



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

MARISTELA PINTO DE MENEZES

**INTERFERÊNCIAS DA INDÚSTRIA DO FUMO NAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SAÚDE PARA O CONTROLE DO TABAGISMO NO
BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

RECIFE

2014

MARISTELA PINTO DE MENEZES

**INTERFERÊNCIAS DA INDÚSTRIA DO FUMO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS
DE SAÚDE PARA O CONTROLE DO TABAGISMO NO BRASIL:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientadora: Isabella Chagas Samico

Coorientadores: Cecile Soriano Rodrigues

Evandro Alves Barbosa Filho

RECIFE

2014

Ficha Catalográfica
Preparada pela Biblioteca Ana Bove
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Imip

M543i Menezes, Maristela Pinto de

Interferências da indústria do fumo nas políticas públicas de saúde para o controle do tabagismo no Brasil: uma revisão sistemática da literatura / Maristela Pinto de Menezes; orientadora Isabella Chagas Samico; Coorientadores Cecile Soriano Rodrigues, Evandro Alves Barbosa Filho. – Recife: Do Autor, 2014.
207 f.: il.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, 2014.

1. Tabagismo. 2. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. 3. Indústria do Fumo. 4. Política de Saúde. 5. Revisão Sistemática. I. Samico, Isabella Chagas, orientadora. II. Rodrigues, Cecile Soriano, coorientadora. III. Barbosa Filho, Evandro Alves, coorientador. IV. Título.

CDD 616.865

MARISTELA PINTO DE MENEZES

**INTERFERÊNCIAS DA INDÚSTRIA DO FUMO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS
DE SAÚDE PARA O CONTROLE DO TABAGISMO NO BRASIL:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Data de aprovação: ____ / ____ / ____.

Dra. Joselma Cordeiro - UPE

Dra. Luciana Santos Dubeux - IMIP

Dra. Isabella Chagas Samico - IMIP

Para Evandro (meu Chocko!), parte de mim. Imenso amor.

AGRADECIMENTOS

- ✚ A Deus, por ser tão presente em minha vida e ter me ensinado que “Fé é o pássaro que sente a luz e canta quando a madrugada ainda é escura” – Rabindranath Tagore. E como cantei!... Nos momentos mais difíceis, quando a madrugada estava mais escura que o normal, sempre soube que Você estaria fiel até o fim. E logo se fazia luz! Obrigada por ter me dado sabedoria e força para perseverar e conseguir realizar esse sonho. Te amo!
- ✚ A meus pais amados, Luiz e Isabel, por me ensinarem a perseverar dando o melhor até o fim e tendo clareza de que apenas fiz o que era para ser feito! E por terem de suportar tantas e tão longas ausências! Amo vocês demais!!! Meus lindinhos!!!
- ✚ A Dequinha, meu anjinho da guarda real, que também teve de suportar as ausências e o pior, né?!, o “exílio” do Parnamirim!!! Obrigada por tudo sempre!!! Também te amo muito!!! Deus te dê sempre muita saúde, força e paz!
- ✚ A minha irmã Sílvia, por ter segurado a onda da family em JP para que eu conseguisse em tempo récorde terminar esta dissertação, depois de tantos entreveros... Obrigada pelas orações e pelo lema diário: “Força, fé e foco!” Valeu irmã!!! Te amo!
- ✚ Ao meu irmãozinho Euclides, que não mediu esforços com suas “abordagens motivacionais” para que eu desse um ponto final nessa dissertação!!! ☺ Te amo!
- ✚ A Maga, Bel e Pat pelas orações e força constantes. Deus as abençoe sempre!
- ✚ A Phil, pelas milhares de noites e madrugadas dormindo com a luz acesa na cara enquanto eu pesquisava e escrevia sem parar!!!! Até o: “Bom dia, Phil! Bom trabalho!” E tu: “Brincadeira...!” Finalmente acabou, hein?! ☺ UFA! Te amo!!!

- ✚ A Marindja, pela tarde toda “mergulhada” na tarefa árdua de organização das referências do Projeto. Vc gostou tanto (!) que ... Depois te mando mais, tá?! ;))
- ✚ A Léo e Vanessa, e João, que não puderam curtir com a tia perto essa gravidez, só visualizada pelo Skype uma vez! Mas em oração era dia e noite, hein?! Amo!
- ✚ A Tia Zotinha, Tio Eudes, Tio Dauto, Tia Inês, Tio Zé Maria, Tia Lé, Tia Tê e Tio Élio, por serem eternos incentivadores da minha jornada
- ✚ A Catarina, minha querida assistente de pesquisa, pela sua valiosa colaboração na organização do material pesquisado, na formatação dos quadros e digitação das referências. Foi muito massa trabalhar com você, querida! Te amo!
- ✚ A Cecile, por todas as trocas e cumplicidade desde o início, nos idos da Coordenação de Controle do Tabagismo de Recife, por todos os projetos de parceria efetivados, que começaram a fazer a UPE Livre do Fumo, a partir da FOP, pela minha pronta acolhida e inserção no NISC/UPE, pelas conversas pelas madrugadas com idéias pra mudar o mundo e efetivar o controle do tabagismo (com ou sem o apoio de tio Bloomberg...!) e por todas as valiosas dicas para o redirecionamento desta dissertação depois de tantos entraves de saúde... E aja café pra tantas idéias, hein?! Tive de aprender a fazer! Com vc! ☺
Obrigada por ter sempre acreditado que chegaria lá!
- ✚ A Graça (chefinha!), pelo carinho, atenção, disposição para ouvir e aconselhar, por ter sempre uma palavra de ânimo e luz na hora certa e por ter sido a “abridora de portas” no IMIP, possibilitando minha inserção e acolhimento. E pelo valor que você sempre deu ao meu trabalho! Consegui achar o brilho nos olhos de novo!!! ☺ Obrigada por sua amizade!
- ✚ A Isabella, que não mediu esforços para viabilizar a operacionalização deste mestrado, com todos os entraves de saúde que o interromperam, e que, por fim,

se tornou minha orientadora, e pôde contribuir ainda mais com tão prontas e esclarecedoras orientações. Obrigada pelo acolhimento!

- ✚ A Joselma, por todo o carinho, companheirismo e acolhida, na vida e no trabalho! Desde a sala, ☺, o PET, os Seminários sobre Tabagismo e as Semanas Universitárias da UPE, a articulação com o grupo nacional e interna na FCM/UPE, e a divisão da disciplina APS 1, da qual é uma entusiasta e fundadora! Aprendi muuito com você, viu?! Te gosto muito!!
- ✚ A Pat, pela noite e madrugada na tentativa de colocar as referências do Projeto no modelo Vancouver... Sem êxito! ☹ Mas, só valeu, amiga!
- ✚ As minhas queridas amigas e colegas do Serviço Social do HC/UFPE, que só me “salvaram” em todo meu processo de mudança, e fizeram todo o possível para que eu me sentisse “em casa” de novo, especialmente Edna, Rena, Josy, Enes, Aurora, Cris, Umba, Ivanilde, Sandrinha e Alba, chefinha, ah! E Lena!, ☺ por todas as orientações e dicas mais que valiosas. Vcs são 10 a toda prova! Valeu!
- ✚ Aos meus queridos colegas e amigos do curso de Mestrado profissional em Avaliação em Saúde do IMIP, que foram meus companheiros de verdade e não mediram esforços para me ajudar no meu período de “travamento da coluna”. Com caronas (a 20 km/h...), trabalhos em equipe, amarrando as mãos para não mexer nos trabalhos de grupo (“não sabe só falar, não, é?!!!”), abrindo águas e mais águas e barrinhas de cereais, separando e segurando todo o material, ajeitando milhões de vezes o apoio da coluna, ... Pelas trocas, risadas, choros e, especialmente, o aprendizado coletivo, porque, ô grupo arretado de comprometido com suas áreas de atuação! Afinal, somos a 5ª Geração da Avaliação, né?! ☺ Um especial Obrigada! a: Magda (grande parceira), Érica (“E eu vou ter de cortar tua carne, é?!!!....”), Washington, Danielle, Rita, Mariana,

Priscila, Alana, Cândia (a pessoa mais cândida e meiga que eu já conheci! ☺)
pela amizade tão próxima.

- ✚ AOs professores do Curso de Mestrado profissional em Avaliação em Saúde do IMIP, por todo o conhecimento compartilhado e pelo esforço em nos fazer compreender todas as nuances da Avaliação!
- ✚ A Ana, por todas as partilhas telefônicas, aliviando toda a tensão e o *stress* desta temporada! “Amigo é coisa pra se guardar, do lado esquerdo do peito, mesmo que o tempo e a distância, digam: Não!” - “Só” há 39 anos...
- ✚ A Beto, meu amigo fiel há 25 anos, pelas orações, paciência e apoio constantes nesse período! Valeu! ☺
- ✚ A Dani e Sol pela amizade perene e presença de força sempre! Amo vcs! ☺
- ✚ Ao Quarteto Fantástico, por serem parceiras de vida e de luta e por serem presenças fiéis em todos os momentos e terem dado tanta força neste período mais difícil de minha caminhada! Irmãs! ☺ Amo vcs!
- ✚ Aos meus “Amigos 4Ever”, pelo estímulo, amizade e orações continuadas. Saudade! Tá acabando e vou voltar!!!
- ✚ A Denise, por segurar a onda nos momentos mais “tenebrosos” ☺ aqui em casa e ser parceira de orações, fé, choros, cantorias e muitas risadas! “Liga Bete!!!” ☺ Deus te abençoe e te dê ainda mais força, garra e disposição para a luta diária sempre! Tu és 10 demais, menina!!!!
- ✚ As “minhas meninas” – Ró, Té e Bhia por terem sido tão presentes e orantes, e por terem tido de suportar este meu exílio forçado!!! Eita saudade danada!!! Amo vcs!
- ✚ A Mana, Regina, Fátima, Furtuna, Germana, Elisa e Tetê, primas queridas, pela força sempre e em especial nestes momentos difíceis!

- ✚ A Marconi, grande amigo, e paciente ouvidor de todas as doideras, lutas, conquistas, e fé deste período. Quantas corridas, encadernações, tintas, papel, livros, medicamentos ... no caderninho ... até sorvete!!! ☺ Quem aguenta?! Você é 10!!! Obrigada pela cumplicidade na oração! Deus te abençoe mais e mais.
- ✚ A Sérgio, meus salva-vidas em todo este período! E aja tinta, papel, consertos inúmeros do computador e da impressora ... em casa! Cliente mais que Vip!!! Valeu, companheiro! Quem sabe no próximo ano finalmente eu chegue nesse bendito camarote do Galo??!! Eita vontade de cair na folia! ☺
- ✚ A Dirceu de Lavour, Neli, Tânia Pires e Luiz Gonzaga Castro que cuidaram de cada detalhe de minha saúde neste período e, assim, pude “voltar à vida” prontamente renovada! ☺ Deus os abençoe!
- ✚ A Denise Mattos, minha estimuladora de primeira hora e primeira grandeza, sempre! Exemplo de garra e de profissional! Te amo! Lembra do ensaio geral da primeira apresentação em Congresso, na tua casa, de madrugada?! ☺ Para o primeiro de tantos que se seguiram! Por sinal, era para o 1º Congresso Brasileiro sobre Tabagismo, em 1994, no Rio de Janeiro. Inesquecível tudo! Valeram muitas risadas mais que gostosas, mesmo nas horas mais difíceis, o que sempre foi maravilhoso!!! ☺
- ✚ A Vera Luíza Costa e Silva, por ser quem é e ter me inspirado desde as primeiras horas no Controle do Tabagismo a não desistir nunca, mesmo diante de todas as dificuldades, em todas as instituições onde atuei, lembrando que o tabagismo jamais poderá ser minimizado, pela gravidade dos danos que provoca, em todos os níveis, da produção ao consumo, além do fumo ambiental, necessitando vigilância constante e o desvelamento para todos os públicos das

multifacetadas que envolve. Sempre me inspirei em você nessa luta! Obrigada pelo estímulo constante e dicas sempre preciosas! Tô voltando! ☺

✚ Aos meus queridos amigos do INCA/MS, em especial a Tânia, Valéria, Ricardo, Érica, Andréia, Rita, Felipe, Letícia, Cristina Perez, Cristiane Vianna, Cristina Catarino, Silvana Turci, Vera Colombo... amigos de luta e na vida hoje, grandes parceiros, combativos, exemplo para todos que trabalham no Controle do Tabagismo! Continuem firmes!

✚ A toda a trupe fantástica da ACT, que não mede esforços para que o Controle do Tabagismo se efetive neste país e no mundo, por todas as parcerias realizadas e em especial pela amizade construída! Paula, Mônica, Dani, Denise, Clarissa, Adriana, Anna ... Beijo grande e força na luta sempre!

✚ A minha eterna equipe do Controle do Tabagismo da PCR, dos idos de 2001-2009, por tudo de maravilhoso que construímos juntos em prol desta cidade! Fábria, Polly, Paula, Bete, Heizy, Marize, Jammerson, Paulo, Alana, Talita, Eliane, Evandro, Mônica, Soraya e Joanyze. INESQUECÍVEL e impagável a experiência vivida com vcs! “O desafio era a nossa energia!” ... “Eu queria que essa fantasia fosse eterna, quem sabe um dia a paz vença a guerra e viver será só festejar”!

✚ A Tereza Miranda e todos os companheiros de luta em Olinda, que infelizmente não pude continuar junto por conta desta coluna! Obrigada pela oportunidade, parceria fina e pelo aprendizado coletivo!

✚ Aos colegas do NISC/UPE, pelo saber compartilhado e abertura de novos horizontes profissionais

- ✚ Aos companheiros da ABRATT, pela garra em integrar a questão do tabagismo a do álcool e outras drogas, e pelo companheirismo, em especial Analice, Joaquim, Sabrina e Tadeu. Muito massa! ☺
- ✚ Aos queridos colegas do Curso de Gestão e Liderança para o Controle do Tabagismo na América Latina, turma 2010, em Cuernavaca, México, que demonstraram que não importa o país, a gente se entende muito bem e tem os mesmos ideais! Pena que adoeci e não pude completar a jornada com vcs! Em especial a Elsie, tan ambile! Gracias!
- ✚ Aos queridos colegas do curso Global Tobacco Control Certificate Course, do Johns Hopkins, turma 2012, inesquecíveis! Que turma boa, hein?! Quanta experiência/ amizade compartilhadas! A multiculturalidade mais una que já vi! – Brasil, Vietnam, Colômbia, Índia, Bangladesh, Jamaica, Egito, Indonésia, China, Armênia, Trinidad e Tobago. Force and faith to keep on track! Thanks for all!
- ✚ Aos também inesquecíveis professores do Johns Hopkins, que souberam nos conquistar e compartilhar tantos conhecimentos num meio tão diverso! Especialmente, profs. Ben, Francis e Steve, e nossa querida Yasmeen Long.
- ✚ Aos meus grandes amig@s e parceir@s no Controle do Tabagismo no Brasil, exemplos de combatividade e perseverança: Vetrúcia Teixeira - AL, Jorge Molina – PB, Stella Martins - SP, Clésia Pachú - PB, Ana Maria Sperandio – SP; Ana Vargas - MG, Glauco Oliveira – DF, Daniela Pantani - SP, Alberto Araújo – RJ, Alexandre Milagres – RJ, Ana Margarida Rosemberg – CE, Celso Freitas – DF, Francimery Bastos – DF, Kaike – RJ, Stella Aguinada – Califórnia (vale aqui, é brasileira!...), Patricia Sosa e Jonathan Romo (quase brasileiros!...). Eita Rede ACT que funciona!!! ☺ Bom demais a gente se sentir em equipe em qualquer lugar do Brasil! Admiro muito vocês! Obrigadíssima pela força e

incentivo sempre e pela torcida organizada pelo meu completo restabelecimento!! Tô voltando, graças a Deus! A luta continua!!! “Hasta la vitoria, siempre!”

✚ Jô, consegui!!! UFA!!! Que luta, hein?! Agora poderei conhecer Alice Maria!!!

☺ Obrigada por sua amizade sincera sempre! Te amo!!!

“Não há uma pegada do meu caminho que não passe pelo caminho do outro”.

Simone de Beauvoir.

“Quando um indivíduo inflige danos corporais em outro, e esse prejuízo resulta em morte, chamamos de homicídio, quando o assaltante sabia de antemão que a lesão seria fatal, chamamos sua ação de assassinato. Mas quando a sociedade coloca centenas [...] em uma posição tal que, inevitavelmente, encontram uma morte precoce e não natural, aquela que é uma morte tão violenta como a pela espada ou bala; quando [...] coloca milhares em condições em que não podem viver - obriga-os, através do braço forte da lei, a permanecer nessas condições até que a morte sobrevenha, o que é consequência inevitável - e sabe que esses milhares de vítimas devem perecer, e ainda permite que essas condições se mantenham, a sua ação é assassinato da mesma forma como a ação de um único indivíduo; distinto, homicídio intencional, assassinato contra o qual ninguém pode se defender, o que não parece o que é, porque ninguém vê o assassino, porque a morte da vítima parece uma catástrofe natural, uma vez que o crime é mais de omissão do que de comissão. Mas o assassinato, este permanece”. (ENGELS, F. *Health: 1844*, 1986).

RESUMO

Objetivo: Analisar a produção de conhecimento técnico e científico a respeito da interferência da indústria do fumo – IT nas políticas públicas de saúde para o controle do tabagismo no Brasil. **Métodos:** Estudo qualitativo de Revisão Sistemática da Literatura, de qualquer desenho, sem metanálise. Incluiu as publicações no período de 2008 a 2013, identificadas como “*grey literature*” ou literatura cinza, ou seja, as publicações não indexadas em revistas científicas nem disponibilizadas por meios editoriais comerciais. Foram selecionadas as publicações em português, tais como: documentos oficiais, boletins informativos, relatórios de pesquisas, manuais, notas técnicas, teses, dentre outras, dos *sites* de Organizações Não-Governamentais; Organismos Multilaterais e Organizações Governamentais diretamente relacionados com o controle do tabagismo no Brasil. **Resultados:** A análise das publicações propiciou uma visão abrangente do movimento da questão do tabagismo no Brasil nos últimos 6 anos. Foram 25 publicações não-governamentais; 12 acadêmicas; 15 de organismos multilaterais e 21 governamentais, num total de 78 publicações. Predominância de publicações enfocando interferências contra a proibição da publicidade, marketing e promoção de produtos em pontos de venda e adoção de ambientes 100% livres de fumo, e junto ao judiciário brasileiro, que utiliza os argumentos da IT na negação de direitos. **Conclusões:** A produção de conhecimentos sobre este tema ainda encontra-se limitada, sendo determinada pelo contexto social e político que envolve seus atores – chave, mas já oferece um panorama dos desafios ainda postos à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT no Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Indústria do Fumo. Política de Saúde. Revisão Sistemática.

ABSTRACT

Objective: To analyze how it is outlined the production of technical and scientific knowledge about tobacco industry – TI interference in public health policies for tobacco control in Brazil. **Methods:** A qualitative Systematic Review of the Literature, of any design, without meta-analysis. Included publications from 2008 to 2013, identified as "grey literature", ie the non-indexed in scientific journals or provided by commercial editorial means publications. Were selected publications in Portuguese only, such as official documents, newsletters, research reports, manuals, technical notes, theses, among others, in the sites of Nongovernmental Organizations; Multilateral Organizations and Governmental Organizations that are directly related to the tobacco control in Brazil. **Results:** The analysis of the publications provided a comprehensive overview of the issue of the smoking movement in Brazil in the last 6 years. There were 25 non-governmental publications; 16 academic; 16 of multilateral agencies and 21 governmental, in a total of 78 publications. There is a prevalence of publications focusing on the tobacco industry interference against the ban on advertising, marketing and promotion of products at points of sale and against the adoption of 100% smoke-free environments, and on the strong interference on the Brazilian judiciary, which uses the arguments of TI to denial of rights. **Conclusions:** The production of knowledge on this topic is still limited, being determined by the social and political context that surrounds its key actors, but already provides an overview of the challenges still placed to the Framework Convention on Tobacco Control – FCTC in Brazil.

Key Words: Smoking. National Program of Tobacco Control. Tobacco Industry. Health Policy. Review.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 - Enquadramento conceitual da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da OMS	43
Figura 2 - Enquadramento conceitual da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde do Brasil	44
Figura 3 - O consumo de tabaco é um fator de risco para seis das oito principais causas de mortalidade no mundo	54
Figura 4 - Fluxograma do processo de revisão sistemática da literatura	126
Figura 5 - Linha do tempo eventos-marco controle do tabagismo 2008-2013	132

QUADROS

Quadro 1 - Principais publicações oficiais de caráter conceitual relacionadas ao novo conceito de saúde	47
Quadro 2 - Documentos com posicionamentos políticos internacionais relacionados à promoção da saúde e aos determinantes sociais da saúde	48
Quadro 3 - Publicações não-governamentais sobre interferências da indústria do fumo nas políticas públicas para o controle do tabagismo. Brasil, 2008-2013	134
Quadro 4 - Publicações acadêmicas sobre interferências da indústria do fumo nas políticas públicas para o controle do tabagismo. Brasil, 2008-2013	145

Quadro 5 - Publicações de organismos multilaterais sobre interferências da indústria do fumo nas políticas públicas para o controle do tabagismo. Brasil, 2008-2013	150
Quadro 6 - Publicações governamentais sobre interferências da indústria do fumo nas políticas públicas para o controle do tabagismo. Brasil, 2008-2013.....	156

TABELA

Tabela 1 - Exemplos de táticas da indústria que interferem no controle do tabagismo.....	82
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEAD	Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas
ACTBr	Aliança de Controle do Tabagismo no Brasil
ADIN	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AFUBRA	Associação de Fumicultores do Brasil
AMB	Associação Médica Brasileira
AMS	Assembléia Mundial da Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BAT	British American Tobacco
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (antiga Biblioteca Regional de Medicina) da Organização Panamericana de Saúde
BRASILCON	Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CETAB	Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde
CDSS	Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde – Portugal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID 10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão
CIDA	Canadian International Development Agency
CNC	Confederação Nacional do Comércio
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – Brasil
CNI	Confederação Nacional da Indústria

CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONFEMEL	Confederação Médica Latino-Americana e do Caribe
CONICQ	Comissão Interministerial para Implementação da Convenção-Quadro de Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde no Brasil
COP	Conferência das Partes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde
CSDH	Commission on the Social Determinants of Health, da Organização Mundial da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DESER	Departamento de Estudos Sócio - Econômicos Rurais
DM	Dia Mundial Sem Fumar
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPM	Escola Paulista de Medicina
EUA	Estados Unidos da América do Norte
FCA	Framework Convention Alliance for Tobacco Control
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FIC	Fundación Inteamericana del Corazón
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional

GPDTA	Gerência de Produtos Derivados do Tabaco da ANVISA
GREYNET	The Grey Literature Network Service
IARC	International Agency on Research in Cancer/ Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer da Organização Mundial da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IT	Indústria do Tabaco/Indústria do Fumo
ITC	Projeto Internacional de Avaliação da Política de Controle do Tabaco/International Tobacco Control Policy Evaluation Project
LTDL	Legacy Tobacco Documents Library
MDA	Ministério do Desenvolvimento Agrário
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MJ	Ministério da Justiça
MPOWER	Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce and Raise
MS	Ministério da Saúde
MSP	Movimento pela Saúde dos Povos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PAHO	Panamerican Health Organization
PDV	Ponto de Venda
PETab	Pesquisa Especial sobre Tabagismo
PeNSE	Pesquisa Nacional sobre Saúde do Escolar
PHM	People's Health Movement

PIB	Produto Interno Bruto
PMI	Phillip Morris International
PNCT	Política Nacional de Controle do Tabagismo
PTA	Poluição Tabágica Ambiental
RIACT	Rede Iberoamericana de Controle do Tabagismo
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SeTP	Saúde em Todas as Políticas
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
REDEH	Rede de Desenvolvimento Humano
RS	Revisão Sistemática
RSC	Responsabilidade Social Corporativa
RTZ	Rede Tabaco Zero
SR	Systematic Review
SUS	Sistema Único de Saúde
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TFI	Tobacco-Free Initiative (Iniciativa Livre do Fumo, da Organização Mundial da Saúde)
TFK	Campaign for Tobacco-Free Kids
TI	Tobacco Industry
UFF	Universidade Federal Fluminense
UN	United Nations (Organização das Nações Unidas)
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas, em São Paulo

UNICEF	United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
VIGITEL	Pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	26
1.1 Referencial teórico	33
<i>1.1.1 As determinações sociais da saúde</i>	<i>33</i>
<i>1.1.2 A Determinação Social da Pandemia do Tabagismo e o conflito de interesses para seu enfrentamento</i>	<i>52</i>
<i>1.1.3 O caso do Brasil</i>	<i>83</i>
2 JUSTIFICATIVA	97
3 OBJETIVOS	102
3.1 Objetivo Geral	102
3.2 Objetivos Específicos	102
4 MÉTODOS	103
4.1 Desenho do estudo	103
4.2 Período do estudo	105
4.3 Critério de elegibilidade	105
4.4 Critérios de exclusão	111
4.5 Coleta dos dados	112
<i>4.5.1. Bases bibliográficas de dados e outras fontes de captação do material</i>	<i>112</i>
<i>4.5.2 Estratégias de busca</i>	<i>118</i>
4.6 Análise dos dados	122
4.7 Aspectos éticos	127
4.8 Conflito de interesses	127
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	128
5.1 Não-Governamentais	134
5.2 Acadêmicas	145
5.3 Organismos multilaterais	150
5.4 Governamentais	156
5.5 Síntese e tendências	162
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	170
REFERÊNCIAS	174

APÊNDICES.....	194
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de informações 1.....	194
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de informações 2	195
ANEXOS	196
ANEXO A – Convenção-Quadro para o controle do tabaco da Organização Mundial da Saúde – CQCT/OMS	196
ANEXO B – Notícia Folha de São Paulo 14/12/2013.....	201
ANEXO C – Notícia Folha de São Paulo 07/02/2014	206

1 INTRODUÇÃO

O homem não pode participar ativamente na história, na sociedade, na transformação da realidade se não for ajudado a tomar consciência da realidade e da sua própria capacidade para a transformar. [...] Ninguém luta contra forças que não entende, cuja importância não meça, cujas formas e contornos não discirna; [...] Isto é verdade se se refere às forças da natureza [...] isto também é assim nas forças sociais [...]. A realidade não pode ser modificada senão quando o homem descobre que é modificável e que ele o pode fazer.⁽¹⁾

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde – OMS a maior causa isolada de adoecimentos e mortes preveníveis. Na atualidade, ele é responsável por mais de 50 tipos de doenças e cerca de 6 milhões de mortes por ano no mundo, tendo assumido caráter de pandemia¹ (2). No Brasil, as implicações do tabagismo se expressam nas mais de 130.000 mortes anuais ocasionadas por doenças tabaco-relacionadas⁽³⁾.

Já o tabagismo passivo, que é a exposição à Poluição Tabagística Ambiental (PTA), é a terceira causa de morte evitável no mundo, responsável por cerca de 600 mil mortes/ano, 75% dessas entre mulheres e crianças. O tabagismo passivo aumenta o risco em não fumantes de 25% a 30% para doença coronária e de 30% para câncer de pulmão^(2,4-6). No Brasil, contabilizam-se sete mortes por dia⁽⁷⁾. A ocorrência do consumo de produtos fumígenos em locais de trabalho fechados configura um risco de saúde ocupacional^(4-6,8-9).

A prevalência atual é de 1,3 bilhões de fumantes no mundo, 80% destes vivendo em países em desenvolvimento, o que evidencia a centralidade desta questão aos países periféricos, como o Brasil, que, apesar de apresentar um decréscimo continuado na prevalência nos últimos anos, ainda possui 25 milhões de fumantes, o que corresponde a

¹ Pandemia se refere a uma epidemia prevalente em todos os países do mundo.

17,2% da população brasileira, com maior concentração na população de menor escolaridade e menor renda^(2,10-11). Diante disso, é válido ressaltar que o Brasil continua mantendo tendências mundiais da pandemia tabágica, que é a sua expansão entre as classes e subclasses com menor escolaridade e renda. Esse processo foi denominado pela OMS de “pauperização da pandemia”⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Em paralelo a esta questão, tabagismo e pobreza têm também formado um ciclo vicioso para a economia dos países. Segundo relatório recente divulgado pela OMS, o tabagismo já gera uma perda econômica global de mais de meio trilhão de dólares por ano, agravando as iniquidades em saúde nos e entre os países⁽²⁾.

A previsão da OMS é de que ocorram um bilhão de mortes neste século, totalmente evitáveis, caso as orientações da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco - CQCT não sejam implementadas pelos países. Para tal, um investimento forte em ações intersetoriais e integradas, tanto ao nível local/nacional, como regional/transnacional são requisitadas⁽²⁾.

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco representou um marco para a saúde pública mundial, sendo o primeiro tratado mundial de Saúde Pública pactuado sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde, negociado pelos 192 países membros da OMS. Hoje, o documento está assinado por 168 países e já ratificado^{II} por 177 países^{III}, estando em vigor desde 2005. É considerado o tratado que mais rápido e mais largamente foi adotado na história das Nações Unidas^(2,15).

Esta Convenção articula um conjunto de ações baseadas em evidências para responder à globalização da epidemia do tabaco e reafirmar o direito de todas as pessoas aos mais altos padrões de saúde.⁽¹⁶⁾

^{II} Tornada lei nacional.⁽¹⁵⁾

^{III} Dado atualizado até setembro de 2013 no site da OMS. Acesso em 09 de novembro de 2013.

A CQCT tem como objetivo geral:

proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras conseqüências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a ser implementada pelas Partes, ao nível nacional, regional e níveis internacionais, a fim de reduzir contínua e substancialmente a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco.⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

Os artigos e fontes utilizados como referência para a elaboração deste importante tratado citam os documentos das próprias empresas de tabaco e pesquisas publicadas, que demonstram que o lobby da indústria de tabaco - IT^{IV} em vários países, para dificultar a implementação da CQCT, tem sido forte e articulado. A análise desses documentos, publicados por várias organizações de saúde e periódicos científicos internacionalmente reconhecidos, evidenciam como e por que essas empresas têm investido esforços para impedir a adoção de medidas regulatórias relativas à promoção de ambientes 100% livres de fumo, proibição de propaganda, publicidade e patrocínio, aumento de impostos e muitas outras estratégias de controle do tabaco em todo o mundo.⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

A leitura das medidas a serem tomadas por cada país, nas mais diversas esferas, para implementação da Convenção-Quadro, relacionadas à redução da demanda e da oferta dos produtos derivados do tabaco, além de estratégias relacionadas à implementação e sustentabilidade do Tratado, nos dá uma dimensão da amplitude e magnitude deste momento histórico, representando um novo tempo para o controle do tabagismo, uma vez que o enfrentamento da indústria do fumo, pelos fortes interesses econômicos envolvidos, só poderia se dar de forma abrangente, integrada e articulada,

^{IV}Ou indústria do fumo, ou simplesmente indústria, aqui servirá para designar, conforme presente no Artigo 1 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco - CQCT, da OMS, “o conjunto de fabricantes, distribuidores, atacadistas e importadores de produtos de tabaco”.⁽¹⁵⁾

intersetorial e internacionalmente, conforme preconizado pelos princípios da moderna promoção da saúde.^(2,12,15-17,20-23)

A chamada moderna Promoção da Saúde, contudo, não apresenta expressão consensual. Podemos dividi-la, basicamente, em duas tendências: a que prioriza o foco no indivíduo, responsabilizando-o por suas escolhas e estilo de vida, e a que será alvo de nossa atenção, por focar nos chamados determinantes sociais da saúde, a saber: o ambiente, a posição social, a política, a globalização, com seu componente de internacionalização e financeirização das economias, gerando profundas desigualdades entre os países e nos países, sem, no entanto, prescindir dos aspectos de responsabilização pessoal e comunitária, entendidos como complementares⁽²⁴⁾.

A Política de Controle do Tabagismo é um exemplo concreto de como a atuação focada nos Determinantes Sociais de Saúde, com políticas sociais e econômicas construídas e executadas de forma integral, na perspectiva da intersetorialidade, contribuem para um impacto positivo na situação de saúde, por um lado, e, por outro, de como os interesses econômicos podem afetar o avanço de políticas, mesmo diante de um impacto nefasto sobre a saúde da população e ameaçando o desenvolvimento sustentável.^(2,14-15,26,34)

Dessa forma, o Monitoramento das interferências da indústria do fumo nas políticas públicas de saúde para o controle do Tabagismo foi eleita uma das ações prioritárias para os todos os países que ratificaram o Tratado.^(2,5,14-15,23,27-28)

Apesar dos inúmeros avanços neste campo nos últimos anos, existem evidências de que o Brasil está sendo palco de um acirramento do conflito de interesses entre a indústria do fumo e o governo, com esta contestando juridicamente o papel regulador do Estado, seja impetrando Ações Diretas de Inconstitucionalidade – ADIN contra a

proibição da publicidade, promoção e patrocínio, em vigor desde o ano 2000^V, ou contra o papel da ANVISA, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por exemplo, o que pode contribuir para um enfraquecimento da Política de Controle do Tabagismo^{(43,45)(29,30-34)}.

No entanto, este entrave, ao contrário de estar mobilizando cada vez mais setores da sociedade civil em defesa da saúde pública, tem tido pouca visibilidade política e social, apesar dos esforços contra-hegemônicos continuados das entidades ligadas ao controle do tabagismo, que reforçam e apoiam cada vez mais a necessidade de regulação cada vez mais restritiva à publicidade, promoção e patrocínio de produtos derivados do tabaco, voltada para o banimento total desta, e adoção de embalagens genéricas, sem apelo comercial e com imagens e textos de advertência sobre os riscos advindos do consumo e da exposição à PTA, para fumantes ativos e passivos, além de também advogarem favoravelmente à restrição total do uso destes produtos em espaços coletivos fechados, banimento dos aditivos e questões relacionadas à diversificação produtiva, dentre outros, conforme preconizado na CQCT.^(6,8-9,29,34-47,49-51,95,100,169,189,115)

Na perspectiva do Monitoramento das interferências da indústria nas políticas públicas de saúde para o controle do tabagismo, o que pudemos observar é que a documentação dessas estratégias e da interferência sofrida pelas políticas tem sido crescente em todo o mundo e no Brasil, estimulada pela aprovação das diretrizes relacionadas ao Artigo 5.3 da CQCT na Terceira Sessão da Conferência das Partes - COP3, realizada de 17 a 22 de novembro de 2008, em Durban, na África do Sul, onde foram aprovadas as diretrizes tanto para o Artigo 5.3 (proteção das políticas de saúde dos interesses da indústria do tabaco), como para o artigo 11 (embalagem e etiquetagem

^V A partir de 2000, com a aprovação da Lei 10.167, a propaganda de produtos de tabaco ficou proibida nos grandes meios de comunicação, passando a ser permitida apenas “através de pôsteres, painéis e cartazes, na parte interna dos locais de venda”⁽⁵⁰⁾.

de produtos de tabaco) e para o artigo 13 (publicidade, promoção e patrocínio de tabaco). E, mais recentemente, com o lançamento da temática proposta pela OMS para o Dia Mundial Sem Fumar de 2012 – “A interferência indevida da indústria do tabaco nas políticas públicas de saúde”, sob o slogan “Intimidação! Pare a interferência da indústria do tabaco! – As táticas da indústria do tabaco para minar as políticas públicas devem ser expostas e enfrentadas”^(6,14,23,28-29,34-35,37-38,40,42-54).

No entanto, no Brasil, esta tem sido mais concentrada em produções de organismos multilaterais internacionais responsáveis pela implementação da CQCT, como é o caso da OMS e sua regional para as Américas, a Organização Panamericana de Saúde – OPAS/Brasil, traduzidos e disponibilizados ainda pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA, órgão do Ministério da Saúde, que coordena a Política Nacional de Controle do Tabagismo e que, historicamente, desde a década de 1990, vem mantendo o tema em evidência no país, através da formação continuada de atores públicos e da sociedade civil organizada, nos 26 estados e no Distrito Federal, atingindo os mais de 5.000 municípios brasileiros, além de secretariar a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro no Brasil – CONICQ, criada em 2003. Além deles, Organizações Não-Governamentais que atuam na promoção de ações voltadas para a diminuição do impacto sanitário, social, ambiental e econômico gerado pela produção, consumo e exposição à fumaça do tabaco, resguardando a saúde e os direitos da população de fumantes, não fumantes e fumicultores, como é o caso da Aliança para o Controle do Tabagismo – ACTBr, o Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais – DESER, a Fundação Interamericana do Coração - FIC, através de seus escritórios latinoamericanos e em parceria com a ACTBr, dentre outros. Publicações acadêmicas já são identificadas, mas parecem ser ainda escassas e restritas a

monografias de conclusão de curso de graduação, dissertações de mestrado e teses doutorais, com poucos artigos científicos publicados.

É importante evidenciar como marco, a criação do Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco que “tem como objetivo reunir, organizar e disponibilizar informações e conhecimentos atualizados sobre a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil”, hospedado no site do INCA/MS, em maio de 2011, e do Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde – Cetab, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ, em 2013, no Rio de Janeiro, que passa a atuar estimulando novas produções científicas nesse campo.⁽⁵⁵⁻⁵⁶⁾

Neste sentido, observa-se a necessidade de compilar e analisar essas publicações, a fim de identificar se as tendências das mesmas, com relação às temáticas postas pela CQCT, se coadunam e como vêm se delineando as interferências da indústria do fumo nas políticas públicas de saúde para o controle do tabagismo no Brasil.

Situa-se, contextualmente, a problemática dentro dos parâmetros da Determinação Social da Saúde e dos Determinantes Sociais da Saúde, com uma análise a respeito do Estado e das políticas públicas, e suas inerentes contradições, ressaltando a política de saúde e suas tendências e conflitos, para, em seguida, apresentar a questão da pandemia tabágica e os conflitos de interesse que interferem no seu enfrentamento, tanto no contexto internacional como nacional.

Em seguida, são apresentados a Justificativa e os Objetivos, bem como os Procedimentos Metodológicos.

Foram identificados quatro grandes grupos de autores/instituições: Não-Governamentais, Acadêmicas, de Organismos Multilaterais e Governamentais, nos

quais os achados da pesquisa foram divididos e apresentados no item V, Resultados e Discussão, seguidos das Considerações Finais do Estudo.

1.1 Referencial teórico

1.1.1 As determinações sociais da saúde

Discutir sobre política de saúde no contexto de uma economia capitalista implica algumas considerações prévias que nos remetem ao papel do Estado na ordem social burguesa. O Estado, nesta sociabilidade, configura-se como um espaço contraditório de mediação de conflitos de classe e atende parcialmente às necessidades geradas pela questão social^{VI} por meio de políticas sociais.^(20,57)

Barbosa Filho⁽⁵⁷⁾ salienta:

A aparente externalidade do Estado frente às forças sociais em conflito torna possível a sua existência como instância de negociação, articulação de compromissos e processos políticos que resultam em equilíbrios sociais entre as classes, processos sem os quais a sociabilidade do capital poderia ser questionada em suas bases. Somente por meio de um Estado aparentemente neutro/externo aos conflitos entre capital e trabalho e entre as frações da classe burguesa é que as relações sociais capitalistas experimentam seu pleno desenvolvimento.

Ou seja, a atenção a estas necessidades, que se situam na esfera da reprodução social, deve também permitir a reprodução do capital⁽²⁰⁾. Dessa forma, na disputa por hegemonia, a classe burguesa demonstra uma racionalidade instrumental que reflete uma articulação de fundamentos, estratégias e mecanismos que estão sempre se

^{VI}Questão social é aqui entendida, na perspectiva social crítica, como a expressão das contradições inerentes ao capitalismo, manifestas na subsunção do trabalho ao capital, na desigualdade social, no crescimento da pauperização absoluta e relativa e na luta de classes.⁽⁵⁹⁾

reconstruindo na perspectiva de manutenção da direção e do domínio dos aparelhos estatal e sociais.⁽⁵⁷⁻⁵⁸⁾

A racionalidade que fundamenta o Estado e as políticas sociais é, pois, determinada historicamente, inclusive por diversos mecanismos de pressão das classes na disputa pela hegemonia. Em momentos de maior organização dos movimentos sociais da classe trabalhadora e maior disputa de classe, em que a luta pela hegemonia torna-se mais acirrada, há maiores possibilidades de conquistas relevantes para os trabalhadores, mesmo que provisórias e/ou parciais, imprimindo-se uma racionalidade político-emancipatória às políticas sociais.⁽⁵⁸⁾

Hirsch⁽⁶⁰⁾ ainda salienta:

Ele (o Estado) é bem mais uma relação social entre indivíduos, grupos e classes, a “condensação material de uma relação social de força”. Material, porque essa relação assume uma forma marcada por mecanismos burocráticos e políticos próprios, no sistema das instituições, organizações e aparelhos políticos.

Para este autor, portanto, e esta foi a perspectiva adotada neste estudo, existem conflitos, consensos e negociações de interesses de diversos atores, públicos e privados - Estado, mercado e sociedade civil, desde a formulação até a implementação das políticas públicas, tanto no interior do Estado, como o caracterizando, e a teoria materialista do Estado permite reconhecer essas relações.⁽⁶⁰⁾

Soares⁽⁵⁸⁾ e Barbosa Filho⁽⁵⁷⁾, contudo, ressaltam que essa racionalidade não se expressa na superficialidade dos fenômenos e das relações sociais. Para desvelá-la, faz-se necessário identificar as mediações com a totalidade do social, partindo da experiência concreta, do fenômeno, através do movimento dialético e histórico que estrutura o ser social⁽⁶¹⁾. Paulo Netto⁽⁶²⁾ aprofunda:

Precisa, em primeiro lugar, possuir uma visão global da dinâmica social concreta. [...] Em segundo lugar, precisa encontrar as principais mediações que vinculam o problema específico com que se ocupa com as expressões gerais assumidas pela “questão social” [...] e com as várias políticas sociais que se propõem a enfrentá-las. [...] Em terceiro lugar, cabe apropriar-se criticamente do conhecimento existente sobre o problema específico com o qual se ocupa. [...] Trata-se de processo obviamente contínuo e sempre renovado.

A questão dos direitos sociais, pois, se relaciona com as determinações postas pela totalidade da vida social, sendo permeada por interesses de classes. Portanto, cada conjuntura expressa as conquistas e/ou retrocessos nestes direitos, como resultado de embates políticos. Nas últimas décadas, principalmente a partir da década de 1990, mesmo diante de inúmeras conquistas advindas da organização dos trabalhadores, os interesses do capital têm prevalecido, principalmente por conta da universalização das relações mercantis que vêm agudizando as expressões da questão social, submetendo as diversas dimensões da vida social ao valor de troca⁽⁵⁹⁾.

Este período se caracterizou pelas primeiras experiências neoliberais, mediadas por forte influência de organismos multilaterais como o Fundo Monetário Internacional - FMI e o Banco Mundial, que, diante da crise estrutural do capitalismo, iniciada nos anos 1970, preconizavam um Estado mínimo para o social⁽⁵⁸⁾. Mandel⁽⁶³⁾ explica a nova lógica, que ele denomina de supercapitalização: incorporar a racionalidade privada para o âmbito dos serviços sociais, antes oferecidos por meio de políticas públicas, dentre eles a saúde, transformando-os em espaços de mercantilização e lucratividade. E essa era a orientação prioritária desses organismos, guiados pela lógica neoliberal, que atingiu o seu auge na década de 1990, a partir do encontro conhecido como Consenso de Washington, liderado pela Inglaterra e pelos Estados Unidos da América - EUA, que haviam iniciado o giro neoliberal ainda na década de 1980⁽⁵⁷⁾.

Na década de 1970, com relação à política de saúde, nos países de capitalismo central, bem como em países comunistas e da antiga União Soviética - URSS, surgem novas concepções do processo saúde-enfermidade-adoecer, que passam a articular saúde com condições de vida, afirmando que o discurso médico-científico não contempla a amplitude dos significados de saúde e adoecimento e apontando as cada vez mais

visíveis iniquidades, ineficiência e ineficácia dos sistemas de saúde baseados no modelo biologicista e hospitalocêntrico, mesmo com mecanismos de regulação cada vez mais onerosos⁽⁶⁴⁻⁶⁶⁾. Nesse contexto, surge a proposta de resgate do pensamento médico-social do século XIX, que privilegiava a relação entre saúde e ambiente social, com suas determinações políticas, econômicas e culturais, através de uma visão positiva da saúde, e da retomada da ideia da promoção da saúde, capitaneada pelo Canadá e logo assumida pela OMS^(66,120).

Após o lançamento do desafio de Alma – Ata, URSS, em 1978 – “Saúde para Todos no Ano 2000”, assumido por 134 países, junto com a OMS e a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), no entendimento de que a “saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde^{VII} é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde”, a Conferência marco para o desenvolvimento das ideias de promoção da saúde em todo o mundo foi a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986. A declaração política desta Conferência, conhecida como Carta de Ottawa, se tornou referência para a comunidade global, tendo sido ampliada/complementada através das declarações seguintes, de outras Conferências Internacionais e Regionais, que aprofundaram o debate sobre o tema. Assume-se, a partir de então, que um dos focos da promoção da saúde é a equidade em saúde, apontando para os múltiplos determinantes da saúde e para a necessária atuação intersetorial, a fim de proporcionar igualdade de condições a indivíduos e grupos para conquista do mais alto padrão de saúde -

^{VII}De acordo com o Artigo 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966, que afirma que “toda pessoa tem direito de gozar o mais elevado nível de saúde física e mental” e com o Preâmbulo da Constituição da OMS, que também afirma que “o gozo do mais elevado nível de saúde que se possa alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política, condição econômica ou social”.⁽⁶⁸⁾

entendido como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, agora compreendido em seu sentido mais amplo.^(64-66,69-70)

Caberia, então, à Promoção da Saúde a mediação para a efetivação da proposta entre os diferentes setores da sociedade, convocados a agir de forma integrada ao setor saúde, levando em conta as especificidades culturais, sociais e econômicas de cada local, país ou região, além da capacitação da comunidade para atuação na melhoria da qualidade de vida e saúde, através de uma maior participação no controle deste processo.^(4,26,64,66,70-73,75-80,120)

Nesta perspectiva, a Carta de Ottawa propõe cinco áreas prioritárias de ação: 1 - elaboração de políticas públicas saudáveis, inclusive, responsabilizando a política de promoção da saúde a remover os obstáculos para a adoção de políticas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde, com o argumento de que as escolhas saudáveis são mais fáceis de realizar. Ressalte-se aqui, como exemplo de ações: atuação no campo legislativo e das medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais; 2 – criação de ambientes favoráveis à saúde; 3 – Reforço da ação comunitária; 4 - desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e 5 – reorientação dos serviços de saúde^(64,70).

A grande questão é que esta retomada da promoção da saúde se deu em contexto de uma profunda subordinação dos países de capitalismo periférico ou em desenvolvimento, aos países de capitalismo central ou desenvolvidos. Este foi um momento em que as desigualdades sociais se aprofundaram até nos países centrais, marcando profundamente, principalmente, os países periféricos, tendo em vista que os mesmos ainda não tinham conseguido estabelecer um padrão de Estado de Bem-Estar Social pleno, ao modelo europeu, garantindo proteção social aos trabalhadores.⁽⁵⁷⁻⁵⁸⁾

Esse movimento, que Behring⁽⁸¹⁾ chama de contra-reforma do Estado, arrefeceu o processo de implementação das propostas de promoção da saúde em muitos países, inclusive o Brasil.

No Brasil, até o final da década de 1970, a saúde ainda vinha se configurando a partir da compreensão de saúde enquanto ausência de doenças e baseada num modelo médico-privatista, que privilegiava a medicalização, o desenvolvimento tecnológico, a transição demográfica e a mudança no perfil nosológico, com custos cada vez mais crescentes para os sistemas de saúde, sem o correspondente resultado em termos de resolubilidade dos problemas de saúde pública. A partir da década de 1980 é que esta passa a ser novamente resignificada, com o chamado Movimento de Reforma Sanitária, que lutava em conjunto com todo o movimento de redemocratização em curso no país, pós-período ditatorial, por uma política de saúde pública, universal, de qualidade e em consonância com os movimentos sociais e políticos da América Latina, que já discutiam e compreendiam as questões relativas às iniquidades sociais e a relação entre classe social e indicadores de morbi-mortalidade, mesmo antes do impacto mundial provocado pelo “Relatório do Grupo de Trabalho sobre Inequidades em Saúde”, do Departamento de Saúde da Inglaterra (*DHSS*), conhecido como Relatório *Black*^{VIII} (1980), que apontou ao mundo essas relações. Antes disso, o que era produzido no Sul com relação às causas sociais das iniquidades em saúde, resultante da expansão das pesquisas das Ciências Sociais em Saúde, e da criação do campo da saúde coletiva no âmbito acadêmico da medicina social, não encontrava repercussão no Norte, que ainda discutia possibilidades de abordagens individuais^(59,64,66,82-83,131).

Na América Latina e no Brasil, desde o final da década de 1970, diversos autores davam corpo às noções da chamada “epidemiologia crítica latinoamericana”, que

^{VIII} *Black Report*, em inglês, por ter sido coordenado por Sir Douglas Back, na época, cientista chefe do Departamento de Saúde e presidente do *Royal College of Physicians* britânico.

surgia como uma crítica à epidemiologia clássica linear e ao paradigma empírico-funcionalista – Arouca; Breilh; Laurell; Tambellini; Almeida-Filho; Samaja são exemplos, já sendo, inclusive, proposta por Breilh⁽⁸⁷⁾, desde 1977, a noção de determinação social da saúde, assumindo a denúncia da incompatibilidade do sistema social da época e sua forma de reprodução civilizatória com a construção de modos de viver saudáveis. Estes tiveram como fonte não apenas obras européias do século XIX, como explicitado anteriormente, mas estudiosos latinos pioneiros, “*obscurecidos pela história oficial*”, como Eugenio Espejo, no século XVIII, e Ricardo Paredes, no início do século XX, do Equador, e Salvador Allende, também do início do século XX, do Chile^(82-83,87).

O Brasil tinha avançado na direção da nova visão de saúde, principalmente no meio acadêmico, expressando inclusive uma vitalidade de produção científica própria, através do Grupo de Ciências Sociais da Saúde, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas/SP (Unicamp); da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES, que culminou com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, mesmo ano da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Ottawa, quando a nova concepção foi assumida, tendo caminhado, em seguida, em direção de sua efetivação político - jurídica, conseguida na Carta Constitucional de 1988, que expressa “a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado”, e da formalização do Sistema Único de Saúde – SUS, das suas formas de financiamento e da participação social para seu controle, através, respectivamente, das Leis Federais 8080/1990 e 8142/1990, conquistas históricas brasileiras^(57-58,64,67,82,97-98).

No entanto, desde o início da década de 1990, este projeto foi tensionado pela reorientação governamental na direção de uma perspectiva neoliberal, que propiciou um

processo de desmonte da capacidade do Estado de prover igualdade e bem-estar social, numa lógica de políticas sociais abertas ao focalista, pela via da terceirização, e abertas ao mercado, tendo como principais tendências na política de saúde a tecnificação; não universalização; precarização; fragmentação; ampliação restrita; privatização e mercantilização da saúde pública, entre outras.⁽⁵⁷⁻⁵⁸⁾

Esse movimento, explica porque, mesmo com a convocação insistente e contínua da OMS, através de Resoluções de suas Assembleias Mundiais e novas Conferências e Pactos Internacionais de promoção da saúde, de enfrentamento das doenças crônicas não-transmissíveis e sobre os determinantes sociais da saúde, durante toda a primeira década dos anos 2000 e anos seguintes, muitos países não efetivaram as mudanças necessárias em prol da qualidade de vida de seus cidadãos até os dias de hoje, o que levou ao aprofundamento do fosso das desigualdades em saúde em e entre muitos deles, com impactos profundos e, certamente, evitáveis na situação de saúde de suas populações^(59,99).

Como explica Breilh⁽⁸³⁾, sem uma perspectiva voltada à superação da ordem social capitalista, que produz um sistema extremamente patogênico, do ponto de vista da acumulação, tanto no âmbito individual como no social, não adiantam apenas medidas reformistas para garantir uma boa governança, como é o que propõe o paradigma dos determinantes sociais da saúde, em contraposição ao modelo mais amplo de determinação social da saúde^{IX}.

Nos dias atuais, as derrotas, nessa perspectiva, são muitas, o que configura uma espécie de esgotamento dessas ações que visam controlar a fúria destrutiva do capital por meio das ações do Estado. Isso não significa negar nem se eximir de participar na luta pela realização dos direitos e na ampliação dos espaços democráticos de

^{IX} Sobre esse tema, aprofundar com a leitura de Breilh⁽⁸⁷⁾ – “Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología: un ensayo de desmitificación del proceso salud-enfermedad”. Ensayo teórico, México: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco. E ainda Breilh⁽¹⁰⁰⁾ – “Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad”. Buenos Aires: Lugar Editorial.

decisão, mas entender o campo minado de tensões, lutas e contradições em que se movem indivíduos e instituições, sob a regência e domínio do capital.⁽⁵⁹⁾

Com essa correlação de forças posta, diversas organizações internacionais e movimentos da sociedade civil, ONG's, grupos de mulheres, ativistas e profissionais de saúde de 92 países construíram e se reuniram na Assembléia pela Saúde dos Povos, em Savar, Bangladesh, no ano 2000, para discutir alternativas para a efetivação dos princípios da promoção da saúde e do compromisso firmado em Alma-Ata em 1978 - "Saúde para todos no Ano 2000", e que até então não se efetivara. A perspectiva adotada era para que a saúde e o desenvolvimento equitativo se tornassem prioridades absolutas nas agendas dos gestores em nível local, nacional e internacional, tendo assumido o sugestivo e provocativo tema de "Saúde para Todos Agora!". O documento construído no evento - "Carta dos Povos pela Saúde", já traduzido em 40 idiomas, serviu de base para a criação do Movimento pela Saúde dos Povos - MSP (em inglês, *People's Health Movement - PHM*), que até hoje continua a tensionar os governos e agências multilaterais pelo efetivo cumprimento da agenda de pactuações postas desde Alma-Ata, já tendo sido realizadas mais duas Assembléias Mundiais pela Saúde dos Povos, em 2005 e 2012, que originaram a Declaração de Cuenca e a Chamada para a Ação de Cape Town, respectivamente, com críticas contundentes ao direcionamento neoliberal nas políticas de saúde que, ao invés de combater as iniquidades em saúde, ampliavam o fosso da desigualdade social e, conseqüentemente, das iniquidades em saúde⁽¹⁰¹⁻¹⁰⁵⁾.

O conhecimento objetivo da realidade é sempre um grande desafio. A participação juntamente com outros sujeitos profissionais e sujeitos coletivos os mais diversos na construção dos instrumentos de luta possibilitarão, em cada situação concreta, jogar força para ir além dos interesses do capital.⁽⁵⁹⁾

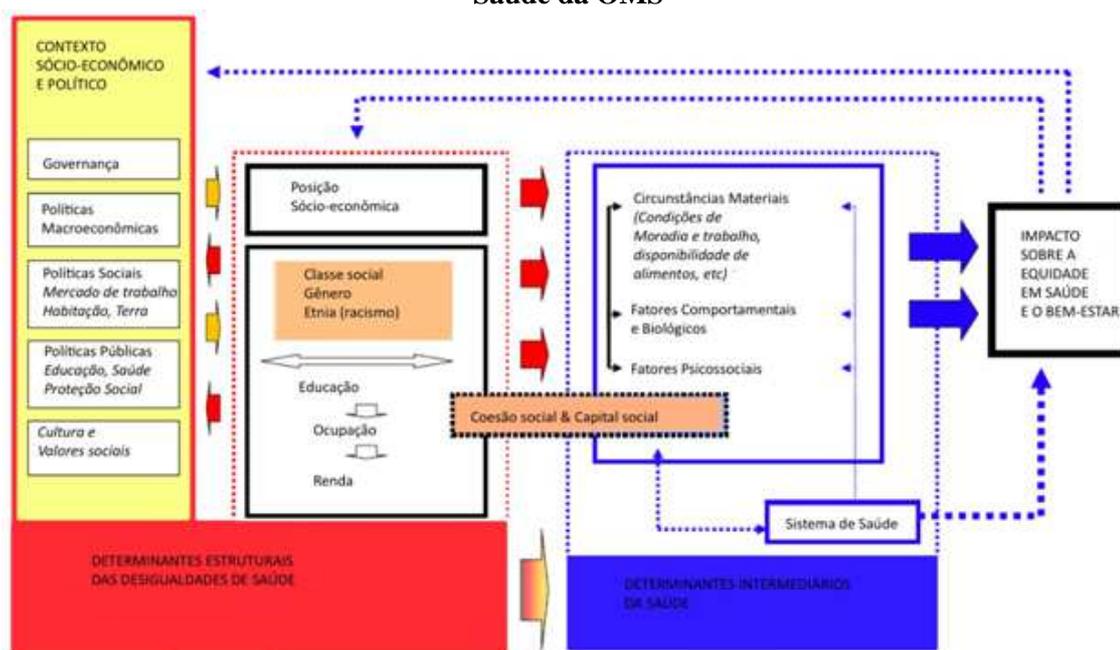
Na tentativa de reverter essa situação em prol da saúde pública mundial, e pressionados cada vez mais pelo *PHM*, em parceria com países que já apresentavam experiências exitosas com a efetivação de mudanças na política de saúde, de forma abrangente e intersetorial, na perspectiva da justiça social, com resultados positivos na mudança do gradiente de saúde, independente de serem países de alta renda (como Porto Rico, por exemplo), em 2005, a OMS lançou um movimento global pela “Redução das Desigualdades na Saúde no Período de Uma Geração – Igualdade na Saúde Através da Ação sobre os seus Determinantes Sociais”. Uma Comissão específica para os determinantes sociais da saúde (*Commission on the Social Determinants of Health - CSDH*, em inglês) trabalhou durante cinco anos no levantamento da situação de saúde global e estratégias concretas de enfrentamento das iniquidades identificadas, entendidas como comprovadamente evitáveis^(99,105).

Diversos modelos haviam sido construídos a fim de melhor explicitar os determinantes sociais da saúde na Europa, sendo os mais conhecidos e utilizados os propostos por Dahlgren e Whitehead, de 1991, o de Diderichsen, Evans & Whitehead, de 2001, o de Marmot e Wilkinson, de 2006, e o de Solar & Irwin, de 2007. A CSDH trabalhou inicialmente com o de Diderichsen, Evans & Whitehead, mas no Relatório Final optou pelo de Solar & Irwin, por focar um modelo para a ação em relação às “causas das causas” – “as estruturas globais e nacionais fundamentais da hierarquia social e das condições determinadas socialmente em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem” (Figura 1).⁽⁹⁹⁾

Chamou a atenção neste Relatório, de forma negativa, não ter havido sequer menção aos autores e modelos predecessores, da América Latina e América do Norte, nos quais se embasaram os modelos europeus, ainda que “de forma limitante”, como alertou Breilh em sua apresentação “La determinación social de la salud como

herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva): Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica", no VIII Seminário Internacional de Saúde Pública, na Colômbia.^(83,99)

Figura 1 - Enquadramento conceitual da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da OMS



Fonte: CDSS⁽⁹⁹⁾. Modelo adaptado de Solar e Irwin.

Já a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS brasileira, primeiro país a atender ao chamado da OMS, ainda em 2005, e também instituir uma comissão, optou pelo de Dahlgren e Whitehead, por considerar que proporcionava uma melhor visualização dos diversos níveis dos determinantes, desde os macro-determinantes ou determinantes estruturais – como a política e a economia, também chamada “causas das causas”, passando pelos intermediários – as condições de vida e trabalho, aos proximais, relacionados ao estilo de vida dos indivíduos (Figura 2)^(99,110-111). Também neste Relatório não se faz menção aos modelos predecessores da epidemiologia crítica latinoamericana.

Figura 2 - Enquadramento conceitual da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde do Brasil



Fonte: CNDSS⁽¹¹¹⁾. Modelo de Dahlgren e Whitehead.

Ambos os modelos aclaram a necessidade, que ficou explícita nos Relatórios, de alterações consideráveis em vários níveis dos determinantes sociais, incluindo as políticas sociais, os acordos comerciais e uma ação política forte, para que se possa alcançar a meta de redução das iniquidades em saúde das populações. No entanto, em ambos os relatórios, se refletia a nova concepção, posta a partir da Conferência de Jakarta, em 1997, de inclusão do setor privado no apoio às ações de promoção da saúde, com o fomento à chamada responsabilidade social^(64,99,111).

Ciente dessa questão, e com a ampliação do processo de direcionamento neoliberal mundial, fortalecia-se o *PHM*, que passava a contar com Círculos em diversos países, inclusive no Brasil, com a organização e realização também de Assembléias Regionais e a criação de um Observatório de Saúde Internacional (*Global Health Watch*, em inglês), para monitoramento das ações de governança mundial via OMS, cada vez mais tensionadas pelo capitalismo financeiro. Além dele, outros

movimentos contra-hegemônicos como o Fórum Social Mundial da Saúde, que, a partir de 2005, surgiu como parte do Fórum Social Mundial, e logo foi transformado no Fórum Social Mundial sobre Saúde e Seguridade Social (em 2013, na sua 5ª edição); a Aliança Mundial pela Equidade (*Global Equity Gauge Alliance, em inglês*) e o Medact, todos articulados ao *PHM*, que pressionavam para que estas orientações fossem efetivadas pelos países, sob o slogan “Saúde para todas e todos é possível e necessária”.^(105,112)

As conclusões da *CSDH* foram apresentadas no Relatório Final da Comissão sobre os Determinantes Sociais em Saúde, intitulado “Redução das Desigualdades no Período de Uma Geração - Igualdade na Saúde Através da Ação sobre os seus Determinantes Sociais”, lançado em 2010, pela OMS.⁽⁹⁹⁾

A partir de então, surge outro movimento, agora capitaneado pelo governo da Austrália, em parceria com a OMS, intitulado “Saúde em Todas as Políticas”, cujo subtítulo sugestivo é “Movendo em direção a uma governança compartilhada para a saúde e o bem-estar, levando em conta que saúde significa governo mais efetivo e um governo mais efetivo significa melhoria na saúde”, lançado em 2010, na Austrália, no Encontro Internacional para a Saúde em Todas as Políticas, com 100 experts convidados, que gerou a Declaração de Adelaide⁽²⁶⁾. O entendimento aqui é que a saúde tem um papel fundamental nas sociedades do século XXI, com especial ênfase no papel fundamental das políticas não sanitárias na construção da saúde, responsabilizando formalmente o Estado com sua implementação, a partir das mais altas instâncias governamentais, “uma estratégia política inovadora que descreve a necessidade de um novo contrato social entre todos os setores da sociedade para impulsionar o desenvolvimento humano, a sustentabilidade, a equidade, e que melhora a saúde da população”.⁽²⁶⁾

Esse compromisso foi reforçado em 2011, na Declaração Política do Rio de Janeiro sobre os Determinantes Sociais da Saúde e na Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle das Doenças Não-Transmissíveis; em 2012, no Documento Resultante da Conferência Rio+20, intitulado “O Futuro que Queremos”, e em 2013, no documento “Declaração de Helsinki sobre a Saúde em Todas as Políticas”, resultante da 8ª Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde, em Helsinki, Finlândia.⁽⁷⁷⁻⁸⁰⁾

Com as tendências ao direcionamento neoliberal influenciando fortemente os encaminhamentos destas Conferências, continuou-se a observar uma reação imediata dos movimentos presentes. Destacam-se, como exemplo, os mais recentes: a atuação do *PHM* e demais movimentos, ONG's e cidadãos comprometidas com as causas em defesa da vida, na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, em 2011, no Rio de Janeiro; na Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável – Rio+20, em 2012, também no Rio de Janeiro, e na 8ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 2013, em Helsink, quando, em contraposição, foram lançadas Declarações alternativas às oficiais: “Protegendo o Direito à Saúde através da Ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde”; “Declaração Final Cúpula dos Povos na Rio+20 por Justiça Social e Ambiental - Em defesa dos bens comuns, contra a mercantilização da vida” e “Promovendo Saúde para Todos e Justiça Social na Era do Capitalismo Global”, respectivamente, que continham os elementos a serem superados em prol da saúde e qualidade de vida para todos e todas numa perspectiva emancipatória⁽¹⁰⁵⁾.

Dessa forma, tomando-se por base os diversos documentos publicados, sejam publicações de caráter conceitual (QUADRO 1), posicionamentos políticos de Conferências Internacionais (QUADRO 2) (APÊNDICE A), a resultados de pesquisas,

a saúde passa a ser considerada, pelos organismos internacionais, como resultado da intervenção integrada de diversos setores, afora o setor saúde, nos seus determinantes sociais, relacionada, portanto, à qualidade de vida e tendo se tornado indispensável para o desenvolvimento sustentável, numa perspectiva de equidade, direitos humanos e justiça social, sendo tensionada continuamente e historicamente pelas forças sociais em conflito – o mercado e os movimentos sociais organizados, estes opondo-se aos discursos e práticas de mercantilização das políticas sociais, apontando a necessidade de superação política das determinações sociais da saúde inerentes ao capitalismo. (24,66,79,99,105,112)

Quadro 1 - Principais publicações oficiais de caráter conceitual relacionadas ao novo conceito de saúde

ANO	DOCUMENTO	LOCAL
1974	Relatório Lalonde – “Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses” e Relatório da OMS das visitas aos Comitês Comuns da China	Canadá Suíça
1976	Relatório do Departamento de Saúde inglês (DHSS) – “Prevenção e Saúde – interesse para todos”	Grã-Bretanha
1977	Resolução da 30ª Assembléia Mundial da Saúde – “Saúde para Todos no Ano 2000”	OMS
1979	Relatório do Ministério da Saúde dos EUA (US-DHEW) - “População Saudável: Relatório do US Surgeon General em promoção da saúde e prevenção de doenças”	Estados Unidos da América do Norte
1980	Relatório Black sobre as Iniquidades em Saúde – “Iniquidades em Saúde – Relatório de um Grupo de Trabalho de Pesquisa”. Relatório do Grupo de Trabalho sobre Inequidades em Saúde, do Departamento de Saúde britânico (DHSS)	Grã-Bretanha
1984	Resolução da 34ª Assembléia Mundial da Saúde – incorporação dos DSS na agenda	OMS
1985	“38 metas para a saúde na Região Européia”	WHO Regional Office in Europe
1986	Relatório Epp – “Alcançando Saúde para Todos”	Canadá
1986	Documento “Promoção da Saúde: estratégias para a ação”-77ª Conferência Anual da Associação Canadense de Saúde Pública	Canadá
1987	Lançamento do Projeto “Cidades Saudáveis”	OMS

1989	Resolução da 42ª Assembléia Mundial da Saúde – “Promoção da Saúde, Informação para o Público e Educação para a Saúde”	OMS
1990	Relatório do grupo de trabalho da OMS sobre promoção da saúde em países em desenvolvimento - “Uma Chamada para a Ação – Promovendo Saúde nos Países em Desenvolvimento”	OMS
1992	Agenda 21 - Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92)	Rio de Janeiro/Brasil
1998	Social Determinants of Health. The Solid Facts. 1st ed.	WHO Regional Office for Europe
2003	Social Determinants of Health. The Solid Facts. 2nd ed.	WHO Regional Office for Europe
2005	A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health – Discussion paper for the Commission on the Social Determinants of Health (Draft)	CSDH/OMS
2007	A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health – Discussion paper for the Commission on the Social Determinants of Health (Draft)	CSDH/OMS
2009	Resolução da 62ª Assembléia Mundial de Saúde - “Reduzir as Iniquidades Sanitárias Atuando sobre os Determinantes Sociais da Saúde”	OMS
2010	Relatório Final da Comissão sobre os Determinantes Sociais em Saúde da OMS - “Redução das Desigualdades no Período de Uma Geração - Igualdade na Saúde Através da Ação sobre os seus Determinantes Sociais”	CSDH/OMS
2011	Declaração Política de Alto Nível da Assembléia Mundial sobre Prevenção e Controle de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis	New York/USA
2011	Workshop on Health and Development in the Context of Rio+20	North Caroline/USA
2012	Resolução da 66ª Assembléia Mundial da Saúde – “O Futuro que Queremos”	OMS

Fonte: Adaptado de Buss⁽⁶⁶⁾.

Quadro 2 - Documentos com posicionamentos políticos internacionais relacionados à promoção da saúde e aos determinantes sociais da saúde

ANO	DOCUMENTO	LOCAL
1978	Declaração de Alma-Ata “Saúde para Todos no Ano 2000” – Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde	Cazaquistão/URSS
1986	Carta de Ottawa – 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	Ottawa/Canadá

1988	Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis – 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	Adelaide/Austrália
1988	“De Alma – Ata ao Ano 2000: reflexões no meio do caminho” – Reunião Internacional promovida pela OMS	Riga/URSS
1991	Declaração de Sundswall – 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	Sundsvall/Suécia
1992	Declaração de Santafé de Bogotá - Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de Bogotá	Santafé/Colômbia
1992	Declaração do Fórum Global na Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92)	Rio de Janeiro/Brasil
1993	Declaração de Port of Spain/Caribe – 1ª Conferência de Promoção da Saúde no Caribe	Port of Spain/Trinidad e Tobago
1997	Declaração de Jacarta – 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	Jacarta/Indonésia
1998	Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde – Genebra	Genebra/Suíça
2000	Declaração do México – 5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	Cidade do México/México
2000	Carta dos Povos pela Saúde - Assembléia Mundial pela Saúde dos Povos (Lançamento do Movimento pela Saúde dos Povos – MSP/ <i>People's Health Movement – PHM</i>)	Savar/Bangladesh
2002	I Fórum Internacional em Defesa da Saúde dos Povos (promovido pela ALAMES), no Fórum Social Mundial	Porto Alegre/Brasil
2002	Carta de São Paulo – 3ª Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde	São Paulo/Brasil
2003	II Fórum Internacional em Defesa da Saúde dos Povos (ALAMES) – Fórum Social Mundial	Porto Alegre/Brasil
2004	III Fórum Internacional em Defesa da Saúde dos Povos (<i>PHM/ALAMES</i>)	Mumbai/Índia
2005	Declaração de Bangkok – 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	Bangkok/Tailândia
2005	Declaração de Cuenca (<i>PHM</i>) – 2ª Assembléia Mundial pela Saúde dos Povos	Cuenca/Equador
2005	Declaração Final do I Fórum Social Mundial da Saúde	Porto Alegre/Brasil
2006	Fórum Continental Americano em Defesa da Saúde dos Povos	Caracas/Venezuela
2007	“De Alma-Ata à Declaração do Milênio – Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento – Direitos, Fatos e Realidade”	Buenos Aires/Argentina
2007	Declaração Final do II Fórum Social Mundial da	Kênia/África

	Saúde	
2009	Declaração de Nairobi – 7ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	Quênia/África
2009	Carta de Belém – III Fórum Social Mundial da Saúde	Pará/Brasil
2010	Declaração de Adelaide “Saúde em Todas as Políticas – Movendo em Direção a uma Governança Compartilhada para a Saúde e o Bem-Estar”	Austrália Meridional/Austrália
2010	I Conferência Mundial Sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social – Elementos para uma Agenda sobre Sistemas Universais de Seguridade Social	Brasília/Brasil
2011	IV Fórum Social Mundial da Saúde e Seguridade Social	Dakar/Senegal/África
2011	Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde – “Todos pela Equidade” - Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde	Rio de Janeiro/Brasil
2011	Declaração Alternativa do Rio (PHM) – “Declaração de Interesse Público das Organizações da Sociedade Civil e Movimentos Sociais na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde” – “Protegendo o Direito à Saúde através da Ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde”	Rio de Janeiro/Brasil
2012	Declaração de Istambul – “Fórum Global de Desenvolvimento Humano: Em direção a um futuro equitativo e sustentável para todos”	Istambul/Turquia
2012	“O Futuro que Queremos” – Rio+20/Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável	Rio de Janeiro/Brasil
2012	Declaração Final da Cúpula dos Povos na Rio+20 – “Cúpula dos Povos na Rio+20 por Justiça Social e Ambiental - Em defesa dos bens comuns, contra a mercantilização da vida”	Rio de Janeiro/Brasil
2012	Chamada à Ação da Cidade do Cabo (<i>Cape Town Call to Action</i>) (PHM) – 3ª Assembléia Mundial pela Saúde dos Povos	Cidade do Cabo/África do Sul
2013	Declaração da Tunísia “À Seguridade Social na Crise do Capitalismo”- V Fórum Social Mundial da Saúde e Seguridade Social	Tunis/Tunísia
2013	Declaração de Helsink – “Saúde em todas as Políticas” – 8ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	Finlândia
2013	Declaração Alternativa de Helsink, do Movimento Saúde dos Povos (PHM) – “Promovendo Saúde para Todos e Justiça Social na Era do Capitalismo Global”.	Finlândia

2013	Declaração do Movimento pela Saúde dos Povos da América latina e Caribe (<i>PHM</i>) – 1a Assembléia dos Povos Latinoamericanos pela Saúde	Cuenca/Equador
------	--	----------------

Fonte: Adaptado de Buss⁽⁶⁶⁾.

A análise dessa sequência de publicações proporciona uma noção bem atual do quão profícuo o campo da saúde tem sido em exemplo de como as determinações sociais estão postas e necessitam ser enfrentadas continuamente, de forma ampla e intersetorial, colocando a ciência em defesa da vida, para os avanços se concretizarem em direitos, individuais e coletivos, que, contraditoriamente, sempre estarão ameaçados pela hegemonia do capital, até que se consiga sua superação, numa perspectiva emancipatória.

Trata-se, assim, de discernir as armadilhas liberais para delas se diferenciar; de romper com visões economicistas, politicistas e eticistas no trato às expressões da questão social; de consolidar estudos e pesquisas que possibilitem o conhecimento profundo da realidade.⁽⁵⁹⁾

Ou, no dizer contundente de Breilh⁽⁸³⁾:

A grande viagem que empreendemos, de vários núcleos de epidemiologia crítica e questionamentos da epidemiologia linear que defendemos, por meio de um modelo alternativo, crítico, emancipador, terão como um teste decisivo nossa capacidade de fornecer ferramentas de ruptura para o planejamento democrático e de consciência para nosso povo organizado, que luta para defender o planeta da voracidade de uma civilização da morte.

Este panorama geral da questão da saúde, com suas macrodeterminações e tensionamentos políticos mundiais, nos dá uma chave de leitura crítica para a questão do tabagismo, exposta no próximo item, que envolve os interesses econômicos da indústria do fumo, de forma transnacional, a necessidade de atuação reguladora integrada dos governos, e que vem contando cada vez mais com a atuação de uma

sociedade civil esclarecida e forte, atuando de forma a tensionar o fiel da balança em prol da saúde coletiva.

1.1.2 A Determinação Social da Pandemia do Tabagismo e o conflito de interesses para seu enfrentamento

A Política de Controle do Tabagismo é um exemplo concreto de como a atuação focada nos Determinantes Sociais, com políticas sociais e econômicas construídas e executadas de forma integral, na perspectiva da intersetorialidade, contribuem decisivamente para um impacto positivo na situação de saúde, por um lado, e por outro, de como os interesses econômicos podem afetar o avanço de políticas, mesmo diante de um impacto nefasto sobre a saúde da população e ameaçando o desenvolvimento sustentável^(2,15,26,34).

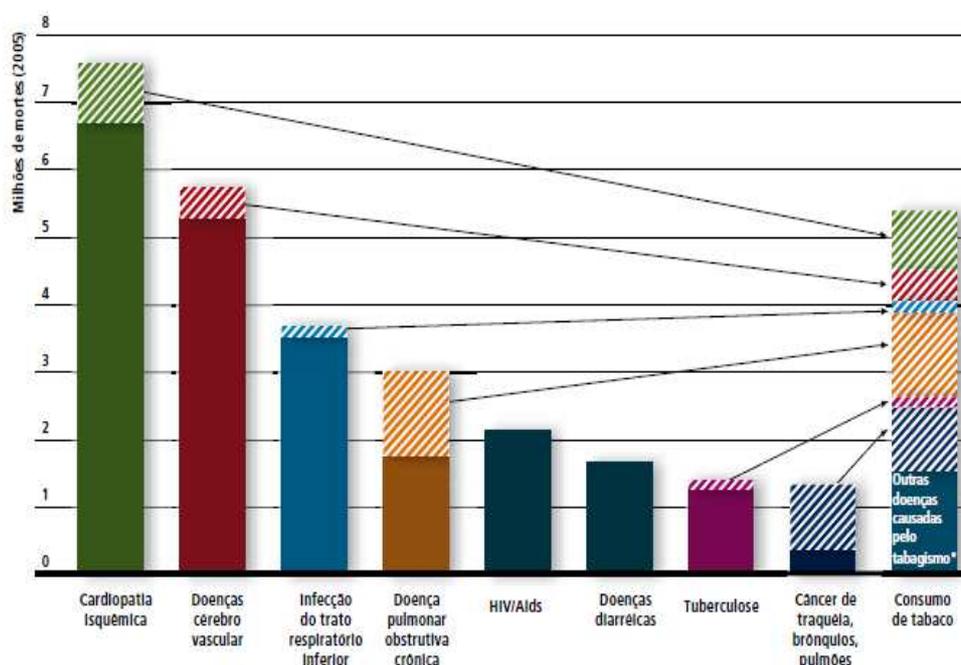
Para compreendê-la, faz-se necessário discorrer sobre as características da pandemia do tabagismo e sua contribuição para o agravamento das desigualdades em saúde, como será apresentado a seguir^(2,14,15,18,26,114).

A prevalência atual é de 1,3 bilhões de fumantes no mundo, 80% destes vivem em países em desenvolvimento, o que evidencia a centralidade desta questão aos países periféricos, como o Brasil, que apresenta uma prevalência de 25 milhões de fumantes, o que corresponde a 17% da população brasileira^(2,11). Considerando que 90% dos fumantes iniciam o uso antes dos 19 anos de idade, e que 100 mil crianças/adolescentes ou jovens, começam a fumar por dia no mundo, 80% nos países de capitalismo periférico, o tabagismo, além de ser considerado uma doença crônica, por envolver uma dependência, já é considerado também uma doença pediátrica^(2,18,21).

A maioria dos estudos desenvolvidos até o momento evidencia que o consumo de derivados do tabaco causa cerca de 50 doenças diferentes, denominadas doenças tabaco-relacionadas, por conta das mais 7.000 substâncias tóxicas presentes na fumaça dos derivados do fumo: cigarro, cachimbo, charuto, cigarro de palha, fumo de rolo, cigarro de Bali, etc., das quais apenas 4.720 substâncias já foram classificadas, sendo 60 comprovadamente cancerígenas.^(2,18)

As doenças cardiovasculares e o câncer, que têm no tabagismo um de seus principais fatores de risco, são as principais causas de morte por doença no Brasil e no mundo. Na verdade, o consumo de tabaco é fator de risco para seis das oito principais causas de mortalidade no mundo, a saber: cardiopatia isquêmica, doenças cerebrovasculares, infecção do trato respiratório inferior, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), tuberculose e cânceres de pulmão, traquéia, e brônquios, como demonstrado na Figura 3⁽²⁷⁾.

Figura 3 - O consumo de tabaco é um fator de risco para seis das oito principais causas de mortalidade no mundo



Fonte: OMS⁽²⁷⁾

As áreas sombreadas indicam a proporção de mortes relacionadas ao tabagismo e se encontram coloridas segundo a coluna correspondente à causa de mortalidade.

*Inclui câncer de boca e câncer orofaríngeo, câncer esofágico, câncer de estômago, câncer de fígado, outros tipos de câncer, assim como doenças cardiovasculares que não a cardiopatia isquêmica e as doenças cerebrovasculares.

O tabagismo é diretamente responsável por 30% das mortes por câncer, 90% das mortes por câncer de pulmão, 45% das mortes por doenças coronarianas, 85% das mortes por doenças pulmonares obstrutivas crônicas - DPOC, 25% das mortes por doenças cerebrovasculares. Dessa forma, o fumo mata mais que a soma das mortes provocadas pela AIDS, álcool, cocaína, heroína, incêndios, acidentes de automóvel, suicídios e homicídios.⁽¹⁸⁾

A mortalidade por doenças tabaco-relacionadas hoje é de cerca de 6 milhões de vítimas por ano em todo o mundo, podendo chegar a nove milhões/ano até 2030, mantidas as tendências atuais. Durante todo o século XX, o tabagismo foi responsável pela morte de cerca de cem milhões de pessoas. E em caso de manutenção dos padrões de consumo, sem uma séria restrição das ações de expansão da indústria do fumo, por parte dos governos nacionais, essa pandemia deverá levar a óbito cerca de um bilhão de pessoas em todo o mundo neste século⁽²⁾. Vale ressaltar que, dessas, 80% ocorrerão em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, onde os problemas graves associados ao tabagismo dividirão o cenário com problemas básicos de saúde como desnutrição, deficiência de saneamento e de suprimento de água e doenças infecto-contagiosas, ainda não controladas, dentre outros^(2,99,111). No Brasil, esse número chega a aproximadamente 130 mil mortes por ano hoje⁽³⁾.

Tabagismo e pobreza tem formado um ciclo vicioso. Apesar de estar presente em todas as classes sociais, as maiores prevalências de fumantes estão entre a população de menor escolaridade e menor renda^(4,14,25). Pesquisas apontam que mesmo um pequeno desvio dos recursos de famílias que vivem na linha de pobreza ou abaixo dela pode ter um impacto significativo sobre a sua saúde e nutrição e, em muitos países, o percentual total das despesas destinadas ao consumo de produtos derivados do tabaco é maior para as famílias de menor renda, agravando essa situação⁽¹³⁾.

A associação entre posição socioeconômica e fatores de risco à saúde varia ao longo do tempo e entre as regiões do mundo. A OMS vem divulgando amplamente diversos estudos internacionais a respeito da estreita relação entre tabagismo e a pobreza de indivíduos e famílias e tabagismo e a pobreza dos países, objetivando que a temática fosse trabalhada por todos os países, dentro de suas realidades específicas, a fim de promover o enfrentamento desse grave fator de iniquidade em saúde^(4,14,25). O

tema oficial do Dia Mundial Sem Tabaco de 2004, “Tabagismo e Pobreza – Um Círculo Vicioso”, expôs ainda mais a questão para o mundo⁽²⁵⁾. No Brasil, a temática foi trabalhada em 2004 pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo sob o slogan “O Cigarro Causa Atraso para o Brasil”⁽¹⁰⁸⁾.

Essa constatação foi assumida também pelas demais agências e órgãos multilaterais, inclusive o Banco Mundial, que também passou a produzir informações dos custos sociais do consumo, fazendo coro com a OMS:

O consumo de produtos derivados de tabaco, além de causar diversos malefícios à saúde humana e ao meio ambiente, causa grandes perdas para a economia dos países. 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. Essa constatação fez o Banco Mundial concluir que, do ponto de vista econômico, não faz sentido financiar projetos da área de tabaco.⁽¹¹⁶⁾

Nos países onde foram realizadas essas avaliações, concluiu-se que, para cada dólar arrecadado através da taxaço do tabaco, perdia-se um dólar e meio. Esses estudos apontaram que os gastos sociais já haviam ultrapassado a receita obtida, colocando por terra o mito da boa relação custo/ benefício que se julgava existir.⁽¹⁸⁾

Um relatório do Banco Mundial de 1993 apresentou os custos relacionados a um tratamento de câncer de pulmão, que permite prolongar a vida de apenas 10% das pessoas por ele acometidas: US\$18.000 por ano de vida salva, enquanto uma ação de prevenção eficaz custa cerca de US\$20 a US\$40 por ano de vida salva. Parar de fumar antes dos 50 anos de idade diminui, após 16 anos de abstinência, o risco de morte por doenças tabaco-relacionadas em 50%. Após 10 anos sem fumar, o risco de morte por câncer de pulmão diminui de 30 a 50% em ambos os sexos e o risco de doenças cardiovasculares diminui 50% após um ano sem fumar. A prevenção do Tabagismo, e do tabagismo passivo, portanto, se apresentam como uma das intervenções de saúde

com a melhor relação custo/benefício, tanto para países desenvolvidos como para países em desenvolvimento que tenham, por exemplo, produto interno bruto (PIB) *per capita* de US\$2.000 por habitante.⁽¹¹⁷⁻¹¹⁸⁾

Outros estudos avaliaram os benefícios da Abordagem Mínima ou Básica do Fumante, que significa a inclusão, através de uma formação específica, das orientações para a cessação do uso do fumo na rotina dos profissionais de saúde. Crogham e colegas e Orleans, estimaram o custo-benefício de uma breve abordagem do fumante pelo médico em relação ao tratamento de outras doenças, como hipercolesterolemia e hipertensão arterial, mostrando que se apenas 2,7% a 3,7% dos fumantes parassem de fumar com o apoio desta abordagem, o custo estimado por ano de vidas salvas seria da ordem de U\$748,00 a U\$ 2.020,00, muito inferior ao custo do tratamento da hipertensão arterial leve a moderada (U\$11.300 – U\$24.408), da hipercolesterolemia (U\$65.511,00–U\$108.189,00) e do infarto (U\$55.000,00)⁽¹¹⁷⁾.

Recente Revisão Sistemática realizada para a OMS pelo *Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy* (Instituto de Efetividade Clínica e Sanitária - IECS), que é um Centro Colaborador para Revisões Sistemáticas do Grupo Cochrane na Argentina para os países IberoAmericanos (Argentine Cochrane Centre IECS/Iberoamerican Cochrane Network, Buenos Aires, Argentina), confirma que esta tendência se mantém. O estudo, intitulado “Revisão Sistemática sobre a Relação entre Tabagismo e Pobreza”, foi um estudo com metanálise e avaliou ainda a relação entre renda, uso do tabaco, e consequências de saúde tabaco-relacionadas⁽¹³⁾.

No Brasil esta realidade também é confirmada. Dados obtidos a partir de um estudo econométrico encomendado pelo INCA/MS à Fundação Getúlio Vargas – FGV, em 1996, que subsidiaram a elaboração e posterior aprovação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, apontaram que o país gasta duas vezes e meia a mais com o

tratamento das doenças que o fumo provoca do que arrecada com os impostos pagos pela indústria do fumo – perda anual em torno de 200 milhões de dólares⁽¹⁸⁾. O sistema de saúde brasileiro gastou cerca de 21 bilhões de reais no ano 2011 para tratar apenas 15 das 50 doenças tabaco-relacionadas⁽³⁴⁾.

Estudo realizado no Brasil pelo Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde – CETAB, da ENSP, em parceria com a ACTBr e a Faculdade de Economia da Universidade Federal Fluminense - UFF, em 2013, alerta para as iniquidades na distribuição do tabagismo no território nacional. Enquanto a prevalência de fumantes global é de 17%, na população de menor renda ultrapassa os 20%. Com relação ao grau de escolaridade, a prevalência de fumantes é de 10% entre os que têm pelo menos um ano de universidade, enquanto que entre os que não completaram o Ensino Fundamental é de 22%, duas vezes maior⁽¹⁰⁾.

Conforme já havia constatado Souza⁽¹²¹⁾,

o uso de derivados de tabaco nas populações de baixa renda compromete significativamente sua qualidade de vida. Este fenômeno foi constatado em estudos realizados pelo Instituto Nacional do Câncer, Banco Mundial e Organização Mundial de Saúde os quais desvendaram o agravamento da pobreza nos países em desenvolvimento, em decorrência do alto índice de consumo de cigarros pelas classes de baixa renda.

Agrava essa realidade a questão do tabagismo passivo ser considerado hoje a terceira causa de morte evitável no mundo, segundo a OMS, responsável por cerca de 600 mil mortes/ ano, 75% dessas entre mulheres e crianças. Aumenta ainda o risco, em não-fumantes, de doença coronária em 25% a 30% e de câncer de pulmão em torno de 30%^(2,5-6). No Brasil, contabilizam-se sete mortes por dia e um custo de R\$19,15 milhões por ano com diagnóstico e tratamento de doenças, considerando apenas três doenças relacionadas – câncer de pulmão, doenças isquêmicas do coração, doenças

cérebro-vasculares^{X (7)}. A ocorrência em locais de trabalho o configura como risco de saúde ocupacional⁽⁶⁾.

A Poluição Tabagística Ambiental – PTA é considerada a maior e mais comum fonte de poluição ambiental em ambientes fechados, representando cerca de 90% dos níveis de poluição do ar, e 95% dos elementos cancerígenos transportados pelo ar em pontos de encontros sociais. Algumas substâncias se apresentam na PTA em quantidades mais elevadas do que na fumaça inalada pelo fumante: 5,3 vezes mais alcatrão, 15 vezes mais nicotina, 20 vezes mais monóxido de carbono, e 10 vezes mais substâncias cancerígenas⁽¹²²⁾.

Como um agente cancerígeno em humanos, é classificado como um cancerígeno do Grupo 1, não havendo nível seguro de exposição à mesma:

O fumo do tabaco que polui ambientes fechados é genotóxico e cancerígeno para os seres humanos, e até mesmo os não-fumantes expostos a essa fumaça inalam as mesmas toxinas prejudiciais da fumaça inalados por fumantes ativos.⁽¹²²⁾

Dessa forma, na perspectiva científica hegemônica atual, não existe sistema de ventilação capaz de reduzir a exposição ao tabagismo passivo a níveis seguros, sendo a implantação de ambientes 100% livres de fumo a alternativa mais eficiente em termos de custo, aplicabilidade e redução de risco.^(4-6,122-125)

Some-se a todos esses fatores os danos ao meio ambiente e à saúde dos fumicultores, os plantadores de fumo, que se submetem às exigências da indústria, apesar dos prejuízos físicos, econômicos e para o meio ambiente, a fim de garantir a venda de sua safra. Salientamos que, devido à monocultura na área de plantio do fumo, são inúmeros os danos ao meio ambiente: a depleção do solo (o solo utilizado para o plantio do tabaco fica improdutivo por cinco anos após a colheita), a destruição de

^X Estudo realizado em áreas urbanas, que correspondem a 70% dos óbitos, com indivíduos de 35 anos ou mais e apenas em relação à exposição ao tabagismo passivo domiciliar.

novas áreas de Mata Atlântica para o replantio, e a contaminação dos lençóis freáticos, devido às quantidades absurdas de agrotóxicos e fertilizantes químicos utilizados, cerca de 100kg por hectare, impostos pela indústria do fumo como condição para a compra do produto, o que provoca ainda adoecimentos, invalidez e suicídios entre os trabalhadores, por intoxicação.⁽¹⁸⁾

Outro agravante é o fato de o tabagismo ser uma doença crônica, classificado no grupo dos transtornos mentais e de comportamento da Classificação Internacional de Doenças – CID – 10, como dependência química, por conta de seu princípio ativo, a nicotina, substância psicoativa, cujo poder dependogênico é apenas inferior ao do crack, com repercussões físicas e psicossociais que dificultam o abandono do uso, o que requer apoio multiprofissional para a cessação^{XI}. Pesquisas indicam que, apesar de 80% dos fumantes regulares expressarem o desejo de parar de fumar, apenas 3% conseguem parar de fumar sozinhos, os demais, 97%, necessitam tratamento.^(2,18,117,126)

Respalhada em todas essas constatações, o tabagismo é considerado hoje pela OMS, a maior causa isolada de morbi-mortalidade evitável existente, responsável por cerca de 6 milhões de mortes/ano no mundo, tendo alcançado o *status* de uma pandemia desde o final da década de 1990, quando a OMS passou a definir estratégias de enfrentamento a serem tomadas como prioridade por todos os países.^(2,68,127)

Esta compreensão foi assimilada e rapidamente disseminada, principalmente entre os países desenvolvidos, a partir da publicização de documentos internos da indústria do fumo, em meados da década de 1990, fruto da condenação destas no

^{XI}Enquanto o álcool e as outras drogas contribuem com um percentual de 10 a 15% para o desenvolvimento de dependência (no Nordeste do Brasil o álcool já atinge 17%, por conta da cultura da cana de açúcar), a nicotina contribui com 70 a 90%. Ou seja, é inversamente proporcional - 70 a 90% dos que experimentam um cigarro, ou outro produto derivado do fumo, desenvolvem dependência⁽¹⁸⁾.

processo movido por 46 estados norte-americanos^{XII}. Essa documentação confiscada gerou as provas necessárias contra as mesmas, pois apontavam as estratégias fraudulentas que possuíam em todo o mundo, para expansão de mercados; cooptação de adolescentes e jovens, através de publicidade, promoção, patrocínio e colocação de aditivos de aroma e sabor nos cigarros e outros produtos derivados do tabaco; cooptação de governos, através de desqualificação de pesquisas científicas e divulgação proposital de “falsas” pesquisas, ou seja, pesquisas encomendadas por estas para legitimar suas ações e seu produto, no intuito de evitar regulações e restrições. Além disso, demonstrou o conhecimento prévio de que dispunham a respeito de toda a toxicidade do produto e da fumaça produzida, e malefícios dele decorrentes, bem como o poder dependogênico da nicotina, tão veementemente negado por eles até então^(6,18).

Diante dessas constatações, a determinação social do tabagismo estava, então, desvelada, como fruto de uma estratégia mercadológica, intencional da indústria do fumo, que, dentre suas estratégias de ampliação de mercados, incluía minar todas as iniciativas de controle do tabagismo promovidas pelos países e pela Organização Mundial da Saúde. Uma publicação marcou estas descobertas, a do Comitê de Experts em Documentos da Indústria do Tabaco: “Estratégias da Indústria do Tabaco para Minar as Atividades de Controle do Tabagismo na Organização Mundial da Saúde”, em inglês “*Tobacco Industry Strategies to undermine Tobacco Control Activities at the World Health Organization*”, que ressalta em seu Prefácio:

Dada a magnitude da devastação provocada pelo uso do tabaco, o comitê de especialistas está convencido de que, com base no volume de tentativas bem-sucedidas e atos de subversão identificados em sua limitada busca, é razoável acreditar que a subversão das atividades de

^{XII} “Master Settlement Agreement: <http://ag.ca.gov/tobacco/msa.php> Acordo Mestre de Indenização. Sob esse acordo, sete companhias de tabaco acordaram mudar a forma como os produtos de tabaco são comercializados e a pagar aos estados norte - americanos 206 bilhões de dólares. As companhias concordaram também em financiar campanhas antitabagismo no valor de 1,5 bilhões de dólares e a abrir documentos internos previamente secretos”⁽⁶⁾.

controle do tabagismo da OMS pelas empresas de tabaco resultou em danos significativos. Embora o número de vidas danificadas ou perdidas como um resultado da subversão da OMS pelas empresas de tabaco nunca poderá ser quantificada, a importância de condenar a conduta das empresas de tabaco, e tomar medidas corretivas adequadas, é imperiosa.⁽⁹⁶⁾

As informações obtidas culminaram com a publicação, na 54ª Assembléia Mundial de Saúde (AMS), em 2001, de uma Resolução sobre “Transparência para o Controle do Tabaco” (Resolução18/2001), na qual solicitava a seus Estados Membros que se mantivessem alertas quanto a afiliações entre a indústria do tabaco e os membros de suas delegações, além de orientar a OMS e seus Estados Membros a monitorar qualquer esforço da indústria do tabaco para minar os esforços para o controle do tabagismo.⁽¹³⁰⁾

Outro documento – chave neste processo foi produzido pela OPAS/OMS, em 2002, o Relatório “Lucros sobre pessoas: atividades da indústria do tabaco para comercializar cigarros e minar a Saúde Pública na América Latina e no Caribe (*“Profits over people: tobacco industry activities to market cigarettes and undermine Public Health in Latin America and the Caribbean”*)”, construído com base numa pesquisa de um ano que analisou mais de 10.000 páginas dos documentos internos das principais empresas de tabaco da América Latina e Caribe: a Phillip Morris - PM e a British American Tobacco - BAT. Este Relatório é citado em publicação do INCA/MS⁽⁶⁾ como sendo a publicação que atesta a determinação social da pandemia tabágica como responsabilidade da IT:

A análise e divulgação do conteúdo desses documentos contribuíram sobremaneira para fortalecer o entendimento de que a indústria do tabaco e suas práticas representam um fator causal da expansão global da epidemia do tabagismo e das cerca de 5 milhões de mortes tabaco relacionadas no mundo.⁽⁶⁾

A explicitação desse cenário concedeu o contexto favorável para que a OMS fomentasse a materialização da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco - CQCT, o 1º Tratado Mundial de Saúde Pública sob os auspícios da OMS, negociada pelos seus 192 países membros e já ratificada por 177 países^{XIII}, na perspectiva de um enfrentamento global e intersetorial da problemática⁽²⁾.

Esta Convenção articula um conjunto de ações baseadas em evidências para responder à globalização da epidemia do tabaco e reafirmar o direito de todas as pessoas aos mais altos padrões de saúde, explicitado em seu objetivo geral:

Proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a ser implementada pelas Partes, ao nível nacional, regional e níveis internacionais, a fim de reduzir contínua e substancialmente a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco.⁽⁶⁸⁾

Os artigos e fontes utilizados como referência para a elaboração deste importante tratado citam os documentos das próprias empresas de tabaco e pesquisas publicadas, que demonstram que o lobby da indústria de tabaco em vários países, para dificultar a implementação da CQCT, tem sido forte e concertado. A análise desses documentos, publicados por várias organizações de saúde e periódicos científicos internacionalmente reconhecidos, evidenciam como e por que essas empresas têm investido esforços para impedir a adoção de medidas regulatórias relativas à promoção de ambientes 100% livres de fumo, proibição de propaganda, publicidade e patrocínio, aumento de impostos e muitas outras estratégias de controle do tabaco em todo o mundo.⁽¹⁹⁾

Contribuíram, ainda, para que esse Tratado adquirisse uma forma que contivesse a abordagem da questão tabágica em sua totalidade, inúmeros outros estudos advindos de todo o mundo, de estudiosos do tema dos mais diversos campos científicos; as

^{XIII} Dado atualizado até setembro de 2013 no site da OMS. Acesso em 09 de novembro de 2013.

discussões e deliberações da 12ª Conferência Mundial sobre Tabagismo OU Saúde^{XIV}, realizada em Chicago, em agosto de 2000, com a participação de 4.200 pessoas de 125 países - a Conferência marco do Controle do Tabagismo mundial; e os princípios e diretrizes da promoção da saúde, na perspectiva da integralidade, intersetorialidade e participação social.^(12,17)

A ampla maioria dos documentos da IT tornados públicos se encontra no Legacy Tobacco Documents Library (LTDL), da Universidade da Califórnia em San Francisco, Estados Unidos, uma biblioteca digital de documentos do tabaco, reunidos como resultado da condenação das indústrias de tabaco nos EUA, como já referimos anteriormente, composta de mais de 14 milhões de documentos criados por grandes empresas de tabaco e relacionadas às suas estratégias de publicidade, marketing, vendas, produção e atividades de pesquisa científica, disponibilizados para consulta pública.⁽¹³²⁾

A partir de uma busca no site da LTDL^{XV} identificou-se o documento "TFI update" (Atualização TFI – Tobacco-Free Initiative, que significa Atualização da Iniciativa Livre de Tabaco, da OMS), Bates No. 790004794-790004868^{XVI}, de 75 páginas, onde se observa a completa reorganização de suas estratégias para o enfrentamento dos resultados da XII Conferência Mundial sobre Tabaco OU Saúde, onde foi anunciado o lançamento dos trabalhos para elaboração da Convenção-Quadro para o Controle Global do Tabaco, pela OMS. Chamou a atenção o ordenamento de estratégias específicas para diversos países, incluindo o Brasil, a partir da implantação

^{XIV} O uso do termo “Tabaco ou Saúde” no nome das Conferências sobre Tabagismo foi definida para explicitar a contradição e impossibilidade de articulação existente entre os interesses do campo da saúde e os interesses do campo da indústria do tabaco, continuando a ser utilizada assim até os dias de hoje, tanto em conferências mundiais, como regionais ou locais. O “ou” também compõe o nome da iniciativa da OMS para o Controle do Tabaco: Iniciativa Tabaco ou Saúde, que depois passou a se chamar *Tobacco-Free Initiative*, Iniciativa Livre do Fumo.

^{XV} <http://www.legacy.library.ucsf.edu/>

^{XVI} O número Bates significa a localização do documento na Biblioteca, servindo como referência para pesquisas.

de coordenações regionais e/ou locais, para monitorar as ações governamentais que seriam promovidas a partir de então. Essas Comissões tinham como tarefa a elaboração de relatórios contínuos para interferência nas decisões de gestão.

Neste sentido, um exemplo marco foi a entrega de um relatório contendo suas perspectivas a cada um dos 192 ministros da economia dos países que iriam negociar o Tratado, a fim de influenciar para um acordo flexível, não rígido, nem centralizado, sob a coordenação da OMS. Isso posto, possibilitaria sua interferência ao nível dos governos locais que fossem sensíveis aos seus argumentos. Toda essa mobilização por parte da IT confirma como a CQCT foi uma estratégia eficaz de enfrentamento de seus interesses.

A definição das diretrizes para este enfrentamento das interferências da indústria foi construída, pois, coletivamente, pelos 192 países membros da OMS, durante quatro anos (de 1999 a maio de 2003).⁽¹⁷⁾

Assim, apesar de todos os esforços da indústria no sentido de impedir ou enfraquecer o conteúdo do tratado, este foi aprovado em maio de 2003, sendo que, para entrar em vigor, necessitou da ratificação de, no mínimo, 40 países, o que veio a acontecer apenas em fevereiro de 2005:

Ao ratificarem a CQCT, os Estados Partes assumem o compromisso da construção de uma Agenda de Estado com vistas à implementação de medidas legislativas, executivas, administrativas e/ou outras medidas adequadas para prevenir e reduzir o consumo de tabaco, a dependência da nicotina e a exposição à fumaça do tabaco, além de cooperar com outros Estados Partes na elaboração de políticas, protegendo estas dos interesses comerciais da indústria do tabaco.⁽¹⁷⁾

Este discurso foi apropriado pelos governos das mais diversas orientações, deixando explícito como os interesses econômicos de corporações privadas se confrontam com os interesses da saúde coletiva, exigindo ações integradas de

promoção, prevenção e assistência, de forma intersetorial e com legislação forte e abrangente para seu enfrentamento^(2,21).

Outro reforço veio da sentença histórica da juíza Gladys Kessler, em 2006, nos Estados Unidos, que condenou 11 empresas tabageiras por “violação da legislação que cuida de crime organizado, extorsão e organizações corruptas”, num processo que durou 6 anos e foi movido pelo governo norte-americano, outra prova clássica desta ação coletiva, intencional e coordenada da indústria⁽³⁶⁾.

Pode-se citar representantes do setor das IT nas Américas: Philip Morris, Inc., atualmente Philip Morris USA, Inc. (“Philip Morris”); R.J.Reynolds Tobacco Co., atualmente Reynolds American (“R.J.Reynolds” ou “RJR”); Brown and Williamson Tobacco Co., hoje parte da Reynolds American (“Brown & Williamson” ou “B&W”); Lorillard Tobacco Company (“Lorillard”); The Liggett Group, Inc. (“Liggett”); American Tobacco Co., que se fundiu com a Brown & Williamson, atualmente parte da Reynolds American (“American Tobacco”); Philip Morris Cos., atualmente Altria (“Altria”); B.A.T. Industries p.l.c. (“BAT Ind.”), atualmente parte da BATCo, British American Tobacco (Investments) Ltd. (“BATCo”); The Council for Tobacco Research – U.S.A., Inc. (“CTR”); The Tobacco Institute, Inc. (“TI”)⁽³⁶⁾.

A leitura das medidas a serem tomadas por cada país, nas mais diversas esferas, para implementação da Convenção-Quadro, dá uma dimensão da amplitude e magnitude deste momento histórico, representando um novo tempo para o controle do tabagismo, uma vez que o enfrentamento da indústria do fumo, pelos fortes interesses econômicos envolvidos e pela ação transnacional, também necessitava ser pensado e contruído em perspectiva global.^(12,15,20)

Organizado a partir de um Preâmbulo, que contextualiza a questão, e dividido em 38 Artigos, o Tratado ressalta estratégias específicas relacionadas ao alcance da

redução da demanda e da oferta dos produtos derivados do tabaco, além de estratégias relacionadas à implementação e sustentabilidade do Tratado.

Em linhas gerais, a CQCT assim se apresenta:

- Medidas para reduzir a demanda de tabaco: Aumento de impostos; Proibição de venda de produtos livres de impostos; Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco; Regulamentação do conteúdo dos produtos; Regulamentação da divulgação das informações sobre os produtos; Embalagem e etiquetagem; Educação, comunicação, treinamento e conscientização do público; Proibição total de publicidade, promoção e patrocínio; Oferta de apoio para o tratamento da dependência.
- Medidas relativas à redução da oferta de tabaco: Eliminação do comércio ilícito; Proibição da venda a menores de idade ou por eles; Apoio a atividades alternativas economicamente viáveis;
- Outras Medidas, relacionadas à responsabilidade das Partes; cooperação científica e técnica e comunicação de informação; Mecanismos Institucionais e recursos financeiros a serem compartilhados; Conferência das Partes; Secretaria; Relação entre a Conferência das Partes e outras organizações intergovernamentais; Desenvolvimento da Convenção; Solução de Controvérsias e Disposições Finais⁽¹⁵⁾.

O tabaco é o único produto de consumo disponível no mercado, de forma legal, que leva a óbito a metade de seus consumidores regulares, se utilizado de acordo com o disposto pelos fabricantes^(23,27-28). Dessa forma, se justificam todas as ações restritivas, especialmente as ações regulatórias para seu controle. No entanto, para que se implementem as estratégias acordadas na CQCT como prioridade, depreende-se a necessidade de uma decisão política de governo, alçando a política de controle do tabagismo à Política de Estado e responsabilizando todos os níveis de governo.^(16,34,50,133,134)

Ressalte-se que a previsão da OMS é de um bilhão de mortes neste século, caso as orientações da CQCT não sejam implementadas pelos países, conforme já expusemos. Para tal, um investimento forte deve ser realizado pelos governos, tendo em

vista a necessidade de ações intersetoriais e integradas tanto ao nível local/nacional, como regional/transnacional⁽²⁾.

Dessa forma, o controle do tabagismo, longe de ser um excedente supérfluo que apenas as nações mais ricas poderiam dar suporte, como foi percebido durante muito tempo por muitos governos, passou a ser uma necessidade urgente de ser assumida como prioridade por cada país e explicitamente colocada como reversível.⁽²¹⁾

Desde o Preâmbulo da Convenção fica explícita esta preocupação, e o cuidado que cada país deve ter em relação às tentativas de interferências no controle do tabagismo por parte da indústria do fumo:

As Partes desta Convenção [...] Reconhecendo a necessidade de manter a vigilância ante qualquer tentativa da indústria do tabaco de minar ou desvirtuar as atividades de controle do tabaco, bem como a necessidade de manterem-se informadas sobre as atuações da indústria do tabaco que afetem negativamente às atividades de controle do tabaco; [...].⁽¹⁵⁾

Em seguida, no artigo 5.3, a explicitação do direcionamento acordado para barrar essas interferências indevidas da indústria é posta:

Ao estabelecer e implementar suas políticas de saúde pública relativas ao controle do tabaco, as Partes agirão para proteger essas políticas dos interesses comerciais ou outros interesses garantidos para a indústria do tabaco, em conformidade com a legislação nacional.⁽¹⁵⁾

O Artigo 5.3, possui Diretrizes aprovadas na terceira sessão da Conferência das Partes – COP3, em 2008⁽¹²⁸⁾. As Diretrizes ressaltam o “conflito irreconciliável entre os interesses da IT e os interesses das políticas de saúde pública”, através de quatro princípios básicos:

Princípio 1: “Existe um conflito fundamental e irreconciliável entre os interesses da indústria do tabaco e os interesses da política de saúde pública”. Este princípio considera a afirmação de que “a indústria do tabaco produz e promove um

produto que é cientificamente comprovado como causador de dependência química, que causa doença e morte, e que dá origem a uma variedade de problemas sociais, incluindo o agravamento à pobreza”. E por este motivo “as Partes deveriam proteger a formulação e a implementação das políticas públicas de saúde de controle do tabaco da indústria do tabaco, na maior extensão possível”.⁽⁵⁰⁾

Princípio 2: “As Partes deveriam ser responsáveis e transparentes ao lidar com a indústria do tabaco ou com quem trabalha para promover os seus interesses”. Neste sentido, torna-se fundamental “garantir que qualquer interação com a indústria do tabaco, sobre questões relacionadas ao controle do tabaco ou a saúde pública, seja responsável e transparente”.⁽⁵⁰⁾

Princípio 3: As partes deveriam exigir que a indústria do tabaco e aqueles que trabalham para promover os seus interesses operem e atuem de maneira responsável e transparente.⁽⁵⁰⁾

Princípio 4: “Devido à natureza letal de seus produtos, não deveriam ser concedidos incentivos especiais ou adicionais para as companhias de tabaco se estabelecerem ou realizarem seus negócios”, portanto “qualquer tratamento preferencial dado à indústria do tabaco estaria em conflito com a política de controle do tabaco”.⁽¹²⁸⁾

Essas Diretrizes apontam ainda Recomendações aos Estados Partes da CQCT para se contrapor às interferências da IT:

Estabelecer medidas para limitar as interações com a indústria do tabaco e garantir a transparência das interações que ocorrerem; Rejeitar as parcerias e os acordos não-vinculantes ou não-obrigatórios com a indústria do tabaco; Evitar conflitos de interesse por parte dos representantes oficiais e funcionários do governo; Regular as atividades descritas pela indústria do tabaco como “socialmente responsável”, incluindo, mas não se limitando, as atividades descritas como “responsabilidade social corporativa”; Aumentar a conscientização sobre a natureza aditiva e nociva dos produtos do tabaco e sobre a interferência da indústria do tabaco nas políticas de controle do tabaco das Partes.⁽⁵⁰⁾

Apesar destas constatações e de todo o esforço que vem sendo realizado nas diversas partes de mundo, a indústria do fumo segue com um posicionamento público de que o tabaco é vital para a economia dos países, omitindo e/ou mascarando dados e assumindo uma postura de responsabilidade social para criar consensos e ampliar sua legitimação social, afastando a negatividade de sua imagem pública. Observa-se, em paralelo, a continuação com um investimento massivo em publicidade e propaganda destes produtos, numa perspectiva de “glamourização” do seu uso, e direcionamento de estratégias para estimular o consumo em países em desenvolvimento, em busca de novos mercados, especialmente dirigidas a segmentos sociais mais vulneráveis, associando seu uso a aspectos positivos, tais como sucesso, liberdade, auto-afirmação e sensualidade. A OMS já vem anotando há alguns anos a manutenção das tendências de pauperização, juvenilização e feminilização da pandemia.^(2,133,135)

Yach e Bettcher⁽¹³⁶⁾ assim definem a questão: “Trata-se de um consumo fortemente induzido por grandes companhias transnacionais de fumo que atuam de forma globalizada buscando garantir a continuidade do negócio em qualquer parte do planeta”.

Vale salientar ainda que a globalização da economia limita a capacidade dos países para regular o tabaco através de uma legislação apenas nacional, tendo em vista que a indústria age de forma coordenada, e apesar das singularidades de cada país, possui estratégias globais muito semelhantes. O Artigo 4.2 ressalta esta questão: “*Faz-se necessário um compromisso político firme para estabelecer e apoiar, no âmbito nacional, regional e internacional, medidas multisetoriais integrais e respostas coordenadas...*”.⁽¹⁵⁾

Nessa perspectiva, e tendo em vista a grande disparidade entre os países com relação aos níveis de implantação dos artigos da Convenção-Quadro, exposta nos

Relatórios sobre a situação da epidemia do tabagismo global, a OMS trabalhou um conjunto de seis medidas prioritárias para que os países pudessem alcançar um nivelamento mais ágil e com resultados expressivos na contenção da pandemia do tabagismo, o Pacote de medidas chamado **MPOWER**, cujo nome é na verdade um acróstico que explicita as seis medidas, em inglês:

- **M** (de Monitor) – Monitorar o consumo, as estratégias da indústria e as políticas de controle do tabagismo;
- **P** (de Protect) – Proteger as pessoas do tabagismo passivo;
- **O** (de Offer) – Oferecer tratamento para a cessação;
- **W** (de Warn) – Alertar sobre os riscos do uso e da exposição à PTA;
- **E** (de Enforce) - Reforçar o banimento de toda forma de publicidade, promoção e patrocínio; e
- **R** (de Raise) – Elevar os impostos e os preços dos produtos derivados do tabaco.⁽²⁷⁾

Margareth Chan, Diretora Geral da OMS, no 1º Relatório sobre a Epidemia Global do Tabagismo, em 2008, que apresenta o Pacote de medidas MPOWER, afirma:

A ação deve ser imediata. Senão, o número de fumantes vai aumentar em todo o mundo nas próximas décadas, principalmente devido à expansão da população em países de baixa e média renda, que representam vastos novos mercados para a indústria do fumo. Este é um ponto único na história da saúde pública em que as forças do desejo político, das políticas públicas e do financiamento estão alinhados para criar o momento necessário para reverter drasticamente a prevalência de fumantes e salvar milhões de vidas até a metade do século.⁽²⁷⁾

A OMS passou, então, a contribuir com a divulgação de todas as informações adquiridas, a partir da elaboração de diversos Relatórios e trabalhando junto aos países membros para incorporação das principais diretrizes da CQCT em suas agendas.^{(2,5,14-}

Vale salientar que desde a 2ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1988, na cidade de Adelaide, Austrália, que o enfrentamento da produção e comercialização do tabaco e do álcool foram apontados como prioritários para promoção de ações imediatas em políticas públicas saudáveis, a partir da constatação de que os governos vinham sendo “extremamente influenciados” por interesses corporativos e econômicos:

O consumo de tabaco e o abuso de álcool são dois grandes riscos para a saúde, que determinam a necessidade de uma ação imediata, através do desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. Reconhece-se hoje, mais do que no passado, que o consumo do tabaco é prejudicial à saúde do fumante, mas que também a exposição ao fumo ambiental pode causar danos à saúde, sobretudo das crianças. [...] Além disso, a produção de tabaco, como meio de receita nas economias empobrecidas, tem provocado sérias consequências ecológicas e contribuído para a crise mundial no que diz respeito à produção e distribuição de alimentos. A produção e a comercialização de tabaco e de álcool são atividades altamente lucrativas, especialmente para os governos, pelas receitas provenientes dos impostos. Os governos consideram, muitas vezes, que as consequências econômicas da redução da produção e do consumo de tabaco e de álcool, decorrentes da alteração das políticas vigentes, seriam um preço demasiadamente elevado a pagar, comparativamente aos ganhos em saúde envolvidos. A conferência apela a todos os governos que considerem o preço que estão a pagar pelo potencial humano perdido, enquanto favorecem a perda de vidas e o aparecimento de doenças provocadas pelo abuso do álcool e do tabaco. Os governos deveriam comprometer-se a desenvolver políticas públicas saudáveis, estabelecendo objetivos nacionais para reduzir significativamente a produção, o consumo e a comercialização do tabaco e do álcool, no ano 2000.^(64,71)

A Declaração de Jakarta⁽⁷³⁾ também apontava como “Prioridades para a Promoção da Saúde no Século XXI” a restrição da produção e comércio do tabaco, considerado tão prejudicial quanto as armas:

1. Promover a responsabilidade social para com a saúde:
Tanto o setor público quanto o privado devem promover a saúde indo ao encontro de políticas e práticas que: evitem prejudicar a saúde de outros indivíduos; protejam o meio ambiente e assegurem o uso sustentável dos recursos; restrinjam a produção e o comércio de produtos e substâncias inerentemente prejudiciais, tais como tabaco e armas, assim como práticas de mercado insaudável [...]⁽⁷²⁾.

Após a entrada em vigor da CQCT, esta se tornou exemplo de articulação intersetorial para o alcance das metas de promoção da saúde, como explicitado na Carta de Bangkok, de 2005:

1. Fazer a Promoção da Saúde ser central na agenda de desenvolvimento global. Mecanismos eficazes para a governança global para a saúde são obrigados a atender todos os efeitos nocivos de: comércio; produtos; serviços e estratégias de marketing. A promoção da saúde deve tornar-se parte integrante da política interna e externa e relações internacionais, incluindo em situações de guerra e de conflito. Isto requer ações para promover o diálogo e a cooperação entre os Estados-nação, sociedade civil e o setor privado. Esses esforços podem ser construídos sobre o exemplo de Tratados existentes, tais como a Convenção-Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controle do Tabaco.⁽⁷⁵⁾

No 1º Relatório “A Epidemia Global de Tabaco”, publicado em 2008, encontra-se, numa outra fala da Diretora Geral da OMS a explicitação da principal determinação social da questão do tabagismo, que foi incorporada no discurso de gestores e profissionais da área de controle do tabagismo em todo o mundo, a partir das descobertas que os documentos internos da indústria revelaram:

Todas as epidemias têm um meio de contágio, um vetor que dissemina doença e morte. Para a epidemia do tabagismo, o vetor não é um vírus, uma bactéria ou outro microrganismo – ele é uma indústria e sua estratégia de negócio.⁽²¹⁾

Os Relatórios seguintes se concentraram em trazer cada um, ao lado de uma visão geral da problemática em todas as regiões do mundo, o *status* de implementação das medidas propostas pelo MPOWER, e aprofundando, em cada um, uma das diretrizes do MPOWER. Neste sentido, o segundo Relatório sobre a Epidemia Global do Tabagismo, em 2009, aprofundou a questão da necessidade da proteção do tabagismo passivo, sob o título “Implementando Ambientes Livres de Fumo”. O terceiro, em 2011, sobre a necessidade das advertências sanitárias nos maços - “Alertando sobre os perigos do tabaco” e o quarto, em 2013, sobre a necessidade da

proibição total de publicidade, promoção e patrocínio dos produtos do tabaco – “Fazer cumprir a proibição de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco”.^(2,5,14)

Em 2008, na Sétima Sessão Interagências da Força Tarefa da ONU para o Controle do Tabaco, realizada em Nova York, a direção do Pacto Global afirmou que as empresas de tabaco haviam sido contatadas pela sua administração para que se retirassem da iniciativa, em função do conflito de interesses entre elas e os objetivos e missão da ONU⁽¹³⁷⁾.

A ratificação da necessidade de implementação da CQCT foi explicitada ainda tanto em várias partes do Relatório da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde da OMS (2010), como nos demais documentos-chave das Conferências internacionais já citados, inclusive como exemplo de enfrentamento dos interesses comerciais contrários aos interesses da saúde pública.^(2,4-5,14-15,26-28,77-79,99,113)

A existência do conflito fundamental de interesses entre a indústria do tabaco e a saúde pública está claramente exposta no Artigo 38 da Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle das Doenças Não-Transmissíveis. Além disso, esta Declaração, ao apontar as cinco ações prioritárias aos governos, na área de redução dos fatores de risco, deixa clara a necessidade de:

Acelerar a implementação da Convenção-Quadro sobre Controle do Tabaco e notar que medidas de preços e impostos são um meio eficaz e importante na redução do consumo de tabaco.⁽¹³⁸⁾

Dessa forma, comprometeram-se a buscar de forma articulada estratégias custo-efetivas para o enfrentamento dos demais fatores de risco, a exemplo do proposto pelo MPOWER, considerado no Plano de Ação Global para as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis 2013-2020, aprovado na Assembleia Mundial da Saúde em 2013, uma

ferramenta – chave da OMS para a redução do uso do fumo. Estima-se que implementar as medidas P, W, E e R, incluindo a gestão global do programa e o apoio da mídia, custe, anualmente, US\$0,11 per capita, em países de média e baixa renda, sendo que mais da metade desses custos relaciona-se às campanhas de mídia^(14,139).

Outra conquista deste ano foi esta mesma Assembléia Mundial da Saúde foi o estabelecimento da meta voluntária global de redução de 30% na prevalência de fumantes acima de 15 anos atuais, como parte do Plano de Ação Global de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis.⁽¹³⁹⁾

A Declaração de Helsinki é contundente com relação aos determinantes sociais da saúde, o que nos remete às constantes interferências da IT no sentido de “propor relações equilibradas” com o governo, a fim de garantir o cumprimento de seus objetivos comerciais, reclamando um direito que julgam ter, de intervir nos debates sobre políticas públicas de controle do tabaco, tendo em vista realizarem uma atividade lícita⁽⁸⁹⁻⁹¹⁾. A Declaração de Helsink reafirma a certeza de que o estilo de vida e o ambiente de vida e trabalho em muitos países são influenciados por um *marketing* sem restrições e sujeitos a padrões insustentáveis de consumo e produção, o que remete à responsabilidade sobre a saúde das pessoas a não apenas o setor saúde, mas incluindo questões políticas mais amplas, como comércio e relações internacionais. E ressalta ainda a existência de fortes interesses comerciais que influenciam e impedem a ação de muitos governos em prol da saúde pública e ressalta a necessidade dos países membros da OMS de atentarem para deixar transparente os conflitos de interesses comerciais existentes, bem como a adotarem medidas de enfrentamento desses, a fim de garantir a saúde pública de seus cidadãos:

Lidar com essas questões requer decisão política para engajar todo o governo na saúde. [...] As políticas designadas a garantir que as pessoas vivam de forma saudável recebem oposição de muitos lados. Frequentemente, eles são desafiados por interesses de forças

econômicas poderosas que resistem à regulação. Interesses comerciais e a força do mercado podem afetar a habilidade do governo e dos sistemas de saúde de promover e proteger a saúde e de dar respostas às necessidades em saúde. Saúde em Todas as Políticas é uma resposta prática a esses desafios. Ela pode promover um marco para a regulação, além de ferramentas práticas que combinem objetivos de saúde, sociais e de equidade com desenvolvimento econômico, manejando conflitos de interesse de forma transparente. Estes podem dar suporte a relações entre todos os setores, incluindo o setor privado, a fim de contribuir positivamente para os resultados em saúde pública.⁽⁷⁹⁾

Esta Declaração atenta ainda para a necessidade de que sejam garantidos esses princípios na formulação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio pós-2015.

Ainda, o Pacto Global das Nações Unidas exclui as empresas de tabaco de suas iniciativas, além de não aceitar seu financiamento, aludindo explicitamente à decisão de apoiar a OMS nos esforços de conscientização a respeito dos graves malefícios do uso do fumo e alertando aos governos a voltar a atenção com relação aos quatro eixos principais do Pacto na análise das atividades da IT, a saber: direitos humanos, condições de trabalho, meio-ambiente e anti-corrupção⁽¹³⁷⁾.

No entanto, mesmo diante deste contexto internacional favorável, medidas para combater a epidemia do tabagismo ainda permanecem seriamente sub-financiadas por muitos países. Embora o número de pessoas protegidas por leis antifumo abrangentes tenha dobrado de 2007 a 2010, de um bilhão para dois bilhões de pessoas, o mesmo não pôde ser observado de 2010 a 2012, quando o aumento foi bastante tímido, apenas 300 mil pessoas a mais, o que soa desproporcional ao esforço coletivo que vem sendo realizado nesta direção, tendo se tornado um desafio renovado contribuir para que esses países aprovelem uma legislação abrangente e desenvolvam ações efetivas para sua implantação, implementação e monitoramento, o que demonstra o reforço que a indústria vem realizando para interferir nos países que ainda não têm uma tradição de

atuação nos determinantes sociais da saúde para a diminuição das iniquidades em saúde.^(2,15,90,140)

Mesmo assim, pode-se comemorar o número de 7,4 milhões de mortes prematuras que serão evitadas com a implementação em seu grau mais avançado das medidas do MPOWER, de 2007 a 2010, o que nos dá um parâmetro para compreender o impacto global em vidas salvas que teremos com a efetiva implementação destas medidas pelos países⁽¹⁴⁾.

É, pois, a ação humana envolvida e determinada pelo pertencimento às classes sociais em disputa que ergue, aniquila, reconstrói, possibilita e inviabiliza a produção e reprodução da vida, sob dadas condições materiais. [...] Nesse sentido, o destino das lutas por direito está determinado na dinâmica da luta de classes, num complexo jogo que envolve disputas ideológicas quanto à concepção de sociedade e de projeto societário que se deseja afirmar. Esse processo não pode prescindir da organização política das classes trabalhadoras nem a elas se limitar, pois depende de um conjunto de condições objetivas que interferem na história.⁽⁵⁹⁾

Um exemplo concreto é relacionado à segunda medida mais eficaz proposta na CQCT e reforçada através do MPOWER: a implantação dos Ambientes 100% Livres de Fumo. O Artigo 8º da CQCT, intitulado "Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco", refere que *“cada uma das Partes reconhecem que a ciência demonstrou claramente que:*

1. A exposição à fumaça do tabaco causa morte, doença e incapacidade;
2. Cada Parte deverá adotar e implementar, em áreas onde houver jurisdição nacional existente, e conforme exigido pelas legislações nacional, medidas legislativas, executivas, administrativas e/ou outras, medidas eficazes de proteção contra a exposição à fumaça do tabaco em locais fechados, transportes públicos, recintos públicos fechados e, quando apropriado, outros lugares públicos, e promover ativamente a adoção e implementação dessas medidas em outros níveis jurisdicionais”.

A implantação de Ambientes 100% Livres de Fumo é reconhecida como uma das estratégias mais importantes para o enfrentamento do crescimento da indústria do

tabaco, porque atinge muitos tipos de públicos e propicia rápida diminuição de prevalência, além de inibir a iniciação, por aliar a ampliação do acesso da população a informações consistentes sobre a questão do tabagismo e do tabagismo passivo a uma abordagem eficaz do fumante, que passa a se sentir incluído no processo e, conseqüentemente, motivado a parar de fumar. Tende ainda a ser recebida de forma positiva um ano após a proibição. Vale salientar que pode também mobilizar para a consecução de lares livres de fumo.^(6,134,141)

Diversos estudos, além de nossa experiência na área do controle do tabagismo, apontam que o fato de apenas aprovar a lei não é suficiente. As ações educativas e intervenções de comunicação em saúde devem possuir suficiente, alcance, frequência e duração. A continuidade das ações e a mobilização são fundamentais não apenas para a criação como para a manutenção de ambientes sociais favoráveis à cessação do uso e inibição da iniciação, tendo em vista estarmos lidando com uma dependência química^(12,134,142).

Esse conjunto de ações integradas e intersetoriais, aliado à construção de alianças sociais e a difusão de informações consistentes para públicos-alvo específicos fornece um caminho sólido para a sustentação dessa intervenção, a fim de proporcionar a redução da prevalência de fumantes e dificultar o início do uso do tabaco entre os jovens, um dos principais alvos da indústria fumageira. Países de média e baixa renda seriam bem sucedidos em suas tentativas para manter a Política de Ambientes 100% Livres de Fumo poupando recursos materiais, indo para onde os seus públicos estão, disponibilizando de forma mais descentralizada e democrática possível o acesso às informações necessárias para seu enfrentamento. Assim, tornaria possível, por conseguinte, atingir o objetivo principal, que é o de reduzir a morbi-mortalidade tabaco-relacionada, contribuindo assim para uma mudança no perfil epidemiológico local, na

tentativa de construção de "cidades e países saudáveis", construídos coletivamente^(6,133-134).

A aplicação de Ambientes 100% Livres de Tabaco vem mudando o cenário da saúde em muitos países e cidades, com diminuição de ataques cardíacos, doenças pulmonares e outros. Um estudo realizado em Helena, Montana, EUA, tornou-se clássico, porque tornou visível, por um lado, a diminuição do infarto do miocárdio em 40% durante o período imediatamente após a implantação da lei anti-fumo – último ano – e, por outro, uma taxa de retorno de crescimento deste agravo, após o governo ter interrompido sua implementação⁽¹⁴¹⁾.

O mesmo movimento foi observado no estado da Califórnia, EUA, após alguns anos de implementação do Programa de Controle do Tabagismo, uma referência mundial pelo seu pioneirismo e resultados positivos alcançados na diminuição continuada da prevalência de fumantes. Na medida em que não houve mais incentivo para o tema, observou-se, em paralelo, a interrupção na diminuição progressiva da prevalência de fumantes⁽¹⁴³⁾.

No Brasil experiência semelhante foi observada na cidade do Recife, estado de Pernambuco, que, através de ações continuadas de um programa abrangente de controle do tabagismo, que envolveu a transformação dos ambientes públicos municipais em ambientes 100% Livres de Fumo, através de parcerias e educação em saúde e comunicação, continuadas e descentralizadas, proporcionou uma diminuição progressiva e expressiva da prevalência de fumantes em 8 anos, de 18,8% (2003) para 15,9% (2006), 14,7% (2007) e 10,4% (2008). Em seguida, após a redução e/ou interrupção de ações, com mudança na gestão municipal, observou a prevalência subir novamente e depois estacionar num patamar superior ao que já se tinha alcançado: 13,2%; 13,8% ; 12,3%; 11,8% (2009-2012).^(11,114,133-134,144-149)

O compromisso efetivo com a regulamentação de toda legislação e uma vigilância continuada, e incorporada no contexto da vigilância em saúde nacional e com governança intersetorial, associado ao investimento no desenvolvimento de ações de educação em saúde e comunicação continuada, na perspectiva da promoção da saúde, contribui para que as pessoas possam internalizar seus fundamentos, compreender sua necessidade e assumi-la como sua também. Deveria se tornar uma prioridade, a fim de viabilizar o exercício do controle social necessário para evitar que os avanços sejam revertidos em prol dos interesses da indústria^(20,26,66,91,133-134).

Como analisado por Trochim⁽¹⁵⁰⁾:

Os esforços da indústria para contrapor o controle do tabagismo constituem uma força de compensação para os programas de controle de tabaco que precisa ser considerada ao se avaliar a eficácia do programa, tendo em vista que os esforços da indústria poderiam realmente afundar qualquer impacto proveniente destas.

Vale salientar ainda que a indústria do tabaco tem desenvolvido continuamente novas formas de interferência nas ações de controle do tabagismo, tanto governamentais como não-governamentais, em nível global, por terem consciência de que essas ações de controle, têm o potencial de, ao reduzir o tabagismo, também reduzir seus lucros⁽¹⁵⁰⁾. Ações judiciais, com questionamentos via liberdade de expressão, liberdade de concorrência, incluindo Ações Diretas de Inconstitucionalidade – ADIN, como é o caso do Brasil com a proibição da propaganda, exceto em Pontos de Venda, os PDVs, e apelando, inclusive a acordos comerciais internacionais, para escapar das legislações cada vez mais restritivas que vem sendo implantadas pelos países no intuito de cumprir os acordos da CQCT, como é o caso das embalagens genéricas adotadas pela Austrália^{XVII (23,28,89-91)}.

^{XVII} Sobre essa última questão, ler sobre o Acordo de Comércio Transpacífico.

Fica explícito um forte investimento no Judiciário para atuação contra políticas públicas comprovadamente eficazes, como no caso do aumento de impostos, a mais eficaz em termos de custo/benefício; implantação de Ambientes 100% Livres de Fumo, a segunda mais eficaz, conforme referido anteriormente, impetrando ações nos tribunais estaduais e federais questionando leis locais antifumo, utilizando o argumento da não possibilidade de se legislar em detrimento de uma lei federal; a proibição total de qualquer tipo de publicidade, promoção e patrocínio dos produtos derivados do tabaco – a terceira; a colocação de imagens de advertências nos maços - a respeito da adequação e do limite das advertências sanitárias, e estimulando sanções a órgãos de defesa do consumidor e de vigilância sanitária, por violação à legislação ou por extrapolação da mesma.^(23,28,89-91,151)

Ainda, para evitar a responsabilização civil para reparação de vítimas do tabaco, são contratadas grandes bancas nacionais de advogados (as maiores bancas brasileiras, por exemplo, advogam para a indústria do tabaco) e pareceristas renomados no cenário jurídico-político para elaboração e defesa de teses “artificiais” que deslocam e distorcem questões relativas à responsabilidade civil, legitimando/ justificando a liberdade de comércio sob o argumento da liberdade individual.^(89-91,151)

Em linhas gerais, são seis os principais tipos de interferência da indústria do fumo:

- 1 – Conspirar para prejudicar o processo político e legislativo
- 2 – Exagerar a importância econômica da IT
- 3 - Manipular a opinião pública para aparentar respeitabilidade
- 4 – Falso apoio através de grupos de frente
- 5 – Desacreditar pesquisas científicas
- 6 – Intimidar governos com litígio ou ameaça de litígio.⁽²⁸⁾

Esses seis tipos de interferência se desdobram em táticas, também já identificadas como comuns à maioria dos países, conforme a tabela abaixo:

Tabela 1 - Exemplos de táticas da indústria que interferem no controle do tabagismo

TÁTICA	OBJETIVO
Consultoria	Recrutar especialistas (teoricamente independentes) que criticam as medidas de controle do tabagismo
Responsabilidade social corporativa	Promover voluntariamente medidas apresentadas como meios efetivos de controle do tabagismo, criando a ilusão de uma empresa “redimida”; estabelecer parcerias com a saúde e outros interesses
Criação de grupos de frente e alianças	Mobilizar ou aparentemente mobilizar fumicultores, varejistas, agências de propaganda, indústria da hospitalidade, movimentos locais e grupos anti-impostos, com o objetivo de influenciar a legislação
Financiamento de pesquisas (incluindo universidades)	Desacreditar as evidências dos efeitos que o uso do tabaco causa na saúde e do impacto econômico do controle do tabagismo
Coleta de informações	Monitorar oponentes e tendências sociais para antecipar dificuldades futuras
Acordos internacionais e outros instrumentos	Usar acordos comerciais para forçar a entrada em mercados fechados e contestar a legalidade da legislação de controle do tabagismo proposta
Intimidação	Usar o poder econômico e jurídico como meio de intimidar oponentes que apóiam o controle do tabagismo
Empreendimentos conjuntos e licenciamento de acordos	Formar empreendimentos conjuntos com monopólio estatal para pressionar os governos a privatizar os monopólios
Ações legais	Contestar leis e intimidar oponentes da IT por meio de ações legais
Lobby	Fazer acordos e influenciar o processo político
Filantropia	Comprar aliados e respeitabilidade de grupos culturais, humanitários, esportistas e artísticos
Financiamento político	Usar contribuições de campanha para ganhar votos e favores legislativos de políticos
Preempção	Anular o governo local ou estatal removendo o seu poder de ação
Programas de prevenção de consumo de tabaco por jovens e de conscientização	Aparentemente apoiar esforços para prevenir o consumo de tabaco por jovens

de revendedores	e representar o fumo como uma escolha para adultos
Relações públicas	Moldar a opinião pública, usando a mídia para promover ações favoráveis à indústria
Grupos de direitos dos fumantes	Criar a impressão de apoio público espontâneo
Contrabando	Driblar a política de impostos sobre o tabaco, marketing e comércio
Acordos voluntários com os governos	Evitar a aplicação de medidas legislativas regulamentares

Fonte: OMS⁽²⁸⁾

[...] temos um inimigo, um inimigo cruel e desonesto. [...] o inimigo, a indústria do tabaco, mudou seu rosto e suas táticas. O lobo não está mais em pele de cordeiro, e seus dentes estão expostos. [...] táticas destinadas a minar as campanhas antitabaco, e subverter a CQCT, já não são encobertas ou camufladas por uma imagem de responsabilidade social corporativa. Elas estão em aberto e são extremamente agressivas.⁽¹¹⁹⁾

1.1.3 O caso do Brasil

O exemplo do Brasil vale ser ressaltado por ser ele hoje alvo de forte interferência da indústria. Nos últimos anos, o país vinha colhendo os frutos de um trabalho integrado, intersetorial e abrangente, a partir da institucionalização de medidas, sob os auspícios do INCA/MS, que contribuiu para uma diminuição progressiva da prevalência de fumantes na população, tendo inclusive alcançado marcas históricas recentemente: 14,8%, na pesquisa VIGITEL 2011⁽¹⁴⁸⁾ e 12% na VIGITEL 2012⁽¹⁴⁹⁾, pesquisa por inquérito telefônico, realizada anualmente, desde 2006, pelo Ministério da Saúde, nas capitais⁽³⁴⁾.

Apesar do enfrentamento da questão do tabagismo de forma integrada em nível global ser recente, o Ministério da Saúde do Brasil assumiu efetivamente o seu papel no controle do tabagismo a partir de 1985, podendo comemorar seu protagonismo frente a

esta questão desde a década de 90, quando foi dado início ao processo de Municipalização das Ações de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer no país^(92,152)

Analisando as dificuldades de implantar um programa que enfocasse a prevenção primária de câncer em um território com a extensão de nosso país, foi criado o Plano Global de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco no Brasil, elaborado pela então Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância de Câncer (CONPREV) do Instituto Nacional de Câncer (INCA)/Ministério da Saúde (MS), optando-se pela utilização de uma gerência descentralizada, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios e diretrizes são universalidade, descentralização, integralidade, intersetorialidade, equidade e participação, dando ênfase a ações e serviços de promoção, proteção e reabilitação. Este modelo favoreceu a criação de uma rede de informações e de implementação de ações para o controle do tabagismo e de outros fatores de risco, permitindo um maior conhecimento dos problemas de saúde da população da área e uma aplicação das ações de vigilância epidemiológica, sanitária, educação para saúde, etc., com base no território⁽¹⁵²⁾.

Fazem parte dessa rede o INCA, em nível federal, as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), num sistema de vigilância em rede nacional, tendo como objetivo geral reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade tabaco-relacionada e como objetivos específicos: reduzir a iniciação do tabagismo, principalmente, entre jovens, promover a cessação de fumar entre os que se tornaram dependentes, e proteger todos dos riscos do tabagismo passivo⁽¹⁵³⁾.

Os demais fatores de risco de câncer foram trabalhados de forma transversal à questão do tabagismo, tendo este como carro-chefe, por ser o fator de risco com maior possibilidade de controle.^(152,154)

O desenvolvimento das atividades foi construído na perspectiva da multi e interdisciplinaridade, propiciando duas abordagens: a preventiva e a curativa, através de ações educativas pontuais e contínuas, e integração aos programas de atenção à saúde já em andamento no município, na perspectiva da integralidade da atenção e da intersetorialidade, devido à complexidade e multifatorialidade que envolve a questão do tabagismo.⁽¹⁵²⁾

As ações educativas pontuais, como celebração de datas comemorativas^{XVIII}, patrocínio de eventos culturais e esportivos e inclusão do tema em eventos, como congressos e outros, têm como objetivo chamar a atenção da sociedade para o tema, identificar interessados, manter o interesse da mídia, captar alianças de Organizações Governamentais e Organizações Não Governamentais - ONG's, enfim, levantar o debate sobre o tema, mantendo-o em evidência⁽¹⁵⁴⁾. A comemoração das datas alusivas às temáticas em questão torna-se ótima oportunidade para levantar a discussão na sociedade e promover projetos e programas governamentais, divulgando-os para a população⁽¹²⁾.

Por outro lado, as abordagens sistematizadas ou contínuas, constituídas por programas educativos de intervenção na comunidade, garantem um trabalho mais sólido, objetivando mudanças de comportamento na sociedade frente à dependência

^{XVIII} A cada ano, a Organização Mundial da Saúde apresenta um tema para o Dia Mundial Sem Fumar – 31 de Maio, voltado a desvelar os mais diversos aspectos da questão tabágica. No Brasil, o INCA sugere que as ações do Dia Nacional de Combate ao Fumo – 29 de Agosto estejam voltadas à desmistificação das diversas estratégias da indústria do fumo para captação dos jovens. O Dia Nacional de Combate ao Câncer – 27 de novembro se coloca como ótima oportunidade para a divulgação de dados a respeito dos demais fatores de risco de câncer⁽¹⁵⁴⁾.

tabágica, à poluição tabagística ambiental e à exposição aos demais fatores de risco de câncer, numa perspectiva de redução de danos, na linha da obtenção de um estilo de vida mais voltado para a qualidade de vida, a curto, médio e longo prazo⁽¹⁵⁴⁾.

O INCA/CONPREV/MS identificou três canais fundamentais para serem trabalhados de forma sistematizada: Unidades de Saúde, Escolas e Ambientes de Trabalho, na perspectiva da transformação dos mesmos em Ambientes Livres de Fumo e implantação de um programa de educação continuada em cada um, adaptando a mensagem a cada público alvo específico.^(152,154)

No caso das unidades de saúde, consideradas vitrines de promoção da saúde, as equipes de saúde, reconhecidos modelos de comportamento, são capacitadas para incluir a orientação motivacional ao fumante para o alcance da abstinência como rotina nos atendimentos – Programa Saúde e Coerência. Também é preconizada a criação de Centros de Referência para Abordagem e Tratamento dos Fumantes, que devem funcionar em unidades de saúde já transformadas em Livres de Fumo e oferecer assistência especializada ao fumante, podendo ser instalados em unidades de qualquer porte, desde as da Estratégia de Saúde da Família a um hospital especializado, garantindo acesso universal ao tratamento^(117,154).

Nos Ambientes de Trabalho Livres de Fumo, o Programa Prevenção Sempre objetiva a manutenção de ações preventivas nas instituições, através da incorporação destes novos conceitos, a fim de que a vigilância destes fatores de risco passe a ser rotina também nestes espaços, ampliando o raio de alcance da política.⁽¹⁵⁴⁾

Nas escolas, o objetivo último é a inclusão do tabagismo e demais fatores de risco de câncer e da necessidade de adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis como temas transversais no currículo escolar - Programa Saber Saúde. Busca-se, dessa forma, a construção de uma nova mentalidade associada a noções de promoção da saúde e

qualidade de vida para as presentes e futuras gerações, que estariam, assim, mais protegidos do alcance das estratégias da indústria do fumo e outras, numa fase - a infância e a adolescência - em que se encontram tão vulneráveis às fortes influências dos modelos sociais de comportamento. Dessa forma, trabalha-se na perspectiva da Escola Saudável, promotora da saúde⁽¹⁵⁴⁾.

Esse processo de mudança deve ocorrer através de uma série de intervenções nas estruturas física e organizacional dos canais indicados, através de um conjunto de ações educativas, normativas e organizacionais, paralelamente às ações educativas sistemáticas que devem envolver a todos, principalmente os profissionais da área de saúde do trabalhador e outros atores-chave de cada órgão, no intuito de conduzi-los, pedagogicamente, a uma compreensão global da proposta para sua posterior aceitação.⁽¹⁵⁴⁾

O INCA/MS estabelece 04 níveis de classificação quanto à implantação dos projetos e programas efetivados no município:

- Nível 1 – estrutura política e administrativa mínima e o desenvolvimento das ações educativas pontuais;
- Nível 2a – além de atender aos critérios do nível 1, desenvolver ações sistematizadas e contínuas nas unidades de saúde e nos ambientes de trabalho;
- Nível 2b - ações sistematizadas e contínuas do nível 2a, e nas unidades escolares;
- Nível 3 - ações sistematizadas e contínuas no nível 2b, além de ter um Sistema de Vigilância do Tabagismo e de Outros Fatores de Risco;
- Nível 4 – todos os níveis anteriores, além de desenvolver de ações sistematizadas nas áreas legislativa e econômica e ter implantados ou referenciados Centros de Tratamento da Dependência à Nicotina.^(152,154-155)

Ações Legislativas, econômicas e de comunicação também são desenvolvidas pelo nível central desde a década de 1980, chamando a atenção por contemplar diversas ações depois propostas como prioritárias pela CQCT. A Lei Federal N. 9294/1996 que regulamentava o uso do fumo em locais fechados, mas com a permissão de fumódromos, vigorou até dezembro de 2011, quando foi promulgada a Lei Federal N. 12.546, que os bane, embora ainda não tenha sido regulamentada. Até então, foi atualizada diversas vezes.^(51,94)

O Brasil serviu de exemplo em diversas dessas legislações complementares, como no caso das Advertências Sanitárias nos maços de cigarros, que foi o segundo país a adotar, após o Canadá, em 2001 e da Lei Federal 10.167, adotada em 2000, através da qual a propaganda de produtos de tabaco ficou proibida nos grandes meios de comunicação, passando a ser permitida apenas “através de pôsteres, painéis e cartazes, na parte interna dos locais de venda”, além da proibição de: associação do uso do produto à prática de atividades esportivas, olímpicas ou não; sugestão ou indução de seu consumo em locais ou situações perigosas, abusivas ou ilegais; participação de crianças ou adolescentes nas propagandas; venda por via postal; distribuição de qualquer tipo de amostra ou brinde; propaganda por meio eletrônico, inclusive internet; realização de visita promocional ou distribuição gratuita em estabelecimento de ensino ou local público; patrocínio de atividade cultural ou esportiva, quando realizados apenas em território nacional; propaganda fixa ou móvel em estádio, pista, palco ou local similar; propaganda indireta contratada, também denominada merchandising, nos programas produzidos no País, em qualquer horário e comercialização em estabelecimento de ensino e de saúde. Em relação à proibição de patrocínio de eventos esportivos e culturais internacionais, foi editada, em 2003, a Medida Provisória nº 11874, adiando

para 2005 a vigência dessa proibição, para eventos acontecidos em território nacional. Ficou também determinada que as transmissões nacionais de eventos internacionais patrocinados por marcas de cigarros, como a Formula 1, tivessem a obrigatoriedade de veicular advertências sanitárias escritas e faladas, a cada 15 minutos de transmissão. Essa MP se transformou na Lei Federal nº 10.702, que deu mais dois anos de prazo para que o patrocínio de eventos internacionais por marcas de cigarros fosse totalmente proibido, quando realizado em território nacional, o que veio a acontecer a partir de 30 de setembro de 2005⁽⁵⁰⁾.

O INCA coordena ainda a Aliança Por um Mundo Sem Tabaco, criada em 2002, que hoje conta com mais de 500 associados, dentre eles: representantes da sociedade civil, ONGs, associações médicas, autoridades governamentais, órgãos nacionais e internacionais, cujos objetivos são: “acompanhar e participar do processo de controle do Tabagismo no Brasil e no mundo, abordando e discutindo o tema nas mais diversas áreas; Pressionar os legisladores a tomarem as providências necessárias para um mundo sem tabaco”⁽⁸⁶⁾.

Vale salientar que o Programa Nacional, a partir da implementação nacional da CQCT, em 2005, ganhou o *status* de Política de Estado e o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, até então articulado pelo Ministério da Saúde junto com outros entes do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a integrar uma Política Nacional de Controle do Tabaco, de caráter intersetorial e norteada pelos objetivos, princípios, obrigações e medidas da CQCT. Assim, a implementação da CQCT passou a ser a Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT), de caráter intersetorial e tendo a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CONICQ) como o espaço legítimo para sua governança, passando a funcionar como um elo articulador das ações já existentes e indutor de novas iniciativas,

necessárias ao alcance dos objetivos de saúde pública da Convenção. O entendimento de que a Convenção é um tratado de saúde pública levou a coordenação da CONICQ a ficar a cargo do Ministério da Saúde. O Ministro da Saúde exerce o papel de presidente da Comissão e o INCA – por sua tradicional atuação na coordenação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo – é responsável pela Secretaria Executiva⁽⁵⁰⁾.

Em pouco espaço de tempo, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo conseguiu alcançar um patamar digno de ser copiado: transformou-se numa Política de Estado, referência não só no país como no mundo, haja vista o seu protagonismo que o levou a se tornar Centro Colaborador da OMS para o Controle do Tabagismo para a América – Latina, Caribe e todos os países de língua portuguesa e espanhola, a partir de 1997 e, como tal, responsável pela Rede Iberoamericana de Controle do Tabagismo - RIACT, participante na Comissão Intergovernamental de Controle do Tabaco do MERCOSUL, e pela troca de experiências entre os países sobre tratamento do tabagismo e advertências sanitárias.^(12,34,50)

Vale salientar ainda que, na 13ª Conferência Mundial sobre Tabagismo ou Saúde, realizada em 2003, em Helsink, na Finlândia, o Brasil foi premiado com o Luther Terry Awards, a maior comenda na área do controle do tabagismo mundial, pelo conjunto das ações governamentais, que contribuíram com a diminuição da prevalência de fumantes na população, à época, de 32% para 18,8%, segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, realizada em 1989 e o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003, maior queda de prevalência de fumantes em 10 anos no mundo.^(50,114)

O Brasil, mesmo sendo o maior exportador mundial de folha de fumo e o 2º maior produtor mundial, foi o 2º país a assinar e teve posição de destaque na condução

dos trabalhos da CQCT, tendo coordenado as Américas, e sido eleito por consenso pelos 192 países para presidir o seu Órgão de Negociação Intergovernamental entre 2000 e 2003. Tudo isso pelo seu protagonismo, amplitude e integralidade das ações governamentais de controle do tabagismo, conduzidas pelo INCA/MS desde o final da década de 1980.

No entanto, a ratificação brasileira só veio a ocorrer dois anos depois, tendo sido, então o 100º país a ratificá-la, por conta do forte lobby contrário realizado pela indústria no país. Vale salientar aqui que, no Brasil, é a Souza Cruz, subsidiária da multinacional British American Tobacco – BAT, quem detém a maior fatia do mercado, mais de 80%, se configurando também como o segundo maior grupo econômico do país em concentração de renda, seguida da Phillip Morris Internacional, segundo maior grupo econômico do mundo.^(18,34,50)

Por ser Parte da CQCT, o governo deveria estar engajado politicamente em desenvolver estratégias coordenadas para proteger a sua política de controle de tabaco da interferência indevida da IT, se mantendo vigilante para suas atividades transnacionais e contínuas visando proteger seus interesses econômicos e que se tornaram causais para a expansão da epidemia global do tabagismo e seus impactos nefastos na saúde da população.^(23,28)

No entanto, desde o processo de assinatura e ratificação da CQCT, se observa contínua necessidade de um controle social forte para sua efetivação. Assinale-se que, após ser aprovado em caráter de urgência na Câmara Federal, o projeto ficou parado durante um ano no Senado. A ratificação aconteceu apenas em novembro de 2005, através do Decreto Legislativo No. 1.012, de 27 de outubro de 2005, uma semana antes

do encerramento do prazo que habilitaria o Brasil a participar com poder decisório da 1ª Conferência das Partes^{XIX} – COP 1⁽⁵⁰⁾.

Essa aprovação ocorreu após o país ter sofrido uma forte reação internacional em prol da urgência da ratificação, pelo seu papel de liderança no processo, e também como fruto do ativo *advocacy* em defesa da CQCT articulado pela Aliança para o Controle do Tabagismo no Brasil – ACTbr, na época chamada de Rede Tabaco Zero, uma ONG que articulou diversas entidades nacionais das áreas de saúde, agricultura, meio ambiente, gênero, juventude, associações médicas e universidades, dentre outros, em prol da causa.

Posteriormente, a CQCT foi promulgada através do Decreto No. 5.658, de 2 de janeiro de 2006, pelo presidente da República,

estando sujeitos (conforme seu Art. 2º) à aprovação do Congresso Nacional quaisquer atos que possam resultar em revisão da referida Convenção ou que acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional, nos termos do art. 49, inciso I, da Constituição.⁽¹⁵⁶⁾

No entanto, grandes desafios estão postos e necessitam forte decisão política e compromisso social para serem enfrentados, como o número de mortes anuais de cerca de 130.000⁽³⁾; o fato de ter se tornado o maior país do mundo a ficar completamente livre de fumo, em dezembro de 2011, pela Lei Federal No.12.546/11⁽¹⁰⁹⁾, com o apoio de 88% da população⁽³⁶⁾ e ter obtido também a proibição dos aditivos de aroma e sabor, e do mentol, um dos principais aditivos utilizados pela indústria para atrair os adolescentes e jovens para o consumo, por gestões da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, e até dezembro de 2013, a Lei Federal foi havia sido ainda

^{XIX} “A Conferência das Partes (COP) é o órgão que governa a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). Ela é formada pelos países que ratificaram o tratado (Estados Partes), entre eles o Brasil, e seu papel é tomar decisões sobre aspectos técnicos, processuais e financeiros da implementação do tratado nos países. Os países que somente assinaram o tratado, sem ratificá-lo, e as organizações não-governamentais participarão das reuniões como observadores”⁽¹⁵⁶⁾.

regulamentada, nem seu texto havia sido disponibilizado para as entidades do Controle do Tabagismo⁽¹¹⁵⁾.

Além disso, desenvolve um Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco que não dispõe dos recursos necessários para sua necessária ampliação; possui uma Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco - CONICQ, com 18 ministérios, cuja intersetorialidade entre os mesmos ainda deixa a desejar. Tudo isso vem fragilizando as ações de fiscalização e controle, numa clara demonstração de interferência da indústria a fim de frear o avanço na diminuição da prevalência de fumantes e a conseqüente queda em seus lucros.^(28,115)

A aprovação da Lei Federal n.º 12.546, de 14 de dezembro de 2011, que alterou a Lei Federal n.º 9.294/96, foi considerada um grande avanço, por se coadunar com os princípios da CQCT e mais uma vez alçar o país à posição de destaque e exemplo para os demais países do mundo, por conter elementos-chave para a conseqüente diminuição progressiva da prevalência de fumantes e diminuição da morbi-mortalidade tabaco-relacionada, além de, principalmente, servir como jurisprudência para outras nações - uma legislação forte, que proíbe publicidade, patrocínio e promoção, inclusive nos pontos de venda (PDVs); promove ambientes 100% livres de fumo; aumento de impostos; aplica a política de preço mínimo; expande as advertências sanitárias nos maços e promove campanhas de educação para a saúde.⁽¹⁰⁹⁾

A Política Nacional de Controle do Tabagismo, inclusive, foi um dos estudos de caso do projeto “Saúde em Todas as Políticas”, apresentados na Reunião Regional Preparatória da 8ª Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde, em 2013, realizada em Brasília, DF⁽³⁴⁾.

Em contrapartida, a indústria do fumo vem realizando uma campanha acirrada em defesa da liberdade de expressão e da livre concorrência, por exemplo, nas diversas

mídias, para tentar confundir a opinião pública e constranger os gestores a não efetivarem as restrições, além de exercerem forte lobby no Poder Executivo, Congresso Nacional e no Judiciário Federal, repercutido nos estados e municípios, a exemplo das estratégias utilizadas ao nível internacional. No âmbito econômico internacional, vem apelando também para o cumprimento de acordos de livre comércio, no intuito de driblar muitas dessas restrições, numa ação articulada e orquestrada.^(35,37-38,40,47-48,50,52,54,89,91,115)

Neste campo, continuam atuais os objetivos da campanha da Philip Morris de 1993, dirigida a pesquisadores, à mídia e ao governo para se contrapor ao estudo da Agência Internacional de Pesquisa de Câncer da OMS - IARC sobre os riscos do tabagismo passivo, em curso na época, e publicado apenas em 1994, hoje se adequando a todas as demais questões específicas da multifacetada questão do tabagismo:

Retardar o progresso e/ou a liberação do estudo; Interferir nas suas conclusões e declarações oficiais de seus resultados; Neutralizar possíveis resultados negativos do estudo, particularmente o seu uso como um instrumento regulatório; Contrapor-se ao potencial impacto do estudo na política governamental, opinião pública e ações por empregados e patrões.⁽¹⁸⁾

Dentre as estratégias que vêm sendo utilizadas pela indústria, a Responsabilidade Social Corporativa – RSC se mantém como uma estratégia de *marketing* há alguns anos, com o objetivo de construir consensos positivos para sua imagem empresarial, tendo em vista que as legislações se tornaram mais restritivas para a publicidade e promoção de seus produtos. Isto inclui muitos tipos de patrocínios, tais como o financiamento da modernização da Justiça (Programa Justiça Sem Papel brasileiro); patrocínio de congressos jurídicos e da área de comunicação; promoção ou apoio a Seminários sobre mercado de trabalho, direito ou liberdade de expressão; publicação de revistas, como a "Diálogos", da Souza Cruz, que em cada edição traz um

membro do governo, ministro, legislador ou jurista renomado, como capa, numa clara interferência indevida no setor público⁽¹⁵⁷⁾. No âmbito universitário, o Programa "Diálogos Universitários" da Souza Cruz investe na formação dos futuros líderes e formadores de opinião⁽¹⁵⁸⁾. Para estes eventos, traz para os campi das Universidades grandes nomes do esporte, artes, política e cultura em geral para apresentar uma palestra. Para esta atividade, apóia as empresas juniores das universidades, ou centros acadêmicos de alunos, que se responsabilizam em organizar o evento, que é realizado de forma gratuita. A IT se responsabiliza ainda com a distribuição de brindes e lanches, além de aplicar uma pesquisa de opinião que serve como um cadastro para futuro relacionamento promocional, burlando mais uma vez a legislação. Brindes estão também associados à venda de cigarros, o que no Brasil é proibido por lei, utilizando a lógica do Ponto de Venda.^(37-38,40,42,46-48,52-54,91)

Ações Diretas de Inconstitucionalidade – ADIN (através da Confederação Nacional da Indústria - CNI e Confederação Nacional do Comércio - CNC) questionando a restrição à publicidade, conquistada desde o ano 2000; as advertências sanitárias, hoje na terceira rodada de imagens, e as leis estaduais de ambientes livres de fumo (leis antifumo), pelas razões expostas acima, como se as mesmas se contrapusessem à legislação nacional, não regulamentada, tentam construir jurisprudência e doutrina sobre o tema, confundindo a opinião pública e ameaçando conquistas históricas da saúde pública brasileira.⁽¹⁵¹⁾

Esse processo de interferência da indústria nas políticas públicas de saúde para o controle do tabagismo, no entanto, não vem ecoando como devia nos meios de comunicação, e nem nos meios acadêmicos, prevalecendo, nestes casos, o discurso da indústria em defesa de seus direitos de livre comércio e liberdade de expressão, em detrimento do discurso da saúde pública, em defesa da saúde e da vida humana, apesar

dos esforços de monitoramento da sociedade civil organizada em prol do controle do tabaco. (8-9,29,37-38,40-49,54,91,169)

Ressalte-se que no Relatório da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais em Saúde – CNDSS brasileiro, primeiro país a instituir uma Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde, intitulado “As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil”⁽¹¹¹⁾, infelizmente, não se aproveitou do exemplo positivo de integralidade da Política de Controle do Tabagismo, baseada nos princípios e orientações da Convenção-Quadro, para o enfrentamento das desigualdades em saúde, sendo analisada a questão mais em relação aos aspectos epidemiológicos, sem necessariamente chegar às “causas das causas”, como são chamadas as determinações políticas e econômicas das questões de saúde no Brasil. Ressalte-se sequer ter havido referência à CQCT, um marco regulatório sem precedentes na história da saúde pública, apesar de citar como alternativa de ação o aumento de impostos e relacionar o uso do fumo ao *marketing*, sem, no entanto, se referir a quem produz o *marketing*⁽¹¹¹⁾.

Dessa forma, surgiu o interesse em estudar a literatura produzida sobre as interferências da indústria do fumo nas políticas públicas brasileiras.

A CQCT em seu Preâmbulo enfatiza a contribuição especial de organizações não-governamentais e outros membros da sociedade civil não relacionadas com a indústria do tabaco, incluindo instituições acadêmicas e de saúde, movimentos e entidades de saúde, mulheres, jovens, grupos ambientais e de consumidores, como tendo importância vital na participação nos esforços de controle do tabaco nacionais e internacionais⁽⁶⁸⁾. No Relatório sobre a Epidemia Global do Tabagismo 2008, a OMS reforça essa necessidade de intersectorialidade das ações:

A reversão desta epidemia inteiramente prevenível deve ser elevada à prioridade máxima pela saúde pública e pelos líderes políticos em cada país do mundo, pois não depende de vacinas ou medicamentos, mas de uma ação articulada entre governos e sociedade civil.⁽²¹⁾

2 JUSTIFICATIVA

“Não há saber mais ou saber menos. Há saberes diferentes.”⁽¹²⁹⁾

Levando-se em consideração a questão do Monitoramento das interferências da indústria nas políticas públicas de saúde para o controle do tabagismo, o que pudemos observar é que a documentação dessa interferência tem sido crescente em todo o mundo, estimulada pela aprovação das diretrizes relacionadas ao Artigo 5.3 da CQCT na Terceira Sessão da Conferência das Partes - COP3, realizada de 17 a 22 de novembro de 2008, em Durban na África do Sul, onde foram aprovadas as diretrizes para o Artigo 5.3 (proteção das políticas de saúde dos interesses da indústria do tabaco), para o artigo 11 (embalagem e etiquetagem de produtos de tabaco) e para o artigo 13 (publicidade, promoção e patrocínio de tabaco), e reforçada pela publicação do Relatório MPOWER da OMS, como já mencionado^(17,27).

No entanto, no Brasil, esta tem sido mais concentrada em produções de organismos multilaterais internacionais responsáveis pela implementação da CQCT, como é o caso da OMS e sua regional para as Américas, a Organização Panamericana de Saúde – OPAS/Escritório do Brasil, que tem disponibilizado a tradução para o português de diversas publicações da OMS, tendo sido importante parceiro fomentador da implementação da CQCT no país; no Instituto Nacional do Câncer – INCA, órgão do Ministério da Saúde, que, além de coordenar o Programa Nacional para estados e municípios, responde pela Secretaria – Executiva da Comissão Interministerial para Implementação da Convenção-Quadro, gerencia o Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco e a Rede Iberoamericana de Controle do Tabagismo; e Organizações Não-Governamentais que atuam na promoção de ações voltadas para a

diminuição do impacto sanitário, social, ambiental e econômico gerado pela produção, consumo e exposição à fumaça do tabaco, resguardando a saúde e os direitos da população de fumantes, não fumantes e fumicultores, como é o caso da Aliança para o Controle do Tabagismo – ACTBr, o Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais – DESER, a Fundação Interamericana do Coração - FIC, através de seus escritórios latinoamericanos e em parceria com a ACTBr, dentre outros.

Publicações acadêmicas já são identificadas, mas parecem ser ainda escassas e restritas a monografias de conclusão de curso de graduação, dissertações e teses, com poucos artigos científicos publicados. Estudos epidemiológicos de prevalência de base populacional ou focado em determinados grupos populacionais, segmentado por gênero, faixa etária, escolaridade, por exemplo, ou voltados para o impacto do uso de produtos derivados do tabaco na saúde de fumantes e fumantes passivos, ou voltados para descrição e avaliações de impacto da Política Nacional de Controle do Tabagismo – PNCT, ou para a implantação desta nos estados e municípios da Federação, ou voltadas para aspectos comportamentais com relação a algum de seus componentes, como aceitação de ambientes 100% livres de fumo, ou ainda especificamente para o seu componente “cessação do uso”, e, dentro desse, sobre alternativas de tratamento e medicamentos utilizados, ainda são prevalentes.

Levando-se em conta que a indústria tem como uma de suas estratégias principais, disseminadas globalmente, desqualificar estudos científicos que comprovam os malefícios do fumo e da exposição ao tabagismo passivo ambiental, a influência da publicidade, *marketing* e promoção dos produtos do tabaco para a iniciação no uso, os riscos a que os fumicultores são expostos para atender às exigências da indústria, dentre outros aspectos relevantes, torna-se preocupante, na maioria das publicações existentes, a não explicitação das prováveis interferências da IT como um de seus elementos de

contexto mais relevantes para os entraves observados na implementação da Política de Controle do Tabagismo no Brasil.⁽²¹⁾

A tradição das pesquisas sociais e em saúde explica grande parte dessa tendência, tendo em vista que se concentrou em abordagens vindas do modelo positivista de pensamento para o subsídio das tomadas de decisão em saúde, sobressaindo-se as pesquisas quantitativas, de cunho biomédico, deixando de lado questões relacionadas aos significados e às intencionalidades dos processos sociais.^(159,161-163)

Minayo⁽¹⁵⁹⁾ ressalta, inclusive, que Mannheim⁽¹⁶⁴⁾, estudioso da sociologia do conhecimento, chamava a atenção que o positivismo clássico, ao reforçar a noção de que o pesquisador deveria manter-se neutro e focado na objetividade científica, tentava transformar em “mensuráveis, discerníveis e sem ambiguidades todos os fatores sociais”, o que acabava por servir de obstáculo real ao conhecimento sociológico, tendo em vista que, para se bem caracterizar uma situação humana, devem-se levar em consideração as concepções de seus participantes, bem como a maneira como suas tensões nesta situação são experimentadas e quais suas reações a essas tensões concebidas.

Concordando com Kosik⁽¹⁶⁵⁾, citado também por Behring⁽¹⁶⁶⁾ e Minayo⁽¹⁵⁹⁾, quando assumem a perspectiva crítico-dialética marxiana, e alertam a respeito das múltiplas determinações da realidade, que, ao mesmo tempo em que podem e necessitam ser reveladas, correm o risco de serem encobertas pelo “véu ideológico” de aprisionamento da análise nas “manifestações fenomênicas, imediatas e aparentes”⁽¹⁶⁵⁾, de influência funcionalista/positivista, historicamente presentes por muito tempo no campo das ciências. É o que acontece, por exemplo, quando se restringe a análise a uma dimensão técnico-instrumental, com apenas a descrição de dados técnicos, como se eles

falassem por si, desprovidos das tensões políticas e societárias, despolitizando a questão, ou focando em perspectivas prescritivas, com classificações, modelos e tipologias, de forte influência weberiana, de como deveria ser, e não em como está se dando e porque, inviabilizando a formulação de estratégias consistentes de transformação da realidade pelos sujeitos políticos envolvidos⁽¹⁶⁶⁻¹⁶⁸⁾.

Como evidencia Behring, toda análise de processos e relações sociais são impregnadas de política e disputa de projetos societários.⁽¹⁶⁶⁾

Na aproximação ao objeto da pesquisa em tela, constatou-se que a estratégia de monitoramento das ações da indústria, proposta pelo MPOWER, é uma das menos praticadas no Brasil, inexistindo estudos que avaliem/analise as tendências e/ou perspectivas dos documentos científicos ou técnicos que abordam as interferências da indústria do fumo na efetivação da PNCT.

Não foram identificadas Revisões Sistemáticas da literatura sobre a produção de conhecimento a respeito das interferências da indústria do fumo nas políticas públicas de saúde para o controle do tabagismo no Brasil. Nesse sentido, o estudo ora em tela poderá contribuir para um mapeamento importante das áreas de concentração e das lacunas a serem preenchidas pelas publicações a respeito dessas interferências, contribuindo com o monitoramento desta pandemia sob a perspectiva de seu agente, subsidiando intervenções regulatórias estatais e o controle social da política de controle do tabagismo, conforme preconizado no Artigo 20 da CQCT – “Pesquisa, vigilância e intercâmbio de informação”:

1. As Partes se comprometem a elaborar e promover pesquisas nacionais e a coordenar programas de pesquisa regionais e internacionais sobre controle de tabaco. [...]
2. As Partes estabelecerão, conforme proceda, programas para a vigilância nacional, regional e mundial da magnitude, padrões, determinantes e consequências do consumo e da exposição à fumaça do tabaco. [...]
4. As Partes, em conformidade com a legislação nacional, promoverão e facilitarão o intercâmbio de informação científica, técnica,

socioeconômica, comercial e jurídica de domínio público, bem como de informação sobre as práticas da indústria de tabaco e sobre o cultivo de tabaco, que seja pertinente para a presente Convenção, e, ao fazê-lo, terão em conta e abordarão as necessidades especiais das Partes que sejam países em desenvolvimento ou tenham economias em transição.⁽¹⁷⁾

Revisões Sistemáticas tornam-se úteis por prover meios de se lidar com grande volume de informações de pesquisa de forma manejável, permitindo que as decisões sejam tomadas de forma transparente e de forma potencialmente defensáveis, baseadas em todas as evidências disponíveis na atualidade sobre o que funciona para a elaboração e implementação de políticas públicas eficientes e eficazes.^(170,175)

A seguinte Pergunta Condutora guiou o estudo: Como se delineia a produção de conhecimento técnico e científico a respeito da interferência da indústria do fumo nas políticas públicas de saúde para o controle do tabagismo no Brasil?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar como se delineia a produção de conhecimento técnico e científico a respeito da interferência da indústria do fumo nas políticas públicas de saúde para o controle do tabagismo no Brasil.

3.2 Objetivos Específicos

1. Descrever o ano da publicação, instituições/atores envolvidos, região geográfica, tipo de publicação
2. Identificar o tipo ou os tipos de interferência da indústria do fumo na Política de Controle do Tabagismo
3. Identificar lições aprendidas/lacunas/desafios e recomendações para políticas públicas e a novos estudos sobre interferência da indústria fumageira nas políticas públicas

4 MÉTODOS

“Todo começo é difícil – isso vale em qualquer ciência”.⁽¹⁷¹⁾

4.1 Desenho do estudo

Estudo qualitativo de Revisão Sistemática da Literatura, ou seja, um estudo secundário, retrospectivo, crítico, de identificação, seleção, avaliação e síntese de estudos primários, de qualquer desenho, sem metanálise, que seria a síntese quantitativa dos resultados dos estudos primários, através de análise estatística.^(170,172-175)

Dentre as diversas formas, as Revisões Sistemáticas de Literatura, ou simplesmente Revisões Sistemáticas – RS (*Systematic Review – SR*, em inglês), têm sido um meio considerado de maior eficácia para se diminuir ou evitar vieses. Estas são consideradas instrumentais para a integração das informações existentes, provendo dados para decisões racionais no campo das políticas públicas, por apresentar as consistências e inconsistências das pesquisas e achados científicos e se os mesmos podem ser generalizados em diversas populações e ambientes, ou como se adequam especificamente a determinados ambientes, tendo em vista que as mesmas propiciam um contexto interpretativo que um único estudo não disponibiliza.^(170,172-174)

Durante muito tempo as RS foram consideradas um instrumento de pesquisa voltado exclusivamente para Ensaio Clínicos Controlados (*Randomised Controlled Trials – RTC*, em inglês), como sendo de utilidade apenas para avaliar a eficácia das intervenções de saúde; que deveriam adotar um modelo biomédico; e que necessariamente deveriam incluir alguma forma de síntese estatística – as meta-análises. O forte perfil tradicional de que Revisões Sistemáticas são uma pedra angular da

medicina baseada em evidência, justifica a expansão desses equívocos sobre seus propósitos e métodos. Na verdade, Revisões Sistemáticas incluem uma ampla gama de questões e desenhos de estudo, não tendo nenhuma preferência pelo "modelo biomédico" e utilizando metodologias que são mais flexíveis do que às vezes é percebido^(170,172-175).

Revisões Sistemáticas de estudos não-randomizados são comuns, e estudos qualitativos, como estudos de caso, por exemplo, já vêm sendo incluídos em revisões sistemáticas desde há décadas, com critérios específicos para a inclusão deste tipo de estudo já tendo sido trabalhado por diversos autores das Ciências Sociais, com grande proeminência do Reino Unido. A importância de tornar explícitos esforços para limitar os vieses na revisão da literatura, tem sido salientada por cientistas sociais, pelo menos desde a década de 1960, com publicações de revisões nas Ciências Sociais anotadas a partir da década de 1970. O crescente interesse por tomada de decisões baseadas em evidência nos mais diversos campos do conhecimento mostra que seu uso só tende a aumentar⁽¹⁷³⁻¹⁷⁵⁾.

Petticrew chama a atenção para a atualidade destas questões quando afirma, num editorial do Boletim da OMS, de 2009, voltado para a chamada de publicações de Revisões Sistemáticas, da necessidade de mais estudos voltados a melhorias nas práticas de saúde pública e, especificamente, com foco nos determinantes sociais em saúde:

Finalmente, os desafios são muitos. Evidências sobre intervenções para melhorar a saúde pública estão em falta, particularmente evidências sobre os determinantes sociais. Revisores sistemáticos, portanto, enfrentam um desafio real em fazer melhor uso da às vezes pobre, muitas vezes esparsa e usualmente heterogênea evidência disponível para eles. [...] Há, ainda, muitos desafios metodológicos a serem enfrentados na aplicação das revisões sistemáticas fora das especialidades clínicas. Por exemplo, pode haver dificuldades em incorporar informações contextuais apropriadas e incorporar os resultados relevantes da pesquisa qualitativa; e pode haver problemas de implementação e divulgação. Também pode haver grandes problemas relacionados com a identificação da chamada literatura

"cinza" e de estudos inéditos. No entanto, estes problemas também são comuns nas revisões das intervenções de saúde, e não se opõem à utilização da metodologia da revisão sistemática.⁽¹⁷³⁻¹⁷⁴⁾

O delineamento deste estudo foi baseado nas orientações para Revisões Sistemáticas nas Ciências Sociais, trabalhadas por Petticrew e Roberts⁽¹⁷⁵⁾ e do Centro Cochrane do Brasil⁽¹⁷⁰⁾.

Vale salientar que, para este tipo de Revisão, é preconizado que a pesquisa seja realizada por, pelo menos, dois pesquisadores independentes, baseados em critérios de busca pré-definidos e interagindo através de reuniões de consenso sobre a análise do material.^(170,175)

4.2 Período do estudo

O estudo foi realizado no período de um ano, de dezembro de 2012 a dezembro de 2013.

4.3 Critério de elegibilidade

A seleção dos estudos incluiu os trabalhos especificamente relacionados com o objetivo do estudo em tela, as publicações a respeito das interferências da indústria do fumo nas políticas públicas de saúde para o controle do tabagismo no Brasil, no período de 2008 a 2013, identificadas como “grey literature” ou literatura cinza, ou seja, as publicações não indexadas em revistas científicas nem disponibilizadas por meios editoriais comerciais.^(170,173-175)

A delimitação do período das publicações, entre 2008 e 2013, se deve ao fato de, conforme já explicitado, o ano de 2008 ter sido um marco com relação ao tema, por conta da publicação do MPOWER, que urgia por ações de monitoramento, e da definição, na COP3, das Diretrizes do Artigo 5.3, sobre a necessidade de proteção das políticas de controle do tabagismo das interferências indevidas da IT. A partir de então, novos Relatórios da situação mundial da pandemia foram lançados expondo o *status* de cada país com relação às seis medidas prioritárias, com o fim de motivá-los para a ação, e apontando as novas faces assumidas pela IT. Em 31 de maio de 2012, a temática volta com força no Dia Mundial Sem Fumar, para pautar todos os países que ainda não o faziam para o enfrentamento direto desta. Dessa forma, o período de 2008 a 2013, este último, um ano após o lançamento do desafio da OMS para o fortalecimento do monitoramento da IT, se pretendeu ser de muita proficuidade com relação ao objeto deste estudo, demonstrando a necessidade de se compilar o material produzido, para norteamento de futuras ações.

A definição aceita hoje para Literatura Cinza é a consensuada na Forth International Conference on Grey Literature (GL'99), a 4ª Conferência Internacional sobre Literatura Cinza, realizada em Washington, DC, EUA, em outubro de 1999: “Aquela que é produzida em todos os níveis de governo, academia, negócios e indústria, em formato impresso ou eletrônico, mas que não é controlada por editores comerciais”⁽¹⁷⁶⁾. Também é entendida como a literatura que inclui todas as publicações, exceto os livros revisados por pares (*peer-reviewed books*) e jornais aceitos pelo Medline. São também conhecidas como publicações não-convencionais, fugitivas ou até mesmo invisíveis⁽¹⁷⁷⁻¹⁷⁸⁾.

Em geral, a literatura cinza pode incluir, mas não se limita a: relatórios (pré-impressão, preliminares, de progresso, institucionais, de pesquisa, técnicos, estatísticos,

memorandos, de estado da arte, de pesquisa de mercado, de comissões, etc), teses, anais de eventos, especificações técnicas e padronizações, comunicações apresentadas em eventos, anais e atas de reuniões, traduções não-comerciais, bibliografias, documentação técnica e comercial, documentos oficiais não publicados comercialmente (documentos e relatórios primários), documentos de políticas, jornais, notas técnicas, boletins informativos⁽¹⁷⁷⁻¹⁷⁹⁾. Com o advento da internet e dos meios eletrônicos de comunicação, Lacerda⁽¹⁸⁰⁾, ressalta que este cenário tende a ser alterado, citando como exemplo os *blogs*, ou seja, os diários eletrônicos, que hoje comportam, inclusive, discussões científicas. Ele ressalta ainda que esta realidade tem passado incólume no Brasil, apesar desta literatura participar “de direito próprio” das discussões científicas, sendo reconhecida como de grande importância, não devendo ser considerada como “alternativa”. O foco é o acesso à informação de qualidade dentro do padrão de velocidade da comunicação eletrônica que se observa hoje^(178,181).

Uma vasta gama de organizações são responsáveis por uma soma significativa de Literatura Cinza relacionada com saúde pública e política de saúde. Entre essas, incluem-se agências de saúde governamentais; Institutos de Saúde; Organizações Não-Governamentais; Organizações Filantrópicas; Universidades; Centros de Pesquisa; Agências Internacionais; Organizações Profissionais e outros Grupos Especiais de Interesse⁽¹⁷⁷⁾.

Dessa forma, Laufer⁽¹⁸¹⁾, aponta a necessidade da realização de um grande esforço internacional e multidisciplinar de instituições, governos e organizações, assim como de fundações privadas, para que se avance na “avaliação, descarte, classificação, armazenagem e difusão da literatura cinza”.

Dessa forma, diante da temática escolhida, e ciente da riqueza e da natureza das ainda poucas publicações sobre interferências da IT nas políticas públicas de controle

do tabagismo no Brasil, pelos organismos responsáveis pela condução/fiscalização da política, como já mencionado, a delimitação do foco da pesquisa na chamada literatura cinza do controle do tabagismo visa contribuir para um primeiro mapeamento/organização destas, a fim de subsidiar futuras publicações e outros estudos e ações de enfrentamento. A opção pelo enfoque na produção brasileira da temática, e publicações apenas em português, se deve ao caráter histórico pioneiro e de referência desta para o controle do tabagismo mundial, tanto do nível governamental como da sociedade civil organizada, esta através das ações da ACTBr. Ressalte-se o INCA/MS ser Centro Colaborador da OMS para as questões de Controle do Tabagismo, assumindo para tal, dentre tantas responsabilidades,

produzir material em português para a OMS com o objetivo de fortalecer o controle do tabagismo nos países lusofônicos; implementar programas de treinamento e estratégias para o controle do tabagismo no Brasil, em consonância com as recomendações da OMS/OPAS; prover assistência técnica na implementação de programas e estratégias similares na América Latina⁽⁵⁰⁾

além da responsabilidade de manter o Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco.

Nesta perspectiva, foram selecionadas as publicações em português, tais como: documentos oficiais, boletins informativos, relatórios de pesquisas, manuais, notas técnicas, cartilhas, pareceres jurídicos, boletins, teses de doutorado, dissertações de mestrado, Trabalhos de Conclusão de Cursos de Graduação - TCCs, monografias, livros, dentre outras, disponibilizadas ao público para *download* ou por *links* de acesso, nos *sites* de Organizações Não-Governamentais, Organismos Multilaterais e Organizações Governamentais, que, historicamente, de forma direta ou indireta, vêm assumindo o protagonismo no trato das questões tabaco-relacionadas no Brasil, tanto no campo governamental como no do Controle Social, através do *advocacy* e/ou de apoio,

produção e divulgação do conhecimento técnico e científico, todas sendo instituições de âmbito nacional.

Vale salientar aqui que RS possuem como uma de suas características o fato de ser realizada por pelo menos dois pesquisadores, a fim de se garantir a possibilidade de replicabilidade do estudo. Neste caso, a segunda pesquisadora foi escolhida por ser especialista em Revisão Sistemática e uma das orientadoras. Os *sites* selecionados para a pesquisa foram objeto de consenso entre as duas pesquisadoras, por representarem as principais fontes de informação sobre o tema, como explicitado anteriormente.

Dentre as Organizações Não-Governamentais, foram escolhidas quatro, três sendo as mais antigas (AMB, ADESF e ABEAD) e uma, hoje líder no Controle do Tabagismo no Brasil, a ACTbr, de reconhecida atuação neste campo, inclusive ao nível internacional, responsável por uma rede de entidades, cidadãos e movimentos sociais em prol desta causa, a Rede ACT. A ACTBr é membro da FCA - *Framework Convention Alliance*, uma aliança internacional de organizações que trabalham pela implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, tendo-a já presidido, e, recentemente, em novembro de 2013, tendo sido novamente eleita para o corpo diretivo geral.⁽¹⁸²⁾

As demais instituições selecionadas também possuem abrangência nacional e interface internacional, e compõem a Rede ACT.

As Organizações Governamentais foram escolhidas pelo seu papel de organizadores da Política de Controle do Tabagismo no país.

O Organismo Multilateral, a OPAS, foi selecionado por ser o braço da OMS nas Américas e, como tal, “guardião dos preceitos da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco”.⁽¹⁸³⁾

Seguindo as orientações para realização de Revisões Sistemáticas, de antecipar os possíveis usuários e avaliar a relevância da pergunta de pesquisa, foram realizadas ainda consultas a especialistas da área, tanto do campo governamental como não-governamental e acadêmico, tendo sido um exercício que confirmou a lacuna teórica identificada e sua necessidade para iluminar a tomada de decisões em saúde, pelo seu ineditismo e relevância na atualidade, diante do contexto de interferências vivido no Brasil hoje, bem como para orientar futuras pesquisas e publicações. Também houve consulta a este grupo a respeito da localização de estudos recentes, não disponibilizados nos sites das entidades selecionadas, como teses e dissertações de atores-chave da política.

A escolha tanto da pergunta da pesquisa como das fontes de dados para a mesma e a interação com atores-chave da Política foram facilitadas ainda pela longa experiência da autora no campo do Controle do Tabagismo, tanto na assistência como na pesquisa e gestão da política^{xx}. O conhecimento acumulado no campo não é um pré-requisito para uma RS, mas os diversos autores confirmam sua valiosa contribuição, principalmente quando se trata do delineamento das questões políticas, econômicas,

^{xx}A autora é assistente social do Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, onde foi co-fundadora do Programa de Controle do Tabagismo e do 2º Ambulatório de Tratamento do Fumante em hospital público do Brasil, em 1993. Especialista em Políticas Públicas e Gestão de Serviços Sociais, implantou e coordenou a Política de Controle do Tabagismo do Recife – PE, de 2001 a 2009; coordenou a Política de Controle do Tabagismo de Olinda-PE em 2010, é pesquisadora do Grupo de Pesquisa PRÁXIS – Política, Planejamento e Gestão em Saúde e do Núcleo Integrado de Saúde Coletiva – NISC, da Universidade de Pernambuco – UPE, na área de Promoção da Saúde e Controle do Tabagismo, além de membro da REDE ACT, membro da União Internacional contra Tuberculose e Doenças Pulmonares – The Union, sócia da ABEAD – Associação Brasileira de Estudos sobre Álcool e outras Drogas, e sócia-fundadora e membro da diretoria da ABRATT – Associação Brasileira de Tratamento e Controle do Tabagismo. Participou ainda, representando o Brasil, do Global Tobacco Control Leadership Program (2008) e do Global Tobacco Control Certificate Program (2012), ambos do Instituto para o Controle Global do Tabagismo, da Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins Bloomberg, em Baltimore, EUA, bem com do Curso de Gestão e Liderança para o Controle do Tabagismo na América Latina, da The Union – União Internacional contra Tuberculose e Doenças Pulmonares (2010).

históricas, etc. que envolvem o contexto da pesquisa no âmbito das políticas sociais.^(170,172-173,175,184)

Uma análise destes *sites*, no que tange à forma de exposição da questão do tabagismo também foi efetuada, a fim de observar sua adequação ao proposto pela CQCT, Artigo 5.3, tendo em vista a compreensão de que a publicação de informações nas páginas eletrônicas institucionais se constitui numa nova forma de disponibilização de informação para o público, como já referenciado acima.

Estudos que não diziam respeito à realidade do Brasil, realizados antes de 2008, e em outra língua que não seja o português, artigos científicos e publicações indexadas em revistas científicas nacionais ou internacionais, ou outras publicações que não estejam relacionados com o objetivo deste estudo, foram excluídos. Não foram incluídos na consulta os *sites* de Universidades, nem de especialidades médicas, nem de órgãos governamentais estaduais ou municipais, nem de categorias profissionais, pelo seu caráter setorial.

4.4 Critérios de exclusão

Estudos que não diziam respeito à realidade do Brasil, realizados antes de 2008, e em outra língua que não seja o português, artigos científicos e publicações indexadas em revistas científicas nacionais ou internacionais, ou outras publicações que não estejam relacionados com o objetivo deste estudo, foram excluídos. Não foram incluídos na consulta os sites de Universidades, nem de especialidades médicas, nem de órgãos governamentais estaduais ou municipais, nem de categorias profissionais, pelo seu caráter setorial.

4.5 Coleta dos dados

4.5.1. Bases bibliográficas de dados e outras fontes de captação do material

I. Não-Governamentais

- **Aliança de Controle do Tabagismo no Brasil - ACTBr** –
<http://www.actbr.org.br/>

O site da ACTBr foi escolhido em primeiro lugar por ser a base de dados não-governamental mais importante e abrangente como índice e repositório bibliográfico da produção técnica e científica de controle do tabagismo, com prêmios e reconhecimento nacionais e internacionais e por ser a entidade que vem capitaneando todas as ações de advocacy em prol da CQCT no país, desde seu processo de ratificação, até os dias de hoje.

A ACTBr é uma organização não-governamental que se auto-define como “voltada à promoção de ações para a diminuição do impacto sanitário, social, ambiental e econômico gerado pela produção, consumo e exposição à fumaça do tabaco”⁽⁸⁴⁾, sendo composta por organizações da sociedade civil, associações médicas, comunidades científicas, ativistas e pessoas comprometidas com a redução da epidemia tabágica.

Criada em 2003, a então Rede Tabaco Zero (RTZ), possuía como secretaria executiva a REDEH – Rede de Desenvolvimento Humano. Esta estrutura funcionou até dezembro de 2006, quando a RTZ passou a se chamar Aliança de Controle do

Tabagismo. A partir de fevereiro de 2007, a ACT foi formalizada como associação e passou a contar com uma Diretoria, Conselho Fiscal, Membros Fundadores, Conselho Consultivo e Conselho Honorário.

A ACT aposta na ação conjunta e transversal como a única solução viável para lidar com a epidemia do tabagismo, reconhecendo-o como “um grave problema de saúde pública resultante de interesses comerciais”⁽⁸⁴⁾. Para tal, coordena uma rede de entidades, profissionais e movimentos da sociedade civil denominada Rede ACT, hoje com 134 instituições e 777 cidadãos participantes. São entidades públicas e privadas, de organizações sem fins lucrativos e não-governamentais, profissionais liberais, pesquisadores, estudantes e cidadãos que desenvolvem atividades ligadas a áreas impactadas pelo tabagismo, como saúde individual e coletiva, direitos humanos, meio ambiente, jovens e mulheres.

A ACT tem parceria com algumas instituições internacionais, como a americana Tobacco-Free Kids e a francesa Union, responsáveis pelo financiamento, por meio da Iniciativa Bloomberg. Também são parceiros a Canadian International Development Agency (CIDA) e a Health Bridge. Há ainda parceria com outras instituições, como o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), prefeituras e governos estaduais e outras organizações não-governamentais.

Através de sua missão, a ACT visa consolidar essa rede para o fortalecimento do papel da sociedade civil organizada no processo de elaboração e implementação de políticas públicas abrangentes em controle do tabaco.

▪ **Associação Médica Brasileira - AMB -**

<http://www.amb.org.br/Site/Home/>

A Associação Médica Brasileira – AMB é uma sociedade sem fins lucrativos, fundada em 26 de janeiro de 1951, cuja missão é “defender a dignidade profissional do médico e a assistência de qualidade à saúde da população brasileira”⁽⁹²⁾. Com sede em São Paulo, a entidade coordena 27 Associações Médicas Estaduais e 396 Associações Regionais. Compõem o seu Conselho Científico 53 Sociedades Médicas, representando as especialidades reconhecidas no Brasil. Atua ainda no Mercosul, integrando a Confederação Médica Latino-Americana e do Caribe (Confemel), junto com o CFM. Ocupa também duas vagas no Conselho Diretor da Associação Médica Mundial e é membro-fundadora da Comunidade Médica de Língua Portuguesa.

O *site* da internet é atualizado diariamente com notícias, comunicados e notas oficiais, além de disponibilizar diversos conteúdos para *download*. Nossa pesquisa se localizou apenas no *site* da instituição.

Dentre as diversas comissões, sobressai-se a Comissão de Combate ao Tabagismo, lançada em caráter especial em 1979 e depois tornada permanente em 1986. O acesso direto para a Comissão, no site da AMB é: <http://www.amb.org.br/Site/Home/COMISS%C3%95ES/Comiss%C3%A3o-de-Combate-ao-Tabagismo%2029.cnt>

A AMB foi selecionada pelo seu papel de destaque na luta contra o tabaco, tendo formulado em 1985 o primeiro Programa Nacional Contra o Fumo, que serviu de modelo para o Ministério da Saúde estruturar o seu programa. Antes disso, atuou de maneira ampla na disseminação de informações sobre o tabagismo e seus malefícios junto aos médicos e à população em geral, através de workshops, seminários, as 1ª e 2ª Corridas do Não Fumar (1985 e 1986), primeiras iniciativas no país, além de participar das primeiras comissões (1981) e grupos assessores do Ministério da Saúde (1985 e 1991) e na criação do Comitê Latino-americano Coordenador do Controle do

Tabagismo (1983), inclusive tendo-o presidido no período de 1986 – 1990. Participou ainda da criação do Comitê Coordenador do Controle ao Tabagismo no Brasil (1984) e da Associação de Mulheres da América Latina para o Controle do Tabagismo no Brasil (1991).

A AMB é membro da Rede ACT.

- **Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas - ABEAD** – <http://www.abead.com.br/>

A Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas – ABEAD é uma associação que congrega profissionais de diversas áreas que trabalham no campo da dependência química no Brasil e no exterior, através de seminários, palestras e conferências nacionais e locais, sobre os mais variados temas da área da dependência química, bem como apresentações e intercâmbio de idéias com especialistas convidados do país e do exterior. Os congressos da ABEAD são anuais.

Constitui-se numa entidade civil, sem fins lucrativos, com propósitos científicos, tendo sido fundada em 1989. Com sede oficial em Porto Alegre, funciona com sede itinerante, onde vive o presidente em exercício.

A associação vem participando efetivamente na elaboração e implementação de políticas de prevenção e tratamento do uso de drogas no Brasil e na América Latina nos últimos anos.

No ano de 2011, em parceria com a ONG internacional Tobacco-Free Kids – TFK, implantou o Projeto “Publicidade e Tabaco”, que envolveu pesquisas, publicação de artigos e livros e a criação de um *Hotsite*, com acesso direto a partir da Página Inicial da ABEAD na internet, intitulado “Publicidade do Tabaco no Ponto de Venda”.^(85,93)

A ABEAD também é membro da Rede ACT.

- **Associação em Defesa da Saúde do Fumante - ADESF -**

<http://www.adesf.org.br/>

A Associação em Defesa da Saúde do Fumante - ADESF, fundada em 1995, há anos tem enfrentado a indústria do fumo, impetrando ações judiciais em prol de indenizações para os fumantes. É membro da Rede ACT.

II. Governamentais

- **Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde - INCA/MS –**

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/ INCA é o órgão do Ministério da Saúde responsável pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, além de secretariar a Comissão Interministerial para Implementação da Convenção-Quadro de Controle do Tabaco – CONICQ, responsável pela Política Nacional de Controle do Tabagismo.

Em sua página inicial, oferece os seguintes *links*: “Controle do Tabagismo”, que redireciona o usuário para a página oficial do Programa Nacional de Controle do Tabagismo – <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/>; “Pare de Fumar”, que redireciona para um *hotsite* com as orientações específicas sobre cessação, disponibilizando, inclusive materiais de apoio ao fumante e aos profissionais que trabalham neste campo - <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=parar&link=teste.htm> e o *link* para o Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco/INCA/MS, que será detalhado no próximo item.

OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO/INCA/MS -

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home

O Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco foi criado pelo INCA/MS, órgão que detém a Secretaria Executiva da CONICQ - Comissão Interministerial para Implementação da Convenção-Quadro de Controle do Tabaco, responsável pela Política Nacional de Controle do Tabagismo no país, em comemoração ao Dia Mundial Sem Fumar – 31 de maio de 2011. Tem como objetivo “reunir, organizar, e disponibilizar informações e conhecimentos atualizados sobre o processo de implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil”⁽⁸⁸⁾, permitindo a gestores, profissionais, estudiosos e toda a sociedade acompanhar a implantação das políticas governamentais voltadas para o cumprimento da CQCT, tendo acesso a “pesquisas, publicações, legislação e outras informações sobre o controle do tabagismo”⁽⁸⁸⁾, além de fornecer link direto para os sites dos demais órgãos que integram a CONICQ.

▪ **Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA** -

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/home>

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, criada em 1999, é o órgão do governo responsável pela regulamentação, o controle e a fiscalização de todos os produtos derivados do tabaco.

Com o objetivo de pôr em prática as atribuições recebidas por meio da Lei No.9782/99, foi criada a Gerência de Produtos Derivados do Tabaco – GPDTA.

O *link* direto para acesso à página Derivados do Tabaco é:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Derivados+do+Tabaco>

III. Organismo multilateral

- **Organização Panamericana de Saúde/ Escritório no Brasil - OPAS/BRA - <http://www.paho.org/bra/>**

A OPAS - Escritório do Brasil, por deter a responsabilidade pelos cumprimentos dos tratados e princípios da OMS e, por esta razão, ser importante parceiro fomentador da implementação da CQCT no país, representando a OMS. Disponibiliza apoio técnico e científico sobre o tema em todo o país, a organizações governamentais e não-governamentais, além de apoiar a realização de eventos técnico-científicos; a elaboração, produção e lançamentos de publicações na área, bem como traduções para o português de diversas publicações da OMS.

4.5.2 Estratégias de busca

Nos *sites* especificamente relacionados com a questão do tabagismo, como o da ACTBr e do Observatório da Política Nacional de Controle do Tabagismo, se buscou localizar as seguintes seções: Institucional, Publicações e o item referente a Interferências da Indústria e/ou Proteção da Política.

Nos *sites* não específicos, a estratégia de busca se baseou na identificação, na página inicial do *site*, do item referente à questão do tabagismo ou que a pudesse conter, para, a partir daí, identificar o conteúdo disponibilizado.

Dessa forma, em cada *site* o caminho percorrido foi diferenciado, pelo que se descreve a seguir:

ACTBr

O *site* da ACTBr é subdividido na Página Inicial em Institucional, Tabagismo, **Biblioteca**, Comunicação e Contato.

A busca se deu na Biblioteca, que é subdividida em 15 tópicos, a saber: Ações Judiciais, Apresentações, Artigos Científicos, Depoimentos, Fatos em Destaque, Imagens de Campanhas, Legislação, Mapa Legislativo, Links, Monografias, Material de Mobilização, Pesquisas, Publicações, Vídeos e Programas de Rádio. Nossa pesquisa se concentrou nos tópicos: Publicações e Monografias.

A partir daí, foram aplicados os critérios para seleção das publicações, tendo sido definido a busca para os tópicos Monografias e Publicações. Neste último, Ações Judiciais, Artigo 5.3 Interferência da Indústria do Tabaco, Estratégias da Indústria, Fumicultura, Publicidade e Sociedade Civil.

AMB

O *site* da AMB é subdividido em Página Inicial e Quem Somos, Internacional, Filiadas da AMB, **Comissões**, Câmaras Técnicas, Publicações AMB, Cultural, Notícias e Contato.

No tópico Comissões se localiza a Comissão de Combate ao Tabagismo, que é subdividida em 13 outros tópicos, a saber: Home, Composição, Histórico, Objetivos, Ações, Diretrizes, Notícias, Artigos, Índices Bibliográficos, Downloads, Programa Mesa Redonda, Vídeos e Links.

A análise observou os tópicos Diretrizes, Artigos e *Downloads*.

ABEAD

A Página Inicial da ABEAD oferece uma gama de opções ao internauta: Notícias, acesso ao Boletim da ABEAD, *links* para *hotsites*, *tweets*, dentre outros, além

de duas maneiras de seleção de opções de busca. No lado esquerdo, na vertical, um *menu* com 15 opções. Neste se encontra a opção Publicidade do Tabaco. Em cima, na horizontal, oferece quatro opções de perfis: Institucional, Profissionais, Público Geral e Eventos ABEAD.

De acordo com o objetivo e critérios dessa pesquisa, o foco foi, na Página Inicial, o tópico Publicidade do Tabaco e, no perfil para o Público em Geral, que é subdividido em cinco tópicos: Informações Importantes, Opinião da ABEAD, Pergunte ao Especialista, Educação e Prevenção, Dicas Culturais e Locais de Atendimento, focamos nos tópicos Opinião da ABEAD e Educação e Prevenção.

ADESF

A busca no *site* da ADESF não foi possível por conta do mesmo se encontrar em manutenção no período da pesquisa.

INCA/MS

No *site* do INCA, a busca foi concentrada na Página do Programa Nacional, que se acessa pelo *link* Controle do Tabagismo, na Página Principal.

O foco foram os tópicos Publicações, Dia Mundial Sem Tabaco – 31 de maio, e Dia Nacional de Combate ao Fumo – 29 de agosto, estes dois últimos para identificação da temática trabalhada. As informações sobre as datas comemorativas são disponibilizadas no *link* oferecido via o tópico Programa Nacional.

Foi realizada ainda uma análise do *site* sobre sua atualidade.

OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO/INCA/MS

A Página Inicial do Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco possui dois tipos de subdivisões de tópicos. Uma primeira, no topo superior, com sete

tópicos: Convenção-Quadro, CONICQ, Legislação, Dados e Números, Ações Judiciais, Sociedade Civil e Links. Cada um destes tópicos possui sua própria subdivisão de assuntos relacionados e disponibiliza referências adicionais e *links* para *sites* e publicações relacionados, nacionais e internacionais.

Ao lado esquerdo da Página, é disponibilizado um Menu com 17 tópicos relacionados ao “Status da Política”, em relação ao preconizado pela CQCT. Este Menu direciona para informações atualizadas sobre: a Política Nacional, **Proteção da Política**, Preços e Impostos, Ambientes Livres de Tabaco, Regulação dos Produtos, Rotulagem das Embalagens, Educação e Conscientização, Publicidade e Promoção, Patrocínio, Tratamento do Tabagismo, Mercado Ilegal, Venda a Menores de Idade, Fumicultura e Saúde, Fumicultura e Meio Ambiente, Alternativas à Fumicultura, Vigilância e Pesquisas, e Cooperação Internacional.

Em cada um destes tópicos são disponibilizados *links* para outros órgãos que trabalham com o tema e ou referências e publicações nacionais e internacionais.

A pesquisa se deteve no tópico CONICQ – Documentos e Publicações e com relação ao *Status* da Política, no tópico Proteção da Política.

ANVISA

A Página Inicial da ANVISA disponibiliza sete tópicos: Inicial, A Agência, Sala de Imprensa, Serviços, Alertas e Informes, Regulação e Educação e Pesquisa.

Na Inicial, o tópico Proteção à Saúde, com 12 subtópicos, apresenta, no subtópico 4, o item “Derivados do Tabaco”. Este, por sua vez, na Página Inicial oferece a opção Assuntos de Interesse, subdividido em outros nove subtópicos, a saber: Convenção-Quadro, Danos à Saúde, Fumo em Ambientes Fechados, Imagens de Advertência, Legislação, Peticionamento Eletrônico, Publicações, Registro e Sites de Interesse. Apresenta também notícias relacionadas, no tópico Destaque e disponibiliza o

Disque Saúde/Pare de Fumar – 136, juntamente com o número da Central de Atendimento da ANVISA, o ANVISA ATENDE e um modelo de Advertência Sanitária de maço de cigarros.

O *Site* na Página Inicial oferece ainda três opções de Menu, de acordo com o usuário: Cidadão, Profissional de Saúde e Setor Regulado.

A parte do Setor Regulado é geral, com regulamentações de procedimentos para empresas e produtos.

Já na Parte dos Profissionais de Saúde, o tópico Assuntos de Interesse disponibiliza o tópico Tabaco, que redireciona para o tópico Derivados do Tabaco, já explicitado.

Na parte reservada para o Cidadão, o tópico Assuntos de Interesse mostra a opção Tabaco, que leva a uma página com Últimas Notícias, de caráter geral, e três tópicos tabaco-relacionados: Ambientes Livres da Fumaça – As Ações da ANVISA; Propaganda de Produtos Derivados do Tabaco – Permitida somente nos Pontos de Venda; e Imagens de Advertência.

Neste site, como no do INCA, se analisou sua atualidade, publicações disponibilizadas e o conteúdo disponível ao visitante internauta Cidadão e Profissional de Saúde.

4.6 Análise dos dados

A qualidade de um estudo tem significados diferentes para as diferentes disciplinas. Nas Revisões Sistemáticas, avaliar a qualidade do estudo objetiva determinar se o estudo é adequado para responder à pergunta da pesquisa. Geralmente, é o termo utilizado para designar a validade interna de um estudo, e, em Revisões

Sistemáticas de estudos quantitativos, isto é interpretado de forma mais restrita a problemas metodológicos, que servirão para medir o peso de cada estudo envolvido, diferenciando claramente os estudos de maior e menor qualidade, com o objetivo de fazer recomendações metodológicas apropriadas em relação a futuras pesquisas⁽¹⁷⁵⁾.

Já em estudos qualitativos, outros parâmetros são utilizados. Jadad⁽¹⁸⁵⁾ sugere, por exemplo, os seguintes itens como relevantes para a avaliação da qualidade: a relevância da pergunta da pesquisa, a validade interna do ensaio ou estudo (o grau em que o desenho do estudo, sua condução, análise e apresentação minimizaram ou evitaram os vieses de comparação das intervenções sob avaliação), a validade externa (a precisão e em que medida é possível generalizar os resultados do ensaio para as outras configurações), a adequação da análise e apresentação dos dados e as implicações éticas da intervenção avaliada.

Pawson et al.⁽¹⁸⁶⁾, num relatório sobre tipos e qualidade de conhecimento em assistência social, incluíram um conjunto mais amplo de fontes de conhecimento e critérios para julgamento de um estudo, onde avaliação de qualidade é utilizado incluindo questões de transparência (clareza sobre como o conhecimento foi gerado), acurácia, adequabilidade (se os métodos utilizados foram apropriados para o objetivo do estudo), utilidade (se é apropriada para o uso previsto) e propriedade (se inclui considerações legais e éticas).

Dessa forma, ao utilizar uma escala ou lista de verificação para formalizar o processo da avaliação, a partir dos critérios estabelecidos, os autores devem considerar que simplesmente não podem replicar muitos dos instrumentos utilizados em outros estudos, levando em consideração a questão da plausibilidade. Mais uma vez, ressalta-se a importância da adequação do instrumento aos propósitos da revisão. No entanto, uma regra geral utilizada é tentar evitar instrumentos não validados e não utilizados

previamente em revisões similares, para não dificultar a defesa em terrenos científicos tais como quando da publicação da revisão, apesar disso nem sempre ser possível⁽¹⁷⁵⁾.

No caso do estudo em tela, a análise foi realizada baseada nos critérios de inclusão estabelecidos. Para facilitar a extração dos dados foi criado um instrumento de coleta de informações, intitulado Quadro Geral das Publicações sobre Interferências da Indústria do Fumo nas Políticas Públicas para o Controle do Tabagismo 2008-2013 (APÊNDICE B). Este Quadro foi subdividido em seis tópicos: título da publicação, ano, autores/instituições responsáveis, local, tipo da publicação e tipo de interferência da IT trabalhada na publicação.

Todas as publicações foram impressas e os títulos, ano, autores/instituições responsáveis, local, tipo da publicação e tipo de interferência da IT trabalhada na publicação, de todos os estudos identificados pelas buscas eletrônicas, manuais ou por consulta a especialistas, foram sistematizados no instrumento de coleta de informações construído pelos pesquisadores e revisto de forma independente por ambos, com base na estratégia de busca definida. Em seguida, foi realizada uma reunião de consenso entre os dois pesquisadores, na qual os estudos foram avaliados para se determinar se os que foram selecionados por cada pesquisador reuniam os critérios de inclusão. Nos casos em que houve uma incerteza quanto à relevância de uma publicação, o referido estudo foi relido e rediscutido pelos pesquisadores⁽¹⁷⁰⁾.

Na reunião de Consenso, os pesquisadores observaram que as publicações pertenciam a quatro grandes grupos com relação ao tipo de instituição/autor. Dessa forma, concluíram pela necessidade de subdivisão do Instrumento de Coleta das Informações das Publicações em quatro Quadros, para uma melhor identificação, compilação, organização e análise das publicações.

Os Quadros assim foram definidos:

- Quadro das **Publicações Não-Governamentais** sobre Interferências da Indústria do Fumo nas Políticas Públicas para o Controle do Tabagismo. Brasil, 2008-2013
- Quadro das **Publicações Acadêmicas** sobre Interferências da Indústria do Fumo nas Políticas Públicas para o Controle do Tabagismo. Brasil, 2008-2013
- Quadro das **Publicações Governamentais** sobre Interferências da Indústria do Fumo nas Políticas Públicas para o Controle do Tabagismo. Brasil, 2008-2013
- Quadro das **Publicações de Organismos Multilaterais** sobre Interferências da Indústria do Fumo nas Políticas Públicas para o Controle do Tabagismo. Brasil, 2008-2013

Nova reunião de consenso entre os dois examinadores para análise dos resultados, a partir da subdivisão das publicações por Autor/Instituição, foi, então, necessária.

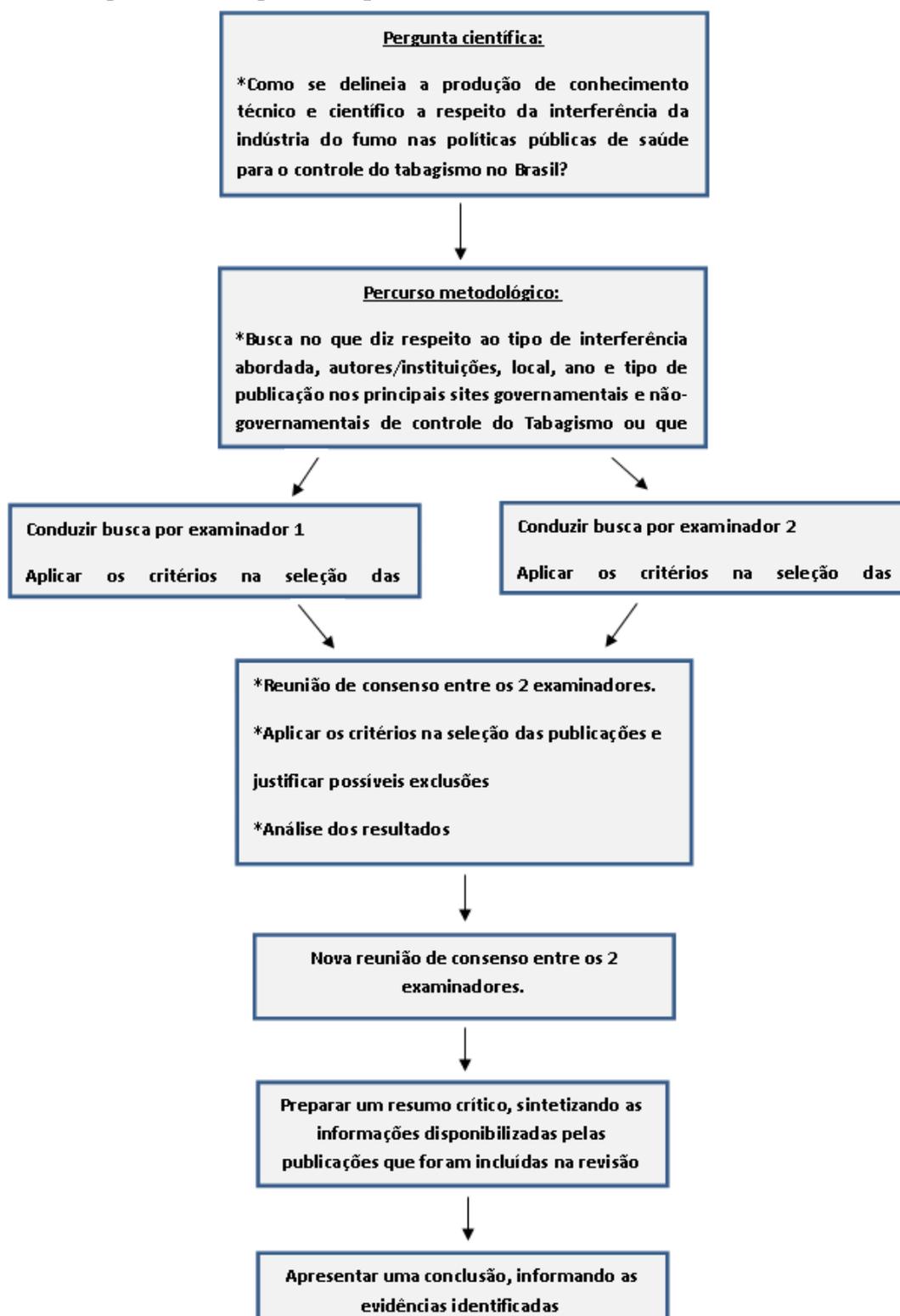
Um resumo crítico, sintetizando as informações disponibilizadas pelas publicações incluídas na Revisão e com as evidências identificadas, foi preparado e consta do item Resultados e Discussão.

Antes do início da análise dos dados, uma cópia completa de todos os estudos selecionados para a revisão foi obtida.

A localização dos estudos e a extração dos dados, a partir dos critérios pré-estabelecidos, foi realizada pelo pesquisador principal.

A Figura 4 apresenta um fluxograma do processo de Revisão Sistemática que foi utilizado neste estudo.

Figura 4 - Fluxograma do processo de revisão sistemática da literatura



Fonte: Do autor.

4.7 Aspectos éticos

Este estudo segue as normas éticas da Resolução N°466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, não tendo havido necessidade de ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, por não envolver pesquisa com seres humanos, mas levantamento de dados secundários em fontes documentais impressas e eletrônicas sobre o tema em tela.

4.8 Conflito de interesses

A autora declara não haver conflito de interesses neste estudo, não possuindo nem nunca tendo possuído qualquer vínculo com empresas ligadas ao comércio ou produção de tabaco e seus derivados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conhecimento oriundo da razão dialética capta o movimento do objeto, a sua lógica e processo de constituição, seus fundamentos, sua processualidade contraditória, sua capacidade de transformar-se em outro. [...] É no confronto dessas forças em oposição na realidade que o método dialético vai permitindo ao sujeito realizar a síntese, como um movimento de apreensão do real, por meio da luta dos opostos [...] Assim, numa leitura crítico – dialética das instituições, vemos que elas não se constituem como blocos monolíticos, mas, ao contrário, são constitutivas e constituintes da contradição. Cabe ao pesquisador perceber [...] mediante categorias analíticas – “o concreto pensado”, segundo Marx (1983.) [...] A realidade se coloca tanto como possibilidades quanto como restrição de possibilidades. [...] O que predomina naquele momento histórico analisado: as tendências do novo ou do velho? [...] Porque incorpora o movimento, a negatividade, o vir a ser dos processos, a razão é dialética. Este é o nível mais alto do conhecimento. [...] Mas a síntese é sempre provisória, histórica, daí que o conhecimento é aproximativo e historicamente situado.⁽¹⁸⁷⁾

A análise das publicações propiciou uma visão abrangente do movimento da questão do tabagismo no Brasil nos últimos 6 anos. Foram 25 publicações não-governamentais; 16 acadêmicas; 16 de organismos multilaterais e 21 governamentais, num total de 78 publicações. Vale salientar que duas das publicações governamentais não abordavam sobre a IT, mas foram incluídas tendo em vista terem se tornado centrais na discussão justamente por este fator – as publicações referentes aos Dia Mundial Sem Fumar – 31 de maio e Dia Nacional de Combate ao Fumo – 29 de agosto do Brasil, que não seguiram a temática preconizada pela OMS para cada país em 2012, e cujo tema era exatamente sobre as interferências da IT nas políticas públicas.

Outro fator a ser ressaltado é que, conforme já salientamos no item IV. Métodos, subitem 4.3 Critérios de Elegibilidade, a inclusão de informações sobre o tipo de publicação incluiu *hotsites* produzidos especialmente sobre uma temática, com diversas

mídias disponíveis, o que foi comum a três dos quatro grupos (ONGs; Organismos Multilaterais e Organizações Governamentais).

No caso do *site* da ABEAD, infelizmente, o *hotsite* Publicidade de Tabaco no Ponto de Venda estava com a informação de “desativado”, em todo o tempo da pesquisa, como o site completo da ADESF, o que não possibilitou a inclusão dos mesmos nos quadros finais. No entanto, duas publicações resultado deste Projeto da ABEAD foram incluídas, por estarem disponibilizadas no site da ACTBr, inclusive um artigo científico, que pontua-se como excessão consensuada pelas duas pesquisadoras, por ter sido, juntamente com um livro sobre o mesmo tema, produtos do referido Projeto.

Esses fatos demonstram a necessidade de se compreender que análises de questões relacionadas a políticas públicas demandam mais complexidade, pois não podem dispensar análise de contexto, como já foi pontuado, nem se restringem a identificar os estudos “ideais”. Como afirmam Petticrew and Roberts⁽¹⁷⁵⁾, citando o estudo de Wallace et al.⁽¹⁸⁴⁾ como exemplo, nas RS que envolvem análise de políticas sociais públicas, o contexto de mudanças no qual as evidências são coletadas faz sua interpretação e aplicação para outros cenários ser dificultada. Isso poderá demandar outras fontes de informação, para além da própria revisão, ou gerar ainda a necessidade de se subdividir a questão da pesquisa, para que se possa chegar ao foco da Revisão.

Wallace et al.⁽¹⁸⁴⁾, na RS sobre Redes Seguras para Hipotecas, no Reino Unido, construíram uma linha do tempo em seu estudo na qual eles pontuaram os principais marcos relacionados à política em questão, para uma interpretação mais acurada dos achados da Revisão. Também dispuseram esquematicamente os fatores influenciadores, subdividindo-os em níveis micro, meso e macro⁽¹⁸⁴⁾.

Nem todas as informações relevantes para a análise de contexto, portanto, proverão de Revisões Sistemáticas. Torna-se fundamental, tendo em vista que a política ou intervenção que estiver sendo estudada pode ser influenciada por variações em outras políticas, ou no modelo das intervenções, ou variações políticas e econômicas mais gerais, que essas questões tornem-se fatores-chave para se compreender o movimento do que está sendo analisado. A formulação de questões do tipo: o que estava posto naquele período para esta intervenção? O que afetou ou vem afetando esses resultados?, se apresentam como de grande contribuição à análise.

Greenhalgh et al.⁽¹⁸⁸⁾, realizando uma RS de literatura a respeito da difusão, disseminação e sustentabilidade de inovações na organização e prestação de serviços de saúde, desenvolveram uma nova abordagem, a meta-narrativa. Isso envolveu o mapeamento das diferentes tradições de pesquisa, métodos de classificação de evidências, metodologias de pesquisas preferidas e modelos teóricos que pareceram ser relevantes para a pergunta da pesquisa. O momento de síntese envolveu avaliar as contribuições dessas tradições e as evidências por elas produzidas para responder à pergunta da revisão.

Concordando com Petticrew and Roberts⁽¹⁷⁵⁾ que esta abordagem pode ser de grande valor para responder perguntas de políticas muito complexas para as quais apenas perguntas de efetividade são insuficientes.

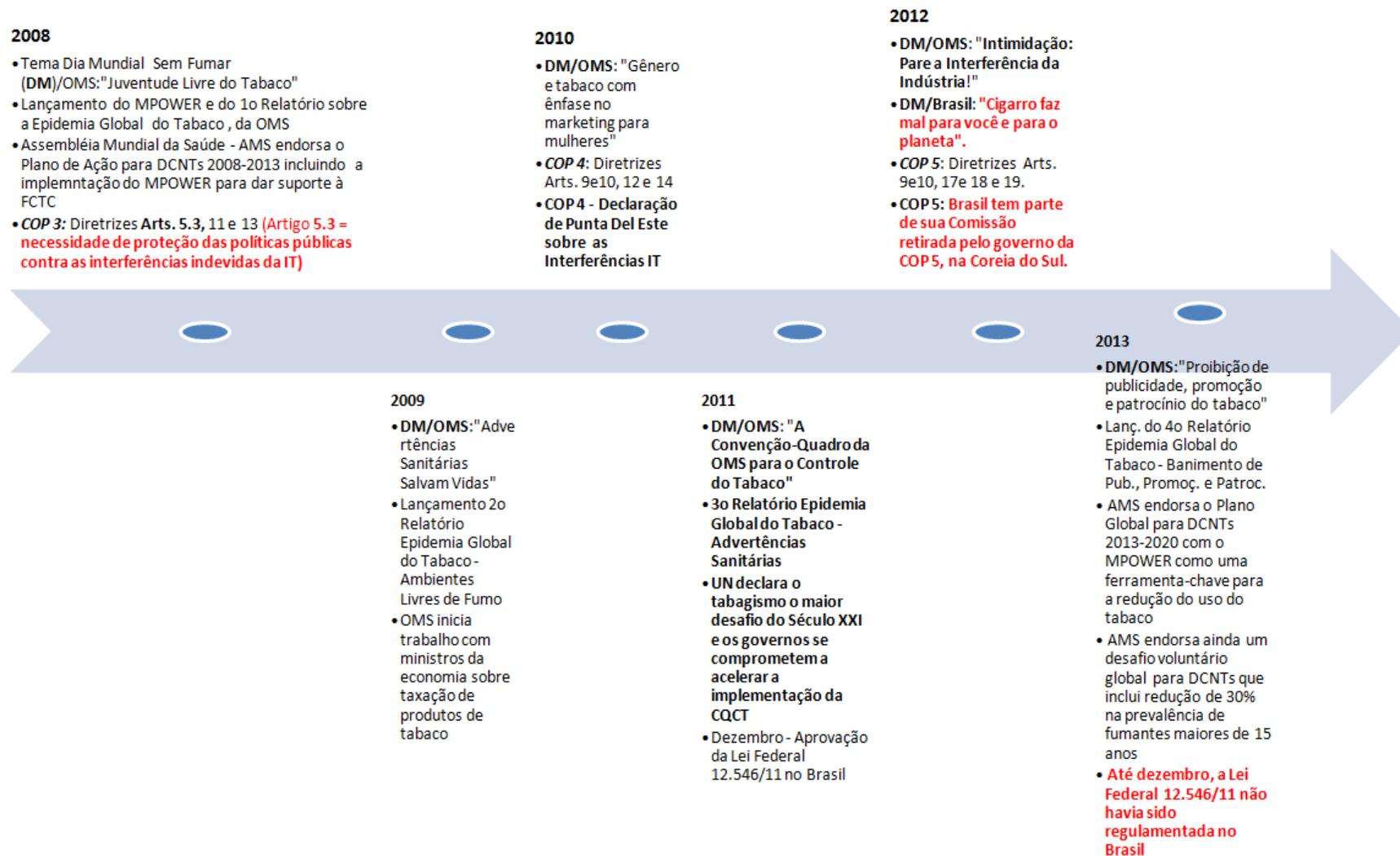
No caso da RS em tela, à medida em que se acessava a literatura, se questionava: o que estava posto naquele período de tempo para o controle do tabagismo? Em que ponto o movimento do desenvolvimento dos temas foram influenciados pelas temáticas apresentadas a cada ano pela OMS para as celebrações do Dia Mundial Sem Fumar – 31 de maio? Ou pelas temáticas/Artigos da CQCT discutidos nas COPs? Analisar “O que era preconizado pelo nível de governança da CQCT” *versus* “O que foi efetivamente

realizado no nível nacional” se mostrou uma necessidade complementar ao estudo. Isso levou à análise dos *sites* das instituições citadas em paralelo à análise das publicações, a fim de identificar pistas – chave para o entendimento do movimento da produção dos textos.

Uma Linha do Tempo, a exemplo do que foi feito por Greenhalgh et al.⁽¹⁸⁸⁾, foi esboçada a fim de contribuir para uma melhor compreensão dos achados da pesquisa em tela.

Foi incluída neste linha do tempo, não apenas as temática do Dia Mundial Sem Fumar de cada ano, como as discussões produzidas a partir das discussões das COPs 3, 4 e 5 (2008, 2010 e 2012, respectivamente), além de lançamentos – chave da OMS e acontecimentos marcantes para o Brasil.

Figura 5 - Linha do tempo eventos-marco controle do tabagismo 2008-2013



Fonte: Do autor.

Os Quadros a seguir apresentam as publicações identificadas, divididas em quatro subgrupos: Não-Governamentais, Acadêmicas, Organismos Multilaterais e Governamentais.

5.1 Não-Governamentais

Quadro 3 - Publicações não-governamentais sobre interferências da indústria do fumo nas políticas públicas para o controle do tabagismo. Brasil, 2008-2013

PUBLICAÇÃO	ANO	AUTORES / INSTITUIÇÃO	LOCAL	TIPO DA PUBLICAÇÃO	TIPO DE INTERFERÊNCIA DA INDÚSTRIA DO FUMO
O Veredicto Final: Trechos do Processo Estados Unidos X Philip Morris	2008	ACTBr; OPAS; Health Bridge/Canada	Brasil Canadá	Brochura	A publicação é resultado da sentença denominada “Decisão Final no processo Estados Unidos X Philip Morris”, em que o Estado americano acusava 11 (onze) fabricantes de cigarros. As interferências da indústria do fumo apresentadas no documento são: a omissão, negação, minimização dos danos do tabagismo para a saúde por parte da indústria do fumo. Além disso, é evidenciado que a indústria do fumo sempre interferiu junto ao Estado e a sociedade civil para deslegitimar estudos científicos que demonstravam a ligação entre tabagismo e doenças.
A Indústria do Tabaco no Poder Judiciário - Pesquisas sobre Ações Judiciais Indenizatórias Promovidas contra a Indústria do Tabaco - Um Retrato da Posição do Poder Judiciário quanto à relação Fumante –	2008	ACTBr	Brasil	Relatório de Pesquisa	A pesquisa analisou as razões pelas quais o Poder Judiciário brasileiro nega a fumantes e seus familiares o direito à indenização. Nesse, verificou-se que as ações do judiciário brasileiro tomam como fundamentos os argumentos da indústria do fumo. Não há menção a interferências diretas da indústria nos processos indenizatórios movidos por fumantes e/ou familiares, mas de que o judiciário brasileiro se utiliza dos estudos e informações produzidas e/ou divulgadas pela indústria do fumo. O que resulta numa cultura jurídica refratária à indenização de

Indústria do Tabaco					fumantes e suas famílias por causa de doenças tabaco-relacionadas.
ITC - International Tobacco Control Policy Evaluation Project/ Projeto Internacional de Avaliação das Políticas de Controle do Tabaco – ITC Brasil – Resumo	2009	University of Waterloo/Canada; INCA/MS; SENAD/MJ; ACTBr	Brasil Canadá	Relatório de Pesquisa	Esta publicação foi mais um dos resultados do Projeto ITC. Esse projeto foi planejado para avaliar o impacto das políticas implementadas da CQCT/OMS. A publicação sintetiza os objetivos e a justificativa de criar um sistema de vigilância e avaliação abrangente das iniciativas de controle do tabaco no Brasil. Nesse sentido, a publicação aponta a necessidade de acompanhar determinadas áreas como advertências sanitárias e descritores das embalagens; legislação sobre ambientes livres do fumo; preços e impostos dos produtos derivados do tabaco; educação e apoio para cessação do tabagismo e propaganda e promoção de produtos fumígenos. Embora aborde questões fundamentais à redução das interferências da indústria, o trabalho não as problematiza.
A Fumicultura e a Convenção-Quadro - Desafios para a Diversificação	2009	DESER	Brasil	Relatório de Pesquisa	O trabalho de pesquisa analisou os significativos desafios à diversificação/substituição de culturas agrícolas nas regiões fumicultoras do país, 96,9% da área plantada de fumo está concentrada no Sul do país. A publicação evidencia a complexidade da situação de exploração do trabalho e escassez de alternativas de produção na região sul do país. Segundo o estudo, as interferências da indústria junto ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), para o favorecimento/financiamento da produção de tabaco, somado ao subfinanciamento do Programa de Apoio à Diversificação nas Áreas de Produção de Fumo do

					Ministério de Desenvolvimento Agrário (MDA), tornam a situação dos trabalhadores rurais envolvidos no plantio de fumo extremamente preocupante, já que os contratos com as multinacionais os levam a semi-escravidão.
A Constitucionalidade da Proibição Total da Publicidade de Cigarros (Projeto Diga Não à Propaganda de Cigarros)	Produzido: 2009 Publicado: 2010	Professor Dr. Virgílio Afonso da Silva p/ ACTBr	São Paulo (Brasil)	Parecer Jurídico	O parecer jurídico é parte da “Campanha pela Ética na Propaganda: Diga Não à Propaganda de Cigarro!”, criada pela ACTBr. A publicação disserta sobre a constitucionalidade da proibição total da publicidade de cigarros, tendo em vista a IT estar contestando judicialmente via uma ADIN – Ação Direta de Inconstitucionalidade, através de grupos de frente
Diga Não à Propaganda de Cigarro	2010	ACTBr	São Paulo (Brasil)	Informativo/ publicação de apoio ao ativismo político	O material é um dos instrumentos de ativismo da “Campanha pela Ética na Propaganda: Diga Não à Propaganda de Cigarro!”. Ele descreve como a indústria do tabaco continua a promover seus produtos em pontos de vendas e eventos privados, apesar da restrição à publicidade nos meios de comunicação de massa existir no país desde o ano 2000. A publicação evidencia a Publicidade no Ponto de Venda – PDV, como uma das principais estratégias da indústria do fumo. As leis relacionadas à Propaganda dos Produtos Derivados do Tabaco são abordadas.
Propaganda de Tabaco nos Pontos de Venda: Uma Revisão Sistemática	2010	Sami A. R. J. El Jundi e Ilana Pinsky	Brasil	Artigo Científico	O artigo analisou a publicidade em ponto de venda (PDV). Para os autores, uma das principais estratégias de mercado da indústria do fumo é a PDV. Para tal, a indústria vem investindo na diversificação e na ocupação de espaços privilegiados nos PDV.

Tabaco: da Produção ao Consumo - uma Cadeia da Dependência	Dezembro 2010	ACTBr/DESER	Curitiba (Brasil)	Relatório de Pesquisa	A publicação aborda desde o histórico do fumo no Brasil e no mundo até a cadeia produtiva mundializada do tabaco. Assim como, as repostas mundiais e locais por meio das políticas e programas da CQCT.
Relatório Paralelo sobre a Implementação da Convenção-Quadro no Brasil - 2010	2010	ACTBr	Brasil	Relatório	Panorama geral brasileiro com relação avanços e entraves na implementação da CQCT com legislação relacionada
Ações Indenizatórias Contra a Indústria do Tabaco: Estudo de Casos e Jurisprudência	2011	Andrea Lazzarini Salazar e Karina Bozola Grou p/ ACTBr	Brasil	Relatório de Pesquisa	O objetivo da pesquisa foi mapear o universo de decisões judiciais proferidas em todo o país nos anos recentes para conhecer as características das ações e das vítimas e analisar o posicionamento do Poder Judiciário. A interferência da indústria junto ao judiciário é apresentada na publicação, como resultante do poder econômico de contratar verdadeiras bancadas de advogados, para desresponsabilizá-la pelos adoecimentos e mortes tabaco-relacionados e custos gerados aos sistemas públicos e privados de saúde e previdência social. É interessante ressaltar que esta publicação dá continuidade ao esforço do estudo: “A Indústria do Tabaco no Poder Judiciário - Pesquisas sobre Ações Judiciais Indenizatórias Promovidas contra a Indústria do Tabaco - Um Retrato da Posição do Poder Judiciário quanto à relação Fumante – Indústria do Tabaco”, de 2008, também subsidiado pela ACTBr e já apresentado nesse estudo. A justificativa para a retomada do tema, apontada no estudo, é de os fundamentos jurídicos utilizados no

					Brasil, ainda são os produzidos e/ou legitimados pela indústria do fumo.
Publicidade de Tabaco no Ponto de Venda	2011	Daniela Pantani/Ilana Pinsky/Anna Monteiro p/ ABEAD - “Projeto Publicidade e Tabaco” – ABEAD/TFK	São Paulo/Brasil	Livro	Visão histórica sobre as estratégias de marketing da indústria do tabaco. Demonstração de evidências sobre a influência da publicidade no ponto de venda – PDV, sob o consumo, iniciação e insucessos na cessação do uso do fumo, principalmente entre adolescentes e jovens.
Saúde Não é Negociável: Sociedade Civil ante as Estratégias da Indústria do Tabaco na América Latina	2012	ACTBr/ FIC (México e Argentina)/CAI (Colômbia)	Argentina México Brasil Colômbia	Relatório de pesquisa	A publicação descreve e explica os processos complexos e as disputas presente na formulação e na implementação das Políticas de Controle do Tabaco nesses 4 países. Os casos analisados expõem concretamente as estratégias das empresas de tabaco para bloquear/burlar as Políticas de Controle do Tabaco e os esforços das organizações da sociedade civil da América Latina para monitorar e contrapor as interferências da indústria do fumo e proteger o direito à saúde
Relatório Institucional ACTBr- 2007-2012	2012	ACTBr	Brasil	Relatório institucional	Relatório Institucional das diversas ações de <i>advocacy</i> e ativismo político da ACTBr de fomento à efetivação da CQCT no Brasil, desenvolvidas entre os anos de 2007 e 2012. A publicação tematiza, em tópico específico, o monitoramento das ações de marketing e as interferências da indústria do fumo junto aos Poderes Legislativo, Judiciário e Executivo. Entre os exemplos de monitoramento das interferências da indústria do fumo no Brasil, a publicação destaca: Propagandas de cigarro no ponto de venda; patrocínio institucional de eventos voltados aos jovens, juristas, mercado publicitário, cultura; uso de

					aditivos nos cigarros; embalagens atraentes para atrair adolescentes e jovens; programas de responsabilidade social; uso de grupos de frente pela indústria; <i>lobby</i> em diversas instâncias do Estado.
A Saúde Não é Negociável - Guia Para Compreender, Monitorar e Conter a Interferência da Indústria do Tabaco nas Políticas Públicas	2012	ACTBr/ FIC (México e Argentina)/CAI (Colômbia)	Brasil Argentina México Colômbia	Brochura	A publicação expõe uma série de medidas para a sociedade civil e agentes do governo monitorarem e conterem interferências das indústrias fumageiras nas políticas públicas.
A Saúde Não é Negociável - Plano de Ação para Contrapor a Interferência da Indústria do Tabaco nas Políticas Públicas - GUIA PRÁTICO	2012	ACTBr/ FIC (México e Argentina)/CAI (Colômbia)	Brasil Argentina México Colômbia	Brochura	A publicação apresenta uma série de justificativas e argumentos éticos e científicos para a sociedade civil aprofundar o monitoramento das interferências da indústria do fumo. Para os autores, a principal interferência da indústria nas políticas públicas é evitar ou retardar o desenvolvimento ou a implementação de qualquer política pública que impacte no consumo de tabaco. Nesse trabalho, o monitoramento e a denúncia das ações da indústria do tabaco são apresentados como essenciais para a promoção de políticas efetivas e para desfazer a imagem da indústria como "socialmente responsável". As organizações da sociedade civil desempenham um papel importante na defesa do direito à saúde. Segundo a publicação, para controlar as implicações sociais e à saúde do consumo de produtos fumígenos, a sociedade civil deve se empoderar, conhecendo as estratégias da indústria do fumo para intervir nas políticas públicas.

<p>A Interferência Indevida da Indústria do Tabaco nas Políticas Públicas da Saúde</p>	<p>2012</p>	<p>ACTBr</p>	<p>Brasil</p>	<p>Informativo e <i>hotsite</i> “Limite Tabaco”</p>	<p>O material aborda a necessidade expressa no Artigo 5.3 da CQCT. Trata da obrigação dos Estados Partes de proteger “as políticas públicas de saúde para o controle do tabaco dos interesses comerciais e outros interesses garantidos para a indústria do tabaco”. Ele expõe um conjunto de princípios e diretrizes adotadas a partir da Conferência das Partes da Convenção-Quadro, em sua terceira sessão (COP3), para orientar os países na implementação do artigo 5.3, cujos quatro princípios norteadores são: 1 - “Estabelecer medidas para limitar as interações com a indústria do tabaco e garantir a transparência das interações que ocorrerem”; 2 - “Rejeitar as parcerias e os acordos não-vinculantes ou não-obrigatórios com a indústria do tabaco”; 3 - “Evitar conflitos de interesse por parte dos representantes oficiais e funcionários do governo”; 4 - “Regular as atividades descritas pela indústria do tabaco como “socialmente responsável”, incluindo, mas não se limitando as atividades descritas como “responsabilidade social corporativa”.</p> <p>O documento é enfático na abordagem das estratégias da indústria do fumo para interferir nas políticas de saúde pública. Ele atualiza esse debate e propõe novas medidas de contenção das interferências da indústria. Mas, assim como outros documentos produzidos por instituições que atuam no controle do tabagismo, ele não aborda como a perda de poder político do Estado nacional frente a internacionalização/liberalização os mercados entre os anos 1990-2000. Observar essa questão parece ser</p>
--	-------------	--------------	---------------	---	---

					fundamental para elaborar propostas mais viáveis/exequíveis e efetivas de controle da indústria do fumo.
Tabaconomics: Como as Grandes Empresas de Tabaco Usam Dados Duvidosos Para Minar as Políticas de Saúde	2012	ACTBr	Brasil	Brochura	O documento aborda como a indústria do fumo se utiliza de dados e análises tendenciosas e falaciosas para minar as políticas públicas de saúde e para criar um temor irreal sobre o impacto econômico e social de regulações que objetivam reduzir o consumo de produtos de tabaco. A publicação expõe diversas estratégia e interferências da indústria do fumo: Contrabando e Falsificação de Cigarro, Negando a Efetividade das Políticas de Controle do Tabagismo, Defendendo Pequenos Negócios de Fumo entre outros. A publicação evidencia que o discurso, puramente ideológico, sobre um possível impacto econômico das restrições à indústria do fumo, continua a ser utilizado pela indústria do fumo no Brasil e no mundo.
Saúde Não é Negociável - a Sociedade Civil ante as Estratégias da Indústria do Tabaco na América Latina. Casos de Estudo 2010-2012	2012	ACTBr/ FIC (México e Argentina)/CAI (Colômbia)	Argentina México Brasil Colômbia	Relatório de estudos de Caso	O relatório explica os processos e as disputas presentes na discussão e na implementação das políticas de controle do tabagismo. Os casos relatados expõem as estratégias das empresas de tabaco para bloquear as políticas de controle do tabagismo e os esforços das organizações da sociedade civil da América Latina para monitorar e contrapor essas estratégias e proteger o direito à saúde
A Indústria do Tabaco se Apresenta como Aberta ao Diálogo, Transparente,	2013	ACTBr/ FIC (México e Argentina)/CAI (Colômbia)	Argentina México	Relatório de estudos de caso	A Indústria do Tabaco se Apresenta como Aberta ao Diálogo, Transparente, Razoável, Colaboradora, Responsável. Mas Seu Objetivo é Vender o Único Produto Legal que Mata a Cada Ano Mais de

Razoável, Colaboradora, Responsável - Mas Seu Objetivou é Vender o Único Produto Legal que Mata a Cada Ano Mais de 5.000.000 de Pessoas em Todo o Mundo			Brasil Colômbia		5.000.000 de Pessoas em Todo o Mundo
ITC - International Tobacco Control Policy Evaluation Project / Projeto Internacional de Avaliação das Políticas de Controle do Tabaco – Relatório da Pesquisa ITC Brasil sobre Publicidade, Promoção e Patrocínio de Tabaco – Resultados das Ondas 1 e 2 da Pesquisa (2009-2013)	2013	University of Waterloo/Canada; INCA/MS; SENAD/MJ; Fundação do Câncer; ACTBr; CETAB/FIOCRUZ	Brasil Canadá	Relatório de Pesquisa	Este relatório descreve o impacto das políticas de controle do tabaco implementadas no Brasil, relativas ao Artigo 13 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), que obriga os Estados Partes a implementarem uma proibição abrangente da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco. O documento evidencia como as interferências da indústria vem se sustentando “nas lacunas das legislações nacionais” relacionadas à publicidade e propaganda de produtos fumígenos. E que a solução pra a expansão da demanda mundial por cigarro, é a proibição total da publicidade e propaganda.
Parecer Jurídico sobre a Resolução da Diretoria Colegiada 14/2012 da ANVISA de proibição dos	Out. 2013	Luís Renato Vedovato p/ ACTBr	São Paulo/Brasil	Parecer Jurídico	Análise da competência da ANVISA para concretizar a regulação interna do controle do tabagismo no Brasil com base nas determinações do direito internacional, tendo em vista a interferência da indústria do fumo em impetrar uma ADIN, a de n.

aditivos nos produtos de tabaco					4874, via CNI.
Exame da Constitucionalidade da Resolução da Diretoria Colegiada 14, de 2012, Expedida pela ANVISA	2013	José Augusto Delgado p/ ACTBr	Brasília (Brasil)	Parecer Jurídico	A publicação aborda a proposta de retirada, no mercado brasileiro, por dois anos, dos cigarros com sabor. A meta apresentada no estudo era a redução da iniciação de novos fumantes, já que esses aditivos têm como objetivo principal tornar os produtos derivados do tabaco mais atrativos para crianças e adolescentes. A publicação abordou várias estratégias da indústria relativas aos aditivos dos cigarros, para atribuir sabor e outras sensações/percepções do produto.
Não Seja Cúmplice da Indústria do Tabaco - Aceitar Doações ou Parcerias Ajuda a Vender Mais Cigarros		ACTBr/ Health Bridge/ Government of Canada	Brasil Canadá	Informativo	A publicação aborda criticamente a responsabilidade social da indústria do fumo realizada por meio de doações, patrocínios e parceria. A filantropia corporativa da indústria do fumo é significada como uma estratégia de melhoria da imagem empresarial. Segundo o trabalho, a cidadania corporativa da indústria auxilia na construção da legitimidade social, distrai legisladores e organizações da sociedade civil sobre os problemas sociais e de saúde ocasionados pelo tabagismo
Projeto Diretrizes - Evidências Científicas Sobre Tabagismo para Subsídio ao Poder Judiciário	2013	AMB/INCA/MS/ACTBr	Brasil	Livro	Diante do evidente tendência do judiciário brasileiro se fundamentar nos argumentos e evidências produzidas e/ou adotadas pela indústria do fumo, a publicação pretende fornecer argumentos e evidências científicos ao Judiciário sobre os impactos do tabagismo e do tabagismo passivo à saúde humana, produzidos a partir da perspectiva da defesa da saúde individual e coletiva. A interferência da indústria do fumo, apontada no estudo, é a produção

					e difusão de informações fraudulentas e/ou enviesadas pela indústria do fumo.
<p>Tabaco - Pela Valorização do Trabalho, da Saúde e da Vida - Tabaco no Brasil: consumo em queda, produção em alta!</p>	2013	DESER	Brasil	Relatório de Pesquisa	<p>A publicação questiona o argumento da indústria do fumo no Brasil de que as restrições ao consumo de produtos fumígenos oriundas da implantação da CQCT impactam na produção de fumo, já que o Brasil continua a ser o segundo maior produtor e o primeiro exportador mundial de fumo e, possivelmente, teria perdas econômicas na produção. Com base em evidências científicas, o estudo conclui que mesmo com a redução de 20% do consumo de derivados do tabaco no Brasil, observada nos últimos 6 (seis) anos, a produção de tabaco no país obteve o maior recorde histórico. Em 2011, o Brasil foi responsável por 12,9% da produção mundial de fumo. Além disso, o estudo evidencia que mesmo com o aumento da produção, a indústria vem reduzindo o número de trabalhadores, empregados na produção, como resultado da modernização/inação dos meios de produção, mesmo com a expansão das áreas de cultivo, observada entre 1980-2013. Dessa forma, pode-se concluir que o crescimento do desemprego entre produtores de fumo é resultado de mudanças nos meios de produção conduzidas pela própria indústria, não sendo resultantes das medidas de contenção de demanda ou diversificação de culturas agrícolas defendidas pela CQCT. A indústria vem obstaculizando a efetivação da CQCT no Brasil utilizando-se do discurso sobre o impacto econômico e o desemprego gerados pelas políticas de controle do tabaco, argumento que o estudo questiona com</p>

várias evidências.

Fonte: Do autor.

5.2 Acadêmicas

Quadro 4 - Publicações acadêmicas sobre interferências da indústria do fumo nas políticas públicas para o controle do tabagismo. Brasil, 2008-2013

PUBLICAÇÃO	ANO	AUTORES / INSTITUIÇÃO	LOCAL	TIPO DA PUBLICAÇÃO	TIPO DE INTERFERÊNCIA DA INDÚSTRIA DO FUMO
Relações Internacionais e Convenção-Quadro de Controle do Tabaco: O Papel da Sociedade Civil Organizada	2008	Diego Natal/ Universidade do Vale Itajaí – UNIVALI	Santa Catarina (Brasil)	TCC - Relações Internacionais em formato	O trabalho buscou introduzir na área de conhecimento: relações internacionais, o tema do controle do tabagismo. O autor procedeu uma análise documental sobre o tema e evidenciou a estruturação de uma rede de organizações da sociedade civil, protagonizadas pela ACTBr, para fomento da CQCT. A problematização acerca das interferências da indústria são transversais ao estudo e consideradas inerentes ao conflito inerente entre busca de lucro da indústria e os interesses da saúde pública. O autor pontua de produção e distribuição de informações fraudulentas pela indústria do fumo.
O Brasil Adverte: Fumar é Prejudicial à Saúde - Análise do Processo de Ratificação da Convenção – Quadro para o Controle do Tabaco	2008	Marcela Pompeu de Souza	Instituto Rio Branco Brasília (Brasil)	Dissertação – Mestrado em Diplomacia	A dissertação abordou o contexto e o processo decisório em torno e a ratificação da CQCT. A autora aponta a interferência da indústria do fumo ao discutir a dicotomia “cigarro que mata” X “fumo que alimenta”. Ela ressalta que, no intuito de obstaculizar a ratificação da CQCT, a indústria propagou o discurso de significativos impactos econômicos ao país

					ocasionáveis pela ratificação da CQCT, mesmo com as diversas garantias do Estado brasileiro de não proibição da fumicultura e do Programa Nacional de Apoio aos Fumicultores.
Estratégias de Promoção da Saúde para o Controle do Tabagismo: As Contribuições do Serviço Social	2009	Evandro Alves Barbosa Filho/ Universidade Federal de Pernambuco Departamento de Serviço Social	Pernambuco (Brasil)	TCC – Serviço Social	O estudo abordou as estratégias de promoção da saúde utilizadas para o controle do tabagismo, a partir da análise da experiência da Coordenação de Controle do Tabagismo do Recife. O tcc só problematiza as interferências da indústria ao discutir como essas são estratégicas à expansão da demanda de produtos fumígenos e a obstaculização da CQCT.
A Responsabilidade Civil das Indústrias Fumígenas em Razão dos Danos Causados aos Fumantes: Uma Análise à Luz do Código de Defesa do Consumidor	2009	Fundação Educacional Jayme de Altavila – FEJAL Centro Universitário CESMAC Rodolfo Menezes Lopes de Barros; Rodrigo Medeiros de Barros	Alagoas (Brasil)	TCC – Ciências Jurídicas	Segundo os autores, a responsabilidade civil das empresas fumígenas pelos danos causados aos consumidores de cigarro é um dos temas mais controversos da atualidade jurídica. Os autores sinalizam a subsunção do judiciário brasileiro aos argumentos da indústria do fumo e o poder político e econômico das fumageiras.
O Controle da Publicidade de Tabaco no Brasil como Proteção ao Consumidor	2009	Fabíola de Oliveira Ferreira Centro Universitário de Brasília – UNICEUB	Brasília Brasil	TCC - Direito	O trabalho defende a hipótese de que as estratégias de publicidade da indústria do fumo são as principais causas da falta de informação do tabagismo como questão de saúde pública. Nesse sentido, o objetivo do estudo foi verificar a legitimidade, a constitucionalidade e a adequação das restrições à publicidade do produto impostas pela Lei n.º 9.294/96, diante dos riscos e danos à saúde individual e coletiva causados pelo tabagismo. Nesse estudo, a autora defende que a necessidade de publicidade abusiva das fumageiras é a causa de interferência destas empresas na efetivação da regulação necessária da

					publicidade e propagando de produtos fumígenos.
Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: Perspectivas da Fumicultura na Região Sul do Brasil	2009	Michael Zimmermann Universidade do Vale Itajaí – UNIVALI	Santa Catarina (Brasil)	Dissertação - Mestrado em Gestão em Políticas Públicas	O trabalho abordou a implementação da CQCT na região Sul do país, responsável por 96,9% da produção nacional de tabaco. Além de atores do Estado e da Sociedade Civil envolvidos na ratificação da CQCT, o estudo inovou por trazer a perspectiva da indústria para a análise do processo. O autor evidencia que, diante do poder político das interferências da indústria no Sul do Brasil, a CQCT vem sendo implementada de maneira tímida nessa região do país. Para ele, a CQCT na região não ameaça a estabilidade da indústria por não promover a substituição do plantio e produção de fumo e o desenvolvimento sustentável.
O Instituto Nacional do Câncer e o Controle do Tabagismo: uma Análise da Gestão Federal do Tratamento do Tabagismo no SUS.	2009	Cleide Regina da Silva Carvalho/ Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)	Rio de Janeiro (Brasil)	Dissertação - Saúde Pública	A dissertação analisa o modelo de gestão federal do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) brasileiro, focalizando o tratamento do tabagismo na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo da autora foi o de realizar um diagnóstico da situação da gestão federal da estratégia de tratamento do tabagismo, visando identificar nós críticos e propor melhorias no processo de implementação do tratamento do tabagismo no SUS. Ao caracterizar o tabagismo como questão de saúde pública, na primeira parte do trabalho, a autora evidencia as estratégias de lobby político e econômico da indústria do fumo, reconhecendo que as interferências desta são os principais obstáculos à efetivação do PNCT.
Controle Jurídico do Tabagismo na Perspectiva dos Direitos Fundamentais	2010	Dr. Fernando Gama de Miranda Netto (Doutor em Direito)/ Universidade	Rio de Janeiro/Brazil Alemanha	Monografia Direito (1o lugar, categoria profissional, do 1o Concurso	O estudo problematizou o contexto brasileiro a partir da perspectiva do Direito, enquanto área de produção de conhecimento. Ele analisa o fato de que mesmo sendo um dos países com uma das mais avançadas legislação de controle do tabagismo e com amplo reconhecimento das implicações do tabagismo à saúde das pessoas, o judiciário brasileiro ainda é

		Federal Fluminense – UFF/ Deutsche Hochschule fur Verwaltungswissenschaften/ Max-Planck-Institut (Heidelberg) com a bolsa CAPES/ DAAD		Nacional de Monografias sobre Direitos Humanos e Controle do Tabaco, promovido pela ACT e BRASILCON)	majoritariamente contrário às ações indenizatórias de fumantes e/ou suas famílias. Corroborando com outros estudos sobre a abordagem do judiciário brasileiro sobre a questão do tabagismo, o trabalho evidencia que esse Poder se apropria e legitima os argumentos favoráveis à indústria do fumo
Políticas Públicas de Controle do Tabaco e Direitos Humanos: A Falácia de Plena Liberdade na Manifestação da Vontade do Consumidor de Tabaco	2010	Eric Baracho Dove Fernandes/ Universidade Federal Fluminense - UFF	Rio de Janeiro Brasil	TCC – Direito (1o lugar, categoria estudante, do 1o Concurso Nacional de Monografias sobre Direitos Humanos e Controle do Tabaco, promovido pela ACT e BRASILCON)	Esse estudo analisa a Legislação relacionada à restrição/regulação da publicidade e propaganda do Tabaco em seu conflito com os argumentos da indústria do fumo de uma suposta plena liberdade de expressão e direito do consumidor
Impasses e Estratégias: Convenção-Quadro e Controle de Tabagismo no Brasil	2010	Thiago Alves Jaques Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz	Rio de Janeiro Brasil	Dissertação de Mestrado - Casa de Oswaldo Cruz – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da	A dissertação aponta a disputa entre grupos ligados à saúde e os produtores de tabaco, defendendo a ratificação do tratado de um lado, e contrários à sua aprovação de outro, afirmando que só haveria perdas para a IT, a grande interessada na não regulação do setor, e que se utiliza de grupos de frente para a defesa de seus interesses comerciais. As discussões entre os dois grupos durante o processo de ratificação da CQCT, apontam que o

				Saúde	embate foi provocado devido à falsa ideia disseminada pela IT entre os fumicultores de que a Convenção-Quadro provocaria perdas econômicas para os mesmos.
Análise das Políticas Antitabagistas no Brasil	2011	Eduardo Fernandes de Magalhães Pimenta	Brasília (Brasil)	TCC – Ciências Econômicas	Mercado do Tabaco (impostos, advertências nos Rótulos, Propagandas, Restrição de Fumar em Locais Coletivos, Políticas Governamentais no Combate ao Fumo - Lado da Oferta), Análise Corporativa (Brasil em Relação a outros Países)
“Enfrentamento no Controle do Tabagismo no Brasil: O Papel das Audiências Públicas no Senado Federal na Ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (2004/2005)”	2011	Erica Cavalcanti Rangel/ Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)	Rio de Janeiro (Brasil)	Dissertação – Saúde Pública	O estudo descreveu e analisou a importância das audiências públicas na institucionalização do “Programa de Apoio à Diversificação Produtiva nas Áreas Cultivadas com Fumo”. As interferências da indústria se manifestaram nas audiências analisadas. Nestes momentos, a pesquisadora identificou que os políticos, representantes das áreas produtoras de tabaco, se posicionam contrários à substituição do fumo, alegando possíveis perdas econômicas e desemprego e oposição à implementação da CQCT. Postura que também foi observada entre alguns secretários estaduais e municipais de saúde. O que evidencia que os discursos/argumentos da indústria do fumo colonizam também estes espaços decisórios.
Tabagismo: Um Problema à Saúde Econômica da Sociedade	2012	Fernanda Nadir Silvano/ Universidade de Santa Catarina	Santa Catarina (Brasil)	TCC – Economia e Relações Internacionais	Causas e Consequências do Tabagismo para a Parcela da Sociedade Brasileira que Cultiva e Produz Fumo, e para a outra de dependentes do fumo.
A Interferência da Indústria do Tabaco na Aprovação de Lei Federal N. 12.546 de 2011 para Ambientes Livres do Fumo	2012	Guilherme Eidt Gonçalves de Almeida	Brasília (Brasil)	TCC – Saúde Coletiva	A Interferência da Indústria do Tabaco na Aprovação da Lei Federal N. 12.546 de 2011 para Ambientes Livres do Fumo
A Indústria do Tabaco <i>Versus</i> Saúde Pública	2013	Thiago de Siqueira Arraes	Brasília (Brasil)	TCC – Direito	Como a Indústria do Tabaco Interfere na Saúde Pública

Análise da Interferência da Indústria do Tabaco na Implementação das Advertências Sanitárias nos Derivados de Tabaco no Brasil	2013	Cristina de Abreu Perez/Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ	Rio de Janeiro (Brasil)	Dissertação de Mestrado em Política e Gestão da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	O intento do estudo foi analisar a relação entre a adoção de uma medida reguladora pelo Governo do Brasil, com forte impacto na população, a das advertências sanitárias nos maços de cigarro, e a reação de grupos de interesse. O estudo foi baseado em teorias das políticas sócias e concluiu que existiu interferências da indústria fumageira como grupo de interesse, 2e de pressão contrário à efetivação das advertências sanitárias no Brasil.
--	------	---	-------------------------	---	--

Fonte: Do autor.

5.3 Organismos multilaterais

Quadro 5 - Publicações de organismos multilaterais sobre interferências da indústria do fumo nas políticas públicas para o controle do tabagismo. Brasil, 2008-2013

PUBLICAÇÃO	ANO	AUTORES / INSTITUIÇÃO	LOCAL	TIPO DA PUBLICAÇÃO	TIPO DE INTERFERÊNCIA DA IT
MPOWER - Um Plano de Medidas para Reverter a Epidemia de Tabagismo	2008	OMS/ OPAS	Brasil	Livro	“O controle de tabagismo requer um firme compromisso político e uma firme participação da sociedade civil.” Este documento pretende servir de referência aos <i>stakeholders</i> dos vários países, para ajudá-los a colocar em prática as 06 medidas de políticas de controle do tabaco consideradas prioritárias, a fim do alcance mais rápido da contenção da epidemia tabágica. Contribui para o planejamento, estabelecimento e avaliações de parcerias nacionais e internacionais e, ao mesmo tempo, facilitar ao acesso a recursos financeiros destinados a atividades no controle do tabaco. O plano tem quatro seções: Visão do controle de

					tabaco do MPOWER; Pacote de Políticas e Intervenções MPOWER; Vigilância, monitoramento e avaliação do MPOWER; MPOWER e os programas nacionais de controle do tabaco”
RESPIRE à VONTADE- Ambiente 100% Livre do Tabaco	2008	OPAS	Brasil	Brochura	Justificativa e orientações para criação de Ambientes 100% Livres de Fumo, abordando os riscos para os fumantes passivos e desfazendo os mitos criados pela indústria da possibilidade de convivência em harmonia entre fumantes e não-fumantes em um mesmo ambiente
O Veredicto Final: Trechos do Processo Estados Unidos X Philip Morris	2008	ACTBr/ OPAS/ Health Bridge / Canadá	Brasil Canadá	Livro	A publicação é resultado da sentença denominada “Decisão Final no processo Estados Unidos X Philip Morris”, em que o Estado americano acusava 11 (onze) fabricantes de cigarros. As interferências da indústria do fumo apresentadas no documento são: a omissão, negação, minimização dos danos do tabagismo para a saúde por parte da indústria do fumo. Além disso, é evidenciado que a indústria do fumo sempre interferiu junto ao Estado e a sociedade civil para deslegitimar estudos científicos que demonstravam a ligação entre tabagismo e doenças.
Dia Mundial Sem Tabaco 2008 - Juventude Livre do Tabaco	2008	OMS/ OPAS	Brasil	Informativo (Disponibiliza <i>links</i> relacionados e para material de apoio)	Alerta para as estratégias da indústria do fumo para este público-alvo.
Dia Mundial Sem Tabaco 2009 - Mostre a Verdade. Advertências Sanitárias Salvam Vidas	2009	OMS/ OPAS	Brasil	Informativo (Disponibiliza <i>links</i> relacionados e para material de apoio)	Alerta para as estratégias da indústria do fumo vinculadas à publicidade e a necessidade de exibir a verdade a respeito dos riscos dos produtos derivados do tabaco.

Dia Mundial Sem Tabaco 2010 – Mulher, você merece algo melhor que o cigarro!	2010	OMS/ OPAS	Brasil	Informativo (Disponibiliza <i>links</i> relacionados e para material de apoio)	Estratégias da IT para a Mulher. Tabagismo Passivo em Mulher, Impacto do Tabagismo na Saúde da Mulher, Epidemia do Tabagismo em Jovens e Mulheres.
Relatório Paralelo sobre a Implementação da Convenção-Quadro no Brasil - 2010	2010	ACTBr	Brasil	Relatório	Panorama geral brasileiro com relação avanços e entraves na implementação da CQCT com legislação relacionada
Estudo de Caso - São Paulo Respira Melhor: adoção de ambientes fechados livres do tabaco no maior estado brasileiro.	2010	OPAS	Brasil	Livro	Primeiro de uma série de publicações da OPAS sobre o processo de implantação de Ambientes Livres de Fumo em municípios e estados do Brasil, descreve a evolução das políticas públicas adotadas para a criação e manutenção de ambientes fechados livres do tabaco no estado mais populoso do Brasil, possuidor da maior produção econômica e considerado o mais rico do país, além da cidade de São Paulo, sua capital, ser a 6ª maior do planeta. Aponta, dentre as interferências da IT, o fato de contestar judicialmente a legislação paulista. “A lei estadual paulista vem sendo questionada judicialmente, a despeito do mérito da matéria, fundamentada em consenso científico, com amplo apoio popular e excelente adesão dos estabelecimentos. Evidente que não se trata apenas de julgar a constitucionalidade da lei estadual, interesses comerciais e políticos permeiam também esta discussão. A justiça brasileira tem agora o desafio e a oportunidade de mostrar ao país e ao mundo o que priorizará em sua decisão”.
Estudo de Caso - Recife Respira Melhor: a implantação de ambientes livres de fumo	2010	OPAS	Brasil	Livro	“O município de Recife está entre os estados e municípios do Brasil que decidiram não esperar pela mudança da Lei Federal nº 9.294/96 – que não adota medidas amplas de proteção à saúde em relação ao

					<p>tabagismo passivo – e desenvolveram políticas próprias para implantação de ambientes livres de fumo de forma descentralizada e banindo os espaços reservados para fumar em recintos coletivos, ainda permitidos pela legislação federal. O grande diferencial do programa adotado na capital pernambucana foi a estratégia de promover a interpretação da Lei Federal de acordo com os objetivos de saúde pública, se opondo às interpretações de grupos que defendem interesses comerciais próprios e de terceiros – uma reconhecida estratégia da indústria do tabaco para fragilizar as medidas que contribuem para a redução da aceitação social do fumo e do número de fumantes. Sob uma ótica mais ampla, a verdade é que as legislações estaduais e municipais que vêm sendo criadas, somadas às iniciativas de trabalhar a legislação federal vigente, demonstram às mais altas esferas do poder público da União a vontade da população brasileira e dos representantes dos governos estaduais e municipais de ver a medida aplicada e executada em todo o território nacional. A união dos esforços aliada ao planejamento estratégico das ações mostram que o capital humano vale mais que o capital financeiro – uma lição a ser disseminada e aprendida entre outros países que podem e devem acreditar que são capazes de colocar a saúde da população acima dos interesses econômicos de alguns segmentos da sociedade capitalista atual”.</p>
Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco	2011	OMS/ OPAS	Brasil	Informativo	<p>Informa sobre a importância da CQCT para a contenção da epidemia tabágica, desfazendo mitos plantados pela indústria para minimizar ações de regulação</p>
Dia Mundial Sem Tabaco 2011 enaltecerá a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco	2011	OMS/ OPAS	Brasil	Informativo (Disponibiliza <i>links</i> relacionados e	<p>Informa sobre o Tema do Dia Mundial Sem Tabaco de 2011: "Convenção-Quadro para Controle do Tabaco", e sua importância para a contenção da epidemia tabágica, com situação atual de implantação.</p>

				para material de apoio, além de um <i>hotsite</i> sobre o tema)	
Estudo de Caso - A experiência de Porto Alegre na criação de ambientes coletivos livres de tabaco.	2011	OPAS	Brasil	Livro	O 3º livro da série de estudos de caso da OPAS que “busca documentar as diversas iniciativas governamentais para proteger as pessoas que não fumam da exposição à fumaça de produtos de tabaco, inclusive os trabalhadores”. “Os custos do tabaco têm sido cada vez mais estudados nas economias nacionais. Os gestores públicos e a população em geral estão percebendo com maior facilidade que os benefícios econômicos proclamados pela indústria do tabaco não são reais. Os estudos que confrontam os gastos com o tratamento dos pacientes acometidos pelas doenças causadas pelos produtos do tabaco, as perdas produtivas ocasionadas pela morte das pessoas que fumam ou que convivem com fumantes e os recursos financeiros gerados pela produção de tabaco, descortinam uma realidade perversa, que aponta para a insuficiência dos recursos financeiros gerados por essa indústria, até para cobrir os custos relacionados à atenção hospitalar das pessoas atingidas por doenças tabaco-relacionadas nos sistemas de saúde locais. Assim, governantes e governados têm visualizado a diminuição da produção e do consumo do tabaco como um importante componente econômico, capaz também de influenciar favoravelmente a economia nacional, além de preservar a saúde dos seus indivíduos. Esta realidade está refletida no aumento do número de países que aprovam leis para aumentar impostos sobre o tabaco, proíbem a promoção de produtos de tabaco, exigem a utilização de advertências relativas à saúde das pessoas em embalagens dos produtos e criam espaços livres de fumo em locais públicos. O tabaco é um sério inimigo, cujo combate deve

					ser realizado com ações concretas, baseadas em informações qualificadas. Desta forma, estamos mais preparados para repelir a agressiva estratégia da indústria e avançar cada vez mais, reduzindo as mortes causadas pelas doenças tabaco—relacionadas”.
Dia Mundial Sem Tabaco 2012 - A Interferência da Indústria do Tabaco	2012	OMS/ OPAS	Brasil	Informativo (Disponibiliza <i>links</i> relacionados e para material de apoio)	Descreve as principais estratégias da indústria e alerta para a necessidade de adoção de medidas urgentes para sua contenção. Ressalta e denuncia a utilização de aliados como grupos de frente para defesa dos interesses da IT.
Recursos Técnicos para a Implementação da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco – Artigo 5.3 - “Proteção das políticas públicas de saúde em relação ao controle de tabagismo dos interesses comerciais da indústria do tabaco”	2012	Vera Luiza da Costa e Silva; Stella Aguinaga Bialous/ Tobacco-Free Initiative/OMS	Brasil (Versão brasileira traduzida pela ACT)	Brochura	Contém as diversas interferências da indústria e estratégias de enfrentamento
Respira Brasil: as Legislações de Ambientes Livres de Fumo das Cinco Regiões do Brasil.	2012	OPAS/INCA	Brasil	Livro	“Um diagnóstico situacional e comparativo da legislação nacional e estadual sobre os ambientes fechados livres de fumo”, bem como descreve algumas iniciativas municipais sobre o tema. “Foram utilizadas ferramentas da avaliação qualitativa para analisar os fundamentos, os atores envolvidos e os contextos aonde as leis sobre ambientes livres de tabaco vêm sendo propostas, discutidas, votadas, rejeitadas e/ou aprovadas. O estudo procurou identificar as estratégias e ações da IT na proposição, tramitação e aprovação das leis. Essa análise qualitativa buscou evidenciar as boas e más práticas, apontando

					as barreiras e os desafios a serem superados em nível federal e estadual, pela tramitação do Projeto de Lei do Senado – PLS nº 315/08, substitutivo da Lei nº 9.294/96, que busca adequá-la às melhores práticas e evidências científicas de proteção da saúde da população”.
Dia Mundial Sem Tabaco 2013 Convoca Esforço pela Proibição da Publicidade, Promoção e Patrocínio dos Produtos de Tabaco	2013	OMS/ OPAS	Brasil	Informativo (Disponibiliza <i>links</i> relacionados e para material de apoio)	Aborda a Convenção – Quadro, e ressalta a necessidade da proibição do marketing das indústrias do fumo, expondo suas intenções mercadológicas.

Fonte: Do autor.

5.4 Governamentais

Quadro 6 - Publicações governamentais sobre interferências da indústria do fumo nas políticas públicas para o controle do tabagismo. Brasil, 2008-2013

PUBLICAÇÃO	ANO	AUTORES / INSTITUIÇÃO	LOCAL	TIPO DA PUBLICAÇÃO	TIPO DE INTERFERÊNCIA DA IT
Juventude Livre do Tabaco (Dia Mundial Sem Tabaco - 2008)	31/5/2008	INCA/MS; SENAD/MJ; Ministério da Educação	Brasil	Manual de Orientação	Estratégias para Prevenção do Tabagismo entre Crianças e Adolescentes em contraposição às estratégias da IT para este público-alvo

Ambientes 100% Livres um Direito de Todos (Dia Nacional de Combate ao Fumo-2008)	29/8/2008	INCA/MS	Brasil	Manual de Orientação	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: como contradizer os mitos da indústria do tabaco; razões para a implementação de ambientes livres da fumaça do tabaco, Legislação sobre o tema, outros.
Mostre a Verdade. Advertências Sanitárias Salvam Vidas (Dia Mundial Sem Tabaco - 2009)	31/5/2009	INCA/MS; SENAD/MJ; Ministério da Educação	Brasil	Informativo	Mostra a importância de exibir a verdade a respeito dos riscos dos produtos tabágicos, em contraposição às propagandas atrativas da IT mascaram o perigo do uso dos produtos
Brasil – Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco (Dia Mundial Sem Tabaco - 2009)	2009	INCA/MS	Brasil	Livro	Advertência Sanitária - Uma Inovação no Controle de Tabagismo para se contrapor ao marketing da IT; Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco - Interferência da IT no processo de implementação.
“Quem Não Fuma Não é Obrigado a Fumar” (Dia Nacional de Combate ao Fumo - 2009)	29/8/2009	INCA/MS	Brasil	Manual de Orientação	Fumantes Passivos (temas diversos), Iniciativas Nacionais para obter Ambiente Livre do Fumo, Tabagismo: Uma Epidemia Resultante de Estratégia de Mercado
ITC - International Tobacco Control Policy Evaluation Project Projeto Internacional de Avaliação das Políticas de Controle do Tabaco	2009	University of Waterloo/Canada; INCA/MS; SENAD/MJ; ACTBr	Canadá Brasil	Relatório de Pesquisa	A publicação é mais um dos resultados do Projeto ITC. Esse projeto foi planejado para avaliar o impacto das políticas implementadas da CQCT/OMS. A publicação sintetiza os objetivos e a justificativa de criar um sistema de vigilância e avaliação abrangente das iniciativas de controle do tabaco no Brasil. Nesse sentido, a publicação aponta a necessidade de acompanhar determinadas áreas como advertências sanitárias e descritores das embalagens; legislação sobre ambientes livres do fumo; preços e impostos dos produtos derivados do tabaco; educação e apoio para

					cessação do tabagismo e propaganda e promoção de produtos fumígenos. Embora aborde questões fundamentais à redução das interferências da indústria, o trabalho não as problematiza.
A ANVISA na Redução da Exposição Involuntária à Fumaça do Tabaco	2009	ANVISA/ MS	Brasil	Brochura	Aborda diversos temas sobre o tabagismo, entre eles a Convenção –Quadro para o Controle do Tabaco, e a necessidade de se contrapor ao Posicionamento da IT e seu projeto para o setor de hospitalidade – “Convivência em Harmonia”, contrário à proibição do uso do tabaco em locais públicos fechados. Competência da ANVISA e suas ações, riscos para os Fumantes Passivos...
Mulher, Você Merece Algo Melhor que o Cigarro! (Dia Mundial Sem Tabaco - 2010)	31/5/2010	INCA/MS	Brasil	Manual de Orientação	Estratégias da Indústria para a Mulher. Tabagismo Passivo em Mulher, Impacto do Tabagismo na Saúde da Mulher, Epidemia do Tabagismo em Jovens e Mulheres
Aditivos em Cigarro	2011	INCA/MS/CONICQ	Rio de Janeiro (Brasil)	Nota Técnica	A publicação faz parte da série de Notas Técnicas da CONICQ abordando diversos assuntos relacionados aos artigos da CQCT. Esta explica todas as questões envolvidas na utilização dos aditivos como estratégia da IT para atrair crianças e adolescentes para iniciação
Três Maneiras de Salvar Vidas – Conheça a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (Dia Mundial Sem Tabaco – 2011)	31/05/2011	INCA/MS	Brasil	Informativo	Aborda a CQCT, problematizando as estratégias da IT para comercialização de seus produtos em todo o mundo, a partir do tema da OMS para o Dia. O INCA, também coloca em pauta o quanto o Brasil avançou, e no quanto ainda precisa avançar , relativo à implementação da CQCT

Rio + 20: Saúde e Tabagismo-	2012	INCA/MS/CONICQ	Rio de Janeiro (Brasil)	Nota Técnica	Nota Técnica abordando os assuntos relacionados ao tabagismo e meio ambiente, fumicultura, saúde pública e CQCT para enfrentamento das estratégias da IT nestes campos
Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco – Tabagismo: Impacto Socioambiental da Produção ao Consumo dos Produtos do Tabaco	08/05/2012	INCA/MS/CONICQ	Brasil	Brochura	Aborda a implementação da convenção- quadro/ fala de como o tabaco se alastra de forma prejudicial em todas as suas formas, desde sua produção, ao seu consumo, desmistificando argumentos da IT.
Fumar: Faz Mal Pra você, Faz Mal Para o Planeta. (Dia Mundial Sem Fumar – 2012)	31/05/2012	INCA/MS	Brasil	Manual de Orientação e <i>hotsite</i>	Aborda as formas diversas de como o tabaco se torna um problema individual para o fumante, e vai se tornando um problema ambiental
Fumar: Faz Mal Pra você, Faz Mal Para o Planeta - Cigarro Não Combina Com a Saúde do Planeta. E Nem Com a Sua. (Dia Nacional de Combate ao Fumo - 2012)	29/8/2012	INCA/MS	Brasil	Informativo	Aborda as formas diversas de como o tabaco se torna um problema individual para o fumante, e vai se tornando um problema ambiental
A Convenção –Quadro Para o Controle do Tabaco (COPs) e Produção do Fumo- Análise de Situação 27 de Setembro de 2012	27/09/2012	INCA/MS/CONICQ	Brasil	Relatório	Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o controle do Tabaco analisa as questões relacionadas à produção do fumo.
Projeto Diretrizes - Evidências Científicas	2013	AMB; INCA/MS; ACTBr	Brasil	Livro	Diante do evidente tendência do judiciário brasileiro se fundamentar nos argumentos e evidências produzidas

Sobre Tabagismo para Subsídio ao Poder Judiciário					e/ou adotadas pela indústria do fumo, a publicação pretende fornecer argumentos e evidências científicas ao Judiciário sobre os impactos do tabagismo e do tabagismo passivo à saúde humana, produzidos a partir da perspectiva da defesa da saúde individual e coletiva. A interferência da indústria do fumo, apontada no estudo, é a produção e difusão de informações fraudulentas e/ou enviesadas pela indústria do fumo.
Resista à Tentação do Cigarro (Dia Mundial Sem Fumar – 2013)	31/05/2013	INCA/MS	Brasil	Manual de Orientação e <i>hotsite</i>	Aborda o <i>marketing</i> utilizado pelas indústrias do fumo para atrair novos clientes.
ITC - International Tobacco Control Policy Evaluation Project – Relatório da Pesquisa ITC Brasil sobre Publicidade, Promoção e Patrocínio de Tabaco – Resultados das Ondas 1 e 2 da Pesquisa (2009-2013) Projeto Internacional de Avaliação das Políticas de Controle do Tabaco	2013	University of Waterloo/Canada; INCA/MS; SENAD/MJ; ACTBr; ENSP/FIOCRUZ; Fundação do Câncer	Brasil Canadá	Relatório de Pesquisa	Este relatório descreve o impacto das políticas de controle do tabaco implementadas no Brasil, relativas ao Artigo 13 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), que obriga os Estados Partes a implementarem uma proibição abrangente da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco. O documento evidencia como as interferências da indústria vêm se sustentando “nas lacunas das legislações nacionais” relacionadas à publicidade e propaganda de produtos fumígenos. E que a solução para a expansão da demanda mundial por cigarro, é a proibição total da publicidade e propaganda.
Parece Inofensivo Fumar, mas Fumar um Narguilé é como Fumar 100 Cigarros. O narguilé tem um cheiro que você até pode achar bom. Mas lá	29/8/2013	INCA/MS	Brasil	Informativo e <i>hotsite</i>	Alerta do Perigo da Narguilé, que pode ser uma entrada para a dependência. Mais uma estratégia da indústria para atrair os jovens, pois o narguilé tem uma característica peculiar: um único cachimbo pode ser usado por várias pessoas simultaneamente. Isso reforça o aspecto da socialização, algo muito atraente

dentro, é outra história. (Dia Nacional de Combate ao Fumo – 2013)					especialmente para os jovens.
Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco Artigos 17 e 18. A Importância e Urgência da Diversificação de Produção em Áreas que Produzem Tabaco no Brasil	30/09/2013	INCA/MS/CONICQ	Brasil	Nota Técnica	Da Série Notas Técnicas da CONICQ, aborda a Importância e Urgência da Diversificação de Produção em Áreas que Produzem Tabaco no Brasil
A ANVISA e o Controle dos Produtos Derivados do Tabaco	2013	ANVISA/MS	Brasil	Brochura	Tem como objetivo: “O controle das diferentes formas de divulgação e propagação dos produtos, principalmente aquelas destinadas aos mais jovens. A redução gradativa da exposição da população aos componentes tóxicos presentes na fumaça gerada pelo tabaco. A redução progressiva do consumo de tabaco”.

Fonte: Do autor.

5.5 Síntese e tendências

As publicações no período analisado vêm debatendo de maneira significativa as interferências da indústria na materialização das políticas públicas de controle do tabagismo, principalmente as publicações de Organizações Não-Governamentais e dos Organismos Multilaterais, que assumem de maneira substancial as Diretrizes do Artigo 5.3 da Convenção-Quadro⁽¹⁸⁹⁾ como uma referência e vêm sinalizando tendências e construindo contrapontos a essas interferências.

As temáticas relacionadas à publicidade, promoção e patrocínio de produtos derivados do tabaco, principalmente a propaganda em pontos de venda – PDV, no Brasil, na América Latina e no mundo, assumiram a centralidade do debate, seguida da discussão sobre as interferências no Judiciário e em terceiro lugar das questões relacionadas à produção do fumo, e alternativas à diversificação produtiva nas áreas de plantio do tabaco.

Um esforço significativo desses sujeitos coletivos nos últimos anos que vale a pena ser salientado, tanto por constar dos documentos que produzem, quanto daqueles documentos dos quais se apropriam para o seu ativismo político no Brasil, é a denúncia da relação “harmoniosa” entre a indústria do fumo e poder judiciário brasileiro. Em contraposição ao que ocorre na experiência européia, australiana e norte-americana, o judiciário brasileiro vem assumindo, para as suas decisões, os argumentos e evidências favoráveis à indústria do fumo. O nível de “colaboração” ou como se produzem esses consensos entre o Judiciário e os interesses da indústria ainda parece fugir das problematizações, embora algumas apontem o patrocínio da indústria do fumo a eventos do judiciário brasileiro.

A literatura produzida ou utilizada por esses sujeitos coletivos parece se direcionar para uma mudança de cultura, na perspectiva da denormalização^{XXI} das ações assumidas como responsabilidade social da indústria, bem como das que claramente demonstram suas interferências indevidas, nos mais diversos campos das políticas públicas de controle, apontando para seu enfrentamento a perspectiva da ampliação do acesso às informações técnico-científicas sobre “todas as devastadoras consequências sociais, sanitárias, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, a fim de reduzir contínua e substancialmente a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco”, como preconiza o objetivo geral da CQCT, além de uma efetiva regulação estatal em relação às políticas públicas que já provaram ser eficazes e que constam nos Artigos da CQCT (ANEXO A).⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

Observou-se ainda a temática adotada no país para celebração do Dia Mundial Sem Fumar – 31 de maio e do Dia Nacional de Combate ao Fumo – 29 de agosto, tanto pela Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo/INCA/MS, como pela OPAS e ACTbr, a fim de identificar a adequação ao que foi preconizado pela OMS para cada ano, tendo em vista que, anualmente, desde 1987, a Organização Mundial da Saúde apresenta um tema para o Dia Mundial Sem Fumar, voltado a desvelar os mais diversos aspectos da questão tabágica, a fim de fortalecer o controle do tabagismo em todo o mundo. Nesta data, todos os 192 países membros devem desenvolver atividades sobre o tema proposto^(12,86).

No Brasil, o seguimento destas orientações acontece desde a criação do Dia Mundial Sem Fumar pela OMS, através do INCA/MS, que, ressalte-se mais uma vez,

^{XXI} “Denormalizar – neologismo decorrente da expressão em inglês “denormalize”, cujo sentido é explicitar o caráter anômalo da indústria do tabaco que, apesar de ser um negócio legalizado, não é uma empresa como todas as demais; ou seja, qualquer atividade ou estratégia para criar a aceitação social do produto e da empresa e para aumentar o consumo não deve ser encarada como normal ou aceitável”⁽¹⁶⁰⁾.

além de coordenar a Política Nacional de Controle do Tabagismo, é Centro Colaborador da OMS para o Programa Tabaco ou Saúde na América Latina. Vale salientar que o Brasil antecedeu a OMS na proclamação de uma data em prol do Controle do Tabagismo, tendo criado, ainda em 1986, o Dia Nacional de Combate ao Fumo – 29 de agosto, através da Lei Federal No.7.488/1986. A data visa alertar a população, principalmente os adolescentes e jovens, sobre os malefícios do tabaco e as diversas estratégias da indústria do fumo para captação do segmento juvenil para o consumo. Dessa forma, têm-se uma capilarização ampla das ações educativas, pela rede de secretarias estaduais e municipais de saúde e de educação, através de mais de 5.000 municípios do Brasil, em duas grandes datas anuais, tendo em vista a implementação da Política de Saúde no Brasil, via o Sistema Único de Saúde – SUS, ocorrer via municipalização⁽⁸⁶⁾.

Neste sentido, no caso das publicações governamentais, a análise do material produzido pelo INCA/MS surpreendeu. Ao mesmo tempo em que expõe explicitamente no *site* a questão dos interesses conflitantes da indústria do tabaco na convocação da participação na Aliança Por um Mundo Sem Tabaco, como se pode depreender do seguinte texto:

Infelizmente, a questão do controle do tabaco enfrenta interesses contrários, principalmente da indústria do tabaco. Por este motivo, é importante mobilizar a sociedade em prol da saúde da população e contra o lucro desmedido e irresponsável da indústria do tabaco, que visa apenas seus lucros, em detrimento de doenças, mortes, invalidez e destruição do meio ambiente⁽⁸⁶⁾,

observamos que com relação às temáticas propostas para o Dia Mundial Sem Tabaco, da OMS, sempre seguidas pelo Brasil, desde a sua instituição em 1987, no ano de 2012, quando o tema proposto pela OMS foi “Intimidação: Pare a Interferência da Indústria do Tabaco”, o Brasil assumiu o tema “Fumar: Faz Mal Pra Você, Faz Mal Para o Planeta”,

tendo sido desenvolvida toda uma gama de materiais nesta perspectiva, fato nunca antes ocorrido.^(34,47-48,86)

Esse sinal de alerta de interferência indevida na Política de Controle do Tabagismo foi percebido pelas organizações da sociedade civil membros da Rede ACT, e amplamente debatido no IV Seminário Alianças Estratégicas para o Controle do Tabagismo, em agosto daquele ano, em Brasília, relacionado ao fato de, há poucos meses da Lei Federal No. 12.546/2011 completar um ano, sua regulamentação não havia sido publicada e o Ministro da Saúde, abordado por representantes da Rede e de entidades não-governamentais internacionais presentes ao evento, ter se negado a apresentar o texto da mesma às entidades e à própria secretaria da Comissão Interministerial para Implementação da CQCT no Brasil - CONICQ, exercida pelo INCA/MS⁽¹¹⁵⁾.

Outro fato neste mesmo ano também chamou a atenção internacional para o Brasil, que foi parte da comissão brasileira presente na COP5, em Seul, na Coreia do Sul, ter recebido uma ordem de se retirar do evento antes de seu término, prejudicando amplamente o andamento das discussões nos grupos de trabalho onde tinham assento, conforme amplamente noticiado através das entidades não-governamentais de controle do tabagismo nacional e internacionais presentes ao evento, que conseguiram repercussão do fato também no Brasil. Estes fatos estão também expostos no Relatório da COP5 elaborado pela CONICQ, evidenciando a interferência indevida da indústria do fumo em nosso país.^(29,106,193)

Até dezembro de 2013, 02 anos da promulgação da Lei Federal 12.546/11, a mesma continuava sem regulamentação, além de não ter sido identificada a disponibilização do referido texto para as entidades de controle social da política nem para os membros da CONICQ, gerando protestos em Brasília – DF para marcar a data,

promovido e amplamente divulgado através das redes sociais pela ACTBr e entidades da Rede ACT^{XXII} (49,115).

Com relação ao Monitoramento da Política e das interferências da indústria, identificamos que existem dois projetos internacionais em curso hoje.

O primeiro é o Projeto Internacional de Avaliação das Políticas de Controle do Tabaco – Pesquisa ITC - “Promovendo Estratégias Baseadas em Evidências Científicas para o Controle da Epidemia do Tabaco”. É o primeiro estudo de coorte internacional sobre o consumo de tabaco, planejado para avaliar o impacto e identificar os efeitos determinantes das políticas de controle do tabaco promulgadas sob a CQCT, em 20 países, coordenado pela Universidade de Waterloo, no Canadá, com parceiros governamentais e não-governamentais em cada país. No Brasil, é realizado nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, e acompanha 1.800 pessoas desde o ano de 2009, o que permite avaliar possíveis mudanças na percepção da população sobre os males causados pelo tabagismo, além do efeito da implementação de políticas. O trabalho, em duas etapas – chamadas ondas – foi realizado de abril a junho de 2009 e de

^{XXII} 11/12/13 Festa do Cigarro Marca Dois Anos Sem Regulamentação de Lei Antifumo.
actbr.org.br/uploads/conteudo/885_POS_festa.pdf

2/2/2013 Médicos acusam o governo federal de não agir para restringir o tabagismo -
<http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,medicos-acusam-o-governo-federal-de-nao-agir-para-restringir-o-tabagismo-,992078,0.htm>

15/12/2012 Entidades protestam contra a falta de regulamentação da lei antifumo <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2012-12-14/entidades-protestam-contr-a-falta-de-regulamentacao-da-lei-antifumo>

12/11/2012 Entidades se reúnem na Casa Civil pela regulamentação da lei http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/770_Reuniao_Casa_Civil_0511_final.pdf

5/12/2012 Em vigor há um ano, lei antifumo ainda não foi regulamentada <http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/geral/noticia/2012/12/em-vigor-ha-um-ano-lei-antifumo-ainda-nao-foi-regulamentada-3971754.html>

23/08/2012 Representantes de entidades da sociedade civil se reúnem com Ministro da Saúde
<http://actbr.org.br/comunicacao/noticias-conteudo.asp?cod=2218>

16/08/2012 Ativistas de controle do tabaco pedem transparência do governo http://actbr.org.br/uploads/conteudo/742_releaseposseminario.pdf

14/08/2012 Organizações assinam carta aberta por medidas de controle do tabagismo http://actbr.org.br/uploads/conteudo/745_carta_brasilia.pdf

02/07/2012 Carta à Presidência da República http://actbr.org.br/uploads/conteudo/728_Carta_Regulamentacao_Lei_12546.pdf

outubro de 2012 a fevereiro de 2013. A coordenação brasileira é do INCA/MS, tendo como parceiros a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD/MJ, o Gabinete de Segurança Institucional, a ACTBr, a Fundação do Câncer e o CETAB/FIOCRUZ^(160,107).

O segundo é o Projeto “Saúde Não é Negociável”, um projeto regional de organizações da sociedade civil de quatro países da América Latina – Argentina, Brasil, Colômbia e México^{XXIII}, lançado em 2010, para monitorar e contrapor as estratégias da indústria do tabaco, “que transcendem as fronteiras e se reproduzem de modo similar na maioria dos países”. Esta iniciativa viabilizou a elaboração de protocolos e ferramentas para monitorar as ações das empresas de tabaco, com estratégias de enfrentamento destas, a fim de deter sua interferência nas políticas de controle do tabaco, tendo em vista ser capitaneada pelos líderes com mais experiência na vigilância das diretrizes da CQCT. Foram construídos dois instrumentos de apoio aos países: o “Guia para compreender, monitorar e conter a interferência da indústria do tabaco nas políticas públicas” e o “Plano de Ação para contrapor a interferência da indústria do tabaco nas políticas públicas”, com seis passos, estimula e orienta o monitoramento sistemático da indústria do tabaco - IT para detecção de interferências nas políticas públicas e o mapeamento destas, sugerindo, nos itens 3, 4, 5 e 6, respectivamente: “Reunir informações de fundamentação e identificar as estratégias da IT; Definir a estratégia para contrapor ou “denormalizar” as ações da IT; Avaliar os resultados; Sistematizar a experiência”, com sua subsequente divulgação, contribuindo para antecipar as ações de interferência e facilitando a tomada de decisões para a implementação de ações em casos semelhantes.⁽⁴⁷⁾

^{XXIII} Participam do Projeto: Fundación InterAmericana del Corazón – Argentina, Aliança para o Controle do Tabagismo no Brasil – ACTBr; Corporate Accountability International – Colômbia e Fundación InterAmericana del Corazón – México.

Em 2012 foi lançada uma publicação com Estudos de Casos de Interferências nos quatro países, ocorridas no período de 2010-2012. Esse mapeamento favoreceu a socialização das medidas de enfrentamento das interferências, contribuindo para a divulgação antecipada aos governos dos problemas e das soluções de enfrentamento, em cada país, a fim de neutralizar ou ao menos diminuir qualquer possível interferência do tipo na nação⁽⁹¹⁾.

Nesta perspectiva, uma hipótese levantada neste estudo é a de que, apesar dos esforços visíveis nos últimos 6 anos, após a publicação do Relatório MPOWER e das Diretrizes para proteção das políticas de saúde dos interesses da indústria do tabaco, essa concepção ampla e focada nos determinantes sociais da questão tabágica em seu mais amplo entendimento, se restringe aos ainda poucos órgãos e profissionais que diretamente são responsáveis pela institucionalização da Política de Controle do Tabagismo no país, no papel de executores, e que vêm lutando contra o influxo político posto na atualidade ao enfrentamento do agravo, mas mais explicitamente às entidades da sociedade civil que exercem o controle social da política, através de *advocacy*, nos mais diversos campos da questão do tabagismo, ressaltando-se como fundamental o trabalho da Aliança de Controle do Tabagismo, como se pode depreender dos quadros – síntese. Ressalte-se também o papel relevante da OPAS como parceiro e fomentador da efetivação da CQCT, sobressaindo-se a disponibilização em português de publicações–chave, bem como as publicações nacionais em parceria federal, estadual e municipal, que têm o potencial de mobilização de diversos grupos–chave na discussão para elaboração e lançamentos das mesmas.

Uma limitação importante do estudo, mas que não o inviabiliza, foi a opção por realizar uma revisão com publicações consideradas como ‘literatura cinza’ (publicações não indexadas em revistas científicas) e apenas em português. Nesse sentido, a escolha

justifica-se pela natureza da temática (interferências da indústria do fumo nas políticas públicas de saúde para o controle do tabagismo) com enfoque na produção brasileira a partir do olhar das principais entidades ligadas ao controle do tabagismo, a fim de contribuir com sua compilação, tendo em vista não se ter identificado revisões que examinassem esses tipos de publicações.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou sistematizar o estado da arte atual com relação às produções técnicas e científicas a respeito das interferências da indústria do fumo nas políticas públicas de saúde para o controle do tabagismo no Brasil, a fim de contribuir com uma maior disseminação da questão e estimular novas pesquisas, que possam subsidiar os gestores públicos para um melhor enfrentamento da problemática em tela, servindo também ele para que os gestores, trabalhadores, pesquisadores e ativistas deste campo possam se utilizar como referência e base para novos estudos, fortalecimento de estratégias de enfrentamento já utilizadas e desenvolvimento de novas.

Revisões Sistemáticas, como um processo de avaliação de produção técnica, científica, são fundamentais para o processo de formulação, gestão e avaliação das políticas públicas de saúde. Ela é uma metodologia para o desenvolvimento de práticas baseadas em evidências e parece ser fundamental a melhorias de práticas sociais orientadas à materialização da CQCT e demais políticas públicas de controle do tabagismo.

Em nosso estudo, focado nas publicações que tematizam as interferências da indústria do fumo, abordadas na chamada “literatura cinza”, disponibilizada em sites de organizações envolvidas a nível nacional e internacional com os objetivos da CQCT, verificou-se uma predominância de publicações que se enfocam em problemáticas específicas como: publicidade, marketing e promoção de produtos fumígenos em pontos de venda e as contínuas interferências da indústria junto ao judiciário brasileiro, que continua a ser conservador em relação a medidas indenizatórias e explicitamente se utilizarem dos argumentos defendidos pela IT em suas decisões, a despeito de todos os achados científicos e consensos disponíveis hoje. A centralidade dessas questões no

conjunto da literatura analisada, expressa a complexificação e desafios da ratificação da CQCT, diante dos interesses e poder econômico da indústria do fumo e evidencia como a produção de conhecimentos é determinada e/ou condicionada pelo contexto social e político.

Essa percepção demanda que nos apropriemos desses estudos, mas também nos convida a questionar/problematizar se estes trabalhos expressam a diversidade e a heterogeneidade das interferências da indústria do fumo nas políticas de controle do tabagismo. Diante da repetição de argumentos, hipóteses e conclusões identificadas nessa pesquisa, não seria necessário aos atores sociais do controle do tabagismo no Brasil diversificar o monitoramento das estratégias da indústria do fumo e construir uma agenda mais plural de pesquisa sobre as interferências das empresas fumageiras? Questões como a responsabilidade social corporativa da indústria do fumo, as particularidades loco-regionais das interferências da indústria do fumo; o patrocínio da indústria a eventos/congressos e candidatos/partidos a cargos políticos são pouco abordados, mas são fundamentais para questionar o discurso hoje hegemônico da IT. Esse olhar crítico sobre essa produção de conhecimentos nos serviu para fundamentar novas práticas sociais em saúde e para identificar lacunas de produção de conhecimento sobre as interferências da indústria.

É válido ressaltar, que mesmo os trabalhos acadêmicos: monografias, dissertações e teses analisados, a maioria estudos qualitativos, se voltam a questões tornadas públicas pelo INCA e pela ACTBr naquele período, o que demonstra a importância e necessidade de investir cada vez mais na ampliação do acesso à informação qualificada e totalizante sobre o tema, e o importante papel dessas instituições de referência para o controle do tabagismo no Brasil e, ao mesmo tempo, alerta para a pequena quantidade e pouca diversidade temática dos estudos e instituições

de ensino superior, e a espacialidade restrita no país – marcadamente onde as atividades voltadas ao controle do tabagismo são mais frequentes e continuadas: Rio de Janeiro (sede do INCA e uma das sedes da ACT), Brasília (centro das decisões políticas do país) e a região produtora de fumo, representada por Santa Catarina, com limitada expressão no Nordeste (PE e AL, onde se desenvolveram/desenvolvem experiências marcantes no nível municipal e estadual, respectivamente). Também sinaliza que pode estar ocorrendo ainda um desconhecimento por parte do público universitário a respeito da questão do tabagismo/tabagismo passivo como um grave problema de saúde pública com forte determinação social, que demanda investigações amplas e multisetoriais; ou mesmo por uma percepção acadêmica de que o tabagismo não é uma questão relevante, frente aos danos imediatos ocasionados por outras drogas como crack e álcool, historicamente demandantes de ação institucional e investigação. Sinaliza ainda a necessidade de uma maior aproximação das instituições responsáveis pelo controle do tabagismo do ambiente acadêmico.

Diante disso, espera-se que este trabalho evidencie a importância e os impactos sociais e econômicos da principal causa de mortes isoladas evitáveis. Assim como, que outros pesquisadores abordem de maneira crítica as interferências da indústria do fumo nas políticas públicas de saúde e em outras, como as políticas de desenvolvimento agrícola, meio ambiente e previdência social, fortemente impactadas pela produção e circulação, como mercadoria, dos produtos fumígenos.

Uma Revisão Sistemática de artigos científicos sobre este tema também é bem-vinda, tendo em vista também não se ter identificado nenhuma produção neste sentido, além de estudos sobre as produções científicas e técnicas das demais instituições governamentais membros da CONICQ.

Como o conhecimento é um processo que não se extingue em si mesmo, não sendo possível fechá-lo numa fase final, porque quanto mais bem sucedida, mais abrirá espaço para novas perguntas, novos estudos, numa espiral infinita, como afirmam diversos autores, dentre eles, Minayo⁽¹⁵⁹⁾, Figueiró⁽¹⁶¹⁾, Petticrew and Roberts⁽¹⁷⁵⁾, são demandados. Interpretações e análises desse estudo por meio de teorias como o marxismo, o pós-estruturalismo, neo institucionalismo, o pós-marxismo e as teorias de análise do discurso seriam de grande relevância acadêmica e social. Pois, o desenvolvimento da ciência demanda não apenas a diversidade e a inovação de temas, como também a pluralidade de abordagens analíticas.

Seria, no dizer de Minayo, uma “interpretação pensada, contextualizada e complexa”, sendo reflexo da prática investigativa, que sempre está em busca, na perspectiva dialética assumida por Kosik, de uma maior aproximação da realidade, tendo em vista sempre a impossibilidade de reproduzi-la, sendo o conhecimento uma aproximação, um “ponto de vista” do objeto estudado, situada num tempo determinado.⁽¹⁵⁹⁾

REFERÊNCIAS

- (1) Freire P. Pedagogia do oprimido [Internet]. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987 [citado 2013 Out 13]. Disponível em: http://www.projetomemoria.art.br/PauloFreire/pensamento/02_pensamento_pedagogia_do_oprimido.html
- (2) World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2013 Sep 12]. 202 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf?ua=1
- (3) Pinto MT, Pichon-Riviere A, coordenadores. Relatório final: carga das doenças tabaco-relacionadas para o Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Aliança de Controle do Tabagismo; 2012 [citado 2013 Maio]. 41 p. Disponível em: http://www2.famema.br/biblioteca/vancouver_referencias_citacoes.pdf
- (4) World Health Organization. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke: policy recommendations [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 [cited 2013 Sep 12]. 50 p. Available from: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/who_protection_exposure_final_25June2007.pdf
- (5) World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [cited 2013 Sep 12]. 4 p. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_NMH_TFI_09.1_eng.pdf?ua=1
- (6) Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Secretaria da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro. Tabagismo passivo: a importância de uma legislação que gere ambientes 100% livres da fumaça de tabaco [Internet]. [Rio de Janeiro]: Instituto Nacional do Câncer; 2010 Maio 14 [citado 2013 Ago 3]. 27 p. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/65faa3804eb68a63a178b3f11fae00ee/nota_tecnica_tabagismo_passivo_ambientes_livres_da_fumaca_do_tabaco.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=65faa3804eb68a63a178b3f11fae00ee
- (7) Araújo AJ. Custo-efetividade de intervenções de controle do tabaco no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.
- (8) Aliança de Controle do Tabagismo Br. Saúde ocupacional: trabalhadores de hotéis, restaurantes, bares e similares e o fumo passivo: uma questão de saúde ocupacional, Todo empregado tem direito a um ambiente de trabalho saudável. Fatos em Destaque [Internet]. 2008 Out [citado 2013 Set 13]; 4 p. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/157_PTA-Saude-

[Ocupacional.pdf](#)

- (9) Aliança de Controle do Tabagismo Br. Fumo passivo no ambiente de trabalho: prejuízo à saúde do trabalhador. Fatos em Destaque [Internet]. 2009 Dez [citado 2013 Set 13]; 4 p. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/348_SAUDE_TRABALHADOR_DEZ09.pdf
- (10) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Desigualdade no combate ao fumo: estudo tem grande destaque. Informe ENSP [Internet]. 2013 Nov 29 [citado 2013 Nov 29]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/34252>
- (11) Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 2013 Dez 13]. 111 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2008.pdf
- (12) Menezes MP. Política de controle do tabagismo em Recife - PE: avanços e desafios para a gestão [monografia]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2006.
- (13) Barbosa Filho EA. Estratégias de promoção da saúde para o controle do tabagismo: as contribuições do Serviço Social [trabalho de conclusão de curso]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2009.
- (14) World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2013 Sep 23]. 152 p. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf?ua=1
- (15) World Health Organization. MPOWER in action: defeating the global tobacco epidemic [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2014 Jan 14]. 7 p. Available from: http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/mpower_2013.pdf
- (16) FCTC: WHO Framework Convention on Tobacco Control [Internet]. [Geneva]: World Health Organization; c2014. Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control; 2003 [cited 2013 Jun 19]. Available from: http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/
- (17) Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Secretaria Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2011.
- (18) Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Ação global para o controle do tabaco: 1º

tratado internacional de saúde pública. 3a ed. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2004.

- (19) Responsabilidade social empresarial: a nova face da indústria do tabaco [Internet]. [local desconhecido]: Aliança de Controle do Tabagismo Br; [2005] [citado 2013 Dez 12]. 30 p. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/50_662_PUBLICACAO_RSE.pdf
- (20) Freitas CM. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- (21) World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva: World Health Organization; 2008.
- (22) World Health Organization. Confronting the tobacco epidemic in a new era of trade and investment liberalization [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cited 2013 Oct 31]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503723_eng.pdf?ua=1
- (23) Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para las Américas, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Interferencia de la industria tabacalera: un resumen mundial. [lugar desconocido]: Organización Mundial de La Salud; 2012.
- (24) Ferreira JR, Buss PM. Atenção primária e promoção da saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- (25) World Health Organization. Tobacco and poverty: a vicious circle [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [cited 2013 Sep 14]. Available from: http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2004/en/wntd2004_brochure_en.pdf
- (26) Organização Mundial da Saúde. Declaração de Adelaide sobre a saúde em todas as políticas: no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar [Internet]. Encontro Internacional sobre a Saúde em Todas as Políticas; 2010. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2010 [citado 2013 Set 14]. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf
- (27) Organização Mundial da Saúde, Organização Panamericana de Saúde. MPOWER: um plano de medidas para reverter a epidemia de tabagismo. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2008.
- (28) Organização Mundial da Saúde. Recurso técnico para implementação do artigo 5.3 da convenção-quadro para o controle do tabaco da organização

mundial da saúde sobre a proteção das políticas de saúde pública para o controle do tabagismo dos interesses comerciais e de outros interesses próprios da indústria do tabaco. [local desconhecido]: Organização Mundial da Saúde; 2012.

- (29) Aliança de Controle do Tabagismo Br. Embalagem genérica de produtos de tabaco: protegendo crianças, adolescentes e jovens do marketing da indústria do tabaco. Fatos em Destaque [Internet]. 2012 Ago [citado 2013 Set 13]; 6 p. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/738_embalagem_generica.pdf
- (30) Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Secretaria-Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco. A importância e urgência da diversificação de produção em áreas que cultivam tabaco no Brasil: nota técnica [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2013 [citado 2013 Out 14]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/500e3b80418a13a0be87bfe8765d5801/conicq-gt17e18-documento-evolucao-da-cqct-2.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=500e3b80418a13a0be87bfe8765d5801>
- (31) Vedovato LR. Parecer jurídico [Internet]. [São Paulo]: Aliança de Controle do Tabagismo Br; [2013]. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/861_ParecerVedovato.pdf
- (32) Delgado JA. Exame da Constitucionalidade da RDC 14, de 2012, expedida pela ANVISA: parecer [Internet]. Brasília: Aliança de Controle do Tabagismo Br; 2013. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/860_ParecerJoseDelgado.pdf
- (33) Silva VA. Parecer [Internet]. São Paulo: Aliança de Controle do Tabagismo Br; 2013. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/859_Parecervirgilio.pdf
- (34) Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Rockefeller Foundation. Caso de estudio: ejemplos de la salud en todas las políticas (SeTP): Política Nacional de Controle do Tabaco, Brasil. Reunión Regional Preparatoria de la 8ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud; 2013 Feb 25-27; Brasília. [Brasília]: Organización Panamericana de la Salud; 2013.
- (35) Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio +20: saúde e tabagismo [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2013 [citado 2013 Out 14]. 27 p. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/42762f804eb68a48a12ab3f11fae00ee/notas_tecnicas_para_o_controle_do_tabagismo_rio_vinte_saude_e_tabagismo.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=42762f804eb68a48a12ab3f11fae00ee

- (36) Aliança de Controle do Tabagismo Br. Instituto de Pesquisas Datafolha. Fumo em locais fechados, Brasil [Internet]. [local desconhecido]: Aliança para o Controle do Tabagismo Br, 2008 Abr [citado 2013 Out 12]. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/105_Fumo-em-Locais-Fechados-Datafolha-2008.pdf
- (37) Aliança de Controle do Tabagismo Br. A anormalidade da indústria do tabaco. Fatos em Destaque [Internet]. 2008 Fev [citado 2013 Set 13]; 5 p. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/11_Irregularidade-da-industria-tabaco.pdf
- (38) Aliança de Controle do Tabagismo Br. As mentiras expostas da indústria do tabaco. Fatos em Destaque [Internet]. 2008 Jan [citado 2013 Set 13]; 3 p. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/10_As-Mentiras-Expostas-da-Industria-do-Tabaco.pdf
- (39) Aliança de Controle do Tabagismo Br. Instituto de Pesquisas Datafolha. Opinião de funcionários de bares, restaurantes e casas noturnas sobre fumo em locais fechados [Internet]. [local desconhecido]: Aliança para o Controle do Tabagismo Br, [2009] [citado 2013 Set 13]. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/253_Opiniao-Funcionarios-Datafolha-2009.pdf
- (40) Aliança de Controle do Tabagismo Br. Indústria do tabaco usa associações para fazer oposição à lei de ambientes livres de fumo. Fatos em Destaque [Internet]. 2009 Ago [citado 2013 Set 13]; 3 p. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/267_industria_tbc_associacoes.pdf
- (41) Aliança de Controle do Tabagismo Br. Porque rejeitar o fumódromo. Fatos em Destaque [Internet]. 2009 Jun [citado 2013 Set 13]; 2 p. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/254_FUMODROMOS.pdf
- (42) Aliança de Controle do Tabagismo Br. A proibição total da publicidade de produtos de tabaco é constitucional. Fatos em Destaque [Internet]. 2009 Set [citado 2013 Set 13]; 5 p. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/285_proibicao_publicidade_tabaco_constitucional.pdf
- (43) Aliança de Controle do Tabagismo Br. Diga não à propaganda de cigarro!: campanha pela ética na propaganda [Internet]. Brasília: Aliança para o Controle do Tabagismo Br, [2010] [citado 2013 Set 13]. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/397_Relatorio_final.pdf
- (44) Aliança de Controle do Tabagismo Br. O poder de atração dos pontos de venda de cigarros. Fatos em Destaque [Internet]. 2010 Nov [citado 2013 Set 13]; 7 p. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/539_FACTSHEET_PESQUISAS_OPINIAO_051110.pdf

- (45) Aliança de Controle do Tabagismo Br. Propaganda de cigarros influencia crianças e adolescentes a fumar: diga não à propaganda de cigarros!. Fatos em Destaque [Internet]. 2010 Dez [citado 2013 Set 13]; 2 p. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/557_FACTSHEET_PESQUISAS_DE_OPINIAO_21122010.pdf
- (46) Aliança de Controle do Tabagismo Br. Patrocínio institucional por empresas fabricantes de cigarros: uma forma de publicidade destes produtos. Fatos em Destaque [Internet]. 2011 Nov [citado 2013 Set 13]; 2 p. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/682_fact_sheet-patrocinio.pdf
- (47) Aliança de Controle do Tabagismo Br. Tema do Dia Mundial Sem Tabaco, 31 de maio: a interferência indevida da indústria do tabaco nas políticas públicas de saúde. Fatos em Destaque [Internet]. 2012 Dez [citado 2013 Dez 13]; 3 p. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/717_industria_2012.pdf
- (48) Aliança de Controle do Tabagismo Br, Fundação do Câncer, Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas, Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas. #LimiteTabaco: porque a indústria de tabaco precisa de limite [Internet]. [São Paulo]: Aliança de Controle do Tabagismo Br; [citado 2013 Dez 13]. Disponível em: <http://livredefumo.org.br/limitetabaco/index.php>
- (49) Aliança de Controle do Tabagismo Br. Publicidade em pontos de venda. Fatos em Destaque [Internet]. 2011 Jan [citado 2013 Set 13]; 3 p. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/784_PDV.pdf
- (50) Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT): relatório de gestão e progresso [Internet]. [local desconhecido]: [Instituto Nacional do Câncer]; 2010 Dez 30 [citado 2013 Set 10]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/9eac65804eb689ee9fe59ff11fae00ee/Relat%C3%B3rio+Gest%C3%A3o+CONICQ+-+vers%C3%A3o+%C3%ADntegra.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9eac65804eb689ee9fe59ff11fae00ee>
- (51) Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Secretaria da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro. CONICQ: um breve balanço de 2011. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2011.
- (52) Aliança de Controle do Tabagismo Br. Responsabilidade social empresarial: a nova face da indústria do tabaco. Fatos em Destaque [Internet]. 2008 Abr [citado 2013 Set 13]; 6 p. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/25_Responsabilidade-Social-Empresarial-Nova-Face-Industria-do-Tabaco.pdf

- (53) Aliança de Controle do Tabagismo Br. Como tabaco e relações públicas cresceram juntos. Fatos em Destaque [Internet]. 2008 Abr [citado 2013 Set 13]; 6 p. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/26_COMO_TABACO_E_RP_CR_ESCERAM_JUNTOS.pdf
- (54) Aliança de Controle do Tabagismo Br. Vamos falar como o fumante: os grupos de direitos dos fumantes da indústria do tabaco. Fatos em Destaque [Internet]. 2008 Jul [citado 2013 Set 13]; 13 p. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/121_VAMOS-FALAR-COMO-OS-FUMANTES.pdf
- (55) Portal Brasil [Internet]. Saúde lança Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco Brasil na Internet; 2011 Maio 31 [citado 2013 Nov 13]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/05/saude-lanca-observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco-brasil-na-internet>
- (56) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Tabaco: Cetab abre novas possibilidades de estudos e parcerias. Informe ENSP [Internet]. 2013 Mar 28 [citado 2013 Ago 13]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/32273>
- (57) Barbosa Filho EA. Coalizão de forças, discursos e conflitos: uma análise do gerencialismo na gestão do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Sertão do Araripe Pernambucano (CISAPE) [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2013.
- (58) Soares RC. A contra-reforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2010.
- (59) Behring ER, Santos SMM. Questão social e direitos. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; 2009.
- (60) Hirsch J. Teoria materialista do espaço: processos de transformação do sistema capitalista de estados. Rio de Janeiro: Revan; 2010.
- (61) Vásquez AS. Filosofia da práxis. São Paulo: Expressão Popular; 1995.
- (62) Paulo Netto J. Introdução ao método na teoria social. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; 2009.
- (63) Mandel E. O capitalismo tardio. 2a ed. São Paulo: Nova Cultural; 1985.
- (64) Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto

Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

- (65) Deacon B. Global social policy and governance. Londres: Sage; 2007.
- (66) Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- (67) Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- (68) Organização Mundial da Saúde. Resolução da Assembléia Mundial da Saúde: WHA 56.1, agenda item 13. 56ª Assembléia Mundial da Saúde, Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco; 2013 Maio 21. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013.
- (69) World Health Organization. United Nations Children's Fundation. Declaration of Alma-Ata [Internet]. International Conference on Primary Health Care; 1978 Sep 6-12; Alma-Ata. 1978 [cited 2013 Sep 13]. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- (70) World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. First International Conference on Health Promotion; 1986 Nov 21; Ottawa. 1986 [cited 2013 Sep 12]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- (71) World Health Organization. Adelaide recommendations on healthy public policy [Internet]. Second International Conference on Health Promotion; 1988 Apr 5-9; Adelaide. 1988 [cited 2013 Sep 13]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/>
- (72) World Health Organization. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health [Internet]. Third International Conference on Health Promotion; 1991 Jun 9-15; Sundsvall. 1991 [cited 2013 Sep 13]. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/index_5.html
- (73) World Health Organization. A Declaração de Jakarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI [Internet]. Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 1997 Jul 21-25; Jacarta. 1997 [citado 2013 Sep 13]. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf
- (74) World Health Organization. The Fifth Global Conference on Health Promotion. Health Promotion: Bridging the Equity Gap [Internet]. 5th Global Conference on Health Promotion; 2000 Jun 5-9; Mexico. 2000 [cited 2013 Sep 13]. Available from:

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_en.pdf?ua=1

- (75) World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World [Internet]. 6th Global Conference on Health Promotion; 2005 Aug 11; Bangkok. 2005 [cited 2013 Sep 13]. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/
- (76) World Health Organization. Nairobi conference closes with adoption of Call to Action [Internet]. 7th Global Conference on Health Promotion; 2009 Oct 26-30; Nairobi. 2009 [cited 2013 Sep 13]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/>
- (77) World Health Organization. Declaração Política do Rio sobre determinantes sociais da saúde [Internet]. World Conference on Social Determinants of Health; 2011 Oct 19-21; Rio de Janeiro. 2011 [cited 2013 Sep 14]. 7 p. Available from: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf?ua=1
- (78) World Health Organization. Resolution adopted by the General Assembly: Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases [Internet]. 2012 Jan 24 [cited 2013 Sep 14]. Available from: http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf?ua=1
- (79) World Health Organization. The Helsinki statement on Health in All Policies [Internet]. 8th Global Conference on Health Promotion; 2013 Jun 10-14; Helsinki. 2013 [cited 2013 Sep 13]. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/
- (80) United Nations, Sustainable Development Knowledge Platform [Internet]. [unknown place]: United Nations; 2012. Future we want: outcome document. 2012 Sep. 11 [cited 2013 Sep 21]. Available from: <http://sustainabledevelopment.un.org/futurewewant.html>
- (81) Behring ER. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez; 2003.
- (82) Abreu R. A trajetória de Sérgio Arouca e a moderna reforma sanitária brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; [2005] [citado 2013 Dez 13]. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/desdobramentos/atrajectoria.htm>
- (83) Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva): epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica. VIII

Seminário Internacional de Salud Pública. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2013.

- (84) Aliança de Controle do Tabagismo Br [Internet]. São Paulo: Aliança de Controle do Tabagismo Br. A Aliança de Controle do Tabagismo; [2013] [citado 2013 Set 12]. Disponível em: <http://www.actbr.org.br/institucional/>
- (85) Tobacco Free Kids. Publicidade em pontos de vendas. [São Paulo]: Aliança de Controle do Tabagismo Br; [2010] [citado 2013 Set 13]. 5 p. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/560_Ponto_de_venda_TFK.pdf
- (86) Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo [Internet]. [Rio de Janeiro]: Instituto Nacional do Câncer; [2013] [citado 2013 Nov 13]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/>
- (87) Breilh J. Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología: un ensayo de desmitificación del proceso salud-enfermedad: ensayo teórico [Internet]. México: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco; 1977.
- (88) Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco [Internet]; [2013] [citado 2013 Nov 15]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/
- (89) Fundación Interamericana del Corazón Argentina, Corporate Accountability International Colombia, Aliança de Controle do Tabagismo, Fundación Interamericana del Corazón México. A saúde não é negociável: guia para compreender, monitorar e conter a interferência da indústria do tabaco nas políticas públicas. Argentina, Colômbia, Brasil, México: [editor desconhecido]; 2012.
- (90) Fundación Interamericana del Corazón Argentina, Corporate Accountability International Colombia, Aliança de Controle do Tabagismo Br, Fundación Interamericana del Corazón México. A saúde não é negociável: plano de ação para contrapor a interferência da indústria do tabaco nas políticas públicas. Argentina, Colômbia, Brasil, México: [editor desconhecido]; 2012.
- (91) Fundación Interamericana del Corazón Argentina, Corporate Accountability International Colombia, Aliança de Controle do Tabagismo Br, Fundación Interamericana del Corazón México. A saúde não é negociável: a sociedade civil ante as estratégias da indústria do tabaco na América Latina: casos de estudo. Argentina, Colômbia, Brasil, México: [editor desconhecido]; 2012.
- (92) Associação Médica Brasileira, Comissão de Combate ao Tabagismo. Quem somos, histórico [Internet]. São Paulo: Associação Médica Brasileira; c2012 [citado 2013 Set 12]. Disponível em: <http://amb.org.br/Site/Home/>

- (93) Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas [Internet]. [Rio de Janeiro]: Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas; c2014 [citado 2013 Set 14]. Disponível em: <http://www.abead.com.br/>
- (94) Brasil. Presidência da República. Lei Nº 9.294, de 15 de julho de 1996 [Internet]. Brasília: 1996 [citado 2013 Dez 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19294.htm
- (95) Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Secretaria da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro. Aditivos em cigarros: notas técnicas para controle do tabagismo. [Rio de Janeiro]: Instituto Nacional do Câncer; 2011.
- (96) World Health Organization. Tobacco industry strategies to undermine tobacco control activities at the World Health Organization [Internet]. 2000 [cited 2013 Set 4]. Available from: http://www.who.int/tobacco/publications/industry/who_inquiry/en/
- (97) Brasil. Presidência da República. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília: 1990 [citado 2013 Dez 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- (98) Brasil. Presidência da República. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [Internet]. Brasília: 1990 [citado 2013 Dez 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm
- (99) Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais: relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: Organização Mundial da Saúde; 2010.
- (100) Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Secretaria da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro. A Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (COP5) e produção de fumo [Internet]. [Rio de Janeiro]: Instituto Nacional do Câncer; 2012 Set 27 [citado 2013 Out 14]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/ff11c6004eb68a33a0dfb2f11fae00ee/artigos_17_18_+cenario+atual.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ff11c6004eb68a33a0dfb2f11fae00ee
- (101) Sodré F.A agenda global dos movimentos sociais. Cienc saude colet [Internet]. 2011 [citado 2013 Dez 11].16(3):1781-1791. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/14.pdf>

- (102) People's Health Movement. Carta dos povos pela saúde [Internet]. Savar: People's Health Movement; [2000] [citado 2013 Dez 17]. 15 p. Disponível em: <http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/phm-pch-portuguese.pdf>
- (103) People's Health Movement. The Cuenca Declaration [Internet]. Cuenca: People's Health Movement; 2005 Jul [cited 2013 Dez 23]. 13 p. Available from: <http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/english%20version.pdf>
- (104) People's Health Movement. Cape Town Call to Action [Internet]. Cidade do Cabo; 2012 [cited 2013 Dez 21]. 12 p. Available from: http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/Call%20to%20Action%20FINAL_0.pdf
- (105) People's Health Movement. Promoting health for all and social justice in the era of global capitalism. 8th Global Conference on Health Promotion; 2013 Jun 14; Helsinki. 2013 [cited 2013 Dez 13]. Available from: <http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/PHMStatementat8GCHP-PromotingHealthforAllandSocialJusticev4.pdf>
- (106) Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Secretaria da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro. Quinta Sessão da Conferência das Partes. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde: relatório e decisões; 2012 Nov 12-17; Seul, República da Coreia. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2013.
- (107) Projeto ITC. Relatório ITC do Brasil sobre propaganda, promoção e patrocínio de tabaco. Resultados das Ondas 1 e 2 da Pesquisa (2009-2013). Waterloo: Universidade de Waterloo; [Rio de Janeiro]: Instituto Nacional do Câncer; 2013.
- (108) Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. O cigarro causa atraso para o Brasil: manual de orientação para a comemoração do Dia Mundial Sem Tabaco, 31 de maio 2004. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2004.
- (109) Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011 [Internet]. Brasília: 2011 [citado 2013 Jun 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12546.htm
- (110) Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the Social Determinants of Health: discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, Draft. Geneva; 2007 Apr.

- (111) Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Brasil; 2008 Abr.
- (112) Fórum Social Mundial da Saúde e da Seguridade Social: uma seguridade social para todos e todas é possível e necessária [Internet]. Brasil: Fórum Social Mundial da Saúde; 2013 [citado 2013 Out 14]. Disponível em: www.fsms.org.br
- (113) World Health Organization. Systematic review of the link between tobacco and poverty: [project leader] Agustín Ciapponi. Geneva: World Health Organization; 2011.
- (114) Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2004.
- (115) Aliança de Controle do Tabagismo Br. Campanhas: mobilização pela regulamentação já da Lei Nacional de Controle do Tabaco [Internet]. [local desconhecido]: Aliança de Controle do Tabagismo; [2013] [citado 2013 Dez 16]. Disponível em: <http://www.actbr.org.br/comunicacao/campanhas-midias>
- (116) World Bank, Banco Mundial. A epidemia do tabagismo: os governos e os aspectos econômicos do controle do Tabaco. [local desconhecido]: The World Bank; 1999.
- (117) Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2001.
- (118) Menezes MP. Proposta para implantação de um Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco no município de Recife, Pernambuco. Recife; 2001.
- (119) Chan M. A outra face da indústria do tabaco [Internet]. 2012 Mar 20 [citado 2013 Set 14]. 3 p. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/703_Discurso_Margaret_chan.pdf
- (120) Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- (121) Souza JMA. Tabagismo e pobreza: aspectos relevantes para uma análise

- social. [monografia]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2005.
- (122) International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer; 2004.
- (123) American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers. Environmental tobacco smoke: position document. Atlanta: American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers; 2005.
- (124) Seelig M, Schneider P. Poluição tabágica ambiental, ventilação e lei: uma introdução. In: Anais. 5º Congresso de Ar Condicionado, Refrigeração, Aquecimento e Ventilação do Mercosul; 2006; Porto Alegre. Porto Alegre: [editor desconhecido]; 2006. Cd-ROM.
- (125) United States Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general [Internet]. [Atlanta]: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006 [cited 2013 Oct 11]. Available from: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/secondhand-smoke-consumer.pdf>
- (126) Universidade de São Paulo, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde [Internet]. [São Paulo]: DataSUS; 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
- (127) Rosemberg J. Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais. São Paulo: Secretaria de Saúde de São Paulo, Centro de Vigilância Epidemiológica; 2002.
- (128) Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Secretaria da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro. Diretrizes para implementação do Artigo 5.3 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: sobre a proteção das políticas públicas de saúde para o controle do tabaco dos interesses comerciais ou outros interesses da indústria do tabaco. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2010.
- (129) Freire P. A Canoa: conto, citação. In: Garros V. Peregrinações: os garros, letos em Ijuí. Rio Grande do Sul: Colméia; 2002.
- (130) World Health Organization. WHA54.18 Transparency in tobacco control [Internet]. Fifty-fourth World Health Assembly; 2001 May 22 [cited 2013 Dec 2]. Available from: http://www.who.int/tobacco/framework/wha_eb/wha54_18/en/
- (131) Department of Health and Social Service. Inequalities in health: report of a

Research Working Group. London: DHSS; 1980.

- (132) Kreslake et al. An introduction to searching the legacy tobacco documents library. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2008.
- (133) Menezes MP, Campos Neta TJ. Política de controle do tabagismo em Recife (PE): fortalecendo o modelo de gestão com enfoque na promoção da saúde. In: Divulgação em saúde para debate. Rio de Janeiro: Cebes; 2008. 68-79 p.
- (134) Organização Pan-Americana da Saúde. Recife respira melhor: a implantação de ambientes livres de fumo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
- (135) Menezes MP, Barbosa Filho EA, Lacava Vieira JMBL, Farias FA. Health begins in the workplace: social actors and health promotion strategies involved in creating smoke-free environments at the leisure and hospitality in Recife/PE/Brazil. In: Anais of the 2nd SRNT IAHF Latin American Conference on Tobacco Control. Mexico City: [unknown editor]; 2009.
- (136) Yach D, Bettcher D. Globalization of tobacco industry influence and new global responses. Tob Control [Internet]. 2000 [cited 2013 Dec 12];9:206-216. Available from: <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/content/abstract/9/2/206>
- (137) United Nations Global Compact [Internet]. Tobacco company policy; [2013] [cited 2013 Dec 21]. Available from: http://www.unglobalcompact.org/HowToParticipate/Business_Participation/tobacco_company_policy.html
- (138) NCD Alliance. Political Declaration of the UN High-Level Meeting on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (NCDs): key points [Internet]. New York: NCD; 2011 [cited 2013 Dec 12]. Available from: <http://www.ncdalliance.org/sites/default/files/rfiles/Key%20Points%20of%20Political%20Declaration.pdf>
- (139) United Nations. Prevention and control of non-communicable diseases: item 119, follow-up to the outcome of the Millennium Summit [Internet]. [unknown place]: United Nations; 2011 [cited 2013 Dec 21]. Available from: http://www.world-heart-federation.org/fileadmin/user_upload/documents/Advocacy/Resources/Articles_Series_Reports/SGreport_NCDs.pdf
- (140) Eriksen M, Mackay J, Ross H. The tobacco atlas [Internet]. [Singapore]: American Cancer Society, World Lung Foundation; 2012 [cited 2013 Nov 11]. Available from: <http://www.tobaccoatlas.org/>
- (141) Sargent RP et al. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. BMJ.

2004;328(7446):977-980.

- (142) Centers for Disease Control and Prevention, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs. Atlanta: U.S. Centers for Disease Control and Prevention; 2007.
- (143) Pierce et al. Has California Tobacco Control Program reduced smoking? JAMA. 1998;280(10):893-899.
- (144) Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis. VIGITEL Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [citado 2013 Dez 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_vigitel_2006_marco_2007.pdf
- (145) Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis. VIGITEL Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [citado 2013 Dez 13]. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/43_vigitel2007finalweb.pdf
- (146) Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis. VIGITEL Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2013 Dez 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_risco_doencas_inquerito_telefonico_2009.pdf
- (147) Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis. VIGITEL Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2013 Dez 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2010.pdf
- (148) Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis. VIGITEL Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2013 Dez 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cronicas.pdf

- (149) Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis. VIGITEL Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2013 Dez 13]. Disponível em: http://www.sbpt.org.br/downloads/arquivos/vigitel_2012.pdf
- (150) Trochim WMK et al. Development of a model of the tobacco industry's interference with tobacco control programmes. *Tob Control*. 2003;12:140-147.
- (151) Almeida GEG. A importância dos PDV para a indústria do tabaco e a importância crescente do poder judiciário para o controle do tabaco. Brasília: Aliança de Controle do Tabagismo Br; 2012.
- (152) Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. Bases para Implantação de um Programa de Controle do Tabagismo. Rio de Janeiro: INCA; 1996.
- (153) Cavalcanti TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Rev Psiq Clín*. 2005;32(5):283-300.
- (154) Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. Práticas para a Implantação de um Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 1998.
- (155) Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Diretoria de Prevenção e Vigilância. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer: modelo lógico e avaliação. 2a ed. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2003.
- (156) Brasil. Presidência da República. Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003 [Internet]. Brasília: 2006 [citado 2013 Out 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5658.htm
- (157) Boeira SL, Cunha CR. Souza Cruz: história e ideologia contemporânea sobre responsabilidade social. *R. Inter. Interdisc. INTERthesis*. 2010;7(2):276-315.
- (158) Souza Cruz. Souza Cruz apóia o movimento empreendedor universitário [Internet]. [local desconhecido]: Souza Cruz; 2011 Ago 17 [citado 2013 Dez 11]. Disponível em:

http://www.souzacruz.com.br/group/sites/SOU_7UUVF24.nsf/vwPagesWebLive/DO8KUSX2?opendocument&SKN=1

- (159) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.
- (160) Projeto ITC. ITC Brasil: resumo. Waterloo: Universidade de Waterloo; [Rio de Janeiro]: Instituto Nacional do Câncer; 2009.
- (161) Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.
- (162) Samico I, Figueiró AC, Frias PG. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.
- (163) Vieira da Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva LM. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- (164) Mannhein K. Ideologia e utopia. In: Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.
- (165) Kosik K. Dialética do concreto. 4a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.
- (166) Behring ER. Política social no contexto da crise capitalista. In: Conselho Federal de Serviço Social, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS, ABEPSS; 2009.
- (167) Feliciano KVO. Abordagem qualitativa na avaliação em saúde. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.
- (168) Denis JL, Champagne F. Análise da implantação. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
- (169) Aliança de Controle do Tabagismo Br. Embalagem e informações para os consumidores nos maços de cigarros. Fatos em Destaque [Internet]. 2008 [citado 2013 Set 13]; 11 p. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/106_Embalagem-e-Informacoes-Consumidores-Macos-de-Cigarros.pdf

- (170) Centro Cochrane do Brasil. Curso de revisão sistemática e metanálise [Internet]. [São Paulo]: Universidade Federal de São Paulo; c2001 [citado 2013 Jul 10]. Disponível em: <http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise/#>
- (171) Marx K. Prefácio à primeira edição alemã do primeiro volume de O Capital [Internet]. In: Obras escolhidas em três tomos. Moscovo: Progresso Lisboa; 1867 [citado 2013 Nov 1]. Disponível em: <http://www.marxists.org/portugues/marx/1867/07/25.htm#n51>
- (172) Mulrow CD. Systematic reviews: rationale for systematic reviews. *BMJ*. 1994;309-597.
- (173) Petticrew M. Systematic reviews from astronomy to zoology: myths and misconceptions. *BMJ*. 2001 Jan 13;322(7278):98-101.
- (174) Petticrew M. Systematic reviews in public health: old chesnuts and new challenges. *Bull World Health Organ*. 2009;87:163.
- (175) Petticrew M, Roberts H. Systematic reviews in the social sciences: a practical guide. Oxford: Blackwell; 2006.
- (176) New York Academy of Medicine [Internet]. Fourth International Conference on Grey Literature: new frontiers in grey literature; 1999 Oct 4-5; Washington. Washington: Greynet; 1999 [cited 2013 Nov 13]. Available from: <http://www.greylit.org/>
- (177) Health Knowledge: education, CPD and revalidation from phast [Internet]. Barret H, Kirwan M. Grey Literature. England: Public Health Textbooks; 2009 [cited 2013 Nov 12]. Available: <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/research-methods/1a-epidemiology/grey-literature>
- (178) Población DA. Literatura cinzenta ou não-convencional: um desafio a ser enfrentado. *Ci Inf*. 1992;21(3):243-246.
- (179) Alberani V, Pietrangeli, PDC, Mazza, AMR. The use of grey literature in health sciences: a preliminary survey. *Bull Med Libr Assoc*. 1990;78(4):358-363.
- (180) Lacerda GB. Editorial. *Rev Sociol Polit* [Internet]. 2009 Out [citado 2013 Out 12];17(34). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782009000300001>
- (181) Laufer M. O que fazer com a literatura cinza?. *Interciência* [Internet]. 2007 [citado 2013 Out 12];32(1). Disponível em: http://www.scielo.org.br/scielo.php?pid=S0378-18442007000100003&script=sci_arttext

- (182) Framework Convention Alliance for Tobacco Control. Home, congratulations new FCA board members! [Internet]. [cited 2013 Dec 4]. Available from: <http://www.fctc.org/>
- (183) Oliveira GJS. Lançamento da publicação OPAS/INCA: “Respira Brasil: as legislações de ambientes livres de fumo das cinco regiões do Brasil”. In: Seminário Sustentabilidade da Política de Controle do Tabagismo Hoje X Enfrentamento das Interferências Indevidas da Indústria do Fumo nas Políticas Públicas. Recife: Universidade de Pernambuco; 2012.
- (184) Wallace et al. Meeting the challenge: developing systematic reviewing in social policy. In: Petticrew M, Roberts H. Systematic reviews in the social sciences: a practical guide. Oxford: Blackwell; 2004.
- (185) Jadad A. Randomised controlled trials: a users guide. In: Petticrew M. Roberts H. Systematic reviews in the social sciences: a practical guide. Oxford: Blackwell; 2006.
- (186) Pawson R, Boaz A, Grayson L, Long A, Barnes C. Types and quality of knowledge in social care: Social Care Institute for Excellence. In: Petticrew M. Roberts H. Systematic reviews in the social sciences: a practical guide. Oxford: Blackwell; 2006.
- (187) Guerra Y. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: Serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; 2009.
- (188) Greenhalgh et al. How to spread good ideas: a systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organization. In: Petticrew M. Roberts H. Systematic reviews in the social sciences: a practical guide. Oxford: Blackwell; 2006.
- (189) Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Secretaria da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: diretrizes para implementação dos artigos 5.3, 8º, 11 e 13 [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2011 [citado 2013 Set 10]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/153f68004eb689db9faf9ff11fae00ee/Livreto+Diretrizes+CQCT+Arts+5%2C3%3B+8%3B+11%3B+13.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=153f68004eb689db9faf9ff11fae00ee>

ANEXOS

ANEXO A – Convenção-Quadro para o controle do tabaco da Organização Mundial da Saúde – CQCT/OMS

ESTRUTURA E CONTEÚDO DOS ARTIGOS

PARTE I: INTRODUÇÃO

Artigo 1

Uso de termos

Artigo 2

Relação entre a presente Convenção e outros acordos e instrumentos jurídicos

PARTE II: OBJETIVO, PRINCÍPIOS NORTEADORES E OBRIGAÇÕES GERAIS

Artigo 3

Objetivo

Artigo 4

Princípios norteadores

Artigo 5

Obrigações gerais

DESTAQUE: Artigo 5.3. *Ao estabelecer e implementar suas políticas de saúde pública relativas ao controle do tabaco, as Partes agirão para proteger essas políticas dos interesses comerciais ou outros interesses garantidos para a indústria do tabaco, em conformidade com a legislação nacional.*

PARTE III: MEDIDAS RELATIVAS À REDUÇÃO DA DEMANDA DE TABACO

Artigo 6

Medidas relacionadas a preços e impostos para reduzir a demanda de tabaco

Artigo 7

Medidas não relacionadas a preços para reduzir a demanda de tabaco – (Artigos 8 a 13)

Artigo 8

Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco

Artigo 9

Regulamentação do conteúdo dos produtos de tabaco

Artigo 10

Regulamentação da divulgação das informações sobre os produtos de tabaco

Artigo 11

Embalagem e etiquetagem de produtos de tabaco

Artigo 12

Educação, comunicação, treinamento e conscientização do público

Artigo 13

Publicidade, promoção e patrocínio do tabaco

Artigo 14

Medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco

PARTE IV: MEDIDAS RELATIVAS À REDUÇÃO DA OFERTA DE TABACO

Artigo 15

Comércio ilícito de produtos de tabaco

Artigo 16

Venda a menores de idade ou por eles

Artigo 17

Apoio a atividades alternativas economicamente viáveis

PARTE V: PROTEÇÃO AO MEIO AMBIENTE

Artigo 18

Proteção ao meio ambiente e à saúde das pessoas

PARTE VI: QUESTÕES RELACIONADAS À RESPONSABILIDADE

Artigo 19

Responsabilidade

PARTE VII: COOPERAÇÃO CIENTÍFICA E TÉCNICA E COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÃO

Artigo 20

Pesquisa, vigilância e intercâmbio de informação

Artigo 21

Apresentação de relatórios e intercâmbio de informação

Artigo 22

Cooperação científica, técnica e jurídica e prestação de assistência especializada

PARTE VIII: MECANISMOS INSTITUCIONAIS E RECURSOS FINANCEIROS

Artigo 23

Conferência das Partes

Artigo 24

Secretaria

Artigo 25

Relação entre a Conferência das Partes e outras organizações intergovernamentais

Artigo 26

Recursos financeiros

PARTE IX: SOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS

Artigo 27

Solução de controvérsias

PARTE X: DESENVOLVIMENTO DA CONVENÇÃO

Artigo 28

Emendas à presente Convenção

Artigo 29

Adoção e emenda de anexos desta Convenção

PARTE XI: DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 30

Reservas

Artigo 31

Denúncia

Artigo 32

Direito de voto

Artigo 33

Protocolos

Artigo 34

Assinatura

Artigo 35

Ratificação, aceitação, aprovação, confirmação oficial ou adesão

Artigo 36

Entrada em vigor

Artigo 37

Depositário

Artigo 38

Textos autênticos

Celebrado em GENEBRA aos 21 de maio de 2003.

Fonte:⁽¹⁷⁾.

ANEXO B – Notícia Folha de São Paulo 14/12/2013.**ESTRATÉGIAS DA INDÚSTRIA DO TABACO LIMITAM LEIS ANTIFUMO EM PAÍSES POBRES (14/12/2013)****Folha de S. Paulo**

<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2013/12/1385538-estrategias-da-industria-do-tabaco-limitam-leis-antifumo-em-paises-pobres.shtml>

Estratégias da indústria do tabaco limitam leis antifumo em países pobres

As empresas de tabaco estão resistindo à ascensão mundial das leis contra o fumo, usando uma estratégia legal pouco notada para adiar ou bloquear a regulamentação. O setor está avisando a esses países que suas leis sobre o tabaco violam uma rede crescente de tratados comerciais e de investimentos, levantando a perspectiva de batalhas legais prolongadas e caras. A informação é de autoridades e ativistas da saúde.

SABRINA TAVERNISE

DO "NEW YORK TIMES"

A estratégia vem ganhando força nos últimos anos, à medida que o tabagismo diminui nos países ricos e as empresas de tabaco procuram conservar seu acesso aos mercados rapidamente crescentes dos países em desenvolvimento. Representantes da indústria do cigarro dizem que há apenas alguns poucos casos de litígio ativo e que dar um parecer legal a governos é algo de rotina no caso de grandes atores cujos interesses serão afetados.

Mas, para os adversários do setor do tabaco, a estratégia intimida países de baixa e média renda, desencorajando-os de combater uma de suas maiores ameaças à saúde: o fumo. Eles dizem que a tática legal está enfraquecendo o maior tratado global de saúde pública, a Convenção da OMS para o Controle do Tabaco, que visa reduzir o tabagismo, incentivando as restrições à publicidade, embalagens e vendas de produtos de tabaco. Desde que a convenção entrou em vigor, em 2005, já foi firmada por mais de 170 países.

Mais de 5 milhões de pessoas morrem anualmente de causas relacionadas ao tabagismo, um número maior que as vítimas da Aids, malária e tuberculose juntas, segundo a Organização Mundial de Saúde.

Alarmada com o aumento do tabagismo entre mulheres jovens, em 2010 a Namíbia, no sul da África, aprovou uma lei de controle do cigarro, mas em pouco tempo se viu bombardeada de avisos da indústria do tabaco de que o novo estatuto viola as obrigações do país no quadro dos tratados comerciais.

"Temos inúmeras cartas recebidas dela [a indústria do tabaco]", disse o ministro da Saúde do país, Richard Kamwi.

Três anos depois o governo, com receio de encarar uma batalha legal de custo alto, ainda não implementou nenhuma medida da lei, como a limitação dos anúncios ou a inclusão de avisos grandes de saúde nas embalagens de cigarros.

A questão ganha urgência especial agora, no momento em que os Estados Unidos concluem negociações com 11 países do Pacífico sobre um novo e importante tratado comercial que se pretende que seja um modelo para as regras do comércio internacional. Funcionários do governo americano dizem que a ideia é que o novo tratado eleve os padrões de saúde pública. Eles apontam para o tabaco como ameaça à saúde. A linguagem usada desagradou à Câmara de Comércio dos EUA, para a qual a inclusão do tabaco deixará aberta a porta para que outros produtos, como refrigerantes ou açúcar, sejam fortemente regulamentados em outros países.

"Nossa meta com este pacto é proteger as normas legítimas de saúde que os países signatários do pacto desejam --protegê-las contra os esforços das empresas de cigarros para enfraquecê-las", disse o representante comercial dos EUA, Michael Froman, em entrevista telefônica. Segundo ele, o texto do acordo ainda não foi finalizado.

Mas defensores da saúde pública dizem que o texto atual não impede países de serem processados quando adotam medidas fortes de controle do tabaco. Para alguns especialistas comerciais, contudo, o pacto pode reduzir as chances das empresas de tabaco vencerem as ações judiciais. No outono [do hemisfério norte] deste ano, mais de 50 deputados e 12 senadores mandaram cartas à administração americana expressando preocupação.

O consumo de tabaco mais que dobrou no mundo em desenvolvimento entre 1970 e 2000, segundo as Nações Unidas. Boa parte do aumento se deu na China, mas o consumo vem crescendo substancialmente na África, onde o índice de tabagismo era tradicionalmente baixo. Hoje mais de três quartos dos fumantes do mundo vivem no mundo em desenvolvimento.

A diretora geral da OMS, Margaret Chan, disse em discurso no ano passado que as

ações legais movidas contra o Uruguai, Noruega e Austrália "tiveram o objetivo proposital de meter medo" nos países que tentam reduzir o tabagismo.

"O lobo não está mais disfarçado em pele de cordeiro, e está arreganhando os dentes", ela afirmou.

As empresas de tabaco estão fazendo objeção às leis vigentes em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Elas dizem que respeitam os esforços dos países para proteger a saúde pública, mas enfrentam dificuldades para promover suas marcas, à medida que mais países proíbem os comerciais de cigarros. Com frequência o único espaço que resta é a própria embalagem dos cigarros, e mesmo esse espaço está encolhendo, na medida em que alguns países exigem que as embalagens sejam cobertas de imagens chocantes de pessoas com câncer. Na Austrália, os nomes de marca dos cigarros foram reduzidos a letras uniformes sobre um fundo verde-oliva simples.

"A remoção de nossas marcas registradas remove nossas garantias ao consumidor quanto à origem e qualidade de nossos produtos legalmente disponíveis, tornando impossível distinguir nossos produtos daqueles de nossos concorrentes", queixou-se Gareth Cooper, diretor de regulamentação da British American Tobacco.

No início dos anos 1990, o governo americano pressionava países a abrir seus mercados às empresas de tabaco americanas. Enquanto subiam os índices de tabagismo em alguns desses países, crescia o ultraje. Em 2001 o presidente Bill Clinton emitiu uma ordem executiva proibindo o governo americano de fazer lobby em prol da indústria de tabaco. Mas surgiram outros tipos de acordos comerciais que dão direitos às empresas.

O objetivo desses tratados é promover a prosperidade, ao reduzir as barreiras comerciais e proteger investidores contra desapropriações por governos estrangeiros. Os tratados permitem que empresas movam ações judiciais diretamente, em vez de terem que persuadir um governo a engajar-se com sua causa. Desde a década de 1990 eles proliferaram e hoje chegam a cerca de 3.000, contra algumas centenas no final da década de 1980, segundo o professor de direito Robert Stumberg, do Instituto Harrison de Direito Público, da Universidade Georgetown. Entre seus clientes estão grupos de combate ao tabagismo.

Patricia Lambert, diretora do consórcio legal internacional da Campanha por Crianças Livres de Tabaco, disse que pelo menos quatro países africanos --Namíbia, Gabão, Togo e Uganda-- já receberam avisos da indústria do tabaco de que suas leis violam os tratados internacionais.

"Estão tentando intimidar todo o mundo", disse Jonathan Liberman, diretor do Centro McCabe de Direito e Câncer, na Austrália, que dá apoio jurídico a países processados por empresas de tabaco. Na Namíbia, o setor do tabaco diz que a exigência de inclusão de grandes avisos sobre as embalagens de cigarros viola seus direitos de propriedade intelectual e pode alimentar a produção falsificada.

Gareth Cooper, da British American Tobacco, cuja afiliada local enviou um parecer legal ao governo, disse em e-mail que os países deveriam "considerar o contexto mais amplo da implementação de normas que possam impactar o comércio".

O advogado comercial Thomas Bollyky, membro do Conselho de Relações Exteriores, disse que muitos países em desenvolvimento estão em desvantagem em casos de investimento, por não possuírem a perícia legal especializada ou os recursos necessários para se defender.

O Uruguai já admitiu que, se o prefeito em final de mandato de Nova York, Michael R. Bloomberg, não tivesse pago pela defesa da lei, o país teria sido obrigado a desistir de sua lei de controle do tabaco e fechar um acordo com a Philip Morris International. (A receita bruta da Philip Morris no ano passado foi de US\$77 bilhões, valor que supera consideravelmente o produto interno bruto do Uruguai.) Mesmo países desenvolvidos como Canadá e Nova Zelândia recuaram das leis antitabagismo que previam implementar, disse Bollyky, diante das alegações sobre o tratado de investimentos.

A batalha legal que está sendo observada com mais atenção está sendo travada na Austrália, onde o setor do tabaco perdeu uma ação nos tribunais domésticos no ano passado. A Philip Morris International moveu uma ação invocando um tratado de investimento entre a Austrália e Hong Kong, onde a firma tem uma filial. O julgamento, que não será aberto ao público, terá lugar em Cingapura e será decidido não por juízes, mas por árbitros externos.

A Philip Morris International possui dezenas de subsidiárias, disse Stumberg, fato que lhe permite "jogar o jogo do tratado com muito mais destreza".

As empresas estão até pagando a países para que apresentem seus argumentos contra outros países na OMC. A Ucrânia registrou uma queixa junto à OMC contra a lei de embalagem de cigarros da Austrália, apesar de os dois países praticamente não terem laços comerciais. Cooper admitiu que sua empresa está ajudando a Ucrânia a pagar a conta legal, mas disse que essa é uma prática padrão em disputas levadas à OMC.

Bashupi Maloboka, um funcionário do Ministério da Saúde que conduziu a lei de

controle de tabaco até ser aprovada na Namíbia, disse que a tática usada pelo setor dos cigarros tornou mais lento um processo que já era extremamente vagaroso.

"O receio é que eles [os fabricantes de cigarros] têm dinheiro e recursos. Podem pagar por qualquer coisa", disse Maloboka, que se aposentou no ano passado. Mas Richard Kamwi, o ministro da Saúde, espera que as normas para a implementação da lei de 2010 sejam concluídas em 2014. "Decidimos dar um basta", ele disse. "Se quiserem nos processar, os veremos no tribunal."

- Tradução de Clara Allain

ANEXO C – Notícia Folha de São Paulo 07/02/2014

FOLHA DE S.PAULO Lobby do tabaco na Justiça é nefasto e atrasa o país

Vera Luiza da Costa e Silva

Brasileira que chefiará a Convenção-Quadro Contra o Tabaco critica a pressão da indústria

FLÁVIA FOREQUE e JOHANNA NUBLAT, DE BRASÍLIA

A partir de junho, uma brasileira terá a tarefa de organizar as discussões e práticas mundiais relacionadas às políticas antitabagistas.

A carioca Vera Luiza da Costa e Silva, 62, estará à frente do secretariado da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, tratado internacional negociado sob patrocínio da OMS (Organização Mundial da Saúde) em vigor desde 2005. Nos próximos quatro anos, ela trabalhará na sede da OMS em Genebra.

Coordenadora do Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz), Silva critica o que vê como "lobby nefasto" da indústria do tabaco no Judiciário, que conseguiu suspender o veto da Anvisa aos aditivos de sabor.

Ela defende que o Brasil se articule para barrar o comércio ilícito de cigarros e, para isso, vê como fundamental o engajamento do novo ministro da Saúde, Arthur Chioro.

Folha - Como a sra. avalia a atuação do Brasil no combate ao tabagismo?

Vera Luiza da Costa e Silva - Tem avançado muito no controle do tabagismo. O país não se furtou a fazer o que precisava, mas algumas áreas estão um pouco lentas.

Uma é a regulação da lei [federal] de 2011 que cria ambientes livres de fumo e encaminha a proibição da publicidade nos pontos de venda.

Outra é a definição do papel regulatório da Anvisa na área do tabaco, que vem sendo questionado. É preciso que haja uma mensagem clara do Judiciário de que a Anvisa pode e deve regular todos os produtos legais de consumo que afetam a saúde do brasileiro.

Uma terceira é a interferência da indústria do tabaco sobre as políticas governamentais. A indústria possui lobistas para impedir que regulações mais restritas passem, e vem tentando corromper o Judiciário para impedir que a proibição dos aditivos [estabelecida pela Anvisa em 2012] entre em vigor. E ela precisa entrar. É pelas nossas crianças que temos que fazer isso.

Esse lobby da indústria é nefasto e coloca o país para trás. Ele torna o Brasil cada vez

mais subdesenvolvido.

Há chances de o país avançar nas políticas em ano eleitoral?

Ainda há tempo hábil para que essa regulação [dos ambientes livres de fumo] seja assinada [pelo governo federal]. Até onde eu sei, essa regulamentação já está pronta. É uma questão de se dar prioridade a isso. A Anvisa apoiou, no final do ano, a adoção das embalagens genéricas do cigarro, mas qual é a chance de uma medida polêmica como essa prosperar?

Como classificar as políticas antitabagistas brasileiras no contexto internacional?

Apesar da pressão da indústria no Brasil, continuamos na vanguarda. Temos desafios: o comércio ilícito do tabaco, ajustar o tratamento dos fumantes e não se deixar influenciar pelo lobby da indústria, que usa grupos de fachada. Ela tem usado plantadores de fumo, como se [adotar medidas restritivas ao tabaco] fosse influenciar a política econômica, diminuindo a demanda pelo produto e a oferta de trabalho. Não é verdade: a maior parte do fumo brasileiro é exportado.

O governo tem que estimular as políticas de diversificação e substituição das culturas. Isso é um grande passo.

Qual é o peso do comércio ilícito? E como o protocolo sobre o tema, adotado na Convenção-Quadro, pode ajudar?

O comércio ilícito é um problema que transcende fronteiras. O Brasil é o maior exportador de fumo em folha do mundo e exporta para países vizinhos, que têm, na divisa com o Brasil, fábricas que manufaturam os cigarros, que voltam ilegalmente para o Brasil, estimulando o consumo pelo preço mais baixo e aumentando a criminalidade.

Não vai haver solução sem que o país se articule com Uruguai, Paraguai, Argentina e Bolívia. A tônica do protocolo de comércio ilícito [adotado no âmbito da Convenção-Quadro, mas que precisa ser ratificado por 40 países para entrar em vigor] está na cooperação internacional.

É muito importante que esse protocolo entre em vigor o quanto antes para que se criem sistemas de monitoramento do caminho desses produtos de tabaco. É nisso que está a necessidade de o Brasil manifestar seu apoio ao tratado e ratificar o tratado.

O novo ministro da Saúde [Arthur Chioro] tem de incentivar esse tipo de processo. Se a Saúde não fizer pressão, outros setores dificilmente vão ser convencidos a fazer isso.

Endereço da página: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/saudeciencia/151063-lobby-do-tabaco-na-justica-e-nefasto-e-atrasa-o-pais.shtml>