



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



25ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA 50ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., 21-25 setembro 1998

Tema 4.5 da Agenda Provisória

CSP25/11 (Port.)
10 julho 1998
ORIGINAL: INGLÊS

PREVENÇÃO E CONTROLE DO USO DO FUMO

O tabagismo causa mais de três milhões de mortes por ano em todo o mundo e é um dos mais graves problemas de saúde pública do planeta. Estima-se que anualmente ocorra um total de 670.000 óbitos evitáveis devidos ao fumo na Região das Américas. Desse total, 135.000 correspondem à América Latina e ao Caribe, 35.000 ao Canadá e 500.000 aos Estados Unidos.

O nível atual de uso do fumo está associado a mudanças no perfil epidemiológico da Região, que se tem caracterizado por um aumento da morbidade e mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis. Até agora, o tabagismo não respondeu às medidas limitadas tomadas para combatê-lo.

Este documento analisa a situação atual e atualiza informações sobre atividades nacionais e internacionais de controle do tabagismo. Propõe também linhas de ação para fortalecimento da cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde para reduzir os problemas decorrentes do uso do fumo na Região.

Este documento foi submetido ao Subcomitê de Planejamento e Programação e ao Comitê Executivo em sua 122a. sessão, realizada em junho. Solicita-se que a 25a. Conferência Sanitária Pan-Americana examine e comente o conteúdo do documento e aprove as novas diretrizes para um plano de ação baseado em informações atualizadas e estratégias condizentes com a situação e as necessidades atuais dos Estados Membros, bem como considere a aprovação do plano de ação recomendado e adoção da resolução proposta pelo Comitê Executivo (CE122.R6).

SUMÁRIO

	<i>Página</i>
Resumo Executivo.....	3
1. Introdução.....	4
2. Análise Situacional	4
2.1 Prevalência e Consumo.....	4
2.2 Custos Econômicos e de Saúde.....	6
2.3 Legislação, Regulamentação e Tributação.....	7
3. Bases para a Ação	12
3.1 Resoluções e Planos de Ação da OMS e da OPAS.....	12
3.2 “Fumo ou Saúde”, o Plano de Ação da OMS para 1996-2000.....	12
3.3 Proposta de Atualização do Plano de Ação da OPAS.....	12
Referências.....	20
Anexo: Resolução CE122.R6	

RESUMO EXECUTIVO

Este documento descreve o uso do fumo na Região e as suas graves repercussões na saúde, objetivando atualizar o plano de ação que a Organização e os Estados Membros podem adotar em 1998-2000 e nos anos posteriores, para combater mais efetivamente esse problema. O documento examina o uso do fumo na Região, os seus custos para a saúde e a economia e as medidas tomadas pelos Estados Membros para controlá-lo. Além disso, chama atenção para o fato de que o tabagismo é a principal causa evitável de morte no mundo, respondendo anualmente por 670.000 óbitos na Região.

O Comitê Executivo, em sua 122ª Sessão, examinou o conteúdo e considerou o plano de ação aqui proposto. Solicita-se que a Conferência Sanitária Pan-Americana adote as recomendações do Comitê Executivo referentes ao plano de ação, que visa a atingir um nível ótimo de controle do tabagismo.

Propõe-se que a Região adote os seguintes objetivos:

- os ministérios da saúde e a OPAS devem atribuir alta prioridade ao controle do tabagismo;
- deve-se designar um coordenador com dedicação exclusiva para controle do uso do fumo, com adequados recursos e autoridade, em cada ministério da saúde, assim como em outros órgãos apropriados do governo;
- as coalizões nacionais de controle do tabagismo e o Comitê Latino-Americano de Coordenação do Controle do Tabaco (CLACCTA) deverão ser reconhecidos pelos governos, e os ministérios da saúde deverão ter participação ativa nos programas de controle do tabagismo;
- todos os escritórios e dependências físicas do ministério da saúde e dos organismos pertinentes em todo o país passarão a ser ambientes livres do fumo;
- a prevalência do hábito de fumar entre agentes de saúde será reduzida em 10% ao ano;
- deve-se formular um plano detalhado, com prazos, para eliminação de todas as formas de promoção do tabagismo que influenciam os jovens;
- deve-se formular um plano nacional geral de controle do uso do fumo, incorporando os elementos enumerados neste documento.

1. Introdução

Embora haja grandes variações dentro da América Latina e do Caribe, a situação geral caracteriza-se por níveis bastante estáveis de consumo, aceitação social generalizada do fumo, um público mal informado sobre os seus efeitos nocivos, deficiências dos programas de promoção da saúde, pouca firmeza no empenho dos Estados e do pessoal de saúde e escassa observância das medidas de controle do fumo existentes, tais como ambientes livres do tabaco, restrições à publicidade e proibição de venda de produtos de tabaco a menores. Ademais, a publicidade e promoção do fumo pelas empresas multinacionais, que sempre visaram à expansão dos mercados internacionais, provavelmente aumentarão para captar novos mercados e compensar as perdas nos países industrializados. Essa tendência pode ser favorecida pela situação atual em muitos países, onde as políticas e programas de controle do fumo não são adequadas para resistir a um agressivo mercado internacional.

Outros fatores importantes, segundo a Organização Mundial da Saúde, serão o grande tamanho da coorte de jovens, a urbanização, o crescimento da renda e a convergência de padrões de uso do fumo entre os sexos masculino e feminino. Os problemas de saúde ligados aos estilos de vida e os vícios estão crescendo no mundo em desenvolvimento; o fumo é elemento importante da mudança epidemiológica das doenças infecciosas para as não transmissíveis. Os múltiplos determinantes do uso e dependência do fumo estão fortemente relacionados com um comportamento humano que é difícil de modificar mediante abordagens educativas tradicionais. Do mesmo modo, há uma forte aceitação de que a participação comunitária e o envolvimento dos pais na promoção de estilos de vida saudáveis desde a infância são componentes fundamentais que devem ser fortalecidos para controlar essa epidemia. Entre as pessoas de 35 a 69 anos de idade nos países industrializados, o tabagismo é responsável por 28% de todas as mortes (5). Ele é corretamente apontado como a mais importante causa evitável de morte. A adoção de uma perspectiva semelhante na América Latina e no Caribe seria uma boa medida de saúde pública. Felizmente, os elementos de tal política são conhecidos, eficazes e de implementação exequível.

1. Análise Situacional

2.1 Prevalência e Consumo

Ao se aproximar o ano 2000, e à medida que se tornam mais conhecidos os perigos do fumo, é desalentador observar que o consumo de tabaco na Região acusou apenas modesto declínio nos dois últimos decênios. De 1970-1972 a 1990-1992, o consumo *per capita* na América Latina e no Caribe caiu apenas 11%. Entrementes, alguns países estão efetivamente aumentando a produção de produtos do fumo, não obstante o

fato de que 650 morrem por ano para cada mil toneladas de tabaco produzidas para consumo humano (10).

Embora seja duvidosa a precisão dos dados, há indícios de que quase um terço dos adultos da América Latina e do Caribe são fumantes, o que equivale ao mesmo nível do Canadá e um pouco superior ao dos Estados Unidos da América (Tabela 1). Os índices de prevalência variam consideravelmente, de 40% na Venezuela e na República Dominicana, a 15% no Paraguai.

Tabela 1. Uso do Fumo na Região das Américas

País	Total (%) de fumantes	Homens que fumam (%)	Mulheres que fumam (%)	Amostra, Ano da pesquisa	Número anual de cigarros per capita	
Argentina	31	40	28	Buenos Aires, 1992	1.720	+
Bolívia	38	46	29	urbana, 1986	1.750	+
Brasil	33	40	25	1989	1.500	+
Canadá	30	31	29	1994-1995	2.540	
Chile	31	38	25	1990	1.130	
Colômbia	27	35	19	12 anos ou +, 1992	1.750	
Costa Rica	22	33	11	14 anos ou +, 1987	1.340	
Cuba	36	49	25	1990	2.280	
El Salvador	25	38	12	1988	1.010	+
Equador	36	-	-	20 anos ou +, 1988	870	+
Estados Unidos	26	28	23	18 anos ou +, 1994	2.670	
Guatemala	27	38	18	Urbana, 1989	340	+
Honduras	23	36	11	Urbana, 1988	850	+
Jamaica	28	43	13	1990	860	
México	26	38	14	Urbana, 1990	1.500	
Paraguai	15	24	6	1990	1.100	+
Peru	27	41	13	Urbana, 1989	350	
Rep. Dominicana	40	66	14	Diariamente, 1990	1.010	
Uruguai	36	41	27	1990	1.700	+
Venezuela	40	42	39	1992	1.920	

Fonte: OMS, *Tobacco or Health: A global status report, 1997*.

1. Inclui países que notificaram a prevalência desde 1986, com base numa amostra nacional de adultos (geralmente maiores de 15 anos, salvo indicação em contrário).
2. Dados referentes a 1990-1992 baseados na produção ou importação. O sinal “+” indica que a cifra está abaixo do consumo efetivo, devido ao contrabando.

Muito embora a proporção de mulheres fumantes na América Latina seja consideravelmente menor (19%) do que no Canadá e nos Estados Unidos (26%), a proporção de homens (40%) é muito mais alta do que nos países industrializados (29%). As mulheres da América Latina provavelmente constituem o novo alvo das empresas multinacionais, que também hão de querer preservar a sua posição entre os fumantes do sexo masculino.

Em média, o consumo de tabaco tem início entre os 15 e os 17 anos, mas essa idade vem caindo de maneira alarmante na década de 1990. Como a nicotina é uma droga com poderoso efeito e o início precoce do seu uso leva a uma dependência mais forte, pode-se esperar que as empresas fumageiras continuarão se concentrando nos jovens, mediante atividades de patrocínio, publicidade dirigida e *marketing* com ênfase nos esportes, na moda e na música.

Embora mais adultos façam uso do fumo na América Latina do que no Canadá ou nos Estados Unidos, o seu consumo é menor. Na América Latina, os fumantes consomem menos cigarros por dia (12) do que no Canadá (19) ou nos Estados Unidos (20), e o número anual de cigarros consumidos *per capita* na América Latina é inferior à média dos dois países do norte (Tabela 1). A vantagem relativa da América Latina, porém, é muito menor do que há 20 anos, como tipicamente ocorre nas regiões em desenvolvimento de todo o mundo. De 1970-1972 a 1990-1992, o consumo *per capita* caiu 35% no Canadá e 28% nos Estados Unidos, mas na América Latina, diminuiu apenas 11%.

2.2 Custos Econômicos e de Saúde

Segundo estimativa da OMS, o número anual de mortes relacionadas com o consumo de cigarros em todo o mundo foi superior a três milhões em 1995. Desse total, 135.000 ocorreram na América Latina e no Caribe, 45.000 no Canadá e 500.000 nos Estados Unidos (12).

Nos países industrializados, onde políticas de controle do tabagismo começaram a reduzir as taxas de consumo de tabaco há 20 anos, as doenças relacionadas com o fumo estão agora em declínio como causa de morte. Há, porém, reveladoras exceções: no Canadá, onde as mulheres começaram a fumar depois dos homens e ainda não reduziram as respectivas taxas na mesma proporção, o câncer pulmonar é a única forma de câncer que acusou aumento nos últimos anos. Hoje, as mulheres canadenses têm mais probabilidades de morrer de câncer pulmonar do que de qualquer outro, inclusive o câncer de mama (2).

O custo do tabagismo é considerável: no Canadá, é estimado em US\$ 7,7 bilhões (\$2,1 bilhões em atenção direta em 1993) (6); nos Estados Unidos, a cifra sobe a

\$68 bilhões (\$20 bilhões em atenção direta em 1990) (8). Muito embora sejam substanciais, os impostos sobre o fumo não cobrem esses custos. No Canadá, por exemplo, os impostos sobre o fumo representaram \$4,2 bilhões em 1993. Isso significa que o custo excedente do tabagismo para o Tesouro Público foi de \$3,5 bilhões (1). Tão altos são os custos do tabagismo que bons programas de prevenção baseados nas escolas economizariam, segundo se estima, US\$16 para cada dólar gasto no seu planejamento e execução (7). Os custos da atenção de saúde e da perda de produtividade devidos ao tabagismo representam despesas de que os países em desenvolvimento não necessitam.

Embora o Banco Mundial, baseando-se em pressupostos conservadores, haja estimado que o tabagismo representa uma drenagem anual de \$200 bilhões anuais para a economia (10), os custos reais são muito mais altos.

Deve-se assinalar também os resultados da Agência de Proteção Ambiental (EPA) dos Estados Unidos em 1994 (9). Aquele órgão fez várias notificações a respeito da presença de nicotina e pelo menos 43 outros carcinógenos na fumaça do cigarro, tanto exalada como produzida por combustão direta (fluxo paralelo de fumaça). Ao mesmo tempo, foram identificadas dezenas de outras substâncias tóxicas e irritantes que contribuem para condições tais como câncer pulmonar, infecções respiratórias em crianças e doenças cardiovasculares em adultos.

As exportações de fumo geram quase US\$1 bilhão por ano para o Brasil e \$5 bilhões para os Estados Unidos. Cinco países da Região situam-se entre os principais produtores mundiais de fumo não manufaturado: os Estados Unidos (segundo), o Brasil (quarto), o Canadá (décimo quarto), a Argentina (décimo quinto) e o México (décimo sexto). O Brasil é o principal exportador mundial de fumo não manufaturado, cabendo o terceiro lugar aos Estados Unidos. Entre os produtores de cigarros manufaturados, o primeiro lugar corresponde aos Estados Unidos, seguindo-se o Brasil (sexto lugar), a Venezuela (décimo sexto), o Canadá (décimo nono) e a Colômbia (vigésimo). Naqueles países, pode-se esperar resistência política ao controle do fumo por parte dos que lucram com a produção de tabaco ou a fabricação de cigarros.

2.3 Legislação, Regulamentação e Tributação

O Canadá faz parte de um pequeno grupo de países que instituíram programas nacionais com políticas eficazes de controle do tabagismo. Dentro dos Estados Unidos da América, os Estados da Califórnia e de Massachusetts também adotaram amplos programas de controle.

Todas essas jurisdições acusaram acentuados declínios no uso do fumo. Entre as importantes medidas tomadas, contam-se as seguintes: restrições à publicidade, controle

das vendas a menores, advertências obrigatórias sobre malefícios para a saúde nas embalagens de cigarros, restrições ao consumo de cigarros em ambientes fechados, aumento constante dos impostos sobre produtos do fumo, educação sanitária continuada nas escolas e para o grande público, e apoio aos esforços para abandonar o seu uso.

Na Califórnia e em Massachusetts, os impostos sobre cigarros são a fonte de renda para modernos e eficazes programas de comunicação de massa e educação antitabagista. Neste particular, a Austrália vai ainda mais adiante, substituindo o patrocínio das companhias fumageiras por fundos provenientes da tributação dos cigarros. O aumento dos impostos sobre o fumo poderia gerar um ganho orçamentário líquido na América Latina e no Caribe, assim como gerou no Canadá, onde a receita da tributação dos cigarros quase triplicou de 1981 a 1992, ao mesmo tempo que o consumo caía 40%.

Somente cinco países (Canadá, Cuba, Estados Unidos, Nicarágua e Venezuela) impuseram a proibição absoluta de propaganda de cigarros no rádio e na televisão. A maioria dos países regulamenta as ocasiões em que é permitida a transmissão de tais anúncios, e um número menor restringe o seu conteúdo e o seu público alvo (Tabela 2).

Mesmo em países onde é proibida a publicidade no rádio e na televisão, geralmente é tolerada a propaganda impressa. A publicidade em murais, pontos de venda e revistas dedicadas a todos os interesses e grupos de idade é altamente visível em toda a Região. A propaganda indireta, na forma de endosso de produtos e patrocínio de eventos desportivos e culturais só é regulamentada em alguns países, e se encontra geralmente difundida por toda a Região.

Em muitos países os regulamentos procuram limitar a exposição de menores a essa publicidade mediante a exclusão de modelos positivos, mudanças de horário ou proibição de anúncios em locais de alto risco. Recentemente, alguns países, como Chile, a Costa Rica e o Peru, adotaram leis que restringem os horários e o conteúdo da propaganda de cigarros, exigem advertências sobre os riscos de saúde resultantes do tabagismo e pedem a incorporação de programas educativos nas escolas e comunidades. Pelo menos 12 países latino-americanos mantêm instrução constante sobre o controle do tabaco e dois a oferecem em caráter facultativo.

Tabela 2. Propaganda Direta de Produtos do Fumo em Estados Membros da OPAS, Meados da Década de 1990

País	Radiodifusão (TV, Rádio)			Restrições à Mídia Impressa
	Proib. Total	Restrição de horário	Restrição de conteúdo	
Argentina		TV,R	TV,R	Proibição em órgãos para os jovens
Bolívia		TV		
Brasil		TV,R		Proibição em órgãos para os jovens
Canada	TV, R			Exige advertências de saúde
Chile		TV		Exige advertências de saúde
Colômbia		TV	TV	Proibição em publicações científicas, murais e transportes coletivos
Costa Rica		TV,R		Proibição em órgãos para os jovens e seções de esportes dos jornais
Cuba	TV,R			Proibida
Equador		TV,R		Exige advertências de saúde; Proíbe propaganda dirigida à infância
El Salvador		TV	TV	
Estados Unidos	TV,R			Exige advertências de saúde
Guatemala				
Honduras				Exige advertências de saúde
Jamaica				
México		TV,R	TV,R	Proibida associação com esportes, juventude, atividades cívicas e religião
Panamá		TV	TV	É proibido mostrar fumantes
Paraguai		TV	TV,R	Exige advertências de saúde; proibida associação com esportes ou crianças
Peru		TV,R	TV,R	Exige advertências de saúde
Rep. Dominicana		TV		
Uruguai			TV,R	Exige advertências de saúde
Venezuela	TV,R			Exige advertências de saúde

Fontes: Boletín CLACCTA: Legislación sobre el control del tabaquismo en América Latina, janeiro de 1997.

OMS, Tobacco or Health: A Global status report, 1997.

Embora seja útil, a educação sanitária geralmente não é suficiente para desestimular o uso do fumo. Do mesmo modo, talvez não seja aconselhável endossar um conjunto rígido e restritivo de medidas de controle. A melhor alternativa parece ser uma estratégia abrangente, que inclua o envolvimento dos pais para promover modelos positivos e a participação da comunidade e da escola no combate a estilos de vida que não sejam saudáveis. Contudo, o preço dos cigarros mostrou-se um efetivo instrumento dissuasório em muitos países, inclusive a Austrália, o Canadá, a Dinamarca, a França, a Nova Zelândia, a Noruega, a África do Sul, o Reino Unido e os Estados Unidos (âmbito estadual).

Na Região, o tempo de trabalho com um salário médio necessário para comprar um maço de cigarros varia de 10 minutos nos Estados Unidos a 160 minutos na Bolívia (Tabela 3). Pouco surpreende que os impostos perfaçam apenas 30% do preço dos cigarros nos Estados Unidos e 61% na Bolívia. Esses países, porém, não são os extremos no que se refere aos impostos, que vão de 10% do preço total no Paraguai a 75% no Brasil e na Costa Rica. Não obstante a eficácia do preço como medida de controle do uso do fumo, não há legislação ou decretos nacionais que envolvam a regulamentação explícita dos preços ou um aumento dos impostos sobre os produtos de tabaco.

A redução do acesso dos jovens ao fumo pode ser eficaz no controle do uso inicial e da dependência, mas poucos são os países que limitam as vendas a menores (Tabela 3). Mesmo quando existem restrições, é necessário vigor na sua aplicação para assegurar a observância por parte dos varejistas, e isso geralmente não acontece. No Canadá, por exemplo, mais de 50% dos vendedores de produtos do fumo não hesitam em vender a crianças de não mais de 12 ou 13 anos, embora a lei determine que os compradores devem ter pelo menos 18 anos de idade (3).

A grande maioria dos países da Região tem uma ou outra forma de proibição do uso do fumo em público, e os locais mais comumente protegidos são os serviços de saúde, as escolas, os transportes coletivos e os recintos fechados para diversões, como os cinemas (Tabela 3). Também neste caso, porém, a aplicação e a observância da lei são essenciais para que essa medida dê resultado. A consciência pública dos riscos ambientais criados pela fumaça do tabaco constitui importante estímulo à aceitação dessas proibições.

Tabela 3. Medidas de Controle do Tabagismo em Estados Membros da OPAS, Meados da Década de 1990

Pais	Imposto como % do preço, minutos para comprar 20 cigarros	Proibida a venda a menores¹	Áreas públicas onde é proibido fumar em todo o país²
Argentina	70%		
Bolívia	61%, 160 min.		Serviços de saúde, transportes, espaços públicos fechados
Brasil	75%	X	
Canada		X	Transporte, repartições federais
Chile	70%		Serviços de saúde
Colômbia		X (16 anos)	Serviços de saúde, aviões, escolas
Costa Rica	75%, 43 min	X	Transportes, diversões, prédios públicos, local de trabalho
Cuba	150 min	X (16 anos)	Serviços de saúde, transportes, certos prédios públicos
Equador			Aviões
El Salvador	43%		Escritórios de repartições de saúde
Estados Unidos	30%, 10 min	X	Transportes, departamento de saúde
Guatemala			Ônibus
Honduras			Transportes, diversões, prédios públicos, escolas
Jamaica	42%, 44 min		
México			Institutos de saúde, diversões, certas repartições públicas,
Panamá	60%		
Paraguai	10%		Serviços de saúde, transportes, certas repartições
Peru			Transportes, espaços públicos fechados
Rep. Dominicana	13%	X (16 anos)	
Uruguai	60%	X	Serviços de saúde, transportes, escolas, repartições públicas, elevadores
Venezuela	50%	X	Transportes, escolas, cinemas

Fonte: OMS, *Tobacco or Health: A global status report*, 1997.

1. Proibida a venda a menores de 18 anos, salvo indicação em contrário.
2. Há proibições municipais adicionais na Argentina, Canadá, Estados Unidos, México e Uruguai. Muitos países têm restrições (mas não proibições) que a tabela não mostra.

A maioria dos países tem apenas uma ou duas advertências, que sempre aparecem, e há poucos regulamentos que governem o tamanho das advertências e a sua proeminência nas embalagens de cigarros. Os enunciados vão de débeis (“Este produto pode ser prejudicial para a sua saúde”) a muito fortes (“O fumo pode matar”). Apenas quatro países da Região exigem que os fabricantes de cigarros descrevam os níveis de alcatrão e nicotina em suas embalagens, e somente Cuba controla o teor de substâncias tóxicas e cancerígenas nos produtos do fumo (Tabela 4).

3. Bases para a Ação

3.1 *Resoluções e Planos de Ação da OMS e da OPAS*

Durante o período 1969-1997, foram adotadas 14 resoluções pertinentes ao controle do tabagismo na OMS e 4 na OPAS. Foram formulados planos de ação para a OMS, a OPAS e seus Estados Membros para os períodos 1988-1995 e 1996-2000, inclusive um plano de ação regional da OPAS (1989) e um plano interinstitucional (1994).

3.2 *“Fumo ou Saúde”, o Plano de Ação da OMS para 1996-2000*

Este plano prevê a continuação da liderança da OMS na redução e prevenção global do uso do fumo e na promoção de sociedades livres do tabagismo. Os objetivos do programa para o período são: promover o desenvolvimento e fortalecimento de programas nacionais e internacionais para prevenir e reduzir o uso do fumo; promover o conceito de sociedades livres do tabagismo; e recolher, organizar, preparar e disseminar informações válidas sobre epidemiologia do fumo ou saúde e sobre estratégias para controle do consumo de tabaco.

3.3 *Proposta de Atualização do Plano de Ação da OPAS*

Apresenta-se nesta seção a proposta de um plano de ação baseado em sete objetivos para o ano 2000, assim como um quadro conceptual para continuidade da ação depois de 2000. O plano incorpora lições de países e Estados que adotaram bem-sucedidas atividades de controle do tabagismo e admite variações nacionais dentro da Região, a fim de atender a diferentes prioridades e aproveitar as vantagens locais.

Tabela 4. Advertências em Maços/Pacotes de Cigarros em Estados Membros da OPAS, Meados da Década de 1990

País	Advertências sobre Riscos de Saúde		Níveis de Informação sobre	
	Alternadas ¹	Fixas ²	Alcatrão	Nicotina
Argentina		X		
Bolívia		X		
Brasil	X			
Canada	X		X	X
Chile	X		X	X
Colômbia		X		
Costa Rica		X		
Cuba		X		
Estados Unidos	X		X	X
Equador		X		
El Salvador		X		
Guatemala		X		
México	X	X	X	X
Panamá		X		
Paraguai		X		
Peru		X		
Rep. Dominicana		X		
Uruguai		X		
Venezuela		X		

Fontes: *Boletín CLACCTA: Legislación sobre el control del tabaquismo en América Latina, Janeiro de 1997; WHO, Tobacco or Health: A global status report, 1997.*

1. Alternadas: periodicamente, aparecem diferentes advertências.
2. Fixas: aparece sempre a mesma advertência.

3.3.1 Princípios e Pressupostos

- O hábito de fumar é a principal causa evitável de doença e morte na Região, e a importância das doenças ligadas ao tabagismo vem crescendo rapidamente.

Ademais, o hábito de fumar resulta numa perda econômica líquida em todos os países. Esses custos crescerão no futuro se não houver um efetivo controle do tabagismo.

- Os programas de controle do tabagismo podem ser eficazes no retardamento do início do uso do fumo, na redução da prevalência e dos níveis de consumo e na proteção da saúde das crianças e de outros não fumantes. Os países com programas avançados de controle do tabagismo mostram quedas expressivas da morbidade e da mortalidade devida ao fumo.
- Um enfoque abrangente do controle do tabagismo — combinando medidas educativas, legislativas, reguladoras e fiscais — é mais eficaz do que qualquer medida isolada. De modo particular, a educação sobre os perigos do uso do fumo, embora necessária, não é suficiente para um combate efetivo ao uso de tabaco.
- Os enfoques de ordem geral têm em vista: a) a prevenção do tabagismo, b) o estímulo a abandoná-lo e c) a proteção dos não fumantes. As medidas verdadeiramente eficazes produzirão simultaneamente dois ou três desses resultados (p. ex., a proibição efetiva do fumo em lugares públicos protege os não fumantes, estimula o abandono do fumo e contribui para a prevenção).
- As leis que regulamentam o acesso a produtos de tabaco devem refletir a gravidade dos danos vinculados ao seu uso.
- É preciso que haja um consenso livre e informado entre usuários atuais e potenciais de produtos de tabaco.
- É preciso que haja proteção à saúde, aos direitos e ao bem-estar dos não fumantes.
- As leis devem controlar os produtos de tabaco propriamente ditos.
- Qualquer medida que reduza a aceitação social do fumo contribui positivamente para o controle do tabagismo.
- O efetivo controle do tabagismo começa com medidas que recaem na jurisdição do ministério da saúde e progride no sentido de ações que exigem colaboração interministerial e intersetorial.
- As coalizões com participação de governos e organizações não-governamentais são essenciais para combater a bem financiada indústria internacional do tabaco.

- Para que esse esforço seja bem-sucedido, é essencial contar com parcerias efetivas e fortalecimento da capacidade local de controle do tabagismo.
- Haverá necessidade de recursos adicionais para apoiar a implementação de planos nacionais abrangentes em toda a Região.
 - É essencial a cooperação internacional para partilhar as melhores práticas e minimizar as conseqüências não intencionais (p. ex., quando os aumentos de impostos estimulam o contrabando).
 - O êxito no controle do tabagismo no Canadá, nos Estados Unidos e na Europa Ocidental significa que é urgentemente necessário adotar medidas fortes em outras partes do mundo para as quais se voltará a indústria do fumo em busca de novos mercados.

3.3.2 *Objetivos Propostos para o Ano 2000*

Sugerem-se como viáveis, fundamentais e urgentes os objetivos abaixo. A maioria deles tem em vista necessidades essenciais imediatas “de infra-estrutura” (itens 1, 2 e 3), enquanto dois (itens 4 e 5) têm caráter substantivo e dois (6 e 7) lançam as bases para o progresso futuro.

1. A OPAS e todos os ministérios da saúde devem atribuir alta prioridade ao controle do tabagismo.
2. Deve-se designar um coordenador com dedicação exclusiva para atividades de controle do tabagismo, com recursos adequados, em cada ministério da saúde ou outro órgão governamental apropriado.
3. As coalizões nacionais de controle do tabagismo e a CLACCTA deverão ser reconhecidas pelos Estados Membros da OPAS e pelos ministérios da saúde, e ter atuação direta em programas de controle do tabagismo.
4. Deve-se proibir o fumo em todas as repartições do ministério da saúde e dos organismos afins de todo o país.
5. A prevalência do tabagismo entre agentes de saúde deve ser reduzida em 10% ao ano.
6. Deve-se formular um plano detalhado, com prazos, para a eliminação de todas as formas de promoção do tabagismo que influenciam os jovens.

7. Deve-se formular um plano nacional de caráter geral para controle do tabagismo, incorporando os elementos adiante enunciados.
- 3.3.3 *Elementos de um Plano Geral de Controle do Tabagismo*

Um enfoque geral do controle do tabagismo compreende educação e medidas legislativas, normativas e fiscais, acompanhadas de um programa de monitorização de rotina. A promoção da saúde e a participação comunitária também são elementos essenciais para incentivar um estilo de vida sem fumo. A meta das medidas de controle do tabagismo é evitar o início do uso, estimular o seu abandono e proteger os não fumantes, e todos os três resultados às vezes podem ser enfocados a partir de uma mesma medida. Por exemplo, limitar o uso do fumo em lugares públicos não só protege os não fumantes contra a “fumaça do tabaco no meio ambiente,” como pode também estimular o abandono e a prevenção, tornando o hábito de fumar mais difícil de praticar e menos visível. A monitorização é essencial para avaliar o progresso e orientar a ação futura.

3.3.4 *Medidas que Poderiam Alterar a Situação*

As seções seguintes descrevem exemplos de medidas que poderiam ser tomadas imediatamente. Foram extraídas da publicação da OMS *Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic* (11).

Medidas que restringem o acesso aos produtos de tabaco: O preço dos produtos de tabaco deve ser aumentado por meio de impostos, para torná-los menos acessíveis. Experiências em muitos países mostraram que a elevação de impostos é provavelmente a maneira mais eficaz de reduzir o uso do fumo. Em muitos países da América Latina, o rápido crescimento das economias, com aumento da renda disponível, está incentivando o consumo, ao tornar os produtos financeiramente mais acessíveis. Os ministérios da saúde podem desempenhar importante papel, influenciando a política fiscal, mediante contatos com os ministros das finanças, e estimular não somente a elevação dos impostos como o abandono de práticas (como as preferências fiscais para produtos de tabaco enrolados à mão) que estimulam uma elevação geral do consumo.

Deve-se impor restrições aos locais onde é permitida a venda de produtos de tabaco. Alguns lugares onde são vendidos tais produtos são impróprios. Por exemplo, é incompatível com a compreensão científica dos efeitos do uso do fumo permitir a venda desses produtos em dependências de serviços de saúde, instituições de ensino, farmácias e centros de atletismo. Essas vendas dão ao público a impressão de que os produtos de tabaco não são tão nocivos para a saúde.

Não deve ser permitido o auto-serviço na venda de produtos de tabaco. Dada a magnitude do dano e o nível de dependência vinculados a esses produtos, é imprópria a sua disponibilidade em máquinas vendedoras e outros locais de auto-serviço.

As vendas de fumo a menores devem ser abolidas. Os produtos de tabaco causam dependência, o que vai de encontro ao livre arbítrio. Assim, os menores devem ser protegidos contra aqueles que se dispõem a fornecer-lhes tais produtos. Pode-se fazer isso mediante o licenciamento e inspeção de vendedores e mediante a criação de incentivos financeiros para que as empresas fumageiras impeçam os menores de usar seus produtos.

Medidas para promover o consentimento bem informado: Dado o fato de que a indústria do fumo serve-se do *marketing* para criar uma impressão muito falsa dos produtos que vende, será preciso pôr fim às mensagens enganosas, definidas por organismos fiscalizadores especiais, transmitidas pela propaganda do tabaco e pela sua promoção, patrocínio, rotulagem e embalagem.

É preciso que haja informações destacadas, detalhadas e freqüentemente atualizadas nas embalagens de produtos de tabaco (e mesmo dentro delas), assim como nos pontos de venda. A prevenção de mensagens enganosas deve ser suplementada pela provisão de informações bem fundamentadas. Pode-se conseguir isso exigindo que haja informação ampla, num contexto cultural adequado, sobre todos os produtos de tabaco.

Todas as toxinas e aditivos dos produtos devem ser revelados integralmente. O consumidor tem o direito de saber o que está consumindo e as autoridades de saúde pública têm a necessidade de saber o que os produtos de tabaco contêm a fim de explicar os riscos ao público.

Os esforços de educação em saúde pública, inclusive os destinados a educar o público sobre os atos da indústria fumageira, devem ser obrigatórios. Dadas as gigantescas proporções atuais e futuras do problema das doenças, é necessário suplementar a informação de saúde contida nas embalagens com uma campanha de educação de massa em base mais ampla. Tanto os governos como as sociedades devem estar conscientes de que a realização de eventos culturais, esportivos e artísticos patrocinados pela indústria do fumo é uma forte arma a favor da capacidade de lobby da indústria, ao dar a falsa impressão de que beneficiam esses grupos ou comunidades.

Deve haver garantia de assistência aos que desejam abandonar o uso de produtos de tabaco e aos usuários que pleiteiam indenização pelo mal que sofreram. Dar aos consumidores de fumo informações precisas sobre os efeitos do hábito de fumar pouco benefício produzirá se tais usuários não se julgarem capazes de abandoná-lo. É importante, mediante estratégias acessíveis e comprovadas, ajudar aos que querem deixar

de fumar. Assim também, é importante que os fumantes tenham condições para exigir indenização das empresas fumageiras pelo mal que tais empresas lhes causaram.

Medidas para proteger aqueles que não usam produtos de tabaco: Deve ser garantida a ausência do fumo em espaços públicos, lugares de trabalho e transportes coletivos. A fumaça ambiental do tabaco (FAT) é causa demonstrada de doença e desconforto, e é importante pôr em prática medidas progressivas e culturalmente apropriadas para reduzir a exposição a ela. Tais políticas muitas vezes começam em estabelecimentos de saúde, educação, governo, transportes coletivos e dependências atléticas. Devem ser também aplicadas políticas para o local de trabalho, as casas comerciais e os lugares destinados a reuniões públicas. Tais medidas são, ao mesmo tempo, protetoras e educativas. A proteção, à medida que é oferecida, educa o público sobre os males causados pela fumaça do tabaco e elimina figuras que servem de modelo (como, por exemplo, professores que fumam em classe).

É preciso que haja reparação garantida e simplificada aos que são prejudicados pela FAT. Nos lugares onde a indústria do fumo iludiu o público com relação aos malefícios da FAT, inclusive por não ter informado sobre esses malefícios, devem existir maneiras simples para que os prejudicados obtenham indenização da indústria. O país que responsabiliza financeiramente as empresas fumageiras por suas omissões cria incentivos para que tais empresas digam a verdade.

É necessário proteger o público contra os incêndios e outros danos ambientais causados por produtos de tabaco. Tais produtos causam problemas ambientais que vão do desmatamento (devido ao uso de lenha para curar as folhas de fumo) aos incêndios causados por cigarros descartados e à acumulação de lixo. Isso pode ser mudado mediante leis que modifiquem os métodos de cultivo do tabaco e especificações referentes à propensão dos cigarros à ignição. Alguns desses problemas podem ser também abordados mediante melhor educação do público.

Medidas de controle dos produtos de tabaco: Os governos devem ter capacidade para proibir categorias específicas de produtos que contém nicotina. Os produtos de tabaco são dispositivos condutores de nicotina extremamente “impuros”. Há outras maneiras de administrar nicotina aos que dela necessitam sem ter tão grande impacto sobre a saúde. Mediante o controle dos produtos de tabaco como drogas, como no processo atualmente em implantação nos Estados Unidos, deve ser possível reduzir gradativamente a presença dos produtos mais deletérios no mercado.

Há também necessidade de regulamentos para determinar os aditivos que os fabricantes ou importadores podem incluir nos produtos de tabaco. Ademais, é preciso que o governo tenha capacidade para exigir modificações nos produtos, inclusive o uso de

aditivos específicos, quando tais aditivos possam reduzir a mortalidade por tabagismo. Atualmente, pouco é o controle existente sobre a fabricação de produtos de tabaco. Essa situação é muito diferente da observada em relação aos produtos alimentícios e farmacêuticos, e deixa os consumidores em maior risco. O controle de aditivos pode impedir a inclusão de produtos tóxicos, que aumentam a mortalidade geral por doenças, e poderia impor a inclusão de aditivos capazes de reduzir a ocorrência de doenças.

Os níveis de ingredientes tóxicos encontrados nos produtos de tabaco devem ser controlados. Alguns países admitem produtos de tabaco com concentrações extremamente altas de carcinógenos e outras substâncias tóxicas. É preciso que os países tenham condições para estabelecer níveis máximos permissíveis de tais substâncias como meio de reduzir os danos em geral.

É preciso que os governos tenham capacidade para exigir modificação dos produtos de tabaco. Além de limitar as substâncias tóxicas existentes, seria possível implementar novas tecnologias capazes de reduzir a adoção do hábito de fumar na infância, limitar a exposição a produtos tóxicos conhecidos ou tornar mais fácil deixar de fumar.

3.3.5 Necessidade de Ampliar e Diversificar o Apoio da OPAS para Proporcionar Cooperação Técnica Eficaz

A magnitude do impacto do hábito de fumar sobre a saúde e as suas conseqüências econômicas devem convencer os governos da Região a tomar a iniciativa no controle do tabagismo. Somente uma ação pública coordenada teria o alcance e a autoridade para reduzir os prejudiciais níveis atuais de uso do fumo. Ao mesmo tempo, tal ação deve ser promovida e apoiada por indivíduos, grupos, ONGs e organismos bilaterais e internacionais. A experiência demonstrou a importância de uma liderança adequada para o sucesso das políticas e programas de controle no âmbito mundial, nacional e comunitário.

Assim, é essencial que os planos de ação estabeleçam e fortaleçam a liderança das coalizões nacionais propostas no Plano Interinstitucional sobre Fumo e Saúde para a América Latina. Ao mesmo tempo, considera-se importante incorporar e coordenar atividades com os centros de colaboração e com diferentes organizações, tais como os institutos de tratamento de câncer e doenças respiratórias, como membros e como contrapartes, sob a orientação e com apoio dos ministérios da saúde. A ação conjunta é essencial para criar ou fortalecer os movimentos antitabagismo. Do mesmo modo, a Secretaria e os Estados membros devem realizar uma missão de controle do fumo com forte liderança e parceria.

Para consolidar e acelerar as atividades voltadas para a prevenção e controle do tabagismo na Região das Américas, a OPAS e o Comitê Latino-Americano de Coordenação do Controle do Tabaco (CLACCCTA) formaram uma coalizão para executar o “Programa Interinstitucional para a América Latina”. O programa está sendo atualmente implementado sob os auspícios da OPAS, da American Cancer Society (ACS), dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e, desde 1995, do Governo do Canadá, que estão proporcionando apoio técnico e financeiro.

No que tange aos recursos, é importante assinalar que a OPAS conta atualmente com um Assessor Regional sobre Tabaco ou Saúde, na Divisão de Promoção e Proteção da Saúde, na Sede, como parte do Programa sobre Estilos de Vida Saudáveis e Saúde Mental. Esse profissional dedica aproximadamente 60% do seu tempo à gestão e suporte do componente sobre tabaco, e os 40% restantes são dedicados a questões relacionadas com o consumo e dependência do álcool e substâncias psicotrópicas. Além disso, há dois outros consultores internacionais atuando na Argentina e na Venezuela, financiados com recursos extra-orçamentários dos Estados Unidos e do Canadá. Se for possível obter outros fundos extra-orçamentários, serão estabelecidos dois outros centros sub-regionais, um no México e um num país caribenho de língua inglesa. A OPAS fornece uma secretária em regime de tempo integral e um orçamento anual de operações de \$30.000, mas proporcionará mais recursos à medida que aumentarem as atividade de controle do fumo.

Será essencial mobilizar outros recursos extraorçamentários para que esta proposta possa ser viável. Isso exigirá sólidos laços com os organismos interessados do Canadá e dos Estados Unidos, como parte das alianças estratégicas em busca de soluções conjuntas no nível internacional.

Ao ser posto em prática o plano futuro, será necessário otimizar a coordenação dentro das divisões e programas da OPAS, tais como os de “comunicação para a saúde”, escolas e comunidades saudáveis, doenças crônicas não-transmissíveis, adolescência e políticas de saúde.

Solicita-se que a 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana examine e comente o conteúdo do documento e aprove as novas diretrizes para um plano de ação, bem como a resolução proposta pelo Comitê Executivo com base em informações atualizadas e estratégias condizentes com a situação e as necessidades atuais dos Estados Membros.

Referências

1. MacEachern S, Stephens T, Kaiserman MJ. *The Economic Costs of Smoking: a Major Contributor to Budgetary Deficits*. Trabalho apresentado à Segunda Conferência Nacional sobre um Canadá Livre do Tabagismo, Ottawa, 1 de novembro de 1996.
2. National Cancer Institute of Canada. *Canadian Cancer Statistics, 1997*. Toronto: The Institute, 1997.
3. Nielson, A. C., Co. *Measurement of Retailer Compliance with respect to Tobacco Sales-to-Minors Legislation, Wave 3 Results, 1997*. Preparado para Health Canada, Office of Tobacco Control, 1997.
4. OPAS, *Control of Cigarette Smoking*, Resolution CD33.R22, 33º Conselho Diretor, setembro de 1988.
5. Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heath C Jr. *Mortality from Smoking in Developed Countries, 1950-2000*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
6. Single E, Robson L, Xie X, Rehm J. *The Costs of Substance Abuse in Canada*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, 1996.
7. Stephens T, Kaiserman MJ, McCall DJ, Sutherland-Brown C. *School-based Smoking Prevention in Canada: A Cost-benefit Analysis*. Aceito para publicação.
8. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Estimate on Tobacco Cost*. 1990.
9. U.S. Environmental Protection Agency. *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders*. USEPA Document No./600/6-90/006F.
10. Banco Mundial. *Bellagio Statement on Tobacco and Sustainable Development*. Junho de 1995.
11. OMS. *Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic*. No prelo.
12. OMS. *Tobacco or Health: A Global Status Report*. 1997.

CE122.R6

PREVENÇÃO E CONTROLE DO CONSUMO DE TABACO

A 122ª REUNIÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Visto o relatório do Diretor sobre prevenção e controle do consumo de tabaco (documento CE122/12) e a resolução CD34.R12 (1989),

RESOLVE:

Recomendar à 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana a aprovação de uma resolução redigida nos seguintes termos:

A 25ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Visto o relatório do Diretor sobre prevenção e controle do consumo de tabaco (documento CSP25/11) e a resolução CD34.R12 (1989);

Reconhecendo a gravidade da epidemia de consumo e dependência do tabaco como problema prioritário de saúde na Região, especialmente entre as crianças e adolescentes; e

Consciente da necessidade de adotar imediatamente medidas eficazes para a prevenção e controle dessa epidemia,

RESOLVE:

1. Aprovar as recomendações apresentadas no documento CSP25/11.
2. Instar os Estados Membros a que:

- a) tomem medidas urgentes para proteger as crianças e adolescentes por meio da regulamentação da publicidade, aplicação de leis e regulamentos para suprimir a venda dos produtos de tabaco a menores e estabelecimento de programas preventivos eficazes;
 - b) designem oficialmente um funcionário ou unidade responsável pela coordenação ministerial dos programas de prevenção e controle do tabagismo no âmbito nacional;
 - c) elaborem e adotem um plano de ação, com medidas educativas, legislativas, regulamentares e fiscais, para a prevenção do consumo e controle do tabaco.
3. Recomendar ao Diretor que aumente os esforços da Organização para a mobilização adequada de recursos orçamentários e extra-orçamentários para apoiar e fortalecer os programas regionais de controle do tabagismo.

*(Aprovada na quinta reunião,
realizada em 24 de junho de 1998)*