



**O CIGARRO CAUSA
ATRASSO
PARA O BRASIL.**

Manual de Orientação
para a Comemoração do
Dia Mundial sem Tabaco
31 de maio de 2004

DIA MUNDIAL SEM TABACO

**31 de Maio
2004**

**Tabaco e Pobreza
Um Círculo Vicioso**

SUMÁRIO:

APRESENTAÇÃO	3
1. INTRODUÇÃO	4
1.1. Por que o tema “Tabaco e Pobreza um círculo vicioso?”	4
1.2. Os desafios para o Brasil na abordagem desse tema	5
2. Tabaco como gerador e agravante da pobreza de famílias e indivíduos	6
2.1. As classes de baixa renda e o consumo do tabaco	7
2.2. Como o tabaco aumenta a pobreza dos indivíduos e da família	8
2.3. O desvio da renda dos fumantes com o tabaco.	9
2.4. Perdas de rendas devidas à doença e morte	10
3. Cultura do tabaco: círculo de pobreza, doença e dívidas.	12
3.1. Trabalho infantil.	12
3.2. Danos à saúde.	13
3.3. Tabaco e dívidas: um círculo vicioso.	14
4. O tabaco aumenta a pobreza dos países.	15
4.1. Aumentos nos custos da atenção à saúde e perdas na produtividade	15
4.2. Queda de preços e comércio ilícito.	16
4.3. A cultura do fumo prejudica o ambiente – Desmatamento e outros danos ambientais.	19
4.4. Mitos e verdades das afirmativas da indústria do tabaco.	20
4.5. Exemplos que comprovam que a cultura alternativa é possível	20
5. Convenção Quadro para Controle do Tabaco: primeiro passo para uma solução	22
6. Sugestões de atividades para a divulgação da data	23
7. Sugestões de atividades para escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho	24
8. Avaliação das atividades Avaliar para valorizar suas atividades	25
Planilha de consolidação de data comemorativa	26
Orientações de preenchimento	27
Bibliografia	28

APRESENTAÇÃO

O que é o Dia Mundial Sem Tabaco?

Os Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) criaram o Dia Mundial sem Tabaco em 1987 para atrair a atenção do mundo sobre a epidemia do tabagismo, e sobre as doenças e mortes evitáveis a ele relacionadas. Em 1988, a Assembléia Mundial de Saúde aprovou a resolução WHA42.19 determinando que a celebração do Dia Mundial sem Tabaco acontecesse, a cada ano, no dia 31 de maio. Desde então, anualmente, a OMS articula em todo o mundo a comemoração do Dia Mundial sem Tabaco, definindo um tema correlato ao tabagismo, a ser abordado pelos 191 países membros com a finalidade de por em evidência as diferentes interfaces ou problemáticas do consumo de tabaco, e assim engajar diferentes atores sociais no controle do tabagismo.

Para esse fim, são abordados diferentes aspectos do tabagismo como os riscos para a saúde dos fumantes, dos não fumantes, a cessação do tabagismo, prejuízos para o meio ambiente, para a economia e demais áreas da vida social. Dessa forma, todos os Estados Membros da OMS desenvolvem atividades no mesmo período, abordando o mesmo tema, fortalecendo, assim, a mensagem da OMS em todo o mundo. Cada Estado Membro adapta o tema escolhido pela OMS à sua realidade sócio-econômica e cultural, mas nunca deixando o foco central do tema escolhido.

Em 2000 o tema escolhido foi **“Tobacco Kills, don’t be duped”** traduzido e adaptado para o português para o slogan **“Fumar faz mal até na propaganda”** com o objetivo de colocar em evidência o efeito da propaganda sobre a expansão do consumo de tabaco, sobretudo entre jovens e envolver atores sociais ligados a área de propaganda e marketing. Em 2001 o tema foi **“Cigarro faz mal até para quem não fuma”**, baseado no slogan da OMS **“Second-hand smoke kills. Let’s clear the air”**, com o objetivo de colocar em evidência os riscos do tabagismo passivo e fortalecer as ações nacionais para proteger a população desses riscos. Em 2002, o tema foi **“Tobacco Free Sports”** traduzido como **“Esportes Livres de Tabaco”**. Nessa ocasião procurou-se aproveitar o momento da Copa do Mundo para envolver o mundo dos esportes na campanha. Em 2003, o tema foi **“Tobacco Free Film, Tobacco Free Fashion”**, traduzido para dois slogans **“Se o mocinho fuma queima o filme”** e **“A moda é não fumar”** com objetivo de chamar a atenção da sociedade para as estratégias da indústria do tabaco que utiliza filmes, novelas e moda para promover seus produtos e atingir os jovens. Também buscou envolver os atores sociais ligados ao mundo do cinema, novelas e moda.

Para 2004, o tema escolhido é “TABACO E POBREZA, UM CÍRCULO VICIOSO”.

1. INTRODUÇÃO

Desde 1989, o Brasil se engaja nessa ação articulada pela OMS. No Brasil, o Ministério da Saúde através do Instituto Nacional de Câncer e em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde já atuantes no Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer, articula nacionalmente as comemorações dessa campanha. Em 2002, todos os 27 estados e cerca de 2200 municípios desenvolveram atividades comemorativas durante o Dia Mundial sem Tabaco. Através de um convênio, estabelecido entre o Fundo Nacional da Saúde/FNS e as Secretarias Estaduais de Saúde/SES com a intermediação do INCA, tem sido possível aos estados reproduzirem o material promocional e repassarem aos seus municípios. Dessa forma, cartazes, manuais, folhetos, outdoors, busdoors e outros materiais de sensibilização para divulgação do tema podem ser encontrados em diferentes partes do País durante essa campanha.

A cada ano, a OMS escolhe um país para sede oficial das comemorações do Dia Mundial sem Tabaco. O reconhecimento do Brasil como liderança no controle do tabagismo, apesar de ser o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco, associado ao reconhecimento da liderança internacional do atual governo brasileiro no combate a fome, à pobreza, na promoção da equidade, e do desenvolvimento sustentável, levou a OMS a propor que o Brasil seja sede das atividades da OMS no Dia Mundial sem Tabaco em 2004.

1.1. Por que o tema “Tabaco e Pobreza um círculo vicioso?”

A forte associação do tabagismo com doenças crônicas graves e fatais e a expansão do consumo cada vez maior em países em desenvolvimento tem preocupado setores ligados à saúde e ao desenvolvimento, em todo o mundo. Segundo entidades ligadas às Nações Unidas como a Organização Mundial da Saúde, a Organização de Cooperação Econômica e Desenvolvimento e o Banco Mundial, o consumo de tabaco vem impondo uma carga cada vez mais pesada sobre países em desenvolvimento, muitos dos quais ainda lutam para controlar doenças transmissíveis como, por exemplo, tuberculose, malária, HIV/AIDS, e para reduzir a desnutrição e as taxas de mortalidade infantil.

Considerando que saúde é um tema central para o desenvolvimento e combate a pobreza, essas entidades recomendam que nas ações para a redução da pobreza e para promoção do desenvolvimento sustentável, os governos dirijam seus esforços ao controle de doenças que afetam de forma mais intensa as classes sociais menos favorecidas, como a malária, a tuberculose, a infecção pelo vírus HIV, condições ligadas à saúde reprodutiva e doenças não transmissíveis, principalmente as associadas ao consumo de tabaco.

Hoje, dos cerca de 1,3 bilhões de fumantes, 80% vivem em países em desenvolvimento, e dos 100.000 jovens que começam a fumar a cada dia, 80% são de países em desenvolvimento.

Na maioria dos países existe uma correlação entre tabagismo, baixa renda e baixo nível de escolaridade. Na China, indivíduos com nenhuma escolaridade têm uma probabilidade cerca de sete vezes maior de serem fumantes do que indivíduos que têm o terceiro grau. No Brasil, entre os grupos de indivíduos com baixo nível de escolaridade essa probabilidade é cinco vezes maior.

Dados mostram que 80% das pessoas que consomem tabaco apresentam algum grau de dependência química da nicotina. Nesse contexto, é importante reconhecer que a dependência do tabaco faz com que muitos chefes de famílias de baixa renda desviem para a compra de cigarros, o dinheiro que deveria estar destinando para alimentação, lazer, ou mesmo para a preservação da sua saúde e de sua família.

Além disso, em muitos países, incluindo o Brasil, o cigarro é muito mais acessível economicamente do que alimentos.

Em Bangladesh, por exemplo, foi estimado que se as pessoas pobres não fumassem, menos 10,5 milhões de pessoas seriam desnutridas. Estudos na China e na Índia mostram uma forte correlação entre tabagismo e tuberculose.

Esse cenário demonstra que as populações mais carentes sofrem mais com os problemas decorrentes do consumo de tabaco. Para esse grupo, a saúde representa um importante e crucial problema econômico, pois a sua subsistência depende dela. Quando pessoas de baixa renda adoecem ou sofrem alguma injúria, toda a renda familiar fica aprisionada numa espécie de espiral que gira em sentido descendente, gerando perda de rendimento e altos custos com tratamento de doenças.

Essa realidade faz com que entidades como o Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde, e outras entidades desenvolvimentistas ligadas as Nações Unidas considerem o consumo de tabaco como um fator agravante da pobreza, da fome e da desnutrição e, assim da ampliação da desigualdade entre pobres e ricos.

E, foi a preocupação com a progressiva expansão do consumo de tabaco, principalmente nos países em desenvolvimento, que levou mais de 190 países membros da OMS a proporem durante a 52ª Assembléia Mundial da Saúde (AMS) a adoção do primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Seu objetivo é unir os países para a adoção de um conjunto de medidas para deter a expansão global do consumo de tabaco e de suas conseqüências deletérias. As bases desse tratado foram negociadas durante quatro anos pelos 190 Estados Membros da OMS, e o texto final foi adotado por consenso em maio de 2003 pela 56ª AMS. Assunto que será abordado nesse texto mais adiante.

1.2. Os desafios para o Brasil na abordagem desse tema

Para os países produtores de tabaco e, sobretudo, para os que têm uma grande dependência econômica do setor fumageiro, a abordagem desse tema se torna mais complexa.

Hoje, não só o consumo, como a produção de tabaco se concentra em países em desenvolvimento, entre esses o Brasil. A China, Brasil e a Índia são as lideranças na produção mundial de tabaco. O Brasil, Zimbabwe e Malawi são as lideranças em exportação de folhas de tabaco.

Cada vez mais as companhias de tabaco, sobretudo as grandes transnacionais vêm dirigindo seus esforços de produção e de captação de consumidores para países em desenvolvimento, na medida em que países desenvolvidos vêm impondo regras cada vez mais restritas para o consumo e produção de tabaco em seus territórios. Esse tipo de estratégia é bem documentado nos próprios documentos internos de companhias de tabaco, como nos exemplos a seguir:

“O consumo de tabaco nas nações desenvolvidas seguirá uma tendência de redução até o final do século, ao passo que nos países em desenvolvimento o consumo poderia aumentar em cerca de 3% ao ano! Um quadro verdadeiramente promissor! Não haverá uma sociedade sem fumantes, e sim um crescimento mantido para a indústria do tabaco” (Tobacco Reporter, 1989).

Conforme pesquisa realizada pelas ONG'S *Campaign for Tobacco – Free Kids & Action on Smoking and Health* (2001), verifica-se o posicionamento da indústria do tabaco a partir dos documentos abertos para consulta pública nos EUA. Esses documentos demonstram como ao longo de anos, a indústria do tabaco tem procurado influenciar os governos na formulação e implementação de políticas públicas que incorporam o tema tabaco em suas agendas. Alguns exemplos podem ser verificados nas citações abaixo:

“Vejam rapidamente o documento que apresentaremos para alguns ministros da agricultura e de outras áreas que selecionaremos. Em nossas apresentações colocaremos ênfase nas ameaças que a OMS e outras agências da ONU significam para a indústria do tabaco em todos os países... Defenderemos a posição de que será difícil deter ou inclusive, reverter os contínuos ataques a uma indústria tão importante para a economia de seus países”.

“Além disso, devemos insistir na natureza evangélica e radical destes ataques e para o fato de que ignoram completamente muitos problemas prioritários para o Terceiro Mundo como a pobreza, a desnutrição, a falta de habitação... Perguntaremos se na esfera internacional, estariam preparados para vigiar com a ajuda de seus funcionários agrícolas acreditados em organizações intergovernamentais (ONU, CEE, etc) e através de suas embaixadas nos principais países, as diversas atividades de controle do tabagismo... e se comprometeriam com sua assessoria e seus apoios para a formulação de estratégias e ações apropriadas para neutralizar ou moderar tais atividades” (INFOTAB, 1984).

“Nosso objetivo continua sendo desenvolver e mobilizar os recursos necessários – aliados internos da Phillip Morris, entidades e consultores externos, as associações de comercialização nacionais da indústria e todos os aliados possíveis – para combater as iniciativas sociais e legislativas contra o tabaco... Especificaremos cuidadosamente nossos oponentes. Identificaremos, vigiaremos, isolaremos e responderemos cuidadosamente a indivíduos e organizações chave” (Phillip Morris, 1989).

2. Tabaco como gerador e agravante da pobreza de famílias e indivíduos:

A contribuição do tabaco para mortes prematuras e doenças está bem documentada. Entretanto, tem sido dada pouca atenção à relação entre tabaco e pobreza. Pesquisas mostram que as classes de baixa renda tendem a fumar mais. Para as pessoas pobres o dinheiro gasto em tabaco é dinheiro que não é gasto em outros bens, como alimentos para os membros das suas famílias.

O tabaco também pode agravar a pobreza de outras formas, já que os fumantes estão mais propensos a sofrer doenças e morte.

Além disso, em alguns casos a cultura e manufatura do tabaco podem contribuir para a doença e a pobreza das famílias que trabalham nessa atividade.

Juntos, tabaco e pobreza formam **um círculo vicioso** do qual, com frequência, é difícil escapar.

2.1. As classes de baixa renda e o consumo do tabaco:

São as classes de baixa renda os que tendem a fumar mais. Estima-se que, atualmente, existem no mundo 1,3 bilhões de fumantes. Destes, 84% vivem em países em desenvolvimento ou em países com economias em transição, e esta proporção tenderá aumentar para 88% em 2025 (mesmo assumindo um decréscimo da prevalência em 1% ao ano).

Segundo a OMS, ao analisarmos a prevalência de fumantes entre homens, esta tende a ser mais alta nos países de baixo e médio níveis de renda. Em 1995 a prevalência global entre homens era 49% para países de baixo e médio níveis de renda, enquanto que nos países com nível alto de renda era só de 38%.

Em cada país, o consumo de tabaco varia de acordo com os grupos sócio-econômicos. Em muitos países, incluindo os desenvolvidos, são os grupos de baixa renda os que fumam mais e carregam quase toda a carga econômica e de doença do uso do tabaco.

Um estudo de prevalência de tabagismo entre homens em Chennai (Índia) mostrou que, em 1997, a taxa mais alta foi encontrada entre os analfabetos (64%). Esta prevalência tende a diminuir na medida em que aumenta o número de anos de estudo, e entre as pessoas que tem mais de 12 anos de escolaridade chega a 21%, ou seja, a terça parte da prevalência de tabagismo encontrada entre analfabetos.

A relação entre pobreza e tabaco não acaba aqui. Há muitas formas pelas quais o tabaco aumenta a pobreza nos níveis individual, familiar e nacional. Nos níveis individual e familiar, o dinheiro gasto em tabaco possui um custo de oportunidade¹ muito elevado. Para os pobres, o dinheiro gasto em tabaco é dinheiro que não é gasto em necessidades básicas, como comida, moradia, educação e saúde.

O tabaco também contribui para a pobreza dos indivíduos e de suas famílias já que os usuários de tabaco se encontram em muito maior risco de vir a adoecer e morrer prematuramente de cânceres, ataque cardíaco, doenças respiratórias ou outras doenças tabaco relacionadas, privando famílias de recursos muito necessários e impondo custos adicionais com a saúde.

Aqueles que cultivam tabaco sofrem também. Muitos agricultores, ao invés de tornarem-se ricos com a cultura, com frequência se encontram endividados com as empresas do tabaco. Mais ainda, a cultura e cura das folhas do tabaco podem causar sérios danos à saúde humana.

No nível nacional, os países sofrem perdas imensas econômicas devido aos altos custos de cuidados em saúde, assim como à perda de produtividade devido a doenças e mortes prematuras relacionada ao tabaco.

¹ Custo de Oportunidade: Representa o custo da escolha de uma alternativa em detrimento de outra capaz de proporcionar um maior benefício, ou seja, é o custo da melhor oportunidade a que se renuncia quando da escolha de uma alternativa. O consumo de derivados do tabaco impõe um alto custo de oportunidade aos fumantes, às suas famílias e à sociedade. Os indivíduos poderiam alocar os recursos gastos com a compra de derivados do tabaco na compra de outros bens e serviços que poderiam contribuir com o aumento de suas condições de saúde e bem-estar e também dos membros da família.

Como a maioria dos países são importadores de folhas e produtos do tabaco, eles perdem milhões de dólares por ano em câmbio de moeda estrangeira. A cultura e cura da folha do tabaco também degradam o ambiente natural. Resumindo, as contribuições do tabaco para a economia (através de emprego, e pagamento de impostos ao governo) são superadas pelos seus custos às famílias, à saúde pública, ao ambiente e a economia nacional.

2.2. Como o tabaco aumenta a pobreza dos indivíduos e da família.

O uso de tabaco tende a ser maior entre as classes menos favorecidas. As famílias mais pobres gastam uma proporção maior das suas rendas em tabaco do que as famílias mais ricas. Comida, moradia, educação ou atenção à saúde são necessidades humanas básicas. Embora as pessoas de baixa renda tenham necessidades mais urgentes, políticas públicas fracas, propagandas atrativas e, finalmente, a dependência da nicotina, os influencia a gastar seu dinheiro em produtos derivados do tabaco.

No caso das famílias mais pobres, onde uma proporção significativa da renda é destinada a compra de alimentos, os gastos com tabaco podem fazer a diferença entre uma alimentação adequada e a desnutrição nos países de baixa renda. As propagandas agressivas para promover os produtos derivados do tabaco e o seu uso de tabaco pelas classes pobres, constitui um sério desafio ao desenvolvimento humano.

Pesquisas mostram, por exemplo, que mais de 10,5 milhões de pessoas em Bangladesh que estão desnutridas atualmente poderiam ter uma alimentação adequada, se o dinheiro gasto em tabaco fosse gasto em alimentos, salvando as vidas de 350 crianças menores de cinco anos a cada dia.

Os gastos em tabaco também privam as pessoas de oportunidades de educação que poderiam ajudar a tirá-los da pobreza. Atualmente, as famílias mais pobres em Bangladesh gastam quase 10 vezes mais em tabaco que em educação.

Pesquisas em várias partes do mundo mostram que os gastos em tabaco podem representar uma alta percentagem da renda familiar, e podem ser uma percentagem ainda maior dos gastos totais da família, sendo, algumas vezes, maior que os gastos com necessidades básicas. Por exemplo:

- No Egito, mais de 10% dos gastos com famílias de baixa renda foram destinados a cigarros ou outros produtos de tabaco.
- Resultados preliminares de um estudo em andamento em 3 províncias do Vietnã encontraram que, ao longo de um ano, os fumantes gastaram 3,6 vezes mais em tabaco do que em educação, 2,6 vezes mais em tabaco que em roupas, e 1,9 vezes mais em tabaco do que em saúde.
- A quantidade média gasta em tabaco por famílias no Marrocos foi virtualmente a mesma quantidade gasta em educação, e mais da metade da quantidade gasta em saúde.
- Estudantes na Nigéria gastam 40%, e trabalhadores manuais 25%, das suas rendas em cigarros.
- Famílias de baixa renda com pelo menos um fumante, na Bulgária, gastam em média 10,6% de suas rendas totais com produtos do tabaco.
- Famílias urbanas no Tibet gastaram 5.5% de suas rendas mensais disponíveis em produtos derivados do tabaco em 1992.
- No Nepal, o tabaco foi responsável por quase 10% dos gastos familiares anuais entre as famílias com menores rendas.

- O grupo de menor renda na Indonésia gasta 15% de suas rendas totais em tabaco.
- Meninos de rua na Índia gastam, com freqüência, uma porção significativa de seu dinheiro priorizando a compra de tabaco sobre comida.

2.3. - O desvio da renda dos fumantes com o tabaco

A dependência à nicotina induz gastos com tabaco os quais deveriam ser aplicados em necessidades básicas. No caso da pobreza, onde uma significativa porção de baixos salários deveria ser gasto na compra de alimentos, as despesas com tabaco podem fazer a diferença entre a alimentação adequada e a má nutrição.

- Na pobreza doméstica em Bangladesh é gasto 10 vezes mais com tabaco do que com educação. Um país que tem mais de 10.5 milhões de desnutridos poderia ter uma alimentação adequada se estas pessoas, ao invés de gastar com tabaco, gastassem com alimentos.
- Algumas crianças de rua e mendigos, na Índia, gastam mais com tabaco do que com alimentos, educação ou economizando.
- Resultados preliminares de um estudo em três províncias do Vietnã mostraram que fumantes gastam 3,6 vezes mais com tabaco do que com educação, 2,5 vezes mais com tabaco do que com vestuário e 1,9 vez mais com tabaco do que com cuidados com saúde.
- No Marrocos, em 1999, as despesas dos lares com tabaco eram próximas aos gastos com educação.
- Pobres, em zona rural da China, gastam acima de 11% de sua renda com cigarros.

Em muitos países, fumantes gastam uma significativa parcela de seus salários com tabaco. Um estudo comparando o custo de um maço de cigarros com o custo de 1 quilo de pão realizado pela OMS em 2000, usando o índice minutos de trabalho necessários para comprar ambos os itens, mostrou que, no Brasil, o custo² de um quilo de pão chega a ser quase três vezes maior do que para comprar um maço de cigarros.

No Quadro 1 é mostrado o tempo que é necessário trabalhar para que trabalhadores de alguns países possam comprar cigarros Marlboro ou marca local, e o equivalente em tempo de trabalho para comprar pão ou arroz.

Quadro 1 – Tempo de trabalho necessário para compra de bens de consumo

País	Marlboro	Marca Local	Pão	Arroz
Brasil (Rio de Janeiro)	22 min	18 min	52 min	13 min
Canadá (Toronto)	21 min	17 min	10 min	11 min
Chile	38 min	33 min	19 min	25 min
China	62 min	56 min	103 min	47 min
Hungria	71 min	54 min	25 min	42 min
Índia	102 min	77 min	34 min	79 min
Kenya	158 min	92 min	64 min	109 min
México	49 min	40 min	49 min	25 min
Polonia	56 min	40 min	21 min	23 min
Reino Unido	40 min	40 min	6 min	8 min

Fonte: FactSheet – Nations, World Tobacco Days, OMS, 2004.

² Baseado no tempo de trabalho necessário para aquisição de um produto.

2.4. Perdas de rendas devidas à doença e morte

É comprovado, segundo a OMS, que o tabagismo é responsável por 30% das mortes por câncer, 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por doenças coronarianas, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cerebrovascular. Outras doenças estão relacionadas ao uso dos produtos derivados do tabaco como aneurismas arteriais, trombose vascular, úlcera do trato digestivo, infecções respiratórias, impotência sexual no homem e osteoporose na mulher.

O uso de tabaco também resulta em doenças respiratórias, e tem sido mostrado que o seu uso promove o aparecimento de tuberculose(TBC), além de impactar negativamente sobre as suas conseqüências, uma doença que, predominantemente, afeta os pobres. Um estudo recente mostrou que o tabagismo é a causa da metade de todas as mortes por tuberculose na Índia. Em geral, há evidência de que o tabaco está associado significativamente com um excesso de mortes em pacientes com tuberculose.

As doenças causadas pelo tabaco usualmente são o “gatilho” para uma queda em direção de pobreza extrema. As pessoas pobres não têm outro recurso para sobreviver além de suas capacidades de trabalho, o que significa que as famílias pobres são particularmente vulneráveis. Quando o chefe da família adocece como conseqüência do uso de tabaco, a capacidade da família para comprar alimentos e outros bens necessários fica ameaçada.

Apesar de todas as evidências científicas que comprovam que o tabaco causa dependência química (física, psicológica e associação comportamental), a indústria do tabaco continua a negar este fato publicamente, embora em seus documentos internos admitirem que não só acreditam como comprovaram o mesmo que a comunidade científica hoje conhece a respeito da dependência de nicotina.

Abaixo, dois exemplos do posicionamento público da indústria do tabaco sobre a dependência da nicotina:

Exemplo 1: Entrevista para uma revista - John Carlisle da Tobacco Marketing Association (UK, 1998):

Pergunta - A nicotina causa dependência?

Resposta de Carlisle - *“A definição de dependência é ampla e variada. Pessoas são dependentes de Internet. Outras são dependentes de shopping, sexo, chá e café. A linha que eu consideraria é a de que o tabaco não causa dependência e sim de que é formador de hábito”.*

Exemplo 2: Posicionamento público sobre dependência de nicotina, homepage da Souza Cruz, 2002:

“A nicotina é um componente natural do fumo e apresenta propriedades farmacológicas que contribuem para o prazer. Mesmo sendo uma parte importante da experiência de fumar, a nicotina não é a única razão para fumar. Aspectos culturais e sociais, entre outros, estão envolvidos no ato de fumar, que é uma escolha de caráter puramente individual. Certamente é difícil deixar de fumar para alguns fumantes, mas não existe nada em nossos produtos que retire do fumante a sua capacidade de parar de fumar”.(<http://www.souzacruz.com.br>)

Em contrapartida, as declarações encontradas em documentos internos da indústria do tabaco, contrapõem-se a seu posicionamento público:

Exemplo 1: *“Nicotina causa dependência. Nós estamos, portanto, no ramo de vender nicotina, uma droga que causa dependência.”*(Addison Yeaman from Brown and Williamson B&W, 1963).

Exemplo 2: *“Nós também achamos que se deve considerar a hipótese de que os altos lucros adicionais associados com a indústria do tabaco estão diretamente relacionados ao fato do consumidor ser dependente do produto... Olhando de outra forma, não procede que o Produto X enquanto alternativa futura mantenha um nível de lucro acima da maioria das outras atividades do ramo de produtos, a não ser que, como o tabaco, seja associado à dependência”* (BAT, 1979).

Exemplo 3: *“Tem sido sugerido que a fumaça do cigarro é a droga mais aditiva. Certamente um grande número de pessoas continuará a fumar porque eles não conseguem deixar. Se eles os pudessem o fariam. Não se pode mais dizer que eles fizeram uma escolha adulta”* - Dr. Green, funcionário da BAT, 1980.

Hoje, o tabagismo é amplamente reconhecido como uma doença resultante da dependência de nicotina, que obriga os usuários dos produtos de tabaco a se exporem continuamente à cerca de 4.700 substâncias tóxicas e, assim, a contraírem outras doenças limitantes e fatais.

Os estudos científicos comprovam que a exposição à fumaça do tabaco através da inalação de grandes doses é inegável causa de câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias. Além disso, as taxas de câncer de pulmão entre fumantes leves (de um a nove cigarros/dia) são, em média, seis vezes maiores do que em não fumantes, indicando que o tabagismo é um grande risco, mesmo quando a exposição é relativamente baixa. Esse fato evidencia a não existência de níveis seguros de exposição (IARC, 1986). Mesmo os fumantes que não tragam (fumantes de charutos e cachimbos) têm um risco elevado de câncer de pulmão, cerca de 10 vezes maior que os não fumantes (Doll e Peto, 1994).

Abaixo seguem duas declarações encontradas nos documentos secretos da indústria do tabaco, onde o reconhecem como fator de risco para doenças graves e fatais:

Exemplo 1: *“Quanto aos carcinógenos da fumaça do tabaco contém não apenas um carcinógeno, mas uma galáxia deles... A eliminação do carcinógeno não parece factível... Do meu ponto de vista, portanto, é pouco provável que dentro do escopo da criação de cigarros aceitáveis se torne possível reduzir substancialmente o risco de doenças associadas ao tabagismo no futuro”*. (BAT, 1986)

Exemplo 2: *“Nunca foi possível que as pesquisas que permitiram a produção de um cigarro não cancerígeno, também produzissem um cigarro que atendesse ao gosto dos consumidores e ao mesmo tempo fosse livre dos riscos para saúde, particularmente os relacionados às doenças cardiovasculares e às doenças pulmonares obstrutivas crônicas”*. (BAT, 1993).

3. Cultura do tabaco: círculo de pobreza, doença e dívidas:

3.1. Trabalho infantil

O tabaco contribui para a pobreza não somente através do dinheiro perdido na sua compra, mas através das oportunidades educacionais perdidas. O uso do trabalho infantil nas plantações de tabaco é uma prática comum em muitos países produtores de tabaco. Entre as famílias pobres que dependem da produção de tabaco, crianças de tenra idade trabalham nas fazendas ou fábricas de tabaco, perdendo oportunidades educacionais vitais que poderiam ajudar a tirá-los da pobreza.

Um relatório comissionado pela UNICEF em Bangladesh salienta as difíceis condições que sofrem as crianças que trabalham na indústria de enrolamento de bidi³. Das crianças entrevistadas, 13% tinham menos de nove anos. A fabricação de bidi é um trabalho repetitivo e cansativo, que exige ficar na mesma posição por longas horas e dá pouco estímulo intelectual. Das crianças do estudo com idade entre cinco e 15 anos, 40% nunca tinha ido à escola. As horas de trabalho são tão longas (uma média de 11-12 horas) que é impossível combinar trabalho com educação. Embora o trabalho infantil melhore a renda das famílias por alguns poucos anos, não tem benefícios de longo prazo.

Como John Mhango, o presidente do Congresso de Uniões de Comércio de Malawi, na África, afirma: *“O trabalho infantil é uma prática perversa que contribui para os índices de pobreza de Malawi. A maior parte destas crianças tem rejeitado a escola e crescem analfabetas e deseducadas. Como elas podem contribuir para um desenvolvimento econômico real?”*. Estas crianças são, em muitos casos, forçadas a trabalhar devido às precárias condições das suas famílias. Mas esta pobreza, por sua vez, é exacerbada pelas companhias do tabaco, que não pagam às suas famílias o suficiente para sobreviver sem o trabalho das suas crianças. E assim, o círculo de pobreza continua.

No Brasil, a tarefa de aplicação de pesticidas considerada um trabalho leve pelo fumicultor, envolve a utilização da mão de obra de mulheres e de crianças. Crianças acima de 12 anos são consideradas adultas (Erdmann & Pinheiro, 1998). Confirma esse dado o estudo da FETAG (Federação dos Trabalhadores na Agricultura) que apontou que a contratação de mão-de-obra alcança apenas 10% do total da mão-de-obra empregada na fumicultura, significando que 90% das atividades são desenvolvidas pelos próprios agricultores e suas famílias, incluindo as crianças.

Tanto na colheita, como na secagem e na classificação das folhas, o trabalho infantil é bastante utilizado. Para este fim, o calendário escolar é adequado de forma que deve ser cumprido até metade de dezembro, caso contrário, as crianças simplesmente faltam às aulas porque são requisitadas para trabalhar dois turnos na colheita. É, portanto, neste período que a jornada de trabalho se torna mais intensa. Torna-se praticamente ininterrupta, inclusive aos domingos especialmente, quando a família do camponês é pouco numerosa, não permitindo revezamento de pessoal (Etges, 1989, MS, 2000). Ainda, as estimativas apontam que 520 mil crianças com menos de 18 anos trabalham na fumicultura, sendo que, deste total, 32% têm menos de 14 anos (World Conference on Tobacco or Health Factsheet, apud IDRC, 2002).

³ De origem indiana, o bidi é um cigarro artesanal feito com folhas de tabaco envolvidas com folhas de tendro. São adicionados aromas e essências de frutas como morango, por exemplo.

3.2. Danos à saúde

A exposição a qual os fumicultores estão submetidos em decorrência de sua atividade, aumenta o risco de desenvolverem algumas doenças. Crianças e adultos trabalhando com tabaco também sofrem, com frequência, da Doença da Mão Verde (DMV) que é causada pela absorção de nicotina pela pele devido ao contato com as folhas verdes e úmidas do tabaco. Sintomas freqüentes incluem náusea, vômitos, fraqueza, cefaléia, e tontura, e pode incluir, também, cólicas abdominais e dificuldade respiratória. Agricultores e profissionais de saúde muitas vezes confundem estes sintomas com cansaço ou envenenamento por agrotóxicos, principalmente se estes tiverem sido aplicados recentemente nas plantações (Campaign for Tobacco Free Kids, 2001).

Lidar com a própria folha do tabaco pode ser tóxico para os trabalhadores. A nicotina, ingrediente ativo nos cigarros, é tão potente que tem sido usada como um pesticida e um inseticida desde 1763.

A produção de tabaco requer o uso intensivo de agrotóxicos. O uso de pesticidas em alta escala, além dos danos à saúde dos agricultores e de suas famílias, provoca danos ao ecossistema, com a contaminação do solo, de alimentos, de animais e dos rios. Instruções dadas pela BAT recomendam que os agricultores façam 16 diferentes tipos de aplicação de pesticidas, durante três meses, antes da transferência da semente para o campo. Muitos fumicultores pagam um elevado preço pelo uso repetido desses venenos, uma vez que muitos deles não têm consciência sobre os riscos, e sobre as medidas de proteção necessárias para o manuseio desses produtos. Existe uma série de relatos sobre doenças, e mesmo mortes, relacionadas a envenenamento por pesticidas (Campaign for Tobacco Free Kids, 2001).

No Brasil, estima-se que mais de 300 mil pessoas são envenenadas por agrotóxicos, a cada ano. No estado de Santa Catarina, 79% dos fumicultores sofrem os efeitos provocados pelo uso do produto (Campaign for Tobacco Free Kids, 2001).

Um levantamento realizado com fumicultores na região Sul do Brasil concluiu que 55% não usam roupas de proteção, tais como máscaras, luvas e botas. Os agricultores justificam-se fazendo menção aos altos custos dos equipamentos, e ao fato de que estes não são adequados ao clima tropical. Esse levantamento também concluiu que cerca de 50% dos familiares dos agricultores sofrem problemas de saúde associados ao uso de substâncias químicas, como dores de cabeça persistentes e vômitos, e, 42% conhecem alguém com malformações congênitas. O estudo revelou que, aproximadamente, 80% das famílias se desfazem dos resíduos inadequadamente, jogando os recipientes de agrotóxicos já utilizados nas florestas ou queimando-os (Campaign for Tobacco Free Kids, 2001).

Uma recente pesquisa realizada de agosto de 1999 a novembro de 2001, envolvendo membros de 147 famílias na maior área fumicultora do Rio Grande do Sul, confirma esses achados ao mostrar um grande despreparo dessas pessoas para o manejo de agrotóxicos. Quanto ao uso de equipamento de proteção, 82% disseram que nunca ou raramente usam máscara; 65% disseram que nunca ou raramente usam luvas e 68% nunca ou raramente usam roupas especiais, alegando, como principal motivo, o desconforto decorrente do calor. No que se refere ao destino das embalagens vazias, apenas 11% dos entrevistados disseram que as colocavam em depósito próprio para lixo tóxico. Esse alto grau de descuido deve-se ao alto grau de desconhecimento dos riscos relativos aos produtos químicos manuseados (Etges et al, 2002), agravados pelo fato dos fumicultores receberem das companhias de tabaco as instruções de como manuseá-los (Erdmann & Pinheiro, 1998).

Nas áreas fumicultoras do Brasil a exposição aos pesticidas parece estar associada ao aumento das taxas de suicídio. Um estudo realizado em 1996 verificou a possibilidade de uma potencial ligação entre os pesticidas organofosforados e o aumento das taxas de suicídio em Venâncio Aires, cidade localizada no Rio Grande do Sul, o maior estado produtor de fumo do Brasil, onde os coeficientes de mortalidade por suicídio eram bem maiores que os coeficientes do estado em, pelo menos 15, dos 17 anos estudados (Falk et al., 1996).

Além dos riscos para os trabalhadores da fumicultura, a prática pouco segura de aplicação de agrotóxicos na lavoura do fumo e o hábito de lavar o equipamento e embalagens vazias na água corrente, têm propiciado a absorção desses produtos pelo solo, levando à contaminação de água e solos não agrícolas. Desta forma, foram ampliados os riscos de exposições não ocupacionais entre pessoas que vivem próximo às plantações de tabaco (Erdmann & Pinheiro, 1998).

3.3. Tabaco e dívidas: um círculo vicioso

Por décadas, a indústria do tabaco tem encorajado os países e as famílias cultivar tabaco, alegando que isso traria prosperidade. Para muitas famílias a realidade tem sido muito distinta.

No mundo, especialmente nos países em desenvolvimento, a expansão da agricultura do tabaco, encorajada e, algumas vezes, também financiada pela grande indústria de tabaco, tem criado uma situação onde mais e mais agricultores estão competindo para vender tabaco às companhias, por preços cada vez mais baixos. Enquanto alguns agricultores de grande-escala indubitavelmente têm enriquecido, muitos agricultores francamente estão vivendo com dificuldade, produzindo uma cultura que é intensiva em trabalho e recursos aplicados, e traz consigo um conjunto de perigos à saúde e ao ambiente resultantes da exposição a pesticidas e ao envenenamento por nicotina. Embora a agricultura do tabaco não seja a única a utilizar trabalho infantil, os danos particulares próprios dessa cultura colocam estas crianças em alto risco de danos e doenças.

Para aumentar e melhorar a produção de tabaco nos países em desenvolvimento, com o objetivo de atender os seus mercados em outros países através de uma maior disponibilidade de folhas de tabaco à baixo custo, as companhias de tabaco transnacionais têm investido esforços de forma crescente nos países produtores. Em 2000, quatro países responderam pela metade da produção global de tabaco: China (34%), Índia (10%), Brasil (8%) e Estados Unidos (7%). Vale salientar que, até 1997, os Estados Unidos eram o segundo maior produtor mundial (Campaign for Tobacco Free Kids, 2001).

O Brasil é hoje o primeiro exportador mundial de folha de fumo e 90% da produção nacional está concentrada na região Sul, nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, onde o cultivo do fumo caracteriza-se pela utilização de mão de obra familiar, sendo freqüente o aproveitamento de crianças em algumas fases da lavoura (Ministério da Saúde, 2000). Só o estado do Rio Grande do Sul responde por 43% da produção de tabaco no Brasil (Erdmann & Pinheiro, 1998). Dois estados da região Nordeste, Bahia e Alagoas, respondem por 17% da produção de tabaco brasileira, se especializando mais em fumo escuro utilizado na fabricação de charutos, e de fumo para cachimbo (Erdmann & Pinheiro, 1998).

A folha de tabaco proveniente do Brasil é conhecida internacionalmente como de boa qualidade e de baixo preço, devido aos baixos custos internos de sua produção. Contribui para este quadro a não mecanização da lavoura que, apesar de resultar em baixo rendimento da cultura, fornece uma maior qualidade ao produto, que recebe

cuidado manual maior do que o fumo produzido em processo mais mecanizado. Além disso, o emprego de produtores e suas famílias na lavoura resultam em menores gastos com salários, barateando os custos de produção, porém resultando em sérios danos à saúde e ao meio ambiente (Ministério da Saúde, 2000).

Em 1989, a FETAG realizou um levantamento estatístico envolvendo mais de mil produtores, sob a questão da lavoura do tabaco, constatando que 80,6% dos produtores são proprietários, 11%, arrendatários e 8,4%, parceiros.

Cada fumicultor faz contrato exclusivo com uma companhia de tabaco, que financia os custos do plantio, garante a compra da colheita e define os preços, que, geralmente, estão abaixo do valor de mercado. Os fumicultores são obrigados a usarem tecnologia, sementes, fertilizantes e pesticidas fornecidos pelos técnicos da indústria de tabaco, e a assumirem os custos dos insumos e infraestrutura exigidas (a construção de fornos de tijolos para a cura e os custos do reflorestamento para a reposição da madeira como lenha utilizada nos fornos).

Esta estratégia organizacional tem permitido que a indústria do tabaco se mantenha conectada com a produção agrícola, e exerça um absoluto controle sobre o processo de produção de tabaco e as atividades dos fumicultores. Ao mesmo tempo, tem evitado todas as responsabilidades de uma relação formal empregador-empregado (Erdmann & Pinheiro, 1998).

Um recente estudo mostrou que na Região do Vale do Rio Pardo, que responde por 25% da produção do fumo na região Sul do Brasil e, onde 50% da sua população vive no meio rural dedicando-se principalmente à produção de tabaco, a renda média das famílias foi de R\$ 9.300 (de US\$3.000) ao ano nas safras de 99/2000 e 2000/2001. Descontados os gastos com os insumos na produção, a renda líquida foi de R\$ 2.511,00 (menos de US\$ 850) por família/ano, o que equivale a uma renda mensal de R\$ 61.54 (US\$24,00) por trabalhador, ou seja, um terço do salário mínimo nacional (Etges et al, 2002).

4. O tabaco aumenta a pobreza dos países

4.1. Aumentos nos custos da atenção à saúde e perdas na produtividade

O Banco Mundial estima que o consumo de produtos do tabaco gera, no mundo, uma perda bruta de US\$ 200 bilhões por ano, sendo que, a metade dessa perda está concentrada nos países em desenvolvimento, o que não justifica financiar, através do Governo, projetos da área de tabaco (Banco Mundial, 1999).

O custo relacionado ao tabagismo para a sociedade inclui, além dos custos relacionados ao tratamento de pacientes acometidos por doenças tabaco-relacionadas, os custos relacionados à invalidez, auxílio-doença e pensões por viuvez, a perda de produção devido à morte e adoecimento, perdas econômicas atribuídas à poluição, degradação ambiental, incêndios e acidentes.

De acordo com o Banco Mundial (1999), nos países de alta renda calcula-se que o gasto anual com assistência à saúde devido às doenças causadas pelo tabagismo, varia de 6% a 15% do custo total com saúde. Nos países de baixa e média renda o custo anual da atenção à saúde com doenças decorrentes do tabagismo é inferior, conforme indica estudos do Banco Mundial. Acreditasse que nos países de baixa e média renda esteja relacionado ao fato do consumo ter iniciado mais tardiamente que os de alta renda, e outros fatores como, por exemplo: dificuldades na identificação da prevalência de doenças relacionadas ao tabagismo nesses países.

Por fim, os custos intangíveis que são aqueles relacionados com a morte de fumantes e não fumantes, e com o sofrimento dos fumantes, não fumantes e seus familiares (Collins & Lapsley, 1998) impossibilitam qualquer tentativa de se comparar, de forma justa, o que o governo ganha através dos impostos sobre os produtos de tabaco, e o que a população perde devido às conseqüências do consumo de tabaco.

O Banco Mundial estima que as políticas de prevenção estejam entre as intervenções, mais custo-efetivas constituindo-se em um importante componente da economia de um país, no que se refere à manutenção da saúde da população. Por exemplo, em países de baixa renda (renda per capita de US\$ 2,000), um programa efetivo de prevenção para o controle do tabagismo custaria, aproximadamente, de US\$ 20 a US\$ 80 por ano de vida ganho⁴. Em contraste, o tratamento de câncer de pulmão, que pode aumentar a sobrevida de apenas 10% dos doentes, pode custar US\$ 18.000 por ano de vida ganho(Banco Mundial, 1999).

Além disso, a relação custo-benefício do tratamento para deixar de fumar através de uma abordagem mínima⁵ pelo médico na sua rotina de atendimento mostra que, se apenas 2,7% a 3,7% dos fumantes deixassem de fumar através dessa abordagem, o custo estimado por ano de vida ganho seria da ordem de US\$748,00 a US\$ 2.020,00.

Ao se comparar esse custo com o tratamento de outras doenças crônicas, o tratamento do tabagismo mostra resultados mais vantajosos. Por exemplo, a avaliação feita para o tratamento de hipertensão arterial de leve a moderada, colesterol elevado e infarto do miocárdio mostrou um custo estimado por ano de vida ganho entre US\$ 11.300 e US\$ 24.408 para a primeira condição, entre US\$ 65.511,00 e US\$108.189,00 para a segunda, e de US\$ 55.000,00 para a terceira. Mesmo quando são utilizados recursos farmacológicos como a terapia de reposição de nicotina para redução dos sintomas da síndrome de abstinência durante o tratamento do fumante, esse custo seria da ordem de US\$4.113,00 a US\$9.473,00, continuando inferiores aos demais tratamentos acima mencionados (Crogham e col, 1997, Slade & Orleans 1993).

4.2. Queda de preços e comércio ilícito

Estudos do Banco Mundial mostram que, uma das medidas mais efetivas para reduzir a prevalência e o consumo de produtos derivados do tabaco, é o aumento de preço. Um aumento real de preço de 10% reduziria a demanda por produtos de tabaco em cerca de 4% em países de renda elevada, e em cerca de 8% em países de renda média ou baixa. (Banco Mundial, 1999).

O Banco Mundial também mostra que o aumento de impostos para forçar o aumento de preços representa uma *situação ganhar-ganhar* (onde os dois lados tem lucros), pois, em todos os estudos analisados, essa medida resultou em um aumento líquido na arrecadação nacional e em uma redução no consumo de tabaco (Banco Mundial, 1999).

⁴ Ano de vida ganho – se refere a quantidade de anos ganhos, com a cessação do fumo, sendo que cada ano possui um valor hipotético atribuído

⁵ Abordagem Mínima - breve aconselhamento sobre os benefícios trazidos pela cessação do fumo, na sua rotina de atendimento do profissional de saúde.

Por outro lado, para que o aumento dos preços dos produtos derivados do tabaco seja efetivo em reduzir o consumo, ele dever ser maior do que o aumento da renda. (Guindon, 2002).

Um estudo econométrico realizado no Brasil, em 1997, revelou quanto os consumidores brasileiros são sensíveis a mudanças nos preços dos cigarros. O resultado indicou que um aumento de 10% no preço deste bem reduziria seu consumo em, no mínimo 1,1% e, no máximo em 1,9%, o que comprova que aumento nos preços dos cigarros, via aumentos nos impostos, é uma medida eficaz na redução do consumo de cigarros (Ministério da Saúde, 2000 op. cit.).

O cigarro brasileiro é um dos mais baratos do mundo. Atualmente, a marca mais cara custa cerca US\$ 1,00, e o preço médio dos cigarros nacionais situam-se em torno de US\$ 0,46.

Um recente estudo feito pela Organização Mundial da Saúde comparou os dados de preço de cigarros de mais de 80 países (Guindon et al, 2002), utilizando os preços de cigarros de março de 2001, em dólar americano.

Para a análise dos preços de cigarros em dólar americano o estudo utilizou o preço da marca Marlboro, por ser a marca mais consumida no mundo e uma marca local equivalente. O Quadro 2 mostra como o Brasil situa-se em termos de preço.

Quadro 2 - Preço de cigarros de países da América Latina e de alguns países desenvolvidos (preços de março de 2001 em US\$)

PAÍS	Marcas Locais (US\$)	Marlboro (US\$)
Argentina	1,50	1,70
Brasil	0,80	0,85
Chile	1,43	1,69
Colômbia	0,64	1,03
Costa Rica	0,75	0,75
Equador	1,30	1,90
Guatemala	0,97	1,29
México	1,24	1,55
Panamá	1,20	1,20
Paraguai	0,93	1,10
Peru	1,34	1,42
Porto Rico	-	2,50
Uruguai	1,42	3,14
Venezuela	1,28	1,42
Canadá	2,88	3,40
Estados Unidos	3,60	3,71
Dinamarca	4,00	4,00
França	2,75	3,13
Alemanha	2,75	2,81
Itália	1,93	2,70
Noruega	6,48	6,48
Suécia	3,64	3,75
Finlândia	3,35	3,73

Fonte: Guindon, GE., Tobin, S., Yach, D. 2002

Além de ter o 6º cigarro mais barato do mundo, segundo Guidon (2002), o Brasil é um dos países que mais tem sofrido o impacto do mercado ilegal de cigarros. A Secretaria da Receita Federal (SRF) estima que 35% do mercado brasileiro é abastecido por cigarros ilegais, e considera que esse fato resulta da diferença de tributação do cigarro brasileiro em relação aos cigarros de países vizinhos.

No Brasil, o maço de cigarros é tributado em 73,3% do seu valor, enquanto na Argentina essa tributação é de 67%, no Uruguai de 67% e, no Paraguai, 13% (ABIFUMO, 2001). Dessa forma, no mercado ilegal pode-se encontrar cigarros ainda mais baratos do que no mercado formal. Enquanto no mercado legal o preço médio é de U\$ 0,46, no mercado ilegal o preço médio é de U\$0,30 (ABIFUMO, 2001). Segundo a SRF as perdas tributárias alcançam US\$ 650 milhões ao ano, no Brasil.

O contrabando e a falsificação de produtos derivados do tabaco, especialmente de cigarros, além de gerarem perda de arrecadação são, também, considerados problemas de saúde pública, devido ao baixo preço desses produtos, ao acesso é facilitado aos jovens e a manutenção da dependência da nicotina. Soma-se a isso o fato de que os produtos vendidos no mercado ilegal não cumprem a legislação vigente como proibição de venda a menores e a inserção de advertências.

Segundo o Banco Mundial, a própria indústria do tabaco se beneficia do contrabando. Os estudos efetuados sobre o impacto dessa ação ilegal demonstram que, quando os cigarros contrabandeados compreendem um percentual significativo das vendas totais, o preço médio de todos os cigarros, com impostos ou sem eles, tende a diminuir, o que aumenta a venda de cigarros como um todo.

A presença de cigarros contrabandeados num mercado que, até então, permanecia fechado às marcas de importação, favorece o crescimento da demanda de tais marcas, com o decorrente aumento de sua cota de mercado. Ademais, tudo isso influi para que o governo mantenha os impostos baixos (WHO, 1999).

Existem evidências de que a indústria do tabaco está envolvida com a comercialização ilegal de seus produtos em diversas regiões do mundo. Por exemplo, a BAT, multinacional do setor que, no Brasil, tem como subsidiária a Cia. de Cigarros Souza Cruz, por anos, secretamente encorajou a evasão fiscal e o contrabando de cigarros, através de um esforço global para garantir a sua participação no mercado.

O envolvimento da indústria do tabaco nas atividades ilegais de comercialização de cigarros também pode ser observada no nosso País. De acordo com matéria publicada pelo Jornal Valor Econômico, de 08 de maio de 2002, o contrabando de cigarros ajudou a Souza Cruz a recrutar consumidores para seus produtos em países vizinhos ao Brasil, no início dos anos 90. Os documentos obtidos pelo jornal sugerem que a empresa vendeu 837 milhões de cigarros para Bolívia, Colômbia e Peru sem que os impostos devidos nesses países fossem recolhidos, de 1991 a 1993.

A indústria afirma em seus depoimentos para a população em geral:

"O contrabando prejudica nossos negócios. Faríamos mais dinheiro em longo prazo se ele pudesse ser eliminado. Gostaríamos que todos os mercados estivessem totalmente livres do contrabando" (Resposta da Souza Cruz à matéria do Jornal Valor Econômico, 09/05/2002)."

Porém seus documentos secretos contradizem tal afirmação:

"O crescimento das vendas da Souza Cruz foi baseado, principalmente no desempenho do Hollywood e do Ritz. O crescimento do Hollywood foi fortemente dirigido para as vendas via DNP (Duty Not Paid – imposto não pago), já que apenas 10% do volume [de vendas] da marca originou-se em operações DP(Duty Paid – imposto pago). Todas as outras marcas da Souza Cruz foram canalizadas pelo mercado DNP."(Jornal Valor Econômico, 2002)

Através da Secretaria de Receita Federal o governo brasileiro tem investido em ações para coibir o contrabando de cigarros no Brasil que, desde 1992, vem aumentando substancialmente. Para combater esta prática ilegal de comércio, em 1998 o Governo Federal passou a taxar a exportação de cigarros para os países da América Central e do Sul, inclusive o Caribe, em 150% (Decreto nº 2.876). Como resultado, o volume de exportações de folhas de fumo para os países fronteiriços aumentou consideravelmente, assim como houve um importante crescimento do número de fábricas de produtos de tabaco: somente no Paraguai, que até 1995, tinha duas fábricas, este número cresceu para 22, em 2001. Estas empresas passaram a importar a folha de fumo do Brasil para processá-la e transformá-la em cigarros, que entram no Brasil de forma ilegal. Por isso, em 2000, o Governo ampliou a alíquota de 150% do imposto de exportação (Decreto Nº 3646 e Nº 3647) para a exportação de folhas de fumo, papel para a fabricação de cigarros, cilindros para os filtros, quando estes são destinados aos países da América do Sul e Central, com exceção da Argentina, Chile e Equador.

O controle do mercado ilegal é um problema bastante complexo para o país, pois ultrapassa as questões econômicas, representando um sério problema de saúde pública, sendo importante questão abordada pela Convenção-Quadro (tema que será abordado mais adiante).

4.3. A cultura do fumo prejudica o ambiente – Desmatamento e outros danos ambientais

Para a fabricação de cigarros, depois de colhida, a folha do tabaco passa por um processo de secagem artificial denominado cura (secagem em forno à lenha). Além de preservar as folhas para a armazenagem, transporte e processamento, a cura das folhas é responsável pelas características de sabor, aroma e cor. Na maioria dos países em desenvolvimento utiliza-se madeira para alimentar os fornos onde se processa a cura, assim como a infra-estrutura para construção dos fornos que tipicamente têm de ser reconstruídos em dois ou três anos (Campaign for Tobacco Free Kids, 2001).

Pesquisas recentes indicam que a situação de desmatamento devido a fumicultura é crítica. Mais de 30 países como Coréia do Sul, Uruguai, Bangladesh, Malawi, Jordânia, Paquistão, Síria, China e Zimbábwe lideram a lista de países com o mais elevados percentuais de desmatamento relacionados ao tabaco. As taxas anuais de desmatamento nos três maiores países produtores de tabaco na África do Sul – Zimbábwe, Malawi e Tanzânia – são quase 60% mais altas do que a média africana de 0,7% ao ano (Campaign for Tobacco Free Kids, op. cit.).

No caso específico do Brasil, o fumo curado em estufa é o mais cultivado no país, respondendo por cerca de 70% da produção total (Ministério da Saúde, 2000). Segundo a Associação de Fumicultores do Brasil (AFUBRA) existem 120 mil fornos para cura de tabaco no Brasil.

Embora existam programas de reflorestamento para reposição da lenha utilizada no processo de cura das folhas de tabaco, em um recente estudo, 59% dos fumicultores disseram que usam lenha de mata nativa e reflorestada, mostrando que o processo produtivo de tabaco continua causando o desmatamento da mata nativa no Rio Grande do Sul (Etges et al, 2002).

Além disso, o tabaco é uma planta que empobrece rapidamente o solo. Estudos mostram que o tabaco utiliza mais nitrogênio, fósforo e potássio do que outros tipos de cultivo, e que o impacto da depleção do solo é maior em países tropicais onde o teor de nutrientes no solo é baixo. Por isso, a cultura do tabaco requer uso intenso de fertilizantes. Os estudos sugerem que, a não ser que o agricultor use um sistema de cultivo rotativo para restaurar os nutrientes do solo, este ficará empobrecido durante anos e só voltará a produzir à custa de fertilizantes artificiais e caros (Campaign for Tobacco Free Kids, 2001).

4.4. Mitos e verdades das afirmativas da indústria do tabaco

As ações propostas para o controle do tabagismo no mundo têm enfrentado as estratégias da indústria do tabaco para pressionar governos e reverter às medidas adotadas para restringir a expansão do tabagismo.

A indústria do tabaco constantemente exagera, tanto no número de pessoas que trabalham em lavouras de tabaco e fábricas, como no provável impacto da redução do consumo de tabaco em trabalhadores. A indústria alega que emprega 33 milhões de pessoas, mas este número inclui fazendeiros que cultivam produtos além do tabaco, trabalhadores (operários) temporários, membros de família e outros trabalhadores de serviços avulsos. O Banco Mundial sugere maior cuidado para refletir o número de plantadores que dependem da produção de tabaco em tempo integral. Usando esta medida, o número de pessoas que trabalham em tempo integral seria cerca de 1/3 do estimado pela indústria.

Tem sido estimado que as perdas de trabalho resultantes de mudanças tecnológicas na indústria do tabaco, de longe ultrapassam perdas conseqüentes à políticas de controle de tabaco.

4.5. Exemplos que comprovam que a cultura alternativa é possível:

As conseqüências para a saúde do fumicultor, bem como à sua sujeição econômica à indústria do tabaco começa a ter repercussões importantes na região Sul, especialmente na busca por alternativas à cultura do fumo a fim de tornar os fumicultores menos dependentes.

Dentre as experiências da região, especialmente em Santa Maria, destaca-se o Projeto Esperança/Coesperança, idealizado pela Igreja Católica, desde 1986, e que possui os seguintes eixos de atuação: o cooperativismo alternativo, a economia popular solidária, a agricultura e agroindústria familiar, a agroecologia, as alternativas à cultura do fumo, o desenvolvimento sustentável, a comercialização direta, as questões de gênero, a geração de trabalho e renda, a auto-gestão, as políticas públicas e o consumo justo, ético e solidário. (PROJETO ESPERANÇA/COOPERANÇA, 2002).

O financiamento do Projeto Esperança ocorre por intermédio de um Fundo Rotativo, que funciona desde 1987. Os recursos advêm também de outras fontes, como o Fundo Estadual da Cáritas-RS e o Fundo de Crédito, além do Projeto estar inserido em diversos programas de crédito subsidiados pelo governo do Estado do Rio Grande do Sul, como o Programa da Agroindústria Familiar, Crédito Assistido, Programa de Economia Popular Solidária, Banco do Povo, Cooperativa de Crédito da Agricultura Familiar.

O Projeto Esperança/Cooesperança é uma iniciativa que tem como uma de suas características principais a atuação de líderes locais da região de Santa Maria na mobilização dos atores envolvidos nas suas propostas. A proposta baseia-se no desenvolvimento de Projetos Alternativos Comunitários (PACs) e da Economia Popular Solidária, cujo eixo organizativo está calcado na **Associação, Cooperação e Autogestão**.

Por intermédio desse Projeto é realizado, anualmente, o Seminário de Culturas Alternativas que já está em seu 14º ano. A mobilização de agricultores que optaram por alternativas à cultura do fumo, bem como de parceiros do Projeto, abre espaço para que as experiências desses ex-fumicultores possam ser apresentadas, viabilizando um debate de caráter democrático e potencializador de estratégias e novas ações para a continuidade do Projeto.

Substituir a fumicultura por bananicultura (cultura de bananas) foi a iniciativa bem sucedida do município de Schroeder, localizado no nordeste do estado de Santa Catarina, na microrregião de Joinville. O município tem uma área de 149,5Km² de território, com aproximadamente 10 mil habitantes, e tem como principal atividade econômica a agricultura. O município que vivia da fumicultura tem encontrado na produção de bananas não somente uma resposta positiva para os agricultores da região, como também uma opção de atividade industrial como, por exemplo, a produção de doces e chocolates.

Segundo relato de autoridades locais, o fumo era a principal atividade agrícola da região há cerca de 12 anos. Hoje, a bananicultura é a principal atividade agroindustrial e faz parte de uma iniciativa histórica no município, que optou por esta cultura em substituição ao fumo. Atualmente, Schroeder possui uma atividade agro-exportadora de significativa importância para a manutenção de elevados níveis sócio-econômicos.

Também a Organização Não-Governamental CAPA, que atua na região de Santa Cruz do Sul, no estado do Rio Grande do Sul, possui iniciativas na busca de alternativas à fumicultura.

Agências de desenvolvimento, doadores e agências multilaterais reconhecem que o aumento do tabagismo transcende a questão saúde. Embora pesquisas epidemiológicas continuem a associar o uso do tabaco com o crescimento do número de problemas de saúde, pesquisas econômicas mostram que o tabaco também pode contribuir para a pobreza dos usuários, dos plantadores, dos trabalhadores e das nações. O controle do tabaco, que antes era apenas feito por países desenvolvidos, hoje depende da mão de obra de todos os países num trabalho conjunto.

O Banco Mundial tem mostrado que mesmo que se implemente uma significativa política de controle de tabaco, o impacto sobre o total de empregos na maioria dos países será pequeno ou nenhum. Os empregos permaneceriam no mesmo patamar ou cresceriam se o consumo de tabaco em muitos países fosse reduzido ou eliminado, e os gastos com tabaco fossem substituídos por outros produtos e serviços. Isto se deve ao simples fato de que quando pessoas deixam de consumir tabaco seu dinheiro não desaparece. Certamente esse dinheiro é direcionado para outros produtos e serviços, gerando demanda de novos empregos e influenciando na economia. Desta maneira, em resumo, haverá benefícios para a saúde sem prejuízos – com possibilidades de ajuda – para a economia nacional.

Projeções mostram que o número de fumantes no mundo crescerá de 1,3 bilhões para mais de 1,7 bilhões em 2005 (devido, em parte, ao aumento da população global), caso a prevalência global do tabagismo continue inalterada. Mesmo assumindo uma redução da prevalência em uma taxa anual de 1%, espera-se que o número de consumidores aumente para 1,46 bilhões em 2025. No caso de uma redução futura no consumo haverá uma redução do emprego na fumicultura, mas estes empregos irão

diminuir de forma lenta e progressiva por décadas, sendo incluídos em outras funções, e não de forma imediata.

5. A Convenção Quadro para Controle do Tabaco: primeiro passo para uma solução

Vale ressaltar que o texto dessa Convenção inclui dentre as justificativas para as ações propostas aos países signatários, a preocupação com o ônus que o consumo e a produção mundial de tabaco impõem aos segmentos economicamente menos favorecidos e aos sistemas nacionais de saúde:

“As Partes dessa Convenção

... “Seriamente preocupadas com o aumento do consumo e da produção mundial de cigarros e outros produtos de tabaco, particularmente em países em desenvolvimento, assim como o ônus que se impõe às famílias, aos pobres e aos sistemas nacionais de saúde...” (trecho extraído do Preâmbulo da Convenção Quadro para Controle do Tabaco - Preâmbulo).

O Brasil não só participou ativamente do processo de negociação da Convenção Quadro, como também presidiu o Órgão de Negociação Intergovernamental desde seu início. Para subsidiar o governo brasileiro nesse processo, foi criada a Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco, através do Decreto nº. 3136 de 13/08/99, a qual foi substituída, em agosto de 2003, pela atual Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.

A Comissão, que tem caráter interministerial, é integrada por representantes do Ministério da Saúde (Instituto Nacional de Câncer - INCA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Assessoria de Assuntos Internacionais - AAI), das Relações Exteriores, da Agricultura e Abastecimento, do Desenvolvimento Agrário, da Fazenda, da Justiça, do Trabalho e Emprego, da Educação e do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, das Comunicações e do Meio Ambiente. Cabe ao Ministro da Saúde a Presidência dessa Comissão e, ao Instituto Nacional de Câncer - INCA, o papel de Secretaria-Executiva.

O Brasil foi o segundo país a assinar a Convenção. Em 27 de agosto de 2003, a Convenção foi oficialmente entregue à Câmara dos Deputados. No entanto, até o momento, ela não foi apreciada e aguarda a constituição de uma Comissão Especial a ser integrada pelas seguintes Comissões: Relações Exteriores e de Defesa Nacional, Ciência e Tecnologia, Comunicação e Informática, Defesa do Consumidor, Finanças e Tributação, Meio Ambiente e Minorias, Indústria e Comércio, Seguridade Social e Família, Economia e Comissão de Constituição e Justiça e de Redação.

Até o dia 15 de abril de 2004, 102 países já assinaram a Convenção-Quadro e dez já ratificaram, porém, para que o tratado entre em vigor, deverá ser ratificada por, no mínimo, 40 países.

6. Sugestões de atividades para a divulgação da data:

- Procurar envolver localmente, entidades governamentais ou não-governamentais ligadas ao desenvolvimento social.
- Divulgar através da mídia, matérias (textos baseados em evidências científicas, referenciadas pela OMS) sobre os malefícios causados pelo tabagismo de uma forma geral, com o objetivo de informar à população, atentando para as estratégias da indústria do tabaco ao utilizar a mídia, filmes, novelas e a moda como propaganda de seus produtos;
- Promover nos restaurantes, bares e shoppings: “Um dia sem tabaco”. Incentivando os proprietários a promover um ou mais dias da semana, próximos ao dia 31 de maio – Dia Mundial sem Tabaco, o ambiente totalmente livre de tabaco em seu estabelecimento. Estimular ou promover pesquisa de opinião sobre esse tipo de ação entre clientes e funcionários desses estabelecimentos;
- Promover a divulgação da data comemorativa através de mensagens nos contracheques estaduais/municipais, nas contas de água, luz e telefone, nos extratos bancários etc;
- Trabalhar com instituições acadêmicas para realizar e disseminar as informações sobre o malefício do uso do tabaco, principalmente relacionadas ao tema desse ano;
- Buscar apoio de pessoas públicas (artistas, atletas, modelos, igrejas etc) formadoras de opinião para participação nos eventos comemorativos;
- Buscar apoio com Associações de Moradores de Comunidades Carentes para divulgar, através de palestras/eventos, os malefícios do tabaco.
- Elaborar uma atividade (esporte, show de musica, circense ect) cujo ingresso para a entrada seja alimentos não perecíveis (buscar apoio do Programa Fome Zero em seu Estado)
- Mobilizar estudantes de diversas áreas: comunicação, educação, turismo, saúde, etc, para que possam se tornar multiplicadores do programa de controle do tabagismo;
- Incentivar ONGs locais a realizarem movimentos junto à população e autoridades para o controle do tabagismo, como, por exemplo, esclarecimento aos jovens sobre as estratégias da indústria para influenciá-los a fumar;
- Nos municípios que ainda não houver regulamentação da Lei nº 9.294/96 (lei que proíbe fumar em ambientes públicos fechados), incentivar ONGs a estarem pressionando a Câmara Municipal para que essa regulamentação ocorra;
- Promover uma atividade que reúna música, atividade esportiva e panfletagem;
- Promover, com escolas de teatro e artes, atividades para jovens e crianças, onde o tema possa ser explorado através de uma peça teatral, brincadeiras e outras atividades de arte;
- Incentivar, através de uma rádio ou canal de televisão local, que os fumantes troquem a compra de um maço de cigarros por 1 quilo de alimento não perecível para o Programa Fome Zero.

7. Sugestões de atividades para escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho

Escola

- Concurso de desenhos, após o tema ter sido trabalhado nas aulas ou numa palestra para toda a escola;
- Realizar uma exposição com os cartazes e convidar pais e comunidade à visitação;
- Realizar uma maratona de matemática enfocando o gasto com o cigarro e o gasto com produtos de primeira necessidade (cesta básica).
- Incentivar os alunos a montarem uma exposição sobre os prejuízos decorrentes do consumo de tabaco (prejuízo a sua própria saúde, a saúde dos fumantes passivos, a questão financeira).
- Elaborar painéis onde possam constar as embalagens de cigarro com seus preços, e recortes de objetos que poderiam ser adquiridos com o mesmo valor.

Unidades de Saúde & Ambientes de Trabalho

- Desenvolver uma parceria com a CIPA (Comissão Interna para Prevenção de Acidentes) e com a Divisão da Saúde do Trabalhador para realização de um evento comemorativo;
- Inclusão de mensagem nos contra-cheques dos funcionários e entrega de folheto de sensibilização (que pode ser elaborado pela própria Instituição);
- Realizar troca de maços de cigarro por brindes (a critério da Instituição);
- Realizar um concurso interno entre funcionários, filhos de funcionários (e outro, com pacientes) e familiares, para criação de frases e desenhos sobre o tema e a data. Tais materiais poderiam ser classificados e premiados, assim como permanecer durante um período pré-determinado em exposição em local de grande circulação;
- Realização de um evento com atividades comemorativas com palestras técnico-científicas, entrega de prêmios, stand para verificação de monóxido de carbono, panfletagem e etc;
- Realização de peça teatral com participação de funcionários e outras atividades com a presença de personalidades;
- Realizar uma breve palestra sobre os gastos do consumo do tabaco x gastos com custos de medicamentos/ saúde/ produtos de primeira necessidade (cesta básica).
- Incentivar os fumantes no Dia Mundial sem Tabaco a trocar a compra de seu maço de cigarro pela compra de um quilo de alimento não perecível para que sua empresa e/ou unidade de saúde doe ao Programa Fome Zero.

8. Avaliação das atividades: avaliar para valorizar suas atividades

A avaliação do trabalho realizado consiste em uma etapa fundamental neste processo. Um registro cuidadoso das principais atividades desenvolvidas em comemoração a esta data pontual é o primeiro passo a ser dado e, para tanto, encontra-se no anexo uma planilha com informações a serem obtidas, além de instruções para o seu preenchimento. Tal planilha deve ser enviada a CONPREV/INCA, 30(trinta) dias após o encerramento das comemorações.

De posse dessas informações, o coordenador poderá fazer um balanço das atividades realizadas, verificar se as metas foram atingidas, comparar com o trabalho de anos anteriores (e posteriores), divulgar os resultados alcançados, dar maior visibilidade ao trabalho, e ainda captar mais recursos para realizações futuras, além de justificar o que foi investido. Do mesmo modo, ao enviar este instrumento (planilha preenchida) a CONPREV/INCA, permitirá que todos os aspectos acima citados sejam expandidos para avaliar as ações realizadas em todo o país. Espera-se com isso que o nosso trabalho seja continuamente aprimorado e valorizado.

É importante lembrar que, para que os dados possam ser aproveitados, é preciso respeitar a padronização do instrumento e cuidar da qualidade do que é informado. Do contrário, corre-se o risco de perder tempo com preenchimento de informações que não poderão ser utilizadas.

No caso de haver sugestões, críticas ou interesse em fornecer dados que não foram solicitados, as soluções propostas devem ser anexadas ao instrumento (planilha) original e enviados em conjunto.

Segue, anexada, a planilha, bem como as instruções de preenchimento.

Orientações do preenchimento da planilha de acompanhamento das datas comemorativas:

- **Atividade realizada** descrever o tipo de atividade realizada naquele município, por exemplo: Caminhada com alunos das escolas de 1º grau nas principais ruas do centro com faixas e cartazes outro exemplo, Seminário para profissionais de saúde para profissionais da rede básica de saúde da SES.

- **Data/local** - da realização do evento.

- **Público estimado** – Informar o público estimado presente ao evento. Procurar se informar através da Defesa Civil, Corpo de Bombeiros, Responsável administrativo pelo auditório e/ou Prefeitura municipal etc, qual o número de público para aquela área (praças, estádios, prédios públicos, etc) para estimar o público presente. Também pode ser calculado o número de pessoas participante ao evento baseados no quantitativo de materiais que foram distribuídos e das inscrições realizadas para o evento

- **Material distribuído:** informar o número de cada material distribuído na referida atividade.

- **Inserção na mídia:** informar o número de entrevistas e/ou matérias por veículo de mídia, citar nome do programa e rádio, nome do programa e canal de televisão. Anexar as cópias de matérias publicadas em revista, jornais etc.

- **Em anexo:** Caso queiram informar algum dado que não consta na planilha como fotos dos eventos e/ou Cópia das reportagens etc.

BIBLIOGRAFIA:

1. EUROPEAN COMMISSION, WORLD HEALTH ORGANIZATION AND WORLD BANK 2003. Tobacco & Health in the Developing World. A Background Paper for the High Level Round Table on Tobacco Control and Development Policy. Organized by the European Commission in collaboration with the World Health Organization and the World Bank – Brussels 3-4 February 2003.
2. EUROPEAN COMMISSION 2003. Tobacco control in European Commission (ec) development policy – A background paper for the high Level Round Table on Tobacco Control and Development Policy, Brussels, 3-4 February 2003.
3. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD) AND WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003. Poverty and Health (Draft) - reference document published by Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) and WHO. É o resultado de um esforço conjunto dos membros do DAC (Development Assistance Committee) trabalhando conjuntamente através do DAC network on Poverty Reduction. Esse network conta com o apoio de organizações como a OMS o Banco Mundial e outras agências das Nações Unidas, assim como ONGs. É um documento que expande e aprofunda o documento “ The DAC Guidelines on Poverty Reduction” , endossado pelos OECD Ministers of Development Co-operation e chefes de agências de desenvolvimento elaborado em 2001, na DAC High Level Meeting.
4. ILO (INTERNATIONAL LABOUR OFFICE), 2003. Employment trends in the tobacco sector : Challenges and prospects. Report for discussion as the Tripartite Meeting on the Future of Employment in the Tobacco Sector.
5. GUINDON, E., TOBIN, D., YACH, D., 2002. Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains, Tobacco Control, 11:35–43, september.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. Falando sobre tabagismo. 3ª ed. Rio de Janeiro.
MINISTERIO DA SAÚDE, 2000. Instituto Nacional de Câncer/Fundação Getúlio Vargas. Cigarro Brasileiro. Análises e Propostas para Redução do Consumo. Rio de Janeiro.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. Falando sobre Câncer e seus Fatores de Risco. 2ª ed. Rio de Janeiro.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar. Rio de Janeiro.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Ação Global para o Controle do Tabaco: 1º Tratado de Saúde Pública. 2ª ed. Rio de Janeiro.
10. BANCO MUNDIAL, 1999. A epidemia do tabagismo: Os governos e os aspectos econômicos do controle do Tabaco. The World Bank, agosto.
11. UNITED NATIONS 2002 - Economic and Social Council Report of the Secretary General – Substantive Session of 2002 New York, 1-24 July, 2002 - Item (f) of the provisional agenda - Ad Hoc Inter-Agency Task Force on Tobacco Control.

Este manual foi adaptado a partir das orientações da Organização Mundial da Saúde/OMS para as comemorações do Dia Mundial sem Tabaco - 31 de maio de 2004.

Ministério da Saúde

Humberto Costa

Instituto Nacional de Câncer

José Temporão

Coordenação de Prevenção e Vigilância

Gulnar Mendonça

Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer

Tânia Maria Cavalcante

Marcus Valério Oliveira

Elaboração do texto do manual

Valéria Cunha, Andréa Cardoso, Tânia Cavalcante, Maria Raquel Silva, Márcia Pinto, Júlio Wong, Érica Cavalcanti e Vera Colombo.

Tradução

Júlio Wong e Vera Lúcia Colombo

Colaboração da Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer

Aline Mesquita, Beatriz Jardim, Cleide Carvalho, Cristina Perez, Cristiane Vianna, Érica Cavalcanti, Felipe Mendes, Gilcenira Esteves, Luisa Goldfarb, Márcia Teixeira, Mariana Pinho, Ricardo Meirelles, Sueli Couto e estagiários: Ana Paula Peterman, Fábio Gomes e Patrícia Vaz.

Apoio Técnico

Rita de Cássia Martins, Luana Soares e estagiária Tatiane Araújo.

Edição e distribuição:

Instituto Nacional de Câncer – INCA

Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev

Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer

Rua dos Inválidos, 212 / 2º andar – Centro.

Rio de Janeiro – RJ - Cep: 20231-020

Tel: (21) 3970- 7414 Fax: (21) 3970-7500

e-mail: prevprim@inca.gov.br - Divisão de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer