

mpower UM PLANO DE MEDIDAS PARA REVERTER A EPIDEMIA
DE TABAGISMO

mpower



**Organização
Mundial da Saúde**



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

*Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde*

Catálogo da Biblioteca da OMS:

MPOWER: UM PLANO DE MEDIDAS PARA REVERTER A EPIDEMIA DE TABAGISMO.

1. Tabagismo – prevenção e controle. 2. Transtorno pelo uso de tabaco – prevenção e controle. 3. Cessação do fumo. 4. Política de Saúde. I. Organização Mundial da Saúde.

ISBN 978 92 4 159663 3

(Classificação NLM:WM 290)

© Organização Mundial da Saúde, 2008

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial de Saúde podem ser obtidas por meio das Edições OMS, Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (tel: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857); e-mail: bookorders@order.int). As solicitações de autorização para reproduzir ou traduzir as publicações da OMS – tanto para venda ou para distribuição sem fins comerciais – devem ser encaminhadas a Edições OMS, no endereço supracitado (fax: + 41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

As denominações empregadas nesta publicação e a forma como aparecem apresentados os dados não implicam, por parte da Organização Mundial da Saúde, qualquer juízo sobre a condição legal dos países, territórios, cidades ou áreas, ou de suas autoridades, tampouco em relação ao traçado de suas fronteiras ou limites. As linhas descontinuas nos mapas representam, de forma aproximada, as fronteiras sobre as quais pode não haver pleno acordo.

A menção de determinadas empresas ou de nomes comerciais de certos produtos não implica que a Organização Mundial de Saúde os aprove ou recomende em preferência a outros de natureza similar que não foram mencionados. Exceto em caso de erro ou omissão, os nomes de produtos patenteados aparecem com a primeira letra maiúscula.

A Organização Mundial da Saúde adotou todas as precauções razoáveis para verificar a informação apresentada nesta publicação. Contudo, o material publicado é distribuído sem garantia alguma, explícita ou implícita. O leitor é responsável pela interpretação e pelo uso que fizer deste material e, em hipótese alguma, a Organização Mundial de Saúde será responsabilizada por qualquer dano resultante de sua utilização.

Impresso na Suíça.

UM PLANO DE MEDIDAS PARA
REDUZIR A EPIDEMIA DE TABAGISMO

mpower





Monitor	Monitorar o uso de tabaco e políticas de prevenção
Protect	Proteger a população contra a fumaça do tabaco
Offer	Oferecer ajuda para cessação do fumo
Warn	Advertir sobre os perigos do tabaco
Enforce	Fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio
Raise	Aumentar os impostos sobre o tabaco

Índice

1 INTRODUÇÃO

10 VISÃO DO MPOWER SOBRE O CONTROLE DO TABACO

13 PLANO DE POLÍTICAS E INTERVENÇÕES DO **mpower**

Protect: Proteger a população contra a fumaça do tabaco

Offer: Oferecer ajuda para a cessação do fumo

Warn: Advertir sobre os perigos do tabaco

Enforce: Fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio

Raise: Aumentar os impostos sobre o tabaco

31 VIGILÂNCIA, SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO DO **mpower**

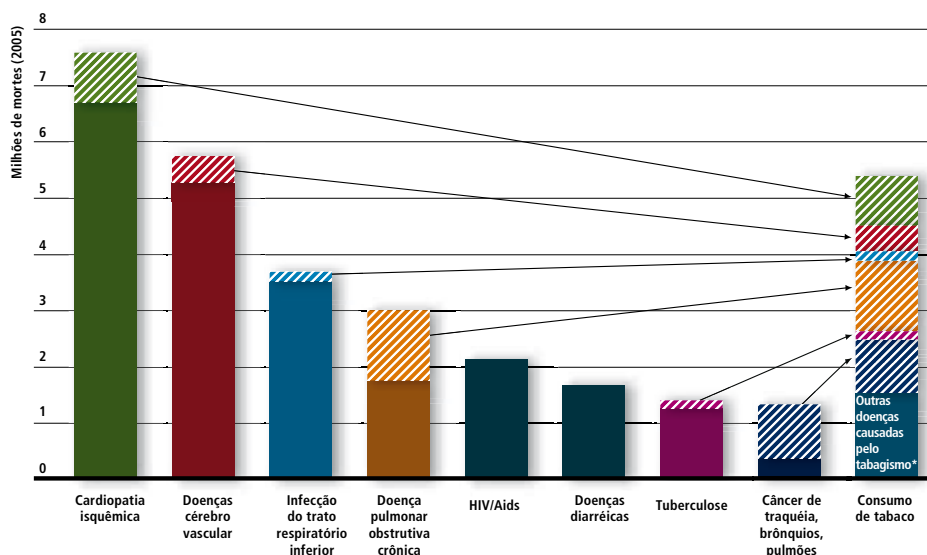
33 **mpower** E OS PROGRAMAS NACIONAIS DE CONTROLE DO TABACO

35 CONCLUSÃO

36 DEFINIÇÕES

37 REFERÊNCIAS

O CONSUMO DE TABACO É UM FATOR DE RISCO PARA SEIS DAS OITO PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE NO MUNDO



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 cardiopatía isquêmica e as doenças cérebro vasculares.

Fonte: Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11); e442. Foram obtidas informações adicionais através de comunicações pessoais com Mathers.

Fonte dos números revisados para HIV/AIDS: *AIDS Epidemic Update*. Genebra, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (ONUSIDA) e Organização Mundial da Saúde (OMS), 2007.

Introdução

O tabaco é a maior causa isolada de morte passível de prevenção no mundo atualmente, matando até metade dos seus consumidores. Mais de um bilhão de pessoas fumam no mundo todo, das quais aproximadamente 1/4 são adultos. O tabagismo mata mais de cinco milhões de pessoas, por ano, em todo o planeta. O consumo de tabaco continua a aumentar nos países em desenvolvimento devido ao crescimento constante da população e às agressivas campanhas de marketing da indústria do tabaco.

Se as tendências atuais continuarem neste curso, em 2030 o tabagismo matará mais de oito milhões de pessoas ao ano. No final deste século, haverá matado um bilhão de pessoas. Estima-se que mais de 3/4 dessas mortes ocorrerão em países de baixa e média rendas.¹

O tabagismo é um fator de risco para seis das oito principais causas de mortalidade no mundo. Fumar causa câncer de pulmão, de laringe, nos rins, de bexiga, de estômago, de cólon, da cavidade oral e de esôfago, assim como leucemia, bronquite crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica, cardiopatia isquêmica, derrame cerebral, aborto e parto prematuro, deformidades de nascimento e infertilidade, entre outras doenças. O resultado é um sofrimento que poderia ter sido prevenido e a perda de muitos anos de vida produtiva. O consumo de tabaco também gera prejuízos econômicos para as famílias e para os países, devido aos salários que deixam de ser recebidos, à redução da produtividade e ao aumento nos custos da assistência à saúde.

Frequente e equivocadamente, o tabagismo é percebido como uma opção exclusivamente pessoal. Contudo, este conceito é contestado pelo fato de que a maioria dos fumantes deseja parar quando toma consciência dos efeitos do tabaco sobre a saúde, mas encontra grandes dificuldades devido à natureza aditiva da nicotina. Além disso, há uma indústria poderosa, em nível mundial, que gasta dezenas de bilhões de dólares anualmente em marketing, utilizando grupos de pressão e publicitários altamente qualificados para manter e aumentar o consumo do tabaco.²

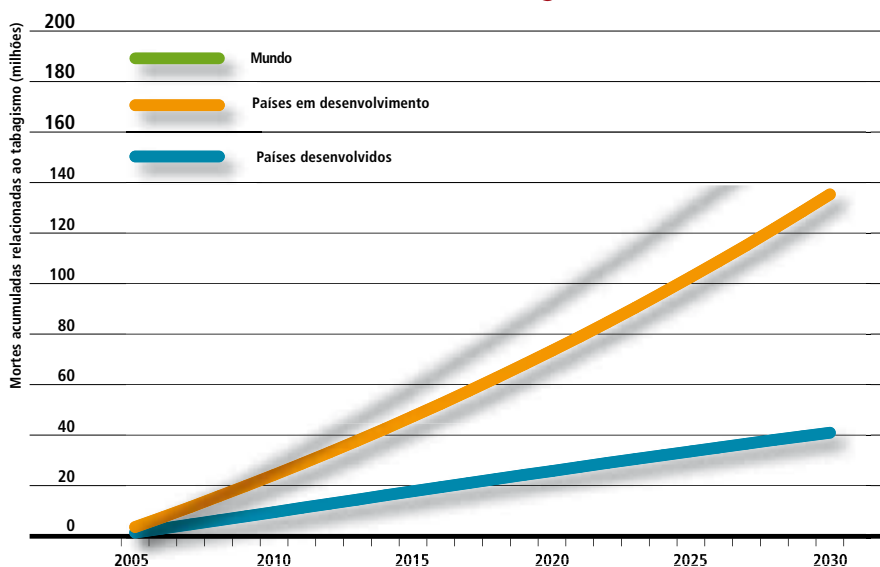
Foi comprovado que diversas estratégias reduzem o tabagismo. Contudo, mais de 50 anos depois de os riscos do fumo para a saúde terem sido demonstrados cientificamente, e mais de 20 anos depois de as evidências confirmarem o risco da fumaça do tabaco para não fumantes, poucos países aplicaram estratégias eficazes e reconhecidas para controlar a epidemia do tabagismo. Isto é ainda menos provável nos países em

desenvolvimento. A indústria do tabaco se dirige especificamente às mulheres e aos jovens adultos destes países, pois considera que eles têm maior potencial para aumentar suas vendas e benefícios.³ Além disso, em alguns países os governos têm um interesse direto ou indireto no cultivo e na produção do tabaco, sendo este outro fator que restringe a adoção de medidas.

Os esforços internacionais realizados pela OMS levaram à rápida adoção da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT da OMS),⁴ que conta com 168 signatários e mais de 150 Partes. A CQCT da OMS estabelece os princípios e o contexto para a formulação de políticas, o planejamento de intervenções e a mobilização de recursos políticos e financeiros para o controle do tabagismo. Para atingir suas metas será necessária a coordenação entre diversos organismos governamentais, instituições acadêmicas, associações de profissionais e organizações da sociedade civil no plano nacional, assim como o apoio coordenado da cooperação internacional e dos organismos de desenvolvimento.

O TABACO MATARÁ MAIS DE 175 MILHÕES DE PESSOAS NO MUNDO ATÉ O ANO 2030

Mortalidade cumulativa relacionada ao tabagismo, 2005 – 2030



Fonte: Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine, 2006, 3(11):e442.

Os países membros da CQCT da OMS se comprometeram a proteger a saúde de suas populações, aderindo à luta contra a epidemia de tabagismo. Para ajudar os países a cumprirem a promessa da CQCT da OMS e transformar esse consenso mundial em uma realidade global, este documento apresenta o **mpower**, um pacote de políticas baseado nas medidas da CQCT da OMS, cuja capacidade de reduzir a prevalência do consumo de tabaco já foi comprovada.⁵

O pacote de políticas **mpower** é parte integral do Plano de Ação da OMS para Prevenção e Controle de Doenças não Transmissíveis, que será apresentado na 61ª reunião da Assembleia Mundial da Saúde. O pacote resulta da adoção de uma resolução na 53ª reunião, realizada em 2000, onde foi dada prioridade à prevenção e ao controle daquelas doenças.

O controle do tabaco requer um firme compromisso político e a participação da sociedade civil.⁶ Este documento pretende servir de referência aos *stakeholders* dos vários países, para ajudá-los a colocar em prática as políticas de controle do tabaco que são propostas no plano de medidas **mpower**. Sua finalidade é ajudar no planejamento, estabelecimento e avaliação de parcerias nacionais e internacionais e, ao mesmo tempo, facilitar o acesso aos recursos financeiros destinados às atividades de controle do tabaco. O plano tem quatro seções:

- Visão do controle de tabaco do **mpower**.
- Pacote de políticas e intervenções do **mpower**.
- Vigilância, monitoramento e avaliação do **mpower**.
- **mpower** e os programas nacionais de controle do tabaco.

A Visão do Controle de Tabaco do **mpower**

O pacote **mpower** incentiva os formuladores de políticas, junto com a sociedade, inclusive a sociedade civil, os prestadores de serviços de saúde e outros, a conceber um mundo livre do tabaco. Além disso, o plano de medidas **mpower** oferece os instrumentos necessários para criar um mundo que reduza o consumo de tabaco, mediante a promoção de um contexto jurídico e sócio-econômico que favoreça a vida sem fumo. A meta é um mundo onde nenhum adulto esteja exposto à fumaça do tabaco.

O pacote **mpower** para reduzir o tabagismo em nível mundial demanda a aplicação de políticas e intervenções de controle de eficácia comprovada, com base nos dados coletados em pesquisa sistêmicas elaboradas para disponibilizar e aprimorar sua implementação, e um rigoroso monitoramento deve ser feito para avaliar seu impacto. As intervenções devem ser implementadas com ampla cobertura, já que a aplicação parcial poderá ser insuficiente para reduzir o consumo de tabaco entre a população. Para aplicar o pacote de políticas **mpower**, os países devem:

- **m**onitor Monitorar o uso de tabaco e políticas de prevenção
- **p**rotect Proteger a população contra a fumaça do tabaco
- **o**ffer Oferecer ajuda para cessação do fumo
- **w**arn Advertir sobre os perigos do tabaco
- **e**nforce Fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio
- **r**aise Aumentar os impostos sobre o tabaco

O quadro da próxima página apresenta um resumo das políticas e intervenções do **mpower**. As políticas são complementares e sinérgicas. Por exemplo, o aumento dos impostos ajudará os fumantes a parar de fumar, reduzirá o número de novos fumantes e protegerá as pessoas da exposição ao fumo passivo. As proibições sobre as atividades de promoção da indústria do tabaco e a publicidade antitabagismo servirão para conscientizar a população sobre os riscos que o consumo de tabaco acarreta para a saúde, modificarão a forma como o tabagismo é percebido e facilitarão a adoção de decisões normativas. Também apoiarão a observação da legislação fiscal, as proibições de publicidade e as leis que proporcionam ambientes livres de fumo. É necessário um monitoramento rigoroso para obter informações de referência, centrar as atividades, acompanhar os progressos e avaliar os resultados das intervenções.



Criemos as crianças em ambientes livres de fumo

Políticas e Intervenções do Pacote **mpower**

<p>m</p> <p>MONITOR MONITORAR O USO DE TABACO</p> <p>Atividade transversal m1</p> <p>Obter dados periódicos representativos em nível nacional e baseados na população, sobre os indicadores chaves do consumo de tabaco entre jovens e adultos.</p>	<p>P</p> <p>PROTEGER A POPULAÇÃO CONTRA A FUMAÇA DO TABACO</p> <p>Intervenção P1</p> <p>Promover e fazer cumprir leis sobre ambientes 100% livres de fumo nos estabelecimentos de saúde e educacionais, assim como em todos os lugares públicos fechados, inclusive locais de trabalho, restaurantes e bares.</p>
	<p>O</p> <p>OFERECER AJUDA PARA CESSAÇÃO DO FUMO</p> <p>Intervenção O1</p> <p>Fortalecer os sistemas de saúde para que facilitem o aconselhamento sobre cessação, na assistência primária à saúde. Apoiar a criação de linhas telefônicas para ajudar a cessação e outras iniciativas comunitárias, junto com tratamento farmacológico de fácil acesso e baixo custo, quando cabível.</p>
	<p>W</p> <p>ADVERTIR SOBRE OS PERIGOS DO TABACO</p> <p>Intervenção W1</p> <p>Exigir que a embalagem inclua advertências eficazes</p> <p>Intervenção W2</p> <p>Realizar publicidade antitabagismo</p> <p>Intervenção W3</p> <p>Obter a cobertura gratuita das atividades de controle do tabagismo pelos meios de comunicação</p>
	<p>E</p> <p>FAZER CUMPRIR AS PROIBIÇÕES SOBRE PUBLICIDADE, PROMOÇÃO E PATROCÍNIO</p> <p>Intervenção E1</p> <p>Promulgar e fazer cumprir leis eficazes que proíbam qualquer tipo publicidade, promoção e patrocínio diretos do tabaco.</p> <p>Intervenção E2</p> <p>Promulgar e fazer cumprir leis eficazes que proíbam qualquer tipo publicidade, promoção e patrocínio, mesmo que indiretos, do tabaco.</p>
	<p>r</p> <p>AUMENTAR OS IMPOSTOS DOS PRODUTOS DE TABACO</p> <p>Intervenção r1</p> <p>Aumentar a taxação sobre o tabaco e assegurar que os impostos sejam ajustados regularmente, conforme as taxas de inflação, e aumentem mais rapidamente do que o poder aquisitivo dos consumidores.</p> <p>Intervenção r2</p> <p>Fortalecer a administração fiscal para reduzir o comércio ilícito de produtos de tabaco</p>

O Pacote de Políticas e Intervenções do mPOWER

A seguir, descrevemos as estratégias que comprovaram seu poder de reduzir o consumo de tabaco. Elas deram bons resultados em muitos países e há indicativos que possuem um impacto sinérgico.



Proteger a população contra a fumaça do tabaco

Objetivo: Ambientes 100% livres de fumo em todos os espaços públicos e locais de trabalho fechados, inclusive restaurantes e bares.

O tabagismo passivo causa um amplo leque de doenças, entre as quais doenças do coração, câncer de pulmão e doenças das vias respiratórias.⁷ Não existe um nível seguro de exposição à fumaça. Os ambientes completamente livres de fumo são o único meio comprovado de proteger adequadamente as pessoas em relação aos efeitos nocivos do fumo passivo. Eles protegem não apenas os não-fumantes⁸, mas também ajudam aqueles que querem parar de fumar.⁹

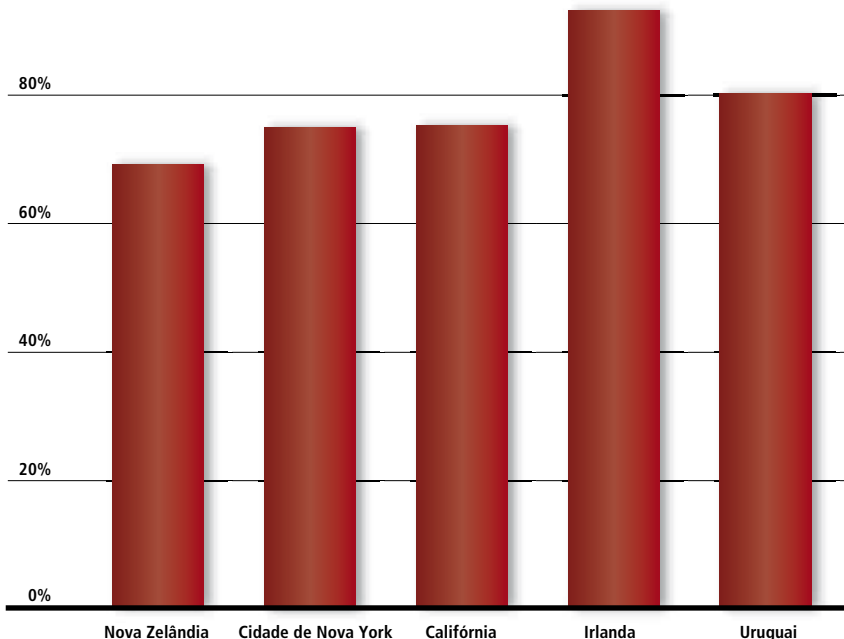
Intervenção p1. Promover e fazer cumprir leis sobre ambientes 100% livres de fumo nos estabelecimentos de saúde e educacionais, assim como em todos os lugares públicos fechados, inclusive locais de trabalho, restaurantes e bares.

Considerando as doenças causadas pelo fumo passivo, é inaceitável permitir que se fume em qualquer parte de qualquer centro de saúde, desde postos de saúde até os principais hospitais. Todos os estabelecimentos de saúde devem ser livres de fumo, inclusive aqueles administrados pelo governo, por organizações não governamentais (ONGs) e serviços privados de assistência à saúde.

AMBIENTES LIVRES DE TABACO SÃO POPULARES

Apoio à proibição total de fumar em bares e restaurantes, depois da aplicação

100%



Nova Zelândia

Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand. Aotearoa New Zealand smokefree workplaces: a 12-month report. Wellington, Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand, 2005 (http://www.no-smoke.org/pdf/NZ_TwelveMonthReport.pdf, consultado em 5 de dezembro de 2007).

Cidade de Nova York

Chag C et al. The New York City Smoke-Free Air Act: second-hand smoke as a worker health and safety issue. *American Journal of Industrial Medicine*, 2004, 46 (2): 188 – 195. Bassett, M. Tobacco Control: the New York City experience. New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2007 (<http://hopkins-famri.org/PPT/Bassett.pdf>, consultado em 8 de novembro de 2007).

Califórnia

California bar patrons field research corporation pools, de março de 1998 and September 2002, Sacramento, Tobacco Control Section, California Department of Health Services, November 2002.

Irlanda

Office of Tobacco Control. Smoke-free workplaces in Ireland: a one-year review. Department of Health and Children, 2005 (http://www.otc.ie/uploads/1_Year_Report_FA.pdf, consultado em 5 de novembro de 2007).

Uruguai

Organização Pan-Americana de Saúde. *Estudio de 'Conocimiento y actitudes hacia el decreto 188/005'. (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados)*. Outubro de 2006 (http://www.presidencia.gub.uy/web/noticias/2006/12/informeo_dec268_mori.pdf, consultado em 5 de dezembro de 2007).

Além dos estabelecimentos de saúde, todos os estabelecimentos de ensino devem estar livres de fumo. Universidades livres de fumo são particularmente importantes para proteger os jovens do consumo de tabaco e da exposição ao tabagismo passivo.

A CQCT da OMS destaca a importância de conseguir que todos os locais de trabalho fechados sejam livres de fumo¹⁰. As Partes da CQCT da OMS adotaram, por unanimidade, diretrizes detalhadas sobre como proteger a população contra tabagismo passivo.¹¹ As leis de ambientes livres de fumo protegem os trabalhadores e a população, e não são prejudiciais aos negócios, salvo para a indústria de tabaco.

Nos países de alta renda, foi comprovado que os ambientes públicos e locais de trabalho livres de fumo reduzem o consumo de tabaco em 3% a 4%.⁹ Os fumantes que trabalham em locais livres de fumaça têm mais de o dobro de possibilidades de parar de fumar do que os que trabalham onde o fumo é permitido.¹²

É mais fácil os governos proibirem o fumo nos locais que estão sob seu controle direto (por exemplo, nas dependências dos órgãos públicos). Contudo, como a imensa maioria da população de quase todos os países trabalha no setor privado, é importante promulgar leis que proíbam fumar em todos os ambientes de trabalho fechados. Em um determinado setor (por exemplo, restaurantes ou bares), seria recomendável que todos os estabelecimentos se tornassem livres do fumo ao mesmo tempo, ao invés de se limitar àqueles com determinadas características ou dimensões. A aplicação uniforme de leis que propiciem ambientes livres de fumo dentro de um determinado setor assegura a igualdade de oportunidades para todas as empresas afetadas. Os meios de transporte público, incluindo as estações e os táxis, também devem estar livres de fumo.

Pode ser um desafio aplicar medidas em prol de ambientes livres de fumo em restaurantes, bares e boates. Contudo, a experiência de um número cada vez maior de países e estados demonstra que é possível promulgar e fazer cumprir proibições eficazes naqueles estabelecimentos. Também demonstra que a população aceita as proibições, sem prejudicar os negócios, melhorando a saúde.^{13, 14, 15} Dados econômicos podem ser usados para combater os falsos argumentos da indústria do tabaco no sentido de que a implementação de ambientes livres de fumo geraria prejuízos econômicos.^{16, 17}

São necessárias leis para criar ambientes livres de fumo, pois já foi demonstrado que as medidas voluntárias são ineficientes. A ventilação e os espaços reservados a fumantes não reduzem a exposição ao tabagismo passivo para níveis aceitáveis ou seguros.^{18 19} É essencial contar com um bom planejamento, recursos suficientes, compromisso político firme, uso eficiente dos meios de comunicação, uma redação meticulosa das leis e a participação da sociedade civil.²⁰ Ao aplicar as leis sobre ambientes livres de fumo, é fundamental que os

governos gerem um amplo apoio público mediante campanhas de educação da população.

²¹ As campanhas de educação orientadas a sensibilizar os proprietários de empresas sobre os benefícios gerados por ambientes de trabalho livres de fumo, inclusive o fato de que não prejudicam seus negócios, podem reduzir a oposição da comunidade empresarial.

Uma vez promulgadas, estas leis devem ser devidamente respeitadas. No período imediatamente posterior à sua promulgação, pode ser necessário um enfoque mais ativo para fazer cumprir as medidas e evidenciar o compromisso do governo. Quando for alcançado um alto nível de observância, pode ser possível reduzir as medidas oficiais de cumprimento da lei, já que os ambientes livres de fumo tendem a se manter automaticamente nos locais onde a população e a comunidade empresarial apoiam as medidas e as leis que propiciam tais ambientes.

A forma mais eficiente de assegurar o cumprimento das leis de ambientes livres de fumo é responsabilizar os proprietários e encarregados dos estabelecimentos. Em muitos países, os proprietários das empresas têm o dever legal de proporcionar locais de trabalho seguros a seus funcionários. É mais provável garantir o cumprimento impondo multas e outras sanções aos proprietários dos negócios do que multando os fumantes. A observância da legislação e seu impacto devem ser regularmente monitorados. Depois da promulgação de leis que favoreçam ambientes livres de fumo, a avaliação e a publicidade sobre a inexistência de efeitos negativos para as empresas aumentarão ainda mais o cumprimento e a aceitação delas.



Oferecer ajuda para cessação do fumo

Objetivo: Serviços de fácil acesso para o tratamento clínico da dependência do tabaco em 100% dos centros de serviço básico de saúde e com os recursos da comunidade.

Como a maioria dos fumantes é dependente da nicotina, que é uma droga aditiva, eles enfrentam dificuldade em abandonar o tabaco, mesmo quando fazem um esforço concentrado para isso. Os fumantes que entendem o risco de ter doenças relacionadas ao fumo e morrer prematuramente têm mais probabilidade de tentar parar. Uma vez tomada essa decisão, a maioria dos que conseguem não recorre a intervenção alguma, embora a ajuda aumente bastante as taxas de cessação.^{22, 23} Dos fumantes diários que tentam parar sem ajuda, entre 90% a 95% terão recaída.²²

Os sistemas nacionais de assistência à saúde, incluindo governos, seguridade social, ONGs e serviços de clínicas particulares, são os principais encarregados de tratar da dependência do tabaco.²⁴ Considerando que o foco das intervenções para o tratamento clínico está nos indivíduos, elas são menos custo-efetivas do que outras estratégias **mpower** em reduzir o consumo de tabaco em geral, apesar de proporcionarem uma ajuda importante para os fumantes que querem parar para proteger sua saúde e suas vidas. Além disso, têm um impacto grande na saúde e são mais custo-efetivas do que a maioria das atividades realizadas no marco dos sistemas de atenção à saúde.²⁵

Os governos que aplicam intervenções de controle de tabaco desempenham um importante papel na hora de ajudar os fumantes a largarem o fumo. Muitos fumantes terão dificuldades, mesmo quando são aplicadas estratégias que comprovadamente aumentam as taxas de abandono, ou seja, aumento dos preços, proibição de qualquer publicidade, marketing e promoção, restrição dos locais onde as pessoas podem fumar, e campanhas de educação sobre os perigos do tabaco. O apoio às pessoas que querem parar de fumar também pode reduzir a oposição a outros elementos normativos do plano de medidas **mpower**. Os governos podem subsidiar os serviços prestados para cessação utilizando a renda proveniente dos impostos sobre tabaco.

Há duas principais intervenções para facilitar parar de fumar. A primeira é o aconselhamento, inclusive com entrevistas presenciais com médicos e outros profissionais de saúde, incorporado ao serviço médico comum, assim como as linhas de telefone de ajuda à cessação e os programas comunitários. A segunda é o acesso a um tratamento farmacológico de baixo custo.

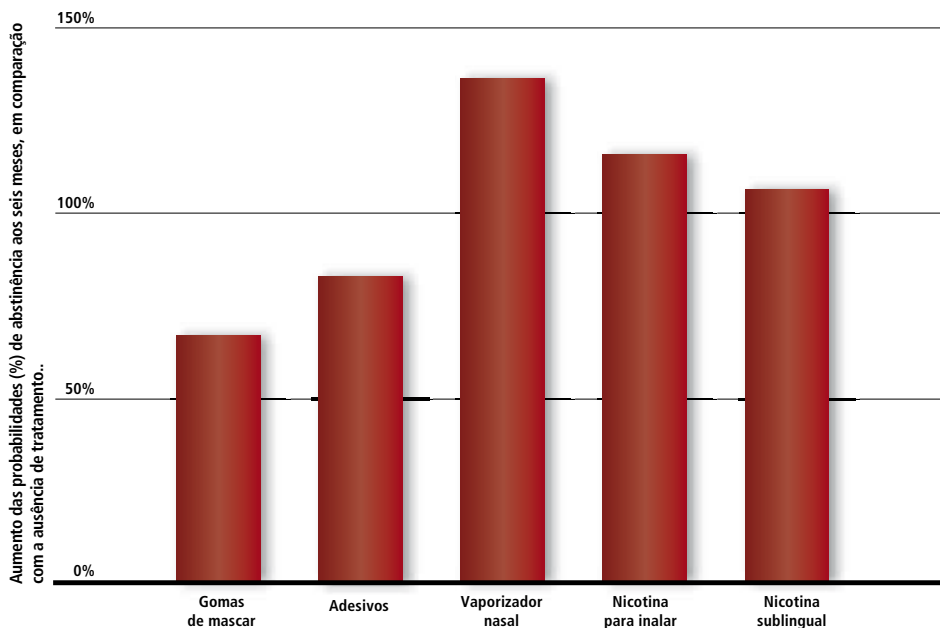
Intervenção 01. Fortalecer os sistemas de saúde para que facilitem o aconselhamento sobre como parar de fumar, no marco da assistência primária à saúde. Apoiar a criação de linhas telefônicas para ajudar na cessação e outras iniciativas comunitárias, junto com tratamento farmacológico de fácil acesso e baixo custo, quando cabível.

A identificação dos fumantes e a prestação de aconselhamento devem ser prontamente integradas aos serviços básicos de saúde e outras consultas médicas de rotina, com inclusão de aconselhamento contínuo que reforce a necessidade da cessação. Este é eficaz e tem custo reduzido, sendo mais eficiente quando os profissionais de saúde dão recomendações claras, firmes e personalizadas para deixar de fumar, como parte da assistência médica básica.^{22, 23} Os conselhos médicos podem ser particularmente úteis quando se referem a questões de interesse específico para o paciente (por exemplo, durante a gravidez e consultas cardiológicas ou sobre doença pulmonar). As advertências sobre os riscos do tabagismo feitas por profissionais de saúde geralmente são muito respeitadas e bem

aceitas. As taxas de cessação também aumentam se vários profissionais de saúde realizarem o aconselhamento. ²²

O aconselhamento para a cessação é relativamente barato quando prestado no contexto dos serviços de saúde já existentes, que a maioria das pessoas busca pelo menos ocasionalmente. Contudo, é necessário motivar os profissionais, principalmente os médicos. Os agentes de saúde que não são técnicos, ou seja, que não são profissionais da medicina, mas receberam treinamento para prestar os serviços básicos, também podem ajudar com intervenções sobre educação e cessação. Os agentes de assistência básica à saúde podem participar das atividades locais e nacionais de controle do tabaco. Todos os profissionais de serviços de saúde devem defender a aplicação das políticas e intervenções **mpower**.

TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE NICOTINA PODE DUPLICAR AS TAXAS DE CESSAÇÃO



Fonte: Silagy C et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database System Review 2004, (3):CED000146.

Os conselhos e a assessoria sobre cessação também podem ser oferecidos em diferentes contextos de prestação de serviços de saúde como, por exemplo, linhas telefônicas de ajuda. Além de gratuitas, essas linhas devem dispor de operadores que respondam aos chamados ao invés de mensagens gravadas e estar disponíveis ao público em horários convenientes. As linhas para cessação são mais eficazes nos países com serviços generalizados de telefonia fixa ou móvel, onde a população está acostumada a solicitar serviços pelo telefone. Elas demandam financiamento e treinamento de pessoal para atender as chamadas e prestar auxílio adequado aos serviços de encaminhamento. Devem prestar informações similares às prestadas pessoalmente como, por exemplo, os motivos para largar a dependência, a preparação para o abandono e as técnicas para enfrentar a abstinência.

As linhas de ajuda à cessação são mais eficazes quando sua equipe faz acompanhamento por telefone para verificar os progressos realizados pelos usuários, incentivando-os a parar, manter a abstinência, ou voltar a tentar em caso de recaída. Realizar vários telefonemas de acompanhamento em intervalos regulares é a estratégia com maior probabilidade de manter os pacientes comprometidos em parar de fumar num longo prazo.²⁶ Além disso, os grupos comunitários, os prestadores de serviços que não são da área de saúde e os líderes comunitários podem ser importantes fontes de motivação e informação para deixar de fumar.

O ideal é que o tratamento farmacológico da dependência em nicotina seja acompanhado de aconselhamento e assessoria, embora seja eficiente mesmo quando prestado separadamente.^{22,23} Os medicamentos para parar de fumar podem duplicar as possibilidades de o fumante ter sucesso em seus esforços e esta probabilidade aumenta ainda mais se a medicação for administrada junto com o aconselhamento. As medicações incluem o tratamento de reposição da nicotina, que pode ser feito sem receita médica, na forma de adesivos, pastilhas, goma de mascar, tabletes sublinguais, inaladores orais e vaporizadores nasais. Também há medicamentos com receita médica como, por exemplo, a Bupropiona e a Vareniclina. O tratamento de reposição da nicotina reduz os sintomas de abstinência ao substituir parte da nicotina normalmente absorvida durante o consumo do tabaco. A Bupropiona é um antidepressivo que reduz a ansiedade associada ao desejo de fumar e os sintomas de abstinência, enquanto a Vareniclina bloqueia a sensação de prazer induzida pela nicotina que o fumante experimenta ao fumar. Em geral, o tratamento de reposição da nicotina pode ser interrompido no prazo de um a três meses após a cessação, embora alguns fumantes muito dependentes possam se beneficiar de um tratamento mais prolongado.

A maioria dos países pode usar eficazmente a opções de aconselhamento de baixo custo, inclusive se o apoio financeiro necessário para a medicação ultrapassar os limites do orçamento nacional. Contudo, a venda desses medicamentos aos pacientes deve ser legalizada, ainda que o governo não dê subsídios.

Advertir sobre os perigos do tabaco

Objetivo: Promover a conscientização sobre os riscos do consumo do tabaco para a saúde entre faixas etárias, gênero e local de residência, para que todas as pessoas compreendam que as conseqüências do tabagismo são doenças, sofrimento e morte prematura.

Apesar das provas conclusivas sobre os perigos do tabagismo, poucos fumantes entendem totalmente os riscos para a saúde, em todo o mundo.²⁷ De forma geral, a maioria das pessoas sabe que o consumo de tabaco é prejudicial, mas não tem consciência do amplo leque de doenças específicas que ele provoca, as probabilidades de incapacidade e morte em consequência do consumo em longo prazo, a velocidade e o grau de dependência da nicotina, ou as propriedades nocivas do tabagismo passivo. A maioria também supervaloriza a possibilidade de parar quando quiser.

As pessoas têm mais probabilidade de começar a fumar quando são adolescentes ou jovens adultos.²⁸ Essa faixa etária se preocupa menos com os riscos para a saúde ou a vida e tem maior probabilidade de apresentar comportamentos de risco.²⁹ Também são muito suscetíveis às pressões dos amigos e à influência da publicidade.^{30,31} Além disso, é mais provável que fiquem dependentes da nicotina mais rapidamente do que as pessoas mais velhas, mesmo se só fumarem ocasionalmente.^{32,33}

As campanhas de educação da população realizadas pelos meios de comunicação para conscientizar sobre os perigos do fumo à saúde – tanto para o tabagismo quanto para o tabagismo passivo – podem influenciar na decisão de uma pessoa de começar ou continuar a fumar. As intervenções importantes em termos de educação incluem a divulgação de informações entre a população em geral sobre os riscos do tabagismo, as campanhas de educação voltadas a grupos com taxas mais elevadas de consumo e/ou níveis mais baixos de conhecimento sobre o consumo de tabaco, e a obrigação de incluir advertências nos maços de cigarros e outros produtos de tabaco.

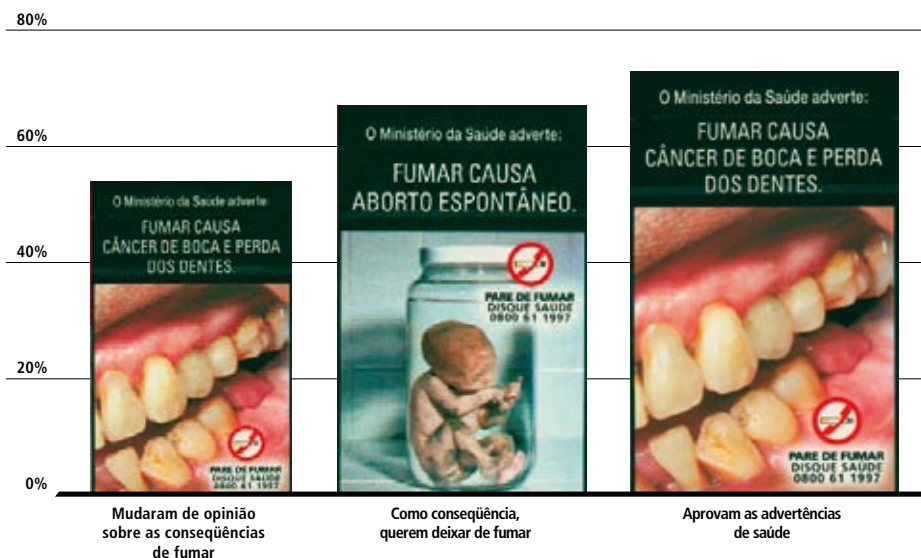
Em última instância, o objetivo das campanhas de educação contra o tabagismo e da contra-publicidade é mudar as normas sociais sobre o fumo. Se contestarmos a imagem elegante que o marketing da indústria do tabaco associa ao seu consumo, e mudarmos

a percepção errônea de que fumar é “um hábito” de baixo risco, a pressão social fará com que muitas pessoas optem por não consumir tabaco. Mudar as normas sociais desta forma também aumenta o apoio a outras iniciativas governamentais para reduzir o consumo de tabaco.

Embora os programas de controle de tabagismo voltados às crianças sejam politicamente populares e tenham uma ampla aceitação da população, aqueles integrados às aulas de educação em saúde nas escolas não mostraram grande impacto em reduzir a experimentação ou iniciação.^{34 35} Diante dos baixos resultados na prevenção e a falta de efeitos em longo prazo, os programas escolares devem ser considerados no marco de um rigoroso plano de avaliação e quando as outras políticas e intervenções do **mpower** já tiverem sido aplicadas. Concentrar as iniciativas de educação antitabagismo na população infantil pode prejudicar um enfoque mais amplo, que atinja toda a população e tenha um impacto maior em longo prazo.³⁶

FUMANTES APROVAM AS ADVERTÊNCIAS COM IMAGENS

Impacto das advertências com imagens sobre os fumantes brasileiros



Fonte: Datafolha Instituto de Pesquisas, 76% são a favor que embalagens de tabaco tragam imagens que ilustram males provocados pelo fumo; 67% dos fumantes que viram as imagens afirmam terem sentido vontade de parar de fumar. Opinião pública, 2002 (http://datafolha.folha.uol.com.br/po/fumo_21042002.shtml), consultado em 6 de dezembro de 2007).

Intervenção W1. Exigir que as embalagens tenham advertências eficazes

As advertências nas embalagens de tabaco são um método eficaz de dar informações sobre os perigos do consumo de tabaco, já que oferecem mensagens diretas aos fumantes e também aos não-fumantes que vêem o maço.^{37,38,39} Esta intervenção pode ser realizada praticamente sem custo algum para o governo.

A lei deve exigir clareza e visibilidade no conteúdo e na apresentação gráfica das embalagens com advertência, e idealmente devem ocupar pelo menos metade do lado principal do maço. As advertências também devem descrever as doenças e os efeitos nocivos específicos causados pelo tabagismo, além de serem periodicamente mudadas para continuar a atrair o interesse da população. As imagens são eficazes para todos os fumantes e particularmente importantes para as pessoas que não sabem ler, ou para as crianças pequenas que têm pais que fumam. Além disso, as embalagens não devem incluir texto ou qualquer outra indicação de que um determinado produto de tabaco é menos prejudicial do que outros, com expressões como “com baixo teor de alcatrão”, “light”, “ultra-light” ou “suave”. Não há cigarro seguro e o uso dessas expressões sugere, erroneamente, que alguns produtos são menos prejudiciais.⁴⁰

Como os riscos do consumo de tabaco à saúde estão bem documentados, geralmente é possível promulgar leis que exijam embalagens com advertências sem que os fumantes se oponham a isso. Contudo, a indústria do tabaco quase sempre resiste a esses esforços, especialmente quando são incluídas imagens grandes, porque sabem que elas são eficazes.

Intervenção W2. Fazer contra-publicidade.

Os governos e a sociedade civil, incluindo as ONGs, devem coordenar seus esforços para educar a população e se mobilizar contra o consumo de tabaco.⁴¹ A informação sobre os riscos do tabagismo para a saúde deve ser apresentada de forma clara e com a mesma qualidade e poder de persuasão que o material publicitário e de marketing da indústria de tabaco.

É importante recorrer aos serviços de agências de publicidade profissionais para adaptar ou criar e disponibilizar um material que possa competir com as campanhas da indústria do tabaco, que são ativas, abrangentes e muito bem financiadas, na hora de atrair a atenção da população. As campanhas de contra-publicidade podem ser caras. Contudo, adaptando os anúncios existentes, conquistando espaço gratuito ou a baixo custo em

horários de máxima audiência de rádio e de televisão, elas são viáveis. Ao aumentar o orçamento nacional para o controle do tabagismo é possível divulgar, de forma eficiente, mensagens com alta visibilidade e que não só incentivem muito fumantes a parar, mas também ajudem a modificar o contexto e aumentem a probabilidade das outras intervenções do **mpower** serem aplicadas satisfatoriamente. Os adolescentes expostos a mensagens eficazes contra o tabaco, divulgadas pela televisão, têm menos da metade de probabilidade de se tornarem fumantes,⁴² e os fumantes adultos expostos a esse tipo de campanhas têm mais probabilidade de parar.⁴³ A indústria do tabaco criou sua própria publicidade contra o fumo, normalmente em resposta às medidas do governo para limitar suas práticas comerciais. No entanto, esses esforços são ineficazes na hora de reduzir o tabagismo e podem até mesmo aumentá-lo, particularmente entre os jovens.⁴⁴

Intervenção W3. Obter cobertura gratuita das atividades antitabagismo nos meios de comunicação.

Além da publicidade paga, é possível introduzir campanhas educativas contra o tabagismo nos meios de comunicação, mediante ações de assessoria de imprensa, que promovam a cobertura no rádio e na televisão, a publicação de reportagens em meios impressos, de difusão e on-line, assim como a publicação de cartas ao editor e artigos de opinião. Este processo, às vezes chamado de “cobertura gratuita”, pode ser uma forma muito eficaz⁴⁵ e barata de ensinar à população os efeitos prejudiciais do fumo, aumentar a atenção dada às iniciativas de controle do tabagismo e rebater as informações deliberadamente erradas da indústria do tabaco.

As campanhas bem elaboradas nos meios de comunicação, juntamente com a aplicação das medidas **mpower**, tais como favorecer os ambientes livres de fumo, o contra-marketing e as advertências nos maços podem gerar uma substancial cobertura gratuita. *Press releases* destacando políticas de controle do tabagismo devem ser distribuídos sempre que houver uma ação, aprovação de lei ou resultado de pesquisas. Os meios de comunicação geralmente cobrirão esse tipo de informação, e por isso é importante que o material de divulgação tenha dados que favoreçam o controle do tabagismo. As reportagens locais com pontos-de-vista de grande interesse humano e baseadas em fatos têm mais probabilidade de chamar a atenção dos meios e de seus públicos. As abordagens com enfoques criativos e diferentes, com uma perspectiva inovadora para o tema, têm mais chance de chamar atenção e, portanto, os ativistas em controle do tabagismo devem ser muito criativos na hora de desenvolver novas idéias para chamar a atenção da mídia.

Fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio*

Objetivo: Ausência total de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco.

A indústria do tabaco gasta em todo o mundo, a cada ano, dezenas de bilhões de dólares em publicidade, promoção e patrocínio². Um componente-chave do controle do tabagismo, consequentemente, é a proibição de qualquer forma de marketing dos produtos de tabaco.⁴⁶ As proibições abrangentes da publicidade, promoção e patrocínio de produtos de tabaco são muito eficientes para reduzir o consumo entre pessoas de todas as faixas de renda e níveis de educação.⁴⁷ As proibições parciais da publicidade têm pouco ou nenhum efeito sobre a prevalência do tabagismo.⁴⁸ Nos países de alta renda, foi documentado que a proibição em todas as mídias e de todos os usos de marcas e logotipos diminui o consumo de tabaco em cerca de 7%.⁴⁸

O público-alvo da publicidade do tabaco são os jovens, porque têm mais probabilidade de começar a fumar e se tornar clientes fixos por muito tempo. As mulheres, que em vários países tradicionalmente não fumavam, são vistas pela indústria do tabaco como um grande mercado potencial e, agora, com maior independência financeira e social, têm sido bem miradas. Assim, as campanhas também se dirigem a elas. A proibição da publicidade, promoção e patrocínio deve dar uma atenção especial aos canais de marketing aos quais esses públicos estão expostos.

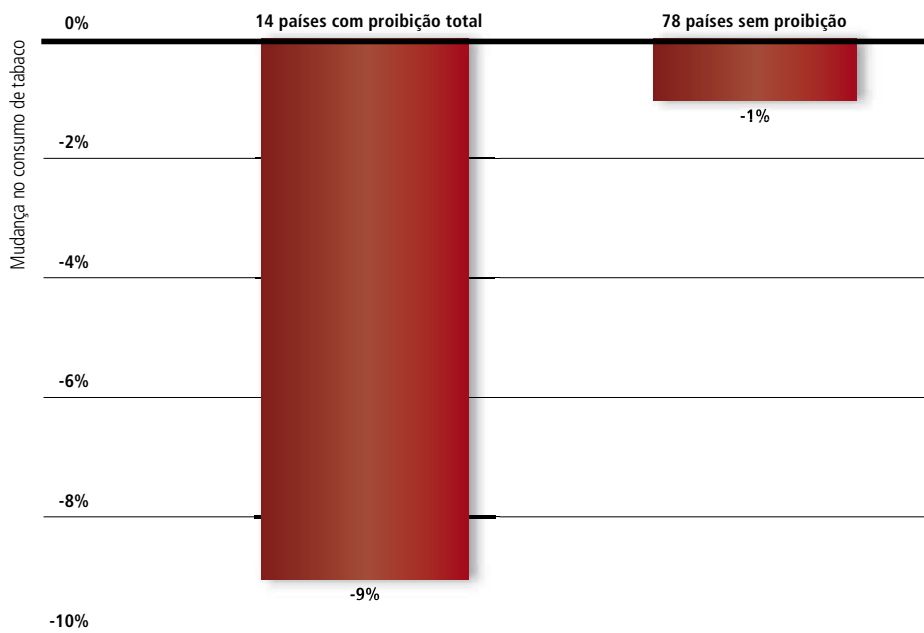
A promulgação de leis que proíbam a publicidade, a promoção e o patrocínio da indústria do tabaco pode enfrentar resistência, já que alguns negócios, além das empresas de tabaco, se beneficiam com a publicidade. Contudo, é fácil manter e fazer cumprir essas leis se elas estiverem bem redigidas. Entre as características fundamentais desta legislação, incluímos o seguinte:

- Proibições da publicidade em todos os meios de comunicação;
- Restrições às atividades de marketing dos importadores e varejistas;
- Restrições às atividades de promoção envolvendo esportes e entretenimento.

As restrições voluntárias de marketing e promoção são ineficazes⁴⁹. É necessária a intervenção governamental mediante leis bem redigidas e que sejam devidamente executadas, já que a indústria do tabaco tem muita experiência em evitar a proibição sobre publicidade. Normalmente, a indústria do tabaco apresenta a publicidade e a promoção como meios de concorrência entre as marcas já existentes no mercado e consumidas pelos fumantes atuais e, assim, encobre seu principal objetivo de atrair novos consumidores. Para que surtam efeito, as sanções impostas por infringir as proibições ao marketing devem ser elevadas. As empresas de tabaco têm enorme orçamento e são necessárias sanções econômicas altas para evitar que burlem a lei.

AS PROIBIÇÕES TOTAIS DE PUBLICIDADE POTENCIALIZAM OUTRAS INTERVENÇÕES

Mudança média no consumo de cigarros 10 anos depois da introdução de proibições de publicidade nos dois grupos de países



Fonte: Saffer, H. Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka Fj, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000.

* O parágrafo 1 do artigo 13 da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco da OMS estabelece que “as Partes reconhecem que uma proibição total de publicidade, da promoção e do patrocínio reduziria o consumo de produtos de tabaco”. Por sua vez, o artigo 13 reconhece que a capacidade de alguns países de ter acesso a uma proibição total pode ser limitada por sua constituição ou por seus princípios constitucionais.

Intervenção E1. Promulgar e fazer cumprir leis eficazes que proíbam totalmente qualquer forma de marketing direto do tabaco.

Para serem eficazes, as proibições de marketing direto do tabaco devem ser amplas e compreender todos os tipos de mídia e de publicidade.⁵⁰ Do contrário, a indústria do tabaco buscará meios alternativos de publicidade para levar sua mensagem a seus públicos-alvos.^{51, 52} Se a publicidade for proibida em um determinado meio, a indústria do tabaco simplesmente investe em locais onde a publicidade seja permitida. As proibições devem incluir os jornais e revistas, o rádio e a televisão, os outdoors e a Internet, sem se limitar a estes meios.

Também é importante proibir a publicidade nos pontos de venda varejistas, incluindo os displays e sinalização para os produtos.⁵³ Desta forma limita-se ou bloqueia-se a capacidade de marketing para incentivar os fumantes a comprar. Posteriormente, esta intervenção pode ser reforçada deixando os produtos de tabaco atrás do balcão e fora do raio de visão do comprador, de modo que os clientes não possam vê-los e tenham que perguntar se o estabelecimento vende tabaco. Este pequeno esforço adicional por parte do cliente supõe um obstáculo importante para a compra.

Intervenção E2. Promulgar e fazer cumprir legislação eficaz que proíba todas as formas de publicidade, promoção e patrocínio indiretos de produtos de tabaco.

A publicidade, a promoção e o patrocínio indiretos associam o consumo do tabaco a situações ou ambientes desejáveis, e incluem o fumo em filmes e na televisão, o patrocínio de eventos esportivos e musicais, a utilização de produtos de moda que não sejam o tabaco ou celebridades para promover seu consumo e transmitir mensagens com vínculo de identidade (por exemplo, marcas de tabaco impressas na roupa). O marketing indireto melhora a imagem pública das empresas de tabaco e seus produtos.

Monitorar as estratégias da indústria do tabaco é importante para estabelecer medidas de resposta eficazes. O controle contínuo permite identificar novos tipos de atividades de marketing e promoção que burlam até as proibições mais claras e abrangentes. Os novos tipos de mídia e tendências sociais precisam ser monitorados, como as mensagens de texto e locais de lazer noturno cuja publicidade se baseia unicamente no boca-a-boca.

Aumentar os impostos sobre os produtos de tabaco

Objetivo: Produtos de tabaco cada vez menos acessíveis.

Aumentar o preço dos produtos de tabaco através da alta dos impostos é a forma mais eficiente de reduzir o consumo. Os preços mais elevados desses produtos reduzem o número de fumantes e fazem com que os que continuam fumando reduzam seu consumo diário. Devido à falta de flexibilidade da demanda e ao baixo percentual dos impostos totais sobre os preços de venda no varejo, o aumento dos impostos sobre o tabaco aumenta as receitas fiscais dos países, pelo menos no curto e médio prazo, além de reduzir o consumo.⁵⁴ Na realidade, alguns países aplicam impostos sobre o tabaco acima de 75% de seu preço no varejo.⁵

Estima-se que a cada 10% de aumento dos preços no varejo, o consumo seja reduzido em cerca de 4% nos países de alta renda e 8% nos países de baixa e média rendas. A prevalência do tabagismo se reduz aproximadamente à metade desses percentuais,⁵⁵ com variações relativas à renda, idade e outros fatores demográficos. Os impostos mais elevados sobre o tabaco são particularmente eficazes na hora de prevenir ou reduzir o consumo entre os adolescentes e os pobres.^{56, 57} Quando os preços aumentam, os jovens e os fumantes de baixa renda têm o dobro ou o triplo de possibilidade de deixar de fumar ou de fumar menos, já que esses grupos são mais sensíveis economicamente aos preços mais elevados dos cigarros.^{52, 58}

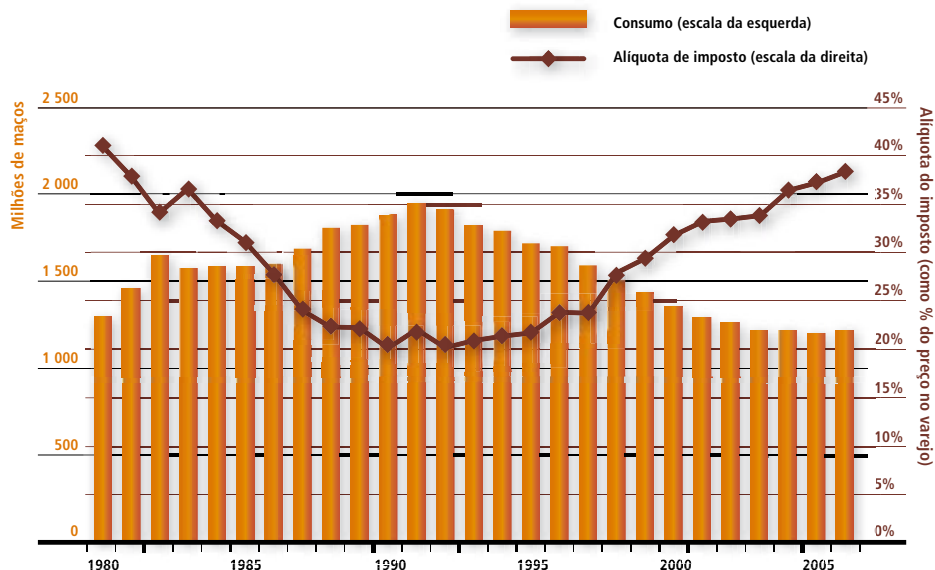
Intervenção r1. Aumentar os impostos para os produtos de tabaco e assegurar que sejam periodicamente ajustados, segundo as taxas de inflação, aumentando mais depressa do que o poder aquisitivo dos consumidores.

A meta dos impostos sobre o tabaco é conseguir que seus produtos sejam progressivamente menos acessíveis. Isso significa que os governos devem aumentar esses impostos periodicamente para garantir que os preços reais aumentem mais rápido do que o poder aquisitivo dos consumidores, e que os impostos aumentem para todos os produtos de tabaco, inclusive os mais consumidos e os de menor custo.

Se os aumentos nos impostos não geram aumentos nos preços reais dos cigarros e não aumentam mais depressa do que o poder aquisitivo, o tabaco se transforma em um produto relativamente barato e mais acessível. Conseqüentemente, seu consumo e sua prevalência aumentam. Por outro lado, se os impostos aumentam os preços dos produtos mais caros, mas não aumentam significativamente os preços dos mais baratos, os pobres terão menor probabilidade de reduzir seu consumo, já que é mais provável que fumem produtos que custam menos. Além disso, alguns fumantes podem mudar para marcas ou produtos de tabaco mais baratos, onde o gasto individual e os níveis de nicotina se manterão constantes e o consumo não cairá.⁵⁹ Diferentes programas de tributação do tabaco podem apresentar a mesma receita e, ainda assim, é possível que reduzam bastante o consumo ou tenham um impacto reduzido nele, o que depende dos produtos afetados, da forma como são afetados e do nível dos impostos.

IMPOSTOS SOBRE TABACO REDUZEM O CONSUMO

Relação entre consumo de tabaco e impostos sobre o consumo na África do Sul



Fonte: van Walbeek C. *Tobacco excise taxation in South Africa: tools for advancing tobacco control in the XXIst century: success stories and lessons learned*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2003. (http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf, consultado em 6 de dezembro de 2007). Informações adicionais foram obtidas em uma comunicação pessoal com C. van Walbeek.

Para maximizar o impacto da tributação como uma intervenção de saúde pública, parte do aumento das receitas fiscais resultantes do aumento dos impostos sobre tabaco pode ser destinada a financiar programas de controle de tabagismo e outros de saúde e sociais. Desta forma, consegue-se que a população, inclusive os fumantes, aceite melhor os aumentos dos impostos sobre tabaco. Na maioria dos países, as receitas resultantes dos impostos sobre tabaco são centenas ou milhares de vezes superiores ao gasto público com controle do tabagismo. Dedicar uma parte mais substancial desses fundos para o controle do tabagismo aumenta a popularidade dos impostos e dá lugar a um aumento considerável nos fundos para aplicar o plano de medidas **mpower** (por exemplo, campanhas de contra-publicidade, aconselhamento para a cessação, etc.).

Os impostos podem ser aplicados em função da *quantidade* (alíquotas fixas ou específicas) ou do *valor* dos artigos (impostos *ad valorem*), ou uma combinação de ambos. Os dois tipos de impostos têm suas vantagens e seus inconvenientes próprios no que diz respeito aos preços a varejo e às receitas fiscais, assim como à variedade e à qualidade dos produtos. Os impostos específicos (por exemplo, um dólar ou o equivalente local por cada maço de 20 cigarros) protegem as receitas do governo das reduções de preços propostas pelos fabricantes, são mais fáceis de calcular, podem ser ajustados automaticamente, e possuem maior capacidade de reduzir o consumo de produtos de tabaco, especialmente se forem ajustados automaticamente no ritmo da inflação. Os impostos específicos devem aumentar à medida que a inflação sobe, sendo ajustados periodicamente para refletir o aumento do poder aquisitivo dos consumidores e manter o mesmo efeito sobre a redução do consumo de tabaco. Por outro lado, os impostos *ad valorem* são ajustados automaticamente em função da inflação e garantem mais receitas se a indústria aumentar o preço dos seus produtos. Contudo, nos países que apresentam grandes diferenciais nos preços dos produtos de tabaco consumidos, os impostos *ad valorem* podem oferecer um incentivo aos fumantes para que passem a consumir produtos mais baratos, o que reduz os benefícios desses impostos na saúde.

Os impostos aplicados ao fabricante e certificados por um selo no maço do cigarro são a forma mais prática de arrecadar impostos. Este procedimento facilita a arrecadação fiscal ao reduzir o trabalho administrativo exigido de distribuidores e varejistas, muitos dos quais são pequenas empresas que não têm capacidade de prestar contas exatas dos impostos arrecadados. No que tange às importações de tabaco, os impostos devem ser aplicados no porto de entrada, assim como qualquer outro imposto de alfândega. Os impostos sobre as vendas ou sobre importação também podem ser coletados no porto de entrada ou no posto de venda a varejo, como acontece com outros produtos.

Intervenção r2. Fortalecer a administração fiscal para reduzir o comércio ilegal de produtos de tabaco

Um sistema centralizado de tributação voltado aos fabricantes também reduzirá o comércio ilegal, ao facilitar a verificação do cumprimento. Pode ser necessário que os países fortaleçam a capacidade de sua administração fiscal e de seus departamentos alfandegários, principalmente quando os níveis de contrabando e/ou evasão fiscal são elevados.

As inspeções realizadas com a tecnologia mais avançada, a melhoria da comunicação entre os funcionários das alfândegas e um alto nível de observância são essenciais para reduzir os incentivos ao comércio ilegal. Além disso, os selos fiscais em todos os maços para a venda a varejo, as medidas estritas de cumprimento de uma legislação rigorosa, a manutenção de registros governamentais eficazes e as advertências obrigatórias nos maços no idioma local são outros meios eficazes de reduzir os incentivos ao comércio ilegal. Todas essas medidas requerem o firme compromisso do governo para frear as atividades de comércio ilícito.

A ação mundial contra o contrabando de tabaco está se fortalecendo. As Partes da CQCT estão negociando e redigindo um novo protocolo sobre o comércio ilícito, legalmente vinculante, que servirá para combater o contrabando e a falsificação, como parte dos esforços realizados em nível mundial para reduzir a epidemia de tabagismo. Este protocolo deveria aumentar consideravelmente a coordenação no plano internacional, para abordar esta importante questão.



Promovamos um mundo livre de tabaco

Vigilância, monitoramento e avaliação do mPOWER



Objetivo: Estabelecer sistemas eficazes de vigilância, monitoramento e avaliação para controlar o consumo de tabaco.

Atividade transversal m1: Obter dados periódicos representativos em nível nacional e baseados na população sobre os indicadores chaves do consumo de tabaco entre jovens e adultos.

Mais da metade dos países não possui informação recente e representativa em nível nacional sobre a prevalência do consumo de tabaco entre jovens e adultos.

Os países precisam de medidas mais exatas do consumo de tabaco para planejar com eficiência as estratégias e intervenções de controle, a fim de aplicá-las quando necessário, medir seu impacto e ajustá-las para assegurar seu êxito. Os dados exatos permitem aplicar adequadamente as intervenções, realizar medições eficientes do impacto e introduzir os ajustes oportunos quando necessário, assim aumentando as possibilidades de sucesso. Qualquer sistema de vigilância, monitoramento e avaliação deve usar dados padronizados e cientificamente válidos de coleta e análise das práticas. As pesquisas com população, que usam uma amostra representativa e aleatória, de tamanho suficientemente grande, podem oferecer estimativas válidas dos padrões de consumo de tabaco exclusivamente, ou combinado com pesquisas sobre outras questões prioritárias de saúde.

As pesquisas devem ser repetidas em intervalos regulares, utilizando as mesmas perguntas, amostras e técnicas de análise de dados e apresentação de relatórios, para que os dados obtidos em diferentes anos possam ser comparados. Isto é necessário para poder avaliar com precisão o impacto das intervenções de controle do tabagismo no decorrer dos anos.

Além de determinar a situação e os padrões de consumo para calcular a prevalência global do tabagismo em um país e entre as diferentes sub-populações, é possível formular outras perguntas para diferenciar os conhecimentos, as atitudes e as práticas relacionadas ao consumo de tabaco na população em geral e entre grupos específicos, assim como para determinar de que forma as medidas de controle são percebidas.⁶⁰

A Pesquisa Mundial sobre Tabaco e os Jovens e a Pesquisa Mundial sobre o Tabaco e os Adultos, que são parte do Sistema Mundial de Vigilância do Tabaco, podem dar diretrizes sobre como coletar dados comparáveis em nível internacional, mediante protocolos de pesquisa que incluam procedimentos comuns de amostra, um questionário básico, procedimentos de campo e gestão de dados entre países. A informação sobre a vigilância do tabaco é útil para elaborar, monitorar e avaliar as intervenções de controle do tabagismo nos países.

Entre outras atividades de vigilância que devem ser realizadas, destacamos as avaliações de cumprimento das políticas de controle por parte dos governos e pela sociedade, das medidas como a arrecadação de impostos e a evasão fiscal, o estabelecimento de ambientes livres de fumo e as proibições sobre publicidade e marketing. Estudos epidemiológicos podem ser conduzidos para determinar as cargas de morbidade e mortalidade associadas ao consumo de tabaco e o impacto das intervenções de controle sobre a saúde. Devem ser feitas pesquisas de opinião pública sobre as iniciativas de controle do tabagismo, incluindo aumentos de impostos e a criação de ambientes livres de fumo, e os níveis de apoio encontrados devem ser monitorados.

Estudos para determinar os custos econômicos associados ao tabagismo e ao tabagismo passivo, com base nos gastos médicos diretos e nas perdas de produtividade, também podem ser feitos. O alcance e o tipo de atividades de publicidade, marketing e promoção do tabaco, inclusive o patrocínio da indústria de tabaco a atividades públicas e privadas, devem ser monitorados.



mpower e os programas nacionais de controle do tabaco

A ação nacional é decisiva para transformar em realidade a visão enunciada na CQCT da OMS. Criar capacidade nacional para desenvolver programas nacionais de controle do tabaco que sejam eficazes e sustentáveis é uma das medidas mais importantes para combater a epidemia de tabagismo. Por definição, um bom programa nacional de controle de tabaco deve atingir toda a população.

O planejamento estratégico desses programas nacionais deve estar centralizado no Ministério da Saúde. Contudo, nos países maiores, o programa deve ser elaborado de modo que uma autoridade descentralizada possa aplicá-lo com flexibilidade nos âmbitos regional/estadual/municipal e distrital/local, para que as intervenções possam ser direcionadas e atinjam todos os cidadãos.⁶¹

A implementação bem sucedida do **mpower** demanda o estabelecimento de um mecanismo nacional de coordenação, com um mandato oficial do governo, para desenvolver e coordenar a aplicação de um plano de ação e criar uma infra-estrutura nacional para executar o plano. Os países que dispõem de uma unidade central de planejamento e elaboração de políticas no Ministério da Saúde, com unidades locais para implementação e cumprimento da lei, estão em melhores condições de realizar as atividades de controle do tabaco.

A implementação bem sucedida das políticas **mpower** também requer o apoio dos níveis superiores do governo, assim como técnicos e pessoas com conhecimentos especializados em planejamento e execução. Um programa nacional de controle do tabaco com uma dotação adequada de pessoal, tanto em nível central como local, pode oferecer uma liderança muito eficaz e um trabalho coordenado sobre questões legais, cumprimento de leis, marketing, tributação, economia, ativismo, gestão de programas e outras áreas chaves. Muitos países também precisam de escritórios subnacionais de controle do tabagismo para assegurar que os componentes do programa sejam aplicados efetivamente e que as intervenções de controle cheguem ao público alvo. Uma equipe dedicada aumenta muito a capacidade de aplicar o **mpower** com sucesso. É necessário identificar a equipe e os recursos necessários para os seguintes elementos:

- Coordenação do programa, inclusive apoio aos esforços realizados em nível subnacional;
- Epidemiologia e vigilância;
- Economia e tributação;

- Educação da população, meios de comunicação e advertências nos maços;
- Questões legais, como inclusão da legislação e dos mecanismos para fazer cumprir as leis em apoio ao estabelecimento de ambientes livres de fumo e proibições totais sobre publicidade, promoção e patrocínio.

Um programa de controle de tabagismo efetivo e com equipe bem montada pode orientar os esforços para colocar em prática intervenções eficazes, capazes de reduzir o número de fumantes e salvar milhões de vidas. Para dar prioridade à capacidade do programa, os países se beneficiam da contratação de equipe de acordo com as medidas que serão tomadas, baseadas no potencial impacto que terão sobre a prevalência do tabagismo: aumento de impostos, proibições ao marketing e à promoção; contra-propaganda incluindo advertências nas embalagens; proteção contra fumo passivo, e ajuda na cessação. Nos países menores, com recursos financeiros limitados, um funcionário pode assumir mais de uma função.

Além dos recursos humanos, o programa nacional de controle de tabagismo precisa de recursos materiais e financeiros. Nenhum programa nacional pode funcionar ou aplicar as seis medidas do plano **mpower** sem apoio logístico e parcerias eficazes dentro da administração e entre o governo e as partes externas interessadas.

Levando em consideração que o programa é realizado em nível local, o sucesso depende de assegurar a disponibilidade de recursos adequados e desenvolver a capacidade dos profissionais locais de saúde pública e dos líderes do governo.

Os países obtêm muitos fundos na forma de impostos sobre o tabaco para arcar com o custo de pessoal e de programas adicionais. Os dados coletados em 70 países, que compreendem 2/3 da população mundial, mostram que as receitas fiscais provenientes do tabaco são mais de 500 vezes maiores do que os gastos em atividades de controle naqueles países. Os governos arrecadam mais de US\$ 200 bilhões em impostos sobre o tabaco e dispõem dos recursos financeiros necessários para ampliar e fortalecer os programas de controle do tabagismo. Os aumentos adicionais dos impostos sobre tabaco podem oferecer mais fundos para essas iniciativas.



Conclusão

O número de pessoas que morrem todo ano em consequência do tabagismo se duplicará nas próximas décadas, a menos que medidas urgentes sejam adotadas. Contudo, levando-se em consideração que a epidemia do tabagismo foi provocada pelo homem, as pessoas podem fazer com que ela retroceda, agindo por intermédio de seus governos e da sociedade civil.

Para ser contida, os governos terão que dar passos definitivos para proteger suas populações.

Além disso, essa epidemia está piorando ainda mais as desigualdades em saúde, tanto nos próprios países, onde a maioria das vezes os pobres fumam muito mais do que os ricos, como mundialmente, já que 80% das doenças e mortes causadas pelo tabagismo se manifestarão em breve nos países pobres.

A CQCT da OMS, assinada por mais de 150 países, demonstra o compromisso global com a adoção de medidas e identifica as principais políticas de controle do tabagismo. Mediante este tratado de referência, os líderes dos países afirmam o direito de seus cidadãos a desfrutar do nível mais elevado possível de saúde. Para satisfazer este direito humano fundamental, o plano **mpower** é aplicado e respeitado em sua íntegra. O plano contém seis medidas eficazes de controle de tabaco para proteger os cidadãos dos países contra as enfermidades e mortes que, de outra forma, seriam inevitavelmente causadas pela epidemia de tabagismo. O impacto das medidas **mpower** pode transformar em realidade, em todo o mundo, a visão enunciada da CQCT da OMS.

A epidemia de tabagismo é o único entre os principais problemas de saúde pública atuais que pode ser solucionado com meios claros e ao nosso alcance. Se os países demonstrarem o compromisso político e contarem com o apoio técnico e logístico necessário para aplicar o plano de medidas **mpower**, eles podem salvar milhões de vidas. Para aplicar o plano de medidas **mpower**, os países têm que implantar intervenções específicas para:

- Monitor Monitorar o uso de tabaco e políticas de prevenção
- Protect Proteger a população contra a fumaça do tabaco
- Offer Oferecer ajuda para cessação do fumo
- Warn Advertir sobre os perigos do tabaco
- Enforce Fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio
- Raise Aumentar os impostos sobre o tabaco

Este plano de medidas criará um ambiente propício para ajudar os fumantes atuais a pararem, proteger as pessoas contra o fumo passivo e impedir que os jovens comecem a fumar. Levando em consideração que a epidemia de tabagismo foi totalmente causada pelo homem, também são as pessoas que devem dar um fim a ela. Devemos agir agora.

DEFINIÇÕES:	
Ambiente livre de fumo	Ambiente em que o ar é 100% livre de fumo e no qual não é vista, sentida ou medida qualquer tipo de fumo.
Cessação	Parar de fumar (não fumar por, no mínimo, três meses).
Espaço público	Lugar onde o público, ou uma parte do público, tem direito a utilizar ou que é aberto ao público ou a uma parte do público, ou que está sendo utilizado por ele (seja mediante pagamento, por pertencer a um órgão ou por outro motivo).
Espaço público fechado	Todos os lugares acessíveis ao público em geral, ou lugares de uso coletivo, independentemente de quem seja seu proprietário ou do direito de acesso a eles, que estejam cobertos por um teto ou fechados entre uma ou mais paredes ou muros, independentemente do material utilizado para sua construção ou se a estrutura é permanente ou temporária
Imposto ad valorem	Imposto aplicado ao valor do produto (por exemplo, uma porcentagem do preço)
Imposto específico	Imposto aplicado a quantidades unitárias de artigos (por exemplo, US\$ 1 por maço de 20 cigarros).
Indústria do tabaco	Fabricantes, distribuidores, atacadistas e importadores de produtos de tabaco.
Fumante	Todo aquele que atualmente fuma qualquer produto de tabaco algum dia ou todos os dias.
Fumar tabaco	Estar em posse ou controle de um produto de tabaco aceso
Local de trabalho	Todo lugar utilizado pelas pessoas em seu emprego ou trabalho, inclusive para voluntários não remunerados, compreendendo todos os espaços anexos ou associados, assim como os veículos utilizados para o desempenho do trabalho.
Patrocínio do tabaco	Qualquer forma de contribuição a qualquer ato, atividade ou indivíduo com o propósito, o efeito ou o possível efeito de promover um produto de tabaco ou seu uso, de forma direta ou indireta.
Produtos de tabaco	Produtos fabricados parcial ou integralmente com folhas de tabaco, que podem ser fumados, mascarados ou inalados.
Publicidade e promoção do tabaco	Qualquer forma de comunicação, recomendação ou ação comercial com o fim, efeito ou possível efeito de promover, direta ou indiretamente, um produto de tabaco ou seu uso.
Tabagismo passivo	Respirar a fumaça que se desprende da ponta incandescente de um cigarro ou de outros produtos de tabaco e a fumaça exalada diretamente pelo fumante.
Transporte público	Todo veículo utilizado a qualquer momento pelo público, inclusive táxi, geralmente com fins comerciais ou para obter uma remuneração.
TRN	Terapia de Reposição da Nicotina

Referências

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e442.
2. Federal Trade Commission. *Cigarette report for 2003*. Washington, DC, Federal Trade Commission, 2005 (<http://www.ftc.gov/reports/cigarette05/050809cigrpt.pdf>, acessado em 6 de dezembro de 2007).
3. World Health Organization. *Gender and Tobacco Control: A Policy Brief*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/policy_brief.pdf, acessado em 21 de março de 2008).
4. World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, acessado em 21 de março de 2008).
5. World Health Organization. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>, acessado em 21 de março de 2008).
6. World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 4*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, acessado em 32 de março de 2008).
7. U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Atlanta, Public Health Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006 (<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf>, acessado em 20 de fevereiro de 2008).
8. Mulcahy M et al. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tobacco Control*, 2005, 14(6):384–388.
9. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325(7357):188.
10. World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 8*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, acessado em 21 de março de 2008).
11. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Second session. *First report of committee A*. World Health Organization, July 2007 (http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_17P-en.pdf, acessado em 21 de março de 2008).
12. Bauer JE et al. A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. *American Journal of Public Health*, 2005, 95:1024–1029.
13. Office of Tobacco Control. *Smoke-free workplaces in Ireland: a one-year review*. Dublin, Department of Health and Children, 2005 (http://www.otc.ie/uploads/1_Year_Report_FA.pdf, acessado em 21 de março de 2008).
14. Organización Panamericana de la Salud (Pan-American Health Organization). Estudio de “Conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005”. (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados.) Outubro de 2006 (http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informe_dec268_mori.pdf, acessado em 21 de março de 2008).
15. Ministry of Health, *China tobacco control report*. Beijing, Government of the People’s Republic of China, May 2007.
16. Scollo M et al. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*, 2003, 12:13–20.
17. Binkin N. et al. Effects of a generalised ban on smoking in bars and restaurants, Italy. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2007, 11:522–527.
18. World Health Organization and International Agency for Research on Cancer. *Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation*. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 83. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>, acessado em 21 de março de 2008).

19. California Environmental Agency. *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke*. Sacramento, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 1997 (http://www.oehha.org/air/environmental_tobacco/finalets.html, acessado em 21 de março de 2008).
20. World Health Organization. *Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/who_protection_exposure_final_25June2007.pdf, acessado em 21 de março de 2008).
21. WHO Tobacco Free Initiative. *Building blocks for tobacco control: a handbook*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/HANDBOOK%20Lowres%20with%20cover.pdf>, acessado em 21 de março de 2008).
22. Fiore MC et al. *Treating tobacco use and dependence: a clinical practice guideline*. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services (http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf, acessado em 21 de março de 2008).
23. Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. *Nicotine addiction in Britain; a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*. London, Royal College of Physicians of London, 2000 (<http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/nicotine>, acessado em 23 de março de 2008).
24. World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 14*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, acessado em 21 de março de 2008).
25. Cromwell J et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *Agency for Health Care Policy and Research, 1997, 278 :1759–1766*. Cited in Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults – United States, 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 1997, 46(51):1217–1220*.
26. Stead LF, Perera R, Lancaster T. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Tobacco Control, 2007, 16(Suppl. 1):13–18*.
27. Siahpush M et al. Socio-economic variations in tobacco consumption, intention to quit and self-efficacy to quit among male smokers in Thailand and Malaysia: results from the International Tobacco Control-South-East Asia (ITC-SEA) survey. *Addiction, 2008, 103(3):502–508*.
28. U.S. Department of Health and Human Services. Atlanta, 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, 1994.
29. Steinberg L. Risk taking in adolescence: what changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences, 2004, 1021:51–58*.
30. Hoffman BR et al. Perceived peer influence and peer selection on adolescent smoking. *Addictive Behaviours, 2007, 32:1546–1554*.
31. Pollay RW et al. The last straw? Cigarette advertising and realized market shares among youths and adults, 1979–1993. *Journal of Marketing, 1996, 60:1–16*.
32. DiFranza JR et al. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the development and assessment of nicotine dependence in youth-2 study. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 2007, 161:704–710*.
33. Panday S et al. Nicotine dependence and withdrawal symptoms among occasional smokers. *Journal of Adolescent Health, 2007, 40:144–150*.
34. Wiehe SE et al. A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *Journal of Adolescent Health, 2005, 36:162–169*.
35. Thomas R, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006, Issue 3, Art. No.: CD001293*.
36. Warner KE. The need for, and value of, a multi-level approach to disease prevention: the case for tobacco control. In: Smedley BD, Syme SL, eds. *Promoting health: intervention strategies from social and behavioral research*. Washington, DC, National Academies Press, 2000.
37. Hammond D et al. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control, 2006, 15(Suppl. 3):iii19–iii25*.
38. Datafolha Instituto de Pesquisas. 76% são a favor que embalagens de tabacos tragam imagens que ilustram males provocados pelo fumo; 67% dos fumantes que viram as imagens afirmam terem sentido vontade de parar de fumar. *Opinião pública, 2002* (http://datafolha.folha.uol.com.br/po/fumo_21042002.shtml, acessado em 6 de dezembro de 2007).
39. World Health Organization. *Tobacco warning labels. Factsheet No. 7*. Geneva, Framework Convention Alliance for Tobacco Control, 2005 (<http://tobaccofreekids.org/campaign/global/docs/7.pdf>, acessado em 25 de fevereiro de 2008).

40. World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 11*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, acessado em 21 de março de 2008).
41. World Health Organization. *Tobacco: deadly in any form or disguise*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/Tfi_Rapport.pdf, acessado em 21 de março de 2008).
42. World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 12*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, acessado em 21 de março de 2008).
43. Siegel M, Biener L. The impact of an antismoking media campaign on progression to established smoking: results of a longitudinal youth study. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:380–386.
44. McVey D, Stapleton J. Can anti-smoking television advertising affect smoking behaviour? Controlled trial of the Health Education Authority for England's anti-smoking TV campaign. *Tobacco Control*, 2000, 9(3):273–282.
45. Wakefield M et al. Effect of televised, tobacco company-funded smoking prevention advertising on youth smoking-related beliefs, intentions, and behavior. *American Journal of Public Health*, 2006, 96:2154–2160.
46. American Cancer Society. *American Cancer Society/UICC Tobacco Control Strategy Planning Guide #4. Enforcing Strong Smoke-free Laws: The Advocate's Guide to Enforcement Strategies*. Atlanta, American Cancer Society, 2006.
47. World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 13*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, acessado em 21 de março de 2008).
48. Borland RM. Advertising, media and the tobacco epidemic. In: *China tobacco control report*. Beijing, Ministry of Health, People's Republic of China, 2007 (http://tobaccofreecenter.org/files/pdfs/reports_articles/2007%20China%20MOH%20Tobacco%20Control%20Report.pdf, acessado em 21 de fevereiro de 2008).
49. Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*, 2000, 19:1117–1137.
50. Government of Great Britain. *Select Committee on Health*. Second report. London, House of Commons, 2000 (<http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm/199900/cmselect/cmhealth/27/2701.htm>, acessado em 25 de fevereiro de 2008).
51. Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:215–236.
52. World Bank. *Tobacco control at a glance*. Washington, DC, World Bank, 2003 (<http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGTobacControlEngv46-03.pdf>, acessado em 25 de fevereiro de 2008).
53. Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC, World Bank, 1999 (<http://www.usaid.gov/policy/ads/200/tobacco.pdf>, acessado em 25 de fevereiro de 2008).
54. World Health Organization. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva, World Health Organization, 2008. (<http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>), acessado em 21 de março de 2008:tables 2.1.2, 2.2.2, 2.3.2, 2.4.2, 2.5.2, 2.6.2).
55. Jha P et al. Tobacco addiction. In: Jamison D et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*. Washington, DC, World Bank, 2006.
56. Chaloupka FJ et al. The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:2737–2772.
57. van Walbeek C. *Tobacco excise taxation in South Africa: tools for advancing tobacco control in the XXIst century: success stories and lessons learned*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf, acessado em 6 December 2007).
58. World Health Organization. *Who Framework Convention on Tobacco Control, Article 6*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, acessado em 21 de março de 2008).
59. Centers for Disease Control and Prevention. Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income, and age groups – United States, 1976–1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1998, 47:605–609.
60. White VM et al. How do smokers control their cigarette expenditures? *Nicotine and Tobacco Research*, 2005, 7(4):625–635.
61. Starr G et al. *Key outcome indicators for evaluating comprehensive tobacco control programs*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2005 (http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/surveillance_evaluation/key_outcome/00_pdfs/Key_Indicators.pdf, acessado em 21 de março de 2008).
62. WHO Tobacco Free Initiative. *Building blocks for tobacco control: a handbook*. Geneva, World Health Organization, 2004.

Fotografias e ilustrações

© Big Stock Photos

Página 11 - Fotógrafo: Brian Walter

© Panos Pictures

Página 30 - Fotógrafo: G.M.B. Akash

Página 32 – Fotógrafo: Andy Johnstone

© Banco Mundial

Página 34 - Fotógrafo: Curt Carnemark

Desenho: **Estúdio Infinito**

Maquete: **designisgood.info**

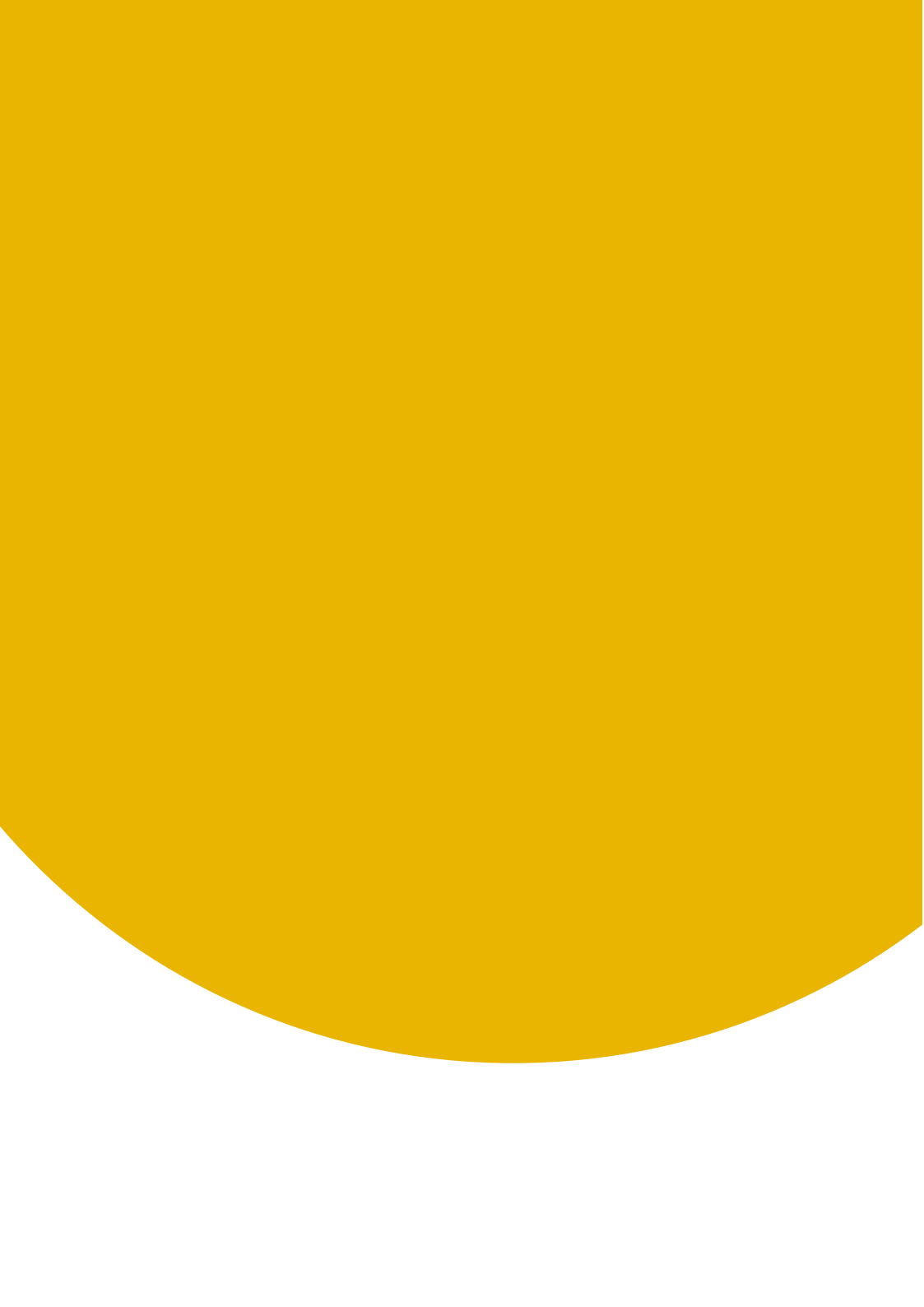
20 Avenue Apia

CH -1211 Genebra 27

Suíça

www.who.int/tobacco/mpower

Organização Mundial da Saúde



20 Avenue Apia
CH -1211 Genebra 27
Suíça
www.who.int/tobacco/mpower



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde



**Organização
Mundial da Saúde**

978 92 4 359663 1



9 789243 596631