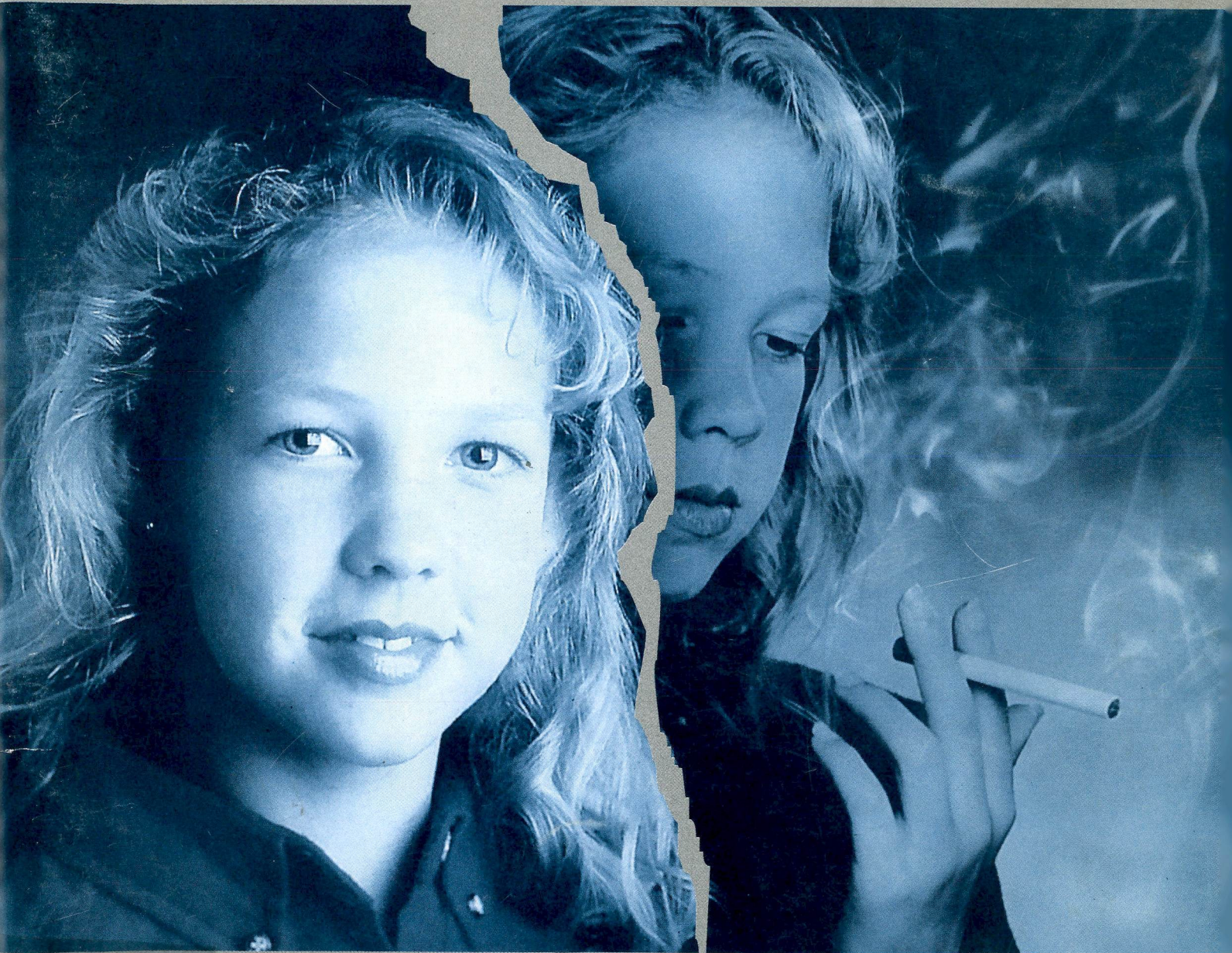


Bases para a Implantação de um

Programa de Controle do Tabagismo



94
b
EC

Ministério da Saúde

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

Tiragem 1.000 exemplares

Edição e distribuição:

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e
Prevenção Primária de Câncer

Rua dos Inválidos, 212 - 3º andar

20231-020 - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (0xx21) 3970-7400

Fax:(0xx21) 3970-7500

Apoio: Fundação Ary Frauzino

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle
de Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp)
Como Implantar um programa de tabagismo - Rio de Janeiro -
INCA

69 p: il.

Inclui bibliografia

1. Tabagismo 2. Programa 3. Implantação

ISBN 857318019-6

CDD - 614.599.9

Bases para a implantação de um
**Programa de
Controle do
Tabagismo**



616.994
B823b
1996

Equipe do Instituto Nacional de Câncer responsável pela edição deste livro:

Luisa da Costa e Silva Goldfarb, Tânia Maria Cavalcante, Vera Luiza da Costa e Silva, Teresa Piccini Feitosa e Andreia Ribeiro Abib.

Agradecemos a colaboração dos coordenadores estaduais de Controle do Tabagismo ou seus substitutos listados abaixo, presente ao VI Encontro Anual de Coordenadores Estaduais de Controle do Tabagismo, realizado em Novembro de 1995 no Rio de Janeiro:

Ademar Fernandes de Lima (AC), Ana Margarida Furtado Arruda Rosemberg (CE), Antenor Madeira Neto (PA), Aristóteles C. Alencar Filho (AM), Elizabeth A. Nishikawa (MS), Evandi Ferreira da Silva (PE), Geny Pereira Campos (GO), Ivan Lisboa Fialho Junior (DF), José Ribamar A. Moreira (MA), Lígia Maria K. L. Louzada (RS), Lilian de Andrada Botega Araújo (MG), Lourdes de Fátima Souza (PB), Lourdes França Thomaz (MT), Marcia Vieira dos Santos Macedo (SE), Maria Aparecida Santos (TO), Maria das Graças Cruz Muradaa (PI), Mércia Nereida Ayres (RR), Rodolfo Brumini (SP), Roseana Josué Raposo (AL), Rossana Maria Curioso da Silva (RN), Terezinha Jensen (PR) e Werbena Aguiar Santos (ES).

Agradecemos ao Comitê Coordenador do Controle do Tabagismo no Brasil, que colaborou para este livro através dos profissionais abaixo relacionados:

José Rosemberg (RJ), Marco Antônio de Moraes (SP) e Mário Albanese (SP).

Agradecemos à Câmara Técnica de Controle do Tabagismo do Instituto Nacional de Câncer pelo apoio prestado.



Apresentação

Este manual pretende fornecer orientação para a implantação do programa de controle de tabagismo. As diretrizes nele contidas são baseadas na experiência obtida, durante os 10 anos de trabalho, em ações de controle do tabagismo no Brasil e na sua interação com programas similares de diferentes países. Procuramos usar uma forma com passos simples e seqüenciais para estruturar um programa de controle do tabagismo e colocar, de forma objetiva, os papéis previstos para cada nível da sua estrutura municipal, estadual e nacional, com sugestão de atividades. A avaliação e monitoramento destas atividades fecha um modelo que pode ser usado em qualquer município do país, para a implantação definitiva de um programa que é fundamental na prevenção das doenças neoplásticas, cardiovasculares e pulmonares no País.

O manual pode ser usado, também, como sugestão na implantação de programas em locais específicos, como regiões administrativas, bairros, ou mesmo ambientes de trabalho, escolas e unidades de saúde, através da adaptação deste modelo a estas diferentes estruturas. Diante da amplitude e multidisciplinaridade do problema tabagismo é fornecido ao leitor uma diversidade de temas com informações técnicas nas diferentes faces do assunto, inclusive nas áreas legislativa, econômica, educativa e até a utilização ampla da mídia.

Com este passo fundamental para a consolidação da descentralização das ações preventivas no controle do tabagismo, pretendemos ampliar o quadro de programas estruturados nas diversas regiões do país, conferindo a abertura nacional necessária para um controle definitivo do tabagismo, dentro das perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Direção Geral
Instituto Nacional de Câncer

Índice

1. Justificando um programa de controle do tabagismo e suas estratégias	7
Tabagismo como problema mundial e nacional	7
A necessidade de se contrapor às ações da indústria do tabaco	12
A resposta nacional ao problema tabagismo	13
A organização de uma rede nacional	14
Participação do estado e do município como parte da estrutura nacional	15
2. Implantando as ações para o controle do tabagismo	16
Criando a infra-estrutura necessária	16
Desenvolvendo ações pontuais	23
Desenvolvendo ações sistematizadas	25
3. Estimulando a legislação	31
Setor de produção	31
Setor de consumo	32
4. Interferindo na economia	38
Governo	38
Empregadores	39
Indivíduos	39
Meio Ambiente	40
Possíveis soluções na área econômica	40
Taxação	41
Exportação	42

5. Atuando com grupos de pressão (lobby)	44
6. Divulgando	46
Para integrar as ações do PCT	46
Para informar sobre tabagismo	46
7. Trabalhando com as ONGs	52
8. Avaliando o programa	53
Por que monitorar o uso do tabaco?	53
Como monitorar o uso do tabaco?	54
Como construir alguns indicadores referentes ao consumo de tabaco?	55
Como construir indicadores referentes as doenças relacionadas ao tabagismo?	58
9. Atualizando a equipe do Programa	62
Biblioteca de referência/informações	62
Aperfeiçoamento e atualização	62
10. Glossário Geral	63
11. Glossário Legislativo	66
12. Bibliografia consultada	68

Justificando um programa de controle do tabagismo e suas estratégias

Tabagismo como problema mundial e nacional

O consumo de cigarros é a mais devastadora causa evitável de doenças e mortes prematuras da história. Hoje, o tabagismo representa um dos mais graves problemas de saúde pública, configurando uma epidemia que compromete não só a **saúde** da população, como também a **economia** do país e o **meio ambiente**. Para fazer frente à esta epidemia, é fundamental a existência de um programa nacional de controle do tabagismo bem estruturado nas diferentes regiões do país. Para tal é preciso uma compreensão das estratégias utilizadas pelo agente responsável por esta epidemia — a indústria do tabaco — e um conhecimento inicial do tabagismo e suas conseqüências sobre a saúde, economia e meio ambiente.

Saúde: Os produtos derivados do tabaco não apresentam qualquer nível de segurança de consumo e são os únicos produtos legalmente comercializados que matam se consumidos como deseja o fabricante. Como conseqüência, o tabagismo vem causando mais mortes prematuras no mundo do que a soma de mortes provocadas por AIDS, cocaína, heroína, álcool, acidentes de trânsito, incêndios e suicídios.

A cada ano o tabaco mata cerca de 3 milhões de pessoas em todo o mundo e este número tende a ser crescente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), se esta tendência não for revertida, nos próximos 30 a 40 anos (quando os fumantes jovens de hoje atingirem a meia idade), a epidemia tabagística será responsável por 10 milhões de mortes por ano, sendo que 70% delas ocorrerão em países em desenvolvimento (quadro 1).

Quadro 1

Número estimado de mortes, por ano, relacionados ao uso do tabaco

	Década 1990	Década 2020
Países desenvolvidos	2 milhões	3 milhões
Países em desenvolvimento	1 milhão	7 milhões
Total	3 milhões	10 milhões

Fonte: OMS/1995

A OMS estima ainda, que até o ano 2025, o tabagismo matará um total de 500 milhões de pessoas da população atual, sendo que deste montante, 200 milhões corresponderão às crianças e adolescentes de hoje. Cerca da metade destas mortes atingirão pessoas entre 35 e 69 anos de idade, que perderão em média 20 anos de vida.

No Brasil, estima-se atualmente que a cada ano o cigarro mata precocemente cerca de 80.000 pessoas, ou seja, cerca de 8 brasileiros a cada hora.

No início da década de 50 foram publicados os primeiros trabalhos científicos, onde se concluiu, que o tabagismo era a maior causa de câncer de pulmão. A partir de então, evidências científicas continuaram a se acumular, colocando o tabagismo como fator causal de mais de 25 doenças diferentes, sendo a maioria importante causa de mortalidade. Atualmente se sabe que o risco que um fumante tem de morrer, em decorrência do consumo do tabaco, é de pelo menos 50%. Logo, a mortalidade proporcional decorrente exclusivamente do hábito de fumar, corresponde à mortalidade por todas as outras causas potenciais combinadas.

O tabagismo é um dos principais fatores determinantes das duas maiores causas de morte por doença no mundo e no Brasil: doenças cardiovasculares e câncer. Segundo a OMS, está associado a 30% das mortes por câncer, 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por doença coronariana, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cérebro vascular, dentre outras.

Os danos provocados pela poluição tabagística ambiental aumentaram a dimensão do problema tabagismo, pois a exposição involuntária à fumaça do tabaco aumenta, entre os não-fumantes, o risco de câncer de pulmão e de várias outras doenças relacionadas ao tabagismo. São particularmente afetadas as mulheres, por enfermidades ligadas à sua própria condição biológica, tais como aborto, placenta prévia, acidente vascular cerebral etc, e as crianças, ao terem que conviver com a poluição tabagística desde a vida intra-uterina, até a adolescência.

Um grupo especialmente suscetível aos malefícios do tabaco é a classe trabalhadora. Embora o fumo e os poluentes ocupacionais tenham ações independentes, algumas enfermidades resultantes da exposição ocupacional podem ser potencializadas ou aceleradas pelo consumo de tabaco. A fumaça do tabaco funciona como veículo que favorece a entrada no organismo de diversas substâncias químicas existentes nos ambientes de trabalho, podendo também intervir na transformação química das mesmas, devido ao intenso calor na extremidade incandescente do cigarro. Por exemplo, trabalhadores da indústria têxtil de algodão, mineradores de carvão, de urânio, bombeiros, dentre outros, apresentam um maior risco de desenvolver doenças respiratórias, inclusive câncer de pulmão, como resultado da exposição ocupacional potencializada pelo consumo de cigarros. Esta ação estende-se também aos trabalhadores não-fumantes que se expõem à poluição tabagística ambiental e à ocupacional durante a jornada de trabalho.

Apesar de todos estes números nas estatísticas de mortalidade, o consumo mundial do tabaco dobrou desde que a medicina provou, em 1950, que o tabaco é inigualável como causa de morte. Para os países desenvolvidos, o consumo adulto per capita é, atualmente, de 2.400 cigarros e para os países em desenvolvimento é de 1.370 cigarros. Embora o consumo seja maior nos países desenvolvidos, esta margem vem se estreitando rapidamente. No período de 1970 a 1972, o consumo por adultos, nos países desenvolvidos, era 3,25 vezes maior que nos países em desenvolvimento. De 1980 a 1982, esta proporção foi reduzida para 2,38 e de 1990 a 1992, para 1,75. Durante esta última década, o consumo per capita caiu cerca de 1,4% nos países desenvolvidos, mas aumentou 1,7% nos países em desenvolvimento.

No Brasil, o consumo per capita tem variado ao longo dos anos sob a influência das oscilações inflacionárias e da perda do poder de compra dos salários. Além disso, a estatística referente ao consumo per capita de cigarros no Brasil é obtida pela diferença entre produção e exportação do produto, o que pode resultar em uma subestimação, no que tange ao contrabando e à intensa falsificação que existem no mercado brasileiro desde o ano de 1992. (Gráfico 1)

Consumo anual per capita de cigarros no Brasil

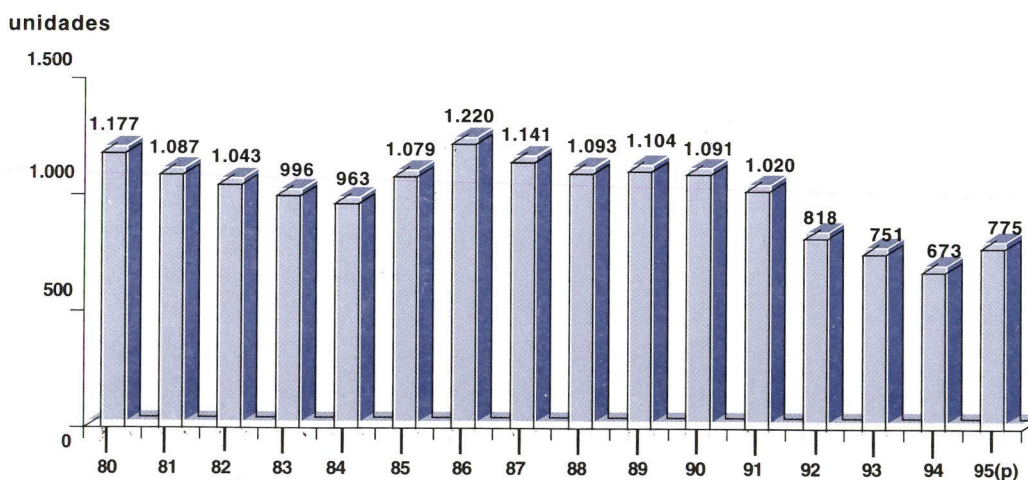


Gráfico 1

A nicotina, veiculada no tabaco e seus derivados, é responsável por este quadro, pois sendo causadora de uma dependência química maior do que a gerada pela maconha, cocaína, heroína e pelo álcool, mantém os fumantes presos ao consumo do tabaco e garante os lucros para a indústria fumageira.

Apesar de todos estes dados, os riscos para a saúde causados pelo tabaco são muito subestimados pela sociedade, e mesmo por aqueles responsáveis pela proteção e promoção da saúde pública.

Economia: O Brasil é hoje o quarto maior produtor de tabaco no mundo, ficando atrás apenas da China, EUA e Índia, nesta ordem, e desde 1993 ocupa o primeiro lugar em exportação de tabaco. A folha de tabaco proveniente do Brasil é conhecida internacionalmente como de boa qualidade e de baixo pre-

ço, devido aos baixos custos internos de sua produção. Contribui para este fato, a não mecanização da lavoura, que embora resulte em um baixo rendimento físico perverso obtido na cultura, acarreta maior qualidade para o produto, que recebe cuidados manuais maiores do que o fumo produzido, através de uma maior mecanização. Além disso, o emprego de produtores e suas famílias na lavoura resulta em menores gastos com salários, barateando os custos de produção, porém resultando em sérios danos para a saúde destes e para o meio ambiente.

Em muitos países, inclusive no Brasil, a receita proveniente da taxaço do tabaco, a geraço de empregos e as exportaçoes são argumentos empregados pela indústria fumageira no seu lobby econômico. Dados econômicos superestimados e tendenciosos são comumente utilizados pela indústria tabageira para convencer os altos escalões do governo da sua importância para a economia do país, dificultando as ações de controle do tabagismo. É importante que estes dados sejam analisados dentro de um contexto, onde seja também incluído o impacto resultante do tabagismo para a saúde e para o meio ambiente.

Um recente estudo, realizado pelo Banco Mundial, estimou que o tabagismo resulta numa perda global de US\$ 200 bilhões por ano, em função de mortes prematuras, de incapacitaço, de adoecimento, de aposentadorias precoces e de faltas ao trabalho, sendo que aproximadamente a metade destes gastos ocorre em países em desenvolvimento. Nos países onde foram feitas estas avaliaçoes, concluiu-se que para cada dólar arrecadado através da taxaço do tabaco, perdia-se um e meio.

No Brasil, a arrecadaço de impostos provenientes da taxaço do tabaco, em 73,55% sobre o preço final do cigarro, abaixo da taxaço dos países de primeiro mundo (quadro 2), torna-o importante fonte de receita fiscal. No entanto, os gastos sociais determinados pelo consumo de cigarros, embora ainda não mensurados no nosso país, devem superar em muito esta arrecadaço. Estes envolvem prejuízos decorrentes do adoecimento, tanto de fumantes como de não-fumantes, as perdas econômicas ocasionadas pelas faltas ao trabalho, queda de produtividade, aposentadoria precoce e mortes prematuras. Outra perda não-mensurável é a reduço da qualidade de vida, não apenas do fumante, mas de todos aqueles que são afetados pela fumaça de segunda mão. Isto sem falar da dor e do sofrimento do doente e de seus familiares quando o perdem.

Outro importante aspecto, que deve ser contabilizado nestas perdas, são as agressões ao meio ambiente e à saúde daqueles que lidam com a cultura do tabaco, como veremos a seguir.

Maiores detalhes sobre o impacto na economia e possíveis soluçoes, podem ser vistas no tópico IV desta publicaço: Interferindo na economia.

Ambiente: Agressões ao meio ambiente resultam de diversos fatores relacionados ao cultivo do tabaco. O desmatamento em larga escala, para obtenço da lenha usada nas estufas onde é feita a secagem das folhas do fumo, contribui para a ocorrência de erosões e destruço do solo, que torna-se exposto às chuvas fortes e à insolaço, e para a perda de matéria orgânica com conse-

qüente empobrecimento do solo. Dados de 1992/1993 da Associação de Fumicultores do Brasil (AFUBRA), contabilizam 115.850 estufas para secagem do fumo no sul do Brasil. Neste período foram consumidas 37.505.000 árvores para o processo de secagem das folhas, o que dá a dimensão do impacto ambiental, principalmente ao se considerar a crescente expansão da lavoura fumageira no País.

Quadro 2

Cigarros: impostos e preços em diversos países

	Maço em US\$ (maio/95)	Total de taxas (maio/95)
Dinamarca	5,40	83%
Portugal	1,55	81%
Reino Unido	4,29	77%
Irlanda	3,67	76%
França	2,71	75%
Bélgica	2,67	75%
Finlândia	3,23	74%
Itália	1,75	73%
Suécia	3,59	73%
Brasil	0,84	73%
Holanda	2,34	72%
Grécia	1,97	72%
Alemanha	3,00	71%
Argentina	1,37	70%
Canadá	4,25	70%

Fonte: Abifumo (Relatório Perfil da Indústria do Fumo. 1994 e 1995)

Visando melhores safras e maiores lucros, a indústria fumageira tem estimulado o amplo emprego de fertilizantes e de agrotóxicos nas plantações de tabaco. Na região Sul, maior produtora de fumo do país, é característica, a utilização de mão-de-obra familiar na lavoura do tabaco, sendo freqüente o aproveitamento de crianças em algumas fases do cultivo. Esta prática, associada à ausência de orientações para o uso de fertilizantes e pesticidas de forma segura, tem gerado danos à saúde dos agricultores e de suas famílias, tais como intoxicações agudas e incapacitação para o trabalho, bem como danos ao

ecossistema em consequência da contaminação do solo, dos alimentos, dos animais e dos rios. A resultante contaminação dos derivados do tabaco que chegam aos consumidores é uma outra consequência resultante do emprego inadequado de agrotóxicos.

Os incêndios provocados por cigarros constituem também um importante agravo ao meio ambiente: pelo menos 25% dos incêndios rurais e urbanos são relacionados a pontas de cigarros.

A necessidade de se contrapor às ações da indústria do tabaco

A iniciação ao uso dos derivados do tabaco é fortemente influenciada pela publicidade maciça. Os fabricantes de cigarros têm consciência de que a nicotina gera dependência orgânica e dirigem a publicidade principalmente para o jovem, pois as pesquisas mostram que uma pessoa que não começou a fumar durante a adolescência, tem poucas chances de tornar-se um fumante na vida adulta. O maço de cigarros é apresentado como um passaporte para o mundo adulto, para o sucesso, para o *glamour*, para a sensualidade e para a liberdade. A utilização da imagem de ídolos e modelos de comportamento do grupo-alvo portando cigarros ou fumando-os; da oferta, no mercado de consumo, de produtos como roupas, sapatos, bolsas, bonés, jaquetas etc contendo o logotipo dos derivados do tabaco; da promoção de eventos esportivos ou artísticos; da promoção de campanhas de saúde; do apoio a programas de hortas e cuidados com o meio ambiente, em escolas de 1º grau, e da distribuição de amostras grátis são empregadas como estratégias de publicidade indireta. Em suma, a manipulação psicológica embutida na publicidade de cigarros procura criar a impressão, entre os jovens, de que o tabagismo é muito mais comum e socialmente aceito do que o é na realidade.

Além dos jovens, as mulheres vêm sendo claramente identificadas como um importante grupo-alvo desta publicidade, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. São gastos, anualmente, bilhões de dólares em promoções especificamente dirigida ao público feminino, tais como as marcas "somente para mulheres" que associam imagens de mulheres bonitas fumando, com *glamour* e sucesso. Como resultado destas estratégias, em vários países o tabagismo é atualmente mais comum entre adolescentes do sexo feminino.

Na medida que as restrições ao consumo do tabaco vêm aumentando nos principais países do primeiro mundo, a indústria tabageira vem investindo cada vez mais na expansão do seu mercado em países da Ásia, América Latina e Europa Oriental. Estes países rapidamente alcançarão o círculo vicioso do tabagismo, adoecimento e morte, no mesmo nível observado hoje nos países do primeiro mundo, numa fase em que alguns deles estão ainda lutando para resolver os problemas de desnutrição, saneamento básico e prevenção de doenças infecciosas visando manter um nível aceitável de saúde e aumentar a expectativa de vida da população.

O Brasil, em particular, oferece um grande contingente de fumantes em potencial, por ser um país jovem, onde praticamente inexitem leis que restringem o consumo e a propaganda de cigarros e onde são grandes os obstáculos que as ações de controle e prevenção do tabagismo têm de enfrentar.

A resposta nacional ao problema tabagismo

Diante do exposto, se faz necessária a união de esforços, a mobilização e coalisão dos diversos segmentos da sociedade para o desenvolvimento de ações que se contraponham às estratégias desenvolvidas pela indústria fumageira, que é o vetor da epidemia tabagística.

O grande objetivo deste esforço conjunto é o de reduzir a prevalência de fumantes, o ingresso no vício e, por conseguinte, a morbimortalidade relacionada ao uso do fumo.

Para este fim, é necessária a existência de um programa de controle do tabagismo bem estruturado em nível central e nacional, devendo estar apoiado operacionalmente na parceria entre os setores de educação e legislação e, estruturalmente, na descentralização, com a criação de redes estaduais/municipais, governamentais e não-governamentais, que atuem interligadas, cooperando entre si e gerando, portanto, uma maior força de enfrentamento às pressões exercidas pela indústria fumageira.

O controle do tabagismo deve ser integrado aos programas de saúde pública e contar com o apoio de equipes multidisciplinares, que envolvam profissionais de saúde, de educação, da área psico-social, ambiental, econômica e legislativa, por tratar-se de um problema multifacetado.

Este trabalho deve ter duas abordagens: a preventiva e a curativa.

A abordagem preventiva envolve programas educacionais coletivos, incluindo ações enérgicas quanto às publicidades direta e indireta dos derivados do tabaco e ações no nível da atenção primária à saúde.

Há anos, vários países vêm desenvolvendo programas de promoção da saúde e programas de educação para a saúde, visando alertar a população sobre os malefícios causados pelo fumo. Os mais de 40 anos de experiência mostram que estas medidas isoladas não são suficientes para controlar o tabagismo. Se o consumo do tabaco continuar sendo tido como um comportamento socialmente aceito, as campanhas educacionais obterão resultados mínimos no que se refere a conseguir que um grande número de adultos pare de fumar ou a prevenir efetivamente que adolescentes se tornem dependentes da nicotina. O resultado final será uma população bem informada, mas de fumantes. É fundamental, portanto, uma legislação eficiente, que abranja o banimento da publicidade do tabaco e a inserção na mídia de uma contrapublicidade eficaz. É importante, ainda, conscientizar a população sobre as estratégias utilizadas pela indústria do fumo para manipular grupos-alvo, visando captar fumantes principalmente entre os jovens.

A abordagem curativa envolve programas de ajuda para deixar de fumar, cujo desenvolvimento exige treinamento e disponibilidade de profissionais capacitados para este tipo de trabalho. Embora represente uma abordagem de menor alcance, em termos de saúde pública, ela garante o atendimento da demanda criada pelas ações educativas, não abandonando o fumante que queira livrar-se da dependência. Seu desenvolvimento é muito importante para que o programa atinja seus objetivos de forma plena devendo envolver as unidades de saúde, tanto da rede pública com o da rede privada, e serviços médicos dentro dos ambientes de trabalho. Através de programas voltados para o fumante, torna-se possível reduzir a morbimortalidade relacionada ao tabagismo dentro de alguns anos, ao passo que os trabalhos de prevenção do tabagismo influenciarão as estatísticas após 20 a 30 anos de atuação, quando os jovens de hoje atingirem a idade em que ocorrem o adoecimento e a morte induzidos pelo fumo.

Para que as duas abordagens atinjam os objetivos do programa, é fundamental o apoio de uma legislação forte. Países onde os programas nacionais de combate ao tabagismo são desenvolvidos com eficiência, como Noruega, Suécia, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, Portugal, França, Singapura, Tailândia e outros, mostram que programas educativos associados a programas de cessação, apoiados por uma legislação efetiva, levam a uma queda rápida no consumo de tabaco, mantendo-o em níveis baixos.

De uma forma geral, a estas duas abordagens permeia o exercício do respeito à cidadania, através do estímulo do fumante em reconhecer o direito do não-fumante de respirar ar puro, e do não-fumante em reconhecer e fazer valer este direito. Vale a pena lembrar que o fumante, atualmente, é considerado doente e o enfoque das ações do controle do tabagismo deve ser dirigido contra o fumo e nunca contra o fumante.

A organização de uma rede nacional

A coordenação geral do programa é exercida pela Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp), subordinada ao Instituto Nacional de Câncer /Ministério da Saúde. Cabe a esta coordenação:

- a identificação, através das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), dos coordenadores no nível estadual;
- a orientação da implantação das ações sistematizadas para controle do tabagismo nos estados;
- a coordenação das ações pontuais (campanhas nacionais) em todo o país;
- a integração e divulgação das ações desenvolvidas em todo o território nacional, através do boletim trimestral "Atualidade em Tabagismo";
- a formação de recursos humanos, para apoiar a municipalização do Programa, através de cursos macro-regionais;

- a avaliação anual da implantação do programa, através do encontro anual de coordenadores;
- apoiar a realização bianual do Congresso Brasileiro sobre Tabagismo;
- oferecer apoio a subsídios técnicos de forma geral, em âmbito nacional e internacional, a indivíduos e instituições interessadas no controle do tabagismo;
- manter interface com ONGs e OGs nacionais e internacionais;
- coordenar o sistema de vigilância da epidemia tabágica em todo o território nacional;
- estimular a criação de lei federal anti-fumo abrangente, apoiando e fornecendo subsídios técnicos a legisladores;
- realizar e estimular pesquisas sobre tabagismo e assuntos correlatos;
- representar o Ministério da Saúde, para assuntos relacionados a tabaco e saúde, frente a OMS e outras organizações nacionais e internacionais.

Participação do estado e do município como parte da estrutura nacional

O Brasil é um país de dimensões continentais que exige racionalização e descentralização de todas as ações de saúde que venham a ser desenvolvidas em seu território. Portanto, os estados, com seus municípios, representam a base fundamental para a operacionalização das ações nacionais para o controle do tabagismo. A descentralização, através da municipalização, permitirá que as ações sejam equitativamente disseminadas pelo país, atingindo de forma mais rápida e eficiente os seus objetivos, o que garantirá uma maior estabilidade e continuidade.

Implantando as ações para o controle do tabagismo

Criando a infra-estrutura necessária

Criar a infra-estrutura no estado e no município é fundamental para que se desenvolva um plano de controle do tabagismo abrangente e efetivo. Por um lado, para a criação desta infra-estrutura é necessária uma decisão política sobre a existência do Programa e indicação de um responsável, o que favorece o desenvolvimento das demais atividades. Por outro lado, a organização da estrutura física e de recursos humanos é imprescindível para a sedimentação do Programa de Controle do Tabagismo (PCT), como referência tanto no estado como no município. A inexistência destas duas condições não impede, no entanto, que o coordenador designado desenvolva as ações orientadas pelo nível central, pressionando e buscando ativamente a concretização da estruturação necessária. Como exemplo da possibilidade deste caminho, temos a própria história da estruturação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Em 1986 contava em termos efetivos apenas com uma pessoa. Em 1992 já contava com três técnicos, embora sem uma infra-estrutura própria e sem definição no organograma. Em junho de 1995, passou a constar oficialmente no organograma do Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde, como Serviço de Controle do Tabagismo (SETAB), e a contar com mais dois técnicos e duas secretárias. Em 1996, o então SETAB passou à Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp), contando com uma estrutura própria, orçamento definido e possibilidade de expansão de seus recursos humanos.

No estado

Identificando o coordenador estadual - estimulada pela Contapp, a SES deverá designar oficialmente um responsável por estas ações no estado, preferencialmente com formação de nível superior e formação, ou experiência mínima, em saúde pública.

Identificando lideranças - cabe às coordenações estaduais realizar uma busca ativa de coordenadores nos municípios levando em consideração a estruturação do SUS em cada estado. Alguns estados funcionam com regionais de saúde, outros com escritórios técnicos e outros diretamente com as Secretarias Municipais de Saúde. Qualquer que seja a estrutura do SUS, a descentralização, através da municipalização, possibilita a formação da rede nacional de controle do tabagismo. Isso permitirá a ampliação e o fortalecimento do PCT, através de decisão colegiada, condução política através de conselhos locais de saúde, e de planejamento estratégico baseado no perfil epidemiológico de cada região, além de permitir um gerenciamento mais racional.

Cabe, também ao coordenador, identificar e apoiar indivíduos e instituições já envolvidos ou dispostos a se engajar nas ações de controle do tabagismo no estado e estimular e apoiar a criação do capítulo estadual do CCCTB (Comitê Coordenador do Controle do Tabagismo no Brasil).

Identificando o perfil do estado - deve ser resultante do somatório das identificações dos municípios que compõem cada estado. À Coordenação Estadual cabe, também, a coleta de dados, especificamente relacionados com a administração estadual, tais como: contabilizar greves, descrever as mudanças de secretários; as prioridades dos programas estaduais de saúde e o orçamento destinado aos programas estaduais de saúde; a descrição da estrutura do SUS no seu estado; apontar a existência de consórcios municipais e como estes funcionam; identificar a existência de capítulo do CCCTB no estado ou de outra ONG envolvida no controle do tabagismo; identificar a existência de interfaces com secretarias de educação, de trabalho, de meio ambiente etc. O Contapp fornecerá questionários através dos quais será possível traçar este perfil.

Estabelecendo a estrutura do Programa Estadual de Controle do Tabagismo (PECT)

Inserção no organograma da Secretaria Estadual de Saúde

Sob o ponto de vista prático, é importante que os programas estaduais obtenham um espaço definido no organograma das Secretarias Estaduais de Saúde. Sugerimos a inserção preferencialmente em programas de doenças crônico-degenerativas, de câncer, podendo também ser inserido em educação para saúde e pneumologia sanitária. Este passo é fundamental no que se refere a evitar que mudanças políticas criem interrupção no programa e a facilitar a definição de um orçamento específico.

Infra-estrutura básica

No que se refere à infra-estrutura básica para o desenvolvimento do programa, se fazem necessárias algumas condições que permitam a coordenação uma atuação efetiva.

Recursos físicos

- **espaço físico:** é importante que haja um espaço definido, uma sala ou uma área especificamente destinada e identificada como pertencente ao Programa. Este espaço servirá de referência para todos os que buscam informações e apoio relacionados ao controle do tabagismo no estado. Estas acomodações também permitirão que a equipe coordenadora possa desempenhar suas atividades, realizar reuniões, entrevistas, pesquisas, leituras, estudos, oficinas de trabalho, além de permitir a instalação da aparelhagem, o mobiliário básico e arquivamento de documentos e material necessário a estas atividades. O acesso as dependências de ensino, ou salas de aula, auditório etc deve ser buscado. É importante também reservar um espaço para a exposição contínua de material para o público.

- **mobiliário:** arquivos, estantes para documentos, livros, materiais científicos e artigos, escrivaninhas, mesa para reuniões, cadeiras etc.
- **aparelhagem:** computador (no mínimo 386) com *software* para edição de textos, elaboração de slides, de tabelas e mala-direta e com programa epidemiológico simples tipo Epi-Info, máquina de escrever, fax, telefone ou ramal próprio, televisão e vídeo, projetor de slides e de retrotransparências. Deve-se também buscar conexão com a INTERNET e a instalação de um programa de multimídia (CD-Rom). O não acesso a este material não deve inviabilizar o Programa, porém deve-se buscar a sua aquisição. É fundamental o acesso à máquina de xerox e uma cota definida de correio.
- **transporte:** um item muito importante para o desempenho da equipe coordenadora é a disponibilidade de transporte. Ele será de grande utilidade, pois muitas vezes a equipe necessitará se locomover para desenvolver atividades nos municípios, regionais de saúde e outros locais na própria cidade, bem como transportar materiais promocionais e correspondência para o correio.
- **comunicação:** para a integração das ações e para ampliação do número de pessoas interessadas, é importante manter um canal de comunicação entre os nós da rede, representados pelo Contapp e as Coordenações Estaduais, Regionais e Municipais, e as várias instituições e pessoas interessadas no controle do tabagismo em diferentes pontos do país. Para isto é fundamental que seja criado um cadastro de nomes e endereços (mala-direta), o qual deverá ser constantemente ampliado e atualizado. Palestras, congressos e eventos comemorativos representam ótimas oportunidades para distribuição de fichas de cadastro visando incrementar o arquivo de mala-direta. Cabe às Coordenações Estaduais manter um sistema de mala-direta, onde deverão estar incluída pessoas-chaves dos municípios do seu estado. Através da troca de informações, a Coordenação Estadual poderá manter as Coordenações Regionais, Municipais e outras previstas, além de ativistas, atualizados e motivados a desenvolverem as ações nos seus municípios, além de poderem avaliar atividades, projetos e programas.

Recursos econômicos

Para facilitar a obtenção de recursos financeiros e apoio político para as ações estaduais, é fundamental que a Coordenação Estadual elabore projetos de ações anuais em que as atividades previstas tenham metas, custos e cronograma detalhados. O Contapp dispõe de modelos de projetos que podem servir de orientação para a elaboração de projetos nos níveis estadual e municipal. Além disso, será dada orientação durante os Cursos de Municipalização das Ações de Controle do Tabagismo.

Recursos humanos

- **coordenador:** cabe ao coordenador manter uma interface com o nível central; sensibilizar o secretário estadual para que as decisões políticas permitam o desenvolvimento das ações do PCT; estimular a

descentralização para os municípios; traçar o perfil do estado através da coleta de dados estaduais e da compilação de dados municipais; elaborar projetos para a descentralização do PCT no estado e coordenar a sua municipalização, baseados no perfil epidemiológico e estrutural do estado;

- técnicos: devido ao volume de atividades que envolve um PCT há necessidade de se expandir o quadro técnico. Profissionais tais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, pedagogos, de preferência com formação em saúde pública, poderão compor o quadro de recursos humanos envolvidos nas atividades do PCT, na dependência da definição de estrutura e de prioridades para o desenvolvimento do PCT estadual/municipal;
- secretária/digitador;
- contar com consultoria de profissionais de saúde, profissionais da área de psicologia, pedagogia, sociologia, epidemiologia, estatística, advocacia, economia, publicidade e ecologia;
- assessoria de imprensa - o apoio de uma assessoria de imprensa, própria ou da Secretaria, é importante para divulgação e para o apoio às ações que envolvem a utilização da mídia.

Estrutura organizacional

Montagem de mala-direta com definição de grupos (nível central, profissionais de saúde, unidades de saúde, empresas públicas e privadas, instituições religiosas, profissionais de educação, escolas, universidades, prefeituras, legisladores, imprensa, ONGs, bares, restaurantes, câmara técnica, CCCTB, interessados em geral, coordenadores estaduais do PCT ou coordenadores do PMCT). É importante organizar:

- arquivo de dados para a imprensa e *press releases*;
- arquivo de dados divulgados na mídia local;
- agenda para assentamento de atendimentos diários, marcação de entrevistas etc, de forma que possa servir de referência para montagem de um relatório de produtividade e documentar as atividades do setor;
- livro com folhas numeradas para registro de ofícios expedidos com espaço para nº, data, assunto, responsável, destinatário;
- arquivo para correspondências recebidas;
- arquivo para xerox de correspondências expedidas;
- arquivo por municípios com material enviado por eles;
- arquivo com memória das atividades do dia 31 de Maio/anual;
- arquivo com memória das atividades do dia 29 de Agosto/anual;
- arquivo de correspondência recebida do nível central do Programa;
- arquivo com exemplares dos materiais enviados pelo nível central;

- arquivo com artigos sobre tabagismo para consulta e orientação aos interessados;
- almoxarifado com fluxo de entrada e saída de material - ter documentada a quantidade de material recebido e expedido, por tipo, com data, quantidade e destino.

Isto facilitará o trabalho, fornecerá informações sobre a abrangência e avanço do mesmo e justificará a requisição de orçamento próprio.

No município

Identificando lideranças - cabe à equipe técnica estadual, em conjunto com a equipe dos Escritórios Técnicos de Apoio aos Municípios (ETAMs), integrada com as Secretarias Municipais de Saúde (SMSA) do seu estado e assessoradas, quando preciso, pela Coordenação Nacional, designar em cada município a equipe técnica responsável pela implantação do programa municipal de controle do tabagismo (PMT). Esta, por sua vez, deverá partir para a identificação de indivíduos e instituições já envolvidos ou dispostos a se engajar nas ações de controle de tabagismo.

Traçando o perfil do município - A equipe técnica do município deverá ser orientada a coletar dados para que seja traçado um perfil do município, que servirá de base para a implantação do programa, de acordo com as necessidades e a disponibilidade de estrutura local, bem como compor o perfil do estado. A participação na elaboração do perfil e na implantação e implementação das ações de controle do tabagismo, é, provavelmente, uma das estratégias, através das quais, os municípios poderão melhor desenvolver seu papel dentro da política do SUS, pois caberá à equipe técnica municipal a capacidade real de influenciar e de interferir para realizar as mudanças necessárias e, por conseguinte, alcançar as metas estabelecidas para o controle do tabagismo em cada município. Para este fim, cada município deverá fornecer os seguintes dados:

- população por faixa etária, sexo, nível sócio-econômico e grau de escolaridade;
- nº de crianças e adolescentes na rede escolar, incluindo estabelecimentos da rede estadual e municipal (caracterizar em 2 grupos: alunos de escolas públicas e de escolas particulares);
- nº de escolas incluindo estabelecimentos da rede estadual e municipal (escolas públicas e particulares);
- nº de unidades de saúde (hospitais públicos e privados, postos de saúde, clínicas etc);
- existência de faculdades para formação de profissionais de saúde e de educação, incluindo estabelecimentos da rede estadual e municipal;
- existência no município de programa do Sistema Único de Saúde (SUS), identificando a existência de assistência materno-infantil e assistência para a saúde do trabalhador;

- existência de Conselhos Municipais de Saúde;
- existência de comissões intermunicipais;
- nº de empresas (caracterizar como públicas, multinacionais, privadas);
- identificar legislações municipais antitabágicas (tipo, conteúdo, ano, legislador responsável);
- identificar legisladores municipais que se interessem pelo controle do tabagismo no município;
- identificar se há regiões plantadoras de tabaco no município;
- identificar que outro tipo de agricultura é praticada no seu município;
- identificar qual a contribuição econômica para o município a partir da plantação do tabaco e das outras culturas;
- identificar o número de agricultores envolvidos na plantação de fumo e nas outras culturas, no município;
- identificar a existência de indústria fumageira implantada no município, responsável por manufatura de derivados do tabaco;
- identificar outros tipos de indústrias na região;
- identificar o número de mão-de-obra empregada na indústria do tabaco e em outras;
- indústrias importantes para o município;
- identificar qual a contribuição econômica da indústria do tabaco e de outras indústrias de peso para o município;
- identificar a imprensa e meios de divulgação mais utilizados no local (jornais, rádios, TV, carro de som etc);
- identificar assessoria de comunicação da SMS;
- dados de prevalência do consumo de tabaco no município;
- dados de mortalidade por doenças causadas pelo fumo no município.

OBS: Consulte também o projeto Sistema de Vigilância da Epidemia Tabágica (SIVET) do INCA/Contapp.

Estabelecendo a estrutura do Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT)

Inserção no organograma da Secretaria Municipal de Saúde

Cabe à equipe técnica estadual, apoiada pelo Contapp, estimular a inserção dos programas municipais no organograma das Secretarias Municipais de Saúde, visando fortalecer a municipalização do Programa.

Participação junto aos Conselhos Locais de Saúde

O perfil epidemiológico do tabagismo no município deve ser levado aos Conselhos Locais de Saúde para que as ações de controle passem a integrar o planejamento estratégico da equipe técnica da Secretaria Municipal.

Infra-estrutura básica

Como no estado, o município também precisa de condições mínimas que permitam ao coordenador e à sua equipe uma atuação efetiva.

Recursos físicos

- **espaço físico:** é importante que haja um espaço definido, uma sala ou uma área especificamente destinada e identificada como pertencente ao Programa. Este espaço servirá de referência para todos os que buscam informações e apoio relacionados ao controle do tabagismo no município. Estas acomodações também permitirão que a equipe coordenadora possa desempenhar suas atividades, realizar reuniões, entrevistas, pesquisas, leituras, estudos, oficinas de trabalho, além de permitir a instalação da aparelhagem e mobiliário básico e arquivamento dos documentos e do material necessário a estas atividades.
- **mobiliário:** material que permita arquivar documentos, livros, materiais científicos, artigos (arquivos e estantes), escrivaninhas, mesa para reuniões, cadeiras.
- **aparelhagem:** computador com *software* para edição de textos, máquina de escrever, fax, telefone ou ramal próprio, televisão e vídeo, projetor de slides e retrotransparências. É fundamental o acesso à máquina de xerox e uma cota definida de correio.
- **transporte:** um item muito importante para o desempenho do coordenador e sua equipe, é a disponibilidade de transporte. Ele será de grande utilidade, pois muitas vezes os coordenadores e sua equipe necessitam locomover-se para desenvolver atividades, bem como transportar materiais promocionais.

Recursos econômicos

Para facilitar a obtenção de recursos financeiros e apoio político para as ações municipais, é fundamental que as coordenações municipais, assessoradas pela coordenação estadual, elaborem projetos de ações anuais em que as atividades previstas tenham seus custos e cronograma detalhados. O PECT dispõe de modelos de projetos, fornecidos pelo Contapp, que orientarão a elaboração dos projetos no nível municipal.

Recursos humanos

- coordenador;
- secretária/digitador;
- auxiliar técnico;

- contar com consultoria de profissionais de saúde, profissionais da área de psicologia, pedagogia, sociologia, epidemiologia, estatística, legislação, economia, publicidade e meio ambiente;
- assessoria de imprensa - o apoio de uma assessoria de imprensa, própria ou da Secretaria, é importante para divulgação e apoio às ações que envolvem a utilização da mídia.

Dentre as **ações educativas**, podemos destacar dois tipos de abordagens: as **pontuais** e as **sistematizadas ou contínuas**. As ações pontuais têm como objetivo chamar a atenção da sociedade para o tema, identificar interessados, chamar a atenção da mídia, captar coalisões de Organizações Governamentais (OGs) e Organizações Não-Governamentais (ONGs), levantar o debate, enfim, manter o tema em evidência. Já as abordagens sistematizadas, constituídas por programas educativos de intervenção na comunidade, garantem um trabalho mais sólido, gerando mudanças de comportamento na sociedade frente ao vício de fumar, a médio e a longo prazos.

Desenvolvendo ações pontuais

Celebração de datas comemorativas

A celebração de datas comemorativas tem se mostrado como uma forte estratégia no sentido de chamar a atenção da sociedade e da mídia sobre o problema tabagismo e de captar coalisões nesta luta. No Brasil, temos duas datas comemorativas definidas: 31 de maio, O Dia Mundial sem Tabaco e 29 de agosto, O Dia Nacional de Combate ao Fumo.

31 de maio, o Dia Mundial sem Tabaco - esta data foi estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para unificar as ações antitabágicas em vários países. Este dia visa alertar a população sobre os malefícios do fumo, estimular o abandono do vício e sensibilizar os governos a adotarem medidas visando o controle do tabagismo. É um dia em que a OMS apela aos que consomem tabaco, sobre qualquer forma, a abandonarem este hábito.

Por esta razão, a cada ano, a OMS escolhe um tema dirigido a um grupo-alvo. Por exemplo, em 1993 o tema foi "Instituições de Saúde: nossa janela para um mundo livre de tabaco"; em 1994, "Um mundo sem tabaco através da imprensa"; em 1995, "Aspectos econômicos e o controle do tabagismo" e em 1996 será "O esporte e as artes sem tabaco".

No Brasil, o INCA, através da Contapp, é o responsável pela coordenação das atividades a serem realizadas nesta data. Fornece subsídios técnicos e orientações práticas para a organização e para a divulgação dos eventos comemorativos, apoiando muitas vezes estas atividades com eventos de grande porte e campanhas publicitárias divulgados na mídia, além de fornecer cartazes e folhetos.

29 de agosto, o Dia Nacional de Combate ao Fumo - esta data foi criada pela Lei nº 7.488 em 11/06/86, única Lei Federal existente no país para o controle do tabagismo até a data da publicação deste manual. O tema "**Largue o Cigarro Correndo**" passou a ser a marca deste dia e procura associar positivamente o não fumar com vida saudável, através de atividades esportivas, com um enfoque em toda a comunidade e, sobretudo, nos jovens.

A orientação e o apoio são dados pelo INCA/Contapp, em todo o País, através do fornecimento de subsídios técnicos para a organização e a divulgação dos eventos. O enfoque desta data deverá ser sempre sobre os esportes, estimulando a integridade do corpo e da saúde, em harmonia com o meio ambiente, de acordo com a mais completa concepção de equilíbrio ecológico.

Em 1988, quando o Ministério da Saúde promoveu a I Corrida Rústica Largue o Cigarro Correndo, contamos com a participação de 31 municípios do país, e a cada ano tem sido maior o número de adesões, tanto de participantes individuais como de municípios. Em 1994, a adesão foi de 482 municípios para a Corrida, com um total de 61.160 corredores. Além disso, diferentes modalidades esportivas e até concursos de frases e desenhos foram realizados nesta ocasião, elevando o número de municípios participantes para 510. Em 1995 houve uma campanha publicitária, "A vida é mais emocionante sem cigarros", patrocinada pelo Ministério da Saúde, com distribuição de kits de material de apoio, especialmente voltado para o público jovem, aos 5.000 municípios do país.

No entanto, as possibilidades não devem se resumir a estas duas datas, podendo o tema ser mantido em evidência através de inserções em datas comemorativas diversas, como Dia das Mães, Dia dos Pais, Dia da Criança, Dia do Mestre, Dia do Meio Ambiente, Dia da Árvore etc.

OBS: Para maiores detalhes sobre comemorações destas datas, consulte os projetos 31 de maio e 29 de agosto do INCA/Contapp.

Realização e participação em congressos, seminários e eventos afins

A introdução do tema tabagismo em congressos e eventos de especialidades que têm relação com o tabagismo, representa uma forma de conscientizar e de comprometer as diversas classes profissionais com as estratégias de controle do tabagismo, além de oferecer possibilidades adicionais de manter o tema em evidência.

Um exemplo de avanço que se pode obter com esta estratégia, foi o impacto resultante da realização do I Congresso Brasileiro sobre Tabagismo em maio de 1994. Este evento obteve êxito tanto na divulgação de informações, como na discussão de estratégias de ação no controle do tabagismo nas áreas de saúde, educação, legislação, economia, agricultura, política de meio ambiente e publicidade. Foram efetuadas coalisões importantes que deram impulso às ações já existentes e abriram horizontes para novas ações de controle do tabagismo.

Patrocínios de eventos esportivos, culturais e outros

É fundamental que os estados/municípios patrocinem eventos culturais e esportivos (*shows de rock*, festivais de música e dança, *rallies*, iatismo, torneios de futebol ou vôlei, corridas de motocicletas, bicicleta, maratonas, corridas rústicas etc.), associando um estilo de vida saudável sem fumar a estas atividades. Muitas vezes os recursos não são suficientes, sendo necessário criatividade, busca de apoio e parceria junto às diferentes OGs e ONGs, bem como junto à iniciativa privada local. Alguns países como Suíça e Austrália, onde as ações de controle do tabagismo estão bem avançadas, estabeleceram taxação dos produtos do tabaco no nível estadual, cujo montante arrecadado foi utilizado, através de Fundações, em programas especificamente voltados para a prevenção do uso do tabaco. Algumas destas fundações têm recursos suficientes para cobrir todo o patrocínio cultural, anteriormente financiado pela indústria do tabaco, passando a promover estilos de vida saudáveis, incluindo os benefícios de ser livre da dependência à nicotina. Estas fundações financiam não só os eventos esportivos, de artes e comunitários, como também o desenvolvimento de projetos e de pesquisas relacionados a políticas de ações para controle do tabagismo. Esta é uma boa saída para o seu estado ou município.

No Brasil, um exemplo foi o apoio dado pelo Banco do Brasil às comemorações do Dia Nacional de Combate ao Fumo, com patrocínio de corridas rústicas em um grande número de municípios brasileiros. Outra estratégia importante é a participação ativa em eventos comunitários previstos no calendário local, carreando simpatia para a causa e mantendo a mensagem antitabagística sempre presente.

Desenvolvendo ações sistematizadas

Uma das bases para o sucesso de intervenções comunitárias, é conseguir alcançar as pessoas onde quer que elas estejam, dentro do contexto das suas vidas diárias. O grande desafio é passar as mensagens educativas de forma contínua, dentro da rotina do grupo focado, através de canais específicos para cada um destes grupos.

Cada canal é uma organização ou sistema que possui sua própria dinâmica, que funciona como um sistema aberto e mantém uma interface com a comunidade em geral. Portanto, é fundamental que as estratégias educacionais sejam adaptadas de acordo com o tipo específico de canal utilizado, pois os objetivos, a clientela e o alcance do material educativo utilizado vão variar conforme o tipo de canal.

A intervenção através destes canais deve estar apoiada em teorias de mudança de comportamento, pois o objetivo do Programa é, basicamente, mudar atitudes e comportamentos frente ao hábito de fumar.

Fatores pessoais, como a capacidade do indivíduo de reconhecer comportamentos saudáveis, de aprender observando outras pessoas e de confiar na sua própria capacidade de poder mudar, são instrumentos utilizados nas in-

tervenções que incorporam este tipo de teoria. A utilização de indivíduos respeitados ou ídolos do grupo-alvo, para modelar o comportamento de saúde desejado, é uma forma de aplicação destas teorias. Modificações no ambiente para estimular um comportamento saudável, como por exemplo, limitar áreas para fumantes dentro de um ambiente de trabalho, proibir fumar em salas de aula ou dentro das dependências de uma escola, fazem parte deste tipo de abordagem.

Este tipo de trabalho deve contar com o apoio de profissionais da área de pedagogia, psico-social e comportamental, uma vez que sua abordagem deve combinar organização comunitária e prática de cidadania, com estratégias que utilizem teorias de mudanças comportamentais e de estilo de vida e políticas de intervenção na área da saúde.

O INCA/Contapp identificou 3 canais fundamentais para serem trabalhados: as unidades escolares, as unidades de saúde e os ambientes de trabalho. Com o objetivo de obter subsídios para direcionar as ações no âmbito nacional, estão sendo desenvolvidos projetos para implantação de programas que contemplem estes três canais comunitários.

Falaremos um pouco da importância de cada um deles, no entanto, os subsídios para a sua aplicação prática serão repassados aos estados à medida em que os projetos-piloto realizados no país pelo INCA/Contapp atingirem a etapa que permitam elaborar um roteiro para a sua implantação.

Escolas

Um dos grandes obstáculos para o controle do tabagismo é este vício ser aceito por nossa sociedade. As crianças e adolescentes crescem num ambiente onde os cigarros são anunciados e vendidos em todo lugar, onde o fumar é inserido como comportamento desejável pelos meios de comunicação, onde pessoas respeitadas e admiradas fumam. Portanto, este grupo representa um importante segmento a ser trabalhado. Seus integrantes encontram-se na fase de formação da consciência crítica, da construção da auto-estima, da formação de crenças e da incorporação de hábitos que os acompanharão por toda a vida adulta. Este aspecto aponta para o caminho de se tentar mudar o comportamento da sociedade, a médio e longo prazos, através deste grupo, mostrando que fumar não é apenas um hábito anti-social, mas acima de tudo, é uma doença causada pela dependência à nicotina, cujos malefícios não se limitam só aos fumantes mas, também, atingem de forma ampla e danosa a não-fumantes e ao meio ambiente.

A eficácia de intervenções aliando programas em escolas de nível primário e secundário, aumento da taxação dos derivados do tabaco aumentando seu preço, proibição da venda a menores e programas na comunidade vem sendo amplamente demonstrada. O envolvimento da rede escolar conscientizando os profissionais de educação e inserindo conteúdos informativos sobre os malefícios do cigarro no currículo, de forma constante e natural, são o ponto básico para o êxito do programa neste canal. Dentro deste contexto, se faz necessária a inserção do tema tabagismo nas escolas com a preparação de profissionais de educação, através de cursos de multiplicadores.

É importante que pais e mestres, diretamente ou através das associações que os congreguem, também sejam envolvidos neste processo, pois professores, pais, ídolos e amigos que fumam, também exercem uma grande influência sobre os adolescentes. Assim sendo, eles devem ser informados sobre os danos causados, ao fumante e ao não-fumante, pelo tabagismo e a escola pode desempenhar o papel de veículo desta informação, trabalhando de forma interativa com pais e mestres através dos seus filhos e alunos.

Este canal, sem dúvida, deve receber subsídios para uma larga implementação. Para isto torna-se importante a sensibilização e o entrosamento das secretarias estaduais e municipais, de educação e saúde, para que a soma de esforços impulse este trabalho.

Unidades de saúde

As unidades básicas de saúde, dentro do conceito do Sistema Único de Saúde (SUS), funcionam como um importante canal para o desenvolvimento das ações do PCT.

O SUS é um conjunto de unidades de serviços e ações que interagem para um fim comum: um modelo de atenção integral à saúde que incorpore a promoção e a proteção, ao lado daquelas ditas de recuperação. Esses grupos de ações visam a redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas. No campo da promoção, são exemplos de ações: educação em saúde; bons padrões de alimentação e nutrição; adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis; etc.

Um dos princípios que regem a organização do SUS é a regionalização dos serviços que devem se dispor em áreas geográficas delimitadas e com definição da população a ser atendida, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área e uma aplicação das ações de vigilância epidemiológica, sanitária, educação para saúde, etc. A descentralização, uma importante característica do SUS, determina a municipalização da saúde, cabendo, portanto, aos municípios a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos. Neste contexto, a política de atuação do Contapp se adequa perfeitamente, pois a epidemia tabagística é de distribuição universal nos municípios, devendo constituir uma prioridade para as Secretarias Municipais de Saúde. No Paraná, por exemplo, a descentralização efetiva das ações do PCT-PR obteve um grande impulso após a Resolução 77/91, criando Comissões Regionais que permitiram ampliar a área de atuação de 24 para 350 municípios.

O SUS conta ainda com os Conselhos Locais de Saúde, através dos quais entidades representativas da população, juntamente com representantes do governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços, participam do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis desde o federal até o local. Outra forma de participação da comunidade no SUS, se dá através das conferências de saúde periódicas, para definir prioridades e linhas de ação e permitindo que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde.

Portanto, uma estratégia bastante eficiente é integrar o tabagismo nas ações da atenção primária de saúde através das Unidades Básicas de Saúde do SUS, que mantêm contato estreito com a comunidade. É importante que os coordenadores ou outros ativistas se façam presentes em reuniões dos Conselhos Municipais, para que o assunto tabagismo passe a ter notoriedade e a ocupar um espaço prioritário nas ações de saúde da comunidade. Os êxitos já conseguidos, através das unidades básicas, como por exemplo, sobre a mortalidade infantil, poderão ser conseguidos facilmente no combate ao tabagismo. Seguindo o caminho já aberto pelo SUS, torna-se fundamental procurar comprometer representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dos Conselhos Municipais de Saúde, juntamente com as associações médicas visando, numa primeira etapa, integrar o programa de controle do tabagismo aos programas de assistência à saúde materno-infantil e do trabalhador, em desenvolvimento através do SUS, e posteriormente a outros programas de interesse.

Um aspecto que deve ser bastante enfatizado neste canal, é a importância da atuação dos médicos e de outros profissionais da área de saúde, tais como: assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, odontólogos e agentes comunitários, envolvidos com este trabalho, como formadores de opinião no que se refere à saúde. Eles devem, permanentemente, esclarecer o fumante e o não-fumante sobre os efeitos nocivos do fumo e estimular os fumantes a deixarem de fumar.

Infelizmente, segundo inquéritos populacionais, em alguns países esta ação não vem sendo realizada. Em uma pesquisa sobre tabagismo realizado nos EUA em 1986, apenas 45% dos fumantes informaram terem sido aconselhados a parar de fumar por médicos. Uma outra pesquisa na Inglaterra, revelou que menos de um terço dos fumantes lembravam de terem sido aconselhados a parar de fumar pelo seu médico. Dados equivalentes foram encontrados no Brasil.

Um outro fato merecedor de atenção neste grupo é a proporção de fumantes entre médicos. A partir da década de 50, a proporção de fumantes entre os médicos começou a cair em diversos países. Por exemplo, em 1945, 60% dos médicos ingleses fumavam, e em 1986 apenas 9%.

Atualmente, a classe médica brasileira é uma das que mais fuma quando comparada a de outros países. No Brasil, a prevalência de fumantes entre médicos situa-se próxima a 25%, dificultando a atuação neste canal, pois inibe o aconselhamento de seus pacientes para que deixem de fumar. O primeiro passo para encorajar o paciente a deixar de fumar, é dar o exemplo, pois os hábitos pessoais e as atitudes destes profissionais influenciam a eficácia deste aconselhamento.

Auxiliar os profissionais de saúde fumantes a se livrarem da dependência à nicotina é, portanto, um ponto básico para o êxito do Programa neste canal. Os serviços de medicina do trabalho das unidades de saúde devem oferecer apoio àqueles funcionários que desejam parar de fumar. Paralelamente, deve-se trabalhar para abolir o consumo de tabaco dentro dos hospitais, centros de saúde, unidades afins e escolas médicas, tanto pelos profissionais como pelos pacientes e visitas, através da conscientização e de abordagens educativas.

Dentro deste contexto, deve estar sempre presente a preocupação e o respeito com o fumante. O não-fumante deve compreender como o fumante se sente quando é proibido de fumar, devendo ser estimulada a solidariedade e a busca de soluções que evitem conflitos.

O profissional de saúde, depois de conscientizado, deve ser estimulado a enfocar de forma contínua o tabagismo com seus clientes e procurar, sempre que for oportuno, relacionar o estado de saúde destes ao tabagismo, orientá-los e apoiá-los nas tentativas para deixar de fumar.

Em resumo, o ponto de partida para a abordagem deste canal é o de reforçar o papel do profissional de saúde como modelo de comportamento, instrumentá-lo com informações para que possam argumentar com fumantes a respeito das vantagens de não fumar, além de auxiliar aqueles que queiram deixar de fumar.

Ambientes de trabalho

Em todo o mundo, é crescente o número de empresas que, conscientes da suas responsabilidades quanto a qualidade de vida de seus empregados, têm implantando programas de controle do tabagismo.

Esses programas partem da constatação que uma elevada incidência de fumantes nas faixas economicamente ativas — 37.5% dos que têm entre 20 e 49 anos - fumam, e de que a grande maioria dos que trabalham — 80% — o fazem em ambientes fechados expostos à poluição causada pelos fumantes.

O hábito de fumar e a poluição ambiental por ele causada podem provocar uma série de danos à saúde do empregado e à produtividade da empresa: absenteísmo; aumento dos custos com tratamento médico; perda precoce da capacidade de produzir e morte prematura.

Os programas de proibição de fumar nos locais de trabalho vêm sendo incrementados nos últimos anos por algumas empresas, devido à forte campanha de direitos dos não-fumantes, aliados ao fato de enxergarem que os empregados tabagistas resultam em maiores despesas para os empregadores:

- Fumantes apresentam taxas de absenteísmo de 33 a 45% mais elevada que os não fumantes;
- Os trabalhadores que fumam causam mais acidentes e incêndios do que os não fumantes;
- Os fumantes interrompem mais vezes o seu trabalho do que os demais;
- As empresas que pagam seguros médicos para seus funcionários, terão que pagar, cedo ou tarde, prêmios mais altos para as seguradoras;
- Os fumantes obrigam seus empregadores a gastar mais dinheiro com a limpeza (geral, de aparelhos de ventilação e refrigeração, paredes, tetos, pisos, cinzeiros) e a manutenção dos tapetes e do mobiliário;

- Os empregadores que permitem fumar no local de trabalho estão sujeitos, mais cedo ou mais tarde, a pagar indenizações aos seus empregados não-fumantes, que adoeceram em decorrência da poluição tabágica ambiental que os leva a fumar passivamente.

Em 1980 foi calculada a média do custo do tabagismo para o empregador, que foi de 624 dólares por empregado fumante, devido ao excesso dos seguros para várias causas, inclusive incêndios, absenteísmo, redução de produtividade e danos à saúde dos não-fumantes. Em 1979, os empregados fumantes acusaram 50% mais adoecimentos que os não-fumantes.

A proibição de fumar nos locais de trabalho torna-se um verdadeiro programa comunitário, com palestras, distribuição de material esclarecedor e eventuais prêmios para os que param de fumar. A medicina do trabalho deve criar suporte para apoio aos fumantes que queiram parar de fumar.

Algumas empresas brasileiras que já vêm desenvolvendo Programas de Controle do Tabagismo: Light S.A., Companhia Atlantic de Petróleo; Dataprev; McDonald's; Petrobrás; FRONAPE; Companhia Vale do Rio Doce; Eletrobrás; Infraero; TAM; EXCELSA; TELEGOIÁS; Banco do Brasil; Metacril Companhia Química S.A.; SABESP; CAC-CEDAE; o que mostra a grande preocupação com o tabagismo no meio empresarial.

Para que os programas educacionais tenham êxito, uma condição essencial é que as ações educativas sejam respaldadas por leis efetivas que contribuam para tornar o tabagismo um hábito socialmente indesejável.

É importante a criação de leis que tenham como propósito não só aumentar o conhecimento público sobre os malefícios do consumo do tabaco, como também proteger a saúde das pessoas com base nas evidências conclusivas de que o tabagismo é responsável pela incidência de numerosas doenças debilitantes e fatais. Além disso, proteger os jovens, e outros, da indução ao uso dos produtos do tabaco com conseqüente dependência deste e proteger as pessoas dos malefícios resultantes da exposição involuntária (tabagismo passivo).

A grande maioria dos países que impuseram restrições legislativas ao tabagismo, conseguiram obter um progresso muito maior em conter e reduzir a prevalência de fumantes do que aqueles países onde as ações regulamentares se restringiram apenas à acordos voluntários entre o governo e a indústria do tabaco.

O apoio dado por uma legislação efetiva é, portanto, uma condição essencial para que o PCT tenha êxito.

O espectro das medidas legislativas deve ser amplo, em função do número de aspectos que devem ser abordados, para que se consiga um efetivo controle da epidemia tabagística.

Considerando as características do problema tabagismo, a OMS recomenda medidas regulamentares que abranjam as várias facetas relacionadas à epidemia tabagística, sendo que várias delas podem ser substituídas em níveis estadual e municipal.

Setor de produção

Leis que controlem a produção e manufatura dos produtos do tabaco:

- proibição de comercialização de categorias específicas de produtos do tabaco;
- controle dos aditivos que podem ou devem ser adicionados aos produtos do tabaco;
- controle dos níveis permitidos dos ingredientes tóxicos encontrados nos produtos do tabaco;
- garantias que permitam modificações oportunas nos produtos do tabaco;
- redução da produção de tabaco e seus derivados, através da substituição da cultura do fumo por culturas alternativas;
- retirada dos subsídios dados para o cultivo do fumo.

Setor de consumo

Leis que garantam uma conscientização dos usuários e potenciais usuários dos produtos do tabaco, sobre os malefícios gerados por ele. Estas devem incluir:

- proibição da veiculação de mensagens enganosas na publicidade, em materiais promocionais, patrocínios, rótulos e embalagens dos produtos do tabaco;
- informação destacada, detalhada e periodicamente atualizada sobre os malefícios do fumo nas embalagens de produtos do tabaco (fora e dentro) e nos pontos de venda;
- obrigatoriedade de divulgação periódica sobre substâncias tóxicas e aditivos encontrados nos produtos do tabaco;
- obrigatoriedade na alocação de recursos provenientes da taxaço para programas de saúde, apoio a pesquisas sobre tabagismo e implantação de um sistema de vigilância epidemiológica;
- obrigatoriedade na divulgação dos malefícios do fumo através da informação pública e educação para a saúde, inclusive sobre as estratégias da indústria do tabaco na manutenção de seus lucros;
- garantia de assistência para aqueles que desejem parar de usar os produtos do tabaco;
- garantia de assistência para os usuários que venham a reivindicar indenização pelos danos resultantes do consumo destes produtos.

Leis que regulem a disponibilidade dos produtos do tabaco. Estas, por mostrarem a gravidade dos danos provocados por eles, funcionam como medidas educativas. Elas devem incluir:

- lei de taxaço visando reduzir o consumo;
- proibição de venda de tabaco e seus derivados em unidades, de saúde e afins e em locais de prática de esportes;
- proibição de venda de tabaco e seus derivados através de máquinas automáticas e de dispositivos que permitam o *self-service* (auto-atendimento);
- proibição efetiva de venda de cigarros a menores.

Leis que garantam a proteção para a saúde, direito e bem-estar daqueles que não usam os produtos do tabaco. Estas devem incluir:

- garantias de ambientes livres de tabaco em locais públicos, locais de trabalho e transportes coletivos;
- métodos garantidos e simplificados de indenização para aqueles lesados pela poluição tabágica ambiental;
- medidas regulamentares de proteção (ou indenização por) contra incêndios ou outros danos ambientais causados pelos produtos do tabaco.

No Brasil, infelizmente, as leis que apoiam as ações educativas do PCT ainda são muito escassas e pouco eficazes. A pressão econômica e o "lobby" da indústria do tabaco somados às forças do próprio governo persuadidas pelas vantagens econômicas atribuídas à indústria do tabaco, tornam bastante difícil a obtenção de legislação antitabágica no Congresso Nacional.

Só existe uma lei federal no momento da edição deste manual, que é a que cria o Dia 29 de agosto, Dia Nacional de Combate ao Fumo. O restante do movimento regulamentar para controle do tabagismo, em nível federal, é basicamente representado por portarias pouco abrangentes no sentido de cobrir todos os aspectos necessários para que o programa alcance seus objetivos (Quadro 3). Portanto, torna-se de fundamental importância para o Programa o apoio de legisladores que busquem a ampliação desta legislação em todos os níveis, inclusive com encaminhamento de propostas para o Congresso Nacional ou de moções de apoio à legislação de interesse, em tramitação naquela casa.

Quadro 3

Legislação Federal contra o Fumo

Data	Ação	Nº	Conteúdo
16/09/85	Portaria	655/GM	Cria grupo assessor do Ministério da Saúde para controle do tabagismo no Brasil
11/06/86	Lei	7488	Cria o 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 advertências 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	Congresso	Proíbe fumar no plenário
431/05/90	Portaria	731/90	Aumenta o tamanho das advertências em maços de cigarros e peças publicitárias; proíbe uso de fumo em unidades de saúde e venda a menores; proíbe a distribuição de amostras grátis

Legislação Federal contra o Fumo

Data	Ação	Nº	Conteúdo
08/08/90	Portaria	1050/90	Revoga a portaria 731/90 a 490/88; diminui as advertências nos maços de cigarros e peças publicitárias; reduz a proibição de distribuição de amostras grátis em escolas e eventos para menores; proíbe fumar em vôos aéreos internacionais de menos de 2 horas; proíbe venda para menores de 16 anos
28/03/95	Portaria	477	Revoga a portaria 1050; substitui a antiga advertência por seis mensagens sobre os malefícios do fumo, rotativas nos maços e em todas as peças publicitárias inclusive chamadas de eventos patrocinados pela indústria; sonorização das mensagens no rádio e televisão; restringe o horário da propaganda na mídia eletrônica: das 21 às 6 horas; proíbe a distribuição de amostras grátis em ambientes frequentados por menores de 18 anos; cai a proibição de venda a menores

Em 28 de março de 1995 foi assinada a Portaria nº 477, que revoga a Portaria nº 1050 do Ministério da Saúde que instituiu a advertência única e proibia a venda de cigarros a menores de 16 anos.

Esta nova portaria apresenta as seguintes determinações:

- I - substitui a antiga advertência por seis mensagens rotativas padronizadas e divulgadas através das embalagens dos derivados do tabaco, em todas as mensagens publicitárias, faladas e televisionadas, inclusive chamadas de eventos e *outdoors*. Estes não poderão ser fixados em logradouros públicos ou privados, a menos de 200 metros de estabelecimentos de ensino de primeiro e segundo graus;
- II - obriga a sonorização das mensagens de advertência no rádio e na televisão;
- III - restringe o horário da propaganda através da mídia eletrônica, das 21 às 6 h, extensivo à toda propaganda indireta ou patrocínio da indústria fumageira;
- IV - os eventos ao vivo, patrocinados, não são restritos a horários, mas para os vídeo-teipes desses eventos prevalece a regulamentação;
- V - no cinema, a publicidade só poderá ser exibida nas sessões de filmes para maiores e após as 21 horas;
- VI - proíbe a distribuição de amostras grátis de cigarros em escolas, repartições públicas, hospitais e casas de saúde, bem como em eventos e em locais públicos que permitam o comparecimento de menores de 18 anos.

Além disso, contém ainda as seguintes **RECOMENDAÇÕES**:

- I - às emissoras de televisão: evitar a transmissão de imagens em que apareçam fumando entrevistados, convidados ou personalidades conhecidas do público, em programas ao vivo ou gravados para posterior reprodução;
- II - aos órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde:
 - a) recusa de patrocínio, colaboração, apoio ou promoção de campanhas de saúde pública por companhias produtoras de tabaco e seus derivados;
 - b) à vigilância do cumprimento desta Portaria, para efeito de comunicação às instituições de proteção e defesa do consumidor.

A propaganda deverá ajustar-se aos seguintes itens do anexo J do **Código de Defesa do Consumidor**:

- I - Não sugerir o consumo exagerado ou irresponsável, nem a indução ao bem-estar ou saúde ou fazer associação a celebrações cívicas ou religiosas;
- II - Não induzir as pessoas ao consumo, atribuindo aos produtos propriedades calmantes ou estimulantes, que reduzam a fadiga ou a tensão, ou qualquer efeito similar;
- III - Não associar idéias ou imagens de maior êxito na sexualidade das pessoas, insinuando o aumento de virilidade ou feminilidade de pessoas fumantes;
- IV - Não sugerir ou induzir o consumo em locais ou situações ilegais ou perigosas;
- V - Não empregar imperativos que induzam diretamente ao consumo;
- VI - Não incluir, em imagens ou sons, a participação de crianças ou adolescentes, nem a eles dirigir-se.

Esta Portaria é uma regulamentação que não tem força de lei e, resultou de um acordo entre os Ministérios da Saúde, da Justiça, das Comunicações e da indústria fumageira.

Nos níveis estadual e municipal, apesar de existir em alguns movimentos legislativos, estes ainda são muito tímidos e também pouco abrangentes. Nestes níveis, 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 da venda de produtos de tabaco, bem como de educação para saúde, são muito pouco contempladas, o que representa uma falha muito importante. A inserção obrigatória do tema tabagismo no currículo escolar ainda é incipiente.

No entanto, a maior parte destas leis não é cumprida. A melhor forma de fazer com que esta legislação seja cumprida é informar e estimular a população a

conhecer, respeitar e cobrar sua aplicação, exercendo desta forma sua cidadania. Outro mecanismo que funciona é o de multas significativas e penalidades passíveis de serem fiscalizadas e cobradas.

Ainda dentro do contexto legislativo, torna-se também importante a descentralização das ações de controle do tabagismo, municipalizando-as e, mais ainda, conscientizando os envolvidos da necessidade de que se faça o trabalho através das unidades básicas de saúde, das escolas e dos locais de trabalho.

Para integrar o Programa de Controle do Tabagismo na atenção primária de saúde, bastam portarias e resoluções do Ministério da Saúde que podem ser assinadas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Portanto, é papel do coordenador do PECT/PMCT sensibilizar os legisladores e os governantes para que criem leis abrangentes e estimular aos cidadãos à cobrança.

Uma legislação restritiva inevitavelmente levanta a questão de liberdade. Uma das respostas da indústria do tabaco à legislação, proposta para proteger as pessoas dos efeitos nocivos do tabagismo, é que tal legislação fere os direitos de discurso comercial, de liberdade de imprensa e de liberdade de escolha (de fumar ou não, de optar por uma marca ou outra). De maneira geral, a indústria tem se referido à legislação que proíbe a publicidade do tabaco e seus derivados e o ato de fumar em locais públicos, como uma questão de cerceamento às liberdades individuais e de expressão, provocando temor nas esferas políticas, que preocupadas com a opinião de seus eleitores, utilizam como argumentação a ameaça aos direitos democráticos.

O direito do governo de proteger a saúde da população, através da restrição à promoção do fumo ou do controle do consumo de tabaco em locais públicos, deve ser mantido independentemente desta argumentação, pois quem fere os direitos de liberdade de escolha é a indústria, que vende uma droga que vicia, não dando ao fumante a liberdade de escolha, mas a necessidade de usá-la.

Diante do volume de evidências acumuladas sobre os danos à saúde que o tabagismo provoca, a indústria do tabaco tem procurado direcionar seus argumentos para a sua importância na economia do país.

Empregando uma ampla variedade de técnicas, a intenção da indústria é a de persuadir políticos (legisladores, chefes de estados, ministros, etc.) a apoiarem a expansão e o desenvolvimento de suas atividades e, no mínimo, evitar a adoção de medidas políticas que visem o desencorajamento do consumo dos derivados do tabaco.

Este fato resulta em um quadro extremamente conflitante. Em alguns países como o Brasil, programas governamentais subsidiam a produção do tabaco, enquanto outros programas do mesmo governo procuram reduzir o consumo de fumo. Esta situação é um contra-senso no que se refere aos problemas de saúde pública. Como conciliar uma política de subsídios à produção do tabaco e uma política de controle do tabagismo?

O subsídio ao tabaco impede que haja um progresso legislativo no sentido de livrar a sociedade dos malefícios por ele causados.

A indústria argumenta que o tabaco é vital para a saúde econômica do país e desconsidera seus efeitos nocivos na saúde do indivíduo e no meio ambiente, bem como as perdas econômicas que gera. Contrata até firmas de consultoria para estimar a contribuição do tabaco na economia. A partir daí, apresenta aos políticos algarismos, aparentemente impressionantes, sobre o número de **empregos** gerados e sobre os rendimentos provenientes da **taxação** e da **exportação** dos derivados do tabaco. Contudo, a importância econômica do tabaco é grosseiramente superestimada e apresentada de forma distorcida pela indústria.

É, portanto, fundamental que se fale dos **prejuízos** que o uso do tabaco acarreta aos **governos**, aos **empregadores**, aos **indivíduos** e ao **meio ambiente**; e aos próprios agricultores.

Governo

- Gastos com doenças relacionadas ao consumo de tabaco (ativo e passivo).
- Perdas econômicas causadas pelas mortes precoces de indivíduos em idade produtiva.
- Perdas de lideranças intelectuais e de força de trabalho especializada, na idade em que são mais úteis à sociedade, principalmente nos países em desenvolvimento, onde a classe média e os profissionais liberais, que custaram muito aos cofres públicos e às suas famílias, são os que mais fumam, além de servirem de modelo de comportamento.

- Os países em desenvolvimento produzem 73% da produção mundial de tabaco. As terras utilizadas para esta cultura tornam-se inúteis para outro tipo de cultura, além disso, a mão-de-obra, o subsídio e o solo deveriam ser destinados à produção de alimentos, que, estima-se, alimentaria 10 a 20 milhões de pessoas. Isto diminuiria o gasto com a importação de alimentos.
- As pontas de cigarros causam pelo menos 25% de todos os incêndios. Isto acarreta mais investimentos em corpo de bombeiros, mais gastos com seguros de empresas estatais e prejuízos, muitas vezes incalculáveis, como a destruição de bosques e florestas e perdas de vidas humanas.

Empregadores

- Os fumantes tendem a adoecer com mais freqüência, a aposentar-se prematuramente e a morrer precocemente, sendo preciso novo período de treinamento para substituí-los.
- Os trabalhadores que fumam causam mais acidentes e incêndios do que os não-fumantes.
- Os fumantes interrompem mais vezes o seu trabalho do que os demais.
- As empresas que pagam seguros médicos para seus funcionários, tenderão a pagar prêmios mais altos para as seguradoras.
- Os fumantes obrigam seus empregadores a gastar mais dinheiro com a limpeza (geral, de aparelhos de ventilação e refrigeração, paredes, tetos, pisos, cinzeiros) e com a manutenção dos tapetes e do mobiliário.
- Os empregadores que permitem fumar no local de trabalho estão sujeitos, mais cedo ou mais tarde, a pagar indenizações aos seus empregados não-fumantes, que adoeceram em decorrência da poluição tabágica ambiental.

Indivíduos

- Os gastos com cigarros podem chegar conforme a renda do indivíduo até 25% do salário mensal. Isto faz com que ele e sua família deixem de consumir alimentos, vestimentas e calçados, de comprar remédios ou usufruir do lazer.
- Perdas salariais após 15 dias de ausência ao trabalho, por doenças que decorreram do consumo de tabaco.
- A família cujo pai, ou mãe, torna-se inválido ou morre em decorrência do tabagismo fica desprotegida financeira e emocionalmente.
- Toda a família torna-se fumante passiva e, portanto, adoecer mais e gasta mais com medicamentos.

Meio Ambiente

- Nos países em desenvolvimento, o tabaco geralmente passa por um processo de secagem (cura) em fornos à lenha. Esta lenha é retirada, de forma geral, da mata nativa, levando a um grande desmatamento e a um desequilíbrio ecológico, acarretando, inclusive, secagem dos rios e, conseqüentes problemas no abastecimento de água.
- O processo de industrialização dos cigarros, envolvendo o seu enrolamento, empacotamento e publicidade impressa, leva ao consumo de grandes quantidades de papel, artigo cada vez mais escasso no mundo atual. Uma só máquina de fabricação de cigarros consome 6,4 Km de papel por hora.
- Outro aspecto importante é a contaminação do meio ambiente e a esterilização do solo, devido ao uso abusivo de pesticidas, fertilizantes e outros agrotóxicos nas plantações de tabaco, acarretando a contaminação de toda a cadeia alimentar.
- Os incêndios entram, também, como perdas ambientais graves.
- A poluição do ar respirado.

Possíveis soluções na área econômica

Empregos e culturas alternativas

- As análises econômicas falham, pois não consideram que os recursos destinados ao tabaco poderiam ser empregados em outras atividades econômicas, gerando empregos.
- Com a adoção de medidas econômicas necessárias para o controle do tabagismo, o consumo tenderá a cair de forma gradual. Deste modo, a necessidade de mão-de-obra empregada no setor tabagístico, direta ou indiretamente, sofrerá uma redução também gradual, levando os trabalhadores a procurarem outras opções de trabalho no mercado. Esse remanejamento será fácil, pois não se trata de mão-de-obra especializada.
- A criação de novas alternativas agrícolas, com subsídios ao plantio de alimentos e incentivos à instalação de pequenos pólos industriais para absorver a produção agropecuária e garantir a compra da produção local, é uma medida que, sem dúvida, solucionará em grande parte o problema econômico alegado pela indústria. A absorção destes indivíduos em novas opções agrícolas, ou em outro tipo de trabalho, garantiria a subsistência dos descendentes dos plantadores de tabaco, evitando que eles viessem a aumentar o contingente de fumicultores, justamente no momento em que a demanda deste produto está em curva descendente em diversos países.
- A introdução de novas técnicas agrícolas, de novos equipamentos e da informatização nos meios de produção e de manufatura de tabaco, já vem produzindo uma redução no número de empregos oferecidos, de maneira que esta tendência não seria nenhuma novidade no meio fumageiro.

Taxação

A política de taxação tem um importante papel no controle do tabagismo. Muitos países demonstraram que uma estratégia bastante efetiva é a de elevar os preços dos derivados do tabaco. Inúmeras pesquisas sobre o efeito da taxação e o aumento de preço sobre o consumo de cigarros têm consistentemente demonstrado que a taxação sobre os produtos do tabaco alcança dois grandes objetivos: aumenta a arrecadação do governo e diminui o consumo de cigarros, principalmente, entre os jovens.

Um aumento de 10% no preço do cigarro é capaz de produzir um decréscimo geral de cerca de 4,2% na quantidade consumida e, especificamente entre os adolescentes, uma diminuição de consumo da ordem de 14%, além de desestimularem as pessoas a começarem a fumar.

Para que o aumento nos impostos seja efetivo em produzir redução do consumo, o preço do tabaco deve ser elevado a níveis superiores ao poder de compra da maioria dos consumidores e deve estar sempre acima da inflação. Portanto, uma boa estratégia de taxação consiste em se realizar aumentos automáticos destes impostos, equiparando-os, no mínimo, aos aumentos dos índices de preços ao consumidor (IPC), porém, mantendo-os desatrelados deste índice, pois caso contrário, qualquer modificação em seu preço trará reflexos nos índices do custo de vida, que não será de interesse ao setor econômico do governo.

Embora a indústria do tabaco argumente que a elevação dos impostos que incidem sobre os produtos do tabaco é discriminatória porque atinge com maior intensidade as camadas mais desfavorecidas da população, são exatamente estas camadas as que têm menos acesso às campanhas educativas para saúde e, portanto, as mais suscetíveis à publicidade enganosa dos produtos do fumo. É também esta população a mais afetada por doenças das mais variadas causas, situação esta agravada pelo uso do fumo, que compromete uma substancial fatia de seus rendimentos mensais.

A indústria também argumenta que o aumento nos impostos prejudicaria os ganhos dos produtores e dos empregados da indústria. No entanto, os baixos impostos são uma forma de incentivo à indústria, que coloca seu produto de forma mais competitiva no mercado, ampliando o seu lucro. Embora isso signifique a compra de uma quantidade cada vez maior de tabaco dos agricultores, gerando com isso alguns "empregos" a mais, a eles são pagos valores insuficientes, gerando, na verdade, subempregos. Os beneficiários do baixo imposto sobre o tabaco não são os agricultores, nem os empregados da indústria do fumo, na verdade são os donos das transnacionais de tabaco que, segundo a OMS, ficam com a maior parte dos lucros. Na Malásia, por exemplo, os agricultores ficam com apenas 2% dele.

A política nacional de taxação tem variado bastante. Durante algum tempo, o seu preço esteve atrelado à cesta básica, obedecendo, portanto, aos índices que definiam o seu aumento. Recentemente, esse preço foi desatrelado da cesta básica, mas permanece vinculado ao índice da inflação,

o que não interessa absolutamente à política de saúde pública do país. Os preços devem estar sempre acima da inflação e devem ser submetidos à uma política de taxaço que os mantenha nestes níveis. A avaliação do consumo anual de cigarros, relacionando-o com a oscilaço do nível de inflação que ocorreu em dois planos econômicos que o país enfrentou desde 1986, mostra piques de consumo no auge dos planos, quando os preços ainda estavam sob controle do governo, e queda do consumo coincidindo com a diminuição do poder aquisitivo da população, devido ao aumento da inflação nos anos seguintes a cada plano. Este fato foi nitidamente observado a partir de 1986, ano do Plano Cruzado e a partir de 1990, ano do Plano Collor.

No Brasil, a indústria alega que a taxaço dos maços de cigarros é muito elevada, 73,55%, porém, fica abaixo da média em relação aos países que mais taxam cigarros no mundo, o que demonstra haver ainda uma boa margem para aumento (quadro 2). Outra medida fiscal de grande impacto é a de manter altas as alíquotas de importação de derivados do fumo, com valor específico por unidade, com a finalidade de reduzir a entrada de cigarros que possam ser comercializados a preços mais baixos do que os nacionais. Esta política de taxaço sobre a importação do tabaco e de seus derivados, deve ser praticada em comum acordo com os países interessados, visando um controle efetivo do contrabando.

Não existe qualquer evidência de que a elevação dos impostos sobre os produtos do fumo reduza a arrecadaço fiscal proveniente da taxaço destes. O que realmente ocorre é que a maioria dos fumantes regulares continua fumando e, portanto, comprando cigarros. Isto garante que a arrecadaço fiscal se mantenha, ou mesmo aumente, não trazendo a curto prazo as temidas conseqüências de uma queda na receita fiscal e garantindo uma diminuição do contingente de jovens que se torna dependente da nicotina.

O dinheiro poupado por aqueles que deixam de fumar é gasto na compra de outros bens, que também devem produzir ingressos fiscais, ocorrendo neste caso, apenas um redirecionamento da arrecadaço, sem prejuízos reais para a economia do país.

Obs: Uma maior taxaço dos derivados do tabaco é apoiada pela maioria da população, fumante e não-fumante.

Exportação

Os países produtores de tabaco consomem a maior parte do tabaco que produzem. Em alguns países, a maior parte do lucro proveniente da venda dos derivados do tabaco consumido internamente, sai do país por diversos meios: pela remessa de lucros das empresas multinacionais às suas matrizes nos países de origem; pelos salários dos diretores depositados no exterior; pelo pagamento dos custos gerados para importação de equipamento, obtenço de licenças e pagamento de publicidade de origem estrangeira.

Dois terços dos países em desenvolvimento gastam mais com a importação de cigarros do que arrecadam com a exportação de tabaco. Desta forma, reduzir o número de fumantes leva à economia de divisas para o país, por meio da queda nas importações, assim, minimiza as perdas de divisas resultantes do contrabando de cigarros.

Enfim, é fundamental que as autoridades responsáveis pelas medidas econômicas e legislativas do país sejam sensibilizadas com o real quadro econômico resultante da pandemia tabagística e passem a encarar os fatos sobre o ponto de vista global e não puramente econômico.

Portanto, cabe aos ativistas do PCT sensibilizar e estimular legisladores e autoridades da área econômica nos níveis federal, estadual e municipal para a criação de leis que contemplem as seguintes medidas econômicas:

- redução da produção de tabaco e seus derivados, através da substituição da cultura do fumo por culturas alternativas;
- retirada dos subsídios dados para o cultivo do fumo;
- aumento da taxa sobre o tabaco e seus derivados;
- alocação de recursos provenientes desta taxa para programas de saúde.

Com a finalidade de se obter subsídios para as ações no campo econômico, está em andamento um estudo sobre o impacto do tabagismo na economia do Brasil, encomendado pelo INCA à Fundação Getúlio Vargas.

O termo *lobby* apareceu no início do século XIX, durante a décima sessão legislativa americana, para designar as conversas que ocorriam nas ante-salas e nos saguões do Congresso Americano entre parlamentares e representantes de grupos sociais para defesa de seus interesses. A palavra *lobby* significa saguão, o local onde ocorrem estes contatos, e atualmente passou a significar também a ação de grupos de interesse ou pressão. A legislação americana regulou a formação e a execução dos grupos de pressão junto ao Congresso Americano e ao Executivo em 1938.

No Brasil, embora o *lobby* não esteja regulamentado, faz parte da realidade democrática nacional.

Os partidos políticos teoricamente representam a sociedade perante o Estado, no entanto, não preenchem totalmente a finalidade para a qual foram criados. Há certo distanciamento da comunidade eleitora em relação aos representantes políticos que elege. Este fato aponta para a necessidade de se fazer chegar aos eleitos informações mais seguras e precisas sobre o que ocorre em toda a nação, para que possam decidir a respeito dos problemas que a afetam.

Os grupos de pressão constituem um canal de comunicação entre os interesses que representam e aqueles que foram eleitos para defender os interesses da comunidade. Visam, portanto, influenciar o exercício do poder e do processo político para defender interesses específicos.

O apoio a uma política voltada para o controle do fumo não significa necessariamente uma ação. Em qualquer atividade são necessárias ações para mudar e pessoas para intermediarem estas mudanças. Não se pode esquecer da natureza política da saúde pública.

Quanto a este aspecto, é preciso reconhecer que não há possibilidade de todos os parlamentares dominarem todas as matérias que afetam o interesse nacional. Daí a necessidade de que o próprio parlamentar tenha de ser informado e cobrado por estes grupos, para estar motivado, apto a decidir, a julgar e a votar acerca das matérias. Portanto, a ação dos grupos de pressão junto aos eleitos pela comunidade se legitima pela divulgação dessas informações, pela explicação técnica dos problemas e pela troca de idéias a respeito dos assuntos que afetam os diversos segmentos sociais.

Em particular, o Controle do Tabagismo que representa um grande interesse da sociedade e cuja efetividade depende de leis que regulem a produção e o consumo do tabaco no país, apresenta um amplo leque de possibilidades para a organização de grupos de pressão que mantenham um canal entre os representantes eleitos pela comunidade e, assim, possibilite a criação de leis que apoiem ações de controle do tabagismo.

Para isto, é importante que o ativista obtenha apoio e cooperação de pessoas das mais diversas áreas, ONGs e OGs, pesquisadores, etc, de forma organiza-

da, para que a defesa dos interesses do controle do tabagismo tenha peso e ampla representatividade na comunidade, perante o legislador. Organizações como as sociedades médicas, dentárias, de saúde pública, de meio ambiente e os grupos a elas ligados, devem ser mobilizados na luta pelo controle do fumo da mesma maneira que o Greenpeace se volta para o meio ambiente. A Associação Médica Britânica, por exemplo, é uma das organizações que faz declarações quanto à política do tabaco e pressionam o parlamento inglês para que modifique sua posição sobre o assunto. Aos legisladores devem ser passadas todas as informações dos malefícios do fumo, sob todos os seus ângulos, e cobradas ações no sentido de legislar em defesa da saúde pública.

Por outro lado, os interesses econômicos das indústrias tabageiras e os pseudos-lucros para o país, atribuídos aos impostos que arrecadam aos cofres públicos, são utilizados com muito sucesso no *lobby* deste grupo. E, sem dúvida, a questão econômica tem um peso muito maior na barganha de interesses entre os dois grupos, uma vez que desperta maior preocupação nos altos escalões do governo. É fundamental, portanto, que o ângulo econômico do problema tabagismo seja bem conhecido e as contra-argumentações bem sedimentadas, para que possam ser usadas sempre que necessário de forma segura e imediata pelos ativistas.

O ativista nunca deve se cansar de repetir as informações globais, nacionais e locais sobre a gravidade dos malefícios do fumo para a saúde, o número de pessoas que fumam e o número de mortes que causa, os danos ao meio ambiente e à economia do país. Estas informações podem ser repassadas aos representantes políticos locais sob a forma de documentos com assinaturas de grupos interessados. As datas comemorativas (31 de maio e 29 de agosto), congressos, seminários e eventos afins representam excelentes oportunidades para angariar adesões. A cobertura da mídia local com certeza dará um maior peso no sentido de cobrar dos legisladores uma ação eficaz.

A criação de associações ou organizações permite, também, a atuação através do judiciário. Um exemplo prático ocorreu em São Paulo, onde a Associação de Defesa da Saúde dos Fumantes (ADESF) obteve, no ano de 1995, vitórias em processos contra indústrias tabageiras baseado no Código de Defesa do Consumidor.

Para integrar as ações do PCT

Criação de boletins estaduais de controle do tabagismo

Uma estratégia bastante promissora é a criação de boletins estaduais para divulgação de todas as ações educativas, legislativas, etc, ocorridas nos municípios. Esta é uma forma de unificar e avaliar as ações nos municípios, permitindo o redirecionamento e o planejamento destas ações em todo o estado.

Cabe à equipe estadual compilar e organizar os dados dos municípios, o que seria de grande importância no sentido de permitir uma visão panorâmica periódica do que vem acontecendo no estado, evidenciando os pontos onde são necessários reforços, implementações e redirecionamentos. Por sua vez, estes dados, repassados para o Contapp, serão divulgados para outros estados do país através da publicação "Atualidades em Tabagismo". Esta importante conexão permitirá divulgar para o resto do país os avanços de cada estado e motivará aqueles onde o programa vem caminhando mais lentamente.

Canal de comunicação permanente com o Contapp, PECT, PMCT, ONGs, e outros

É fundamental que estados e municípios mantenham contato contínuo com o Contapp/INCA/MS, ONGs, legisladores locais, pesquisadores, secretarias estaduais de educação, do trabalho, imprensa e demais coordenadores estaduais com os representantes municipais do seu estado, pois faz parte de um processo ativo de fortalecimento das atividades para implementação das estratégias de ação.

Para informar sobre tabagismo

A utilização da mídia para se contrapor à promoção do fumo é uma estratégia muito importante dentro de um Programa de Controle do Tabagismo, embora difícil, pois não dispomos de recursos financeiros equiparáveis aos da indústria tabageira. No entanto, dispomos de algumas estratégias através das quais a mídia pode ser alcançada de forma satisfatória.

Colocando-se como ponto de referência para mídia local

O primeiro passo é identificar a mídia disponível localmente (jornais, revistas, televisão, rádios etc). Em seguida, procurar identificar pessoas-chaves, mantendo contato com elas e obtendo confiança e respeito mútuo. Na ausência de uma assessoria de imprensa que faça estes contatos, o próprio coordenador

deverá fazê-los. Um exemplo prático para iniciar este tipo de contato é levantar a prevalência de fumantes em redações de jornais, rádios e televisão locais para posterior distribuição de material educativo, o que permitirá a equipe se identificar como responsável pelo controle do tabagismo no seu estado ou município. É fundamental que a equipe se estabeleça como referência para mídia local no que tange a assuntos relacionados ao tabagismo e ao PCT.

Outro ponto fundamental é a criação de um registro de todos os contatos feitos com a imprensa, criando um rede própria de informações. Ao fornecer dados, procurar conhecer bem o assunto e a sua fonte.

Criando material de apoio para divulgação

A elaboração de material para divulgação através da mídia (cartazes, folhetos, vídeos, spots para rádio, etc) deve procurar ser o mais profissional possível. A mensagem deve ser dirigida a um público-alvo definido, com imagem, linguagem e apelo adequados. Para garantir a eficiência da mensagem é importante o apoio de profissionais do setor de publicidade e *marketing*, pois, muitas vezes, materiais elaborados de forma amadora, aparentemente mais baratos, acarretam gastos muito maiores por não cumprirem adequadamente sua finalidade.

Definindo a população-alvo

Um dos princípios básicos de qualquer publicidade é o de que dificilmente se atinge uma população inteira com uma peça publicitária, uma campanha ou uma atividade educativa. É preciso definir claramente qual é o grupo preferencial a ser atingido — o que chamamos de **população-alvo** — desenvolvendo toda uma atividade voltada para o perfil deste grupo. Pode-se defini-lo de várias formas, sendo alguns exemplos:

- a. **pela facilidade de acesso** - alguns grupos podem ser mais facilmente abordados, o que facilita um trabalho inicial. Por exemplo, se a rede escolar é bem estruturada no município, pode-se começar a trabalhar com programas junto aos escolares, principalmente se os programas de educação para a saúde na escola estiverem bem desenvolvidos. A população-alvo neste caso, seria o profissional de educação e o escolar;
- b. **pelas conveniências políticas e de estrutura** - as secretarias de saúde priorizam determinadas ações, ou mantém programas estruturados, como os de controle de câncer ou da tuberculose. Neste caso, os profissionais de saúde e a população que frequenta a rede de saúde podem ser priorizados sendo, portanto, os grupos-alvo definidos;
- c. **pela prioridade na saúde pública** - a análise epidemiológica de dados do município ou da área de atuação, pode levar à conclusão de que as gestantes estejam fumando muito, através de dados de morbidade e mortalidade neonatal. Por si só, fica justificada a definição das gestantes como população-alvo com um programa específico voltado para elas;

d. através de pesquisa de opinião - através de pesquisas populares pode-se definir qual o público-alvo prioritário e quais seriam as medidas de controle de tabagismo mais aceitas e solicitadas pela população. Um exemplo disto é a legislação sancionada pela prefeitura de São Paulo, que proíbe fumar em restaurantes, baseada em inquéritos de opinião. Apesar da oposição feita por setores interessados da sociedade e da própria indústria, que publicou inúmeros anúncios voltados para a preservação da liberdade de fumar, vigorou a legislação, pelo forte apoio popular conseguido.

Uma vez definido o grupo-alvo, é importante determinar quais as características do mesmo: hábitos, costumes, atitudes e linguagem de acesso. Para um adolescente, a linguagem certamente é diferente da linguagem voltada para um legislador ou um médico. Todo o material voltado para ele deve ter uma linguagem própria e conseguir captar qual o melhor apelo para atingir uma mudança de comportamento. Alguns materiais de outras regiões e países podem ser adaptados à realidade local, que sempre deve ser avaliada. A população do norte brasileiro tem uma linguagem, em muitos aspectos, diferente da usada na região sudeste. Como exemplo, a própria palavra "tabaco", tem significados diferentes, com conotação imprópria na região nordeste e sul do país. Faixas etárias e sexo também devem ser considerados.

Pesquisas qualitativas são muito interessantes quando se pretende avaliar o perfil do grupo trabalhado e a melhor forma de abordá-lo. Consistem de entrevistas ou da aplicação de questionários com perguntas abertas (sem opções definidas). Têm características próprias de avaliação e análise e se contrapõem às pesquisas quantitativas, que na verdade quantificam usos, características e têm opções específicas (questionários com alternativas fixas). Estas pesquisas qualitativas são feitas geralmente por agências contratadas de pesquisa ou por grupos de pesquisadores com visão antropológica e sociológica, uma vez que lidam com o comportamento individual e social.

Criando espaços para divulgação na mídia

É necessário atuar de forma criativa e oportuna, aproveitando as chances gratuitas que a própria mídia oferece, utilizando as seguintes estratégias:

- procurando manter relações profissionais com a mídia local, obtendo confiança e respeito mútuo;
- utilizando oportunamente notícias que permitam encaixar comentários sobre os danos provocados pelo fumo. Por exemplo, a morte de alguma personalidade por uma doença relacionada ao tabagismo pode ser utilizada para trazer à tona o assunto tabagismo para discussão diante da comunidade;
- procurando conhecer a audiência dos meios de comunicação para os quais se pretende gerar notícias, pois para cada público existe um interesse determinado;
- criando um registro escrito de todos os contatos feitos com a imprensa para construir um rede própria de informações, que poderá ser de grande valor no futuro;
- ao fornecer informações à imprensa, procurar conhecer bem a história e informar porque ela é significativa e como sua veracidade pode ser verificada.

Gerando fatos

De forma geral, a mídia tem maior interesse por novidades do que por educação para saúde. Portanto, a maneira mais eficaz para se expor o tema tabaco na imprensa é torná-lo um assunto atraente para a mídia. E isto pode ser feito através da realização de novas pesquisas, novos trabalhos, novas atividades antitabagísticas, novas ações políticas de novos eventos contra o tabagismo e garantindo que esta nova informação seja efetivamente comunicada à imprensa. Desta forma, a atenção pública pode ser voltada de maneira contínua para o assunto tabagismo, a um baixo custo.

Por exemplo, em países como Finlândia, Noruega, Canadá, Nova Zelândia e China, onde são feitos extensos debates sobre implementações de políticas de controle do tabagismo, estes eventos têm recebido uma proeminente e prolongada cobertura, com freqüentes referências aos prejuízos causados pelo fumo.

No Brasil, o município de São Paulo foi, recentemente, palco de uma grande movimentação da mídia em torno do decreto do prefeito proibindo o fumo em todos os restaurantes da cidade. O escândalo do fumo supernicotinado, Y1, vem mantendo há mais de um ano, grande interesse na mídia. O mesmo pode se dizer sobre o reconhecimento da nicotina como droga causadora de dependência, a adição da amônia na composição do cigarro, a nova Portaria Interministerial e as ações de prevenção de tabagismo em escolas de primeiro grau, etc.

Exemplos de como gerar notícias:

- chamando atenção para fatos que exponham a política de publicidade do tabaco; por exemplo, a distribuição dos pontos de vendas de cigarros próximos às escolas e a venda de cigarros a menores, quando flagrados pela imprensa, geram notícias acompanhadas de controvérsias; cria-se um confronto da indústria do tabaco com a comunidade, obtendo-se resultados positivos para as atenções de controle do tabagismo;
- aproveitando pronúncias de representantes do mundo científico, que trazem ao público o enfoque das necessidades de políticas de saúde para controlar o tabagismo; um exemplo recente foi o reconhecimento da nicotina como droga pela FDA, nos Estados Unidos;
- enfocando a associação entre desastres e tragédias como acidentes de trânsito, incêndios urbanos e rurais e a utilização do cigarro, procurando enfatizar as perdas econômicas, humanas e ambientais decorrentes;
- utilizando estatísticas locais sobre fumantes, avanços regionais no controle do tabagismo e apoiando a criação de legislação local que regularize a venda, o consumo e a publicidade de produtos do tabaco; esta abordagem traz mais impacto do que acontecimentos distantes do cotidiano da região;
- utilizando informações sobre perdas econômicas associadas ao tabaco e traduzindo-as em números impactantes; por exemplo, na Nova Zelândia foi gerado grande interesse na mídia, ao ser divulgado que a quantidade de alcatrão necessária para pavimentar 5,5 Km de auto-estrada correspondia à mesma quantidade de alcatrão que poderia ser extraída dos cigarros vendidos anualmente no país.

Divulgando dados através de um press release

O *press release* é um relato resumido para imprensa e deve conter dados relevantes e comprováveis (com referências) de morbidade, mortalidade e prevalência, que tenham relação direta com o aspecto do tabagismo focado na ocasião. Este informativo deve ser objetivo, com linguagem acessível, não dar margem a dúvidas ou distorções e estar contido, no máximo, em uma folha. Este material deverá conter as fontes onde as informações foram obtidas.

A ênfase deve ser dada sobre o assunto que estiver sendo debatido na ocasião. Exemplos:

- **dependência à nicotina** - colocar dados sobre a prevalência de fumantes, enfatizando a idade mais freqüente de início à dependência, sobre morbimortalidade, dados sobre a dificuldade para deixar de fumar, a síndrome de abstinência, os modos de ação da nicotina, o teor de nicotina nos cigarros, os mecanismos utilizados pela indústria para aumentar a liberação de nicotina, como a adição de amônia. Estabelecer uma comparação entre a dependência e o modo de ação da nicotina e as demais drogas ilícitas, tais como: a cocaína, a morfina e a heroína. Enfatizar que o tabagismo mata mais do que a dependência à outras drogas e que a indústria direciona a publicidade para o público jovem visando captá-lo para o vício.
- **dia 31 de maio** - mostrar a dimensão do problema do tabagismo no mundo e no Brasil, utilizando dados estatísticos de morbimortalidade, explicar o objetivo deste dia e dados sobre o tema escolhido como enfoque para o dia 31 (economia, artes, esportes, etc).

OBS: Maiores detalhes consulte "Modelos de Press Release" no Projeto de Divulgação e Informação do INCA/Contapp.

Debatendo na mídia

Muitas vezes o coordenador e sua equipe terão que debater com representantes ou defensores das argumentações da indústria fumageira. Além do embasamento sobre as diversas facetas do tabagismo, é importante que seja mantida uma postura firme durante o debate:

- demonstrar compreensão e empatia pelos fumantes; estes sentimentos são um forte antídoto para a imagem negativa criada pela indústria à respeito dos que trabalham no controle do tabagismo;
- deixar claro que não fumar é o comportamento esperado pela maioria da sociedade, inclusive pelos fumantes; e que a maioria deles, incluindo os adolescentes, gostariam de deixar de fumar;

- mostrar que a maioria dos fumantes se preocupa com os direitos dos não-fumantes e apóia as restrições de fumar em locais públicos e de trabalho;
- manter o bom humor e a sagacidade com o objetivo de mostrar que os críticos da indústria do tabaco não são fanáticos nem temperamentais;
- procurar sempre enfatizar que o objetivo não é de perseguir os fumantes e sim de informá-los e apoiá-los;
- não deixar que haja um desvio do tema do debate para o conflito fumante *versus* não-fumante;
- reforçar que não fumar em locais públicos é uma norma social e que a maioria dos indivíduos fumantes e não-fumantes, se sente incomodada com a fumaça do cigarro;
- enfatizar que os fumantes são vítimas dos esquemas de publicidade, das propagandas e da dependência à nicotina existente no tabaco;
- enfatizar que 90% dos fumantes ficam dependentes da nicotina até os 19 anos sob a influência da publicidade do tabaco, que torna o produto atrativo para o público jovem;
- enfatizar que a publicidade do tabaco fere os direitos de optar conscientemente, pois esconde todas as informações sobre os malefícios do tabagismo;
- procurar referir-se aos produtos do tabaco como o sujeito da frase, o causador da ação. Por exemplo, em vez de dizer "350.000 pessoas morrem a cada ano devido ao fato de fumar", dizendo "cigarros matam 350.000 pessoas a cada ano";
- pôr em evidência a dimensão do problema do tabagismo em relação a outros graves problemas de saúde pública; como exemplo, a frase: "o tabagismo causa mais mortes prematuras no mundo do que a soma de mortes provocadas por AIDS, cocaína, heroína, álcool, acidentes de trânsito, incêndios e suicídios", causa grande impacto.

OBS: Mais informações podem ser encontradas no vídeo "Discutindo com a indústria fumageira"

Trabalhando com as Organizações Não-Governamentais (ONGs)

Identificar e contactar líderes de ONGs no seu estado ou município, através das quais, possam ser mantidas interfaces para as ações do PCT. Por exemplo: Rotary, Maçonaria, UNICEF, organizações religiosas, associações comunitárias, médicas, odontológicas e de enfermagem, grupos ecológicos, etc. Procurar também contato com ONGs internacionais.

Estimular, no seu estado, a criação do capítulo estadual do Comitê Coordenador do Controle do Tabagismo (CCCTB), procurando participar ativamente deste, e manter um canal entre o CCCTB e o PCT do seu estado.

O INCA/Contapp vem estabelecendo a cada ano um número crescente de interfaces com ONGs de várias naturezas, tais como: associações de moradores, igrejas de vários credos, associações sindicais, empresas privadas, Organização Mundial de Saúde, associações médicas, Comitê Latino-americano de Controle do Tabagismo (CLACCTA), Sociedade de Câncer, Associação de Direito dos Não-Fumantes Internacionais, PROCON, Conselho Nacional, Estadual e Municipal de Entorpecentes, etc.

Estas interfaces são estabelecidas com finalidades diversas, que variam desde a produção conjunta de políticas ou materiais; assessorias uni ou bi-laterais; intercâmbio de informações teóricas; patrocínio de eventos e campanhas ou mesmo compromisso com a disseminação dos materiais.

A política de busca e manutenção de interfaces amplia sobremaneira as possibilidades de avanço do esforço das Organizações Governamentais (OGs) para controlar o tabagismo, distribuindo à toda a sociedade o compromisso, a oportunidade e o prazer de fazer acontecer um programa amplo de saúde pública.

Por que monitorar o uso do tabaco?

Estudos *clínicos*, *laboratoriais* e *epidemiológicos* têm demonstrado que o consumo de tabaco, em todas as suas formas de utilização, contribui fortemente para o aumento do **risco** de mortes prematuras de várias doenças crônicas.

Pesquisas sobre os efeitos do uso do tabaco, particularmente do tabaco inalado, foram estimuladas a partir da observação que o câncer de pulmão era extremamente raro e, na década de 1940, apresentou um acentuado aumento entre homens em países como os EUA e Inglaterra.

Estudos epidemiológicos, então, foram realizados para testar várias hipóteses sobre as razões desse aumento e concluiu-se que fumar é um importante fator na gênese do carcinoma de pulmão.

Uma vez que a epidemiologia é uma ciência observacional e analítica (não seria ético conduzir estudos de intervenção para produzir a doença), a “prova” que o uso do tabaco causa agravos à saúde é baseada numa série de evidências acumuladas sobre relações entre o tabaco e doenças associadas ao seu uso.

Na epidemiologia das doenças crônicas, critérios foram definidos para que se possa estabelecer uma relação de **causalidade** entre uma exposição e uma doença. Os principais critérios são apresentados a seguir, com alguns comentários sobre como esses podem ser aplicados para demonstrar a associação causal entre o hábito de fumar e o câncer de pulmão.

Critérios para estabelecer uma relação de causalidade entre fumo e câncer de pulmão

Critérios	Força da associação entre fumo e câncer de pulmão
Dose-resposta	Quanto mais tempo a pessoa fuma, maior é o risco de adoecer; quanto maior o nº de cigarros consumidos por dia, maior o risco de adoecer.
Seqüência Temporal	O hábito de fumar precede o evento de desenvolvimento da doença de 2 a 3 décadas
Força da associação	O risco de desenvolver câncer de pulmão é de 20-25 vezes maior entre fumantes (de longa duração) quando comparado com não-fumantes
Efeitos de parar de fumar	Parar de fumar reduz o risco do desenvolvimento de algumas doenças; os benefícios aumentam na razão direta do tempo que a pessoa fica sem fumar
Concordância com outras evidências	A carcinogenicidade do tabaco tem sido demonstrada em estudos laboratoriais em animais e em análises químicas do tabaco
Consistência dos resultados em distintos estudos	Vários estudos independentes, realizados em várias partes do mundo, usando diferentes metodologias, têm confirmado a associação

Como monitorar o uso do tabaco?

Para uma ação efetiva de controle do tabagismo, é importante ter uma idéia clara sobre sua magnitude. A quantidade de tabaco consumido numa população, por exemplo, é uma medida importante da magnitude do problema.

Políticas e programas de controle do tabagismo devem ser baseados em informações atuais, relevantes e confiáveis à respeito do padrão de consumo, da extensão das tendências do uso do tabaco na população, das conseqüências do seu uso na saúde e na economia e dos fatores sócio-culturais que permeiam todo o processo.

Nesse sentido, a **vigilância epidemiológica do tabagismo**, que é a observação, a investigação e a análise da rotina das ocorrências, da distribuição das doenças tabaco-relacionadas e de seus fatores de controle (programas e medidas de intervenção), é um componente fundamental das ações básicas de saúde, em especial do controle do tabagismo e de seus agravos. Suas etapas constituem:

- busca e coleta ativa dos dados;
- consolidação, análise e interpretação dos dados;
- investigação epidemiológica;
- tomada de decisões e implementação das ações;
- divulgação dos resultados;
- avaliação das ações (programas e medidas) implementadas.

Existem procedimentos de **padronização** ou uniformização na coleta e na análise dos dados. Esses procedimentos visam prioritariamente:

- permitir a comparabilidade entre os resultados gerados, não só com a perspectiva temporal, mas também com a perspectiva espacial, ou seja, para podermos comparar resultados entre distintos municípios, estados, regiões e países;
- monitorar o uso do tabaco seja em nível local, regional ou nacional;
- avaliar a **efetividade** das políticas e programas de controle do tabagismo.

Por isso, há necessidade de que os programas e políticas em qualquer nível sejam baseados nos mesmos procedimentos e princípios preconizados no resto do mundo.

Diversos dados podem ser coletados na busca de se traçar um perfil do uso do tabaco e suas conseqüências numa determinada população, tais como: dados sócio-demográficos, dados referentes ao consumo de tabaco e dados referentes à mortalidade e morbidade ocorridos nessa população. No entanto,

esses dados devem ser coletados segundo algumas categorias populacionais importantes, são elas:

- **sexo:** Sabe-se que os homens começam a fumar antes que as mulheres e o fazem em maior número. Logo, se coletamos dados **agregados** para o sexo, essa diferença no comportamento em relação ao hábito de fumar estaria mascarado, o que deve ser evitado. Conclui-se que qualquer apresentação de dados deve ter no mínimo a avaliação diferenciada por sexo;
- **idade:** Os grupos etários funcionam de formas distintas quanto ao consumo de tabaco. Diferentes faixas etárias sofrem diferentes riscos de adoecer e, enquanto para o jovem as campanhas de controle do tabagismo visam que ele nem chegue a experimentar um cigarro, para faixas etárias mais avançadas as intervenções são no sentido de fazê-los parar de fumar;
- **status sócio-econômico:** A prevalência de fumantes parece variar marcadamente, segundo o *status* sócio-econômico. Quando uma população começa a fazer uso do tabaco, geralmente o faz através de suas classes sociais mais altas. Esse grupo social funciona de espelho para as classes mais baixas, que logo aumentam seu consumo. À medida que a informação acerca dos malefícios do consumo do tabaco atinge, primeiramente, o grupo social mais alto, este reduz seu consumo e o quadro se inverte.

Como construir alguns indicadores referentes ao consumo de tabaco?

Em vários países, fumar é a principal forma de utilização do tabaco. Contudo, existem países onde outros usos do tabaco são bem difundidos. Nesses, o tabaco “não-inhalado”, como por exemplo o *bidi* e o *hooka*, deve ser monitorado separadamente.

No Brasil, o tabaco inalado é sua principal forma de utilização e cigarros manufaturados seu principal produto.

Logo, a extensão do tabaco pode ser satisfatoriamente e facilmente medida em termos de cigarros consumidos.

Existem duas formas de mensurar os padrões de consumo de tabaco:

1. através do **consumo per capita adulto** de cigarros;
2. através de **inquéritos populacionais:**
 - 2.1 inquéritos de **prevalência da forma de uso do tabaco** numa população visa avaliar a qualidade e a quantidade do tabaco utilizado;
 - 2.2 inquéritos do **nível de consumo de tabaco** numa população visa avaliar a quantidade de tabaco consumido.

Consumo *per capita* adulto de cigarros

O consumo *per capita* é igual ao número total de cigarros vendidos e/ou produzidos numa localidade dividido pela população dessa localidade. Sua grande utilidade é a de permitir avaliar tendências no consumo de cigarros na população em questão.

No consumo de cigarros *per capita*, parte-se da premissa de que todo o cigarro vendido e/ou produzido é igual ao consumido.

A população utilizada no denominador, recomendada pela OMS, é a população com 15 anos e mais.

cálculo:

Consumo de cigarros anual *per capita* = consumo total de cigarros, numa área, num determinado período / população 15 anos da área no mesmo período.

Por consumo total de cigarros estimado numa localidade, num determinado período, entende-se número de cigarros produzidos + importados-exportados, no referido local, no mesmo período.

exemplo:

Determinar para o município de Andreópolis o consumo *per capita* de cigarros para o ano de 1980.

População total de Andreópolis em 1980	500.000
População maior de 15 anos em Andreópolis em 1980	300.000
Consumo médio <i>per capita</i> de cigarro	5 cigarros/dia
Consumo total de cigarros em Andreópolis em 1980	518.400.000

- consumo total de cigarros em Andreópolis em 1980

$$518.400.000 \div 300.000 = \mathbf{1.728 \text{ cigarros consumidos em 1980, por pessoa}}$$

- consumo total de cigarros em Andreópolis em 1980

$$518.400.000 \div 500.000 = \mathbf{1.036 \text{ cigarros consumidos em 1980, por pessoa}}$$

Se utilizássemos a população total de Andreópolis para o cálculo desse indicador, estaríamos subestimando essa medida, pois afinal, o consumo de cigarros de forma expressiva ocorre em faixas etárias acima de quinze anos. Logo, segundo recomendação da OMS, é mais apropriado e fornece uma medida mais próxima da realidade a utilização no denominador da população acima de quinze anos.

Potencialidades e limitações

O consumo *per capita* pode ser usado como indicador de mudanças resultantes de acréscimos no preço ou taxações ou como medida de efetividade de campanhas ou legislações de controle do tabagismo, mas não fornece informação sobre comportamento por grupos específicos, nem identifica qualquer mudança nos padrões de fumar em diferentes grupos populacionais. Geralmente esse indicador apresenta-se subestimado, pois não temos informações sobre os cigarros contrabandeados e conseqüentemente eles não compõem o numerador.

Fonte de dados

- denominador - dados populacionais
 1. para os anos censitários, nas publicações do Censo/IBGE;
 2. para os anos intercensitários, através de estimativas populacionais ou no Anuário Estatístico/IBGE.
- numerador
 1. dados de comércio, venda, importação, exportação - nas Secretarias Estaduais de Fazenda;
 2. dados de taxação - na Secretaria da Receita Federal.

Inquéritos populacionais para:

Prevalência do uso do tabaco

Prevalência do uso do tabaco é definida como a **proporção**, geralmente expressa como percentagem, da população que é fumante dentro da população **amostrada**.

cálculo:

$$\text{prevalência(\%)} = \frac{\text{número de fumantes na população amostrada}}{\text{tamanho da população amostrada (fumantes e não- fumantes)}}$$

A prevalência do uso do tabaco é um importante indicador. Tal informação poderá ser útil no planejamento de programas efetivos de Educação em Saúde e Intervenção, pois fornece o percentual de fumantes em um determinado grupo, em um local específico e num corte do tempo.

Para sabermos com exatidão qual a prevalência de fumantes numa população, deveríamos perguntar a todas as pessoas sobre o hábito de fumar. No entanto, sabemos que isso não é possível, pois um censo é uma operação demasiadamente complexa. Nesse caso, o que se faz é retirar uma amostra da população e, então, calculamos a prevalência de uso do tabaco nessa amostra e assumimos esse valor para toda a população.

O método mais apropriado para se retirar uma amostra é através de uma **amostra probabilística**, ou seja, cada indivíduo da população têm uma chance

conhecida e todos têm chances iguais de serem escolhidos. Tal procedimento necessita de um cuidadoso planejamento e de informação *a priori* da população. Por exemplo: para se retirar uma amostra aleatória simples de alunos de uma escola, devemos conhecer *a priori* a lista com o nome de todos os alunos então, iremos numerar essa lista onde cada aluno receberá um número. Depois, faremos um sorteio de tantos números, quanto desejarmos o tamanho da nossa amostra. Dessa forma garantimos que todos os alunos tiveram igual chance de entrar na amostra, e somente dessa forma poderemos extrapolar os resultados para toda a população.

Geralmente, não existe disponível uma lista de todos os indivíduos da população, mas é possível conseguir a listagem de pequenas unidades geográficas definidas, como por exemplo aqueles com propósitos administrativos.

O tamanho da amostra é um dos fatores mais importantes para garantir a confiabilidade e a precisão da prevalência estimada. Se a amostra for muito pequena, grande será a probabilidade das estimativas não corresponderem à prevalência populacional verdadeira.

Existem métodos estatísticos, apropriados para o cálculo do tamanho da amostra que conjugam vários fatores desde o desenho do estudo até os custos envolvidos.

Para determinarmos a prevalência de fumantes nessa população amostrada, a forma usualmente utilizada é a aplicação de questionário. Este deve ser cuidadosamente elaborado, pois representa seu instrumento de medição, ou seja, se não for bem feito, lhe trará uma medida distorcida da **variável** que se deseja medir. Devemos desenhar questionários simples, com perguntas claras e objetivas. Igualmente importante é a escolha da forma de aplicação, que pode ser através de entrevistadores previamente treinados, através de contato telefônico desde que grande parte da população, senão todos, tenham telefone ou enviados pelo correio. Seja qual for a forma de aplicação escolhida, devemos nos preocupar sempre com o índice de não-respostas, ou seja, tentar resgatar sempre o maior número possível de questionários respondidos.

Potencialidades e limitações

Permite avaliar por faixa etária e por sub-grupos específicos da população as mudanças no comportamento relacionado ao consumo de tabaco. Entretanto, os inquéritos devem ser desenhados com bastante cuidado, pois um estudo sem o devido planejamento, sem um teste piloto, sem uma amostra representativa da população que não tenha sido retirada de forma aleatória ou com um alto índice de não-resposta, não terá valor científico e seus resultados não trarão um retrato sequer aproximado da realidade.

Como construir indicadores referentes às doenças relacionadas ao tabagismo?

Tão importante quanto coletar e monitorar dados sobre padrão de uso do tabaco em grupos específicos, é observar as **tendências** das doenças relacionadas ao tabagismo.

O monitoramento dessas doenças nas populações é o melhor indicador *indireto* dos riscos à saúde do hábito de fumar. O uso do tabaco não pode ser considerado como o único agente etiológico na gênese das doenças, pois as doenças relacionadas ao tabagismo são causadas por outros fatores de risco ou exposições (**multicausalidade**).

Contudo, entre essas doenças, o câncer de pulmão pode ser um índice muito útil da consequência direta do hábito de fumar, uma vez que já foi estabelecida uma forte relação entre fumar e o câncer de pulmão.

Nos países em desenvolvimento, a disponibilidade de dados de mortalidade e morbidade é bem menos uniforme que nos países desenvolvidos e também existem importantes diferenças entre estes próprios países e entre regiões dentro de um mesmo país. Assim como a disponibilidade dos dados, a capacidade de monitorar as doenças relacionadas ao tabagismo é distinta de uma localidade para outra.

Mortalidade

A taxa bruta de mortalidade (**M**) numa população, é definida como o número de óbitos ocorridos, num determinado período de tempo (geralmente um ano), dividido por essa população.

$$M = \frac{\text{No. de óbitos na população numa área A, num determinado período}}{\text{população da área A, no mesmo período}} \times 100.000 \text{ hab.}$$

A principal vantagem em se usar dados de mortalidade para se monitorar as doenças tabaco-relacionadas é que eles estão amplamente disponíveis. A fonte de dados de mortalidade são os atestados de óbito, obrigatórios em todo o país.

É recomendado pela OMS que concentre-se esforços em monitorar as doenças fortemente associadas ao tabaco e/ou àquelas que são as principais causas de morte no adulto. São elas:

- câncer de pulmão (CID-O 162);
- câncer de boca, de esôfago, de laringe e de faringe que podem ser agrupadas (CID-O 140-150, 161);
- doença isquêmica do coração (CID 410-414);
- doença cerebrovascular (CID 430-438);
- doença pulmonar crônica obstrutiva (CID 490-2, 494-6).

A taxa de incidência é similarmente definida e calculada como a taxa de mortalidade.

A taxa específica de mortalidade por idade é definida como o número de óbitos ocorridos numa faixa etária de uma determinada população, num período de tempo, dividido pela população dessa mesma faixa etária:

$$\text{taxa de mortalidade por faixa etária} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos em cada faixa etária}}{\text{população da respectiva faixa etária}} \times 100.000 \text{ hab.}$$

As taxas também podem ser específicas por sexo, por causa ou por qualquer outro atributo que se deseje.

Incidência

A taxa bruta de incidência é definida como o número de casos novos diagnosticados, num período, dividido pela população no mesmo período.

$$\text{incidência} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de casos novos diagnosticados numa população num período}}{\text{população no mesmo período}} \times 100.000 \text{ hab.}$$

As taxas de incidência, também podem ser específicas por faixa etária, sexo, grupos de causa ou por qualquer outro atributo que se deseje.

Padronização de taxas (*Age-Standardized Rate-ASR*)

A padronização permite fazer comparações de taxas (de incidência e mortalidade) entre populações de distintas estruturas etárias. Para tal, devemos escolher uma população padrão e aplicarmos as taxas encontradas para as populações em estudo. A taxa padronizada representa o valor que seria esperado se a população tivesse a estrutura etária da população escolhida como padrão. Geralmente, para comparação de taxas referentes às neoplasias, a população escolhida como padrão é a população mundial de 1960 (OMS). A padronização de taxas é um artifício para que a estrutura etária das populações ao longo do tempo ou para que populações com distintas estruturas etárias possam ser comparadas.

Prevalência

Prevalência de uma doença é definida como a proporção da população que tem a doença num dado ponto do tempo.

Diferente da incidência, que mensura o risco de desenvolver a doença, a prevalência é a medida do peso que a doença tem na população num ponto do tempo.

$$\text{Prevalência} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de casos novos} + \text{antigos numa população num período}}{\text{População do mesmo período}}$$

Com a finalidade de avaliar e monitorar de forma sistematizada o impacto das ações de controle do tabagismo desenvolvidas no país, o INCA/Contapp está organizando a implantação do Sistema de Vigilância da Epidemia Tabágica (SIVET). Através do SIVET será possível estabelecer indicadores e assegurar a coleta sistematizada dados que permitam um diagnóstico da situação da epidemia tabagística no país, propiciar a avaliação de projetos de implantação de atividades, através de projetos-pilotos, bem como permitir a avaliação das estratégias e instrumentos utilizados nas intervenções e o seu grau de adequação aos grupos-alvo.

OBS: Maiores detalhes vide projeto SIVET do INCA/Contapp

Biblioteca de referências/informações

Para informar os profissionais que trabalham no Programa e para atender à demanda dos municípios, é importante que seja organizado e permanentemente atualizado e alimentado um arquivo de artigos e referências bibliográficas. Estes servirão de subsídios aos documentos, de respostas a processos, de entrevistas para a imprensa, à redação de *press releases* e para repassar informações aos municípios e atender à demanda gerada pelas ações de controle do tabagismo. É fundamental agregar a este acervo a assinatura de periódicos nacionais e internacionais sobre o assunto. Mesmo que o orçamento permita apenas uma assinatura, ela já fornecerá informações atualizadas permanentemente.

Para ampliar o número de publicações informativas, a coordenação poderá adquirir materiais, através de contatos com ONGs e OGs do Brasil e do exterior.

Aperfeiçoamento e atualização

A equipe coordenadora deverá procurar, sempre que possível, atualizar-se e capacitar-se, através da participação em cursos, congressos, seminários, etc, que contribuam para o progresso do seu desempenho na coordenação do PCT do seu estado ou município. Aperfeiçoamento nas áreas de epidemiologia, estatística, sociologia, antropologia, comunicação, psicologia e etc, contribui para ampliar a nossa capacidade de atuação em função das múltiplas facetas do tabagismo. Para isto, é importante a elaboração de projetos de ações onde nos custos estejam previstos gastos com aperfeiçoamento e atualização do coordenador e sua equipe.

AIDS

Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - doença causada pelo vírus HIV que leva a comprometimento do sistema imunológico, favorecendo o aparecimento de infecções oportunistas.

Absenteísmo

Falta de assiduidade; ausência habitual do emprego.

Adoecimento

Fato de adoecer.

Ativista

Relativo ao ativismo, doutrina que admite algum tipo de oposição entre a ação e os domínios diversos do conhecimento, e que dá primazia à ação, primazia que comporta diferentes graus e definições. Militância política.

CAC-CEDAE

Caixa de Assistência dos Servidores da CEDAE (Companhia de Água e Esgotos do Rio de Janeiro).

CCCTB

Comitê Coordenador do Controle do Tabagismo no Brasil.

Cerceamento

Cortar, suprimir, restringir.

Cessação

Ato de cessar; cessamento.

Contapp

Serviço de Controle do Tabagismo.

Cronograma

Representação gráfica da previsão da execução de um trabalho, na qual se indicam os prazos em que se deverão executar as suas diversas fases.

Dependência orgânica

Dependência física, necessidade regular e compulsiva de fumar porque a sua supressão causa síndrome de abstinência.

Epidemia

Doença que surge rápida em uma região e acomete grande número de pessoas. Surto de agravação de uma endemia. É a ocorrência, numa região, de um grupo de casos de doença em nº que ultrapassa nitidamente a incidência normalmente esperada e derivados de uma fonte comum.

ESCELSA

Espírito Santos Centrais Elétricas S/A.

FRONAPE

Frota Nacional de Petroleiros.

Fumo Y1

Fumo com alto teor de nicotina, derivado de tabaco desenvolvido por técnicas genéticas.

Glamour

Encanto pessoal, magnetismo.

Implementação

Ato ou efeito de implementar que é dar execução a um plano, programa ou projeto.

Incidência

Nº de casos novos diagnosticados numa população durante um período numa população.

Interativa

Recíproca; que age mutuamente; que exerce interação.

IPC

Índice de Preço ao Consumidor.

Lobby (do inglês)

Termo usado desde o início do século XIX, para designar conversas que ocorriam nas ante-salas e nos saguões do Congresso Americano, entre parlamentares e representantes de grupos sociais para defesa de seus interesses. A palavra *lobby* significa saguão, o local onde ocorrem estes contatos, e atualmente passou a significar também a ação de grupo de interesse ou pressão para influenciar legisladores.

Logotipo

Marca constituída por grupo de letras, sigla ou palavra, especialmente desenhada para uma instituição, empresa, etc.

Mala-direta

Programa de computador para cadastramento de endereços para futuro envio direto de correspondência.

Marketing (do inglês market)

Mercado, lançar no mercado, negociar, comercializar no mercado.

Mídia (do inglês media ou medium)

Agência, órgão, meio ou veículo de comunicação de massa.

Morbidade

Termo geral que expressa o número de pessoas enfermas ou de casos de uma doença em relação a população em que ocorrem.

Morbimortalidade

Morbidade e mortalidade.

Mortalidade

A taxa bruta de mortalidade de uma população é o número de óbitos ocorridos, num determinado período de tempo (geralmente um ano), dividido pela população na qual as mortes ocorreram.

Neonatal

Período que vai do nascimento ao 28º dia de vida.

Nicotina

Alcalóide existente nas folhas de tabaco, responsável pelo efeito de criar dependência nos usuários do tabaco e seus derivados.

OGs

Organizações Governamentais.

OMS

Organização Mundial de Saúde.

ONGs

Organizações Não-Governamentais.

Organograma

Quadro geométrico representativo de uma organização ou de um serviço. Indica os arranjos e as interrelações de suas unidades constitutivas e o limite das atribuições de cada uma delas.

Outdoors (do inglês)

Ao ar livre; no texto refere-se a painéis de propagandas colocados ao ar livre em locais estratégicos.

PECT

Programa Estadual de Controle do Tabagismo.

Per capita (do latim)

Por indivíduo ou por pessoa. Por exemplo: o consumo *per capita* significa o consumo por habitante ou indivíduo de determinada população.

Placenta prévia

Posicionamento da placenta adiante da apresentação fetal obstruindo a passagem do feto pelo canal do parto. Pode inserir-se total ou parcialmente no segmento inferior do útero. Constitui uma complicação da gravidez.

PMCT

Programa Municipal de Controle do Tabagismo.

Pontual

Exato, preciso, regular com relação ao tempo.

Press release (do inglês)

Relato resumido para a imprensa.

Prevalência

Nº de casos de uma doença ou qualquer outra condição existente em um determinado momento, em uma determinada população, ou seja, é a proporção da população que tem a doença ou qualquer outra condição num dado ponto do tempo.

Rallies (do inglês)

Agrupamento de competidores.

SABESP

Companhia de Saneamento de Água e Esgoto do Estado de São Paulo.

Self-service (do inglês)

Ato ou processo de servir-se a si mesmo; automático.

Sistematizar

Tornar sistemático, isto é, ordenado, metódico.

Soft (do inglês)

Macio, flexível, suave, agradável. Em informática refere-se a programa (software).

Subsídios

Quantia que o Estado arbitra ou subscreve para obras de interesse público; subvenção.

Tabaco

Do taino *tabaco*, que designava o instrumento em forma de Y com que os índios fumavam; grande erva, da família das solanáceas (*Nicotiana Tabacum*), de origem sul-americana, que possui a nicotina e cujas folhas dessecadas constituem o fumo ou tabaco.

Tabagismo

Abuso do tabaco; intoxicação provocada por este abuso.

Tabagista

Pessoa dada ao tabagismo; tabaquista.

Tabagístico

Relativo ao, ou próprio do tabagismo.

Tabaqueiro

Referente a tabaco, tabacal.

TAM

Transportes Aéreos de Marília.

Taxação

Ato ou efeito de taxar que significa lançar um imposto sobre.

TELEGOIÁS

Companhia Telefônica do Estado de Goiás.

Vetor

Condutor; portador; artrópodes ou outros invertebrados que transmitem a infecção por inoculação na pele ou nas mucosas, pela picada ou pela deposição de material infectante na pele, nos alimentos ou em outros objetos.

Vídeo-teipe (do inglês video-tape)

Fita de vídeo; o processo pelo qual as produções da televisão são registradas nessa fita.

Contrato

Ajuste, pacto, convenção entre duas ou mais pessoas para um fim qualquer.

Decreto

É uma decisão por uma pessoa ou instituição que tem poderes próprios e especiais para decidir ou julgar, resolver ou determinar. O decreto implica necessariamente na existência de autoridade da pessoa ou instituição que o formulou. Conforme a autoridade de que se origina ou que expede o decreto surgem as especificações: decreto judicial, legislativo, executivo e decreto-lei. Geralmente, os decretos inserem matéria de ordem regulamentar e administrativa sem a formalidade de uma lei promulgada pelo legislativo.

Decreto executivo

Se diz de todo o ato expedido pelo governo ou poder executivo determinando medidas administrativas ou impondo ordens sem o caráter de lei.

Decreto judicial

É a própria sentença do juiz.

Decreto legislativo

E um ato administrativo para ordenar matéria de interesse da própria instituição.

Decreto-lei

Quando se trata de absorção dos poderes legislativos pelo poder executivo, o decreto-lei é característico de regime ditatorial.

Direito

É a ciência da lei.

Habeas Corpus

Garante à pessoa o direito de se insurgir contra a violência, coação ilegal na sua liberdade de ir e vir, de entrar e sair, em suma, de locomover-se.

Legislador

Aquele que legisla, ou seja, que estabelece, ordena, decreta, formula leis, regras, princípios.

Lei

Conjunto de normas elaboradas e votadas pelo poder legislativo. É a lei que mantém a ordem e o desenvolvimento da sociedade.

Liminar

Providência solicitada ao juiz no início do processo e antes do julgamento do mérito, ou seja, do assunto principal.

Mandado

Significa ato escrito emanado de autoridade pública, judicial ou administrativa, obrigando o cumprimento de determinada medida ou diligência. Ex: Mandado judicial, Mandado de Prisão, etc.

Mandado de segurança

É medida judicial de proteção a um direito individual. Direito Pessoal líquido e certo, contra o abuso de poder ou coação da autoridade.

Mandato

Significa dar poder ou autorizar alguém para praticar em seu nome determinados atos. Procuração. Fundamenta-se na confiança mútua. É também o poder político outorgado pelo voto a um cidadão para que governe a nação, o estado ou o município.

Moção

É uma proposta para ser discutida em assembleia.

OBS: "Mandado" = mandar ou ordenar.

OBS: "Habeas Corpus" = liberdade para o corpo.

OBS: Mandato = "Manus + Data, ou seja, "mãos dadas".

OBS: Portaria não é lei.

OBS: Procuração = procurar, ou seja: cuidar, tratar de negócio alheio; ser procurador de alguém.

Portaria

Ato administrativo de autoridade pública. Não tem “sanção”, isto é, não pune. Tem efeito vertical, por ex: a portaria de um prédio, ou seja, seu “regulamento”, não serve para o prédio vizinho.

Processo

É o meio pelo qual se pode reclamar em juízo um direito que se julga ter. É também chamado de “AÇÃO”, “DEMANDA” e “PLEITO JUDICIAL”.

Procuração “ad judicia”

É um instrumento de mandato pelo qual se confere poderes a um advogado (mandatário judicial) para agir em juízo.

Procuração “ad negotia”

Delegação de poderes para que o mandatário administre negócios. É também chamada de procuração extrajudicial.

Procuração

É a escritura do mandato e o termo serve também para indicar o próprio mandato. É o documento mediante o qual o mandante, por escritura particular ou escritura pública, outorga a alguém - mandatário - poderes para, em seu nome e por sua conta, praticar atos, administrar interesses e negócios.

Resolução

É um ato administrativo de autoridade pública estabelecendo medidas que deverão ser acatadas e cumpridas. Resolução é um ato de autoridade em questões de ordem, administrativa ou regulamentar. Ex: Resoluções legislativas, governamentais, judiciais, etc.

Responsabilidade civil

Termo inicial aos 21 (vinte e um) anos.

Responsabilidade penal

Termo inicial aos 18 (dezoito) anos.

Sanção

Ato pelo qual o poder executivo homologa, ou seja, confirma a lei aprovada pelo legislativo. Também significa punição aos infratores da lei.

- 1) KESSLER, DA. *Nicotine addiction in young people*. N Engl J Med 1995; 333(3):186-189.
- 2) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Guidelines for epidemiological surveillance and the development of comprehensive National Tobacco Control Programmes*. Tobacco or Health Programme. World Health Organization, 1995, in press.
- 3) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer/Coordenação de Programas de Controle do Câncer (Pro-Onco). *Falando sobre tabagismo*. Rio de Janeiro, 2ª edição-1995.
- 4) COSTA E SILVA, VL., GOLDFARB, LMCS. *Epidemiologia do tabagismo no Brasil*. no prelo.
- 5) VICTORA, CG. *Prevalência de tabagismo em gestantes, em Pelotas - Rio Grande do Sul, dados de 1994*. Informações escritas de Ana Maria B. Menezes, Pelotas, 1995.
- 6) DOLL, R., HILL, AB. Mortality in relation to smoking: ten years' observations of British doctors. *British Medical Journal* 1964; 1: 1399-1410, May 30; 1460-1467, June 6.
- 7) ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). El desafio de la epidemiologia. Problemas y lectures seccionadas. 1989, Publicación Científica nº 505.
- 6) U.S. DEPARTMENT OF HEALTH and HUMAN SERVICES. Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia, 1994.
- 7) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer/Coordenação de Programas de Controle do Câncer (Pro-Onco). Abordagem do fumante pela equipe de saúde. Rio de Janeiro, 3ª edição - 1995.
- 8) WARNER, K., FULTON, GA. Importance of tobacco to a country's economy: an appraisal of the tobacco industry's economic argument. *Tobacco control* 1995;4:180 -183.
- 9) INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER (UICC). Hechos y pautas para el control del tabaquismo. Marzo 1993.
- 10) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Boletim publicado para as comemorações de 31 de maio de 1995: *Economia e tabaco*.
- 11) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer/Coordenação de Programas de Controle do Câncer (Pro-Onco). *Controle do Tabagismo: um desafio*, 1992.

- 12) CHAPMAN, S. *Tobacco and deforestation in the developing world*. Tobacco Control 1994; 3: 191-193.
- 13) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Women and tobacco*. In: *The Magazine of the World Health Organization Women and Health*. United Nations Fourth World Conference on Women. September 1995.
- 14) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Legislative action to combat the world tobacco epidemic, second edition, Geneva 1993*.
- 15) MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição*. IBGE, Brasil 1989.
- 16) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. Projeto Saúde / Estudo sobre estilos de vida. CPM-61.88-2909. Brasília (Brasil), 1988.
- 17) IBGE, 1992. Censo, 1991, dados preliminares. Rio de Janeiro, Brasil.
- 18) MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Aconteceu no Brasil - I Congresso Brasileiro sobre Tabagismo*. Atualidades em Tabagismo 1994; 3(2): 9-10.
- 19) FOLHA DE SÃO PAULO. Terceiro caderno: cotidiano. Domingo, 1º de outubro de 1995.
- 20) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer/Coordenação de Programas de Controle do Câncer (Pro-Onco). Dia Mundial sem Tabaco: Um mundo sem tabaco através da imprensa. Manual de orientação para 1994.
- 21) HEIMENDINGER, J. *Community nutrition intervention strategies for cancer risk reduction*. Cancer 1993; 72:1019-23.
- 22) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS - doutrinas e princípios*. 1990; 1.
- 23) CHAPMAN, S. *Doctors who smoke. Should medical students who smoke be channelled away from primary care?* BMJ 1995; 311: 142-143.
- 24) CAMPOS, HS., SANTORO, HP. *Tabagismo entre os médicos do Instituto de Tisiologia e Pneumologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro*. Pulmão 1991; 1(2):45-49.
- 25) CAMPOS, HS. *Tabagismo entre os médicos do Distrito Federal*. Bras. Med. 1993; 30(1-2): 20-27.
- 26) COSTA E SILVA, VL. *Tabagismo, um problema de saúde pública no Brasil*. Jornal Brasileiro de Medicina 1990; 59(2): 14 -16.
- 27) ROSEMBERG, J. *Tabagismo, sério problema de saúde pública*. 2ª Edição, São Paulo (SP), ALMED Editora e Livraria Ltda., 1987.
- 28) ABIFUMO. *Perfil da indústria do fumo*. 1993.
- 29) LAURENTI, R. Estatísticas de Saúde (ver ????? o restante da bibliografia)

- 30) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenadoria de Assuntos Parlamentares. *Grupos de Pressão/"Lobby"*. Brasília, 18 de setembro de 1989.
- 31) HOUSTON, TP. *The fifth horseman of tobacco control: personal and organizational involvement*. Tobacco Control 1994; 3: 194-195.
- 32) ETGES, VE. Sujeição e resistência. Os camponeses gaúchos e a indústria do fumo. Tese de mestrado na área de Geografia Humana (Agrária). Universidade de São Paulo, 1989.
- 33) MS/FGV. A economia do tabaco no Brasil: análise e propostas para a redução do consumo. Primeiro relatório parcial. Rio de Janeiro, dezembro de 1995.



Para maiores informações entrar em contato com:

Instituto Nacional de Câncer

Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e
Prevenção Primária de Câncer (Contapp)

Rua dos Inválidos, 212/201

20231-020 Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (021) 221-6227

Fax: (021) 224-6618



616.99
B823
1996
MEMOT