

# NOTAS TÉCNICAS PARA O CONTROLE DO TABAGISMO

Tabaco: uma ameaça ao desenvolvimento



COMISSÃO NACIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO  
DA CONVENÇÃO-QUADRO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
PARA O CONTROLE DO TABACO (CONICQ)







# NOTAS TÉCNICAS PARA O CONTROLE DO TABAGISMO

---

Tabaco: uma ameaça ao desenvolvimento

**COMISSÃO NACIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO  
DA CONVENÇÃO-QUADRO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
PARA O CONTROLE DO TABACO (CONICQ)**



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilha igual 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer (<http://controlecancer.bvs.br/>) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br/>).

Tiragem: 500 exemplares

### Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR  
GOMES DA SILVA (INCA)  
Direção Geral  
Secretaria-Executiva da Comissão Nacional para Implementação  
da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (SE-CONICQ)  
Rua do Resende, nº 128 – 3º andar, Sala 303  
Centro - Rio de Janeiro – RJ, CEP 20231-092  
Tel: (21) 3207-4502  
conicq@inca.gov.br – [www.inca.gov.br/observatoriotabaco](http://www.inca.gov.br/observatoriotabaco)

### Organizador

Tania Maria Cavalcante

### Equipe de Elaboração

Alessandra T. Machado  
Alexandre O. R. Carvalho  
Ana Paula L. Teixeira  
Christiane S. P. Madeira  
Felipe L. Mendes  
Naira M. S. Vosmirko  
Rosa C. R. Vargas

### Colaboradores

Andreia Mendes  
Andreia Reis  
Flavia Sena  
Renata Arthou  
Rita Martins

### Edição

COORDENAÇÃO DE ENSINO  
Serviço de Educação e Informação Técnico-Científica  
Setor de Edição e Informação Técnico-Científica  
Rua Marquês de Pombal, 125  
Centro – Rio de Janeiro – RJ  
Cep 20230-240  
Tel.: (21) 3207-5500

### Edição e Produção Editorial

Christine Dieguez

### Copidesque e revisão

Rita Rangel de S. Machado  
Sara Sabino Pereira (estagiária de Letras)

### Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

Mariana Fernandes Teles

### Normalização Bibliográfica e Ficha Catalográfica

Marcus Vinícius Silva / CRB 7-6619  
Apoio OPAS: Carta-acordo nº SCON 2016-03048

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Fox Print

### FICHA CATALOGRÁFICA

159t Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Secretaria-Executiva da Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco.

Tabaco: uma ameaça ao desenvolvimento / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Secretaria-Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. – Rio de Janeiro: Inca, 2017.

70 p.: il. color. – (Notas técnicas para o controle do tabagismo).

ISBN 978-85-7318-366-5 (versão impressa)

ISBN 978-85-7318-365-8 (versão eletrônica)

1. Hábito de Fumar – prevenção & controle. 2. Indústria do Tabaco. 3. Campanhas para o controle do tabagismo. 3. Brasil. I. Título.

CDD 343.81076371

Catálogo na fonte – Serviço de Educação e Informação Técnico-Científica

### TÍTULOS PARA INDEXAÇÃO

Em inglês: Tobacco: a threat to development – Technical notes for tobacco control

Em Espanhol: Tabaco: una amenaza para el desarrollo – Notas técnicas para el control del tabaco

# SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....	5
LISTA DE TABELAS.....	7
LISTA DE SIGLAS.....	9
INTRODUÇÃO .....	11
TABACO E DESENVOLVIMENTO: UMA COMBINAÇÃO POSSÍVEL? .....	15
COMO O CONSUMO E A PRODUÇÃO DE TABACO AMEAÇAM O DESENVOLVIMENTO?.....	23
PRODUÇÃO DE TABACO - DANOS SOCIOAMBIENTAIS E SANITÁRIOS .....	35
INICIATIVAS GLOBAIS PARA DETER OS PREJUÍZOS CAUSADOS PELO TABACO .....	39
INICIATIVAS NACIONAIS QUE BUSCAM COMPENSAR OS PREJUÍZOS PARA A SAÚDE PÚBLICA CAUSADOS PELA INDÚSTRIA DO TABACO E FORTALECER AS AÇÕES NACIONAIS PARA REDUÇÃO DO TABAGISMO .....	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	53
REFERÊNCIAS .....	57
ANEXO.....	65



# LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Peça publicitária da campanha do <i>Dia Mundial Sem Tabaco</i> .....	13
Figura 2 – Cartaz da OMS – Campanha Dia Mundial Sem Tabaco – 31 de maio de 2017.....	15
Figura 3 – A CQCT/OMS na <i>Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável</i> .....	22
Figura 4 – Fumo passivo no domicílio por sexo, variação temporal .....	27
Figura 5 – Fumo passivo no trabalho por sexo, variação temporal.....	28
Figura 6 – Imagem ilustrativa de uma guimba em fundo azul, como o mar que as bitucas poluem.....	28
Figura 7 – Custo de oportunidade gerado pelo tabagismo.....	34
Figura 8 – Condições sanitárias e socioambientais fruto do empobrecimento populacional.....	34
Figura 9 – Tema de campanha do Tribunal Superior do Trabalho contra o trabalho infantil. ....	37
Figura 10 – Fumantes, variação temporal, entre 2006 e 2016.....	41
Figura 11 – Peça publicitária <i>O cigarro mata</i> do Dia Mundial Sem Tabaco.....	54





# LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Projetos de Lei criados com o objetivo de estabelecer mecanismos adicionais de financiamento vinculados para cobrir os custos com o tratamento de doenças tabaco-relacionadas e a implementação das ações para prevenção e redução do tabagismo no Brasil.....	49
Tabela 2 – Projetos de Lei nacionais que propõe mecanismos para compensação dos prejuízos tabaco-relacionados .....	51



# LISTA DE SIGLAS

Avaq – Anos de vida perdidos e qualidade de vida

AVC – Acidente vascular cerebral

CDC – Centro de Controle de Doenças

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

Cide – Contribuições de Intervenção no Domínio Econômico

Cide-Tabaco – Contribuição de Intervenção sobre Domínio Econômico para Produtos de Tabaco

Conicq – Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro da Organização Mundial de Saúde para Controle do Tabaco

CQCT/OMS – Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

Dieese – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crônica

Ecosoc – Conselho Econômico e Social das Nações Unidas

FMI – Fundo Monetário Internacional

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

Iecs – Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

IPI – Imposto sobre produtos industrializados

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

Opas/OMS – Organização Pan-americana da Saúde da Organização Mundial de Saúde

Pense – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

Petab – Pesquisa Especial sobre Tabagismo

PIB – Produto Interno Bruto

PLP – Projeto de Lei Complementar

PMS – Pesquisa Mundial de Saúde

PNCT – Política Nacional de Controle do Tabaco

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PNSN – Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

SDG 3 – Sustainable Development Goals 3 (Meta de Desenvolvimento Sustentável 3)

Vigitel – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico

# INTRODUÇÃO

Este documento reúne informações e dados que justificaram a escolha do tema **Tabaco: uma ameaça ao desenvolvimento** pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para as comemorações do **Dia Mundial Sem Tabaco**, em 31 de maio de 2017<sup>1</sup>.

Para esse fim, no primeiro bloco, foram reunidos posicionamentos sobre o tema *tabaco, saúde e desenvolvimento* expressos por diferentes agências da Organização das Nações Unidas (ONU) ligadas à promoção da saúde e ao desenvolvimento sustentável, entre elas a OMS, o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional e o Conselho Econômico e Social da ONU (Ecosoc).

O documento aborda as mais recentes pesquisas baseadas em evidências no controle do tabaco e inseridas nas seguintes agendas da ONU: *Agenda para Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis* e *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Aponta também as iniciativas nacionais relacionadas a esse processo, entre elas a adesão do Brasil à **Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco** (CQCT/OMS), tratado internacional de saúde ratificado pelo Congresso Nacional em outubro de 2005 e promulgado pela Presidência da República em janeiro de 2006, e a criação da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (Conicq), espaço de governança para implementação nacional desse tratado, de caráter interministerial, que tem o Ministro da Saúde na sua presidência e o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) como sua Secretaria-Executiva.

Destaca ainda a iniciativa do Brasil de integrar a implementação da CQCT/OMS ao *Plano Nacional para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis* como estratégia para alcançar as metas nacionais de redução do tabagismo. Além disso, busca avançar nas iniciativas nacionais de integração da CQCT/OMS aos objetivos e metas da *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*<sup>2</sup>.

No segundo bloco, o documento reúne informações e dados que justificam o tema *Tabaco: uma ameaça ao desenvolvimento* sob duas perspectivas: a do consumo e a da produção de

tabaco e seus derivados, destacando a importância de atender ao artigo 5.3 da CQCT/OMS<sup>3</sup> que visa a proteger as políticas de controle do tabaco dos interesses comerciais ou outros interesses garantidos para a indústria do tabaco.

Sob a concepção do consumo, o documento reúne dados sobre o adoecimento e as mortes tabaco-relacionadas e sua magnitude no mundo e no Brasil, incluindo os dados resultantes do tabagismo passivo, e sobre os prejuízos econômicos que o consumo de produtos de tabaco impõe aos indivíduos e às nações no mundo e no Brasil, destacando a carga econômica que o tabagismo coloca sobre as populações menos favorecidas.

Sob a perspectiva da produção, o documento reúne informações e dados sobre os danos socioambientais e para a saúde do trabalhador inerentes à fase agrícola da produção de tabaco. Entre eles, destacam-se: o desmatamento; a contaminação do solo com pesticidas; a doença da folha do tabaco, que ocorre entre agricultores e suas famílias, resultante da absorção da nicotina pela pele durante o manuseio das folhas; a depressão e o suicídio em razão da grande exposição aos agrotóxicos a que são submetidos os agricultores produtores de tabaco e suas famílias; e o trabalho infantil na lavoura do fumo.

No terceiro bloco, o documento aborda as iniciativas globais em curso para deter os prejuízos causados pelo consumo e pela produção de tabaco. Essas iniciativas seguem as orientações da CQCT/OMS, primeiro tratado internacional de saúde pública negociado por 192 países sob os auspícios da OMS, em vigor no Brasil desde fevereiro de 2005, e que representa a Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) no país. Descreve os arts. 6º e 19 da CQCT/OMS como importantes mecanismos para buscar compensações pelos prejuízos causados pelo consumo e pela produção de tabaco e para financiar a implementação da CQCT/OMS como um todo nos países. “As Partes reconhecem que medidas relacionadas a preços e impostos são meios eficazes e importantes para que diversos segmentos da população, em particular os jovens, reduzam o consumo de tabaco” (art. 6º, CQCT/OMS)<sup>3</sup>.

Considerando o momento econômico vivido pelo país, o ônus altamente evitável que o tabagismo impõe aos cofres públicos e o compromisso de alinhamento com a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*, torna-se fundamental dimensionar os custos que o consumo e a produção de tabaco causam ao Brasil e buscar mecanismos político-financeiros que garantam o ressarcimento dos cofres públicos pelos prejuízos advindos do tratamento

das doenças tabaco-relacionadas e da perda de produtividade. É importante também criar mecanismos que promovam o financiamento da implementação plena da CQCT/OMS no Brasil.

Nesse prisma, o documento reuniu informações sobre as iniciativas legislativas existentes no Brasil, na forma de Projetos de Lei ou de ajustes nas alíquotas de impostos com direcionamento de parte da arrecadação para ações como as descritas acima. O documento destaca especialmente o Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 4, de 2015, que propõe a criação da Contribuição de Intervenção sobre Domínio Econômico para Produtos de Tabaco (Cide-Tabaco), uma iniciativa que permite vincular os recursos da Cide-Tabaco para o ressarcimento aos cofres públicos e cita algumas iniciativas de Estados que vincularam parte da arrecadação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) sobre cigarros para o financiamento do tratamento de doenças tabaco-relacionadas.

Espera-se que esse documento propicie importantes subsídios para um alinhamento de visão nacional sobre a ameaça para o desenvolvimento sustentável causada pelo cultivo e pela produção do tabaco. Além disso, espera-se também que sejam mobilizados gestores e formuladores de políticas públicas na busca de mecanismos político-financeiros que compensem os prejuízos econômicos do tabaco para o Brasil e viabilizem a implementação de medidas para a prevenção do tabagismo (Figura 1).



**Figura 1** – Peça publicitária da campanha do *Dia Mundial Sem Tabaco*  
Fonte: INCA, 2017<sup>4</sup>.





# TABACO E DESENVOLVIMENTO: UMA COMBINAÇÃO POSSÍVEL?

Em 2017, a OMS escolheu o tema *Tabaco: uma ameaça ao desenvolvimento* (Figura 2) com o objetivo de promover reflexões sobre qual a relação entre o tabagismo e o desenvolvimento. O consumo de produtos de tabaco gera algum benefício para os consumidores? Estaria a produção de tabaco alinhada com os princípios da economia sustentável, com a promoção da saúde e qualidade de vida do ser humano, incluindo o homem do campo engajado nessa atividade?

Algumas respostas podem ser encontradas em declarações e posicionamentos de diferentes organizações e agências da ONU ligadas à promoção da saúde e ao desenvolvimento sustentável, entre elas a OMS, o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Ecosoc.

## Assembleia Mundial da Saúde

Em 1978, diversos países, representados pelos seus governos e reunidos na 31ª Assembleia Mundial da Saúde, manifestaram o entendimento de que o consumo de produtos de tabaco causava doenças graves como câncer, doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, entre outras. Os governantes expressavam preocupação com a rápida expansão do tabagismo no mundo, semelhante a uma epidemia, promovida por propagandas, principalmente nos países em desenvolvimento:



Figura 2 – Cartaz da OMS – Campanha Dia Mundial Sem Tabaco – 31 de maio de 2017  
Fonte: WHO, 2017<sup>5</sup>.

Reconhecendo as crescentes e inquestionáveis evidências científicas demonstrando que o tabagismo é a principal causa de bronquite crônica, enfisema e câncer de pulmão assim como o principal fator de risco de infarto do miocárdio e com os efeitos nocivos da exposição involuntária à fumaça do tabaco.

Seramente preocupados com o crescimento alarmante da produção e do consumo de cigarros durante as últimas duas décadas em alguns países, particularmente em países em desenvolvimento, nos quais não era anteriormente disseminado e com o direcionamento promocional intensivo para a venda de cigarros disseminados em rádio, televisão, jornais e outros meios de comunicação associando o consumo de cigarros com esporte, eventos culturais frequentemente induzindo jovens a fumar produtos de tabaco (Preâmbulo da Resolução 31.56 da Assembleia Mundial da Saúde, 1978)<sup>6</sup>.

Nessa mesma Resolução, a Assembleia Mundial da Saúde conclamava seus Estados-Membros a adotarem medidas educativas para conscientizar o público sobre os riscos do tabagismo e medidas legislativas para proibir a propaganda e aumentar os impostos sobre esses produtos, assim como promover alternativas economicamente viáveis para os produtores de tabaco.

**URGE seus Estados-Membros à:**

- (1) a fortalecer programas educativos sobre o tabagismo em colaboração próxima de autoridades de saúde e educação;
- (2) a adotar medidas abrangentes para controlar o tabagismo entre elas aumentar o imposto sobre a venda de cigarros e restringir ao máximo possível todas as formas de publicidade para promover o tabagismo.
- (3) proteger os direitos dos não fumantes de usufruírem uma atmosfera não poluída pela fumaça de tabaco;
- (4) e onde couber procurar desenvolver alternativas economicamente viáveis para substituir a produção e processamento de tabaco.

(Preâmbulo da Resolução 31.56 da Assembleia Mundial da Saúde, 1978)<sup>6</sup>.

A preocupação com o crescimento da epidemia de tabagismo e o aumento das doenças e mortes tabaco-relacionadas continuou a aparecer em sucessivas Assembleias Mundiais da Saúde, conforme transcrito abaixo:

Profundamente preocupados com a atual pandemia de tabagismo e com as resultantes perdas de vidas de pelo menos um milhão de seres humanos a cada ano devido a doenças e sofrimento para muitos mais.

Acreditando que a batalha entre saúde e tabaco deve e pode ser vencida para o bem da saúde humana (Preâmbulo da Resolução nº 41 da 39ª Assembleia Mundial da Saúde em 1985)<sup>7</sup>.

Contudo, somente em 1999, os governos, reunidos na 52ª Assembleia Mundial da Saúde, decidiram iniciar a elaboração do rascunho do que veio a ser o primeiro tratado internacional de saúde pública, com o objetivo de deter a escalada do tabagismo e das mortes tabaco-relacionadas. Na ocasião, os países membros da Assembleia Mundial da Saúde manifestavam estar:

Profundamente preocupados com a escalada do consumo de cigarros e de outros produtos de tabaco que resultaram na perda de pelo menos 3,5 milhões de vidas humanas em 1998 e a expectativa de que venha a causar pelo menos 10 milhões de mortes a partir do ano de 2030, se a pandemia não for controlada, com 70% dessas mortes ocorrendo em países em desenvolvimento.

Decidem:

[...] estabelecer um organismo intergovernamental negociador para esboçar e negociar a proposta de uma Convenção-Quadro da OMS para Controle do Tabaco e protocolos relacionados (Resolução WHA 52.18)<sup>8</sup>.

Surgia assim, a CQCT/OMS, uma resposta para a epidemia global de tabagismo.

Alinhado com o entendimento da incompatibilidade do uso e da produção de tabaco com a saúde e o desenvolvimento e com a necessidade de “uma resposta internacional para um problema global”, em 1999, o Banco Mundial mudou sua política de incentivo à produção de tabaco e proibiu empréstimos ou investimentos em produção ou processamento de tabaco e *marketing* de seus produtos<sup>9</sup>. E também lançou a sua clássica publicação *Revertendo a epidemia de tabagismo: governos e a economia do controle do tabaco*, na qual incentiva os governos a adotarem medidas para redução do tabagismo e aponta que elas não geram danos econômicos:

Poucas pessoas questionam que fumar causa danos para a saúde humana em uma escala global.

Contudo, muitos governos ainda evitam adotar medidas para reduzir o tabagismo, tais como aumentar impostos sobre produtos de tabaco, proibir a propaganda e a promoção desses produtos, proibir fumar em ambientes fechados dentre outras, devido a preocupações de

que essas medidas causem consequências econômicas danosas. Esse relatório demonstra que os temores econômicos são amplamente infundados. Tais medidas poderiam gerar benefícios sem precedentes para a saúde e sem causar danos para a economia. O dinheiro que os fumantes gastavam com cigarros seriam usados com outros bens e serviços gerando outros empregos para substituir os empregos perdidos na indústria do tabaco. Os estudos apresentados nesse relatório mostram como os países alcançarão ganho líquido com a redução do tabagismo (World Bank, 1999)<sup>10</sup>.

Nesse mesmo ano, o FMI divulgou um Boletim no qual declarava que “Ao contrário das antigas crenças, as políticas de controle do tabaco podem gerar enormes benefícios para a saúde sem causar danos para a economia”<sup>11</sup>.

E em sua mais recente publicação, *Política fiscal: como elaborar e implementar impostos sobre tabaco?*<sup>12</sup>, o FMI declarou:

Impostos podem ser um importante instrumento para reduzir o consumo de tabaco por questões de saúde e tem sido, portanto um componente central dos esforços da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial para reverter a epidemia de tabagismo. Com um total de mortes anuais de mais de 5 milhões de pessoas, o tabaco é um dos mais proeminentes assassinos dos tempos atuais<sup>12</sup>.

A incompatibilidade das atividades da indústria do tabaco com o desenvolvimento, tanto na produção quanto na promoção do consumo de seus produtos, é também referendada em relatórios como o do Ecosoc:

O tabaco contribui para o empobrecimento dos indivíduos e de suas famílias porque os seus consumidores têm maior chance de adoecerem, perderem produtividade e renda. Além disso, a produção agrícola de tabaco e a manufatura dos seus derivados podem contribuir em alguns casos para o adoecimento e o empobrecimento das famílias envolvidas nessas atividades. **Tabaco e pobreza formam um ciclo vicioso do qual é difícil escapar**<sup>13</sup>.

Em 2000, durante as comemorações do Dia Mundial sem Tabaco, e em plena negociação da CQCT/OMS, a diretora da OMS alertou sobre a estratégia de propaganda e *marketing* usada pela indústria do tabaco para ampliar a epidemia de tabagismo: “O tabagismo é uma doença transmissível. É uma doença transmitida pela propaganda e pelo marketing que fazem fumar parecer admirável e glamoroso” (Gro Harlem Brudtland, ex-diretora da OMS – 31 de maio de 2000)<sup>14</sup>.

A diretora da OMS alertava que, apesar de as propagandas buscarem associar cigarros e outros produtos de tabaco a beleza, esportes, artes e sucesso, o seu consumo está inserido na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) da OMS como uma dependência química, a de nicotina. Essa dependência expõe milhões de fumantes todos os dias e durante décadas de sua vida a mais de 4 mil substâncias tóxicas, das quais 60 são reconhecidamente cancerígenas para humanos. Também chamou a atenção para o fato de o tabagismo ser uma doença pediátrica, pois 80% dos fumantes começam a fumar antes dos 19 anos, sendo 15 anos a idade média da iniciação como efeito das atividades de propaganda e *marketing* dos produtos de tabaco. Aproximadamente 100 mil jovens começam a fumar no mundo a cada dia e 80% desses jovens vivem em países em desenvolvimento<sup>15,16</sup>. Por isso, uma das medidas incluídas na CQCT/OMS foi a total proibição da propaganda e da promoção de produtos de tabaco.

A incompatibilidade do consumo de produtos de tabaco com o desenvolvimento ganhou mais evidência quando, em 2010, a OMS lançou um relatório sobre a situação das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Nele, alerta os governos sobre o crescimento dessas doenças que, em 2008, respondiam por 36 milhões de mortes anuais, ou seja, 63% das 57 milhões de mortes anuais que ocorriam no mundo por todas as causas<sup>17</sup>. Além disso, o documento mostra que, isoladamente, o tabagismo responde por um sexto de todas as mortes por essas doenças<sup>18</sup>.

Nessa ocasião, a Universidade Norte Americana de Harvard e o Fórum Econômico Global lançaram um relatório alertando sobre a ameaça que as DCNT traziam para o desenvolvimento e o crescimento econômico, destacando o consumo de produtos de tabaco como uma das suas principais causas evitáveis e a implementação da CQCT/OMS como uma iniciativa a ser fortalecida<sup>19</sup>.

As DCNT representam uma clara ameaça não apenas à saúde humana, mas também ao desenvolvimento e ao crescimento econômico, pois, só em 2012, responderam por 68% de um total de 38 milhões de mortes no mundo, sendo que 80% dessas mortes ocorreram em países de média e baixa rendas<sup>20</sup>. Metade das pessoas que morrerão em consequência das DCNT está no auge de sua idade produtiva. Assim, é possível afirmar que a incapacitação imposta

e as vidas perdidas também colocam em perigo a competitividade econômica industrial em todo o mundo. As evidências reunidas são fortes. Nos próximos 20 anos, as DCNT custarão mais de 30 trilhões de dólares, representando 48% do Produto Interno Bruto (PIB) global de 2010, e levarão milhões de pessoas para baixo da linha da pobreza<sup>21</sup>.

O tabaco responde por 30% de todos os casos de câncer globalmente, e a carga econômica anual das doenças tabaco-relacionadas excede os gastos anuais com saúde em países de baixa e média rendas. A situação das DCNT mobilizou uma reunião de chefes de Estado na ONU para tratar desse cenário categorizado como uma crise em função de seu potencial impacto sobre a economia e o desenvolvimento<sup>22</sup>.

A declaração emanada dessa reunião claramente mobilizou a atenção e as vontades políticas para ações de prevenção e controle das DCNT e o reconhecimento de que as ações de controle do tabagismo são as mais custo-efetivas para redução das DCNT.

Nós, Chefes de Estado e de Governo e representantes de Estados e de governo reunidos nas Nações Unidas em 19 e 20 de setembro de 2011 para tratar da prevenção e controle das DCNT em todo o mundo, com foco particular nos desafios para o desenvolvimento e outros impactos sociais e econômicos particularmente nos países em desenvolvimento, reconhecemos que a carga global das DCNT constitui um dos maiores obstáculos para o desenvolvimento no século vinte e um, e uma ameaça para o desenvolvimento econômico e social em todo o mundo e para o alcance dos objetivos de desenvolvimento acordados internacionalmente<sup>22</sup>.

Os chefes de Estado presentes na ONU também reconheceram que os objetivos de negócios das empresas de tabaco são incompatíveis com os objetivos de saúde pública e comprometeram-se a acelerar a ratificação e implementação da CQCT/OMS.

Reconhecemos o fundamental conflito de interesses entre a indústria do tabaco e a saúde pública;

Reconhecemos a necessidade de implementar abordagens multisetoriais para a saúde em todos os níveis de governo e tratar dos fatores de risco das DCNT e assim nos comprometemos a:

Acelerar a implementação da Convenção-Quadro da OMS para Controle do Tabaco, reconhecendo a total abrangência, reconhecendo que a redução do consumo de produtos de Tabaco é uma importante contribuição para redução das DCNT e que medidas de preços e impostos representam um importante meio para reduzir o consumo de produtos de Tabaco<sup>23</sup>.

Como resultado desse processo, o controle do tabaco passou a fazer parte da *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas*. Essa Agenda possui 17 metas globais e visa a garantir que “ninguém será deixado para trás”. A implementação da CQCT/OMS foi incluída como uma estratégia para alcançar os objetivos globais de saúde (Meta de Desenvolvimento Sustentável 3 – SDG 3, do inglês, Sustainable Development Goals 3) e uma meta para reduzir as mortes por DCNT (Figura 3)<sup>24</sup>. Além disso, os chefes de Estado concordaram em aumentar os impostos sobre produtos de tabaco como uma das medidas para intervir sobre as DCNT e sobre a epidemia de tabagismo e mobilizar recursos adicionais para a sua implementação<sup>25</sup>.

O compromisso do Brasil com o tema controle do tabaco não é recente, desde 1989, o Ministério da Saúde coordena, por meio do INCA, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, implementado em todo o país em parceria com secretarias estaduais e municipais de saúde. Em 2005, esse processo ganhou mais força ainda quando o Congresso Nacional ratificou a adesão do Brasil à CQCT/OMS, promulgada pela Presidência da República em janeiro de 2006. A ratificação tornou a implementação desse tratado uma política de Estado, a PNCT.

Reforça ainda mais esse compromisso a criação, por Decreto Presidencial, da Conicq, uma comissão interministerial da qual fazem parte representantes de 18 diferentes setores do governo, os quais compartilham responsabilidades na implementação desse tratado no Brasil. Cabe ao INCA o papel de Secretaria-Executiva e ao Ministro da Saúde a sua presidência. Ressalta-se que a Secretaria-Executiva da Conicq, coordenada pelo INCA, foi designada pelo período de 2016 a 2020, como Centro Colaborador da Organização Pan-americana da Saúde (Opas/OMS)<sup>25</sup> sobre o Controle do Tabaco, integrando o conjunto de 14 Centros Colaboradores da OMS na área de tabaco existentes no mundo, e sendo o único na América Latina.

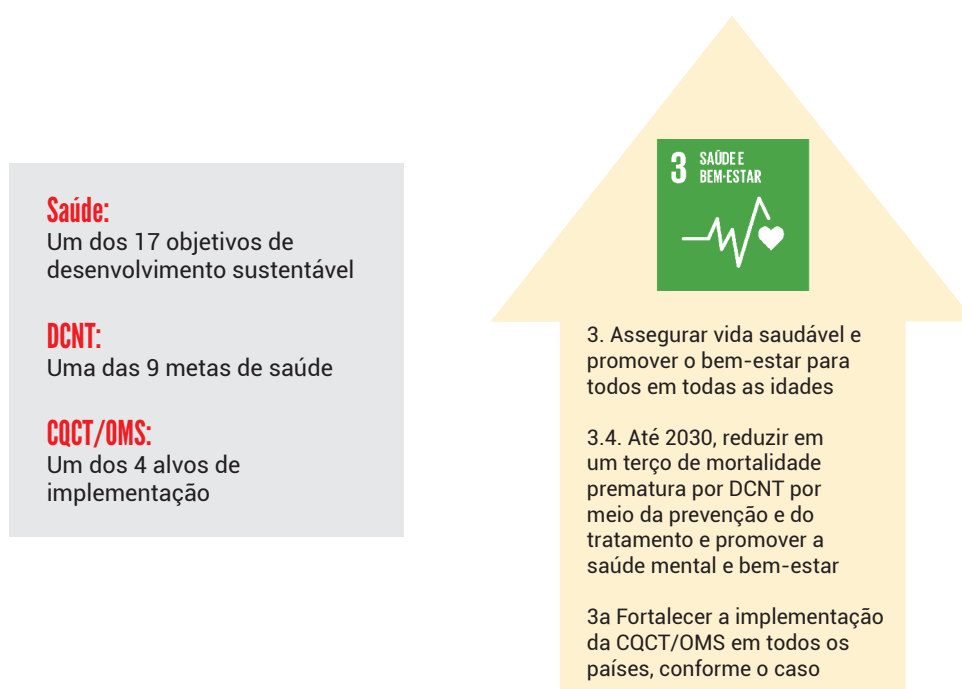
Posteriormente, a implementação da CQCT/OMS passou também a constar como uma das mais importantes estratégias para alcance das metas de redução de tabagismo do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, de 2011 a 2022<sup>26</sup>.

No *Dia Mundial sem Tabaco* de 2017, a OMS propõe que os governos avancem na inclusão formal da implementação da CQCT/OMS como parte de suas agendas nacionais de desenvolvimento. Em outubro de 2016, foi criada, no Brasil, por Decreto Presidencial, a

Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável<sup>2</sup> com a finalidade de internalizar, difundir e dar transparência ao processo de implementação da *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas*, subscrita pelo Brasil.

Nesse sentido, torna-se fundamental que, a partir do *Dia Mundial sem Tabaco*, comemorado em 31 de maio de 2017, essa Comissão possa formalizar a inclusão do tema Tabaco – uma ameaça ao desenvolvimento não apenas nas ações de implementação da CQCT/OMS, mas também nas iniciativas nacionais relacionadas à *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Essa inclusão deve ir desde as ações da CQCT/OMS que atuam sobre os determinantes da epidemia de tabagismo, com a finalidade de reduzir a prevalência de tabagismo e suas consequências, especialmente as DCNT, até suas ações voltadas para promover alternativas economicamente viáveis à produção de tabaco (art. 17 da CQCT/OMS), e para coibir o mercado ilegal de produtos de tabaco (art. 15 da CQCT/OMS e seu protocolo), especialmente o contrabando de cigarros, que tem minado os esforços nacionais de reduzir o tabagismo.

### LOCALIZANDO A CQCT/OMS NA AGENDA DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL – 2030



**Figura 3** – A CQCT/OMS na *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*  
Fonte: Adaptada de Framework Convention Alliance, 2015<sup>24</sup>.



# COMO O CONSUMO E A PRODUÇÃO DE TABACO AMEAÇAM O DESENVOLVIMENTO?

Segundo a OMS, a epidemia de tabagismo continua sendo a maior ameaça à saúde pública que o mundo já enfrentou<sup>27</sup>. As evidências mostram que os produtos de tabaco são altamente letais, pois matam dois em cada três de seus consumidores e afetam também a saúde de pessoas que não fumam, mas estão expostas ao tabagismo passivo quando inalam a fumaça de produtos de tabaco que poluem os ambientes internos. A perda de produtividade e o tratamento de doenças tabaco-relacionadas, altamente incapacitantes e fatais, geram enormes prejuízos para as nações. No entanto, esses danos não se limitam à esfera do consumidor. A cadeia de produção de tabaco, também gera danos ambientais, sanitários e sociais para quem produz tabaco, especialmente no meio agrícola, ampliando a dimensão dos danos e prejuízos tabaco-relacionados para as sociedades.

## Tabaco – danos para a saúde do consumidor

### Consumo, doenças e mortes

#### Mundo

Os encargos à saúde provocados pelo consumo do tabaco em todo o mundo são responsáveis pelo óbito de aproximadamente 6 milhões de pessoas por ano. Projeções apontam que esse número deve alcançar 8 milhões até 2030, com a maioria (80%) das mortes precoces ocorrendo em países de baixa e média rendas. Estima-se que 12% das mortes de pessoas acima dos 30 anos sejam causadas pelo tabagismo, isso representa 14% das mortes por doenças não transmissíveis (como câncer, doenças cardiovasculares ou pulmonares) e 5% das mortes por doenças transmissíveis (como tuberculose e outras infecções respiratórias). Atualmente, 21% da população com 15 anos ou mais (1,1 bilhão de pessoas) são fumantes – aproximadamente 35% dos homens e 6% das mulheres. No mundo, cerca de 7% dos jovens entre 13 e 15 anos são fumantes, incluindo 9% dos

meninos e 4,5% das meninas. De cada cinco fumantes, quatro vivem em países de baixa e média rendas. Observa-se que a prevalência global do tabagismo está reduzindo nos últimos anos, no entanto, o mesmo fenômeno não ocorre com relação ao número total de fumantes, em razão do crescimento populacional<sup>28</sup>.

Dados revelam que, entre os países da região da América do Sul, as taxas de prevalência de fumantes apresentam amplas variações, oscilando de 1,9% entre as mulheres equatorianas até 32,1% entre os homens bolivianos. Observa-se a maior taxa de prevalência de mulheres fumantes no Chile (22,7%), seguido pelo Uruguai (17%). O segundo valor mais alto entre os homens fumantes foi observado no Chile (27,7%) seguido pelo Suriname (27,3%). O mesmo estudo aponta que o Brasil está entre os 10 países com o maior número total de fumantes, no entanto, o país se destaca pelos avanços apresentados no controle do tabagismo, pois obteve a maior redução da prevalência de fumantes em ambos os sexos entre 1990 e 2015, registrando uma redução da prevalência de fumantes em 56,5% nos homens e 55,8% nas mulheres<sup>29</sup>.

## **Brasil**

No Brasil, as inúmeras ações de controle e prevenção do tabagismo, desenvolvidas pela PNCT, têm contribuído positivamente para o declínio das taxas de prevalência entre fumantes nos últimos 25 anos. Em 1989, segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), 34,8% da população adulta (acima de 18 anos) eram fumantes. Em 2003, observou-se uma queda no percentual de fumantes adultos, representando 22,4%, de acordo com a Pesquisa Mundial de Saúde (PMS). Em seguida, no ano de 2008, a Pesquisa Especial sobre Tabagismo (Petab) apontou o percentual de 18,5% de fumantes adultos na população brasileira. Dados mais recentes, extraídos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 apontam o percentual total de adultos fumantes em 14,7%. Dessa maneira, considerando o período de 1989 a 2010, a queda do percentual de adultos fumantes no Brasil foi de 46%, estimando-se um total de 420 mil mortes evitadas no período (PLOS Medicine, 2012). Em 2015, 10,4% da população brasileira acima de 18 anos era fumante, o que equivale a um total de pouco mais de 15 milhões de fumantes<sup>30</sup>.

Além de representar a principal causa evitável de morte no mundo, o tabagismo e a exposição

passiva ao tabaco são importantes fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT. Dados da OMS revelam que o tabagismo responde por 63% dos óbitos associados às DCNT, sendo responsável também por 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), 30% de diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo do útero, estômago e fígado), 25% das doenças coronarianas (angina e infarto) e 25% das doenças cerebrovasculares (acidente vascular cerebral – AVC). Cabe ressaltar que o tabagismo é um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças, tais como tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrointestinal, impotência sexual, infertilidade em mulheres e homens, osteoporose, catarata, entre outras.

Em 2011, as DCNT foram responsáveis por 68,3% do total de mortes no Brasil, com destaque para doenças cardiovasculares (30,4%), neoplasias (16,4%), doenças respiratórias (6%) e diabetes (5,3%)<sup>31</sup>. Estudo realizado nesse mesmo ano revelou que o tabagismo foi responsável por 147.072 óbitos, 2,69 milhões de anos de vida perdidos, 157.126 infartos agudos do miocárdio, 75.663 AVC e 63.753 diagnósticos de câncer<sup>32</sup>. Em 2013, as DCNT responderam por aproximadamente 72,6% das mortes no país<sup>33</sup>.

Em 2016, o INCA estimou a ocorrência de 28.220 casos novos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões para o Brasil, sendo 17.330 entre homens e 10.890 entre mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 17,49 casos novos a cada 100 mil homens e 10,54 para cada 100 mil mulheres<sup>34</sup>.

## Tabagismo passivo

### Mundo

O consumo de tabaco no mundo está crescendo em países em desenvolvimento e reduzindo em países desenvolvidos. Estima-se que existam cerca de 1 bilhão de fumantes no mundo e que esses consomem aproximadamente 6 trilhões de cigarros todos os anos<sup>35</sup>.

O cigarro é responsável pela poluição do ar em ambientes internos e externos, principalmente em países onde não existe legislação proibindo fumar em recintos coletivos ou onde ela existe, mas não é cumprida. A fumaça que se desprende da ponta incandescente de produtos como cigarros, charutos e cachimbos contém as mesmas substâncias tóxicas e

cancerígenas que o fumante inala e causa, em não fumantes, doenças graves, como câncer e infarto<sup>36</sup>. Pesquisas mostram que, mesmo quando o ato de fumar se dá ao ar livre, uma pessoa próxima ao fumante pode inalar até 50 vezes mais materiais tóxicos do que inalaria em um ambiente externo não poluído<sup>37</sup>.

Em 2008, a OMS divulgou que o tabagismo passivo é a terceira causa de morte evitável no mundo, vitimando cerca de 600 mil não fumantes, dos quais 165 mil são crianças menores de 5 anos<sup>28</sup>. Nos Estados Unidos, estimam-se 3.400 óbitos anuais por câncer de pulmão em não fumantes e 46 mil mortes decorrentes das doenças cardiovasculares resultantes do tabagismo passivo. Na Europa, o número de mortes ocasionadas pelo tabagismo passivo é de mais de 79 mil adultos e, somente no Reino Unido, esse número alcançou 2.700 não fumantes por ano<sup>38</sup>.

## **Brasil**

No Brasil, estudo realizado em 2008, que considerou somente a exposição ocorrida no domicílio e as mortes de não fumantes cujas causas foram as doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração e câncer de pulmão, demonstrou que o número de não fumantes que morrem em razão do tabagismo passivo é de, pelo menos, 2.655 pessoas por ano, correspondendo a sete mortes de não fumantes por dia e, dessas, a maioria são mulheres (60,3%) expostas à fumaça de cigarro em seus domicílios<sup>39</sup>. Pesquisa realizada em 2011 utilizando uma metodologia mais abrangente apontou que o tabagismo passivo no Brasil respondeu por 16.920 mortes<sup>32</sup>.

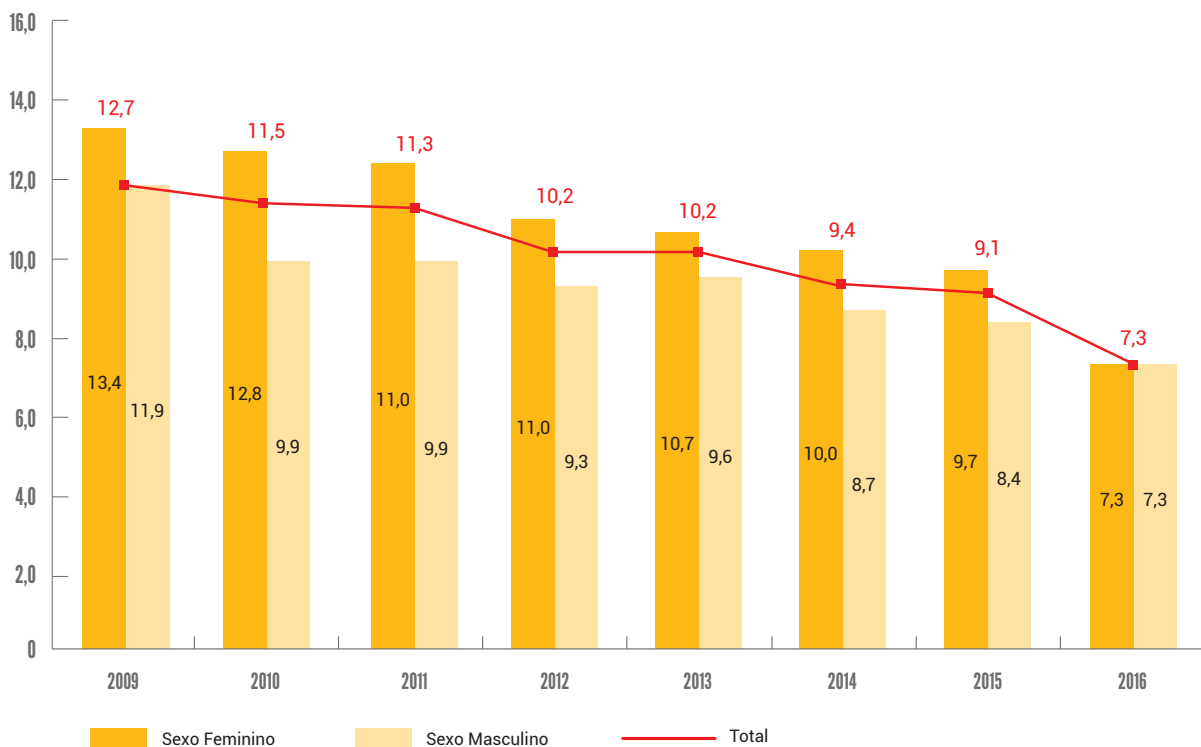
Pesquisa realizada nas principais capitais brasileiras, no período de 2002 a 2005, revelou que a proporção de escolares que se expõem à fumaça de cigarro fora de casa atingiu 67% em Porto Alegre e 41% em Natal e Salvador. Por outro lado, a proporção de escolares expostos ao tabagismo passivo em seus domicílios variou de 55% em Porto Alegre a 20% em Salvador<sup>40</sup>.

Dados da PNS<sup>41</sup> realizada no Brasil, em 2013, apontaram que a proporção de pessoas com 18 anos ou mais, não fumantes, que estão expostas ao tabagismo passivo foi de 14,7% em casa e 14,4% no trabalho em ambientes fechados. Quando essa avaliação leva em

consideração o gênero, a proporção é maior entre as mulheres em casa (11,7%) e os homens no trabalho (16,9%).

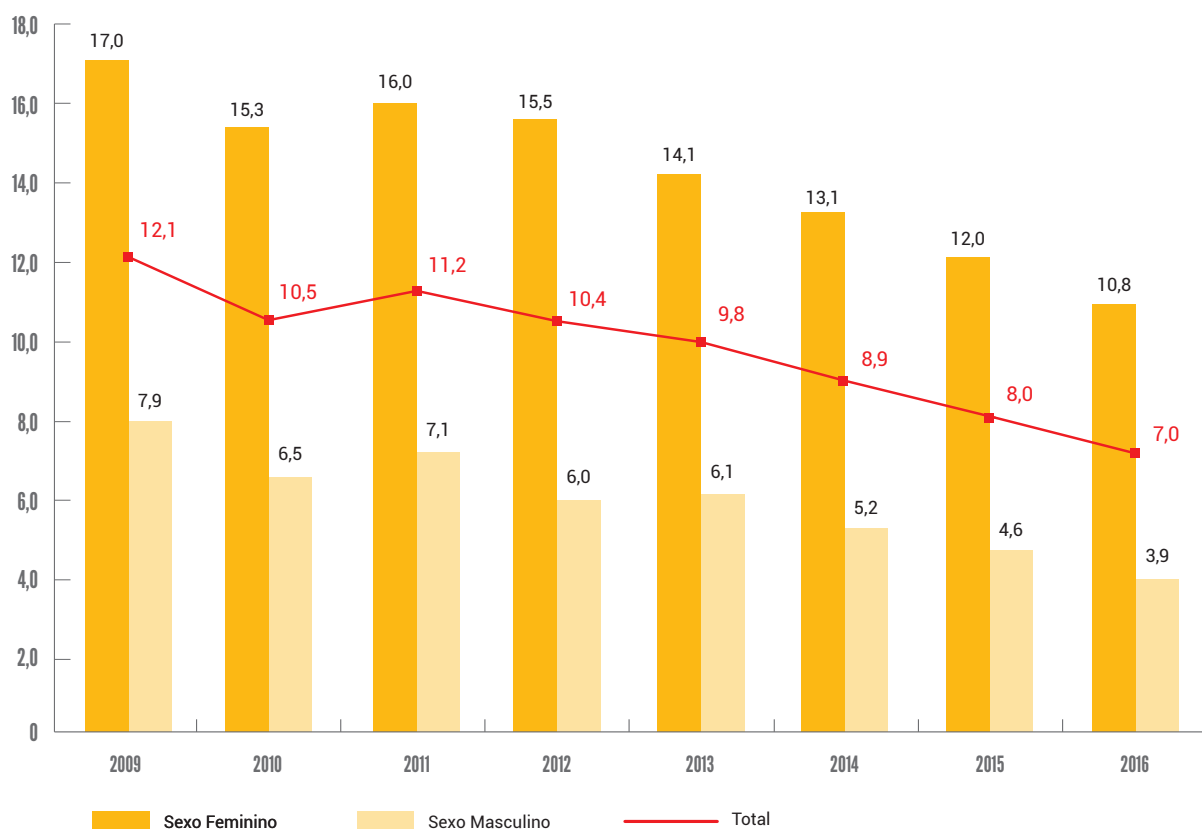
Em 2015, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense) apontou que a experimentação de cigarros e outros produtos de tabaco atingiu 19% dos escolares na faixa de 13 a 15 anos e 29% entre aqueles na faixa etária de 16 a 17 anos (idade média de iniciação ao tabagismo no Brasil). No grupo de idades de 16 a 17 anos, observou-se que pelo menos 53% estiveram em presença de pessoas que faziam uso de cigarros e 24% possuíam pais fumantes, o que eleva a possibilidade de exposição ao tabagismo passivo nessa faixa etária<sup>42</sup>.

De acordo com a pesquisa Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) 2015, o percentual total de fumantes passivos no domicílio foi de 9,1%, sendo maior entre as mulheres (9,7%) do que entre os homens (8,4%). Esses dados foram atualizados em 2016 e mostraram que a frequência de fumantes passivos no domicílio variou entre 5,1% em Aracaju e 10,4% em Porto Alegre. Por outro lado, a frequência de fumantes passivos no local de trabalho foi de 7%, sendo mais de duas vezes maior entre homens (10,8%) do que entre mulheres (3,9%)<sup>43,44</sup> (Figuras 4 e 5).



**Figura 4** – Fumo passivo no domicílio por sexo, variação temporal

Fonte: Adaptada de Vigitel Brasil 2016<sup>44</sup>.



**Figura 5** – Fumo passivo no trabalho por sexo, variação temporal  
 Fonte: Adaptada de Vigitel Brasil 2016<sup>44</sup>.

## Danos ambientais gerados pelo consumo de produto de tabaco

Além da poluição gerada pela fumaça dos produtos de tabaco, seu consumo deixa ainda outro grave passivo ambiental relacionado ao descarte das guimbas de cigarros. Todos os anos, aproximadamente 1,1 bilhão de fumantes descarta cerca de 6 trilhões de guimbas de cigarros no meio ambiente, e, caso as tendências de consumo se mantenham, estima-se que, em 2025, o número de guimbas descartadas chegará a 9 trilhões (Figura 6). Essas guimbas contêm substâncias cancerígenas, pesticidas e nicotina e seus filtros levam mais de 15 anos para se decompor, gerando contaminação das águas de rios e oceanos, entupimento de bueiros e enchentes nos grandes centros urbanos<sup>45</sup>.



**Figura 6** – Imagem ilustrativa de uma guimba em fundo azul, como o mar que as bitucas poluem  
 Fonte: Mendonça, 2016<sup>46</sup>.

## Custos tabaco-relacionados

### Mundo

Desde 1999, o Banco Mundial alertava aos governos sobre a carga econômica que o tabagismo impõe às sociedades. Nessa década, uma estimativa apontou que os custos em saúde atribuíveis às doenças tabaco-relacionadas atingiram, em termos globais, cerca de 200 bilhões de dólares por ano, sendo a metade em países em desenvolvimento. Dez anos depois, as estimativas globais indicavam que os custos em saúde com doenças tabaco-relacionadas alcançavam cerca de 500 bilhões de dólares por ano, em razão de redução da produtividade, adoecimento e mortes prematuras. Esses custos variaram de 0,1% a 1,5% do PIB em países de alta renda<sup>47,48</sup>.

Frente ao crescimento do tabagismo no mundo, uma nova estimativa, divulgada em 2016 pela OMS, em conjunto com o Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos, revelou que o tabagismo custa à economia global mais de 1 trilhão de dólares por ano em gastos com saúde e perda de produtividade, e, até 2030, matará um terço a mais de pessoas do que atualmente<sup>28</sup>. O custo estimado supera amplamente as receitas globais com os impostos sobre o fumo, que a OMS estimou em cerca de 269 bilhões de dólares em 2013 e 2014.

O Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos estima que o país gasta mais de 300 bilhões de dólares por ano com custos de doenças tabaco-relacionadas e perda de produtividade, ao mesmo tempo em que a esperada arrecadação dos estados com tributos e ações judiciais compensatórias sobre produtos de tabaco, para o ano fiscal de 2017, será apenas de 26,6 bilhões de dólares<sup>49</sup>.

Na América Latina, os problemas de saúde associados ao tabagismo representaram um custo direto de 87 milhões de dólares. A proporção do custo das doenças tabaco-relacionadas diretamente atribuíveis ao tabagismo variou entre 28% na Bolívia e 49% no Chile. No México, observou-se que somente 19% dos custos dos problemas de saúde são atribuíveis ao tabagismo em mulheres, enquanto que, em homens, no Chile, esse percentual atinge 53%. Em toda a América Latina, observou-se que as doenças cardiovasculares e DPOC foram responsáveis pela maior proporção do custo sanitário atribuível ao tabagismo, o que representa 30% e 27% respectivamente de todos os custos atribuíveis ao tabagismo<sup>50</sup>.

## Brasil

Estudo realizado em 2011 sobre os custos do tabagismo<sup>51</sup> para o Sistema Único de Saúde (SUS) revelou que, no Brasil, custos das doenças tabaco-relacionadas foram em torno de 23,37 bilhões de reais, sendo que o maior gasto foi com doenças cardíacas (7 bilhões de reais), seguido por DPOC (6 bilhões de reais). Câncer de pulmão e AVC foram responsáveis pelo gasto de mais de 3 bilhões de reais, e por 67% dos custos totais, enquanto o tabagismo passivo e as causas perinatais geraram custos de 2,6 bilhões de reais, o que corresponde a 11,5% dos custos totais<sup>32</sup>.

Em 2011, o país gastou cerca de 21 bilhões de reais com o tratamento de 15 tipos de doenças tabaco-relacionadas. Um montante equivalente a 0,5% do PIB desse mesmo ano. Vale salientar que esse estudo não incluiu os gastos com aposentadorias, com doenças causadas pelo tabagismo passivo, nem com doenças maternas e infantis tabaco-relacionadas, entre outros, o que aponta para uma dimensão ainda maior desse prejuízo. Nesse mesmo ano, o setor de fumo recolheu pouco mais de 6 bilhões de reais de impostos para os cofres públicos<sup>52</sup>.

Os dados da pesquisa anterior foram atualizados<sup>53</sup> e seus resultados apontaram que, no ano de 2015, o tabagismo foi responsável por mais de 150 mil mortes, equivalendo a 428 mortes por dia. Esses valores representam 12,6% do total das mortes que ocorrem anualmente no Brasil. Do total de mortes atribuíveis às doenças tabaco-relacionadas, 16% estavam relacionadas às doenças cardiovasculares e 13% ao AVC, percentuais que são mais elevados para doenças respiratórias, como DPOC, com 74% de mortes associadas, e 78% de mortes por câncer de pulmão. Cabe ressaltar que 13% das pneumonias e 33,6% das mortes por outros cânceres são atribuíveis ao tabagismo.

Anualmente, o tabagismo é responsável pela ocorrência de 1 milhão de eventos em saúde caracterizados por infarto agudo do miocárdio, representando 43% desses eventos, 34% de casos novos de DPOC, 5% de AVC e 4% de novos diagnósticos de câncer. Com relação ao câncer, estima-se que a fração atribuível ao tabagismo seja de 80% para câncer de laringe, 78% para câncer de pulmão, 65% para câncer de esôfago e 59% para as neoplasias de boca e faringe, influenciando também a ocorrência de câncer de estômago, pâncreas e rins.



Analisando o impacto do tabagismo com relação ao gênero, observa-se a diferença entre os sexos. Os resultados para os homens indicam 35% das mortes e 33% dos eventos por doenças atribuíveis ao tabagismo enquanto, em mulheres, observam-se 19% e 24% respectivamente.

Outro aspecto que merece destaque está relacionado aos anos de vida perdidos e qualidade de vida (Avaq) ligados ao tabagismo. A expectativa de vida entre os homens fumantes é de 6,12 anos, sendo menor que entre os não fumantes. A redução da expectativa de vida entre os ex-fumantes é de 2,66 anos em termos de Avaq. Para as mulheres, a expectativa de vida é de 6,71 Avaq menor nas fumantes e 2,45 Avaq nas ex-fumantes em relação às não fumantes. De um modo geral, no Brasil, estima-se a perda de 3 milhões de anos de vida atribuíveis ao tabagismo a cada ano, resultando em 64% dos anos de vida perdidos para homens e 36% para mulheres.

Os custos da assistência médica associados ao tabagismo no Brasil totalizaram quase 40 bilhões de reais, o que equivale a 8,04% de todo o gasto em saúde, e os custos indiretos atingiram mais de 17 bilhões de reais, em razão da produtividade perdida por morte prematura e incapacidade. Esses resultados apontam para uma perda anual de 56,9 bilhões de reais, ou o equivalente a 0,96% do PIB nacional. Em contrapartida, a arrecadação fiscal pela venda de produtos de tabaco e derivados alcançou, em 2015, o valor aproximado a 13 bilhões de reais, um montante que cobre somente 33% dos custos diretos causados pelo tabagismo ao sistema de saúde e que representa apenas 23% do gasto total atribuível ao tabagismo.

Esses resultados indicam que a carga econômica atribuível ao tabagismo no Brasil é elevada e que os custos sociais geram perdas de aproximadamente 57 bilhões de reais ao ano. Ademais, os recursos para arcar com esses valores tão altos poderiam ser aplicados em políticas públicas de fortalecimento das ações para o controle do tabagismo e outros programas de promoção à saúde pública, que poderiam gerar benefícios para a sociedade brasileira.

Com o aumento do preço dos cigarros no Brasil, grandes benefícios poderiam ser obtidos para toda a população. Um aumento de apenas 50% poderia prevenir 136.482 mortes, 507.451 doenças cardíacas, 64.383 novos cânceres e eliminar 100.365 AVC em dez anos. Além disso, poderia gerar recursos de 97,9 bilhões de reais, valor derivado da economia nos gastos em saúde, das perdas de produtividade evitadas e do aumento da arrecadação fiscal<sup>53</sup>.

## O PESO DO TABAGISMO SOBRE AS POPULAÇÕES MAIS POBRES

### Mundo

O consumo do tabaco cria uma carga econômica considerável para as sociedades tanto pelos custos elevados de atenção à saúde quanto pela perda de produtividade no trabalho. Embora, o tabagismo venha diminuindo nos grupos populacionais de maior renda e escolaridade, tem-se concentrado na população de baixa renda. Para muitas dessas pessoas dependentes de nicotina, a sua força de trabalho e a sua saúde são a garantia de sustento seu e de sua família. Por isso, o tabagismo agrava as iniquidades de saúde e aumenta a pobreza, uma vez que tira das famílias recursos que poderiam ser melhor utilizados com alimentação, educação e outras necessidades essenciais, causando perda da renda e aumentando as injustiças sociais<sup>54</sup>.

Essas consequências afetam desproporcionalmente os países de média e baixa rendas, onde vivem mais de 80% dos fumantes do mundo, sendo 127 milhões em países da região das Américas (11,4%). Em razão do enorme custo para a saúde pública e para a economia dos países, a epidemia do tabagismo acaba por minar tanto o desenvolvimento social quanto o econômico.

### Brasil

No Brasil, o tabagismo impõe um ônus muito grande para a população de baixa renda e menor escolaridade. Segundo a PNS, realizada pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013<sup>41</sup>, a proporção de pessoas com 18 anos ou mais "usuárias atuais" de produtos derivados do tabaco foi bem mais elevada nos grupos "sem instrução e com nível fundamental incompleto" (20,2%) do que no grupo de nível "superior completo" (8,8%).

Dados de 2016 da pesquisa anual Vigitel<sup>44</sup>, realizada pelo Ministério da Saúde, também mostraram que a proporção de fumantes entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade (17,5% e 11,5%, respectivamente) foi duas vezes maior do que a observada entre indivíduos com 12 ou mais anos de estudo. Apesar disso, é importante ressaltar que

o percentual de adultos fumantes no Brasil vem apresentando uma queda expressiva nas últimas décadas em razão das inúmeras ações desenvolvidas pela PNCT. Os dados mostram que, em 1989, 34,8% da população acima de 18 anos era fumante, de acordo com a PNSN. Esse percentual diminuiu expressivamente em 2003, após a PMS, que revelou um percentual de 22,4%, e, em 2008, de acordo com a Petab, esse percentual era de 18,5%<sup>30</sup>.

Utilizando os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009, conduzida pelo IBGE, observou-se que a proporção da renda mensal usada para compra de produtos de tabaco foi bem maior nas famílias com menor renda (0,92%) do que nas famílias com maior renda (0,16%). Importante destacar que a proporção da renda mensal gasta com educação nas famílias de menor renda (0,91%) foi equivalente à renda gasta com produtos de tabaco (0,92%), demonstrando o quanto a dependência de nicotina reduz o acesso dessas famílias às oportunidades que podem melhorar a qualidade de vida e de trabalho<sup>55</sup>.

O impacto negativo do tabagismo na qualidade de vida e segurança alimentar das famílias também pode ser constatado comparando-se o que se gasta com tabaco ao custo de uma cesta básica. De acordo com os dados de pesquisas do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese)<sup>56</sup>, os mais elevados custos da cesta básica aferidos, em 2016, foram de 459,02 reais em Porto Alegre, 453,80 reais em Florianópolis, 443,75 reais no Rio de Janeiro e 438,89 reais em São Paulo. E os mais baixos foram 347,96 reais em Recife, 349,68 reais em Aracaju e 351,96 reais em Natal.

Tomando como base um fumante de um maço de cigarros por dia, ao custo médio de 7,00 reais por maço, seu gasto mensal com cigarros será de 210,00 reais. Se esse fumante morar em Porto Alegre, ao final de um mês, ele terá gasto 45% do valor de uma cesta básica com a compra de cigarros, enquanto o fumante que mora em Recife, ao final de um mês, terá gasto 60% do valor de uma cesta básica com a aquisição desse produto. E, se esse fumante for um trabalhador que ganha um salário mínimo<sup>57</sup> por mês, considerando o atual valor de 937,00 reais<sup>58</sup>, ao final de um mês, ele terá comprometido 22,41% do seu salário com a aquisição de cigarros.

Considerando o conceito de custo de oportunidade gerado pelo tabagismo, o usuário que consome um maço de cigarros por dia, gasta no final do mês 210,00 reais, totalizando

2.520,00 reais ao final de um ano. Com esse valor, o fumante poderia, por exemplo, investir na aquisição de dois aparelhos de celular de última geração. Ao fim de cinco anos, esse fumante teria queimado o equivalente a 12.600 reais, valor de uma motocicleta básica por exemplo, e ao fim de 12 anos, teria acumulado o equivalente a 30.240,00 reais, o que, nos dias de hoje, corresponderia ao valor de um carro zero quilômetro<sup>59</sup> (Figura 7).

### ALGUMAS DAS OPORTUNIDADES QUE O CIGARRO TIRA DE UM FUMANTE



**Figura 7** – Custo de oportunidade gerado pelo tabagismo  
Fonte: IG São Paulo, 2016<sup>59</sup>.

Após essa análise, não é difícil concluir o quanto o tabagismo pesa sobre a renda dos fumantes e suas famílias, assim como sobre os cofres públicos, particularmente sobre os sistemas de saúde. É necessário criar uma consciência pública sobre esses gastos para que se possam frear os danos econômicos causados pela indústria do tabaco e seus produtos a milhares de brasileiros e à economia nacional (Figura 8).



**Figura 8** – Condições sanitárias e socioambientais fruto do empobrecimento populacional  
Fonte: Banco de imagens da OMS<sup>60</sup>.

# PRODUÇÃO DE TABACO - DANOS SOCIOAMBIENTAIS E SANITÁRIOS

O Brasil é o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco do mundo, o que envolve uma complexa cadeia produtiva coordenada por grandes companhias transnacionais de tabaco. Frequentemente, representantes dessas empresas dão declarações enaltecendo essa produção como uma atividade geradora de emprego, arrecadação, desenvolvimento e qualidade de vida:

Engajadas com os princípios da sustentabilidade e com o desenvolvimento econômico e social de seus municípios e regiões, a indústria do tabaco atua de maneira integrada com os produtores, fortalecendo a tradição do tabaco brasileiro no mundo e garantindo renda e empregos para milhares de brasileiros (Presidente do Sindicato Interestadual da Indústria do Tabaco - Sinditabaco, 2014)<sup>61</sup>.

O tabaco continua sendo referência de qualidade de vida e de renda para a agricultura familiar e a qualidade do produto segue sendo reconhecida pelos importadores<sup>62</sup>.

Com afirmativas desse tipo, buscam apoio político para obter subsídios públicos ou incentivos fiscais para essa atividade, o que, sem dúvida, aumenta ainda mais os lucros dessas empresas<sup>63-72</sup>.

Contudo, além dos danos à saúde dos consumidores de produtos de tabaco e dos custos econômicos diretos, a cadeia produtiva do tabaco, ainda na fase da produção agrícola, gera importantes impactos socioambientais pouco reconhecidos pela população. Vulnerabilidades sociais e sanitárias na produção de tabaco vêm sendo denunciadas nacional e internacionalmente ao longo dos anos. Essas vulnerabilidades incluem violação dos direitos humanos<sup>73</sup> e riscos sanitários a que são submetidos os pequenos agricultores que produzem tabaco e suas famílias, além dos impactos ambientais nas terras dedicadas a essa atividade<sup>74-76</sup>.

O poder das grandes corporações de tabaco de explorar pequenos agricultores vem da concentração desse negócio nas mãos de poucas companhias transnacionais que minam

a capacidade dos pequenos agricultores de negociar melhores condições de trabalho e preço pelo quilo de tabaco que produzem. Isso é evidente na aquisição de numerosos monopólios estatais em toda a Ásia, África, América Latina e antiga União Soviética, facilitada por promessas de investimento estrangeiro e criação de emprego. No entanto, pesquisas do Banco Mundial indicam que a indústria do tabaco inflige um custo líquido para toda a sociedade quando todos os fatores sociais e ambientais forem completamente considerados. Isso se contrapõe ao argumento de que produzir tabaco faz bem (ASH, 2009)<sup>74</sup>.

## DESMATAMENTO

Antes de serem usadas para a fabricação de cigarros, as folhas de tabaco passam por um processo de secagem em estufas alimentadas à lenha, gerando desmatamento e perda da biodiversidade ambiental. Estima-se que 5% do desmatamento global resultem da produção de tabaco que, a cada ano, destrói aproximadamente 600 milhões de árvores para alimentar os fornos que secam as folhas de tabaco<sup>75-78</sup>.

## RISCOS PARA A SAÚDE DO AGRICULTOR PRODUTOR DE TABACO

Estudos apontam que os fumicultores e suas famílias são submetidos a graves riscos decorrentes da intoxicação aguda pela nicotina das folhas absorvida pela pele durante a colheita. Destaca-se também, a intoxicação, aguda e crônica, por agrotóxicos, usados em todo o ciclo da fumiicultura, muitos deles com efeitos neurotóxicos, com consequências graves, tais como neurites crônicas incapacitantes, depressão e suicídios<sup>79-83</sup>.

## TRABALHO INFANTIL

Outro aspecto social grave relacionado à produção de fumo é o trabalho infantil nas lavouras. Esse tipo de prática parece estar associado à pobreza das regiões produtoras de tabaco e à baixa remuneração que se obtém com essa atividade, que geralmente acontece de forma integrada com grandes empresas multinacionais, as quais buscam aumentar a rentabilidade do seu negócio por meio da exploração da mão de obra barata da agricultura familiar<sup>84,85</sup>.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) e seu Programa Internacional para Eliminação do Trabalho Infantil têm apresentado relatórios sobre essa situação, especialmente em países



pobres da África produtores de tabaco, como Malawi, Tanzânia, Uganda, entre outros, onde existe uma alta dependência econômica dessa atividade. O relatório da OIT, *Trabalho infantil tabaco e aids*, faz uma análise desse problema em países africanos e mostra ainda como, nos países afetados pela aids, a existência dos chamados "órfãos da aids", que precisam trabalhar na lavoura do fumo, agravou mais ainda esse problema<sup>86</sup>.



**Figura 9** – Tema de campanha do Tribunal Superior do Trabalho contra o trabalho infantil  
Fonte: Violes, [201-]<sup>87</sup>.

A Indonésia é o quinto maior produtor mundial de folhas de tabaco, com mais de 500 mil pequenas plantações no país. Embora, as leis nacionais proíbam que crianças realizem trabalhos nocivos e perigosos, milhares de crianças, algumas com até 8 anos, trabalham em condições de perigo, cultivando e colhendo tabaco que se transforma em produtos vendidos na Indonésia e fora do país. Companhias multinacionais e da Indonésia compram esse tabaco, mas nenhuma dessas corporações se assegura de que o tabaco que usam não foi produzido com o trabalho infantil. Cada maço de cigarros vendido na Indonésia, assim como em muitos países, contém advertências sanitárias que alertam que o produto pode ser nocivo à saúde. Esses maços, e todos os outros vendidos fora da Indonésia, deveriam incluir uma segunda advertência: "esse produto pode ter sido produzido com trabalho infantil"<sup>88</sup>.

No Brasil, desde 2008, o trabalho infantil no processo produtivo de fumo e no seu beneficiamento é considerado como uma das Piores Formas de Trabalho Infantil. O Ministério

Público continua a denunciar que, no país, o trabalho infantil impulsiona a produção de tabaco com 80 mil crianças empregadas na lavoura<sup>89-91</sup>.

Pressionadas pela legislação nacional sobre o tema, as empresas de tabaco apenas transferem a sua responsabilidade com essa prática para as famílias dos agricultores, segundo estudo sobre essa problemática realizado em um município produtor de tabaco do Rio Grande do Sul.

A ação coercitiva das empresas (de tabaco sobre as famílias produtoras de tabaco) consiste na assinatura de um Termo de Compromisso, que busca responsabilizar os pais pela frequência escolar de seus filhos, bem como a não utilização do trabalho com o fumo e, principalmente, com agrotóxicos. Caso os pais não observem tais compromissos, poderão ter punições tanto pela agroindústria fumageira, que não comprará o fumo, as agroindústrias fumageiras aparecem como protetoras das crianças e adolescentes, quando de fato elas transferem uma grande quantidade de trabalhos para o coletivo das famílias, em todas as etapas do processo produtivo, desde o plantio do fumo até a classificação das folhas. Em face do quantitativo do trabalho e dos compromissos assumidos com a agroindústria, as famílias dos agricultores familiares de Agudo, por vezes, recorrem à ajuda dos filhos, como forma de complementação da força familiar<sup>92</sup>.

Dessa forma, não é difícil perceber que o consumo e a produção de tabaco representam um obstáculo para o desenvolvimento, tanto para países em desenvolvimento (responsáveis por 80% do consumo de produtos de tabaco), quanto para países desenvolvidos, onde o tabagismo está concentrado nas populações mais pobres.



# INICIATIVAS GLOBAIS PARA DETER OS PREJUÍZOS CAUSADOS PELO TABACO

A resposta mundial contra o consumo do tabaco é a CQCT/OMS. A motivação para negociação desse tratado, iniciada no ano de 2000, partiu da constatação de que as dinâmicas de mercado articuladas globalmente por grandes transnacionais de tabaco eram responsáveis pela contínua expansão do tabagismo, principalmente entre jovens, 80% dos quais viviam em países em desenvolvimento. A pandemia do tabagismo gerava, anualmente, 4 milhões de mortes, 80% das quais aconteciam em países em desenvolvimento.

Assim, esse tratado entrou em vigor em fevereiro de 2005, tendo como principal objetivo “proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco”<sup>3</sup>.

Os países que negociaram a CQCT/OMS já reconheciam o consumo e a produção de tabaco como causa de empobrecimento das famílias e de prejuízo para as nações em função dos custos gerados pelas doenças tabaco-relacionadas:

Seriamente preocupadas com o aumento do consumo e da produção mundial de cigarros e outros produtos de tabaco, particularmente nos países em desenvolvimento, assim como o **ônus que se impõe às famílias, aos pobres e aos sistemas nacionais de saúde** (CQCT/OMS – preâmbulo)<sup>3</sup>.

Os 192 países negociadores da CQCT/OMS também reconheceram as práticas de interferência da indústria do tabaco sobre políticas para redução do tabagismo como algo a ser enfrentado em todo o mundo, considerando os achados em documentos internos de companhias de tabaco analisados pela OMS e apresentados no relatório *A Epidemia Global do Tabaco*, que levaram a diretora da OMS a declarar: “Todas as epidemias têm um meio de contágio, um vetor que dissemina doença e morte. Para a epidemia do tabagismo, o vetor não é um vírus, uma bactéria ou outro micro-organismo – ele é uma indústria e sua estratégia de negócio”<sup>93</sup>.

Por isso, no texto da CQCT/OMS, foi incorporado o art. 5.3, no qual os governos que ratificaram

a Convenção assumem a obrigação de adotar medidas para proteger a implementação desse tratado de interferências indevidas da indústria do tabaco.

As intervenções propostas pela CQCT/OMS no âmbito da redução do consumo incluem a **adoção de medidas para aumentar os impostos e preços dos produtos de tabaco**, a proibição da publicidade, da promoção e do patrocínio, a criação de locais de trabalho e espaços públicos livres de fumo (ambientes 100% livres de tabaco), a adoção de advertências sanitárias nas embalagens de produtos de tabaco alertando sobre os danos que causa à saúde e **o combate para eliminar o comércio ilícito de produtos de tabaco**. Essas intervenções são consideradas opções de políticas muito custo-efetivas assinaladas no plano de ação para a prevenção e controle das enfermidades não transmissíveis da OMS, que pretende reduzir em 30% a prevalência do consumo de tabaco até o ano de 2025<sup>94</sup>.

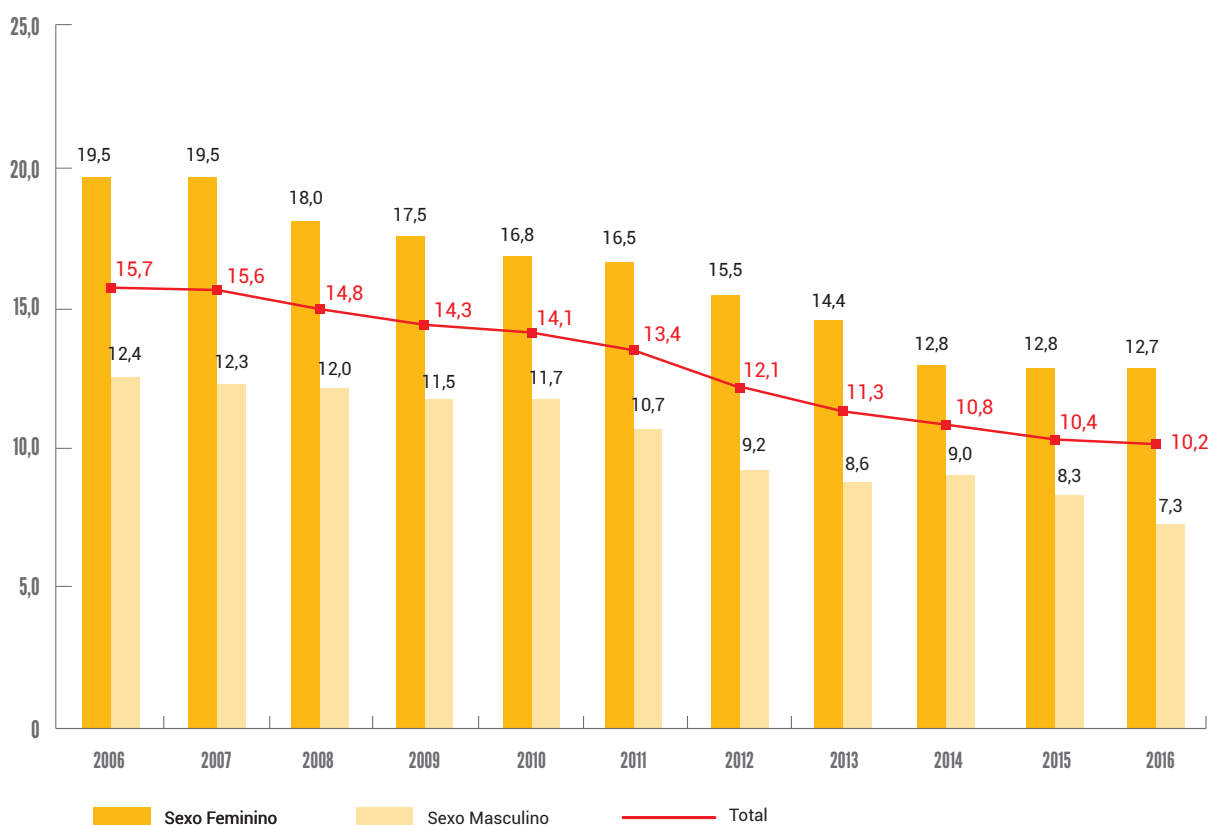
Atualmente, a CQCT/OMS conta com 181 Países-Partes (países que ratificaram a Convenção), incluindo o Brasil, que foi reconhecido internacionalmente pela sua liderança no controle do tabagismo e coordenou o processo de elaboração da CQCT/OMS durante os anos de 1999 e 2003. Em 27 de outubro de 2005, a adesão do Brasil à Convenção foi formalmente ratificada pelo Senado Federal e, a partir de então, a implementação de suas medidas passou a ser a PNCT, uma política de Estado de caráter multisetorial.

Reduzir a prevalência de fumantes nas populações de menor renda e escolaridade e entre jovens é um dos grandes desafios para os programas nacionais de controle do tabagismo em todo o mundo. No Brasil, graças ao alinhamento da política de impostos e preços sobre cigarros, observou-se, pela primeira vez, que a maior redução da prevalência de fumantes aconteceu nos grupos de menor escolaridade, em comparação com os grupos de maior escolaridade, de acordo com dados da pesquisa Vigitel, realizada entre 2006 e 2015<sup>95</sup>.

Além disso, foi o grupo de menor escolaridade que, em 2015<sup>95</sup>, apresentou a maior prevalência de ex-fumantes, demonstrando o impacto dessa medida na decisão de deixar de fumar nas populações economicamente mais vulneráveis. Entre adolescentes de 13 a 15 anos, a prevalência de experimentação de cigarros caiu de 24,2% em 2009 para 22,3% em 2012, de acordo com os dados da Pense<sup>96,97</sup>. Dados da pesquisa Vigitel, entre os anos de 2009<sup>98</sup> e 2012<sup>99</sup>, demonstraram o maior percentual de redução na prevalência de fumantes nos grupos

mais jovens (de 18 a 24 anos), em comparação com os grupos de faixa etária mais elevada, um indicador indireto de menor iniciação de adolescentes no tabagismo<sup>98,99</sup>.

Os dados do Vigitel em 2016<sup>44</sup> demonstraram que a frequência de adultos fumantes foi de 10,2%, sendo maior no sexo masculino (12,7%) do que no feminino (8,0%) (Figura 10). Demonstrou ainda que a frequência do hábito de fumar diminuiu com o aumento da escolaridade e foi particularmente alta entre homens e mulheres com até oito anos de estudo. Com relação aos adolescentes, a Pense 2015<sup>42</sup> revelou que a experimentação do cigarro foi de 18,4%, entre os escolares do 9º ano do Ensino Fundamental, sendo maior para os meninos (19,4%) do que para as meninas (17,4%). Sobre o uso de outros produtos de tabaco (cigarro de palha ou enrolados à mão, charuto, cachimbo, cigarrilha, cigarro indiano ou bali, narguilé, rapé e fumo de mascar), 6,1% dos escolares do 9º ano fizeram uso desses produtos nos últimos 30 dias anteriores à realização da pesquisa. O consumo foi maior nas Regiões Centro-Oeste (10,0%) e Sul (9,6%) e nos Estados de Mato Grosso do Sul (13,9%) e Paraná (13,8%).



**Figura 10** – Fumantes, variação temporal, entre 2006 e 2016  
 Fonte: Adaptada de Vigitel Brasil 2016<sup>44</sup>.

A prevenção da iniciação em jovens pode gerar resultados mais significativos, particularmente após a implementação de financiamentos adequados que permitam a execução periódica de campanhas educativas de abrangência nacional, ampliando a cobertura do tratamento para deixar de fumar, fortalecendo mecanismos para fiscalização do cumprimento das leis nacionais para controle do tabaco, combate do mercado ilegal de produtos de tabaco e promoção de alternativas economicamente viáveis para agricultores que produzem tabaco.

# INICIATIVAS NACIONAIS QUE BUSCAM COMPENSAR OS PREJUÍZOS PARA A SAÚDE PÚBLICA CAUSADOS PELA INDÚSTRIA DO TABACO E FORTALECER AS AÇÕES NACIONAIS PARA REDUÇÃO DO TABAGISMO

Nos arts. 5.2 e 26 da CQCT/OMS, os seus Países-Partes se comprometem a financiar a implementação de suas medidas:

Art. 5.2. Para esse fim, as Partes deverão, segundo as suas capacidades: (a) estabelecer ou reforçar e financiar mecanismo de coordenação nacional ou pontos focais para controle do tabaco.

Art. 26.2. Cada Parte prestará apoio financeiro para suas atividades nacionais voltadas a alcançar o objetivo da Convenção, em conformidade com os planos, prioridades e programas nacionais. 3. As Partes promoverão, quando aplicável, a utilização de canais bilaterais, regionais, sub-regionais e outros canais multilaterais para financiar a elaboração e o fortalecimento de programas multisetoriais integrais de controle do tabaco, das Partes que sejam países em desenvolvimento ou que tenham economias em transição. Devem ser abordados e apoiados, portanto, no contexto de estratégias nacionais de desenvolvimento sustentável, alternativas economicamente viáveis à produção do tabaco, inclusive culturas alternativas<sup>100</sup>.

Os arts. 6º e 19 da CQCT/OMS representam importantes mecanismos para captação de recursos para financiar medidas voltadas a dar sustentabilidade à PNCT e para compensar prejuízos causados pelo tabaco: "As Partes reconhecem que medidas relacionadas a preços e impostos são meios eficazes e importantes para que diversos segmentos da população, em particular os jovens, reduzam o consumo de tabaco" (art. 6º CQCT/OMS)<sup>3</sup>.

O art. 6º recomenda a adoção de medidas relacionadas a preços e impostos, que têm eficácia comprovada na redução do consumo. Além disso, em todos os países que adotaram essas medidas, houve um aumento líquido no valor dos impostos arrecadados. Portanto, além de ser uma medida de redução de consumo, é também uma importante fonte de receita<sup>101</sup>.

As diretrizes para a implementação do art. 6º destacam a importância de dedicar parte da receita advinda do aumento de impostos sobre produtos de tabaco para a implementação da CQCT/OMS:

Alguns Estados-Parte destinam a receita dos impostos sobre o tabaco para programas de controle do tabaco, enquanto outros não têm a mesma atitude.

Recomendação :

As Partes podem considerar, tendo em mente o art. 26.2 da CQCT/OMS, e de acordo com a legislação nacional, dedicar as receitas (dos impostos sobre produtos de tabaco) para os programas de controle do tabaco, como aqueles que abordam aumento da conscientização, promoção da saúde e prevenção de doenças, serviços de cessação do tabagismo, atividades alternativas economicamente viáveis e financiamento de estruturas adequadas para o controle do tabaco<sup>102</sup>.

Diversos países, como Botswana, Costa Rica, Egito, Islândia, Filipinas, Panamá, Polônia, Romênia, Tailândia e Vietnã, já vinculam parte das receitas advinda dos impostos sobre tabaco para ações de controle do tabaco<sup>103,104</sup>.

No Brasil, apesar de o aumento aplicado ao Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) dos cigarros a partir de 2011 ter gerado um aumento na arrecadação, que passou de 2,4 bilhões de reais em 2006 para um total de 56,9 bilhões em 2015<sup>105</sup>, esse montante arrecadado ainda foi quatro vezes menor do que o custo anual do tratamento de doenças tabaco-relacionadas, que, em 2011, foi da ordem de 23 bilhões de reais<sup>32</sup>. Não foi possível ainda vincular parte dessa receita para financiar as ações nacionais de controle do tabaco, nem o tratamento das doenças tabaco-relacionadas.

Diferentemente do IPI<sup>106</sup>, que não pode estar vinculado a uma ação específica, o ICMS<sup>107</sup>, aplicado em nível estadual, pode ser arrecadado para uma finalidade determinada. Logo, alguns Estados brasileiros direcionaram parte desses recursos para financiar as ações de saúde, como Maranhão e São Paulo, que destinam cerca de 3% a 5% do ICMS sobre cigarros ao combate ao câncer e a hospitais especializados no tratamento do câncer respectivamente<sup>108,109</sup>. Convém destacar que, apesar disso, nenhuma fração do montante do recolhimento do ICMS sobre cigarros desses Estados foi direcionada para ações de prevenção e controle do tabagismo.

O reconhecimento dos prejuízos que o consumo de produtos de tabaco causa para a economia no Brasil e a necessidade de se investir em ações para controle e prevenção do tabagismo, a partir de 2000, impulsionaram algumas iniciativas legislativas que buscam criar mecanismos legais que permitam obter recursos adicionais dos agentes econômicos responsáveis pelo mercado de tabaco, com vistas a cobrir esses custos. A maior parte desses projetos de lei propõe a criação de Contribuições de Intervenção no Domínio Econômico (Cide) que são uma alternativa para o recolhimento de tributos de natureza extrafiscal e de arrecadação. No entanto, nenhum foi aprovado até o momento (Tabela 1). Outros propõem a criação de um fundo para ressarcir o SUS a partir da tributação do setor fumo (Tabela 2).

As Cide são consideradas tributos de natureza extrafiscal e de arrecadação vinculada. No sistema tributário nacional, são classificadas como "contribuições especiais", ao lado das contribuições sociais (previdenciárias, Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público/Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social, Contribuição Social sobre o Lucro Líquido etc.) e das contribuições de categoria profissional (sindicais, Ordem dos Advogados do Brasil, Conselho Regional de Engenharia e Agronomia, Serviço Social da Indústria, Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial etc.). A Cide é não representativa em termos de arrecadação, sendo sua função regulatória. Representa um instrumento de fomento e concretização de princípios constitucionais, de regulação e fiscalização do Estado. No caso da Cide-tabaco, o seu objetivo deve ser compensar o forte impacto econômico e social causado pelo negócio de produtos de tabaco<sup>110</sup>.

Atualmente, no Brasil, há dois tipos de Cide: Cide-combustíveis e Cide-tecnologia, o que abre precedente para a criação da Cide-tabaco.

A Cide deve ter finalidade específica. A Cide-combustíveis foi criada pela Lei nº 10.336, de 19 de dezembro de 2001, e os seus recursos, destinados ao financiamento de projetos ambientais, reafirmando assim o princípio da defesa do meio ambiente, posto no art. 170, inciso VI, da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988<sup>110</sup>. Ela incide sobre a importação e a comercialização de gasolina, diesel e respectivas correntes, querosene de aviação e derivados, óleos combustíveis (*fuel-oil*), gás liquefeito de petróleo, inclusive o derivado de gás natural e de nafta, e álcool etílico combustível.

Essa contribuição incide sobre os produtos importados e sua comercialização e tem como fato gerador os combustíveis em geral. Os contribuintes são os produtores (refinaria), os formuladores (laboratórios de pesquisas) e os importadores (pessoa física ou jurídica) dos combustíveis elencados no art. 3º da Lei nº 10.336, de 2001.

Do total arrecadado, 71% vão para o orçamento da União, e os outros 29% são distribuídos entre os Estados e o Distrito Federal, em cotas proporcionais à extensão da malha viária, ao consumo de combustíveis e à população. Os recursos devem ser aplicados em:

- Programas ambientais para reduzir os efeitos da poluição causada pelo uso de combustíveis.
- Subsídios à compra de combustíveis.
- Infraestrutura de transportes.

A Cide-tecnologia foi criada pela Lei nº 10.168, de 29 de dezembro de 2000, é destinada a financiar o Programa de Estímulo à Interação Universidade-Empresa para o Apoio à Inovação, cujo objetivo principal é estimular o desenvolvimento tecnológico brasileiro, mediante programas de pesquisa científica e tecnológica cooperativa entre universidades, centros de pesquisa e setor produtivo.

A Cide-tecnologia deve ser paga pela pessoa jurídica detentora de licença de uso ou adquirente de conhecimentos tecnológicos, bem como por aquela signatária de contratos que impliquem transferência de tecnologia, firmados com residentes ou domiciliados no exterior. A alíquota da contribuição será de 10%. Do total dos recursos arrecadados, 30%, no mínimo, serão aplicados em programas de fomento à capacitação tecnológica, ao amparo à pesquisa científica e ao desenvolvimento tecnológico nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Assim, a possibilidade de instituição de uma Cide-tabaco representa uma oportunidade e um mecanismo para o governo brasileiro promover a utilização mais justa dos recursos obtidos pela exploração de uma atividade econômica que atribui ao Estado e à sociedade brasileira o ônus de arcar com os custos sociais e econômicos das doenças crônicas tabaco-relacionadas. São doenças que, apesar de altamente evitáveis, sobrecarregam o SUS e a Previdência Social.



Entre as propostas de criação da Cide-tabaco, o PLP da Câmara dos Deputados nº 4, de 2015<sup>11</sup>, sugere a Cide incidente sobre a fabricação ou a importação de tabaco e seus derivados para o custeio de ações de tratamento aos doentes, vítimas do tabagismo. No entanto, para que esse PLP ajude de fato a reverter o peso do consumo de produtos de tabaco no Brasil, é preciso que seja reajustado de tal forma que também beneficie a implementação da CQCT/OMS no Brasil. Isso porque, embora o Brasil tenha conseguido importantes conquistas com a redução da prevalência de fumantes, que, em 1989, era de quase 35% da população acima de 18 anos e, em 2015, chegou a 10,4%, muitos desafios ainda persistem, como os apontados a seguir.

## Iniciação de adolescentes no tabagismo

Segundo a Pense, 19% dos adolescentes entre 13 e 15 anos experimentaram cigarros em 2015. O maior percentual de experimentação foi observado na Região Sul (24,9%) e o menor na Região Nordeste (14,2%). Roraima (28,2%), seguido por Mato Grosso do Sul (27,0%), Rio Grande do Sul (26,4%), Acre (26,2%) e Paraná (25,5%) são os Estados que exibem os maiores percentuais<sup>30,42</sup>. Trata-se de uma situação ainda muito preocupante, pois, nessa faixa de idade, apenas uma tragada é suficiente para que a dependência de nicotina se instale no cérebro de adolescentes.

É preciso, portanto, investir em medidas que reduzam ainda mais o estímulo para o consumo e o acesso aos produtos, tais como total proibição da propaganda de produtos de tabaco, que ainda persiste por meio das cada vez mais atrativas embalagens desses produtos e seu posicionamento privilegiado nos pontos de venda, sempre ao lado de balas e chicletes, e proibição dos aditivos que dão sabores aos cigarros para tirar o gosto ruim do tabaco e facilitar a experimentação e o uso regular entre adolescentes. Outras ações necessárias são: aumentar mais ainda os preços dos cigarros do mercado legal e coibir o contrabando de cigarros que colocam, no mercado, cigarros ainda mais baratos do que os vendidos no mercado ilegal (ratificar e implementar o protocolo para eliminar o mercado ilegal de produtos de tabaco); fortalecer a rede de vigilância sanitária na fiscalização do cumprimento da legislação nacional sobre produtos de tabaco; e monitorar e alertar a população sobre os riscos dos novos produtos de tabaco lançados com publicidade de que não são nocivos, entre os quais se destacam o narguilé e o cigarro eletrônico.

Existe, no Brasil, uma tendência de aumento de consumo de narguilé entre jovens<sup>112</sup>, uma situação que demanda investimentos em campanhas educativas continuadas de abrangência nacional, alertando sobre os riscos desse produto, o que certamente demanda recursos financeiros.

## Promoção da cessação de fumar

Apesar da redução do tabagismo no Brasil, ainda existem mais de 15 milhões de fumantes que precisam ser estimulados e apoiados para que deixem de fumar, caso contrário, estarão cada vez mais em risco de compor as estatísticas nacionais de aposentadoria precoce por doenças crônicas incapacitantes e mortes prematuras tabaco-relacionadas.

O país tem investido na disponibilização de tratamento gratuito para deixar de fumar no SUS, porém é preciso ampliar essa cobertura, priorizando a população de menor renda e escolaridade e a rural, que concentram as maiores prevalências de fumantes. De igual modo, é preciso priorizar os Estados de fronteiras e os que integram a rota do contrabando de cigarros vindos do Paraguai, onde se observam as maiores prevalências de fumantes do país e a maior iniciação entre jovens<sup>113</sup>.

## Produção de tabaco

O Brasil é o segundo maior produtor de tabaco, uma atividade que envolve mais de 150 mil famílias de pequenos agricultores e quase 700 municípios, principalmente na Região Sul do Brasil. Muitas dessas famílias e desses municípios encontram-se em vulnerabilidade econômica, considerando que 85% da produção de tabaco é exportada, que o Brasil já vem reduzindo de forma significativa o consumo interno e que o mundo já dá os primeiros sinais de redução do consumo, conforme relatórios de implementação da CQCT/OMS apresentado nas sexta e sétima Conferência das Partes<sup>114</sup>. Nesse sentido, é fundamental investir no fortalecimento da cobertura do Programa Nacional de Diversificação em áreas Cultivadas com Tabaco, sob coordenação da Secretaria de Especial de Agricultura Familiar e do Desenvolvimento Agrário.

Dessa forma, é importante que a Cide-tabaco também preveja recursos para:

- Custeio de ações nacionais voltadas para a redução do consumo de produtos derivados do tabaco, que envolvam atividades educativas para: prevenção e proteção da população da exposição involuntária à fumaça do tabaco; tratamento da dependência relacionada ao uso desses produtos; sistema de vigilância da epidemia de tabagismo e suas consequências; ações de regulação dos produtos derivados do tabaco; fiscalização do cumprimento das normas nacionais de controle do tabaco; e pesquisas para subsidiar essas ações.
- Financiamento de projetos agrícolas de alternativas à fumicultura, mediante políticas que envolvam apoio técnico e social, sob a perspectiva da segurança alimentar.
- Financiamento de projetos ambientais destinados ao controle e à redução dos riscos ocupacionais e ambientais decorrentes das atividades na lavoura do fumo.
- Financiamento de ações que visem ao combate do mercado ilegal de cigarros e outros produtos de tabaco.
- Custeio da participação do país em programas internacionais de redução do consumo do tabaco e na cooperação com a Conferência das Partes na implementação do tratado.

A aprovação desse PLP é de suma importância, considerando o momento econômico vivido pelo país, o ônus altamente evitável que o tabagismo impõe à nação e o compromisso do Brasil com a *Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável*.

**Tabela 1** – Projetos de Lei criados com o objetivo de estabelecer mecanismos adicionais de financiamento vinculados para cobrir os custos com o tratamento de doenças tabaco-relacionadas e a implementação das ações para prevenção e redução do tabagismo no Brasil

Nº	AUTORIA	EMENTA
139/2000	Luci Choinacki	Institui contribuição de intervenção no domínio econômico, de responsabilidade da indústria tabagista, para o financiamento de ações de tratamento aos doentes, vítimas do fumo, cigarro e tabaco
465/2007	Sérgio Moraes	Cria o Fundo Nacional da Fumicultura para incentivar e estimular a diversificação de atividades econômicas nas áreas cultivadas com tabaco e institui a Cide-fumo incidente sobre a importação e produção, no mercado interno, de cigarros de fumo (tabaco) e seus sucedâneos e dá outras providências
1802/2003	Robson Tuma	Institui Cide incidente sobre a importação e a venda de cigarros e bebidas alcoólicas e dá outras providências
176/2007	Sérgio Zambiasi	Cria o Fundo Nacional de Proteção aos trabalhadores da Fumicultura, com a finalidade de proteger os trabalhadores do setor e estimular a diversificação de atividades econômicas nas áreas cultivadas com tabaco, institui a Cide incidente sobre a importação e comercialização de sucedâneos manufaturados do fumo (Cide-fumo) e dá outras providências
192/2007	Sandes Junior	Institui Cide destinada a financiar programas de prevenção e tratamento de doenças provocadas pelo uso de bebidas alcoólicas e de produtos derivados do tabaco

<b>5232/2005</b>	Amauri Gasques	<b>Dispõe sobre instituição de um fundo de apoio financeiro para pesquisas e para financiamento de empreendimentos econômicos de reconversão de atividade dos fumicultores e cria Cide sobre a comercialização de tabaco e seus produtos</b>
<b>4/2015</b>	Alessandro Molon	<b>Cria um novo imposto para produtos derivados do tabaco – Cide-tabaco</b>

Fonte: Secretaria-Executiva da Conicq. Levantamento extraído do site da Câmara dos Deputados<sup>116</sup>.

Outra forma de compensação para os prejuízos que o negócio tabaco causa para o Brasil tem se dado por meio de ações indenizatórias. Nesse contexto, destacam-se os exemplos dos Estados Unidos e do Canadá<sup>116</sup>.

A partir de 1994, vários Estados norte-americanos acionaram judicialmente a indústria, a fim de obter ressarcimento dos custos de saúde relativos ao uso do tabaco. Durante esse processo, documentos internos da indústria foram divulgados, desmascarando seus esforços em ocultar e dissimular os danos causados por seu produto. Por fim, tornou-se inquestionável, nesse país, o fato de que a indústria deve ser responsabilizada pelos danos e prejuízos que acarreta. Até 2013, as empresas pagaram cerca de 100 bilhões de dólares aos Estados, além de terem sido obrigadas a interromper a maior parte da publicidade de seus produtos, a financiar uma campanha publicitária negativa e a manter um site com todos os estudos relativos a tabagismo e saúde, entre outros<sup>116</sup>.

No Canadá, várias províncias estabeleceram legislação para o ressarcimento financeiro pela indústria. As duas maiores províncias canadenses, Ontário e Quebec, buscam 50 e 60 bilhões de dólares canadenses, respectivamente<sup>116</sup>. Isso destaca a importância da cooperação entre os países para a consolidação de regras processuais para facilitar litígios do Estado contra indústria do tabaco, a fim de compensar prejuízos que o negócio causa aos países onde opera.

Sob essa perspectiva, o art. 19 da CQCT/OMS incentiva os Países-Partes a se ajudarem mutuamente em questões relativas à legislação, jurisprudência e assistência jurídica, para a adoção de medidas que promovam as responsabilidades penal e civil da indústria do tabaco, incluindo pagamento de indenizações. "Para fins de controle do tabaco, as Partes considerarão a adoção de medidas legislativas ou a promoção de suas leis vigentes, para tratar da responsabilidade penal e civil, inclusive, conforme proceda da compensação" (art. 19, CQCT/OMS)<sup>3</sup>.

No Brasil, o reconhecimento dos prejuízos que o tabagismo causa para a nação levou vários parlamentares a formularem Projetos de Lei com proposta de ressarcimento do SUS ou criação de fundos para esse fim. Entretanto, nenhum foi aprovado até a data dessa publicação (Tabela 2).

**Tabela 2** – Projetos de Lei nacionais que propõe mecanismos para compensação dos prejuízos tabaco-relacionados

<b>Nº</b>	<b>AUTORIA</b>	<b>EMENTA</b>
<b>706/1998</b>	João Medeiros	Dispõe sobre o ressarcimento, ao SUS, das despesas originárias do tratamento de pacientes com patologias provocadas pelo tabagismo
<b>305/1999</b>	Luzia Toledo	Determina o ressarcimento ao Estado, pelas indústrias de fumo, dos custos do tratamento das doenças provenientes do tabagismo
<b>513/1999</b>	Cunha Bueno	Institui o ressarcimento obrigatório aos estabelecimentos públicos de saúde, pelas indústrias de cigarro e derivados do tabaco, das despesas com o tratamento de pacientes portadores de doenças provocadas ou agravadas pelo fumo e seus derivados
<b>708/1999</b>	Carlito Mess	Estabelece a obrigatoriedade de os fabricantes de cigarro ressarcirem ao Estado o valor despendido com o tratamento de doenças causadas pelo consumo de cigarro
<b>798/1999</b>	Silas Câmara	Estabelece a responsabilidade das indústrias do tabaco pelos gastos governamentais com tratamento de doenças oriundas do uso do fumo e seus derivados
<b>2132/1999</b>	Darcísio Perondi	Cria uma contribuição destinada a custear pesquisas e programas de saúde ligados à prevenção e ao tratamento das doenças decorrentes do consumo de cigarros, charutos, cigarrilhas e de bebidas alcoólicas
<b>148/2000</b>	Moacir Piovesan	Institui Cide, de responsabilidade das empresas fabricantes ou importadoras de produtos fumígenos, para o financiamento do programa de tratamento e prevenção do tabagismo
<b>161/2000</b>	Raimundo Gomes de Matos	Cria o Fundo de Reparação Civil
<b>3129/2000</b>	Dr. Hélio	Institui o ressarcimento obrigatório aos estabelecimentos públicos de saúde e investimento em prevenção e recuperação de dependentes de drogas e afins, pelas indústrias de cigarros
<b>3481/2000</b>	Geraldo Simões	Obriga as indústrias de cigarro e de derivados de tabaco a custear a recuperação dos dependentes de fumo
<b>2149/2003</b>	Coronel Alves	Determina que as indústrias de cigarros compensem os entes públicos pelos custos despendidos com os atendimentos médicos no SUS, prestados aos portadores de doenças associadas ao tabagismo
<b>3564/2004</b>	Bernardo Ariston	Determina que as empresas fabricantes de cigarros compensem o SUS pelas despesas com o tratamento de doenças associadas ao tabagismo
<b>4675/2004</b>	Walter Feldman	Destina o valor arrecadado por meio do IPI incidente sobre o cigarro e derivados para o tratamento e a prevenção de doenças provocadas pelo uso desses produtos
<b>5554/2005</b>	Capitão Wayne	Determina que as indústrias de cigarros compensem os entes públicos pelos custos despendidos com os atendimentos médicos no SUS, prestados aos portadores de doenças associadas ao tabagismo

<b>54/2007</b>	Neilton Mulim	<b>Determina que as indústrias de cigarros compensem os entes públicos pelos custos despendidos com os atendimentos médicos no SUS, prestados aos portadores de doenças associadas ao tabagismo</b>
<b>Senado nº 737, de 2007</b>	Romeu Tuma	<b>Dispõe sobre a utilização de parte dos recursos arrecadados pela União, oriunda das indústrias que exploram o fumo e as bebidas alcoólicas, para utilização no custeio do tratamento das doenças provenientes desses, no âmbito do SUS</b>

Fonte: Secretaria-Executiva da Conicq. Levantamento extraído do site da Câmara dos Deputados<sup>115</sup>.

Diante desse cenário, será de fundamental importância que o Brasil busque iniciativas nacionais capazes de compensar os prejuízos aos cofres públicos causados pela produção e o consumo do tabaco e destinar parte da verba arrecadada para o controle e a prevenção do tabagismo como forma de alinhamento às políticas e diretrizes da CQCT/OMS e à *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*.

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, pode-se afirmar que uma cadeia produtiva como a do tabaco, que tem como produto final doenças, muito sofrimento e mortes, não pode ser considerada uma atividade que contribua para o desenvolvimento sustentável. Ao contrário, é uma ameaça para o desenvolvimento sob várias perspectivas.

Primeiro, por se tratar de um negócio cuja prática de mercado é baseada em atividades enganosas para o consumidor. Valendo-se da ingenuidade de adolescentes, principalmente, tem conseguido levá-los ao caminho da dependência e das estatísticas de doenças e mortes, motivo pelo qual o tabagismo é considerado uma doença pediátrica.

Segundo, por se tratar de um negócio que explora a vulnerabilidade econômica e social de pequenos agricultores para se beneficiar da mão de obra barata sua e de sua família, além de se beneficiar das suas terras, gerando agravos ocupacionais e ambientais inquestionáveis e já amplamente documentados.

Terceiro, porque se trata de um negócio que só beneficia poucas empresas transnacionais e deixa um rastro de prejuízos econômicos, como os constatados em estudos realizados no Brasil e em vários países.

Apesar das grandes conquistas no controle do tabagismo nos últimos anos, o Brasil ainda enfrenta grandes desafios, pois o nível de experimentação de cigarros entre adolescentes é preocupante. As estratégias de mercado utilizadas pela indústria do tabaco têm incentivado o consumo de novos produtos, como o narguilé e o cigarro eletrônico, nessa faixa etária.

Observa-se que o tabagismo está se concentrando cada vez mais na população de menor renda e escolaridade, contribuindo para aumentar as iniquidades sociais. O mercado ilegal de produtos de tabaco, principalmente o contrabando, tem minado os esforços das medidas de aumento de impostos e preços sobre os cigarros ao colocar no mercado produtos com preços muito baixos e facilmente acessíveis aos adolescentes. Fumantes de menor renda e escolaridade, possivelmente os que têm menos acesso às estratégias de promoção e

tratamento para a cessação do tabagismo, parecem estar migrando para os cigarros mais baratos do mercado ilegal no lugar de deixar de fumar em razão do aumento dos preços dos cigarros do mercado legal.

Além disso, a indústria do tabaco tem trabalhado de forma intensiva, seja via *lobby* seja via ações judiciais para impedir, retardar ou reverter a implementação de medidas efetivas para redução do tabagismo. Proteger a política e suas conquistas dessa interferência continua sendo um dos grandes desafios, inclusive reconhecido na declaração política emanada da reunião de chefes de Estado na ONU, em 2011, para tratar de ações globais que visam a deter o crescimento das DCNT.

Na *Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável das Nações Unidas*, o controle da epidemia do tabagismo enquanto meta dos objetivos globais de saúde ajudará a alcançar os demais objetivos globais porque, além de salvar vidas e reduzir as desigualdades na saúde, as ações ajudam a conter os impactos ambientais adversos oriundos do cultivo, da fabricação, do comércio e do consumo do tabaco, como as mudanças climáticas, conforme abordado nesta publicação.

A redução do tabagismo, especialmente nas populações de menor renda e escolaridade, pode quebrar o ciclo da pobreza e contribuir para acabar com a fome, promovendo a agricultura sustentável e o crescimento econômico, particularmente quando os países desenvolvem políticas tributárias que aumentam os impostos sobre os produtos de tabaco



**Figura 11** – Peça publicitária *O cigarro mata* do Dia Mundial Sem Tabaco  
Fonte: INCA, 2017<sup>4</sup>.



que podem ser utilizados para financiar os gastos com a saúde pública e outros programas de desenvolvimento.

Os esforços para o controle do tabagismo devem ser intensificados também pelas pessoas que podem contribuir individual ou coletivamente para construir um mundo sustentável, livre de tabaco. Os fumantes devem procurar ajuda para conseguir êxito na cessação, o que irá proteger a sua saúde, bem como a saúde das pessoas expostas ao fumo passivo, incluindo crianças e outros membros da família. A renda utilizada com a compra de produtos de tabaco pode ser investida em bens essenciais, como alimentos saudáveis, saúde e educação.

Esse cenário aponta o quanto é fundamental que se invista no fortalecimento da PNCT, que tem como mapa a implementação da CQCT/OMS no Brasil. Também aponta para a sua importância como parte da Agenda Nacional para o Desenvolvimento Sustentável, o que deveria ser formalmente incluído. E, sob essa perspectiva, dá visibilidade para a necessidade de se buscarem mecanismos para fortalecer a rede de parcerias que dá sustentação à governança dessa política de Estado, de interesse de toda a sociedade brasileira. Essa, em última análise, arca com todo o prejuízo que o negócio tabaco gera para o Brasil (Anexo).

E um importante passo nessa direção poderá ser dado com a aprovação de Projetos de Leis que, além de garantir o justo ressarcimento aos cofres públicos dos prejuízos causados pela indústria do tabaco com o tratamento de doenças tabaco-relacionadas, também garantam recursos para a implementação de ações efetivas para prevenção e controle do tabagismo.



# REFERÊNCIAS

- 1 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Manual: dia mundial sem tabaco – 31 de maio. Rio de Janeiro, 2017.
- 2 BRASIL. Decreto nº 8.892, de 27 de outubro de 2016. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 out. 2016. Secção 1, p. 1.
- 3 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Rio de Janeiro, [2011]. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/5a3abd004eb68a22a09bb2f11fae00ee/Conven%C3%A7%C3%A3o-Quadro+para+o+Controle+do+Tabaco+em+portugu%C3%AAs.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=5a3abd004eb68a22a09bb2f11fae00ee>>. Acesso em: 7 ago. 2017.
- 4 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. O cigarro mata: 31 de maio, Dia Internacional Sem Tabaco. Rio de Janeiro, 2017.
- 5 WORLD HEALTH ORGANIZATION. World no tobacco day, 31 May 2017. Geneva, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2017/en/>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 6 WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHA31.56 health hazards of smoking - The Thirty-first World Health Assembly. Geneva, 1978. Disponível em: <[http://www.who.int/tobacco/framework/wha\\_eb/wha31\\_56/en/](http://www.who.int/tobacco/framework/wha_eb/wha31_56/en/)>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 7 WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHA39.14 Tobacco or health - The Thirty-ninth World Health Assembly. Geneva, 1986. Disponível em: <[http://www.who.int/tobacco/framework/wha\\_eb/wha39\\_14/en/](http://www.who.int/tobacco/framework/wha_eb/wha39_14/en/)>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 8 WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHA52.18 Towards a WHO framework convention on tobacco control - The Fifty-second World Health Assembly. Geneva, 1999. Disponível em: <[http://www.who.int/tobacco/framework/wha\\_eb/wha52\\_18/en/](http://www.who.int/tobacco/framework/wha_eb/wha52_18/en/)>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 9 WORLD BANK. Operational Policies: tobacco. Washington, D.C., 1999. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/INTETC/Resources/375990-1113921158191/OP476.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 10 WORLD BANK. World Bank Curbing the Epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington, D.C., 1999.
- 11 JHA, P.; BEYER, J.; HELLER, P. S. Death and taxes: economics of tobacco control. Finance and Development, Washington, D.C., v. 36, n. 5, 1999. Disponível em: <<http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/1999/12/jha.htm>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 12 PATRICK, P.; JANOS, N. How to design and enforce tobacco excises? Washington, D.C.: International Monetary Fund, 2016.
- 13 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tobacco free initiative (TFI): ECOSOC 2006 Substantive Session. Geneva, 2006. Disponível em: <[http://www.who.int/tobacco/communications/events/ecosoc\\_2006/en/](http://www.who.int/tobacco/communications/events/ecosoc_2006/en/)>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 14 BRUNTLAND, G. H. WHO: Tobacco industry is spreading systematic death. The Item, Bangkok, 31 May 2000. Business, p. 6B. Disponível em: <<https://news.google.com/newspapers?nid=1980&dat=20000531&id=VYAIAAAAIBAJ&sjid=f6oFAAAAIBAJ&pg=2774,4946828&hl=pt-BR>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 15 AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Policy Statement - Tobacco Use: A Pediatric Disease. Pediatrics, Elk Grove Village, v. 124, n. 5, p. 1474-1487, 2009.

- 16 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Causalidade: tabaco. Rio de Janeiro, [20--]. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/causalidade\\_tabagismo.pdf](http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/causalidade_tabagismo.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 17 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, 2011.
- 18 FRAMEWORK CONVENTION ALLIANCE. NCDs, tobacco control and the FCTC. Geneva, [20--]. Disponível em: <<http://www.fctc.org/media-and-publications/fact-sheets/665-ncds-tobacco-control-and-the-fctc>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 19 BLOOM, D. E. et al. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Geneva: World Economic Forum, 2011. Disponível em: <[http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Harvard\\_HE\\_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases\\_2011.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 20 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 21 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Aumento de impostos sobre produtos de tabaco: apresentação e orientações técnicas. Rio de Janeiro, 2014.
- 22 WORLD HEALTH ORGANIZATION. United Nations high-level meeting on noncommunicable disease prevention and control. New York, 2011. Disponível em: <[http://www.who.int/nmh/events/un\\_ncd\\_summit2011/en/](http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/en/)>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 23 UNITED NATION. General Assembly Sixty-sixth session. 4th plenary meeting, 19 September 2011. New York, 2001. Disponível em: <[http://www.who.int/nmh/events/un\\_ncd\\_summit2011/4th\\_plenary\\_meeting.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/4th_plenary_meeting.pdf?ua=1)>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 24 FRAMEWORK CONVENTION ALLIANCE. How to take 'FCTC implementation' from the sustainable development goals (SDGs) and translate it into action in-country. Geneva, 2015. Disponível em: <[http://www.fctc.org/images/stories/SDGs\\_ToolkitFINAL.pdf](http://www.fctc.org/images/stories/SDGs_ToolkitFINAL.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 25 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Centro colaborador da OPAS/OMS sobre o controle do tabaco. Rio de Janeiro, [2016]. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/internacional/centro\\_colaborador\\_oms\\_tabagismo/](http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/internacional/centro_colaborador_oms_tabagismo/)>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 26 BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 27 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tobacco fact sheet: updated june 2016. Geneva, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 28 NATIONAL CANCER INSTITUTE (USA). The Economics of Tobacco and Tobacco Control. Bethesda, 2016. (NCI Tobacco control monograph series, 21). Disponível em: <[https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/docs/m21\\_exec\\_sum.pdf](https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/docs/m21_exec_sum.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 29 GBD 2015 TOBACCO COLLABORATORS. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet, London, v. 389, n. 10082, p. 1885-1906, 2017.
- 30 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco: prevalência de tabagismo. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/home/dados\\_numeros/prevalencia-de-tabagismo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia-de-tabagismo)>. Acesso em: 23 jul. 2017.

- 31 MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014.
- 32 PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, 2015.
- 33 BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis*. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 34 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 35 ERIKSEN, M. et al. *The Tobacco Atlas*. 5. ed. Atlanta: American Cancer Society, 2015.
- 36 U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Reports of the Surgeon General, U.S. Public Health Service*. Washington, D. C., [2016]. Disponível em: <<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/factsheets/factsheet6.html>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 37 O ESTADO DE SÃO PAULO. *Mais de 600 mil pessoas morrem por ano em decorrência do fumo passivo*. O Estado de São Paulo, São Paulo, 25 nov. 2010. Disponível em: <<http://actbr.org.br/comunicacao/noticias-conteudo.asp?cod=1786>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 38 U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general*. Atlanta, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44324/>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 39 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Tabagismo Passivo: a importância de ambientes 100% livres da fumaça de tabaco*. Rio de Janeiro, 2017.
- 40 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009*. Rio de Janeiro, 2011.
- 41 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013*. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 42 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Saúde Escolar: 2015*. Rio de Janeiro, 2015.
- 43 BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF, 2015.
- 44 BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF, 2017.
- 45 SLAUGHTER, E. et al. Toxicity of cigarette butts, and their chemical components, to marine and freshwater fish. *Tobacco Control*, Londres, v. 20, p. i25-i29. Supplement 1.
- 46 MENDONÇA, J. E. *Mar de guimbas de cigarro*. Projeto Colabora, 13 jun. 2016. Disponível em: <<http://projecolabora.com.br/lixo/no-mar-5-trilhoes-de-bitucas-de-cigarros/>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 47 SHAFETY, O.; ERIKSEN, M.; MACKAY, J. *The tobacco atlas*. 3. ed. Atlanta: American Cancer Society, 2009.
- 48 LIGHTWOOD, J. et al. Estimating the costs of tobacco use. In: JHA, P.; CHALOUKKA, F. (Ed). *Tobacco control in developing countries*. Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 63-69.

- 49 US CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Smoking and tobacco use: fast facts. Washington, D.C., [2017]. Disponível em: <[https://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/fast\\_facts](https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/fast_facts)>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 50 PICHON-RIVIERE, A. et al. Impacto económico del tabaquismo em los sistemas de salud de America Latina: um estúdio em siete países y su extrapolación a nível regional. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, D.C., v. 40, n. 4, p. 213-221, 2016.
- 51 PINTO, M.; UGÁ, M. A. D. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1234-1245, 2010.
- 52 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Rio + 20: saúde e tabagismo. Rio de Janeiro, 2012. (Notas Técnicas para Controle do Tabagismo).
- 53 PINTO, M. Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos. Buenos Aires: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2017. (Documento técnico IECS, 21).
- 54 INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Dia Mundial Sem Tabaco 31 de Maio 2004. Tabaco e Pobreza: um círculo vicioso. Rio de Janeiro, 2004.
- 55 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro, 2010.
- 56 CRUZ, F. Custo da cesta básica cresce em todas as capitais em 2016. Agência Brasil, Brasília, DF, 04 jan. 2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2017-01/custo-da-cesta-basica-cresce-em-todas-capitais-em-2016>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 57 G1. Salário mínimo em 2017: veja o valor. G1, Rio de Janeiro, 02 jan. 2017. Disponível em: <<http://g1.globo.com/economia/noticia/salario-minimo-em-2017-veja-o-valor.ghtml>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 58 PORTAL BRASIL. Salário Mínimo. Portal Brasil, 2017. Disponível em: <<http://www.portalbrasil.net/salariominimo.htm>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 59 IG SÃO PAULO. Saiba quais são os carros mais baratos do Brasil, abaixo de R\$ 40 mil. IG São Paulo, São Paulo, 07 dez. 2016. Disponível em: <<http://carros.ig.com.br/2016-12-07/carros-mais-baratos.html>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 60 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Água e saneamento. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?view=detail&id=69&option=com\\_joomgallery&Itemid=612#joomimgj/URL](http://www.paho.org/bra/index.php?view=detail&id=69&option=com_joomgallery&Itemid=612#joomimgj/URL)>. Acesso em: 21 ago. 2017.
- 61 OBSERVATÓRIO DO MUNDO DO TABACO. Indústria do tabaco Inovação e compromisso com a produção sustentável. [S.l.: s.n.], 2014. Disponível em: <<http://observatoriodotabaco.com.br/noticias/industria-do-tabaco-inovao-e-compromisso-com-a-produo-sustentvel->>. Acesso em: 7 ago. 2017.
- 62 AMANHÃ. Tabaco movimentava economia de quase metade das cidades do Sul. Amanhã, Porto Alegre, 25 jan. 2017. Disponível em: <<http://www.amanha.com.br/posts/view/3464>>. Acesso em: 29 ago. 2017.
- 63 MONTEIRO, G. Incentivo à indústria tabagista no RS é alvo de críticas Decisão de manter renúncia fiscal favorável a gigante do setor é criticada por sindicalistas e especialistas de saúde. Jornal Brasil Atual, São Paulo, 09 jun. 2009. Disponível em: <<http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2009/06/incentivo-a-industria-tabagista-no-rs-e-alvo-de-criticas>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 64 BUENO, S. Valor Econômico: Governo gaúcho concede incentivo à Souza Cruz. Uol Economia. São Paulo, 14 abr. 2005. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/economia/ultnot/valor/2004/04/14/ult1913u5966.jhtm>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

- 65 FREITAS, C. Philip Morris inaugura indústria de cigarros. *Jornal do Comércio*, Porto Alegre, 08 abr. 2013. Disponível em: <<http://jcrs.uol.com.br/site/noticia.php?codn=120922>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 66 GAZOLLA, M.; SCHNEIDER, S. Qual "fortalecimento" da agricultura familiar? Uma análise do Pronaf crédito de custeio e investimento no Rio Grande do Sul. *Revista de Ecologia e Sociologia Rural*, Brasília, v. 51, n. 1, 2013.
- 67 CARDOSO, A. P. Novo polo de beneficiamento de fumo começa consolidação no Sul de Santa Catarina. *Diário Catarinense*, Santa Catarina, 31 mar. 2013. Disponível em: <<http://dc.clicrbs.com.br/sc/noticia/2011/03/novo-polo-de-beneficiamento-de-fumo-comeca-consolidacao-no-sul-de-santa-catarina-3258402.html>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 68 PERONDI, M. G. et al. Metodologia de avaliação das políticas de diversificação em áreas cultivadas com tabaco. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E SOCIOLOGIA RURAL, 46., Rio Branco. Anais... Rio Branco: Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural, 2008. p. 1-21. Disponível em: <<http://ageconsearch.umn.edu/record/113985/files/780.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 69 SINDITABACO. COP7 e Pronaf pautam encontros em Brasília. SINDITABACO, Santa Cruz do Sul, 23 jun. 2016. Disponível em: <<http://sinditabaco.com.br/cop7-e-pronaf-pautam-encontros-em-brasilia/>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 70 FORMENTI, L. BNDES emprestou R\$ 336 milhões à agroindústria do fumo em 5 anos. *Estadão*, São Paulo, 8 set. 2012. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,bndes-emprestou-r-336-milhoes-a-agroindustria-do-fumo-em-5-anos,927835>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 71 LIMA, L. H. BNDES financia o câncer dos brasileiros? *SóNotícias*, [Sinop], 19 jul. 2015. Disponível em: <<http://www.sonoticias.com.br/opiniao-do-leitor/bndes-financia-o-cancer-dos-brasileiros>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 72 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco: produção de fumo em folha no Brasil. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/home/dados\\_numeros/producao\\_fumo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/producao_fumo)>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 73 WROBLESKI, S. Fiscais flagram trabalho escravo na produção de tabaco em Santa Catarina. *Repórter Brasil*, São Paulo, 23 dez. 2014. Disponível em: <<http://reporterbrasil.org.br/2014/12/fiscais-flagram-trabalho-escravo-na-producao-de-tabaco-em-santa-catarina/>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 74 ACTION ON SMOKE AND HEALTH. Tobacco and the developing world. London, 2009. Disponível em: <<http://www.fastforward.org.uk/assets/downloads/ASH%20Scotland%20-%20Tobacco%20and%20the%20Developing%20World.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 75 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Policy options and recommendations on economically sustainable alternatives to tobacco growing (In relation to articles 17 and 18 of the WHO FCTC). Geneva, [2014]. Disponível em: <[http://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/Policy\\_options\\_recommmendations\\_Articles17\\_18\\_COP6.pdf](http://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/Policy_options_recommmendations_Articles17_18_COP6.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 76 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tobacco free initiative (TFI): Environmental issues. Geneva, [2000]. Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/research/economics/rationale/environment/en>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 77 ERIKSEN, M. et al. Environment. In: \_\_\_\_\_. Tobacco atlas. 5. ed. Atlanta: American Cancer Society, 2015. Cap. 5, p. 23. Disponível em: <<http://www.tobaccoatlas.org/topic/environmental-harm/>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 78 LECOURS, N. et al. Environmental health impacts of tobacco farming: a review of the literature. *Tobacco Control*, London, v. 21, n. 2, p. 191-196, 2012.
- 79 OLIVEIRA, P. P. V. et al. First reported outbreak of green tobacco sickness in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2263-2269, 2010.



- 80 RIQUINHO, D. L.; HENNIGTON, E. A. Cultivo do tabaco no sul do Brasil: doença da folha verde e outros agravos à saúde. *Ciência e Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, 2014.
- 81 FASSA, A. G. et al. Green tobacco sickness among tobacco farmers in southern Brazil. *American Journal of Industrial Medicine*, New York, v. 57, n. 6, p. 726-735, 2014.
- 82 FASSA, A. G. et al. Occupational exposure to pesticides, nicotine and minor psychiatric disorders among tobacco farmers in southern Brazil. *Neurotoxicology*, Amsterdam, v. 45, p. 347-354, 2014.
- 83 KRAWCZYK, N. et al. Suicide mortality among agricultural workers in a region with intensive tobacco farming and use of pesticides in Brazil. *Journal of occupational and environmental medicine*, Baltimore, v. 56, n. 9, p. 993-1000, 2014.
- 84 PALITZA, K. Child labour: the tobacco industry smoking gun. *The Guardian*, London, 14 Sept. 2011. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/global-development/2011/sep/14/malawi-child-labour-tobacco-industry>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 85 THE JAKARTA POST. Tobacco industry benefitting from child labor: Human Rights Watch. *The Jakarta Post*, Jakarta, 25 May 2016. Disponível em: <<http://www.thejakartapost.com/news/2016/05/25/tobacco-industry-benefitting-from-child-labor-human-rights-watch.html>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 86 INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. *Child labour, tobacco and AIDS*. Geneva: 2006.
- 87 VIOLES. "Você não vê mas ele existe" É tema de campanha contra o trabalho infantil. *Violes*, Brasília, DF, [201-]. Disponível em: <<http://grupovioles.blogspot.com.br/2016/01/voce-nao-ve-mas-existe-e-tema-de.html>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 88 FACING FINANCE. *Dirty profits 5: report on companies and financial institutions benefiting from human rights violations and environmental destruction*. [Hamburg], 2017. Disponível em: <[http://www.facing-finance.org/files/2017/02/DIRTY\\_PROFITS\\_5\\_WEB\\_korrigiert.pdf](http://www.facing-finance.org/files/2017/02/DIRTY_PROFITS_5_WEB_korrigiert.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 89 NOVA CENTRAL SINDICAL DOS TRABALHADORES DO ESTADO DO PARANÁ. Trabalho nas lavouras de fumo preocupa. *NCST Paraná*, Curitiba, [20--]. Disponível em: <[http://www.ncstpr.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=239:trabalho-infantil-nas-lavouras-de-fumo-preocupa-&catid=33:saiu-na-imprensa](http://www.ncstpr.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=239:trabalho-infantil-nas-lavouras-de-fumo-preocupa-&catid=33:saiu-na-imprensa)>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 90 BRASIL. Decreto nº 6.481, de 12 de junho de 2008. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jun. 2008. Seção 1, p.1.
- 91 MILHORANCE, F. Plantação de tabaco emprega crianças e desmata, diz MP. *Ibama* constatou que 20 hectares de Mata Atlântica foram devastados perto de lavoura de fumo. *O Globo*, Rio de Janeiro, 03 ago. 2014. Saúde. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/plantacao-de-tabaco-emprega-criancas-desmata-diz-mp-13473813>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 92 MARIN J. O. B. et al. O problema do trabalho infantil na agricultura familiar: o caso da produção de tabaco em Agudo. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, Brasília, DF, v. 50, n. 4, 2012.
- 93 WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf)>. Acesso em: 22 ago. 2017.
- 94 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS (CQCT) faz 10 anos salvando vidas. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4779%3Aconvencao-quadro-para-o-controle-do-tabaco-da-oms-cqct-oms-faz-10-anos-salvando-vidas&catid=845%3Anoticias&Itemid=839](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4779%3Aconvencao-quadro-para-o-controle-do-tabaco-da-oms-cqct-oms-faz-10-anos-salvando-vidas&catid=845%3Anoticias&Itemid=839)>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- 95 BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF, 2016.



- 96 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde Escolar 2009. Rio de Janeiro, 2009.
- 97 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde Escolar 2012. Rio de Janeiro, 2013.
- 98 BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2009.
- 99 BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2012.
- 100 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco: textos oficiais. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/home/convencao\\_quadro/documentos\\_publicacoes](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/convencao_quadro/documentos_publicacoes)>. Acesso em: 24 jul. 2017.
- 101 WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Technical Manual on Tobacco tax administration. Geneva, 2010. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563994\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563994_eng.pdf)>. Acesso em: 24 jul. 2017.
- 102 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Diretrizes para implementação do artigo 6º da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco: medidas financeiras e fiscais para reduzir a demanda por tabaco. Rio de Janeiro, 2016.
- 103 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Earmarked tobacco taxes: lessons learnt from nine countries. Geneva, 2016. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206007/1/9789241510424\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206007/1/9789241510424_eng.pdf)>. Acesso em: 24 jul. 2017.
- 104 LA NACIÓN. Impuesto a cigarrillos financia multimillonaria lucha contra fumado. La Nación, Buenos Aires, 29 sept. 2014. Disponível em: <[http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Impuesto-cigarrillos-financia-multimillonaria-fumado\\_0\\_1442055806.html](http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Impuesto-cigarrillos-financia-multimillonaria-fumado_0_1442055806.html)>. Acesso em: 24 jul. 2017.
- 105 BRASIL. Ministério da Fazenda. Cigarros: arrecadação de tributos federais. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://idg.receita.fazenda.gov.br/orientacao/tributaria/regimes-e-controles-especiais/cigarros-arrecadacao-tributos-fede-rais>>. Acesso em: 24 jul. 2017.
- 106 PORTAL TRIBUTÁRIO. IPI: imposto sobre produtos industrializados. [2010]. Disponível em: <<http://www.portaltributario.com.br/tributos/ipi.html>>. Acesso em: 24 jul. 2017.
- 107 PORTAL TRIBUTÁRIO. ICMS: imposto sobre circulação de mercadorias e prestação de serviços. [200-]. Disponível em: <<http://www.portaltributario.com.br/tributos/icms.html>>. Acesso em: 24 jul. 2017.
- 108 MARANHÃO (Estado). No MA, 3% a 5% do ICMS sobre bebidas alcoólicas e cigarros serão destinados ao combate do câncer. São Luiz, 15 out. 2015. Disponível em: <<http://www.ma.gov.br/3-do-icms-sobre-bebidas-alcoolicas-e-cigarros-serao-destinados-ao-combate-do-cancer-no-maranhao/>>. Acesso em: 24 jul. 2017.
- 109 A CRÍTICA. Projeto de Lei prevê parte do ICMS de bebidas e cigarros destinado ao tratamento de câncer. A Crítica, Campo Grande, 5 nov. 2015. Disponível em: <<http://www.acritica.net/editorias/geral/projeto-de-lei-preve-parte-do-icms-de-bebidas-e-cigarros-destinado-ao/156937/>>. Acesso em: 24 jul. 2017.
- 110 MAITTO, R. Contribuições de intervenção no domínio econômico (CIDEs). [S.l.: s.n]: 2010. Disponível em: <<http://ibdt.org.br/material/arquivos/Cursos/CursoAtualizacaoDirTributario/2010/Aula%20CIDE.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2017.
- 111 BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto institui contribuição para tratamento de vítimas do cigarro. Câmara dos Deputados, Brasília, DF, 12 mar. 2016. Câmara Notícias, Saúde. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/505112-PROJETO-INSTITUI-CONTRIBUICAO-PARA-TRATAMENTO-DE-VITIMAS-DO-CIGARRO.html>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

- 112** COHEN, M.; MARIZ, R. Uso de narguilé entre jovens dobra em 5 anos, e Ministério da Saúde faz campanha de alerta. O Globo, Rio de Janeiro, 03 mar. 2015. Saúde. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/uso-de-narguile-entre-jovens-dobra-em-5-anos-ministerio-da-saude-faz-campanha-de-alerta-17399069>>. Acesso em: 24 jul. 2017.
- 113** IGLESIAS, R. M. et al. Estimating the size of illicit tobacco consumption in Brazil: findings from the global adult tobacco survey. Tobacco Control, London, v. 26. n. 1, p. 53-59, 2017.
- 114** INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. A importância e a urgência da diversificação de produção em áreas que produzem tabaco no Brasil. Rio de Janeiro, 2014.
- 115** BRASIL. Câmara dos Deputados. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/>>. Acesso em: 22 ago. 2017.
- 116** WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework Convention on Tobacco Control. Implementation of Article 19 of the Convention: "Liability"- Report of the expert group. Moscow, 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC\\_COP6\\_8-en.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_8-en.pdf)>. Acesso em: 24 jul. 2017.

Folheto do estudo colaborativo “A carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos”, elaborado pelo Departamento de Avaliação de Tecnologias em Saúde e Economia da Saúde, IECS, Argentina, 2017.

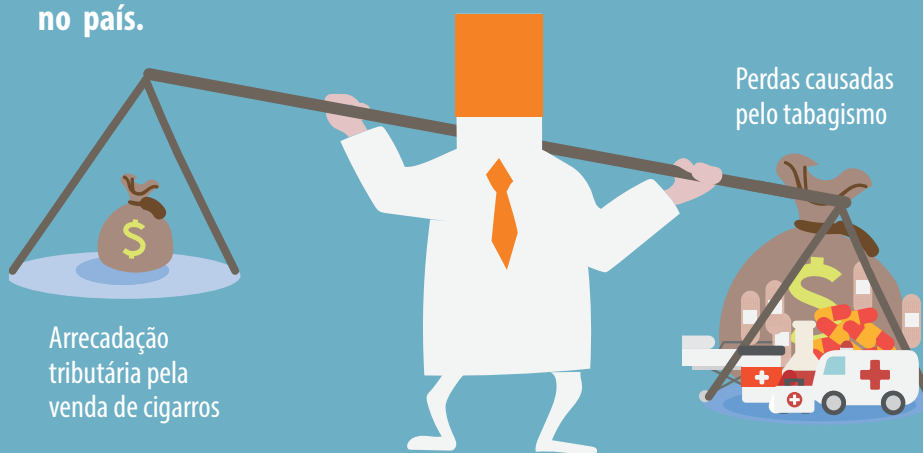
## O TABAGISMO NO BRASIL

### MORTE, DOENÇA E POLÍTICA DE PREÇOS E IMPOSTOS

As informações exibidas aqui fazem parte de uma pesquisa colaborativa, coordenada pelo Departamento de Avaliação de Tecnologias em Saúde e Economia da Saúde do IECS (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria) e conduzida por uma equipe de mais de 40 pesquisadores

e formuladores de políticas de saúde de universidades, centros de pesquisa e instituições públicas da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Honduras, México, Paraguai, Peru e Uruguai. Os dados são de 2015, e referentes a pessoas com mais de 35 anos.

No Brasil, a arrecadação de impostos da venda de cigarros (R\$ 13 bilhões por ano), abrange apenas 23% das perdas que o tabagismo provoca no país.



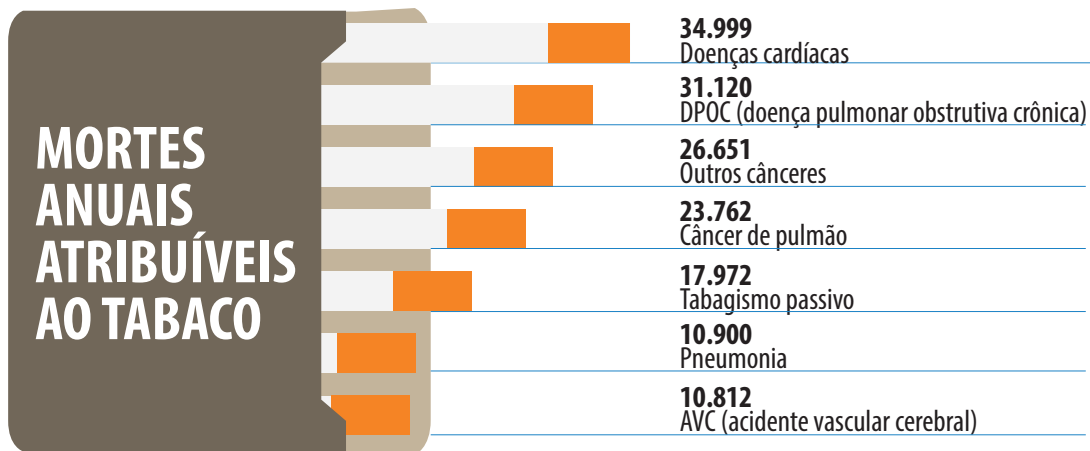
O tabagismo gera custos médicos diretos por ano de R\$ 39,4 bilhões, o equivalente a 8% de todo o gasto público com saúde, e R\$ 17,5 bilhões em custos indiretos decorrentes da perda de produtividade devido à morte prematura e incapacidade. Isto representa no Brasil perdas anuais de R\$ 56,9 bilhões, 1% de todo o produto interno bruto (PIB) do país.

**R\$ 56.898.155.567**



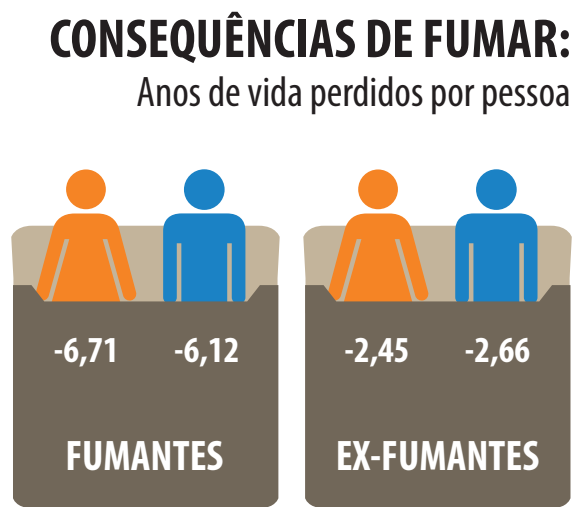
**É O CUSTO PARA O  
BRASIL**  
DEVIDO ÀS DESPESAS MÉDICAS  
E PERDA DE PRODUTIVIDADE  
ATRIBUÍVEIS AO TABAGISMO

# 12,6% DE TODAS AS MORTES QUE OCORREM NO PAÍS PODEM SER ATRIBUÍDAS AO TABAGISMO

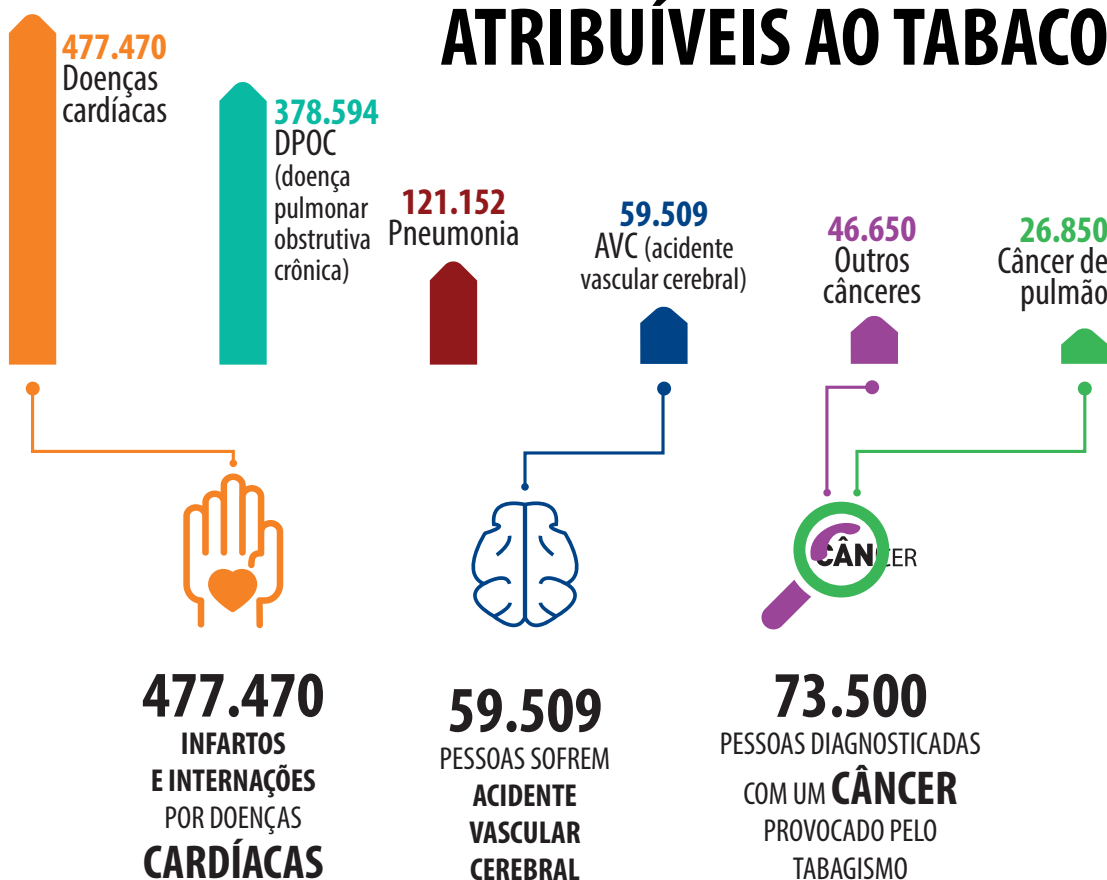


 **156.216 MORTES PODERIAM SER EVITADAS A CADA ANO**

EM TODA A POPULAÇÃO:  
A CADA ANO SE PERDEM  
**4.203.389 ANOS DE VIDA**  
POR MORTE PREMATURA E INCAPACIDADE



# PESSOAS QUE ADOECEM POR CAUSAS ATRIBUÍVEIS AO TABACO



70% **TOTAL DE CUSTOS: R\$ 56.898.155.567** 30%



## O QUE ACONTECERIA SE O BRASIL AUMENTASSE O PREÇO DOS CIGARROS EM 50%

Se implementaria

### UMA DAS MEDIDAS MAIS EFETIVAS PARA CONTROLAR O CONSUMO DE CIGARROS

EM 10 ANOS SE PODERIA EVITAR:



136.482  
MORTES



507.451  
INFARTOS AGUDOS  
DO MIOCÁRDIO E  
EVENTOS CARDÍACOS



100.365  
ACIDENTES  
VASCULARES  
CEREBRAIS



64.383  
NOVOS  
CÂNCERES



4.076.353  
ANOS DE VIDA  
PERDIDOS POR MORTE  
E INCAPACIDADE

ALÉM DISSO, SE OBTERIAM OS SEGUINTE GANHOS ECONÔMICOS:

**R\$ 97,9  
BILHÕES  
NOS PRÓXIMOS  
10 ANOS**



**R\$ 32,5 BILHÕES**  
POR ECONOMIA NOS  
CUSTOS DE SAÚDE



**R\$ 45,4 BILHÕES**  
POR ARRECAÇÃO  
TRIBUTÁRIA ADICIONAL



**R\$ 20 BILHÕES**  
POR PERDA DE  
PRODUTIVIDADE EVITADA



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

IECS  
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD  
CLÍNICA Y SANITARIA



INCA

Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Este livro foi impresso em Offset,  
papel couché 115g, 4/4.  
Fonte: Roboto, corpo 11.  
Rio de Janeiro, outubro de 2017.





MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**



**DISQUE SAÚDE**



Ouvidoria Geral do SUS

Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer  
<http://controlecancer.bvs.br/>