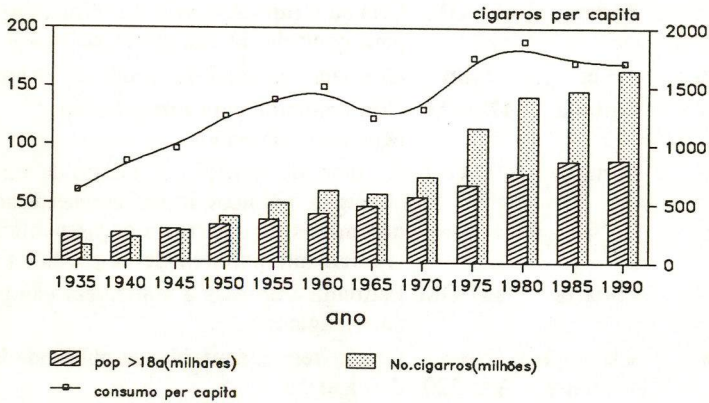
* incluídas as comemorações pelo Dia Mundial sem Tabaco e Dia Nacional de Combate ao fumo, n° de municípios que participaram da corrida "Largue o cigarro correndo", 2º concurso de frases e desenhos e outras atividades como palestras, entrevistas à imprensa, distribuição de material educativo;

** incluídas, campanhas de vacinação que abrange vários municípios e eventos de música, dança e esportes.

Consumo per capita

Vários estados não informaram o consumo per capita devido ao tempo insuficiente para o levantamento de dados e a recusa das fontes procuradas em fornecer informações (Secretarias da Fazenda, Indústria etc.). O gráfico 4 relaciona o consumo per capita do Brasil, mostrando a evolução da epidemia tabágica a cada 5 anos. O consumo per capita anual, na população maior de 15 anos, aumentou significativamente na década de 40, estabilizando-se de 1955 até a década de 70, quando houve um novo aumento de consumo, atingindo, em 1986, o maior consumo per capita anual da história do Brasil (1.950 cigarros anuais por pessoas maiores de 15 anos).

Gráfico 4. Consumo per capita de cigarros - Brasil 1935 a 1990



Fonte: Ministério da Economia/IBGE

Legislação

A única lei federal existente é a que cria o Dia 29 de agosto, Dia Nacional de Combate ao Fumo. A consolidação das atividades anti-fumo do Ministério da Saúde, estimulou o desenvolvimento deste trabalho nos estados da federação. A partir dos anos 80 as legislações estaduais e municipais proliferaram, enquanto o Ministério da Saúde criou portarias, por absoluta impossibilidade de obter legislação antitabágica no Congresso Nacional, dada a pressão econômica e ao "lobby" das alas sociais pró-tabaco. Mesmo assim, a Constituição Brasileira, assinada em 1988, obriga a regulamentação de publicidade de cigarros (v. Quadro 13)

Quadro 13. Legislação Federal contra o Fumo no Brasil.

Data	Ação	N%	Conteúdo
16/09/85	Portaria	655/GM	Cria ao Grupo Assessor do Ministério da Saúde para controle do tabagismo no Brasil
11/06/86	Lei	7488	Cria Dia Nacional de Combate ao Fumo
28/08/87	Portaria	428/GM	Cria ambiente para fumantes no Ministério da Saúde
29/08/88	Portaria	490/GM	Recomenda restrição ao hábito de fumar em órgãos públicos; insere targetas de advertência nos maços de cigarros e peças publicitárias; regulamenta publicidade de produtos de tabaco
22/09/88	Portaria	3257/GM	Estimula empresas a realizarem campanhas antitabágicas
18/10/88	Constituição Brasileira	Cap V Art. 220	Obriga regulamentação de publicidade de cigarros
10/89	Regimento Interno	Congresso Nacional	Proíbe fumar no plenário do Congresso Nacional
31/05/90	Portaria	731/90	Aumenta tamanho das advertências em maços de cigarros e peças publicitárias; proíbe uso do fumo em unidades de saúde e venda a menores; proíbe distribuição de amostras grátis
08/08/90	Portaria	1050/90	Revoga a portaria 731/90 e 490/88 diminui advertência maços de cigarros/peças publicitárias; reduz proibição de distribuição de amostras grátis em escolas e eventos para menores; proíbe fumar em vôos aéreos nacionais de menos de 2 horas; proíbe venda para menores de 16 anos.

Vale comentar a revogação da Portaria 490/GM de 1988, substituída em 31 de maio de 1990 pela de nº 731/GM, com grandes avanços propostos pelos setores antitabágicos da Sociedade e do Ministério da Saúde. Nova modificação ocorreu em 08 de agosto de 1990, com a assinatura da portaria nº 1050/GM, que vigora no presente momento. Esta portaria traz alterações solicitadas pelas indústrias fumageiras e representações dos setores de propaganda e marketing da sociedade brasileira. Inclui também a proibição de fumar a bordo de aviões, em vôos com menos de duas horas de duração. Porém, tal determinação necessita, para seu cumprimento, de regulamentação do Departamento de Aviação Civil do Ministério da Aeronáutica, o que ainda não aconteceu.

A Constituição Brasileira, que obriga a regulamentação de publicidade de cigarros, também precisa de legislação ordinária para ser cumprida.

Das leis coletadas nos diversos estados da federação, que certamente não representam toda a legislação pertinente ao uso do tabaco no país, observa-se um total de 72 leis estaduais e municipais, das quais 24 foram decretadas antes de 1980 e 48 depois de 1980, sendo 23 após 1985, o que sugere o avanço da luta contra o fumo no país. As constituições estaduais do Ceará e do Rio de Janeiro contemplam a necessidade de implantação curricular de educação e saúde (ações contra o fumo) no primeiro estado, e a proteção do fumante passivo no segundo.

Observa-se que o maior número de leis está na região Sudeste do país (29), seguindo-se a Sul (26). No Sul é onde está o estado no qual se coletou o maior número de leis anti-fumo do Brasil, o Paraná, com 16 leis estaduais e municipais. As regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte começam agora a ampliar as ações legislativas contra o fumo, embora duas das leis mais antigas no país, estejam na região Nordeste (Paraíba e Recife - 1957).

O Quadro 14 mostra as leis estaduais e municipais de acordo com o seu conteúdo. Estas leis foram coletadas não só através do Relatório de Avaliação encaminhados pelos estados ao PNCF, como também através de cartas enviadas à todas as Assembléias Legislativas estaduais e das capitais do país. Estas são as principais leis existentes e permitem uma análise da situação de legislação anti-fumo do Brasil.

Quadro 14. Legislação Estadual/Municipal, por categorias e regiões do país.

Categoria	REGIÃO							
	NORDESTE		CENTRO-OESTE		SUDESTE		SUL	
	Est.	Munic.	Est.	Munic.	Est.	Munic.	Est.	Munic.
Publicidade:								
Advertência dos malefícios nos locais de venda				1			1	
Proíbe a venda à menores :								
. nas escolas				1			1	
. outros locais							1	
Proteção ao não-fumante:								
Proíbe fumar								
. ambientes públicos	2	1	2			2	2	3
. trans. coletivos			1	5	1	1	4	3
. escolas	1		2	1		4	2	3
. inst.de saúde	1		1			3	2	2
. outros *	1		2		1	4	3	3
Educação								
. ensino obrigatório			1				1	
. dia estadual de combate ao fumo								1
. comitê de controle do fumo						1		
* cria locais p/ fumantes em :								
. bares	1							
. outros						1		

Como se pode verificar pelo quadro, a maior parte das ações legislativas são de proibição do ato de fumar em locais variados. As ações que dizem respeito à restrição da publicidade e venda de produtos de tabaco, bem como de educação para a saúde são muito pouco contempladas, uma falha importante na legislação do país. A inserção no currículo escolar de noções dos malefícios do uso do tabaco ainda são incipientes, com legislação no estado do Ceará e no município de São Paulo, não havendo relato nos outros estados de legislação própria.

A maior parte destas leis não é cumprida e não é acompanhada de nenhum trabalho de divulgação e educação da população. As penalidades para os infratores variam de multas irrisórias (que não tem viabilidade de aplicação) até a retirada da pessoa do ambiente onde é proibido fumar (o que geralmente não acontece). No entanto, algumas são cumpridas (por exemplo, a proibição de fumar em coletivos no município de São Paulo) e outras passaram a ser cumpridas após um trabalho educativo para revitalizar a legislação (a proibição de fumar em coletivos nos municípios de Belém e João Pessoa), o que justifica a criação de novas leis nos estados e municípios que subsidiem as ações educativas da sociedade. Os estados e municípios nos quais as leis não são cumpridas, têm aí, certamente, uma atividade importante na educação da população, já que é crescente o movimento da sociedade para ver respeitado o espaço dos não fumantes.

Conclusão

O desafio do combate da epidemia tabágica, devido a sua complexidade, implica em ações planejadas, coordenadas, eficazes e que possam ser avaliadas periodicamente a fim de serem reprogramadas.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde desenvolve ações anti-fumo, em três órgãos diferentes - Instituto Nacional de Câncer (Coordenação de Programas de Controle de Câncer - Rio de Janeiro), Fundação Nacional de Saúde (Centro de Referência Professor Hélio Fraga - Rio de Janeiro) e o Departamento Nacional de Programas de Saúde (Coordenadoria de Câncer), com o objetivo geral de promover a saúde e contribuir para a proteção das doenças tabaco-relacionadas. No entanto não existe uma integração das ações destes órgãos, o que implica muitas vezes em uma duplicação de esforços, dispersando os escassos recursos existentes.

Essa situação é resultado da falta de definição governamental das diretrizes de controle do tabagismo no país, e aponta para a necessidade de uma solução deste impasse.

As sugestões feitas pelos envolvidos no controle do tabagismo nos diversos níveis são apresentadas a seguir:

- . estabelecimento do controle do tabagismo como uma das prioridades da política nacional de saúde;
- . fortalecimento e expansão dos programas estaduais objetivando a municipalização das ações antitabágicas;
- . conscientização dos profissionais de saúde do seu papel de modelo e orientador;
- . assessoria técnico-científica às empresas interessadas no controle do tabagismo no ambiente de trabalho;
- . definição das prioridades a nível local, questionando a eficácia de palestras e mesas-redondas desacompanhadas de outras atividades;
- . aumento da divulgação e das comemorações pelo Dia Mundial sem Tabaco e Dia Nacional de Combate ao Fumo;
- . desenvolvimento de pesquisas em cada estado ou município, levantando a prevalência de fumantes, fumantes passivos e grupos especiais (gestantes, adolescentes);
- . conhecimento das leis existentes, cumprimento das mesmas e criação de novas leis, procurando sensibilizar o maior número possível de legisladores para as questões do tabagismo;



BIBLIOTECA
8 MAI 1996
C. G. L. G. L

Ministério da Saúde

Instituto Nacional de Câncer

Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco)

Av. Venezuela nº 134/bloco A/9º andar - Centro

CEP 20.081 Rio de Janeiro - Brasil

Tels: (021) 263-8565/263-6568/253-1956

Fax: (021) 263-8297

**TOBACCO CONTROL:
A CHALLENGE**

Handwritten text: Instituto de Câncer, março 1992

c 1992 Ministério da Saúde

This work may be reproduced, totally or in part, provided that the source is given.

Printing: 8.000 booklets

Edition,

Distribution and

Information: Instituto Nacional de Câncer (INCa)

Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco)

Av. Venezuela, 134/bl. A/9º andar

CEP 20081 - Rio de Janeiro - RJ

Tels.: (021)263-6568/263-8565/253-1956

Fax.: (021)263-8297

Cover: stamp issued in April 7th, 1991 by Brazilian Post-Office Service.
(Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos). Artist: Felipe Taborda

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

ISBN

Ficha catalográfica

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCa).
Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco)
Controle do Tabagismo: um desafio. Ministério da Saúde. 1ª
edição.

Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer/Coordenação de
Programas de Controle de Câncer

Fotolito, Impressão e Acabamento

IMPRENSA NAVAL

Rod. Washington Luiz, Km 124 - D. Caxias - RJ

Tobacco Control: a Challenge

Editor

Vera Luiza da Costa e Silva ¹

Co-editor

Evaldo de Abreu ¹

Luisa da C. e Silva Goldfarb ¹

Maria Goretti Pereira Fonseca ³

Miguel Aiub Hijjar ²

Stella Aguinaga ¹

Collaboration

Jorge Wanderley ¹

Office support

Alexandre Ferreira de Sousa ¹

Fernando de Souza Paiva Filho ¹

¹ Pro-Onco/INCa/MS - Rio de Janeiro

² CRPHF/FNS/MS - Rio de Janeiro

³ FNS/MS - Brasília - DF

SUMMARY

Foreward	05
01. Characteristics of the country	07
02. Environment data	09
03. Economy	11
04. Prevalence	12
05. Descriptive analysis of tobacco-related diseases mortality	14
06. Background	19
07. The National Anti-Smoking Program	20
08. Information, education and research	22
09. Events	25
10. <i>Per capita</i> consumption	27
11. Legislation	28
12. Conclusion	32
References	34

FOREWORD

The National Cancer Institute, fulfilling its constitutional objectives of promoting health and preventing cancer, outlines a profile of the tobacco control actions in Brazil. The tobacco epidemic is characterized, here, with data that encompass every step involved in tobacco production and consumption, from planting to smoking prevalence, including economic, legislative, structural, and environmental aspects of the anti-smoking fight in the country.

The present work used data presented by the Anti-Smoking Program Coordinators, at the 3rd Brazilian Meeting of Anti-Smoking Program, edited, later, in a document called "Organization of the Anti-Smoking Fight in Brazil". This Meeting was coordinated by Pro-Onco and Reference Center Professor Hélio Fraga, organisms of the Health Ministry that were, then, responsible for the National Anti-Smoking Program. The aforementioned document, a landmark of a moment when the Program reached its peak in terms of organization and structure, suggests strategies and actions to be taken by every sector of the country involved in tobacco control activities.

Additional data collected by the editors, and presented here, complement the profile of tobacco control in the country.

Marcos F. Moraes
Director
National Cancer Institute

Characteristics of the country

Brazil is the largest country of Latin America and the fourth largest in the world, having an area of 8,511,965 km² (2,182,555 sq ml). Located in mid-east South America, it has a population, in 1991, of 146,150,000. The majority of the population lives on the Atlantic Coast, mainly in the Southeast and South regions. The main demographic and socio-economic indicators are shown in Table 1:

Table 1. Demographic and socio-economic indicators (1990 - 1995)

Populational density	17.7 inhabitants per km ²
% of population < 15 years	35.2%
Crude taxes:	
<i>Nativity (per 1,000)</i>	26.1
<i>Children/woman</i>	< 3.0
<i>Fertility (%/YEAR, 1991)</i>	1.8
<i>Mortality (per 1000)</i>	7.5
<i>Life expectancy at birth</i>	66.2
<i>Infant mortality (per 1,000)</i>	56.54
Socio-economic indicators (1988):	
<i>Urban population (%) (1990)</i>	72
<i>Illiteracy (% > 15 y.o., 1989)</i>	18.8
<i>GNP (US\$ million in 1988)</i>	328,860
<i>per capita income (US\$)</i>	2,280
<i>Increase in 1980-1988</i>	1.8%
<i>Agriculture (1990)</i>	9%
<i>Industry (1990)</i>	34.3%
<i>Services (1990)</i>	56.7%
<i>External debt (US\$ million 1988)</i>	96,545
<i>Annual inflation rate (1980-1988)</i>	188.7%
<i>Population/physician ratio (1984)</i>	1:1080
<i>Population/hospital beds ratio (1986)</i>	1:287
<i>School enrollment (1987)</i>	elementary 103% high school 39% college 11%

Source: World Bank, 1991; IBGE 1992

The Federal Republic of Brazil has 26 states, plus a Federal District (Brasília), the country's capital, located in the mid-west. The main Brazilian cities are in the following states: Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Bahia, Rio Grande do Sul, Paraná, Pernambuco, and Ceará.

Ethnically, the blend of Native Brazilians, Black Africans, and people of different European and Asiatic origin, gives the population a peculiar racial characteristic, predominantly White and Mulatto. Portuguese is the language spoken throughout the country, and the main religion is Catholicism.

The Health System is administered by the Ministry of Health, at the central level, and by State and Municipal Health Departments, according to the political structure of the country. Private health care institutions, covenant with Federal Government, are responsible for an important share of the population's care, complemented by the public facilities of the three administrative levels. The primary care is, however, almost totally public. Some 70% of the public health resources are spent with hospitals, and are concentrated in the more developed regions of the country. The investments in adult health protection and promotion are small, despite the growing number of mortality due to chronic-degenerative diseases.

Environment data

Tobacco agriculture in Brazil causes serious impact on the environment, secondary to the continuing and indiscriminate deforestation (see Figure 1). Tobacco plantations occupied, in 1990, 271,000 hectares, or 669,641,000 acres of all agricultural land of the country. The South region (Santa Catarina, Rio Grande do Sul, and Paraná) bears 94% of this culture. The remaining 6% are distributed among other regions (Minas Gerais, Alagoas, and Bahia states).

The deforestation has, as its main objective, the clearing of land to plant tobacco, and, in a larger scale, to provide wood fuel for the 96,000 ovens that will cure the leaves. Wood is the fuel most widely used in the South region, while other countries use mineral charcoal and/or oil as fuel to cure the leaves. In addition, there are the trees taken for paper production, which in turn, is used in the cigarette manufacture.

In Rio Grande do Sul, the native forest covered, in the early 16th century, 40% of the area. Now, it is reduced to 2.6% and it is estimated that it will be extinct within the next five years. The cutting has a pattern of 50 trees a minute, in a total of 25 million trees a year.

The large utilization of calcareous, and other substances, necessary to prepare the land for tobacco plantation, results in soil depletion. In addition, the consumption of soil nutrients by tobacco is faster than in other plants, leading to a more severe soil depletion than the one caused by many other crops.

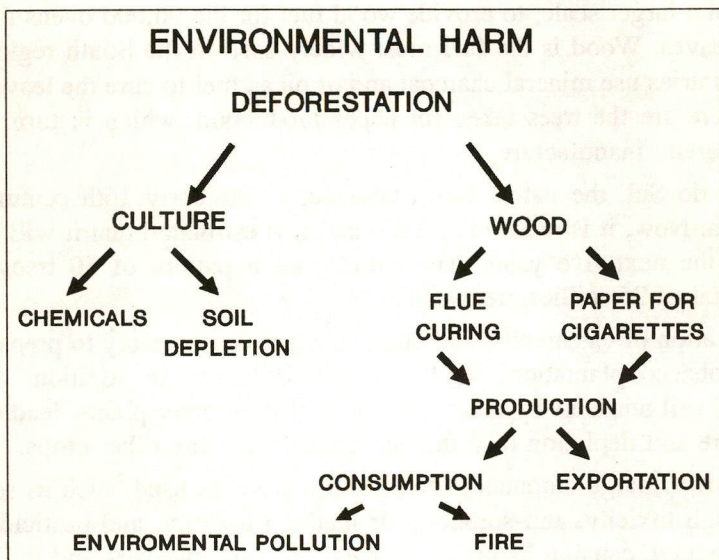
For tobacco growth, large amounts of toxic substances are used, such as soil sterilizers of high toxicity, anti-sprouting of medium toxicity, and pesticides of very high toxicity, causing harms to the health of rural workers and to the ecosystem.

Replacement of tobacco culture by other forms of production is being discussed by several groups interested in protecting the environment and health of agriculturists.

Another important environmental issue is the one represented by cigarettes as the cause of fires. Very few states have information about the number of fires caused by lit cigarettes. The majority of State Program coordinators are not aware of the relationship between smoking and urban and rural fires. See available data:

- . Ceará - 57% of the forest and 12% of the urban fires;
- . Pernambuco - 2% of the forest fires (at the capital, Recife);
- . Alagoas - 35% of forest and 20% of urban fires;
- . Federal District (Brasília) - 2% of urban fires.

Figure 1. Environmental harms caused by tobacco production



Economy

Tobacco is considered a vital element to the economic "health" of the country, not only for its increasing production and exportation, but also for the large tax revenue from the cigarette sales.

Brazil had, in 1990, a total production of 449,000 tonnes of tobacco, and is the fourth producer in the world. In 1991, 148,000 tonnes of tobacco leaves were exported, placing Brazil as the second largest exporter of tobacco and generating US\$818 million in revenues. It was also exported 25 tones of cigarettes, mainly to Eastern Europe and U.S.A. Cigarette exports increase dramatically in the past four years, from 244 Kg, in 1987, to 25 tonnes, a 10,563% increase. Total tobacco exports account for 2.6% of total exports of the country (from 1.6% in 1989).

Domestic consumption, in 1991, was 239,000 tonnes of tobacco, mainly as 156 billion cigarettes (compared to 162 billion in 1989). In 1989, this consumption gave US\$ 1 billion in tax collection to the Government. Taxes correspond to 69.4% of the final price of the cigarette pack, a decrease from 72.7% in 1990, inversely to what was recommended by the Anti-smoking Program (table 2).

Table 2. Cigarette taxation

	%
Manufacturer	19.3
Retailer	11.3
Tributes	69.4
Total	100.0

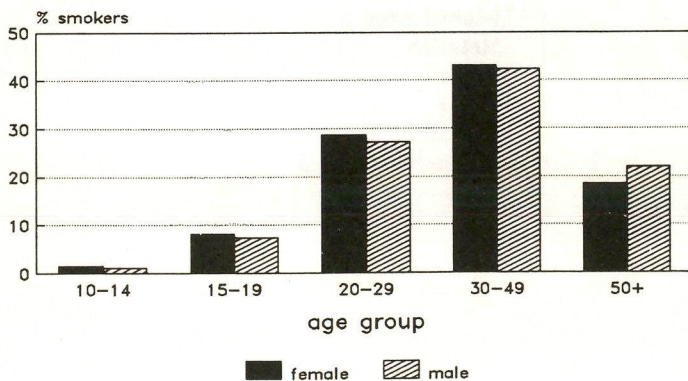
Source: Ministry of Economy, 1992

Prevalence

In 1989, Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) conducted one of the largest and more encompassing researches about smoking prevalence in the country. The National Research on Health and Nutrition (PNSN) used a stratified sample and interviewed 63,213 people of all ages, and residents in 363 municipalities. The PNSN had a two steps selection process and included every unit of the Brazilian Federal Republic, except for Roraima (in the extreme North), and both rural and urban areas, excluding only the rural North. An evaluation of the data from the PNSN shows that:

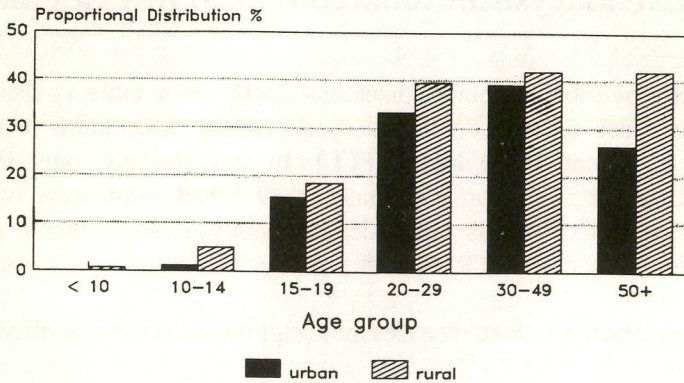
- there are 30.6 million (18.1 million men and 12.5 million women) smokers in Brazil, when considering the population older than 5 years, corresponding to 32.6% of the population in this age group;
- in the younger age group, women smoke in higher proportion than men, suggesting that they are starting to smoke earlier (Figure 2);
- the proportion of smokers in rural areas is higher than in urban areas, e.g., there are 30,531 smokers less than 10 years old in rural Brazil, as opposed to 1,412 smokers that age in urban areas (Figure 3);
- the age group with higher prevalence is 30 to 49 years, for both sexes (men 42.4%, women 43.1%), reducing after 50 years of age (Figure 2);
- the average number of cigarettes smoked is 11 to 20 for men, and 5 to 10 for women.

Figure 2. Smokers distribution by age group and gender



Source: IBGE, 1991

n: 12,429,112(fem) 18,182,426(male)
age group < 10 a = 0.11(f), 0.09(m)

Figure 3. Smokers prevalence by age and residence

Source: IBGE, 1991
 n - 127.877.978
 population \geq 5 y.o.

The evolution of smoking prevalence, based on several researches conducted in Brazil, is shown in table 3. Comparisons are difficult because of methodological differences among research data.

Table 3 Smoking prevalence in Brazil

Place/Source	Year	Age range	% Smokers
São Paulo			
Joly, D.J.(PAHO)	1971-72	15 - 74	35.9
R.G.do Sul			
Achutti, A.	1978	20 - 74	38.5
Porto Alegre (RS)			
Achutti, A.	1987	15 - 64	40.2
Twelve capitals, BR			
Ministry of Health	1988	18 - 55	38.7
Rio/São Paulo			
Gallup (ACS)	1987/88		40 (men) 36 (women)
São Paulo			
Ramos et al.	1987	15 - 59	37.7
Brazil/363 cities			
IBGE (PNSN)	1989	15 - 50+	32,6

Descriptive analysis of tobacco-related diseases mortality

The mortality by tobacco-related diseases - TRD - (see table 4) was analysed through the cause-specific death rate, proportional distribution of mortality, and years of potential life lost (YPLL). In this analysis, only the deaths occurred at the Brazilian states capitals, in 1979 and 1986, were considered. Therefore, presented here is not a detailed analysis, but rather a profile of mortality tendency due to TRDs in Brazil.

Table 4. Ten tobacco-related diseases more significant in the mortality statistics.

Diseases	ICD
cardiovascular system	394-459
<i>coronary heart (CHD)</i>	410-414
<i>cerebrovascular (CVD)</i>	436-437
respiratory system	460-519
<i>chronic obstructive lung (COPD)</i>	323
cancer	140-239
<i>lung, bronchus, and trachea</i>	162
<i>lips, buccal cavity, and pharynx</i>	140-149
<i>larynx</i>	100
<i>esophagus</i>	150
<i>pancreas</i>	157
<i>bladder</i>	188
<i>kidney and other urinary organs</i>	189

Cause-Specific Death Rate

The Coronary Heart Disease (CHD) and Cerebrovascular Disease (CVD) were the diseases with highest rates, followed by COPD and lung cancer, both in 1979 and 1986. However, the former two showed a decrease while the other ones showed an increase, when comparing the rates of the two years studied. In relation to other cancers analysed, they showed a decrease in the rates, except for pancreatic and bladder cancer, and, as said before, lung cancer (table 5).

Table 5. Cause-specific death rate (CSDR) per 100,000, due to 10 tobacco-related diseases, Brazilian capitals, 1979 and 1986.

Diseases	1979				1986			
	Male		Fem		Male		Fem	
	deaths	CSDR	deaths	CSDR	deaths	CSDR	deaths	CSDR
CHD*	10372	295.1	7668	155.5	12692	276.2	9704	150.9
CVD*	8366	238.0	9384	190.1	10391	226.1	11104	172.2
COPD	1728	12.7	867	6.3	2881	16.2	1597	8.9
Cancer:								
- lips, buccal cavity and pharynx	665	4.9	163	1.9	789	4.4	188	1.0
- esophagus	604	4.4	223	1.6	705	4.0	272	1.5
- pancreas	368	2.7	305	2.2	519	2.9	434	2.4
- larynx	447	3.3	61	.44	482	2.7	64	.4
- trachea, bronchi and lungs	1909	14.0	561	4.1	2510	14.1	790	4.4
- bladder	139	1.0	94	.7	207	1.2	123	.7
- kidney and other urinary organs	290	2.1	104	.8	346	1.9	130	.7
All defined causes	108513	798.5	84813	616.2	78842	1715.8	65845	1021.3

* population 35 y.o. or more

Source: Ministry of Health

Proportional Distribution of Mortality

The TRDs studied represented 22.9% of deaths with defined causes in 1979, increasing to 26.8% in 1986. The higher increase observed was for COPD, from 16% in 1979 to 22.9% in 1986, when this disease was responsible for 2.5% of all deaths with defined causes.

The CHD and CVD also had an increase in their proportional distribution of mortality. In 1979, they represented 19.1% of total deaths with defined causes, making up for 21.7% of this total in 1986.

Lung cancer was the more prevalent type of cancer among the ones studied, and it represented, in 1979, 11.3% of the total cancer deaths, and 1.3% of the deaths with defined causes. These coefficients increased to 12.3% and 1.6%, respectively, in 1986.

The CHD and CVD, as well as the cancers studied were more frequent in men (table 6).

Table 6. Proportional mortality (PM %), by sex, for 10 tobacco-related diseases, Brazil, 1979 and 1986.

Diseases	1979				1986			
	Male		Fem		Male		Fem	
	deaths	PM	deaths	PM	deaths	PM	deaths	PM
Cardiovascular system (total)	30621	28.2	29717	21.6	36101	30.2	34465	38.6
- CHD	10616	9.8	7785	5.7	13030	10.9	9850	11
- CVD	8776	8.1	9790	7.1	10863	9.1	11576	13
Respiratory system (total)	11830	10.9	9076	6.7	12715	10.7	9959	11.2
- COPD	2107	1.9	1242	.9	3194	2.7	2014	2.3
Cancer (total)	11794	10.3	10579	12.5	13755	11.5	13036	14.6
- lips, buccal cavity and pharynx	665	.6	163	.2	789	.7	189	.2
- esophagus	604	.6	222	.3	705	.6	272	.3
- pancreas	368	.3	303	.4	519	.4	434	.5
- larynx	447	.4	61	.1	482	.4	64	.1
- trachea, bronchi and lungs	1909	1.8	561	.7	2510	2.1	789	.9
- bladder	290	.3	104	.1	207	1.2	123	.7
- kidney and other urinary organs	129	.1	94	.1	207	.2	123	.1
All defined causes	108513	100	84621	100	119331	100	89193	100

Source: Ministry of Health

Years of Potential Life Lost (YPLL)

The deaths with defined causes represented 93% of the total YPLL in 1979, and 95% in 1986. The TRDs contributed to 5% of the YPLL in 1979, corresponding to 255,489 years that were prematurely lost (i.e. before 65 years of age) due to these diseases. In 1986, this percent raised to 7.11% of the YPLL with defined death cause, equivalent to 302,635 years lost.

The YPLL rate per 1000 population in the Brazilian capitals was higher for CHD and CVD - 31.05 and 36.29 respectively - followed by lung cancer and COPD (table 7).

Table 7. Years of Potential Life Lost (YPLL), according to the mortality by some tobacco-related diseases, Brazil, 1979 and 1986

Diseases	1979				1986			
	Male		Fem		Male		Fem	
	YPLL	/1000	YPLL	/1000	YPLL	/1000	YPLL	/1000
Cardiovascular system (total)	221652	16.3	161509	11.7	242508	13.6	169427	9.4
<i>CHD</i>	57608	4.2	51039	3.7	6909	3.9	59756	3.3
<i>CVD</i>	8776	8.1	9790	7.1	10863	9.1	11576	13
Respiratory system (total)	424816	31.3	333428	24.2	296214	16.7	225998	12.6
<i>C.O.P.D.</i>	18044	1.3	14866	1.1	16805	1.9	12915	.7
Cancer (total)	105693	7.8	106935	7.8	117676	6.6	120010	6.7
- <i>lips, buccal cavity and pharynx</i>	6117	.5	1009	.1	6932	.4	852	.05
- <i>esophagus</i>	4682	.3	1327	.1	4830	.3	1227	.1
- <i>pancreas</i>	2422	.2	1389	.1	3021	.2	1550	.1
- <i>larynx</i>	3690	.3	424	.03	3283	.2	499	.03
- <i>trachea</i>								
<i>bronchi and lungs</i>	11663	.9	3811	.3	12899	.7	4984	.3
- <i>bladder</i>	1037	.1	420	.03	1189	.1	412	.02
- <i>kidney and other urinary organs</i>	1855	.2	1520	.1	2484	.2	1324	.1
All defined causes	3027662	222.8	2114275	153.6	2646461	148.9	1607048	89.3

Source: Ministry of Health

All the TRDs had a decreasing tendency, for both sexes, from 1979 to 1986, except for pancreatic and bladder cancer, that increased in men, and cancer of the larynx, that increased in women.

From this analysis, the importance of the TRDs studied as a death cause in the two years considered is evident. The decrease in the cause-specific death rate of CHD and CVD reflects the overall decreasing tendency of the cardiovascular diseases, as found in many other countries, most likely due to better control of several risk factors, such as diet, exercise, hypertension, diabetes, smoking, etc. The increase in lung cancer rate, specially in women, may reflect the increase of smoking prevalence among them.

The reduction of YPLL, suggesting that the TRDs caused less deaths, and also that the deaths were in more advanced ages, may be a consequence of better diagnostic approaches for cancer and COPD, for example. The CHD and CVD reduction was only in the number of deaths, since the average age at time of death remained unchanged.

Background

In the early 70's, the World Health Organization and other international health organizations, began the campaign against tobacco use, adopting resolutions that were more and more strict, and summoning its country members to start anti-tobacco activities at a national level. Those efforts reached Brazil and in 1975, in Rio Grande do Sul state, the first coordinated and institutional action against tobacco was outlined. Previously, there have been isolated activities in the country, e.g. in the states of Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais and São Paulo, plus the "quit smoking" classes given by the Adventist groups. The initiative of Rio Grande do Sul was followed, still in the 70's, by a similar one in Paraná state, and by the adhesion and support given by the Brazilian Medical Association. In 1980, stimulated by the previously mentioned initiatives, the Ministry of Health created a tobacco consulting group. However, due to economic interests, the activities of the group could not be edited. In 1985, this group became officially the Consulting Group for Tobacco Control of the Ministry of Health*, created by Government regulation, adding to the group representatives of associations of lawyers, journalists and religious groups, among others. The same regulation, a landmark of the Government involvement in the anti-smoking fight, created the National Anti-Smoking Program (PNCF), emphasizing the diffusion of information and stimulating the decentralization of its activities through state and municipal programs. Other Non-Governmental Organizations were created since, i.e. Coordinating Committee for Tobacco Control in Brazil, Latin America Women Association for Tobacco Control, Organized Anti-Tobacco Movement, Anonymous Smokers Groups, and paralleled the growth of the state and local level programs.

* José Rosemberg (SP), Antonio Pedro Mirra (SP), Mário Rigatto (RS), Aloysio Achutti (RS), José Feldmam + (MG), Jayme dos Santos Neves (ES), José Silveira (BA), Edmundo Blundi + (RJ).

The National Anti-Smoking Program

The working plan, established by the National Anti-Smoking Program (PNCF), for the 1988-2000 period, sets, as a main goal, to reduce the *per capita* cigarette consumption, maintaining it at the actual level until the year 2000. It establishes that emphasis should be given to special groups, such as teenagers and pregnant women. It places the diffusion of information as crucial to professionals of health and education areas, as well as to school children, workers and adult population in general. It stimulates the creation of federal, state and municipal laws to restrict and prohibit the habit of smoking and its advertisement. In the area of economy, it stimulates an increase in the real price of cigarettes. In relation to information to health authorities, it creates a system of epidemiological surveillance that will allow adequate decision making. The establishment of State Anti-Smoking Programs (PECF), in practically every state of the country, lead to a systematic evaluation of these programs and of the tobacco epidemiology in the country. Next, data presented at the 1989 Meeting, added by more recent information, will be described. Despite the fact that some of the data are deficient, it is possible to give a profile of the Program organization and of the activities developed. Some indicators that will certainly help in future evaluations, are also shown.

Programs' structure

For the development of a national awareness against smoking, in a country with the size of Brazil, it was necessary to stimulate the creation of programs against smoking in the states, to facilitate the decentralization to the municipalities, which would make it feasible to take actions that will reach the population. An attempt was made to sensitize the states Secretaries of Health to the need of having an address, where anyone could go to receive support, orientation, and material about tobacco control.

To convince the secretaries' wasn't always easy, since the health promotion, in the majority of the State and Local Health Departments, is restricted to children (immunization campaigns), and are, sometimes, sponsored by the tobacco industry.

An evaluation showed that, although they exist in the majority of states, the PECF are not always inserted in the organizational structure of the Health Department. When they are in the official structure, they are in the areas of Chronic-Degenerative Diseases, Sanitary Pneumology, Occupational Health, or Health Education. In one state, it is in the State Education Department, and, in another, linked to a private not-for-profit organization. Some of the programs are developed in different areas of both the Health and Education Departments.

Public and private institutions of the areas of health and education, religious groups, industry, business, among others, contribute to the program. Some states have "Tobacco Control Committees", with different institutional and professional memberships, but not always very active.

In general, the programs do not have adequate installations, and the resources allocated to them are scarce. In fact, few municipalities have, in its budget, provision for the anti-smoking program.

Out of more than 4,000 Brazilian municipalities, only 176 have a structured program, of which 47% are located in one of the richest regions of the country, the South. Another 590 municipalities only repress the information and activities of the National Program (table 8). Nonetheless there is a growing interest from the municipalities in participate in the anti-smoking campaign.

Table 8. Municipalities with structured tobacco control programs, Brazil, 1989.

	REGIONS				
	NORTH	NORTH-EAST	MID WEST	SOUTH-EAST	SOUTH
TOTAL MUNICIPALITIES	193	1233	283	1364	883
MUNICIPAL. W/ STRUCTURED PROGRAM	7	11	53	22	83
MUNICIPAL. PASS ACTIVITIES OF NAT'L PROGRAM	3	72	-	225	475

Information, Education, and Research

Health care facilities

The health care professionals, specially physicians, have been supporting, for a long time, tobacco control actions. However, in their workplace, i.e. health care facilities, it is seldom seen any coordinated effort to either restrict or prohibit smoking. Although some institutions display posters restricting smoking, it is common to find, throughout the facility, people circulating with lit cigarettes, including the health care professionals (table 9).

Industries and Business

Companies, public and private, are stimulated and are developing tobacco control activities. The Bank of Brazil, for example, used a strategy of assessing the prevalence of smokers, involvement of the occupational health team, and diffusion of information among its employees. The Inhouse Committees for Accidents Prevention are important for the accomplishment of these activities. The small and medium size companies, usually, limit their activities to the placement of posters and stickers and distribution of material given by the State Programs and the Ministry of Health (table 9).

Table 9. Health Institutions and Companies with tobacco control activities, Brazil, 1989.

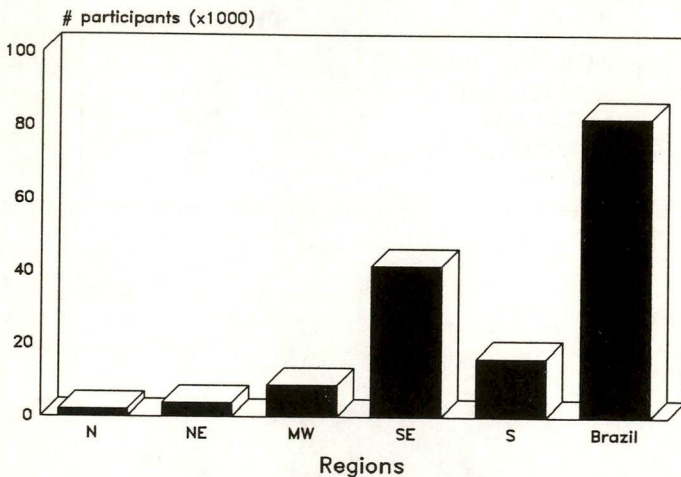
REGION	Health Institutions	Companies
Southeast	6	28
South	8	575
North	-	5
Northeast	17	29
Mid-West	13	14

Schools

Preventive actions targeting school children and teens are fundamental for tobacco use control. Unfortunately, there is little inclusion of tobacco related topics in the curriculum of most schools, either private or public.

In 1989, in the majority of states, the schools involvement was limited to the "Second Contest of Drawings and Sentences Against Smoking" for elementary and high schools, with the participation of 80.000 children (figure 4). The schools and the media received the contest very well, with excellent results for the Program. Some schools developed a course for teachers. Noteworthy is Rio Grande do Sul state, that has been developing work with the state public schools for a long time. In the Northeast, only Ceará state reported the inclusion o tobacco issues in the municipal schools curriculum. In some other states, there are projects to include the topic in the curriculum.

Figure 4. Second Contest of Drawings and Sentences Against Smoking



Source: Health Ministry, 1989

Research

Little information is available about research conducted in the states. Some coordinators made a few comments based on the information gathered from the registration form of the "Second Contest of Sentence and Drawings Against Smoking".

The researches that were conducted looked at, in general, smoking prevalence among school teachers, health care professionals, workers of various areas, teenagers, pregnant women, and smoking at the workplace. The South was the region that referred the larger number of researches.

Training, lectures, round-tables, etc.

Practically every coordinating team of the PECF gave lectures in schools and industries, and participated in seminars, round-table discussions and other educational activities, with results having a cost-benefit relationship that cannot be measured, therefore, being questionable. A series of states referred training a substantial amount of health and education workers in tobacco control issues (table 10.)

Table 10. Educational activities for Anti-Smoking Program personnel training, Brazil, 1989.

REGION	TRAINED PERSONNEL
NORTH	-
NORTHEAST	240
MID-WEST	591
SOUTHEAST	60
SOUTH	652

Events

The realization of events have always marked the development of anti-smoking actions in the country, considering that they are feasible, even for the states that give to the those actions low priority and have little or none resources for their development.

It is questionable the use, so frequent in anti-smoking campaigns, of visual material that emphasizes skulls and other symbols of death, to bring awareness to smokers and no smokers, of the smoking harms. Starting from the work of the cartoonist Ziraldo, the Program tried to characterize the smoking habit as "tacky" and old fashioned. This resulted in the production of material with excellent visual appeal. It was then defined the specific target groups, i.e. pregnant women, children and workers. Matrixes of folders, posters, and other materials that could be reproduced by the State Programs were made. A national visual identity, in likewise many other well-known logos was maintained. The establishment of commemorative dates, i.e. the National Day Against Smoking - August 29, and the World No Tobacco day, May 31st - unified, in two moments of the year, the anti-smoking actions throughout the country, leaving the states the choice of the kind of activities they wanted to develop, usually according to the same theme.

To celebrate these dates, different events are programmed every year, such as lectures, seminars, exhibits, distribution of educational material, hiking, marathons, races and other sports events, always attracting a large number of participants, raising consciensness about the harms of smoking, and getting attention from the media. These events take place in basically every state of the country (table 11).

On another hand, the events sponsored by the cigarette companies show, clearly, the economic power of this group, who is investing heavily in cultural events, e.g. "Hollywood Rock Festival" and "Free Jazz Festival" and sports, e.g. "Hollywood Motorcross", sail and tennis championships. However, more worrisome, is the sponsoring of immunization campaigns. That takes place in almost every state of the North and Northeast regions. The association of cigarette and health is, to say the least, strange, since the Ministry of Health warns that "Smoking is hazardous to your health". Merit must be given to Paraíba state which, since 1988, as an initiative of the State Anti-Smoking Program, has prohibited Souza Cruz (Brazilian branch of BAT) to participate in the anti polio campaigns. This initiative caused the Program's coordinators a big worn-out.

Table 11. Events sponsored/supported by the National Anti-Smoking Program (PNCF) and by the Tobacco Industry, by region, Brazil, 1989.

Region	PNCF*	Tobacco Industry**
North	40	4
Northeast	106	11
Mid-West	62	-
Southeast	103	10
South	94	3

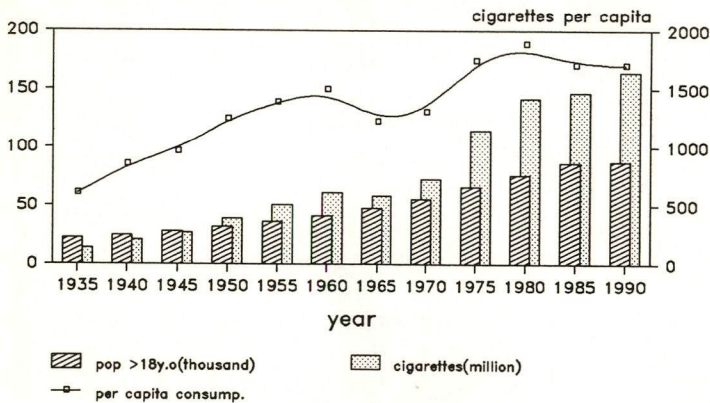
* included celebrations of "World No Tobacco Day", "National Day Against Smoking", number of municipalities that had the marathon "Run to quit smoking", "Second Contest of Drawings and Sentences Against Smoking" as well as lectures, media coverage, distribution of educational material.

** included the immunization campaigns that reached a number of municipalities, as well as music, sports and dance events.

Per capita consumption

Several states did not provide the per capita consumption at the 1989 Meeting, due to lack of time to collect data and refusal of the sources (States' Department of Economy and Industry, for example) to disclose information. The graph .. displays the per capita cigarette consumption in Brazil, from 1935 to 1990 showing the development of the tobacco epidemic. The annual consumption, in the population 15 years or older, greatly increased in the 40's, being stable from 1955 to the 70's, when another increase happened, reaching its peak in 1986, year of the higher per capita consumption of cigarettes in Brazil's the history, i.e. 1950 cigarettes a year for people 15 years or older.

Figure 5. Per capita cigarette consumption, Brazil, 1935 to 1990



Source: Ministry of Economy/IBGE

Legislation

The law establishing August 29 as the National Day Against Smoking, is the only Federal one addressing tobacco control in Brazil. With the strengthening of the anti-smoking activities of the Ministry of Health, incentives were created to develop such activities at the state level. Starting in the 80's, state and municipal legislation multiplied, while the Ministry of Health kept (and still does) formulating Governmental regulations, that do not have the status of law. It is, basically, impossible to obtain National Congress approval for tobacco control laws, due to economic pressures and a strong lobby of the pro-tobacco sectors of society. Despite all difficulties, the new Brazilian Constitution, issued in 1988, included the regulation of cigarette advertisement. For a better understanding of the advances in the Ministry's recommendations and National legislation related to tobacco, refer to table 12

Table 12. Brazilian Anti-Tobacco Legislation.

Date	Action	N.	Content
09/16/85	Regulation	655/GM	Creates the Consulting Group of the Ministry of Health for Tobacco Control
06/11/86	Law	7488	Creates the National Day Against Smoking
08/28/87	Regulation	428/GM	Restrict smoking areas in the buildings of the Ministry of Health
08/29/88	Regulation	490/GM	Recommends restriction of smoking in Federal buildings; mandatory health warnings on cigarette pack, ads posters and boards; regulates tobacco products advertisement
09/22/88	Regulation	3257/GM	Stimulates companies to develop anti-smoking campaigns at workplace
10/18/88	Brazilian Constitution	Chap. V Art. 220	Mandates the regulation of cigarette advertisement
10/89	House Policy	National Congress	Prohibit smoking during the sessions of National Congress
05/31/90	Regulation	731/90	Increases the size of the warning on the cigarette pack and ads; prohibit smoking in health care facilities; prohibit sales to minors; prohibit distribution of free samples in public events
08/08/90	Regulation	1050/90	Revokes Regulations 731/90 and 490/88; reduces the size of warnings on packs/ ads; restricts the prohibition of distributing free samples to schools and events attended by minors; prohibit smoking in domestic flights of less than 2 hours; prohibit sales for minors than 16.

It is noteworthy the revoke of regulation 490/GM of 1988, replaced in May 31, 1990, by regulation 731/GM, incorporating the changes suggested by the anti-tobacco sectors of society and the Ministry of Health. A new change occurred in August 8, 1990, when the regulation 1050/GM was signed. The 1050/GM regulation, which is now in effect, includes the changes requested by the tobacco industry and representatives of marketing and advertisement sectors. It also includes the prohibition of smoking in flights of less than 2 hours. However, this prohibition needs regulation by the Civilian Department of the Air Force to be reinforced.

The article in the Brazilian Constitution that regulates cigarette advertisement also needs additional legislation to be reinforced.

An assessment of state and municipal laws addressing tobacco control, certainly not an encompassing collection, shows a total of 72 of these laws, of which 24 were created before, and 48 after, 1980 (of the latter, 23 after 1985). This data suggest a movement forward in the anti-smoking effort in the country. The state Constitutions of Ceará and Rio de Janeiro addresses the need to include health education (anti-smoking activities) in the schools curricula of the former, and protection for the passive smoker in the latter.

The larger number of anti-smoking laws are in the Southeast (29), followed by the South (26). In the South is the state with the larger number of anti-smoking laws, Paraná (16). The Mid-West, Northeast and North regions are now starting to expand their legislative action for tobacco control. Nonetheless, the two earliest laws found in the country are from the Northeast (Paraíba and Recife, 1957).

Table 13 shows the distribution of state and municipal laws by region, according to their content. This information was gathered through the Evaluation Report sent by the states to PNCF, and from a survey conducted with the Legislative Houses throughout the country. Even though some data is missing, it is possible to make an analysis of the development of tobacco related legislation in the country. As shown in the table, the majority of laws addresses the prohibition of smoking in various public areas. The advertisement and sales of tobacco products restriction, as well as health education, are rare, and is a major failure in the country's legislation. The inclusion, in schools curricula, of topics related to the harms of tobacco use are insignificant, and only the state of Ceará and the city of São Paulo reportedly address the issue.

Table 13. State/Municipal Legislation, by content and region.

Content	REGION							
	NORTHEAST		MID-WEST		SOUTHEAST		SOUTH	
	Sta.	Munic.	Sta.	Munic.	Sta.	Munic.	Sta.	Munic.
Advertisement:								
Warning of cigs. harms at stores				1			1	
Prohibit sales to minors :								
. in schools				1		1		
. other places						1		
Protection to non-smoker:								
Prohibit smoking at								
. public places	2	1	2			2	2	3
. public transport.		1	5	1	1	4	3	3
. schools	1		2	1		4	2	3
. health care inst.	1		1			3	2	2
. others *	1		2		1	4	3	3
Education								
. mandatory (curriculum)		1					1	
. State Anti-Smoking Day								1
. Tobacco Control Committee						1		
* creates areas for smoking at :								
. bars	1							
. others						1		

There is no reinforcement nor compliance with the majority of the laws. The signature of the laws is not accompanied by a process of public education. The penalties for non-compliance range from tickets, that have values in money so small that are not feasible to collect, to the removal of the smoker from the area, which seldom occurs. However, a few of them are complied with, e.g. the one that prohibits smoking in public transportation in São Paulo. A few others were complied with after public education efforts, e.g. the prohibition of smoking in public transportation in the cities of João Pessoa and Belém. The states and municipalities that do not have compliance with their laws, have an important task educating their population, since there is a growing society's movement to see respected the rights of the non-smoker.

Conclusion

The challenge of fighting tobacco epidemic, due to its complexity, implies in planned, coordinated and efficacious activities, that can be evaluated and reprogrammed, periodically. To achieve this goal, the Ministry of Health develops anti-smoking actions through three different organisms - the National Cancer Institute (Coordination of Cancer Control Programs, Rio de Janeiro), National Health Foundation (Reference Center Professor Helio Fraga, Rio de Janeiro), and National Department of Health Programs (Cancer Coordination) - with the overall objective of promoting the health and protecting against the tobacco-related diseases. However, these three organisms have little interaction in the development of their actions. Consequently, there is often, a repetition of efforts and scattering of scarce resources.

This situation is resulting of a lack of Governmental definition of the guidelines to be adopted for tobacco control in the country, and points to the urgent need to solve this impasse.

The recommendations and suggestions, made by those involved with tobacco control, at various levels, are as follows:

- . establishment of tobacco control as a priority in the national health policy;
- . strengthening and expansion of the state programs, with the objective of municipalization of the anti-smoking actions;
- . increasing health professionals awareness of their tasks as counsellors and role-models;
- . technical and scientific consulting to the companies interested in promoting tobacco control at the workplace;
- . defining local priorities, questioning the efficacy of lectures and round-table discussions that are not accompanied by other educational activities;
- . increase divulgence and celebration of the National Anti-Smoking Day and the World No Tobacco Day;
- . development of research in every state and municipality, assessing smoking prevalence, including passive smokers and special groups, i.e. pregnant women and teenagers;
- . knowledge and diffusion of the existing laws, compliance with them, and creation of new ones, attempting to mobilize large number of legislators to the cause of tobacco control;

- . implementation of an epidemiological surveillance system , standardized and decentralized;
- . information and education for the tobacco agriculturist;
- . legal instrumentation for rational use of the soil;
- . incentive to alternative crops and rational use of toxic chemical substances;
- . replacement of the wood, as fuel, for mineral charcoal or oil, when possible, or for wood obtained from reforestation areas;
- . urge the tobacco industry to invest in other areas, e. g. food industry;
- . increase in the real price of tobacco products, maintaining the proportion of taxes;
- . taxation of exported tobacco;
- . replacement of funding given to tobacco agriculture by funding and incentives to other crops.

All these items collide with a series of economic, political and social difficulties that must be exhaustively discussed by different sectors of society and government, formulating a national tobacco control policy in order to have, in the long run, a society free from the harms of tobacco.

Acknowledgement to the participants of the document "A Organização da luta contra o fumo no Brasil" (Organization of the antismoking fight in Brazil)(in press), a valuable source of information to the present publication: Abner C. Brasil(CE), Ana M. F. Arruda(CE), Ana M. C. N. da Gama(ES), André J. Camargo F.(DF), Antenor Madeira Neto(PA), Antônio C. M. Lemos(BA), Arline A. D. L. Gerivazio(GO), Carmen L. Muricy(RJ), Claudete G. Costa(DF), Clénice G. deSouza(RO), Cristina F. F. F. Warth(RJ), Elvia L. N. Bezerra(RO), Ernesto Silva(DF), Esnaldi P. Santos(PA), Flávio P. Nunes(DF), Francisca F. R. Lima(AL), Helena M. Dualibe(MA), Hisbello S. Campos(RJ), Ivo X. Silva(PA), Jandira T. C. Lessa(RJ), Jaqueline V. R. Campos(MS), José V. Feitosa(RJ), Josias S. Cavalcanti(CE), Leônidas A. Silva(AM), Lillian A. B. Araújo(MG), Lourdes F. Thomás(MT), Lúcio V. Rebello(PE), Mara B. Hack(SC), Marco A. Moraes(SP), Maria C. M. Stotz(RJ), Maria I. P. Gadelha(RJ), Maria F. F. Lima(AC), Maria G. M. Brasil(CE), Maria H. E. Rosito(RS), Maria R. M. Milanez(PI), Marylene Rocha(DF), Paulo J. Massolini(RS), Paulo R. K. Ferreira(PA), Roberto L. Lana(RJ), Sebastião O. Costa(PB), Sérgio S. F. Rodrigues(SP), Tereza M. P. Feitosa(RJ), Terezinha Jensen(PR), Vera L. A. Martins(DF) Apoio Administrativo: Maria H. F. Gomes, Ana M. Canuto, Mauro C. S. Corrêa, Maria L. F. Silva.

REFERENCES

- . . Abifumo, 1991. Perfil da Indústria do Fumo.
- . . Banco Mundial, 1991. Brasil: Novo desafio à saúde do adulto. Washington, D.C.
- Chapman, S. & Leng, W.W., 1990. Atlas de contôle do tabagismo no terceiro mundo, cap. 4.
- Hijjar, M. A. & Costa e Silva, V. L., 1991. Epidemiologia do Tabagismo no Brasil. JBM; 60, (1/2).
- . . IBGE, 1989. Anuário estatístico do Brasil.
- . . IBGE, 1989. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, dados preliminares. Rio de Janeiro.
- . . IBGE, 1992. Censo, 1991, dados preliminares. Rio de Janeiro.
- . . Ministério da Economia, 1992. Coordenadoria Técnica de Intercâmbio Comercial
- . . Ministério da Saúde, 1979. Estatística de Mortalidade, Brasil.
- . . Ministério da Saúde, 1986. Estatística de Mortalidade, Brasil.
- . . Ministério da Saude, 1991. Organização da luta contra o fumo no Brasil. Instituto Nacional do Câncer & Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Rio de Janeiro, mimeo.
- Perez, M.D.C.G.,1990. Erosyon y practicas agrícolas en Cuenca del Rio Pardinho, R.S., Brasil. Tese de doutoramento: Geografia. Zaragoza.
- Quesada et al., 1989. Necessidades anuais de lenha, para produção agropecuária, em município gaúcho de pequenas propriedades. Rev. Econ. Sociol. Rural; 27(1): 5359.
- . . U.S. Department of Health and Human Services, 1989. Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A report of the Surgeon General. Rockville.

- . implantação de um sistema de vigilância epidemiológica padronizado e descentralizado;
- . educação e informação do plantador de tabaco, bem como a instrumentação legal para o uso adequado do solo;
- . estabelecimento de culturas alternativas e racionalização do uso de produtos químicos;
- . substituição da lenha como combustível, por carvão mineral ou óleo, quando possível, e por madeira obtida de áreas de reflorestamento racional;
- . redirecionamento de atividades da indústria fumageira;
- . aumento do preço real dos produtos do tabaco, com manutenção da proporção de impostos;
- . taxação do fumo exportado;
- . substituição do financiamento da cultura e carteira agrícola do fumo por subsídios à outras culturas.

Todos estes itens esbarram em uma série de dificuldades de ordem econômica, política e social que devem ser amplamente discutidas por todos os setores do país, formulando-se uma política nacional de controle do tabagismo, para que a longo prazo se possa ter uma sociedade livre de tabaco. Nesse sentido, o Ministério da Saúde desenvolve ações anti-fumo, com o objetivo geral de promover a saúde e contribuir para a proteção das doenças tabaco-relacionadas.

Agradecemos aos participantes do documento "A Organização da luta contra o fumo no Brasil" (no prelo), fonte valiosa de informação para esta publicação:

Abner C. Brasil(CE), Ana M. F. Arruda(CE), Ana M. C. N. da Gama(ES), André J. Camargo F.(DF), Antenor Madeira Neto(PA), Antônio C. M. Lemos(BA), Arline A. D. L. Gerivazio(GO), Carmen L. Muricy(RJ), Claudete G. Costa(DF), Clenice G. deSouza(RO), Cristina F. F. F. Warth(RJ), Elvia L. N. Bezerra(RO), Ernesto Silva(DF), Esnaldi P. Santos(PA), Flávio P. Nunes(DF), Francisca F. R. Lima(AL), Helena M. Dualibe(MA), Hisbello S. Campos(RJ), Ivo X. Silva(PA), Jandira T. C. Lessa(RJ), Jaqueline V. R. Campos(MS), José V. Feitosa(RJ), Josias S. Cavalcanti(CE), Leônidas A. Silva(AM), Lílian A. B. Araújo(MG), Lourdes F. Thomás(MT), Lúcio V. Rebello(PE), Mara B. Hack(SC), Marco A. Moraes(SP), Maria C. M. Stotz(RJ), Maria I. P. Gadelha(RJ), Maria F. F. Lima(AC), Maria G. M. Brasil(CE), Maria H. E. Rosito(RS), Maria R. M. Milanez(PI), Marylene Rocha(DF), Paulo J. Massolini(RS), Paulo R. K. Ferreira(PA), Roberto L. Lana(RJ), Sebastião O. Costa(PB), Sérgio S. F. Rodrigues(SP), Tereza M. P. Feitosa(RJ), Terezinha Jensen(PR), Vera L. A. Martins(DF) Apoio Administrativo: Maria H. F. Gomes, Ana M. Canuto, Mauro C. S. Corrêa, Maria L. F. Silva.

BIBLIOGRAFIA

- . . Abifumo, 1991. Perfil da Indústria do Fumo.
- . . Banco Mundial, 1991. Brasil: Novo desafio à saúde do adulto. Washington, D.C.
- Chapman, S. & Leng, W.W., 1990. Atlas de contôlo do tabagismo no terceiro mundo, cap. 4.
- Hijjar, M. A. & Costa e Silva, V. L., 1991. Epidemiologia do Tabagismo no Brasil. JBM; 60, (1/2).
- . . IBGE, 1989. Anuário estatístico do Brasil.
- . . IBGE, 1989. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, dados preliminares. Rio de Janeiro.
- . . IBGE, 1992. Censo, 1991, dados preliminares. Rio de Janeiro.
- . . Ministério da Economia, 1992. Coordenadoria Técnica de Intercâmbio Comercial
- . . Ministério da Saúde, 1979. Estatística de Mortalidade, Brasil.
- . . Ministério da Saúde, 1986. Estatística de Mortalidade, Brasil.
- . . Ministério da Saude, 1991. Organização da luta contra o fumo no Brasil. Instituto Nacional do Câncer & Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Rio de Janeiro, mimeo.
- Perez, M.D.C.G.,1990. Erosyon y practicas agrícolas en Cuenca del Rio Pardino, R.S., Brasil. Tese de doutoramento: Geografia. Zaragoza.
- Quesada et al., 1989. Necessidades anuais de lenha, para produção agropecuária, em município gaúcho de pequenas propriedades. Rev. Econ. Sociol. Rural; 27(1): 5359.
- . . U.S. Department of Health and Human Services, 1989. Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A report of the Surgeon General. Rockville.

BIBLIOTECA - INCA

AUTOR Brasil. Ministério da

Saúde

TÍTULO Controle do tabagismo:

um desafio.

Nº Chamada _____

Nº Registro F-15/1993

**Prove que sabe honrar os seus
compromissos devolvendo
com pontualidade este
livro à Biblioteca.
INCA**

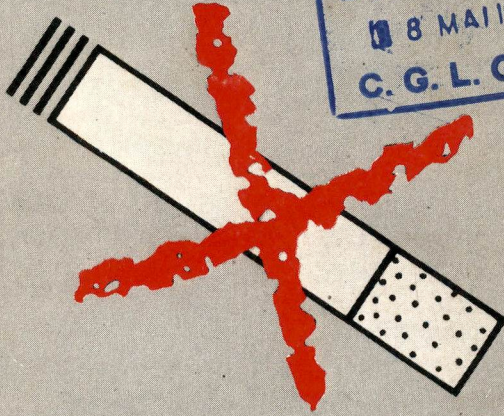
BRASIL 91

Cr\$ 40,00

BIBLIOTECA

8 MAI 1994

C. G. L. G. L.



FELIPE TABORDA

COMBATE AS DROGAS - FUMO

Ministério da Saúde

Instituto Nacional de Câncer

**TOBACCO CONTROL:
A CHALLENGE**