

40



Luta contra  
o tabaco  
no Brasil

**40 anos de história**



40



Luta contra  
o tabaco  
no Brasil

**40 anos de história**

Copyrights © 2022 Luiz Alves Araújo Neto, Luiz Antonio Teixeira, Silvana Rubano Barretto Turci e Valeska Carvalho Figueiredo

TRANSCRIÇÃO: Laura Mie Nicida

REVISÃO: Carolina Medeiros

CAPA, PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO: Espirógrafo Editorial / Marcia Mattos

FOTOS: Os cartazes, pôsteres e adesivos com a temática de prevenção do câncer foram criados por empresas de publicidade contratadas pelo INCA.

COORDENAÇÃO EDITORIAL: Lucia Koury

EDIÇÃO: Lucia Koury e Luiz Alves Araujo Neto

#### CONSELHO EDITORIAL

Ana Maria Jacó-Vilela | UERJ

Andréa Borges Souza Cruz | UFRJ

Julia Vilela Caminha | PUC-Rio

Luiz Antonio Teixeira | USP

Maria Alice Rezende | UERJ

Vicente Loureiro | ULisboa

#### DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

L973 Luta contra o tabaco no Brasil : 40 anos de história / organizadores: Luiz Antonio Teixeira, Luiz Alves Araújo Neto, Silvana Rubano Barretto Turci, Valeska Carvalho Figueiredo. - Rio de Janeiro : Outras Letras, 2022.  
252 p. ; 21 cm.

ISBN 978-65-89794-04-2

1. Fumo – Vício – Prevenção – História – Brasil. 2. Fumo – Vício – Tratamento – História – Brasil. 3. Fumo – Vício – Política governamental – História – Brasil. 4. Fumantes de cigarros – Reabilitação – Brasil – Estudo de casos. 5. Programas antitabagismo – Brasil. 6. Pulmões – Câncer. 7. Fundação Oswaldo Cruz – Estudo de casos. 8. Instituto Nacional do Câncer (Brasil) – Estudo de casos. I. Teixeira, Luiz Antonio. II. Alves Araújo Neto, Luiz. III. Rubano Barretto Turci, Silvana. IV. Carvalho Figueiredo, Valeska.

CDD 362.29670981

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Lioara Mandoju CRB-7 5331

Todos os direitos desta edição estão reservados à  
Outras Letras Editora

✉ [contato@outrasletras.com.br](mailto:contato@outrasletras.com.br)

🌐 <https://outrasletras.com.br>

📘 [facebook.com/outrasletras](https://www.facebook.com/outrasletras)

📷 [instagram.com/outrasletras](https://www.instagram.com/outrasletras)

# Luta contra o tabaco no Brasil 40 anos de história

ORGANIZADORES

**Luiz Alves Araújo Neto**

**Luiz Antonio Teixeira**

**Silvana Rubano Barretto Turci**

**Valeska Carvalho Figueiredo**

Organização do *Seminário de Testemunhas – Quatro décadas de história do Controle do Tabaco no Brasil*, realizado em novembro de 2018

Luiz Alves Araújo Neto

Luiz Antonio Teixeira

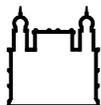
Odalea Martins da Cunha

Silvana Rubano Barretto Turci

Valeska Carvalho Figueiredo

Este livro foi produzido com auxílio financeiro gerenciado pela União Internacional contra a Tuberculose e Doenças Pulmonares (The Union) e financiado pela Filantropia Bloomberg. O conteúdo desta publicação é da exclusiva responsabilidade dos autores e, em nenhuma circunstância, pode ser considerado como a posição da The Union e da Filantropia Bloomberg.

#### APOIO



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**

#### REALIZAÇÃO



International Union Against  
Tuberculosis and Lung Disease

# Sumário

- 8** Prefácio
- 10** Introdução
- 22** Apresentação do seminário e dos participantes
- 38** Das primeiras mobilizações das sociedades médicas ao Programa Nacional de Combate ao Fumo
- 57** Implementação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo – os desafios da saúde pública
- 91** Entrevista com Antonio Pedro Mirra
- 100** Ampliação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo – dos anos 1990 aos dias atuais
- 132** Diversificação de culturas para o controle do tabaco
- 168** Ações de regulação e o papel da Anvisa no controle do tabaco
- 188** Negociações, ratificação e execução da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco no Brasil
- 210** Entrevista com Paula Johns
- 226** Referências bibliográficas
- 229** Campanhas antitabagistas

# Prefácio

A elaboração deste livro foi possível a partir da parceria entre o Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde (CETAB) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, e a Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz. Aqui, são reunidos relatos de vivências, lembranças, discussões e opiniões de atores que participaram de uma história muito importante para a saúde pública brasileira. Entre os méritos do livro, podemos citar o método adotado para a coleta desses relatos que, por envolver um grande encontro desses atores, vindos de várias partes do Brasil, participantes de distintos momentos, aproxima e revela trechos dessa história, muitas vezes desconhecida até mesmo para os que dela participaram.

As medidas para o controle do tabagismo, iniciadas em nível nacional na década de 1980, encontraram inúmeros desafios, que envolveram desde a falta de dados e financiamento para a realização de pesquisas sobre prevalência de tabagismo até a escassez de recursos humanos para a elaboração de materiais e campanhas, além dos indefensáveis ataques da indústria fumageira, um dos maiores inimigos da saúde pública brasileira.

Para essa empreitada foi necessário mais do que coragem e determinação. Foram necessários o apoio do governo e a criação de uma grande rede articulada da sociedade civil. Foi necessário que o SUS fosse criado, abraçando a promoção da saúde como um dos seus eixos principais, dando lugar à municipalização das ações de controle do tabagismo. Também foi necessário que o Brasil se associasse à negociação de



Casa de  
Oswaldo Cruz



5/11/2018

SEMINÁRIO DE TESTEMUNHAS:

## QUATRO DÉCADAS DE HISTÓRIA DO CONTROLE DO TABACO NO BRASIL

Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde da Escola  
Nacional de Saúde Pública | Observatório de  
História e Saúde da Casa de Oswaldo Cruz |  
Coordenação de Vigilância em Saúde e Laboratórios  
de Referência da Fiocruz | Secretaria de Vigilância  
em Saúde do Ministério da Saúde

08:30h - 17h

Auditório da Fiotec/ Expansão  
Fundação Oswaldo Cruz  
Avenida Brasil, 4036, Manguinhos,  
Rio de Janeiro - RJ

Cartazes prevenção ao tabagismo do  
MS/INCA com desenhos de Ziraldo

BANNER: TATIANA W TEIXEIRA

Cartaz do  
seminário:  
2018

um tratado internacional e depois o domesticasse para apoiar medidas de redução de demanda e de oferta de produtos do tabaco.

Passadas quatro décadas, os dados mostram o quanto essa iniciativa foi importante, salvando centenas de milhares de vidas humanas. Segundo pesquisas nacionais conduzidas pelo IBGE e o Ministério da Saúde, a prevalência de tabagismo no Brasil diminuiu de 34,8% para 9,8%, um dos maiores declínios no mundo.

No entanto, profissionais de várias áreas, em especial do setor saúde, deram o tom a esse grande movimento nacional. Os médicos José Rosemberg, Antônio Pedro Mirra, Vera Luiza da Costa e Silva e Tania Cavalcante, representam tantos outros bravos guerreiros, homens e mulheres, profissionais de saúde, educação, advogados, economistas e ativistas em geral, cada um em seu tempo e espaço, que se tornaram exemplo para as gerações presentes e futuras de como construir um Brasil melhor, mais saudável, menos desigual e menos vulnerável aos interesses comerciais de indústrias multinacionais, cujo lucro está acima dos direitos humanos. A eles, agradecemos pela dedicação e compromisso com este processo.

O livro fala de memórias, realizações e perseveranças contidas nesse caminho, com riqueza de detalhes, a partir do testemunho vivo dos que, direta ou indiretamente, ainda estão escrevendo essa história. Como em todas as grandes caminhadas, muitos já partiram deixando não só saudades, mas todo um legado; entre eles Mario Rigatto, José Rosemberg e, mais recentemente, Alberto Araújo e Marisa Grimmer. Através deles, a equipe do CETAB/ENSP/Fiocruz homenageia a todos aqueles que nos legaram como herança o compromisso com a saúde pública brasileira.

A eles e a todos que participaram de toda essa história, os que foram contemplados no seminário e os que não puderam estar, os que foram citados e aqueles que, como “formiguinhas”, vêm construindo o futuro desse caminho a ser trilhado.

A vida é uma viagem cheia de altos e baixos e o que ela quer de nós é apenas coragem.

*Silvana Rubano Barretto Turci*<sup>1</sup>

*Valeska Carvalho Figueiredo*<sup>2</sup>

---

1 Silvana Rubano Barretto Turci é pesquisadora e responsável pelo Observatório de Monitoramento das Estratégias da Indústria do Tabaco do Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fiocruz.

2 Valeska Carvalho Figueiredo é pesquisadora do departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde e coordenadora do Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fiocruz.

# Introdução

Entre 1989 e 2019, a prevalência do tabagismo no Brasil diminuiu de 34,8% da população adulta para 9,8%, segundo dados do Vigitel e da Pesquisa Nacional de Saúde. Embora esse fenômeno esteja relacionado à intensificação dos esforços internacionais de saúde pública no controle do tabaco (Reubi & Berridge, 2016), como a aprovação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), a trajetória nacional das políticas antitabagismo e dos movimentos sociais tem sido crucial para o entendimento da diminuição do tabagismo na população brasileira. Desde a década de 1970, sociedades médicas, especialistas em saúde pública, grupos religiosos e políticos se dedicaram às medidas de controle do tabagismo, embora suas preocupações e visões sobre o problema não fossem as mesmas. Da década de 1990 até os dias atuais, o governo federal assumiu a coordenação das ações antitabagismo, formando uma rede bem articulada entre as diferentes vertentes do movimento.

Nos últimos anos, pesquisas históricas relevantes apontam para uma migração do tabagismo do ‘Norte’ para o ‘Sul’ global, devido às severas restrições ao mercado do tabaco em países mais desenvolvidos (Brandt, 2007). A mecanização e a globalização são processos centrais para que a indústria do tabaco mantenha seus negócios vivos, o que levaria a uma ‘morte globalizante’ e à ‘exportação de uma epidemia’ (Proctor, 2011). A trajetória brasileira de controle do tabagismo mostra que contingências específicas e agendas de saúde pública nacionais são capazes de estabelecer resultados diferentes para os esforços antitabagismo.

Gestado durante o período da ditadura militar e atravessando o processo de redemocratização do país, o movimento pelo controle do tabagismo configurou-se como um dos movimentos mais exitosos da saúde pública brasileira, com amplo reconhecimento internacional (Colditz & Beers, 2010). Em grande parte, o êxito das ações antitabagistas no país se relaciona à atuação de grupos sociais distintos, em uma rede bem articulada, com a participação de atores que compartilharam objetivos, visões de mundo e emoções. Esses grupos envolveram médicos especialistas, sanitaristas, epidemiologistas, atores do Terceiro Setor, movimentos sociais do campo, políticos profissionais, diplomatas, técnicos da saúde pública, grupos religiosos, entre tantos outros. Dessa forma, uma história do controle do tabagismo no Brasil envolve, necessariamente, lidar com a multiplicidade de atuações e de perspectivas que embasaram a construção de políticas, práticas e discursos quanto aos produtos derivados do tabaco, movimento que privilegiamos e exploramos neste livro.

O livro tem como base uma série de depoimentos coletados durante o *Seminário de Testemunhas – Quatro décadas de história do controle do tabaco no Brasil*, realizado em novembro de 2018, pelo Centro de Estudos em Tabaco e Saúde (CETAB/ENSP/Fiocruz), em parceria com a Coordenação de Vigilância em Saúde e Laboratórios de Referência da Fiocruz e a Casa de Oswaldo Cruz. Os depoimentos foram coletados através da metodologia conhecida como “seminário testemunho”, que consiste, em resumo, na reunião de atores participantes da constituição de um campo ou processo para realização de debate moderado com questões elaboradas por historiadores (Reynolds & Tansey, 2012). Embora a moderação do debate organize tematicamente os temas discutidos, o processo de depoimento ganha tons, em diversos momentos, de uma conversa entre pessoas que compartilharam experiências no movimento

antitabagista. Dessa forma, apresentamos um texto editado que guarda, dentro do possível, o caráter de diálogo existente na dinâmica do seminário.

Nesta introdução, apresentamos brevemente a trajetória dos esforços de controle do tabagismo e suas conexões com as transformações no sistema de saúde, destacando momentos em que ações de grupos específicos passaram a fazer parte da agenda do governo federal. A partir do panorama apresentado aqui, esperamos oferecer subsídios ao(à) leitor(a) para acompanhar a intrincada trama dessas quatro décadas de esforços para o controle o tabaco no Brasil através dos depoimentos de atores-chaves nesse processo.

## **O tabagismo se torna um problema de saúde no Brasil**

Na década de 1960, a campanha nacional contra o câncer – iniciada nos anos 1940 com a criação do Instituto Nacional do Câncer (INCA) – acrescentou a seus materiais educativos o alerta de que o tabagismo aumenta o risco de câncer de pulmão e outros tipos de cânceres (Revista Brasileira de Cancerologia, 1964:182). No final daquela década, um concurso para escolher o melhor desenho dos malefícios do tabagismo feito por estudantes do ensino médio sugeriu que o assunto era de interesse do INCA em algum nível (Revista Brasileira de Cancerologia, 1965:89), mas poucas ações além dessas foram tomadas no sentido do controle do tabagismo. Em 1964 e 1965, alguns parlamentares dos estados da Guanabara (atual Rio de Janeiro), São Paulo e Paraná apresentaram projetos de lei para imprimir mensagens de advertência em rótulos de cigarros e proibir a venda para menores de idade, mas os projetos não foram aprovados pelas legislaturas estaduais (Teixeira & Jaques, 2011).

Um aspecto importante para a aprovação dessas leis é o papel econômico da cultura do fumo nos estados do sul do Brasil, como o Rio Grande do Sul, um dos maiores produtores de fumo do mundo. A cultura do fumo está relacionada à tradição dos imigrantes europeus – principalmente da Alemanha – e foi aprimorada com a fundação da Souza Cruz no início do século XX (Brasil, 2000), tornando-se uma das atividades econômicas mais importantes naquela região do país. A perda financeira para a agricultura foi o principal ponto dos políticos para a desaprovação das leis de controle do tabaco.

Na década de 1970, um grupo de médicos cujas especialidades eram relacionadas ao aparelho respiratório (tisiologistas, pneumologistas e cirurgiões torácicos) começou a defender uma frente científica contra o tabagismo. Alguns atores muito importantes no cenário do controle do tabagismo, como Antonio Pedro Mirra, José Rosemberg e Edmundo Blundi, escreveram um documento a partir de um seminário de controle do tabagismo, a Carta de Salvador, em 1979 (Teixeira & Jaques, 2011). A carta afirmava a urgência em estruturar um programa antitabagismo, embora reconhecesse o desafio imposto pelo apelo econômico e cultural do cigarro.

Em seguida, a Sociedade Brasileira de Cancerologia reuniu diversas sociedades científicas e de saúde em São Paulo para criar um Programa Nacional de Combate ao Tabagismo. A iniciativa teve como base as deliberações do XVIII Congresso Internacional do Câncer realizado em Buenos Aires, quando Mirra, Rosemberg e Blundi foram assessorados por Richard Doll para criar um programa no Brasil (Mirra et al., 2009). No ano seguinte, a revista *Veja* – de grande circulação no Brasil – publicou uma matéria demonstrando como a relevância econômica da cultura do fumo era um entrave aos esforços antitabagismo (Gaspari, 1980).

Aqui está uma diferença entre a história do controle do tabaco no Brasil e nos Estados Unidos: no Norte, a indústria do tabaco usou a opinião pública e o campo científico para criar uma “dúvida razoável” sobre os malefícios do tabagismo com base em conflitos de interesse (Brandt, 2009); no Brasil, por outro lado, as empresas não se valeram da opinião pública ou de médicos especialistas para proteger o negócio. Na verdade, a contrapartida dos esforços de controle do tabaco se deu por meio de *lobbies* políticos dentro do poder legislativo, com políticos protegendo os agricultores e os interesses das empresas, sem a participação dos consumidores nos debates, o que é característico da política brasileira.

Buscando fortalecer a iniciativa antitabagista, as sociedades médicas envolvidas no Programa Nacional firmaram uma parceria com a Associação Médica Brasileira (AMB), que era a principal associação profissional na área médica e uma aliada nos esforços de controle do tabagismo. A AMB criou uma Comissão Especial de Controle do Tabaco que visa centralizar as ações antitabagismo e estabelecer grupos estaduais dedicados à divulgação da mensagem dos malefícios do cigarro à saúde (Gonçalves, 2009). O apoio da AMB aumentou a credibilidade e o alcance geral das sociedades médicas, auxiliando na articulação de um programa nacional. A AMB, por exemplo, montou uma série de programas de TV sobre tabaco e enviou membros à conferência da OMS no Dia Mundial da Saúde de 1980, cujo tema era “Tabagismo ou saúde: a escolha é sua” (Ibidem). No mesmo ano, foi realizada a primeira Conferência Brasileira de Combate ao Fumo, em Vitória, no Espírito Santo. Após essa conferência, foram iniciados os primeiros programas estaduais de controle do tabagismo (Paraná, São Paulo e Rio Grande do Sul).

Outros grupos apoiaram o início do controle do tabagismo no Brasil. Por exemplo, as Testemunhas de Jeová eram fortemente contra o fumo e orientavam seus seguidores a não fumarem. Porém, a partir da década de 1950, a cultura consumista atingiu níveis elevados na classe média urbana brasileira, com muita propaganda em revistas, TV e jornais, e com a chegada de grandes tabaqueiras dos Estados Unidos (Sá, 2013). No final da década de 1980, estavam em jogo programas locais e o início de um programa nacional para o movimento antitabagismo, mas seria difícil atingir públicos maiores e mobilizar o sistema político sem a participação direta do Ministério da Saúde. No ocaso de uma ditadura brutal, um novo sistema de saúde estava em construção e o papel da saúde pública em geral – e do INCA em específico – estava sendo discutido por especialistas e políticos.

## **Criação de um programa nacional de controle do tabagismo**

Após mais de duas décadas de ditadura, quando a saúde pública brasileira sofria de baixo financiamento e desarticulação de diversos programas e instituições, um novo sistema nacional começou a ser construído, no final da década de 1980 (Escorel & Teixeira, 2008). Esse novo sistema tem como base a atenção integral à saúde, a gestão descentralizada e a coordenação das ações e uma maior participação dos setores leigos nas decisões políticas. O grande princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) é o “direito universal à saúde”, em oposição à atenção seletiva à saúde prevalente no Brasil, desde as fundações das políticas públicas de saúde. Esse novo cenário reforçou o papel do Ministério da Saúde nos programas de prevenção primária.

Em 1988, o programa da AMB foi integrado à agenda do Ministério e foi criado o Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF), cujas prioridades eram definidas em cinco eixos: capacitação de profissionais de saúde e educação; campanhas de educação em saúde para a população em geral e escolas primárias; tributação e outras medidas políticas para reduzir as vendas de cigarros; pesquisas; e atividade médica entre pares (Romero & Costa e Silva, 2011). Em suma, o PNCF foi uma reunião de muitas ideias e propostas de anos anteriores e um posicionamento do governo brasileiro de que o controle do tabagismo era definitivamente uma preocupação a ser abordada pela saúde pública. No mesmo ano, uma portaria estabelecia que todo maço de cigarros deveria trazer a mensagem “O Ministério da Saúde avisa: fumar faz mal à saúde” (Teixeira & Jaques, 2011).

Na educação em saúde, o PNCF investiu muito para criar uma identidade visual para a política antifumo, contratando um dos cartunistas mais famosos do Brasil, Ziraldo, para desenhar para cartazes, folders e outros materiais. Com base em uma abordagem que combinava com antigas campanhas baseadas no medo e novas preocupações de prevenção de risco, o artista criou imagens lúdicas que foram combinadas com mensagens fortes como “Fumar fede” ou “Fumar é cafona”. Outras campanhas fizeram referência a anúncios famosos de tabacarias como os cowboys de Marlboro: “Você sabe o que aconteceu com aqueles cowboys? Eles morreram de câncer”.

Em 1996, uma lei federal intensificou o controle da propaganda de cigarros tanto no rádio quanto na TV, e mudou a mensagem nos rótulos: além do já tradicional “O Ministério da Saúde avisa”, foram acrescentados diversos textos como “fumar pode causar acidente vascular cerebral” ou “fumar pode causar câncer de pulmão”, entre muitos outros (Brasil, 1996). Enquanto isso, os médicos envolvidos com o controle do

tabagismo publicaram artigos e livros direcionados ao público leigo com o objetivo de divulgar a mensagem antitabagismo. O INCA – hoje responsável pelas políticas e programas de controle do tabagismo – decidiu iniciar um programa específico de prevenção à iniciação ao tabagismo, comum entre crianças e adolescentes. Em 1997, iniciou um projeto piloto com quatro escolas primárias da cidade do Rio de Janeiro para capacitar professores e distribuir materiais para incorporar a prevenção primária – com ênfase no controle do tabagismo – ao currículo escolar (Goldfarb, 2000). O programa “Saber Saúde” foi ampliado para âmbito nacional em 1998, contando também com o trabalho de Ziraldo ilustrando os materiais distribuídos às secretarias estaduais e municipais de Saúde e Educação (INCA, 2013).

Embora as campanhas de educação em saúde tivessem grande reconhecimento em nível nacional e internacional, estava claro para os especialistas em saúde pública que a prevenção primária do tabagismo precisava ser expandida para outros campos, tendo em vista os problemas que a redução das vendas de cigarros traria para a economia brasileira. Por exemplo, uma lei de 2000 limitou severamente a propaganda de cigarro, banindo-a da TV, rádio, cinema, jornais, revistas, outdoors, roupas esportivas e internet (Teixeira & Jaques, 2011). A mesma lei previa que, a partir de 2003, seria proibido às empresas de tabaco patrocinar eventos culturais ou esportivos. Essa determinação específica gerou reações da indústria que, por meio da Confederação Nacional da Indústria (CNI), ajuizou ação contra o governo, alegando que a proibição era contrária à Constituição Federal. Além dos protestos da indústria, havia a preocupação de como a fumicultura reagiria à queda da demanda e conseqüentemente da produção (Boeira, 2002). A substituição da produção de tabaco, no entanto, não era um tema central no planejamento da saúde pública.

A entrada de um novo ator na política pública, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), mudou o cenário para o controle do tabagismo. Entre suas atribuições, a Anvisa tem autoridade para controlar e fiscalizar o comércio de cigarros e outros produtos derivados do fumo. A Anvisa produziu relatórios detalhados sobre as empresas de tabaco e seus produtos, alimentando o PNCT com mais informações para o planejamento de políticas de controle. No início dos anos 2000, os esforços antitabagismo já mostravam bons resultados em termos de prevalência: dados da Pesquisa Mundial de Saúde da OMS, em 2003, apontavam uma diminuição do tabagismo entre adultos de 34,8% para 22,4%, em relação a 1989. Gradualmente, também, a imagem do tabagismo foi mudando e a ideia do cigarro como símbolo do consumo foi substituída pelo quadro do vício, mas havia uma grande preocupação com as estratégias das empresas para expandir o mercado entre os jovens. Se as campanhas de educação em saúde já estavam bem estabelecidas, ainda era preciso intensificar o controle do comércio, principalmente o ilegal. Nesse momento, a preocupação global com a redução do tabagismo passou a fazer parte da agenda de saúde pública brasileira.

## **A Convenção-Quadro e o controle do tabagismo no Brasil**

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) foi o resultado de um longo processo de estabelecimento de uma rede em nível internacional de saúde e da mudança de empresas nacionais e bilaterais para uma abordagem de saúde global (Reubi & Berridge, 2016). A CQCT foi aprovada por consenso para todos os membros da OMS e o Brasil foi o segundo signatário dela. Embora a delegação brasileira tenha desempenhado

papel importante na assinatura da CQCT, a aprovação final do documento no Congresso Nacional envolveu muitas tensões e disputas envolvendo as empresas de tabaco, fazendeiros; políticos; ONGs e especialistas em saúde pública (Teixeira; Paiva & Ferreira, 2017).

Para a elaboração do documento da CQCT foi criado um órgão de negociação intergovernamental, cujo diretor foi o Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Celso Amorim. Em suma, o acordo objetivou implementação de políticas tributárias para reduzir o tabagismo; regulamentação de etiquetas e anúncios; proteção contra fumaça de cigarro; proibição de publicidade; criação de programas de educação em saúde; e incentivo a programas de cessação (Brasil, 2011). No Brasil, muitos grupos se posicionaram e se mobilizaram para a aprovação ou negação da CQCT, de acordo com diferentes interesses: os especialistas do INCA tiveram um grande reconhecimento internacional (Vera da Costa e Silva – coordenadora dos Programas de Controle do Tabaco do INCA – tornou-se diretora da Iniciativa Livre do Tabaco da OMS) e foram muito atuantes na defesa da Convenção; entre os políticos, as posições eram relacionadas à agenda dos agricultores e da indústria ou de apoio à agenda política do governo – o senador paulista Eduardo Suplicy foi um dos defensores da CQCT, enquanto o senador gaúcho Sergio Zambiasi apoiou os interesses dos fazendeiros e empresas locais; as ONGs relacionadas à saúde apoiaram a aprovação, como a “No Tobacco Network”; produtores e empresas defenderam sua posição por meio de agências representativas, como a Associação Brasileira da Indústria de Fumo (AFUBRA) e a Associação Brasileira da Indústria Fumadora (ABIFUMO); e a imprensa adotou posições heterogêneas sobre o assunto (Scheibler, 2006).

Um raciocínio comum usado por aqueles contra a Convenção-Quadro foi de que outros países altamente classificados como produtores de tabaco não concordaram

com a convenção ou abandonaram os termos assinados. Outros argumentam que o governo assumiu posição contraditória, controlando a produção de fumo ao mesmo tempo que dava incentivos aos produtores como o financiamento do Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDES) de R\$ 500 milhões. Para discutir o documento, muitas audiências públicas foram realizadas entre 2003 e 2005 com os grupos de interesse que defendiam a aprovação ou desaprovação da CQCT. Faltando um mês para o prazo final da OMS para a ratificação do tratado, o assunto ainda estava em liberdade na sociedade brasileira. A imprensa denunciou diversos *lobbies* de empresas de tabaco e grandes fazendeiros para desaprovar o documento no Congresso Nacional, o que elevou a pressão e a tensão por uma posição definitiva do governo federal. Apesar de todos os *lobbies*, seis ministérios produziram um relatório favorável aos artigos da Convenção e o assunto foi para votação no Congresso. Segundo país a assinar o acordo, o Brasil foi o centésimo país a aprovar a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco.

A aprovação do tratado demonstrou uma forte posição dos órgãos públicos de saúde, especialmente do INCA, diante dos interesses privados voltados para a cultura do fumo e o comércio de cigarros. Os anos seguintes foram caracterizados por uma intensificação das políticas de controle, como proibição de fumar em espaços fechados e banimento de áreas para fumantes; e grandes avanços nos programas de regulamentação e educação em saúde. Um aspecto importante do PNCT e da CQCT foi o aprimoramento das pesquisas – estudos epidemiológicos e quase experimentais – sobre o tabagismo, que forneceram mais informações e ferramentas para intervenções de saúde pública.

As preocupações iniciais com o impacto econômico do controle do tabaco tiveram ressonância e as estratégias de substituição da cultura do tabaco começaram em

algumas áreas como o Rio Grande do Sul. Feiras passaram a ser montadas por associações de agricultores, ONGs, INCA e outros órgãos, em busca de alternativas aos produtores, principalmente os pequenos. Fumar agora é visto como um hábito sujo para muitas pessoas no Brasil, embora seja frequente entre a classe média urbana e as camadas mais pobres da sociedade. Outro problema presente é o comércio ilegal, muito comum nas ruas, como recurso para o sustento de pessoas de baixa renda.

Apesar do caminho de sucesso trilhado pela saúde pública brasileira no controle do tabagismo, o cenário contemporâneo é de muito temor. Projeto neoliberal para a economia brasileira busca desmontar o Sistema Único de Saúde com forte redução do financiamento e descrédito das instituições junto à opinião pública. Por exemplo, a substituição da lavoura de fumo vem sofrendo com cortes de orçamento e a pressão do grande agronegócio. Em 2017, o governo federal aprovou uma emenda constitucional que congela o financiamento público à saúde, educação, seguridade social e outras áreas vitais por vinte anos. O enfraquecimento das instituições de saúde pública abre uma porta perigosa para um forte retorno de velhos problemas como o sarampo, e um novo aumento do tabagismo.

*Luiz Alves Araújo Neto*<sup>1</sup>

*Luiz Antonio Teixeira*<sup>2</sup>

---

1 Luiz Alves Araújo Neto é historiador e bolsista de pós-doutorado / Fiocruz.

2 Luiz Antonio Teixeira é pesquisador / Fiocruz.

# Apresentação do seminário e dos participantes

**Luiz Teixeira:** Bom dia. Sou Luiz Antonio Teixeira e esse é meu colega de trabalho, Luiz Alves Araújo Neto. Antes de mais nada, eu gostaria de fazer uma pequena introdução sobre nosso evento e explicar sobre a dinâmica que iremos utilizar.

Entre 1989 e 2013, a prevalência do tabagismo na população adulta no Brasil diminuiu de 34,8% para 14,7% (20,1%). Embora esse fenômeno esteja relacionado à intensificação dos esforços internacionais de saúde pública para controle do tabaco, a trajetória das políticas e iniciativas nacionais nesse campo são cruciais para a compreensão da redução do tabagismo entre a população brasileira. Desde 1970, sociedades médicas, especialistas em saúde pública, grupos religiosos e políticos se dedicam à criação e implementação de medidas de controle do tabagismo, em uma luta incessante contra a indústria do tabaco e os interesses mercantis a ela associados.

A partir da década de 1990, o estado brasileiro assumiu um papel protagonista nesse processo, mediando os diferentes matizes do movimento antifumo e articulando medidas para conter a epidemia. Nos últimos anos, as pesquisas históricas relevantes apontam para uma translação do maior consumo de tabaco do Norte para o Sul, o que se relaciona à severas restrições ao mercado do tabaco em países mais desenvolvidos. Análises de reputados historiadores, como Allan Brandt e Robert Proctor, mostram que a indústria do tabaco depende da globalização para manter seus negócios vivos, e isso

tem levado a uma exportação dessa verdadeira epidemia de consumo para regiões em desenvolvimento. No entanto, o Brasil é uma exceção a essa regra, o que mostra que a dinâmica da história não pode ser vista somente pela sua tendência predominante. De forma contrária, a análise da saúde deve ser orientada pelo raciocínio dialético entre movimentos históricos globais e locais. A trajetória brasileira do controle do tabagismo demonstra que contingências específicas e agendas de saúde pública foram capazes de estabelecer diferentes resultados para os esforços antitabaco.

Esse seminário de testemunhas busca vislumbrar as especificidades deste processo, reconstruindo seu passado a partir da análise de suas estruturas, e contextos e da ação de seus principais personagens. Para realizá-lo, buscaremos uma interação entre os nossos depoentes que se traduza em uma narrativa que ilumine os aspectos mais gerais e específicos dessa epopeia brasileira.

FOTOS DO SEMINÁRIO: ARQUITOS CASA OSWALDO CRUZ



Esquerda para direita:  
Luiz Antonio Santini,  
Paula Johns, Andrea Reis,  
Vera da Costa e Silva,  
José Agenor,  
Marco Antonio de  
Moraes, Cristiane Vianna,  
Adriana Gregolin, Tania  
Cavalcante, Erica Rangel,  
Albino Gewehr, Teresa  
Feitosa, Ana Margarida  
e Valeska Figueiredo.

Trabalharemos em cinco principais temas: as associações e os especialistas médicos, nos primórdios do controle do tabaco; o desenvolvimento da legislação e as medidas normativas contra o consumo do tabaco, a partir de 1990; as mudanças na saúde pública na década de 1980 e a criação do programa nacional de controle do tabaco; a adesão e a ratificação do Brasil à Convenção-Quadro<sup>1</sup>; e o papel dos movimentos sociais em instituições de saúde nesse processo.

Em primeiro lugar, eu gostaria de agradecer muito a vocês pela presença nesse evento tão significativo para a preservação da memória do controle do tabaco no Brasil. Vamos utilizar em nossa dinâmica uma metodologia muito próxima do que a gente normalmente chama de “grupo focal”. Mas a ideia é diferente: ao invés de analisar uma situação, vamos pensar em como esse grupo pode contribuir para a concepção de uma memória e de uma história de um campo em desenvolvimento. Essa metodologia foi popularizada pela Wellcome Trust<sup>2</sup> que busca, a partir da interação de atores-chave do controle do tabaco no Brasil, produzir uma memória desse campo.

**Luiz Alves:** A dinâmica é simples: a gente vai fazer perguntas, que são muito mais provocações do que propriamente uma “pergunta-resposta”. A ideia não é que vocês lidem com essas perguntas como um roteiro para a discussão, para a conversa entre vocês. Algumas perguntas serão orientadas para pessoas específicas, outras serão

---

1 A Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) é o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da Organização Mundial da Saúde (OMS). é o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da Organização Mundial da Saúde. Representa um instrumento de resposta dos 192 países membros da Assembleia Mundial da Saúde à crescente epidemia do tabagismo em todo mundo.

2 O Wellcome Trust é uma instituição de caridade de pesquisa biomédica sediada em Londres, Reino Unido. Foi estabelecido em 1936 com legados do magnata farmacêutico Sir Henry Wellcome para financiar pesquisas para melhorar a saúde humana e animal.

apenas apresentadas para discussão. É importante entender o seguinte: faremos a pergunta, indicaremos quem será o primeiro a responder e o primeiro a comentar a pergunta. A partir do momento que alguém começar a comentar e outra pessoa queira comentar o comentário, queira participar da discussão, ela deverá levantar o dedo para ser inscrita na discussão e aguardar para falar só após ser indicada por nós. Não existe propriamente um limite de tempo de fala, ela é mais livre, ela pode circular mais livremente, mas é importante que todos falem, que todos tenham tempo para falar sobre um assunto de interesse. Nós sabemos que algumas questões são mais apropriadas para algumas pessoas, outras são mais pertinentes para outras. Para poder desenvolver essas perguntas, nós estudamos um pouco cada um de vocês, investigamos a atuação profissional de cada um, para que, no roteiro e ao longo da nossa conversa, todos sejam contemplados.

FOTOS DO SEMINÁRIO: ARQUITIVOS CASA OSWALDO CRUZ



Luiz Alves e Luiz Teixeira:  
os mediadores do seminário  
sobre os 40 anos de luta  
contra o tabaco no Brasil.

**Luiz Teixeira:** É importante saber que todos podem comentar o que os outros estão respondendo, que isso é uma grande conversa. A partir do roteiro, nós faremos perguntas de acordo com a trajetória de vocês. Mas, lembrem-se de que é uma conversa aberta para todos comentarem, discordarem, incluírem um detalhe, enfim, ajudarem na construção dessa história.

**Luiz Alves:** Um último ponto para organizarmos nossa conversa: apesar da notória experiência pessoal de todos vocês, a gente precisa caracterizar sempre cada fala em um contexto mais conjuntural. A ideia é que a gente entenda a participação de vocês, mas também o que estava acontecendo na época, a partir do contexto de cada período. Então, a fala é pessoal, claro, é a experiência de vocês, mas tendo sempre em mente também a conjuntura do período.

## **Para dar início ao nosso trabalho, eu gostaria que vocês se apresentassem**

**Tereza Feitosa:** Formei-me em 1976, em Medicina pela UFRJ; fiz mestrado em Engenharia de Produção e doutorado em Engenharia Biomédica, na COPPE/UFRJ. Participei do Programa de Controle do Tabagismo nos primórdios, de 1986 a 1988; depois, no INCA – Instituto Nacional do Câncer. Na CONPREV – Coordenação da Prevenção e Vigilância, atuei nos programas de prevenção do câncer do colo do útero e de mama até me aposentar.

**Ana Margarida Rosemberg:** Sou cearense, médica, e participei do programa desde 1988, 1989... No Ceará, eu fazia palestras, atuações bem pontuais. Em 1989, participei



Esquerda para  
direita: Teresa  
Feitosa, Ana  
Margarida  
Rosemberg,  
Amadeu Bonato,  
Paula Johns e  
Irmã Lourdes Dill.

de um curso ministrado pela Vera Luiza da Costa e Silva para formar coordenadores estaduais. A partir do ano seguinte, implantei o programa na secretaria de Saúde do estado. Em 1994, me casei com o Rosemberg<sup>3</sup> e aí ele deu uma contribuição muito grande à iniciativa. Durante dez anos, coordenei o programa de Combate ao Tabagismo do Ceará.

**Amadeu Bonato:** Moro em Curitiba, PR, e sou do DESER – Departamento de Estudos Socioeconômicos Rurais, criado em 1988. Desde 1989, o DESER vem acompanhando essa questão da cadeia produtiva do tabaco, do ponto de vista da agricultura familiar. De como apoiar a agricultura familiar. Então, a gente acompanhou esse processo, enquanto DESER como um todo. Pessoalmente, entrei mais nessa questão a partir de 2005, acompanhando esse debate sobre a diversificação e acabei também

---

3 José Rosemberg é pneumologista e fisiologista, considerado um dos pioneiros nos movimentos pelo controle do tabagismo no Brasil. Autor de diversos livros sobre o tema.

participando das chamadas públicas da ATER – Assistência Técnica e Extensão Rural<sup>4</sup> voltadas à diversificação.

**Paula Johns**<sup>5</sup>: Sou graduada em Sociologia e mestre em Estudos de Desenvolvimento Internacional pela Universidade de Roskilde, Dinamarca. Atuo no terceiro setor desde 1998, coordenando projetos voltados à promoção dos direitos humanos, equidade de gênero, preservação do meio ambiente e saúde pública. Sou ex-presidente do conselho diretor da Framework Convention Alliance (FCA) e empreendedora social Ashoka. Atualmente trabalho na ACT Promoção de Saúde<sup>6</sup>, antiga Rede Tabaco Zero, e estou nesse tema desde novembro de 2001.

**Irmã Lourdes Dill**: Faço parte da Congregação das Irmãs Filhas do Amor Divino, sou coordenadora do Projeto Esperança/Coesperança da Arquidiocese Santa Maria, RS e vice-presidente da Charitas Brasileira. Atuo nessa área há mais de 30 anos, na parte da organização dos produtores, como educadora popular nas alternativas à cultura do fumo. Nos programas em nível nacional, atuo há quase 20 anos também, participando da articulação da Convenção-Quadro e das políticas públicas voltadas para a

---

4 Para a Secretaria de Agricultura Familiar e Cooperativismo (SAF), o principal objetivo dos serviços de Assistência Técnica e Extensão Rural (ATER) é melhorar a renda e a qualidade de vida das famílias rurais, por meio do aperfeiçoamento dos sistemas de produção, de mecanismo de acesso a recursos, serviços e renda, de forma sustentável.

5 Paula Johns não pôde participar integralmente do seminário. A sua história foi contada através de uma entrevista feita por Luiz Alves e Luiz Antonio Teixeira que pode ser encontrada no final do capítulo 7.

6 ONG que atua na promoção e defesa de políticas de saúde pública, especialmente nas áreas de controle do tabagismo, alimentação saudável, controle do álcool e atividade física. O trabalho é realizado por meio de ações de advocacy, que incluem incidência política, comunicação, mobilização, formação de redes e pesquisa, entre outras.



Esquerda para direita: Adriana Gregolin, José Agenor, Vera Luiza da Costa e Silva e Tania Cavalcante.

diversificação de culturas em regiões produtoras de tabaco. Tenho muita alegria de estar aqui.

**Andrea Reis:** Trabalho na divisão de Controle do Tabagismo desde 1999, atuando diretamente no programa Saber Saúde, e, há cerca de um ano, estou na vice-chefia da divisão. Estou representando a Valéria Cunha, chefe da divisão.

**Vera Luiza da Costa e Silva:** Trabalho nessa área há quase 35 anos, e acho que sou uma das poucas pessoas aqui que é quase uma testemunha viva dos quase 40 anos de controle do tabaco no Brasil. Para mim, é um privilégio e uma honra poder estar aqui inteira, participando e revendo essa longa história. Trabalho atualmente como chefe do secretariado da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, em nível internacional, e moro na Suíça. Muito do que eu sou e tenho devo ao Brasil e ao que o Brasil me ensinou.

**Deborah Malta:** É muita emoção estar aqui! Muito obrigada, Valeska e Vera, por proporcionarem esse momento, e eu acho que isso é muito importante para que a gente preserve as nossas raízes e a história de um programa que é tão caro para todos nós. Enfim, acho que a minha inserção nessa história é a partir de 2004. Atualmente, sou professora da Universidade Federal de Minas Gerais para onde retornei depois de sair do Ministério da Saúde. No Ministério da Saúde, ocupei a coordenação e depois a diretoria da secretaria de Vigilância em Saúde, a diretoria de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Então, possivelmente, aqui, eu represento o governo, como outros colegas, em um espaço de coordenar a implantação da vigilância do tabaco.

**Marco Antonio de Moraes:** Atuo no controle do tabagismo desde 1985 e, desde 1988, faço parte do programa nacional, portanto, em seu início, e pude vivenciar isso em todos os níveis, em todas as esferas: na municipal, em Campinas onde eu morava, depois em uma região que era conhecida como o Circuito das Águas<sup>7</sup>, onde a gente pôde implantar esse programa em sua fase regional e, depois, fui convidado para gerenciar o Programa Estadual de Controle do Tabagismo, onde elaboramos todas as atividades da municipalização das ações de controle do tabagismo. Minha linha de pesquisa, em mestrado e doutorado, foi na área de tabagismo. Hoje, meu principal local de trabalho é na secretaria de estado da Saúde de São Paulo

---

7 O Circuito das Águas Paulista está localizado a cerca de 150 quilômetros da capital e é composto por nove cidades: Águas de Lindóia, Amparo, Holambra, Jaguariúna, Lindóia, Monte Alegre do Sul, Pedreira, Serra Negra e Socorro.



Esquerda para direita:  
Vera Luiza da Costa e  
Silva e Nísia Trindade  
Lima, presidente da  
Fundação Oswaldo  
Cruz - Fiocruz (em  
05/11/2018)..

**Tania Cavalcante:** Trabalho atualmente como secretária executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro (CONICQ). Minha história começa em 1993. Sou médica onco-hematologista, trabalhava na assistência do Instituto Nacional de Câncer quando fui seduzida, literalmente, para trabalhar, e abduzida – abduzida é uma palavra que bem cabe nessa história – para trabalhar nessa área que vinha começando a se estruturar, que era ligada ao antigo Pro-Onco<sup>8</sup> e que trabalhava com educação e saúde. A Vera (da Costa e Silva), na época, queria alguém que tratasse do tema de alimentação e câncer. Era uma área que eu vinha estudando porque sempre me incomodava a gente não trabalhar com as causas daquelas doenças. Foi nessa conversa que eu fui abduzida para trabalhar com alimentação e câncer e,

8 Em 1986, o Programa de Oncologia (Pro-Onco), do Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde, foi criado como estrutura técnico-administrativa da extinta Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Em 1990, o programa tornou-se Coordenação de Programas de Controle de Câncer e suas linhas básicas de trabalho eram a informação e a educação sobre os cânceres mais incidentes.

1950-51

Nos Estados Unidos e no Reino Unido, são publicados estudos que confirmam a conexão entre tabagismo e câncer de pulmão.

posteriormente, fui abduzida para trabalhar com tabaco, e nunca mais saí. Então, em 2001, quando a Vera saiu do INCA para a OMS, assumi a chefia da divisão de Controle de Tabagismo que coordenava o controle do tabagismo, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e, com isso, também assumi a secretaria executiva da CONICQ. Tanto minha dissertação do mestrado como a minha recente tese de doutorado enfocam essa questão sob o ângulo do cigarro eletrônico, que é um tema extremamente novo nesse processo histórico do controle do tabaco.

**Cristiane Vianna:** Sou advogada, tive a oportunidade de trabalhar no Instituto Nacional do Câncer desde 1998, quando participei da negociação do tratado [Convenção-Quadro] desde o seu início. Minha trajetória no INCA se estendeu até 2013, quando fui trabalhar na União Internacional contra a Tuberculose e Doenças Respiratórias, uma instituição associada à Iniciativa Bloomberg<sup>9</sup> que financia projetos de controle do tabaco no Brasil. Participei do processo de negociação internacional, e na internalização do tratado no Brasil, com as advertências sanitárias, com a promulgação da Lei nº 12.546 que proibiu fumar nos ambientes fechados, tema da minha tese. Agradeço a oportunidade de estar aqui colaborando para a memória desse processo.

---

9 A Iniciativa Bloomberg recebe o nome do filantropo Michael Bloomberg, ex-prefeito de Nova York. Ela financia diversos projetos voltados ao campo da saúde, da segurança viária e da educação. O controle do tabagismo é uma bandeira relevante à Bloomberg.

**Adriana Gregolin:** Agradeço o convite porque é um momento muito especial rever tanta gente amiga e conhecida, de luta. Trabalhei de 2006 a 2013 na coordenação do Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco e, na época, eu era representante do antigo Ministério do Desenvolvimento Agrário, como um dos 22 ministérios que compõem a CONICQ. Sou engenheira agrônoma e, atualmente, trabalho na FAO (Food and Agriculture Organization) da ONU para alimentação e agricultura regional em Santiago, com projeto de diversificação dos sistemas de produção de algodão. O nosso foco lá é diversificação dos sistemas de produção de algodão, que é a lógica para a agricultura familiar que a gente trabalhava também. Tenho acompanhado a mesa do tabaco no Chile, como representante da FAO.

**Erica Cavalcante Rangel:** Muito obrigada pelo convite, acho que eu conheço todos aqui. Minha inserção no tabagismo ocorre quando o INCA começa a formar o PIL – Programa INCA Livre de Cigarro. Originalmente, eu era da assistência. Sou assistente social por formação. Naquela época, eu tinha feito administração hospitalar pelo Instituto de Medicina Social da Uerj e, quando o INCA começou a estruturar esses programas de... tabagismo (não era de tabagismo, era Programa INCA Livre do Cigarro ainda), fui designada pelo Hospital de Câncer de Mama, onde eu trabalhava, para implantar esse programa no hospital. Em 2000, chego à divisão de Tabagismo (atual CONICQ) e começo a trabalhar com mobilização social, articulação política de construção de rede. Tenho acompanhado essa parte no Brasil para construir redes a fim de conseguir ratificar um tratado internacional. Então, fiz interface com a sociedade civil, com o Congresso Nacional, e trabalhei muito com as organizações de base e as organizações rurais no âmbito das ações definidas pelos artigos 17 e 18 da Convenção-Quadro. Também faço mestrado na ENSP

1965

O deputado Ivan Luz apresenta, na Câmara Federal, projeto de lei que institui a obrigatoriedade de advertência sobre os malefícios do fumo nas embalagens de cigarros.

(Fiocruz) e falo sobre a ratificação da Convenção-Quadro no Senado. Minha orientadora foi a Vera da Costa e Silva. Tania Cavalcante tem sempre me apoiado. Há dois anos me aposentei. Continuo na área, mas hoje trabalho como consultora na ACT – Aliança de Controle de Tabagismo e Promoção da Saúde.

**Albino Gewehr:** Bom dia. Sou filho de agricultores familiares. Realmente, a minha relação é íntima com o tabaco, até os 7 anos de idade correndo no meio da lavoura, mas, filho de agricultores familiares, meus pais falavam: “O estudo das crianças foi pago pelo fumo”; não, lembrando bem, o meu estudo e das minhas irmãs e companhia foi pago por uma propriedade diversificada, depois, o tabaco avançou e ela deixou de ser diversificada. Trabalhei em indústria fumageira, sou técnico agrícola, depois fui alçado à condição do sindicalista, representante dos fumicultores do Rio Grande do Sul, depois, em uma articulação com os três estados do Sul. Posteriormente, trabalhei na diretoria do DESER – Departamento de Estudos Socioeconômicos Rurais; mais tarde, na assessoria da FETRAF – Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar. Quando começamos a nos relacionar, eu trabalhava na câmara setorial do tabaco da CUT – Central Única dos Trabalhadores, e participei do debate sobre a ratificação ou não da Convenção-Quadro no Brasil. Também atuei como assessor parlamentar de diversos parlamentares do Rio Grande do Sul, e nos governos estaduais dos

governadores Olívio Dutra e Tarso Genro. Recentemente, fui chamado por companheiros agricultores para assessorar o prefeito de Cachoeira do Sul, na condição de secretário e diretor de Agricultura Familiar, e agora, nos últimos dois anos, dois anos e meio, voltei para a minha creche, estou com a minha mãe na minha comunidade, com meus primos e meus irmãos. A produção de tabaco ainda é primordial para a grande maioria, vários diversificaram, mas, depois de 30 anos, voltei para minha comunidade. Acho que a maior vitória que eu, pessoalmente, tive, foi a identificação da doença do tabaco verde; depois eu conto com mais detalhes.

**José Agenor Álvares da Silva:** Tive duas experiências em relação ao assunto. Primeiro, como secretário-executivo do Ministério da Saúde e, posteriormente, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, quando fui responsável por duas áreas correlatas muito importantes na promoção e prevenção da saúde dos brasileiros, que foi a questão de agrotóxico e de tabaco. Na questão do tabaco, que é o tema na nossa conversa, foi muito importante porque nós tivemos muitos avanços e tivemos recursos também, importantes.

**Valeska Carvalho Figueiredo:** Sou médica epidemiologista e trabalho no controle do tabaco desde 1997, contratada pela Vera (Costa e Silva) na CONTAPP<sup>10</sup> para fazer epidemiologia do tabaco. No início, não tínhamos nenhum dado. Foi uma grande luta conseguir alguma informação e eu sempre trabalhei com números. De 2001 a 2003, fui chefe

---

<sup>10</sup> Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer, responsável pelas ações de prevenção do câncer no INCA na década de 1990, antes da criação da Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV).

da epidemiologia do INCA, a Vera já não estava no Brasil. Mas, ela trouxe a primeira pesquisa que fizemos no INCA exclusivamente para conhecer as informações mais aprofundadas sobre tabagismo. Foi um estudo domiciliar no município do Rio de Janeiro, feito junto com a John Hopkins, que nos deu *know how* para que, no futuro, eu pudesse coordenar o inquérito domiciliar sobre fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis que é considerada pela SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde – como a linha de base para a vigilância de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Naquela época, tínhamos uma parceria muito forte com o CENEP que antecedeu o sistema de vigilância de DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis). Deixei de ser chefe da epidemiologia, mas continuei atuando na finalização do projeto. Desde então, saí do INCA, fui professora da UFRJ, fiz um estudo sobre aditivos, e agora estou aqui coordenando, junto com a Silvana Turci, o Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde da Fiocruz.

**Silvana Rubano Turci:** Sou servidora aqui da Fiocruz há 30 anos e passei de 1996 a 2010 no INCA, colaborando com vários projetos. Comecei com a questão da área rural que me encantou desde o início, quando eu conheci o projeto lá do Sul, da Irmã Lourdes, e depois colaborei também com o projeto de montar o laboratório no INCA, e depois outros tantos envolvimento nessa área do controle do tabaco. Em 2010, para finalizar meu doutorado, voltei para a Fiocruz e, por coincidência, a Vera também estava voltando, com desejo e com uma energia muito boa para a gente formar um centro de estudos sobre tabaco e saúde. Assim nasceu o CETAB, onde hoje eu coordeno o Observatório sobre as Estratégias da Indústria do Tabaco, que eu acho que é um outro upgrade que o Brasil deu nessa questão de conhecer, organizar e monitorar todas as estratégias que a indústria do tabaco utiliza. Não sei se todas, mas a gente procura obter



Esquerda para direita:  
Tania Cavalcante,  
Marco Antonio Moraes,  
Paula Johns,  
Valeska Figueiredo,  
e Silvana Turci.

o maior número de informações possível e disponibilizar para a população, para quem tiver interesse, para os nossos colegas. Essas informações estão disponíveis no website do Observatório<sup>11</sup>. Então, eu também queria agradecer mais uma vez a presença de todos vocês, dizer que é muito bom fazer parte desse grupo, sempre foi.

**Luiz Alves:** Obrigado a todo mundo, só um pedido que fizeram aqui: ao falarmos, não devemos deixar o microfone próximo ao celular para não causar nenhum ruído, para não ter algum problema na gravação. Então, agora, a gente vai começar a rodada de perguntas. Só lembrando: eu vou fazer a pergunta direcionada para uma pessoa, também posso indicar alguém para comentar a resposta da pessoa e aí, caso alguém queira fazer também comentários, é só levantar a mão que eu vou anotar aqui na ordem e passar o microfone. Para responder, eu vou pedir para que vocês usem os microfones que estão à mesa.

<sup>11</sup> [http://observatoriotabaco.ensp.fiocruz.br/index.php/P%C3%A1gina\\_principal](http://observatoriotabaco.ensp.fiocruz.br/index.php/P%C3%A1gina_principal)

# Das primeiras mobilizações das sociedades médicas ao Programa Nacional de Combate ao Fumo

**Luiz Alves:** Sob uma perspectiva cronológica, vamos falar um pouco sobre os primórdios do controle do tabagismo. Ontem, assistimos, no início do evento, um vídeo homenageando os doutores Aluisio Aschutti, José Rosemberg e Antonio Pedro Mirra<sup>1</sup>. Infelizmente, nenhum deles está aqui hoje, mas poderíamos começar a falar um pouco sobre esse período inicial.

Eu gostaria de perguntar à Vera e, também, pedir à Ana Margarida para comentar um pouco exatamente sobre esse início da luta contra o tabagismo do Brasil, do controle do tabagismo no país, como aconteceu esse movimento de reunião de vários grupos diferentes, quais eram as associações envolvidas, os personagens, e como isso ocorreu nos anos 1970 e 1980, tendo em mente também, nessa questão, como a sociedade reagiu. Então, Vera responde e, depois, Ana Margarida comenta.

**Vera:** O programa de controle do tabagismo no Brasil se inseriu em um contexto internacional. Na verdade, o Brasil desperta para as evidências científicas e para as ações

---

<sup>1</sup> Uma entrevista com Antonio Pedro Mirra, feita por Luiz Alves, encontra-se no final deste capítulo deste capítulo.

que começam a surgir em alguns países desenvolvidos, em especial nos Estados Unidos. Na linha do tempo, fica muito claro: na década de 1950 surgem os primeiros estudos, como o de (Richard) Doll e (Bradford) Hill<sup>2</sup>, do Reino Unido, e o estudo do Winter, nos Estados Unidos, estabelecendo as relações causais entre o tabagismo e as doenças. Os estudos de Doll e Hill são considerados pioneiros, se bem que há uma disputa entre Doll e Hill; e foi Winter quem começou a trazer esse tema efetivamente sob um critério epidemiológico mais amarrado, o que aconteceu e se desenvolveu durante o século XX. Na época, o fato gerou uma série de críticas. Os estudos de Doll e Hill eram de médicos britânicos, uma coorte<sup>3</sup> de médicos. Essa coorte foi sendo acompanhada e, com o tempo, reforçou e legitimou a relação causal entre o tabagismo e as doenças relacionadas ao tabaco. Então, o consumo era muito alto no mundo todo, a indústria do tabaco era considerada uma doença como qualquer outra e, no Brasil, isso não era muito diferente. O Brasil é tido como um dos pivôs da história do tabagismo, porque o tabaco é uma planta nativa das Américas. Então, existe uma série de marcos históricos, como a cultura do tabaco no Brasil, que faz parte de um processo de escambo com trabalho escravo da África. A cultura do tabaco entra nas cortes europeias e isso também mostra como o marco da plantação de tabaco no Brasil antecede e muito qualquer tipo de legitimação epidemiológica da relação

---

2 Richard Doll e Austin Bradford Hill foram epidemiologistas ingleses com treinamento em pesquisas sobre prevenção na Alemanha Nazista. Nos anos 1940 e 1950, desenvolveram importantes pesquisas relacionando o uso de tabaco ao adoecimento por câncer de pulmão, testando a chamada “teoria da poluição atmosférica”. Seus trabalhos viraram referência na epidemiologia contemporânea.

3 Estudo de coorte é um tipo de estudo em que o investigador se limita a observar e analisar a relação existente entre a presença de fatores de riscos ou características e o desenvolvimento de enfermidades, em grupos da população. Este delineamento é também conhecido como prospectivo, longitudinal, de incidência, ou de seguimento.



Campanha  
antitabagismo:  
1998

trabalho-saúde. Quer dizer, a cultura do tabaco faz parte da história do Brasil, e tem um marco histórico que caminha em paralelo com o consumo de tabaco no mundo.

Acho importante contextualizar dentro desse universo. O Brasil, grande produtor, e já grande consumidor de tabaco; os médicos brasileiros, especialmente na área de pneumologia e de cardiologia, que acompanham a literatura mundial pelas revistas importadas, que acompanham o marco dos estudos internacionais, e passam a conhecer os malefícios do tabaco para a saúde. Durante as décadas de 1950/1960, os estudos epidemiológicos se disseminam e aumenta o número de indícios, corroborando as evidências anteriores. Na década de 1960, já surge o primeiro Report of the Surgeon General<sup>4</sup> sobre a relação do tabaco com a saúde, e esse relatório tem impacto nos Estados Unidos e gera uma política pública ainda muito tímida: as advertências nos maços de cigarro americanos. E elas têm impacto no Brasil.

Com o envolvimento e influência da Sociedade Americana de Câncer<sup>5</sup>, foi criada uma comissão para discutir o controle do tabagismo nos países latino-americanos. Alguns médicos brasileiros participaram dessa comissão. Em paralelo, esses mesmos médicos, em seus respectivos estados, quando têm acesso ao governo, às entidades de governo dos seus estados, obtêm avanços, e as primeiras medidas de controle do tabagismo no Brasil acontecem em níveis municipal e estadual, e não em nível federal;

---

4 Os relatórios do escritório do Report of the Surgeon General possuíam caráter de recomendação clínica no país, sendo considerados documentos com elevada credibilidade na comunidade científica e referência para diversas ações no campo da saúde. Na lógica da medicina liberal norte-americana, esse escritório possuía forte função representativa.

5 American Cancer Society, uma organização voluntária de saúde a nível nacional dedicada a combater o cancro. Fundada em 1913, compõe-se de onze capítulos geográficos de médicos e voluntários operando em mais de 900 escritórios ao longo e largo dos Estados Unidos.

1971

O senador José Lindoso apresenta projetos de lei para instituir a proibição parcial da propaganda do fumo em televisão e rádio, bem como a sua regulamentação comercial, e reitera a obrigatoriedade de advertência nos maços de cigarros e a não permissão de venda para menores.

porque, no Brasil, o processo de produção e de economia do tabaco acontece de uma forma muito ampla e o governo federal é muito capturado pela lógica econômica. Na década de 1970, após a publicação do [Report of the] Surgeon General, a mídia americana já começa a trabalhar com a história do controle tabagismo, divulgando isso de uma forma maior. Essa mobilização ocorria em nível internacional, mobilizando, inclusive, a agenda da Organização Mundial da Saúde.

Estou tentando fazer um marco histórico em nível internacional, vis-à-vis o marco histórico em nível nacional. Então, a Organização Mundial da Saúde, que congrega os países em torno da agenda da saúde, começa a discutir a questão do tabagismo. Durante 20 anos, entre as décadas de 1970 e 1990, existem 20 decisões da Assembleia Mundial da Saúde que falam sobre a questão do tabaco. O que caminha em paralelo com o marco dos Estados Unidos, do Reino Unido, por conta dos estudos de Doll e Hill, das associações, como a Associação Americana de Câncer e, no marco do Brasil, das associações médicas brasileiras e desses grupos de médicos que então começam a liderar esse tipo de trabalho e esse tipo de atuação. Concomitantemente, no Brasil, nossos médicos começam a se reunir (nos anos 1970) e, claro, que o eixo maior de polarização dessa opinião médica é a Associação Médica Brasileira, as associações médicas que, na verdade, são convencidas de que essa é uma agenda que elas devem seguir. Em 1980, o então ministro da Saúde, Waldyr Arcoverde, começa a vislumbrar a possibilidade de criar uma assessoria com esses médicos. Portanto, eles são os grandes pioneiros do marco



Entrega do projeto para criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo, pelo Grupo Assessor para Controle do Tabagismo. Brasília, 29 de janeiro de 1986. A partir da esquerda: Mário Rigatto, Antonio Pedro Mirra, Sen. Lourival Batista, Pres. José Sarney, Germano Gerhardt e José Rosenberg.

brasileiro de controle tabagismo. Então, de 1980 até 1985, esse grupo assessor o Ministro da Saúde internamente para que a coisa caminhe e, só em 1985, é criado oficialmente o Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil. Já como parte do trabalho desse grupo, extraoficialmente, é sancionada, pelo então presidente José Sarney, a Lei do Dia Nacional de Combate ao Fumo, a primeira lei brasileira de combate ao tabagismo<sup>6</sup>. Então, são marcos históricos: em 1980, começam os primeiros

---

6 Lei nº 7.488 de 1986, estabelecendo a data de 29 de agosto.

vislumbres com o ministro Waldyr Arcoverde; em 1985, é criado o Grupo Assessor para o Controle de Tabagismo no Brasil, cuja ideia é trazer para o grupo outros representantes de governo que possam dar apoio e ajuda. O marco técnico acadêmico é dado por grandes nomes como José Rosemberg, Mário Rigatto, Antonio Pedro Mirra, Jayme Zlotnik, Edmundo Blundi. Esse grupo assessor, então, é quem inicia o trabalho de controle do tabagismo no Brasil. O grupo tem quatro secretários-executivos: a primeira é Maria Goretti Pereira Fonseca, porque ela era muito ligada à campanha nacional de controle da tuberculose; depois, Luiz Carlos Romero, também ligado à campanha da tuberculose, centralizado em Brasília. Quando Romero vai para o Senado, a secretaria executiva vem pra mim e, como eu trabalhava no INCA, no Rio de Janeiro, passei a ir toda semana para Brasília para implementar as medidas que o Grupo Assessor do Controle do Tabagismo colocava em pauta.

**Luiz Teixeira:** Vera, o primeiro congresso médico e a Carta de Salvador são dois aspectos importantes da história do controle do tabaco, você, Ana Margarida, pode falar sobre isso?

**Ana Margarida:** Então, até a década de 1970, as ações eram incipientes e circunscritas a alguns médicos, porque essas ações, como a Vera colocou, foram iniciadas pelos pneumologistas e, na minha visão, porque o tabagismo tem uma ligação muito grande com câncer de pulmão. Existem também os médicos cancerologistas, cardiologistas mas, por minha pesquisa, os pneumologistas iniciaram essas ações. Então, no Rio Grande do Sul, há o Mario Rigatto, que era cardiologista mas depois passou a ser pneumologista. O José Rosemberg, de São Paulo, e o Jayme Zlotnik, no Paraná.

Esses foram, realmente, os pioneiros, cada um em seu estado. Vocês já me perguntaram como eles conseguiram se articular. Os médicos sempre frequentaram e organizaram muitos congressos, eram os profissionais que mais se reuniam, então, durante os congressos eles se articulavam e recebiam essas informações através de revistas. Rosemberg exibia tudo sobre essas pesquisas sobre os malefícios do cigarro, que começaram na década de 1950/60 e, naturalmente, os outros a ele se articularam. Rosemberg sempre foi muito amigo do Mario Rigatto e do Dr. Jayme. Em cada estado, tinha um médico interessado em fazer a luta contra o tabagismo. Então, o marco inicial do Rosemberg em São Paulo foi em 1976, quando ele publicou o livro *Tabagismo, sério problema de saúde pública*, mas o primeiro, porque depois, o que foi nossa bíblia foi ampliado. Esse primeiro livro, ele publicou em São Paulo. Ele era professor da faculdade de Medicina da PUC e, no ano seguinte, 1977, organizou a primeira semana antitabagismo na universidade.

Como consequência dessa semana, foi incluído o tema tabagismo no currículo médico da faculdade, tornando-se a primeira faculdade de medicina do Brasil a incluir o tabagismo no currículo. No ano anterior, 1976, Mario Rigatto criou um programa de controle do tabagismo vinculado à Associação Médica do Rio Grande do Sul, primeira iniciativa em âmbito estadual, em uma época em que não havia nenhuma ação em nível nacional, pelo governo ou pela classe médica. Eram ações locais, cada estado através de associações médicas, ou de pneumologia ou cancerologia, ou outras associações que iniciaram essa luta. O Jayme Zlotnik também lançou no Paraná. Ele também foi um dos pioneiros porque criou também o programa considerado como o primeiro.... Acredito que tenham sido criados mais ou menos ao mesmo tempo porque, depois, eles se disseminaram por todo o Brasil, a cargo das sociedades médicas. No



Oficialização da Lei nº 7.488, que cria o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto). Na foto, o Grupo Assessor para Controle do Tabagismo no Brasil sendo recebido pelo presidente José Sarney, no Palácio do Planalto, Brasília, 29 de janeiro de 1986.

Paraná, houve um evento muito importante no dia 29 de agosto de 1976; houve uma greve contra o fumo. Em homenagem a essa data é que foi criado o Dia Nacional de Combate ao Fumo, uma proposta do grupo assessor, cuja secretária executiva era a Vera Luiza da Costa e Silva. A data foi criada através da Lei nº 7.488, e esse grupo assessor era formado pelo senador Lourival Batista e os médicos José Rosenberg, Mário Rigatto, Antonio Pedro Mirra, Edmundo Blundi, Geniberto Paiva Campos, Germano Guerra Filho, Guaracy da Silva Freitas, Jayme Santos Neves, Luiz Carlos Romero, Maria Goretti Pereira Fonseca, Paulo Roberto Guimarães Moreira, Pedro Calheiros Bonfim,

Regina Céli Nogueira, Roberto Azambuja, Thomas Szego, Vera Luiza da Costa e Silva e Vitor Manoel Martinez. Essa pesquisa eu tirei do livro do Rosemberg, então, acho que...

Como a Vera falou, durante a década de 1980, o Ministério da Saúde terminou assumindo a iniciativa e, em 1988, foi criado o Programa Nacional de Combate ao Fumo. A partir de 1991, essas ações passam a ser do INCA.

Eu gostaria de acrescentar algo ao que a Vera falou, o tabaco era plantado somente nas Américas, não existia na Europa, e, quando Colombo chega a Cuba, ele encontra os nativos fumando... Os índios, que eram os nativos daqui, fumavam em rituais religiosos, e só os pajés fumavam, então, era muito diferente do que se fuma hoje, a cultura era bem diferente, eles acreditavam que a fumaça do cigarro tinha poderes curativos. Em 1530, Jean Nicot, arquivista do rei da França, leva semente de tabaco para Europa, e Catarina de Médici, que era a rainha da França, usava o tabaco para as enxaquecas porque eles assimilaram a ideia de que o tabaco tinha poderes curativos. Então, a ideia disseminou-se, e houve as modas. Primeiro, o cachimbo, porque os índios fumavam cachimbo; depois, o charuto e, no século XX, o cigarro, mas isso é um pouco da história. Teve a moda do rapé também, as tabacarias que faziam tabaqueiras até de ouro, de prata... teve essa moda, mas isso é só um parêntese.

Além dos médicos que abraçaram essa campanha, houve a Igreja Adventista do Sétimo Dia, a partir de 1979; a Igreja Presbiteriana Independente do Brasil, a Igreja Católica, o Centro Espírita, o Rotary, o Lions Clube<sup>7</sup>, a Associação Cristã de Moços. Então, acho que houve uma aceitação muito grande por parte da sociedade civil, e foi criado o comitê coordenador do controle do tabagismo no Brasil. Mario Rigatto

---

7 Lions Clubs International é uma organização internacional de clubes de serviço cujo objetivo é promover o entendimento entre as pessoas em uma escala internacional, atender a causas humanitárias, e promover trabalhos voltados a comunidades locais.

1973

Acidente provocado por cigarro jogado no cesto de papéis de um dos banheiros do Boeing 707 da Varig mata 123 pessoas, incluindo o senador Filinto Müller, o cantor Agostinho dos Santos, a atriz Regina Léclery, e o tricampeão mundial de iatismo Joerg Bruder

foi o primeiro presidente desse comitê que era uma ONG, e essa ONG depois foi se desdobrando nos capítulos de quase todos os estados do Brasil e, também, dos municípios. Essa atuação foi muito importante pois, apesar de ser uma ONG, era um braço do programa nacional. Depois do Mario Rigatto, o Rosemberg foi o presidente do comitê brasileiro. Foi também presidente honorário do comitê latino-americano até o ano em que ele morreu. Na década de 1980, havia reuniões em quase todos os países, inclusive Costa Rica – Vera e Rosemberg estiveram presentes; eu estive no México, para poder fazer a luta contra o tabagismo. Resumindo, a primeira fase foi a do grupo de assessores, com Rosemberg e Vera Luiza; a segunda, foi um divisor de águas, quando o programa passa para o INCA, com Vera Luiza e toda a sua equipe, de que eu tive o privilégio de fazer parte até o ano 2000. Então, com esta equipe no INCA, ele se estrutura e penetra em todo o Brasil através das unidades de saúde, das escolas e das empresas.

**Vera:** Eu só queria acrescentar, acho que houve uma pergunta sobre essa questão da participação dos médicos na Carta de Salvador e do primeiro congresso de controle do tabagismo. Na verdade, esse grupo de médicos conseguiu organizar um primeiro congresso sobre tabagismo que, após o primeiro congresso nacional sobre tabagismo do INCA, deixou de ser considerado. Mas o grupo fez, de verdade, um congresso dos parceiros médicos, em Salvador, e esse congresso, como era de praxe, finaliza com uma carta, algo próximo a uma recomendação do

congresso, uma declaração dos participantes que vem a ser a Carta de Salvador, estabelecendo que aquele grupo de médicos se comprometia a implementar as medidas e já começa a chamar o governo brasileiro a implementar medidas de controle. Ana Margarida deve ter a cópia dessa Carta de Salvador, 1979, nela há os signatários. Todos esses movimentos, até 1985, são vinculados à classe médica; mesmo esses comitês coordenadores com capítulos estaduais, eles se espelham no comitê latino-americano. No Brasil, os médicos pegam essa fórmula do comitê latino-americano, criam o comitê brasileiro e esses capítulos estaduais que também são referenciados e refletidos pelos médicos e pela classe médica.

Os movimentos religiosos são também, de certa forma, associados aos movimentos médicos porque eles passam a existir para o tratamento do fumante através de uma linha religiosa. Entretanto, eles não são movimentos que poderíamos considerar como um movimento de base da sociedade civil, onde você estrutura um advocacy<sup>8</sup>, estrutura um trabalho politizado, digamos assim, de articulação dos diversos parceiros. Então, o início do controle do tabagismo no Brasil não tem uma representação ampla da sociedade civil, ele é um movimento médico, de lideranças médicas, onde os outros grupos, que entram nessa lógica médica, na lógica de tratamento, têm uma lógica assistencialista, digamos assim, de assistência ao fumante que é “Pare de fumar em 7 dias”. Quando o grupo assessor se estabelece, você já tem um congresso, uma Carta de Salvador, movimentos estaduais enfim, algumas leis que já começam aparecer. A maior parte dos estados brasileiros só tem aquelas leis que proíbem fumar

---

8 Advocacy é uma prática política levada a cabo por indivíduo, organização ou grupo de pressão, no interior das instituições do sistema político, com a finalidade influenciar a formulação de políticas e a alocação de recursos públicos.

dentro do ônibus, mais ou menos leis higiênicas. É possível fazer um marco comparativo com os movimentos de doenças infecciosas que têm um marco higiênico; na verdade, não o marco sanitário, mas o marco higiênico. Tudo era muito assistencialista...

**Ana Margarida:** Só para complementar sobre o congresso realizado em Salvador, na Bahia. Ele foi organizado pelo IBIT – Instituto Brasileiro de Investigação Torácica, dirigido pelo José Silveira, que era um grande tisiólogo. Esses primeiros médicos eram tisiólogos, depois passaram a ser pneumologistas, inclusive o Rosemberg. Então, foi realizado esse congresso que levou o nome de Seminário sobre Tabagismo e que resultou nessa Carta de Salvador, publicada no livro do Rosemberg. É um documento de extrema importância, porque essa Carta alerta os poderes públicos, as instituições médicas e a população sobre os malefícios do tabaco. Os signatários da Carta de Salvador foram: Ângelo Rizzo, que era professor da Universidade Federal de Pernambuco; Antônio Carlos Peçanha Martins, presidente da Associação Bahiana de Medicina; Antônio Pedro Mirra, diretor do Departamento de Cirurgia Torácica da Fundação Antonio Prudente de São Paulo; Edmundo Blundi, professor da PUC do Rio de Janeiro; Jayme Santos Neves, professor de pneumologia da Escola de Medicina do Espírito Santo; José Rosemberg, professor titular de pneumologia da Faculdade de Medicina da PUC de São Paulo e diretor-geral do Centro de Ciências Médicas e Biológicas da referida PUC, e José Silveira, que era o superintendente técnico do IBIT. O Rosemberg contava para mim como foi que tudo começou, no início da década de 1970, como ele abraçou essa luta contra o tabaco. Ele esteve nesse congresso e um dos médicos falou para ele: “Professor, se o senhor deixar a luta contra a tuberculose, vai ter muito prejuízo para o Brasil”. E ele respondeu: “Não, a luta contra a tuberculose

já tem muitos seguidores”. E o médico retrucou: “Pois então, eu vou lhe dar alguns trabalhos sobre os malefícios do cigarro”. E o Rosemberg relata que o professor deu um risinho e disse: “Não, não dá para o senhor levar, não. Vou mandar pelos Correios”. Na hora, o Rosemberg não entendeu, mas, quando chegou em São Paulo, tinha uma caixa enorme esperando por ele. Era tanto material! Ele começou a ler, a ler, a ler desesperadamente. Ele tinha essa capacidade de ler e de escrever como ninguém. Disso resultou o livro, cuja bibliografia é uma coisa imensa, baseado em todos essas pesquisas das décadas de 1950 e 60.

**Tania:** Eu queria só fazer um comentário já que a gente está fazendo essa análise. A Vera fez uma análise bem interessante sobre o tabagismo ser reconhecido como fator de risco através dos estudos do Winter, Doll... Mas existe um outro marco que eu acho importante porque ele reflete também na abordagem médica em relação ao tabagismo que é quando o Surgeon General, em 1988, apresenta um exaustivo relatório sobre o tabagismo como uma dependência e, só em 1993, cinco anos depois, tabagismo entra no CID – Classificação Internacional de Doença da OMS como dependência.

1976

A Associação Médica do Rio Grande do Sul institui o primeiro Programa Estadual de Combate ao Fumo



Durante o Seminário de testemunhas – Quatro décadas de história do controle do tabaco no Brasil, o artista Daniel Gnattali foi responsável pela facilitação gráfica, desenvolvendo ilustrações que registraram as falas dos palestrantes e os principais temas abordados.







29 DE AGOSTO, DIA NACIONAL DE COMBATE AO FUMO

# ARTE SEM CIGARRO É UM SHOW

**Parte e pensa: um fumante que consome 1 maço de cigarros por dia, gasta em média, R\$ 23,00 por mês só para manter sua dependência à nicotina. Já pensa quantos outros culturais podem ser usufruídos com essa grana? Teatro, cinema, shows e muito mais... Tudo isso numa festa, sem causar nenhum prejuízo ao organismo.**

**É isso mesmo: parar de fumar, em qualquer idade, só traz ganhos para a saúde.**

**Que tal começar agora? Não, no verso, um folheto para avaliar o seu grau de dependência à nicotina e algumas dicas para uma nova vida. Sem cigarro e com muita emoção.**

**Programação**  
**Semana de 23 a 29/08/99**  
 • Estandes com informações nos principais shoppings do Rio de Janeiro:  
 Rio Sul — Plaza Shopping Niterói — Grande Rio — Makarena Shopping — Norte Shopping.

**Dia 29/08/99 — de 9:00 às 17:30h.**  
 • Atividades gratuitas  
 • Atividades patrocinadas

**Patrocinadores:**  
 - Leme (Folheto artístico e afiches e materiais...)  
 - Capesolera  
 - Spinnato  
 - Lyden  
 - Barro da Tijuca

**TROQUE O CIGARRO PELA ARTE  
 A SUA VIDA AGRADECE. COM EMOÇÃO.**

INCA MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL

**TROQUE O CIGARRO PELA ARTE.  
 A SUA VIDA AGRADECE.  
 COM EMOÇÃO.**

**Programação**  
**Semana de 23 a 29/08/99**  
 • Estandes com informações nos principais shoppings do Rio de Janeiro:  
 Rio Sul — Plaza Shopping Niterói — Grande Rio — Makarena Shopping — Norte Shopping.

**Dia 29/08/99 — de 9:00 às 17:30h.**  
 • Atividades gratuitas  
 • Atividades patrocinadas

**Patrocinadores:**  
 - Leme (Folheto artístico e afiches e materiais...)  
 - Capesolera  
 - Spinnato  
 - Lyden  
 - Barro da Tijuca

**29 DE AGOSTO, DIA NACIONAL DE COMBATE AO FUMO**

# ARTE SEM CIGARRO É UM SHOW

Deborah Colker,  
 Coreógrafa e Bailarina.  
 Não fuma.

INCA MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL

Campanha antitabagismo com o tema: “Arte sem cigarro é um show”.

1999

# Implementação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo: os desafios da saúde pública

**Luiz Teixeira:** Bom, até o momento, nós falamos sobre a ideia de controle do tabaco nos anos 1960, sobre os anos 1970 e 80, até os anos 1990, quando, principalmente no Congresso, começam a surgir várias tentativas de projetos para restringir o consumo do tabaco. Grande parte deles não tem sucesso. Ao mesmo tempo, é um momento que a sociedade brasileira está se modificando bastante, ocorre o início da abertura política que vai acarretar mudanças em relação à saúde, principalmente nas primeiras iniciativas para a reforma sanitária acontecerá no final da década de 1980. Esse processo todo tem uma grande influência em relação às ideias de controle do tabaco. Eu gostaria que Teresa e Tania comentassem um pouco sobre esse processo de surgimento, de desenvolvimento das primeiras medidas, das primeiras normatizações em relação ao consumo de tabaco, a partir da década de 1990.

**Luiz Alves:** Antes da Teresa comentar a pergunta do Luiz (Teixeira), eu gostaria de incluir uma outra pergunta para a Teresa e pedir para a Vera e para o Marco Antonio comentarem, porque, no fundo, o que a gente está discutindo aqui é exatamente a criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo, que tem como marco, destacado

1979

O tema tabagismo é tratado em seminário organizado em Salvador pelo Instituto Brasileiro de Investigação Torácica. Desse encontro, resulta a Carta de Salvador, documento histórico que expressa a preocupação de médicos brasileiros com os malefícios produzidos pelo tabaco.

pela Vera, o fato de grupos locais transformarem um movimento local em nacional. A minha pergunta é focada nisso. Qual foi a grande dificuldade, no final dos anos 1980, começo dos 90, de fazer essa transformação de um movimento essencialmente local, centrado nas organizações médicas, em um programa de saúde pública, uma política pública?

**Teresa:** Na verdade, a minha entrada na participação das ações de controle do tabagismo com a Vera foi da seguinte maneira: eu era médica do trabalho da Campanha Nacional contra Tuberculose, no Hospital Raphael de Paula Souza (Jacarepaguá), e a campanha realizava o curso de controle da tuberculose para todos os coordenadores estaduais (já existia essa coordenação em cada estado). Para o curso nacional de vigilância sanitária, os coordenadores estaduais vinham para a cidade do Rio de Janeiro e ficavam no Centro de Referência Professor Hélio Fraga (também em Jacarepaguá). Eu participei do curso e Vera ministrou uma palestra. Então, a campanha contra a tuberculose e a campanha de combate ao câncer já existiam, nesse momento, em razão de uma ideia surgida durante a Conferência Nacional de Saúde de 1963, antes do golpe militar, que não foi publicada; ela só foi publicada em 1992, com a questão de estruturação da palavra e controle do câncer e doença cardiovascular, todos os fatores que o uso do tabaco provoca. Então, naquele momento, com Vera, ouvindo a palestra, nós começamos (como médica do trabalho, eu tinha uma situação de trabalho dentro do próprio hospital), a Vera me puxou, me abduziu [risos]. Mas

eu fui abduzida porque eu queria também. E passei a trabalhar com ela em 1988 e fiquei até 1990. Nesse período, o Programa de Oncologia<sup>9</sup> já estava implantado no Instituto Nacional do Câncer. Muito interessante, estou aqui com a publicação, o número de funcionários, de pacientes, em torno de 2.700. Era o Instituto Nacional do Câncer, mas era um hospital. Entre 1990 e 1992, fiquei afastada do INCA para atuar como médica do trabalho no estado do Rio de Janeiro. Quando retornei, o INCA já havia se tornado a instituição responsável por coordenar programas em nível nacional. Mas ainda era um hospital. Então, minha participação foi nesse período e, como médica do trabalho, eu tinha a questão do tratamento da dependência da nicotina que era uma coisa que não era vista como dependência, como todo mundo já citou, era um hábito de fumar... E esse ponto era muito importante porque, nos ambientes de trabalho, o próprio cardiologista fumava na consulta, então ele não admitia que era uma dependência. E o próprio fumante também não admitia, então toda essa questão do fumar em ambientes fechados... Eu me direcionei muito para esses programas estruturados nos ambientes de trabalho e na questão do tratamento da dependência química à nicotina.

**Tania:** Eu comecei a trabalhar com o controle do tabagismo em 1993, vinda da assistência. Eu ouvia muito a minha chefe contando algumas histórias que me deixavam,

---

9 O Programa de Oncologia (Pro-Onco) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1987, como substituto da Campanha Nacional de Combate ao Câncer. O novo programa tinha a missão de implantar um novo modelo de atenção oncológica no Brasil, inspirado nos programas de controle do Canadá e da Inglaterra; entretanto, tinha de lidar com a realidade dos problemas estruturais vigentes no país, como a falta de hospitais especializados em diversas regiões do país. O Pro-Onco foi dividido em quatro subprogramas: informação em câncer; expansão da prevenção e controle do câncer; educação em câncer; e promoção e proteção à saúde. Programa Nacional de Combate ao Fumo foi localizado na seção de promoção da saúde, tendo como objetivo geral “promover a saúde e contribuir para a proteção das doenças tabaco-relacionadas”.

ao mesmo tempo, encantada e assustada, porque era uma coisa que eu nunca tinha ouvido falar na minha vida.

Eu me lembro da Vera contando a história da briga que ela teve para mudar as advertências sanitárias, porque quando eu comecei a trabalhar, a advertência que vinha nas embalagens “Fumar pode causar diversos males à sua saúde”, era uma advertência única, era uma coisa muito forte. Nessa época, as advertências sanitárias não eram determinadas por lei, eram determinadas por um acordo voluntário, e eu me lembro da Vera contando que ela foi a uma reunião de um comitê, levando uma sacola cheia de livros, para dizer assim: “Vocês têm alguma dúvida de que (o tabaco) causa isso, causa aquilo, que causa aquilo...” e isso eu vou contar um pouquinho depois lá na frente porque esse exemplo eu segui em uma situação posterior, na briga pela legislação. Eu acompanhei, por exemplo, a Lei nº 9294/96<sup>10</sup>, mas esse não era o meu foco quando comecei a trabalhar. Acompanhei um pouco também outras leis que vieram em 2000, sobre a proibição da propaganda nos grandes meios de comunicação. Até então, meu foco era muito na questão da cessação, então, a gente, no grupo, se dividia um pouco em relação às atividades. Eu ficava muito na unidade de saúde, não trabalhava muito nessa macropolítica que ficava mais com a Vera, com a Luísa Goldfarb. Mas acompanhei de longe. Eu me lembro que participei de uma audiência pública sobre essa lei que veio a proibir totalmente a propaganda nos grandes meios de comunicação. E eu me lembro muito claramente: o que me impressionou era o movimento muito forte, não dos fumicultores, da AFUBRA – Associação dos Fumicultores do Brasil. Pela primeira vez eu vi a figura do senhor Hans Graloff, ele era uma pessoa

---

10 Brasil. Lei nº 9.294 de 15 julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.

assim: você olhava pra ele, era um alemão muito humilde, se posicionava muito humildemente, sentado com a netinha no colo, e a esposa. Na hora que ele falava, ele falava daquele jeito muito humilde, que ele era um coitado de um fumicultor, que se aquela lei fosse aprovada, eles iriam perder o seu ganha-pão. Eu realmente fiquei consternada, porque era uma coisa muito emblemática. Naquele momento, também, eu vi a ABERT – Associação Brasileira de Rádio e Televisão se posicionando muito fortemente contra a proibição da propaganda; e vi também chegar, nesse momento, um grupo de pessoas ligadas à corrida de Fórmula 1, trazendo uma carta, pedindo para não proibir o patrocínio da Fórmula 1. Então era um movimento... E eu vi o Dr. Rosemberg falando mais uma vez, fiquei super encantada porque era uma pessoa muito forte e se posicionava muito bem, impressionava bastante e era uma sala extremamente lotada. Então, essa foi um pouco da minha experiência nessa primeira fase, até 2000, quando eu passei a atuar mais à frente dessa parte da política mesmo, das leis. Acompanhei também um pouco o processo da Anvisa, dessa análise que o INCA fez dos cigarros, a Silvana (Turci) ficou à frente, mas eu até ajudei a pegar o relatório e estudar um pouco sobre os resultados. Saiu até uma publicação no capítulo do livro *Cigarro Brasileiro*. Na época, vimos que a recomendação desse estudo foi que o cigarro deveria ser regulamentado. Vi também uma coisa que é um contexto bastante interessante: quando, pela primeira vez, se buscou (do final da década de 1990 a 2000) fazer estudos sobre o impacto econométrico. Agora, tem uma coisa muito importante nesse período,

1979

Sob o patrocínio da Sociedade Brasileira de Cancerologia, da Fundação Antônio Prudente e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), várias entidades médico-científicas, governamentais e sociais reúnem-se e estruturam o primeiro Programa Nacional contra o Fumo.

1980

Patrocinada pela Liga contra a Tuberculose do Espírito Santo, é realizada a Primeira Conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo, em Vitória, ES.

embora eu não tenha vivenciado diretamente, mas eu vim a conhecer na época do Adib Jatene: era o patrocínio das campanhas de vacinação pela Souza Cruz. Lembro-me de que via muito nos hospitais, nos postos de saúde, os cartazes. Na parte de cima do cartaz, a vacinação; na parte inferior, a marca da Souza Cruz Hollywood patrocinando, e a Kombi do Hollywood que pegava as crianças para levar aos postos de vacinação e levava as crianças também nas zonas rurais. Posteriormente, o ministro Adib Jatene, por uma portaria, recomendava aos gestores do SUS (se não me engano, foi em 1990) a não receber patrocínio da indústria do tabaco. Era uma portaria de recomendação.

**Luiz Alves:** Vou pedir, então, para a Vera comentar, aí também, se puder, o Marco Antonio fala sobre a experiência de São Paulo, e a Ana Margarida compartilha a experiência do Ceará. E só fazer uma observação: não fiquem tão constrangidos com algumas perguntas que possam não ser tão bem enquadradas, mas, às vezes, o comentário de vocês, como já aconteceu agora, tanto da Tania, quanto da Teresa, já responderam outras perguntas que estavam em nosso horizonte, então, algumas podem não ser tão claras, mas todas contribuem com a compreensão do processo. Então, peço para Vera comentar essas perguntas que o Luiz e eu fizemos e, depois, o Marco e a Ana Margarida.

**Vera:** Vocês me cortam se acharem que eu estou falando demais. Basicamente, o que aconteceu foi que, depois que esse grupo assessor

para controle do tabagismo no Brasil foi criado em 1985, ele começou a se reunir, e tinha grande suporte da Campanha Nacional de Controle da Tuberculose e da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, que eram, respectivamente, coordenadas pelo Germano Gerhardt Filho e Geniberto Paiva Campos. O Geniberto Paiva Campos era meu chefe, na verdade, porque eu era uma funcionária da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, e o Geniberto promovia esse conceito de fatores de risco de doenças crônicas transmissíveis, porque ele também vinha com um discurso dentro de um processo de discussão do Sistema Único de Saúde no Brasil e de todo o movimento sanitário que estava completamente anunciado e ativo e que, na verdade, estava discutindo e negociando a Constituição de 88, onde esse movimento sanitário se legitimava dentro da Constituição Federal. Nessa época, de 1985 a 88, participei ativamente da Conferência Nacional de Saúde<sup>11</sup> que discutia o Sistema Único de Saúde, em 1986, com a perspectiva de diminuir a medicalização e aumentar a prevenção e a promoção da saúde, dentro da dinâmica do sistema que era o grande sonho. Bom, enfim, a cabeça do pessoal de vanguarda da saúde não era a cabeça dos médicos do Instituto Nacional do Câncer onde eu trabalhava, era uma cabeça completamente diferente, mas o Geniberto tinha uma cabeça mais aberta, não era à toa que ele estava em Brasília em cima disso. Na Constituição Federal de 1988, conseguimos uma medida: a regulamentação da publicidade do tabaco. Isso já foi trabalho desse grupo assessor quando eu estava como secretária executiva. A cabeça dos sanitaristas, no movimento sanitário, apesar do discurso da prevenção, não era uma

---

11 As Conferências Nacionais de Saúde foram criadas com a função de atuar como mecanismo de controle das instâncias estaduais e, no transcorrer do tempo, foram se transformando em espaços democráticos de mobilização social. Ao longo dos anos, elas desempenharam papel relevante nas conquistas no campo da saúde pública brasileira.

cabeça de prevenção. Então eu me lembro que eu participava muito humildemente da Conferência Nacional de Saúde e eu era colocada como um ponto fora da curva: “Essa mulher aqui maluca falando de tabagismo”, as pessoas diziam para mim que eu ia criar um exército de Brancalione com o controle do tabagismo. Porque era muita maluquice trabalhar em controle do tabagismo naquela época. E aí, conseguimos colocar isso na Constituição Federal, e assim, quando eu começo a formular o primeiro trabalho, eu trabalhava durante o dia no Hospital do Câncer, e à noite eu ia trabalhar para montar esse programa, e quando comecei a contextualizar esse programa, pensei assim: “Cara, isso não pode ser um programa de cima pra baixo, isso tem que ter um programa que tem que entrar toda a lógica que está sendo formulada nesse país no Sistema Único de Saúde. Então, qualquer coisa que eu for fazer, eu tenho que fazer dentro da lógica do Sistema Único de Saúde que é para mudar a cultura desses médicos, desses profissionais que são medicalizantes”. Então, quando criamos a primeira linha desse programa, já foi sob uma forte influência do movimento sanitário, porque não tínhamos que ficar fazendo uma coisa paralela, tínhamos que fazer algo que entrasse, que fluísse dentro do sistema, por isso, muitas vezes usamos essa figura “do molho escorrendo na salada”. Algo que íamos criar que entrava na estrutura, colocava-se dentro da linha. Os primeiros movimentos foram: como estadualizar e municipalizar o movimento e como trazê-lo para discussão nos conselhos municipais de saúde, nos conselhos estaduais de saúde... Estudamos para verificar como esse movimento caminhava. Daí, configuramos o Programa Nacional de Controle do Tabagismo para tentar que ele fosse, na verdade, um exemplo dentro do Sistema Único de Saúde, de como você pode abordar a prevenção. Eu acho que a gente teve um sucesso relativo nesse sentido, porque...

Em que pese o fato de que os sanitaristas também não queriam assunto com a gente porque todos eles eram grandes fumantes e eles não queriam trabalhar em controle do tabagismo, o movimento sanitário brasileiro, entendeu? Eles queriam isso na teoria, mas na prática, eles não queriam muito assunto com isso porque achavam isso uma coisa meio fora do contexto democrático, os fumantes têm que ser livres para fumar, têm que ter uma liberdade, mas a gente conseguiu... E assim eu, a partir da criação do grupo assessor, comecei a visitar pessoalmente cada secretaria de saúde e falava “eu sou do Ministério da Saúde e coordeno o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Vim conversar com o secretário de Saúde. Aí eu entrava com o meu grupo de slides de carreirinha assim, e falava: “Eu preciso apresentar isso pro secretário de Saúde!” e aí eu ia lá e apresentava, eu falava assim: “Vocês têm que discutir no Conselho Estadual de Saúde, vocês têm que discutir no CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde)”, porque, para mim, era tudo uma coisa lá no céu, essas estruturas todas criadas pelo movimento sanitário, aquelas pessoas nem me davam entrada, porque imagina, eu não era sanitarista, não tinha estudado, entendeu? Não tinha nunca entrado na Fiocruz, quem era eu para ficar ali? E eu me lembro que tive uma discussão com o Sérgio Arouca, e eu disse para ele: “Olha, eu vou ser obrigada a estudar e a entrar na Fiocruz... porque não me dão espaço”. (Acabei fazendo doutorado na Fiocruz em Ciências de Saúde). Então, havia a medicalização em uma ponta e os sanitaristas em outra ponta, que também não ajudavam, entendeu? Ajudava o movimento, a

1981

Com patrocínio da Addiction Research Foundation de Toronto (Canadá), é realizada a primeira determinação de índices de nicotina, alcatrão e monóxido de carbono por cigarro. Criação de Comissão para Estudos e Consequência do Fumo, no Ministério da Saúde, em Brasília, DF.

dinâmica, mas a ajuda que recebemos nesse período foi muito no sentido de descredenciamento de quem não era, e eu me lembro que o primeiro curso que eu quis fazer na Fiocruz não foi aprovada porque eu não era da ponta: “Você não é da ponta. Você não está lá no município”. E eu falei: “Cara, eu tô construindo um programa nacional”. E ele responde: “É, mais ou menos, mas você não é da ponta, esse curso é pra ponta”.

**Teresa:** Vera, a estrutura que inspirou o programa também se baseava em ter um coordenador estadual, depois o coordenador municipal. Quer dizer, com isso nós íamos ampliando e colocando os tentáculos, depois o convênio, que foi outro pra poder dar dinheiro.

**Vera:** A gente começou a ir às reuniões do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS...

**Teresa:** Isso, e aí quando teve o convênio, com o poder do financiamento, foi quando os coordenadores estaduais e municipais podiam fazer as suas mobilizações dentro de regras do programa. Mas, em resumo, a estrutura se inspirava na campanha de combate à tuberculose.

**Marco Antonio:** Bem, eu queria só reforçar essa questão que a Vera acabou de colocar, porque desde 1985 eu já trabalhava com o tabagismo dentro do programa de tuberculose. Isso acabou me levando um pouco para essa área do tabagismo. Já vínhamos nessa questão programática, discutindo alguns temas muito sérios, antes da criação do SUS. Nós discutíamos a questão da SAS e depois que levou ao SUS etc. e tal. E a gente

tinha já tinha uma equipe que se preocupava muito com a questão da dicotomia entre prevenção e cura. Aquela história da valorização da prevenção sempre no discurso, todo gestor valorizava a prevenção no discurso, mas na hora da prática, a questão da prevenção era colocada em segundo plano. Quando eu comecei lá no programa, no final de 1988, depois de ter conhecido o professor Rosenberg e a Vera, participei de uma reunião. Não me lembro se foi em Salvador ou no Rio. Começamos a discutir e ver com essa equipe de uma forma muito sedimentada essa questão mesmo da dicotomia entre prevenção e cura. E a hipervalorização da assistência que permanece até hoje, não é coisa do passado não, hoje quem trabalha com a área de promoção, que está na nossa divisão, percebe claramente a continuidade dessa questão. Precisamos fazer um esforço hercúleo para fazer valer e falar: “Olha, cara, se fala tanto isso, promete isso, chegou a hora de colocarmos em prática essas ações de promoção”. Outros problemas que nós verificávamos, porque a Vera sempre foi uma pessoa muito determinada e ela puxava esses coordenadores que estavam em fase de formação e eu achava muito positivo essa questão dela valorizar o conhecimento que cada coordenador tinha... Lembro-me, em um desses primeiros encontros, ela pedia para os coordenadores fazerem uma apresentação e o pessoal ficava morrendo de medo: “Meu Deus, eu não vou conseguir!” E a Vera: “Cada um vai falar um pouco”. E o coordenador em formação se apresentava, com uma série de receios... Acho que a Vera enxergava a questão da falta de capacitação dos coordenadores que gerenciavam o programa e que muitas vezes

1983

Lei estadual proíbe o fumo em lugares públicos no Rio Grande do Sul, maior produtor de tabaco no Brasil.

não tinham a qualificação necessária; não por culpa deles, porque eram indicados por uma pessoa, que trabalhava em uma determinada área, para cobrir um determinado programa que estava sendo chamado para nível nacional. Então, muitas vezes era uma pessoa que estava se aposentando, não é Vera? Não sei se você lembra dessa situação. Muitas vezes, íamos ao encontro seguinte e... Cadê o coordenador? Aposentou-se.

**Vera:** Às vezes, colocavam até fumante...

**Marco Antonio:** Exatamente! Fumante, que não era o grande problema...

**Vera:** Constrangia a pessoa...

**Marco Antonio:** No início, um grande problema era a alta rotatividade desses coordenadores dentro do programa. Valorizávamos muito alguns atores sociais que estavam ali e que se preservavam e gostavam daquilo. Porque a gente ia para um novo encontro, era um coordenador, era uma nova pessoa que tinha de começar da estaca zero! Já naquela época, uma coisa que ainda persiste, que Deborah [Malta] vivenciou muito, é a não priorização das doenças crônicas não transmissíveis, para quem trabalhava na área da vigilância. Primeiro, eram as doenças crônicas que eram um “estranho no ninho”, porque ali era uma área da vigilância, que priorizava a imunização e os programas ligados à atenção das doenças transmissíveis, embora essa questão da transição epidemiológica já estava evidente, mais uma vez no discurso, ainda que na prática os recursos fossem alocados para as doenças transmissíveis. E essa questão do recurso já remete a um outro problema muito sério. Acho que o Ministério da Saúde teve

uma visão muito boa, percebeu que, para operacionalizar um programa, tinha que ter um planejamento, e foi feito esse planejamento. A dificuldade é que o ministério conseguiu um repasse financeiro – um avanço muito grande para o programa – mas chegava o recurso no Estado e era desviado, para compra de material que servia não só para o programa de tabagismo, mas para outras áreas também, por exemplo. Existia um compartilhamento, de uma certa forma positiva, mas esse recurso era compartilhado com outros programas que não o tabagismo. Então, havia essa questão da priorização das doenças transmissíveis, do desvio de recursos ou até a incapacidade de gerenciar esse recurso. Existia um planejamento que já falava: “Olha você tem que contratar pessoal”, lembro muito bem disso. Mas não tinha capacitação adequada, às vezes não sabia como gerenciar esse recurso, não tinha como mantê-lo dentro do programa e isso chegou a ser um problema, uma coisa muito séria. Eu, que sempre fui uma pessoa muito determinada, de brigar pelos meus direitos, muitas vezes não conseguia fazer com que a minha diretora enxergasse que trabalhava na área de doenças crônicas, a importância do controle do tabagismo, porque ela falava: “Não, olha, aqui é doenças crônicas, então você não pode querer que aqui a gente priorize a questão do tabagismo” e eu respondia: “Sim, mas eu estou trabalhando com o recurso determinado” então, eu tinha de lutar muito, no bom sentido da palavra, para manter e fazer o programa avançar. A Vera, então, teve essa visão de empoderar esse indivíduo, uma visão que já

1984

Criação do Comitê  
Coordenador  
do Controle ao  
Tabagismo no Brasil.

estava na Carta de Ottawa<sup>12</sup>, que incentivava: “Vamos capacitar o indivíduo para que ele tenha essa atuação”. Partimos, então, dessa linha. Hoje, eu vejo que meu encantamento pela área de promoção da saúde vem desse programa, porque muitas vezes eu me senti assim: “Não, não vou mais trabalhar com isso, não vale a pena, porque a gente tem uma cobrança enorme, ninguém quer assumir, fica em uma área que não é a única área responsável, que é só a parte da vigilância, e se tem de estar na assistência, conjuntamente, isso tem de envolver todos os setores porque permeia todas as áreas da saúde”. Mas o amor à causa, que a gente aprendeu lá no começo, já havia se sedimentado. As recomendações da Política Nacional de Saúde também incluíam a questão da intersetorialidade, a questão do desdobramento, porque o tema sai da questão do tabagismo e discute outros fatores de risco para câncer, que acabam sendo outros fatores de risco para as doenças crônicas como um todo. Então, essas dificuldades se mostraram muito evidentes no começo e nós discutíamos isso tanto nas rodas ligadas à questão teórica quanto na hora do almoço. Nós almoçávamos e cada estado, um falando para o outro – como eu falei ontem: eu era muito convidado para ir para Bahia, para o Rio Grande do Norte, para o Rio Grande do Sul, para o Ceará, então a gente acaba vivenciando e percebendo que os problemas não eram só da secretaria de estado de Saúde de São Paulo. Eram de outros estados também. Todos refletiam nosso cotidiano.

**Ana Margarida:** Ouvi agora o Marco Antonio e estava aqui pensando: no Ceará, eu

---

<sup>12</sup> A Carta de Ottawa é um documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Trata-se de uma Carta de Intenções que busca contribuir com as políticas de saúde em todos os países, de forma equânime e universal.

não enfrentei esse problema, mas acho que eu tinha retaguarda do Rosemberg, ele abria todas as portas! O secretário de Saúde de lá deu apoio total. Agora, quando eu comecei, fiz esse curso a que a Teresa se referiu, de pneumologia sanitária em 1988, 89, e, também, de especialização em fisiologia... Não sei se foi em 1990... A Vera organizou um curso para formar coordenadores estaduais. Então, quando eu voltei, em 1990, fui implantar o programa na secretaria de Saúde. Nós organizamos o workshop de tabagismo lá no Ceará – a Vera foi até convidada – Mario Rigatto e Rosemberg, a Vera não pode comparecer e a sua aula foi dada pelo Rosemberg. Era dezembro de 1993 e eu já estava coordenando o programa. Quando ele começou a falar, me apaixonei [risos]. E ele deu a sua aula e a aula dele, foi nessa ocasião. Acho que o cupido estava por lá e me flechou mesmo, com força! Estava lá na sala, foi dia 3 de dezembro de 1993. Nos casamos no ano seguinte e ele foi ser assessor da secretaria de Saúde do Ceará. Então, eu tive essa retaguarda. O nosso secretário, Dr. Anastácio Queiroz, que até ontem eu mencionei na apresentação do livro, tudo o que a gente queria, estava à disposição. Então, vejo que tive muitas facilidades que o Marco Antonio não encontrou, inclusive nós viajamos para 80 municípios do Ceará para implantar o programa. Nós tínhamos um canal direto com o secretário de Saúde. Depois de ouvir o Marco Antonio falar entendi que tive o privilégio de ter o Rosemberg ao meu lado. Quando eu estava no auge, nós realizamos 12 corridas rústicas, seis caminhadas da saúde, vários eventos de municipalização... Tudo com Rosemberg ao meu lado e ele produzindo

1985

Realização da I  
Corrida do Não Fumar,  
no Parque Ibirapuera,  
SP, coordenada  
pela Associação  
Médica Brasileira.



26 de junho de 1994, Like Bike Contra o Fumo, em Fortaleza, CE.

26 de junho de 1994, Like Bike Contra o Fumo, em Fortaleza, CE. Ao centro, Dra. Ana Margarida Rosemberg.

29 de agosto de 1999, XII Corrida Contra o Fumo, em Fortaleza, CE.

27 de novembro de 1999, Caminhada de Combate ao Câncer, em Fortaleza, CE.

livros e lançando livros, também ia à São Paulo. Em 2000, tive um câncer de mama, foi um baque na minha vida porque eu estava no auge da minha produção com Rosenberg ao lado, tive esse câncer e pronto, cortou. Fui para São Paulo, ainda dei uma contribuição durante um ano no programa Saber Saúde de São Paulo, em tratamento, fiquei lá com Rosenberg, ele me acompanhava todos os dias. Depois, não encontrei mais um canal para fazer a luta contra o tabagismo.

**Tania:** Eu queria só contextualizar. Quando comecei nessa área, com a Vera, nós trabalhávamos muito em campanha. Tínhamos uma sociedade onde o tabagismo ainda era visto como um estilo de vida, uma opção comportamental. Ao mesmo tempo, o fumante começava a ser visto também como pária da sociedade. Na época, o SUS não era um tema prioritário na agenda; havia a prevalência de médicos fumantes bastante alta, 25%, segundo o estudo do Hisbello Campos<sup>13</sup> se não me engano, que foi publicado. Havia também uma mídia totalmente fechada ao tema. Então, não tínhamos um canal para trabalhar na mídia como existe hoje. Eu até brinco, antigamente a gente corria atrás da mídia; hoje em dia, a mídia corre atrás da gente. E aí tem um marco, bastante importante, que é a reunião do CONASS aqui no Rio com o Ministro da Saúde, na época, o Adib Jatene, e o Dr. Marcos Moraes que era o diretor do INCA, na ocasião. Por trás disso, teve todo um processo

1985

Morre o ator

Yul Brynner.

Fumante e vítima de  
câncer de pulmão,  
fez propaganda  
contra o cigarro  
para a American  
Cancer Society.

13 "Tabagismo entre os médicos do Brasil". *Jornal de Pneumologia*, 18 (1): 1 – 9, 1992, de Hisbello Campos.

preparatório. A própria equipe estudou, se preparou, nós éramos um ponto fora da curva na saúde pública. Começamos a trabalhar no desenvolvimento de um modelo lógico para implementação. Hoje, podemos dizer claramente que aquilo foi intuitivo, mas construiu-se um modelo lógico para implementar o programa porque até então era uma coisa muito *campanhista*<sup>14</sup>. Começamos a estudar os temas, como os outros países faziam. Elegemos três canais comunitários para focar o nosso trabalho: escola, unidade de saúde e ambiente de trabalho. Naquela época, se fumava em todas as unidades de saúde. Como iríamos trabalhar esse tema, se todos fumavam? A falta de interesse e de conhecimento sobre o tema tabagismo andavam juntas no setor saúde. Então, como levar esse tema nas unidades de saúde e nas próprias escolas? Luísa Goldfarb faz o mestrado e desenvolve um estudo, um estudo quase experimental de intervenção nas escolas que deu origem ao Saber Saúde. Então, começa a formação acadêmica do grupo.

**Tania:** Luísa fez o mestrado na área de trabalho, a intervenção de prevalência, antes e depois de intervenções. A minha primeira missão foi “INCA livre do cigarro”.Então, nós também colocamos em prática esse modelo de... Antes de você entrar, como se chamava, “intervenção”, mas até com um pouco de cuidado, porque embora o nome fosse acadêmico, a palavra era um pouco assustadora para o momento histórico, mas era uma intervenção no sentido de entrar com ações, então fazíamos um levantamento prévio, em seguida, a ação e, depois, medíamos o efeito da intervenção. Fizemos isso

---

14 O termo se refere a ações verticais no campo da saúde e remetem à tradição da saúde pública brasileira em organizar estratégias denominadas “campanhas” para lidar com doenças específicas. Na lógica de um modelo vertical, a abordagem “campanhista” consiste em traçar ações delimitadas temporalmente e especialmente para reduzir a morbimortalidade por doenças específicas.

também no INCA; não o mesmo modelo do Saber Saúde, que fez uma comparação entre escolas com intervenção e escolas sem intervenção para ver a diferença. No INCA, fizemos um processo similar, mas não houve comparação simultânea com outra unidade de saúde. A partir daí, desenvolvemos modelos e estávamos de certa forma preparadas para a ação que viria depois, com o convênio, que era levar essa forma de atuação para a capacitação dos coordenadores estaduais. A capacitação incluía não só a questão de como entrar nas escolas, o que falar, o que não falar, desvestir nosso discurso dos preconceitos que existiam na sociedade em relação ao fumante, vício, a palavra vício, que era uma palavra pejorativa, então a gente tinha essa preocupação. Começamos nesse processo e isso coincidiu com o momento da negociação do convênio<sup>15</sup>. Foi feito um levantamento, que eu achei bastante interessante, um questionário – a Vera deve lembrar – todos os coordenadores estaduais receberam um questionário antes da reunião do CONASEMS, para fazer um levantamento, uma avaliação da estrutura, para sabermos o que o convênio ia mudar lá na frente. Então, eu me lembro dessa reunião, em um hotel em Copacabana, os coordenadores apresentando seu relatório, para a montarmos um relatório que iria ser entregue junto com a proposta do convênio aos secretários. Isso já era um planejamento, uma avaliação prévia da estrutura que viria depois, aí não sei como isso aconteceu porque a gente se perde um pouco no tempo, o que aconteceria depois, com o convênio.

---

15 Tania refere-se a uma política de convênios estabelecida entre o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de Saúde, em que o ministério destinava recursos para a execução de programas específicos, como o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. O uso dos recursos pelas secretarias é condicionado ao acompanhamento pelo Ministério e ao cumprimento de critérios específicos de acordo com cada convênio. No caso das políticas de câncer, o acompanhamento dos convênios ficava a cargo do INCA, como instituição coordenadora, em nível nacional. Essa dinâmica foi central no estabelecimento de um setor específico no instituto para gerenciamento das políticas nacionais, atualmente denominado de Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV)."

1986

Primeira lei federal de controle do tabagismo (nº 7.488, de 11 de junho) que institui o dia 29 de agosto como Dia Nacional de Combate ao Fumo, escolhido em homenagem à greve de fumo, realizada seis anos antes, no Paraná.

Como a Vera falou, pessoas se dedicavam ao tema nas secretarias por questões pessoais, não porque tinham apoio ou suporte da secretaria, porque aquele tema era um tema prioritário, e o convênio, embora fosse uma coisa criticada “ah, é vertical”, ele, na verdade, foi o indutor de uma política, de um programa, porque nada acontece também se não tiver dinheiro e isso é fundamental. De certa forma, junto com o conhecimento foram várias convergências de iniciativas que contribuíram, e eu me lembro das capacitações também, que eu falei da mídia, que uma das nossas ações era conquistar mídia. Começamos a ler e aprender como as pessoas trabalhavam, e aí foi: “A gente tem que criar um fato, a gente tem que saber como conquistar a mídia local”. E isso era colocado nas capacitações. O INCA, na época, estava trabalhando também com uma assessoria de imprensa. Quando eu comecei a trabalhar, a gente não tinha assessoria e, na época, o doutor Marcos Moraes contratou uma agência chamada Publicom, onde a Anna Monteiro<sup>16</sup> trabalhava, e essa agência começou a fazer também *media training* para os estados, porque tínhamos que saber como conquistar a mídia, tínhamos que saber como se comportar na mídia, o que dizer e o que não dizer, e eu me lembro que isso foi muito importante e que começou a fazer parte do pacote para formação dessa rede, porque era um trabalho em rede. Construímos mala direta, porque na época a gente não tinha rede social, era trabalhar com rede, era telefone e cartinha, e isso

---

<sup>16</sup> Anna Monteiro é jornalista pela UFRJ, fellow no Global Tobacco Control Leadership Program/Johns Hopkins University of Public Health.

era uma coisa muito importante. O Marco Antonio falou uma coisa fundamental, que é o empoderamento, não só a qualificação e a capacitação, mas o empoderamento e o tirar aquela pessoa que estava ali remando contra a maré no seu ambiente do isolamento, você ter com quem conversar, você ter com quem trocar ideia... Passamos a ter os encontros de coordenadores, isso tirava as pessoas do isolamento, fazia o *crossover*, o cruzamento de ideias: “Olha, eu estou lá aprendendo com o outro que está lá desenvolvendo um *modus operandi* que...” não existia receita de bolo sobre como fazer, então, repito aquela frase que eu gosto muito, é uma frase do Skank, de uma música: “O caminho só existe quando você passa” e foi exatamente assim pra mim: o controle do tabagismo é isso: um caminho que foi sendo construído... Então, a gente passa nessa fase do convênio, nessa fase de trabalhar com os canais comunitários, a entrar em uma nova etapa que é a etapa da estruturação de uma rede que vai dar as bases para as influências nas mudanças de leis que aconteceram depois, porque você tem um coro de pessoas repetindo o mesmo mantra, localmente, uma massa crítica interagindo com mídia, isso é fundamental porque a mídia... Eu gosto muito de um estudo, um pequeno artigo que o Doll fez um tempo atrás, ele falava o seguinte: “Os médicos, durante muito tempo, eram garotos propaganda de cigarros”, e ele dizia que, inicialmente, se achava que quando os médicos deixassem de fumar, eles começariam a influenciar. Mas ele fala uma coisa, a influência maior do que a dos médicos é quando a mídia começa a dar espaço para o tempo, então você ganha um volume de ampliação de massa crítica. Acredito que essa composição de como lidar com a mídia, como conquistar a mídia, como gerar fatos... Eu me lembro de: “Ah, a gente tem que gerar fatos para atrair a atenção da mídia”. Isso também foi muito importante nesse processo e, só para finalizar, mencionei sobre o divisor de águas da mídia fechada

1986

Criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo, ação conjunta das Divisões Nacionais de Pneumologia Sanitária e de Doenças Crônico-Degenerativas do Ministério da Saúde.

e da mídia aberta; para mim, o grande divisor de águas foi a matéria sobre a análise dos cigarros que foi capa da revista *Veja*, que mostrava como a indústria mentia para seus consumidores. A partir daí, a indústria começa a perder credibilidade na mídia e a mídia começa a mudar o seu foco. O INCA se torna referência para essa questão de controle tabagismo e essa referência passa a ser compartilhada com os estados. Isso também foi para mim foi um grande divisor de águas, só para registrar a importância desse trabalho estruturado com a mídia nesse processo, nessa nova fase de convênio, capacitações etc.

**Paula Johns:** Vou ser muito breve, porque acho que na cronologia ainda nem chegamos lá. Mas, eu queria fazer uma reflexão sobre essa questão do papel dos médicos, principalmente a do doutor Rosemberg, como uma figura histórica, emblemática, também o conhecia. Convivi com ele por alguns anos, mas pra mim isso é um reflexo também de algumas outras questões que a gente também discute aqui que é a questão de gênero. Nada como um homem, médico e branco para abrir as portas de tantos temas que são difíceis, e a diferença que isso faz. Eu acho que esse caso específico do controle do tabagismo, ele reforça um pouco análises de estruturas de gênero e relações de poder na sociedade, de uma forma muito emblemática. Se você olhar assim, também, historicamente, quem estava carregando o piano e quem de fato consegue abrir as portas, sem demérito algum, muito pelo contrário, uma admiração profunda, mas talvez se ele fosse uma mulher, não médica, e

negra, ele certamente não teria aberto portas da forma que ele abriu. Então, eu acho que ele teve um papel importantíssimo, mas a gente precisa reconhecer que quem é quem na sociedade e como é que se consegue... Eu acho que isso serve como reflexão para a gente pensar estrategicamente em outras áreas, em outros temas, muitas vezes quem são os aliados ou os não aliados. Acho até que se deve fazer uma reflexão um pouco mais ampla, talvez os desafios que a gente tem frente ao SUS, hoje, na universalização do SUS, que ele seja muito responsabilidade dos médicos que não encaram como uma conquista fundamental do povo brasileiro para o povo brasileiro. Eles são os primeiros que, por exemplo, na história do “Mais médicos”, se retiraram do Conselho Nacional de Saúde em massa, todas as entidades médicas. Então, com toda a admiração que eu tenho sobre o papel dos médicos no controle do tabagismo, eu tenho o inverso disso em outras áreas da saúde pública. Acho que os médicos não contribuem e acho que isso é um pouco pela autoridade que eles têm na sociedade, acho que eles têm uma responsabilidade grande nas dificuldades que enfrentamos hoje em relação à defesa da saúde pública que a gente está enfrentando hoje em relação à defesa da saúde pública.

**Marco Antonio:** Eu prometo ser bem rápido mas acho que isso é essencial, porque senão fica uma visão, talvez, equivocada. A Tania colocou de forma muito correta essa questão. Era uma grande dificuldade, sentida por todos os coordenadores, em vários encontros. Lembro-me de que o convênio foi discutido e construído em diversos momentos, mas o importante é que a forma de construção foi muito bem conduzida. Não é jogar confete, não. Apesar de o convênio estabelecer a estrutura e contar a questão dos materiais, equipamentos etc., ele discutia o processo de condução, até chegar ao

resultado. Mais uma vez, a Vera, mostrando a importância de ter um epidemiologista na equipe, foi uma visionária. Lembro-me de que logo no começo, eu, com essa ânsia de estar construindo alguma coisa lá no interior, imagina aqui o programa nacional! Eu estava na medicina preventiva da Unicamp quando Vera fez uma reunião e o Hisbello falou: “Olha, não dá. Por aí, a gente não vai conseguir”. Quando a Valeska chega, ela vai direto na questão de como verificar o impacto do programa. Isso mostra que o convênio pensava a estrutura, mas pensava também o seu processo e o seu resultado, o impacto através da análise dos indicadores. Nós discutíamos indicadores, tentávamos entender a complexidade que era isso para as pessoas que não mexiam com planejamento e, realmente, por isso, acho que tem esse ranço dessa palavra *chatice*, mas que se tornou um divisor de águas porque o profissional saía capacitado para fazer esse convênio, utilizando a metodologia que conhecíamos: a avaliação da estrutura do processo e do resultado, tudo com fundamentação teórica. Isso fez com que tivéssemos respeito porque quem entendia como se conduzia um programa sabia que estávamos conduzindo dentro de um processo lógico, acadêmico e fundamentado.

**Silvana:** Os comentários vão ficando longos e quando a gente vai comentar já passou tanto tempo que parece que não tem mais sentido! Mas eu queria levantar três pontos que foram comentados aqui: primeiro é o relatório da Fundação Getúlio Vargas. Foram feitos três relatórios. O primeiro foi baseado na metodologia sobre a questão dos custos. Pela primeira vez, tínhamos informações relevantes, uma metodologia que havia sido usada pela FGV que fez um estudo sobre o custo do cigarro. O problema foi que o terceiro relatório dizia que o que se gastava com o tratamento de fumantes era menos do que o se gastava com a arrecadação. Acabamos não usando

esse dado, o estudo virou um livro com uma tiragem de apenas 1.000 exemplares. Poucas pessoas têm esse livro. Eu tenho a versão quase final. O título era algo como: *Cigarro brasileiro – análise de custo, análise de perspectiva para redução do consumo....* Outra coisa que eu queria comentar, quando mencionamos os programas das escolas, ambientes de saúde e de trabalho, lembro-me de que também houve uma inteligência por trás dessa ação, que era encontrar ações na área rural, principalmente em municípios que eram plantadores de tabaco, que já estavam pensando em sair do tabaco. Fomos à Santa Catarina, em um município chamado Santa Rosa de Lima, de três mil habitantes, super pequenininho, onde já havia uma iniciativa local. O cara conseguiu um mercado em Florianópolis para comprar a produção de leguminosas, de frutas e legumes enfim, para que deixassem de plantar tabaco. E acho que ali foi uma das primeiras experiências que tivemos comprovando que a viabilidade só é realmente possível quando se tem mercado. Acho que ali começou um despertar da questão rural mas a Irmã relatou que já existiam registros anteriores. A terceira questão é sobre a análise feita do cigarro, quando foram encontrados surpreendentes valores de concentração de nicotina, alcatrão e monóxido, que gerou a matéria da *Veja*. Mais tarde, duas outras vezes, enviamos material para testes. Um, foi de cigarro contrabandeado, e eu me lembro que Bill Ricket enviou um e-mail pessoal dizendo: “Estou surpreso com a diferença que existe entre os próprios cigarros”. Encontrei pelo de rato, barbante e uma infinidade de coisas que ele não tinha colocado

1986

Nos voos da ponte aérea Rio-São Paulo é estabelecida a divisão espacial entre fumantes e não fumantes, iniciativa já adotada em outras rotas da aviação comercial brasileira.

no laudo final. E isso também chama muita atenção porque também foi uma iniciativa... Acho que nunca mais se fez aquilo, de se mandar... Para a gente ver se os teores... Eram enormes! Eram 20mg de nicotina, absurdo, os cigarros que a receita federal tinha captado e nos deu umas amostras que enviamos para o Canadá. Depois, mais tarde, a gente refez, então, uma amostra de cigarros normais, do comércio, para definir os teores de alcatrão, nicotina e monóxido. Então, acho que também foram coisas que aconteceram em paralelo a todo esse movimento que vocês estão citando o qual eu vivenciei. Então, é bastante interessante a gente resgatar.

**Luiz Teixeira:** Obrigado, Silvana. Vera pediu a palavra; depois, a professora Tania.

**Vera:** Só rapidinho sobre a construção do programa nacional. Eu acho que avançou também porque a FIOTEC<sup>17</sup>, a FIOTEC não, a Fundação Ary Frauzino Pereira<sup>18</sup> foi estabelecida. Isso permitiu que nós contratássemos pessoal, entrássemos com a multidisciplinaridade, permitiu que fizéssemos estudos (no começo era muito difícil, ninguém entendia porque a gente queria profissionais de outras áreas). Por exemplo, terminei meu doutorado na década de 1990 e o INCA me mandou fazer um MBA, um mestrado em administração. Fui a única pessoa do INCA da área de prevenção que fez um mestrado de administração no setor saúde, o resto era da assistência, porque o INCA era uma instituição eminentemente assistencial. Nós tínhamos que brigar dentro do próprio INCA para conseguir avançar. Fiz três cursos de apresentação

---

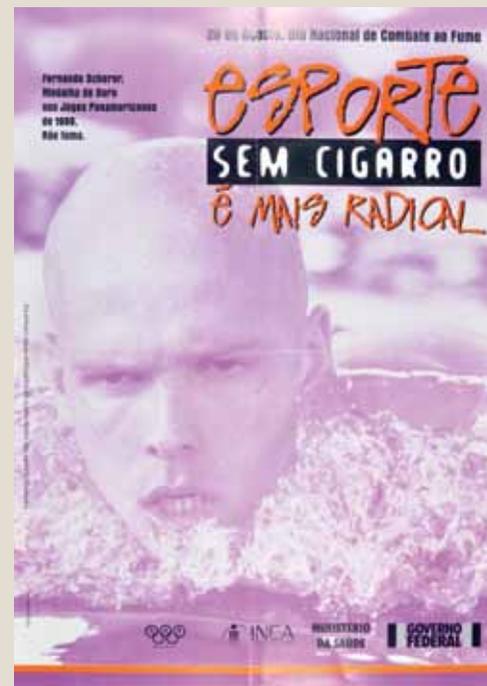
<sup>17</sup> Fundação de Apoio à Fiocruz, gerencia o financiamento de projetos e ações específicas da instituição.

<sup>18</sup> Criada em 1991, tinha como objetivo colaborar na execução das ações do INCA. Atualmente, é denominada de Fundação do Câncer.

na mídia, toda a minha equipe fez e, assim, nós “empurrávamos” todo mundo para estudar, para aprender e se apropriar disso tudo. Agora, acho que tem todo um movimento nacional em cima disso, mas, a indústria do tabaco era muito mais forte, onipotente, onipresente... Nós tínhamos muita dificuldade de ter um espaço para falar, até no Conselho Nacional de Saúde. Porque assistência bate muito forte na porta dos gestores, os doentes batem forte na porta, é difícil até fazer um julgamento crítico sobre isso. Mas essa é a grande prioridade sempre, é o doente, é a pessoa que está ali. E eu me lembro que queríamos colocar uma advertência nos maços de cigarro e mudar a advertência, e aí deixa eu contar essa historinha rapidinho aqui. E aí, o que a gente fez?! Ia mudar o ministro, ia sair um ministro que eu não me lembro o nome e ia entrar o Jatene, e era final do ano e a gente mandou para o Conselho Nacional de Saúde a proposta de mudar a advertência para uns pictogramas. E eu me lembro de mim, no computador, desenhando os pictogramas para colocar nos maços de cigarro, porque era tudo uma coisa muito artesanal mesmo, era o começo da informática. Eu escrevi um projeto de lei, colocamos ali todas as imagens e enviamos para o Conselho Nacional de Saúde. Aquilo deveria ser uma agenda, o ponto mil da agenda, e o CNS deu o parecer: “É interessante, a gente recomenda mesmo que se faça isso nos cigarros brasileiros”. O projeto e o parecer foram parar na mesa do ministro (que ia sair no dia 31 de dezembro). No dia 29, foi publicada a mudança das advertências nos maços de cigarros brasileiros e aquele projeto de lei

1988

Torna-se obrigatória, nas embalagens dos produtos derivados do tabaco, a frase: “O Ministério da Saúde adverte: fumar é prejudicial à saúde”.



Campanha antitabagismo com o tema:  
“Esporte sem cigarro é mais radical”.

1999

era *ipsis litteris* o que eu tinha escrito. Quando o ministro Adib Jatene entrou, a indústria já estava na porta do gabinete dele. E aí o que é que o Jatene fez? Ele foi obrigado a andar para trás, a recuar com a portaria que criou essas imagens de advertência e criou um grupo para estudar isso que tinha um advogado lá do ministério da saúde que morria de medo da indústria. Ele falava para mim: “Não, mas eles vêm com muita gente! Eles têm todos os escritórios”. E eu retrucava: “E daí?” Foi aí que fui para a tal reunião com uma mala onde coloquei todos os relatórios do Surgeon General, os livros do Rosemberg, os livros todos e tal, e aí estava a indústria, algumas pessoas de outros ministérios, e eu me sentei e comecei a colocar os livros na mesa, eu fiz uma cena mesmo. E falei assim: “Bom, para começar, vamos discutir essas advertências, eu acho que não vamos discutir que o fumo faz mal pra saúde, eu trouxe um pouco de bibliografia, se alguém estiver interessado em ler, e eu acho que isso aqui já encerra essa primeira parte dessa discussão, o que a gente tem que discutir agora são as advertências”. Em uma negociação muito grande no final das contas, eles perguntaram: “Ou vocês colocam os pictogramas ou vocês tiram o ‘pode’”. O advogado do ministro era quem dava a palavra final. Então, a gente achou que tirar o “pode” era mais importante do que colocar os pictogramas. Por conta disso, nós não fomos o primeiro país do mundo a colocar pictogramas nos maços de cigarro. Nós fomos o segundo a colocar pictograma e o primeiro a tirar os descritores enganosos. Enfim, era tudo uma questão de estar no lugar certo, com as coisas certas, que tinha toda uma

1988

A organização Mundial da Saúde (OMS) organiza seu primeiro dia sem tabaco, celebrado em 31 de maio.

estratégia de entrada nos lugares, de inserção, de discussão e tinha um atrevimento também. De tentar passar as coisas de qualquer jeito.

**Luiz Teixeira:** Sugiro que o Agenor comente um pouco a fala da Vera. Mas, antes, eu queria fazer um pequeno comentário. Olhando esse processo de uma forma mais distante, acho que sem o mesmo estilo de pensamento que gera o Sistema Único de Saúde, sem a ideia de prevenção, de proteção à saúde mais ampla, não existe possibilidade de sucesso na prevenção ao tabagismo. Embora no dia a dia os caminhos sejam diferentes, exista dificuldades de unir pessoas, objetivos institucionais momentâneos, profissionais, sem esse núcleo comum que pensa um novo sistema de saúde através da prevenção, da promoção, da possibilidade de uma coisa que exceda, que ultrapasse a ideia somente de medicalização, não teríamos conseguido chegar até hoje e muito menos ter tido tanto sucesso em relação à prevenção do tabagismo.

**Agenor:** O que a reforma sanitária pretendeu foram duas ou três coisas simples, mas bastante objetivas. Primeiro, ser um projeto de inclusão, e quando ela falava de ser um projeto de inclusão, não tinha que detalhar nenhum tipo de ação individualizada. Não tem que ser o programa de câncer, não tem que ser o programa de fumo, não tem que ser o programa de vacinação, não tem que ser o programa de vigilância sanitária. A inclusão significava que ia mudar o contexto da saúde e aquilo que o Luiz falou de prevenção, promoção e recuperação era o mote, foi a maior política de inclusão social que nós tivemos no último século! Se nós tivemos alguns erros estratégicos internos, de algumas pessoas, mesmo aquelas que sejam referências para nós, de não entender determinadas situações, nós temos que corrigir

e corrigimos. Não significa que os nossos gurus foram eternos e falaram tudo corretamente. Naquele momento, eles podem ter tido uma visão errada, uma visão equivocada. Porque, na verdade, as críticas que fazemos hoje, as avaliações que fazemos hoje com os instrumentos de hoje e de 30 anos atrás são completamente diferentes! Essa é uma questão que nós temos que pensar. O SUS proporcionou o quê? Democracia no sistema, que nós não tínhamos. Proporcionou o quê? Igualdade, esse é um dos princípios básicos. E proporcionou inclusão social. Então, acho que isso é importante! Emancipação do sistema de saúde. Então, agora nós, como profissionais de saúde, independente de sermos sanitaristas, médicos, pneumologistas ou oncologistas, temos que trazer políticas públicas que possam melhorar a qualidade da saúde das pessoas. Assim, não acho que os sanitaristas não estavam interessados. Muitas vezes podem até ter colocado que o tema do tabagismo não ocupava uma posição prioritária na agenda naquele momento. Acho que essa é uma questão importante. Está na agenda da maneira que deveria estar? Tanto as ações de promoção que a vigilância pode fazer como as ações de regulação? Daqui a pouco nós vamos discutir isso, talvez não esteja. Então eu não acho que “os sanitaristas não deram brecha”, “os sanitaristas não se incomodaram com a questão do tabagismo”... Talvez aqui, muita gente que esteja aqui, naquele momento, tivesse que colocar qual era a pauta prioritária, seria o financiamento da saúde ou o tabagismo, as pessoas não tiveram essa discussão. Temos muitos desafios? Muitos.

1989

Criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, coordenado pelo INCA.

1990

Obrigatoriedade de frases de alerta relacionadas ao malefício do tabaco em propagandas de rádio e televisão.

E os desafios maiores nós vamos encontrar agora. Então, acho que isso é uma questão importante para nós discutirmos. A nossa própria ação, que estamos discutindo hoje aqui, será que atualmente as instituições que têm responsabilidade dentro dessa política de combate ao tabagismo estão engajadas da mesma forma que a gente gostaria que estivesse? Essa é uma questão, quer dizer, hoje já tivemos mostras de que essa ação tinha que ser fortalecida e tememos ter recuos. Na época do SUS, o Santini<sup>19</sup> deve lembrar bem disso, houve um debate muito interessante, publicado em uma revista, entre o Jairnilson Paim<sup>20</sup> e a Sonia Fleury<sup>21</sup>. A Sonia disse que escreveu um artigo falando que, em algum momento da reforma sanitária, nós tínhamos dado dois passos para trás e o Jair escreveu um artigo em resposta, dizendo o seguinte: “o SUS deu três passos pra frente e recuou dois”. Então, ele deu um passo para frente. Acho que hoje, a política do tabagismo deu alguns passos para frente, pode ter recuado e nós vamos para frente. Tenho certeza de que qualquer avaliação que façamos nesse sentido, de ver lá atrás o que estava acontecendo para justificar alguma coisa nesse momento, estamos sendo injustos. Só isso que eu queria dizer.

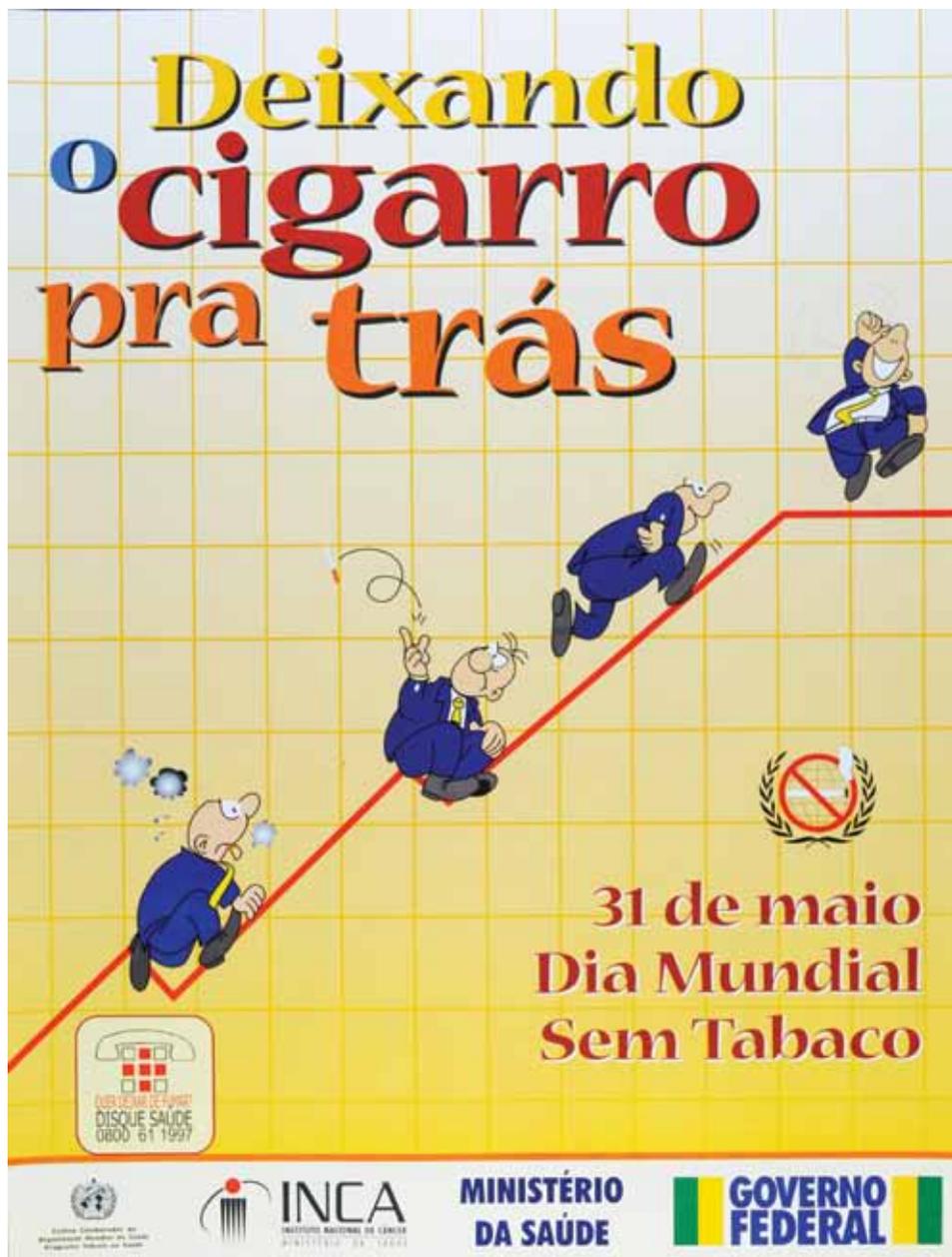
---

19 Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva é mestre em cirurgia torácica, foi subsecretário de estado de Saúde do Rio de Janeiro e participou de várias publicações sobre cirurgia geral, torácica e planejamento em gestão da Saúde. Durante dez anos (2005 a 2015) foi diretor do INCA, inclusive durante o período de negociação e ratificação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco.

20 Médico e pesquisador da UFBA.

21 Cientista política e pesquisadora da Fiocruz.

**Vera:** Eu não estou falando, em nenhum, momento contra o SUS. Meu primeiro depoimento foi como eu participei na Conferência Nacional de Saúde, como eu participei da Constituição de 1988, que eu tive muita influência do SUS pessoalmente, por tudo o que eu fiz na área de controle do tabagismo, e tive muita influência das grandes discussões do ordenamento brasileiro em cima do SUS e eu sou “fanzoca de carteirinha” do SUS. E eu sou “fanzoca de carteirinha” da inclusão, e tentei fazer, dentro da minha linha profissional, que eu assumo a responsabilidade para mim mesma, tudo o que eu pude para ser inclusiva, para ser abrangente, para utilizar os mecanismos estabelecidos dentro do Sistema Único de Saúde para poder não criar um movimento paralelo disparatado, mas simplesmente para ser um programa de sucesso dentro do SUS. Então, não estou, em nenhum momento, questionando; só disse que, do mesmo jeito que eu tive muita dificuldade com o pessoal da assistência pelo modelo medicalizante, eu tive muita dificuldade com os sanitaristas que, na verdade, ficaram fechados dentro do seu próprio universo de discussão e do seu grupo de aceitação. Então a gente não era, exatamente, o que o grupo de sanitaristas esperava que alguém fosse para estar cuidando do programa nacional de controle do tabagismo. E eu descrevi alguns momentos em que isso foi muito forte, mas, mesmo assim, a gente não desistia, não! A gente batia na porta dos CONASS, dos CONASEMS, das reuniões... A gente ia lá, fazia carnaval, fazia estande, fazia o que fosse o caso, e batia na mesa do secretário de saúde. Fizemos tudo que podíamos para sermos incluídos nesse processo.



Campanha  
antitabagismo:  
1999

# Entrevista com Antonio Pedro Mirra

*Entrevistador: Luiz Alves Araújo Neto*

Antonio Pedro Mirra é um nome bastante importante na história do câncer no Brasil. Formado pela Universidade São Paulo em 1955, é especialista em cirurgia torácica, e atuou por décadas como cirurgião no Hospital de Câncer A. C. Camargo. Também é especialista em Epidemiologia, tendo realizado estágio no Enquête Permanent du Cancer, em Paris, e fundado e dirigido o Registro de Câncer de São Paulo. É professor da Faculdade de Saúde Pública da USP, onde coordenou diversas pesquisas sobre a epidemiologia do câncer e o controle do tabagismo no Brasil, com estudos pioneiros sobre o mapeamento de fatores de risco para neoplasias, bem como orientou diversas teses e dissertações sobre o tema. Faz parte da primeira geração de profissionais que se mobilizaram para o controle do tabagismo no Brasil, nos anos 1970, com a criação de programa vinculado à Associação Médica Brasileira.

*Dr. Mirra, o senhor poderia falar sobre sua formação e sua atuação profissional?*

Eu sou cirurgião torácico, formado na Medicina-Pinheiros, a Faculdade de Medicina da USP. Durante a graduação, em 1952, frequentei o Hospital das Clínicas

da universidade e, logo depois de formado, fui voluntário no hospital também. Em seguida, fiz residência no Hospital do Câncer A.C. Camargo durante três anos, terminando em 1955. No ano seguinte, recebi uma bolsa para estagiar na França,

1993

O Brasil se insere na iniciativa da OMS e promove o Dia Mundial sem Tabaco, cujo lema é “Juventude sem Tabaco”.

no Institute Gustave Roussy<sup>1</sup>, o primeiro hospital de câncer francês, onde fiquei por seis meses. Minha rotina lá consistia em participar das atividades da seção cirúrgica e, à tarde, do serviço de estatística, que era muito bom. Então, comecei a conviver, a aprender também a metodologia que eles aplicavam ao câncer, e foi lá que eu conheci o inquérito permanente que eles faziam no Vale do Loire<sup>2</sup>. Eu morava em

um apartamento no hospital, e, do lado, havia os apartamentos dos médicos residentes, que tinham a obrigação de trabalhar no inquérito coordenado pelo Pierre Denoix, ex-ministro da Saúde francês.

*Após retornar ao Brasil, o senhor se dedicou a diferentes temas, entre eles o tabagismo, sendo um dos pioneiros das ações de controle no país. Como surgiu esse interesse pelo assunto e a mobilização pelo controle do tabagismo?*

Como as pesquisas indicaram que o tabagismo realmente é um fator de risco maior de câncer, começamos a trabalhar com o tema aqui na Faculdade de Saúde Pública da USP e no Hospital de Câncer, em São Paulo, em 1975. Depois também, mobilizamos a Associação Médica Brasileira. Meu interesse específico também se deu por conta da relação entre o

---

1 O Instituto Gustave Roussy é a primeira instituição especializada no diagnóstico e tratamento do câncer na França. Criado em 1926, pelo especialista em anatomia patológica Gustave Roussy, o instituto foi ponto central na organização da “luta contra o câncer” na França, inclusive na definição do modelo institucional (baseado na radiologia) e na agenda de pesquisa sobre a doença no país.

2 Aqui, Mirra se refere ao Enquête Permanent du Cancer (Inquérito Permanente de Câncer), organizado e dirigido pelo cirurgião Pierre Denoix. Esse serviço desenvolveu estudos de morbidade na cidade de Villejuif, no Vale do Loire, acompanhando o desenvolvimento dos casos de câncer na população local e mapeando fatores associados à morbidade pela doença. A principal contribuição do Enquête foi a elaboração do conceito de estadiamento dos tumores, formulando a classificação TNM, ain-

---

da hoje utilizada para determinar o grau de avanço de um tumor maligno e auxiliando bastante na terapêutica.

tabagismo e o câncer de pulmão; como eu era cirurgião torácico no Hospital do Câncer, isso me chamou a atenção.

No hospital, iniciamos um trabalho com os médicos. Na época, aproximadamente 60% dos médicos na instituição eram fumantes; então começamos a fazer palestras e apresentar vídeos sobre a sintomatologia do indivíduo que fumava em relação ao câncer. No começo, a turma falava: “Isso é coisa de poeta, pensar em tabagismo”. De tanto insistir, muitos médicos começaram a verificar todos aqueles sinais e sintomas neles mesmos. Depois de dez anos de trabalho no hospital, reduzimos para 10% o número de médicos fumantes. Aqui na faculdade também fizemos o mesmo trabalho.

Então, no começo, quem trabalhava com tabagismo no Brasil eram os médicos mais interessados no tema, mas de forma mais isolada, normalmente por conta de sua área de trabalho. Em termos de programa, somente no Rio Grande do

Sul havia um programa regional<sup>3</sup>, ninguém falava em programa nacional.

### *Esse cenário mudou quando?*

A partir de 1979, quando montamos um programa nacional pretendendo reunir praticamente todos os médicos que trabalhavam com tabagismo no Brasil. Fizemos reunião em São Paulo, aqui no Hospital do Câncer, e em dois dias a gente apresentou um programa nacional de controle do tabagismo. Esse programa funcionou até 1985, mas sofreu resistência do governo federal por questões econômicas, já que não era aceitável que se fizesse um trabalho contra o tabagismo, porque diminuiria a arrecadação. Então, esse programa foi feito por esse grupo e assumido pela Associação Médica Brasileira que,

---

3 Em 1975, a Associação Médica do Rio Grande do Sul, principal estado produtor de fumo e consumidor de tabaco no Brasil, iniciou mobilizações sistemáticas para que fosse criada legislação limitando o tabagismo no estado. Em 1980, esse movimento liderado por médicos locais foi transformado no Programa Estadual de Combate ao Fumo.

1994

Realização do I Congresso Brasileiro sobre Tabagismo no Rio de Janeiro.

entre 1979 e 1985, foi praticamente a gestora de todo o programa. Então tudo o que se fazia em tabagismo, em relação à população, aos médicos, enfim, partia da Associação Médica Brasileira, o Governo não assumia. Quando nós começamos a insistir junto ao Ministério da Saúde para que tomasse iniciativa, foi criada uma comissão, em 1981<sup>4</sup>, mas tinha somente a tarefa de analisar os projetos que eram apresentados na Câmara e no Senado. Como nós éramos

proibidos de falar em nome da comissão, então tudo que a gente dizia passava pela Associação Médica Brasileira e ela punha para fora, punha em execução. Essa foi a dinâmica até a criação, em 1985, do Programa Nacional de Combate ao Fumo pelo Ministério da Saúde<sup>5</sup>, executado pelo INCA.

*O senhor comentou também agora que vocês faziam vídeos. Eles tinham algum público específico?*

Não. Por exemplo, nós montávamos um vídeo, era edição e imagem, a partir de um vídeo americano. O objetivo disso era circular para todas as escolas, praticamente todas as escolas. Aqui em São Paulo tinha um programa, no qual

---

4 Em 1981, o Ministério da Saúde criou a Comissão para Estudos das Consequências do Fumo, com o objetivo principal de elaborar pareceres acerca dos diversos projetos de lei sobre o tema, apresentados no Congresso Nacional. Formada por importantes figuras do movimento antitabagismo como Antonio Pedro Mirra, Edmundo Blundi, Jayme Santos Neves, José Rosemberg, José Silveira e Mario Rigatto, ela funcionou apenas por um ano. Sua composição e o pequeno período de sua existência mostram as dificuldades vividas pelo movimento antitabagismo no período.

---

5 Em 1985, como resultado das pressões das sociedades médicas, o Ministério da Saúde criou o Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil (GACT) e, em 1986, Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF), como uma ação conjunta das Divisões Nacionais de Pneumologia Sanitária (DNPS) e de Doenças Crônicas-Degenerativas (DNDGD). Em 1992, a direção do programa foi transferida para o INCA, o que também resultou na mudança de perfil de atuação de agenda de intervenções.

cada cidade do interior tinha uma rádio que falava sobre temas de saúde para a população. Então nós preparamos uma série de 13 mesas redondas sobre tabagismo, que foram postas em vídeo e fornecidas para a secretaria de Educação de São Paulo. Esse material foi enviado para todas as áreas administrativas da secretaria para ser divulgado, primeiro junto ao professor, depois aos alunos.

*Muito interessante, porque depois virou uma vertente importante trabalhar a prevenção do tabagismo na escola.*

Isso. Inclusive, a gente fazia palestras nas escolas de São Paulo, eles pediam, e, em várias escolas, a gente fazia uma apresentação, mostrando as consequências do tabagismo e a importância de combatê-lo. Isso foi feito pelo programa da AMB, depois o Programa Nacional tomou conta, e ele se desenvolveu. Foi, e ainda é, o melhor programa porque foi bem estruturado, teve apoio financeiro e

praticamente conseguiu atuar em todo o Brasil. Em relação à América Latina é o melhor, com resultados de queda do consumo muito grandes.

*Avaliando hoje, ou mais recentemente, como o senhor considera esse quadro? Recentemente, em um evento realizado pelo INCA, a meta colocada foi que o número de fumantes chegue a zero. O que o senhor acha dessa perspectiva?*

Isso é o ideal, lógico, mas é difícil. Nenhum país conseguiu isso. Portanto, você diminui o máximo possível. Até o que nós conseguimos foi muito. A gente tinha 60%, 70% da população fumando, e hoje, pelos últimos números populacionais, temos 10%, 12%. É uma coisa excepcional.

*Doutor Mirra, em sua trajetória você viu todo esse cenário do controle do câncer se organizando, certo? Como o senhor observa o nosso estado atual no controle do câncer?*

1995

Implantação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, coordenado pelo INCA.

Eu trabalhei por mais de 40 anos no Hospital do Câncer, fui residente, titular, chefe de serviço, chefe de departamento, diretor clínico, superintendente. Então, convivi muito com o programa do câncer, não só ligado ao hospital, como também no ambiente geral nacional, a gente participava muito de reuniões, de programas do próprio governo federal. Eu acho que é muito importante o papel das entidades filantrópicas, que praticamente é o que aguenta, o que sustenta o programa do câncer, porque são essas entidades que atendem ao maior número possível de pacientes. Então, acho que a gente precisa ter um apoio muito

grande, e racionalizar, lógico. Por exemplo: fazer distribuição adequada de material, de equipamento, de radioterapia, e de todos os outros equipamentos necessários para quimioterapia etc. Acho que é muito importante isso. E outro ponto importante: a prevenção; geralmente, muitos hospitais estão fazendo já essa prevenção, mas precisa partir do governo federal, a parte central é ter um programa de prevenção para que as instituições se incorporem nesse programa. Acho que é muito importante isso.

*O senhor acha que no Brasil, não só médicos, mas a maneira como todo mundo lida com o câncer mudou muito?*

Ah, mudou! Eu peguei a fase que era praticamente primitiva a atuação. Você não tinha meios. Por exemplo: eu comecei com o Hospital do Câncer. O hospital foi construído, e antes, na fase de construção do hospital, havia uma clínica de tumores que funcionava no Hospital

Santa Cruz. Praticamente, então, os casos de câncer desse grupo do Hospital do Câncer funcionavam no Hospital Santa Cruz. Quando foi inaugurado o hospital [do Câncer], todos os pacientes de lá vieram para cá; e a grande maioria dos casos eram avançados, todos, praticamente. Mas, no início, você tinha predominância de casos fora de possibilidade, era mais cuidado paliativo do que tratamento. Os avanços da cirurgia, da terapia, quimioterapia e imunoterapia permitem hoje você ter um atendimento muito melhor do paciente, com uma porcentagem de cura muito grande. Então, mudou completamente. Porque, mesmo para a quimioterapia, havia um ou dois medicamentos, então, não tinha muito o que escolher. Por exemplo: câncer de pulmão praticamente você conseguia ter ressecção de 5%, 10% dos casos, a maioria tudo fora de possibilidade, já vinha com metástase. Então, quer dizer, mudou muito.

*Se fosse para o senhor destacar alguma história, alguma coisa de toda essa trajetória com o câncer e o tabagismo, o que seria?*

Bom, eu me considero um privilegiado, porque implantei muitas coisas. Registro de câncer, quer queira, quer não, tem que aceitar que eu comecei. Não adianta contestar [risos]. Estudos de epidemiologia praticamente eu comecei a fazer, porque quando eu vim para cá, eu, antes, quando a gente estava programando toda coisa, eu pensei: bom, pera aí, eu tinha contato com o Departamento de Epidemiologia, que era o professor aqui. Então, cheguei para ele e falei: “Olha, eu quero fazer o curso de epidemiologia, doenças infecciosas, para eu ver a metodologia que vocês usam, o que pode ser adaptado à metodologia de doenças crônicas. Eu fui fazer esse curso para ter uma base, então praticamente aqui, na Faculdade, ninguém falava de epidemiologia do câncer, eu comecei a

1995

Morre de câncer no pulmão David McLean, o “Homem Marlboro”.

fazer. Hoje, praticamente, todo mundo fala em epidemiologia de câncer, a preocupação em saber os fatores de risco que influenciam em cada população. Tabagismo também, nós trabalhávamos com um grupo relativamente pequeno, então a gente foi um dos primeiros grupos a trabalhar nacionalmente.

Como eu fazia cirurgia de tórax, fazia cirurgia de pulmão, então estava muito mais ligado, tinha uma ligação. Eu fumei durante onze anos como estudante. Depois parei de fumar, eu não vim a ser dependente químico; eu estava com uma tosse, então, assim, eu devo parar porque não tinha cabimento eu, sendo

médico, tossindo junto ao doente. Acho que, inconscientemente, fui levado ao tabagismo por causa do meu pai. Meu pai era um fumante [emoção] e veio a morrer por causa disso [emoção]. Nunca conectei, mas acho que, inconscientemente, fui direcionado por causa disso, porque ele era fumante inveterado, então ele fumava daqueles fumos sem filtro, aqueles cigarros mais potentes.

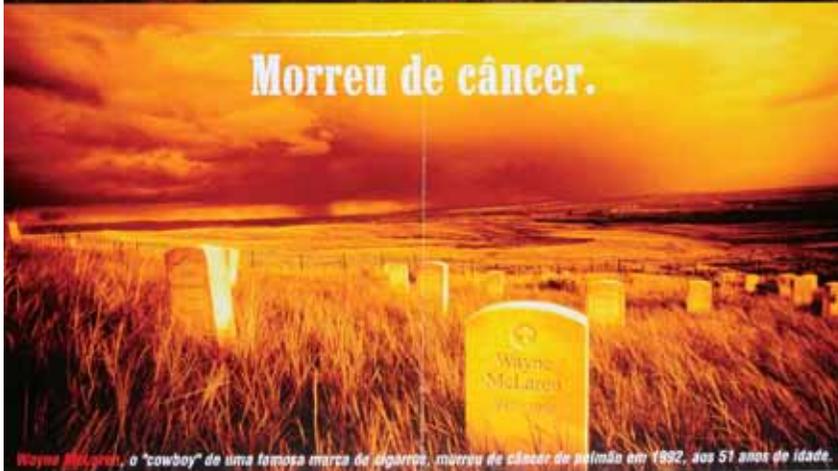
*Mas que bom que deu certo. Digo “bom” porque acho que, ao olhar para trás, vemos muitas coisas que deram certo.*

É, eu acho que hoje praticamente o Programa Nacional de Controle do Tabagismo está estável e permanente. Ele vai sozinho agora. Agora mesmo recebi uma notícia de que a Souza Cruz está deixando de produzir cigarro para produzir os eletrônicos; as ações caíram. Então você vê que começa a haver uma mudança inclusive na estrutura das próprias indústrias.

# MINISTÉRIO DA SAÚDE



Sabe aquele cowboy  
da propaganda de cigarro?



Morreu de câncer.

*Wayne McLaren, o "cowboy" de uma famosa marca de cigarros, morreu de câncer de pulmão em 1992, aos 51 anos de idade.*

Se você é fumante, pare agora mesmo. O cigarro causa câncer, doenças cardíacas e problemas respiratórios. Não fumar é a melhor maneira de se manter saudável.

**Cigarro faz mal até na propaganda.  
31 de maio. Dia Mundial sem Tabaco.**

DISQUE SAÚDE  
0800 61 1997



Campanha  
antitabagismo:  
2000

# Ampliação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo: dos anos 1990 aos dias atuais

**Luiz Alves:** Agora discutiremos como ocorreu a implantação e ampliação do Programa Nacional, do final dos anos 1990 até hoje (2018), e quais os desafios das últimas duas décadas. Vamos direcionar, então, a conversa para este ponto: o processo de fortalecimento e ampliação no Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Gostaria que a Andrea Reis comentasse sobre isso, seguido da Tereza Feitosa, no final dos anos 90 e, depois, o Marco Antonio.

**Andrea:** Acho importante comentarmos a questão do convênio com os estados. Não me recordo em que ano o convênio terminou, mas deve ter sido por volta de 2004/2005. Esse convênio terminou, mas não terminou o trabalho em rede. Apesar de os estados não terem mais esse repasse, a rede continua firme, articulada, apesar da grande rotatividade.

A nossa relação com os estados, hoje, é bem diferente da época que Marco Antonio estava na coordenação, à frente de São Paulo. Ainda assim, verificamos que as coordenações são bem atuantes. Então, apesar de vermos esses meandros todos, políticos, essas questões todas, subliminares, a lei que passou, a lei que não passou,

acabamos comemorando. A Lei nº 12.546<sup>1</sup> foi uma grande vitória nos estados, com a proibição do fumo em locais parcialmente fechados. Nos estados, isso teve um reflexo muito positivo. No presente, finalmente, como nós trabalhamos? A coordenação é relativamente pequena, no nível estadual, e só com uma dama de aço ativa, nessa jornada. Não tão presente no Programa Nacional, mas dando um apoio muito importante: a Tania Cavalcante. E, claro, a Vera da Costa e Silva.

Promovemos os encontros estaduais, mantendo uma relação muito positiva com os coordenadores. Procuramos nos encontrar com eles pelo menos duas vezes por ano, no Rio de Janeiro, para avaliação e planejamento. Também fazemos uma visita técnica. Nos últimos dois anos (2017-2018), realizamos cerca de 18 visitas. Com elas, tentamos fortalecer os estados, e nos reunimos com os secretários estaduais. Quando não é possível, contatamos os assessores para buscar esse fortalecimento.

Está em construção o protocolo clínico de diretrizes terapêuticas, de dependência à nicotina. A gente sabe que, apesar de o programa nacional ter os três grandes pilares – prevenção da iniciação, a promoção da cessação e o ambiente livre – a promoção da cessação sempre teve um destaque muito grande. Então, existe o tratamento do fumante estabelecido no SUS, com a rede, com o medicamento, com a terapia cognitiva comportamental muito bem estabelecida. Claro, temos problemas com o medicamento. Muitas vezes, o DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos<sup>2</sup> tem essas restrições, mas os coordenadores estaduais estão

---

1 Lei Antifumo, de 2011, além da proibição de fumar nos locais totalmente fechados, em todo o país, também impede o fumo nos locais parcialmente fechados em qualquer um de seus lados por uma parede, divisória, teto ou toldo. A lei vale também para áreas comuns de condomínios e clubes.

2 O DAF é o vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. O departamento é respon-

bem imbuídos dessa diretriz do programa. Também queremos resgatar a questão da prevenção. Conforme eu falei, é preciso priorizar a prevenção para evitar que as pessoas precisem de tratamento. Então, até por isso, temos nos esforçado, estamos comemorando os 20 anos do Programa Saber Saúde<sup>3</sup> agora no dia 27 de novembro (2018) e faremos um encontro fechado com os coordenadores para pensar novas estratégias de abordagem dos jovens. Além do narguilé, há outros dispositivos eletrônicos para fumar e precisamos pensar como abordar os jovens com relação a isso. Precisamos criar uma massa crítica sobre esses novos produtos e sobre a manipulação da indústria em relação a eles.

Além disso, realizamos, desde a data de sua criação, o Dia Mundial sem Tabaco e o Dia Nacional de Combate ao Fumo, da mesma maneira como foi criado nos primórdios. O INCA mantém essa construção. No dia 31 de maio de cada ano, recebemos o tema da OMS. Criamos uma estratégia, distribuímos um cartaz e desenvolvemos o tema para trabalhar com os estados e os municípios.

Temos colaborado com publicações e materiais didáticos que possam fornecer informações técnicas. Houve a publicação do cigarro eletrônico; a do Dia Mundial sem Tabaco; do Dia Nacional de Combate ao Fumo, com dez anos de publicação das campanhas; a exposição do controle do tabaco no Brasil. Agora, vai acontecer uma

---

sável pela aquisição de medicamentos pelo Ministério da Saúde, pela elaboração e atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do Formulário Terapêutico Nacional, assim como pela participação no processo de elaboração e atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

3 O programa Saber Saúde de Prevenção do Tabagismo e de Outros Fatores de Risco de Doenças Crônicas, implantado no Brasil desde 1998 e gerenciado pelo INCA, por meio da Coordenação de Prevenção e Vigilância, em sua Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco, tem como objetivo geral formar cidadãos críticos, capazes de decidir sobre a adoção de comportamentos saudáveis, dentro de uma concepção mais ampla de saúde e que contribuam para a saúde coletiva e a do meio ambiente, na busca de melhor qualidade de vida.

exposição dos 20 anos do Saber Saúde. Então, estamos sempre tentando criar materiais que possam realmente subsidiar os coordenadores estaduais.

Temos nos esforçado para colaborar com eles nos estados, na capacitação desses profissionais porque há uma gama de profissionais capacitados para implementar essas ações articuladas na ponta. Aquele nível 1, 2a, 2b, 2c não existe mais, mas ainda trabalhamos nas escolas, nas unidades de saúde. Então, existem esses profissionais capacitados e, geralmente, apoiamos os coordenadores estaduais nesses cursos de capacitação.

**Luiz Alves:** Marco?

**Marco Antonio:** O que eu posso colocar é que houve um avanço muito grande na municipalização das ações, quando as ações entraram nos três canais: nas unidades de saúde, nas escolas e nos ambientes de trabalho.

Houve uma priorização do investimento na promoção da cessação: isso foi notoriamente verificado nos últimos anos, em detrimento, é obvio, do investimento na prevenção. No estado de São Paulo isso é nítido. Eu trabalho com o grupo condutor das doenças crônicas e a gente observa que o trabalho deve começar com ações de promoção da saúde; poucas vezes um investimento é feito como deveria ser feito preventivamente nas ações do tabagismo. Muitas vezes, converso com

1996

Comerciais de produtos derivados do tabaco só podem ser veiculados entre 21h e 6h.

1996

Fumar em locais fechados passa a ser proibido (exceto em fumódromos, áreas destinadas exclusivamente ao fumo, devidamente isoladas e com arejamento conveniente).

a Sandra Silva Marques, que é a atual coordenadora do programa do tabagismo, para fortalecer o papel do estado e como ele pode investir nisso. Nas últimas reuniões, ela tem participado para tentar fortalecer e fazer com que os gestores coloquem em suas linhas de cuidado essa atuação mais fortalecida na área de prevenção. Acho que é urgente resgatar a questão da prevenção.

Em relação às datas pontuais, principalmente nas comemorações do dia 29 de agosto (Dia Nacional de Combate ao Fumo) e 31 de maio (Dia Mundial de Combate ao Fumo) acho que era o momento oportuno para chamar atenção da mídia. Isso foi enfraquecido um pouco também, pelo menos em nosso estado. Existia toda uma infraestrutura para conduzir e dar destaque a essas ações pontuais. Entendemos que essas ações tinham que ser contínuas nos três canais.... Mas, nem neles restou algo. No meu ponto de vista, só ficou a cessação, única e exclusivamente.

Então, acho que um desafio muito forte é dar visibilidade a esse programa nacional e aos estaduais. E manter o tema em evidência com maior destaque. Em todas as web conferências, falamos da importância do investimento nos quatro principais fatores de risco: o tabagismo, a alimentação, a atividade física e o alcoolismo. Então tentamos resgatar e investir na questão da continuidade das ações do tabagismo. Se não mantivermos esse tema em evidência, o programa vai se enfraquecer. Do meu ponto de vista, não acho que ele enfraqueceu. Ele se fortaleceu sempre na questão da cessação; e eu acredito, que essa não deve ser a única ótica que ele deve ser visto.

**Luiz Teixeira:** Andrea, Deborah e Valeska.

**Deborah:** Então, eu queria fazer dois comentários. Primeiro, em relação ao financiamento e depois ao desenho institucional.

Sobre o financiamento, sempre digo que a promoção da saúde sempre foi contra-hegemônica. Tentávamos, continuamente, ampliar os recursos, e, em algum momento, conseguimos um recurso específico dentro da Secretaria de Vigilância para promoção. Mas o recurso não era universal, ou seja, cada gestor deveria submeter projetos solicitando financiamento para a Secretaria de Vigilância em Saúde; uma vez aprovados, nós repassávamos o recurso para os gestores. Chegamos a aprovar três mil projetos de promoção da saúde. No início, inclusive, eram projetos do tabaco, ou da violência, ou da atividade física, ou da alimentação. Muito mais da atividade física e da violência. Pensamos então e decidimos: “Vamos fazer isso mais integrado”. E aí, por fim, a decisão era: “Olha, se não tem dinheiro para todos os municípios, então vamos acabar com isso porque o SUS, a lógica do SUS é ser universal”.

Acho que há um problema de financiamento real. Na prática, você pode gastar dentro do teto da vigilância; mas quando está dentro da vigilância, a equipe técnica local se sente menos empoderada: “Porque eu não tenho esse recurso?” “Agora o recurso é só para dengue etc.”. Inclusive, com a unificação dos blocos, isso tende até a piorar porque ninguém mais acha que isso é um recurso nem de doenças crônicas, nem de promoção. Vai ser só um recurso carimbado com que é emergencial.

Atualmente, o processo inclui convencer o secretário municipal a executar o gasto em determinado item, embora, na prática, possa gastar com tudo. Em 2011, por exemplo, achei muito interessante a entrada da SAS – Secretaria de Atenção a

1996

Produzida por laboratório canadense, pesquisa encomendada pelo INCA comprova que a indústria de tabaco faz uso de amônia e de outras substâncias químicas para aumentar a dependência do fumante em relação à nicotina.

Saúde. Com força, com bloco inteiro, no tema do tabaco, no tema do câncer. Acho que a gente fez um trabalho em conjunto... INCA e Anvisa. Acho que teve uma mexida muito interessante no Ministério.

Mas a equipe sai, troca secretário, troca ministro, o programa recua. Um dos pilares da Convenção-Quadro também é a questão da cessação e do acesso ao tratamento, e isso se tornou universal, porque acho que isso era importante, está registrado também nessa memória. Porque até então tinha uma dinâmica do próprio INCA que é presença, curso presencial, capacitação e depois é repassar os medicamentos. E a SAS discordou: “Não, a gente vai treinar todo mundo, mesmo que seja por ensino à distância, mas vamos disponibilizar em todas as unidades”. E isso foi muito importante, evoluiu muito, aumentou o recurso. Teve uma adesão maior. Mesmo que você não tenha tido uma capacitação efetiva de todos os médicos deste país. E tínhamos que correr atrás para fazer ensino distância, o que for. Mas enfim, tem uma questão eu vou colocar, e acho que não serei bem interpretada: do ponto de vista institucional, o desenho do INCA coordenando essas ações não está correto. Isso tinha que estar dentro do Ministério da Saúde.

O INCA tem menos orçamento, ele tem menos empoderamento, ele não tem acesso ao secretariado diretamente. Ele é uma instância abaixo. Então, se isso desempodera... O que acontece que vocês são muito guerreiras. E é uma equipe contínua, que está aí há 30, 40 anos, tem toda uma formação específica, fica mais protegida, ninguém vai querer destruir esse trabalho. Sabemos que, daqui a pouco, vem o outro

ministro, e o que vai estar na disputa central é o secretário da SAS, da SVS... quem vai ser o diretor-presidente do INCA não importa muito. E vocês vão continuar fazendo o trabalho de vocês. Isso de alguma forma protege a pauta, mas também desempodera.

**Uma voz ao fundo:** Verdade.

**Deborah:** Porque vocês não têm orçamento, vocês não estão no desenho central do ministério. Então assim, em alguns momentos, é tático, é interessante, especialmente nos momentos de tormenta. Mas nos momentos que é para dar a virada, incorporar... O desenho está errado. Na verdade, o que o INCA faz em termos de controle do tabaco tinha que estar na SVS ou na SAS. O INCA é um hospital fundamental, mas no controle do câncer. É um instituto, mas não é o melhor desenho institucional. Enfim, sei que eu vou apanhar por isso...

**(Várias vozes – tumulto na plateia)**

**Luiz Teixeira:** A Vera já estava rindo de mim, quando ela começou... (risos). Olha, olha só gente, um minuto. A Valeska vai ser a primeira a falar porque ela já tinha pedido. Todos, todos falarão, sem problema, só que pela ordem (risos).

**Valeska:** Eu só não vou falar dessa questão polêmica para deixar outras pessoas falarem. Sou professora de saúde pública de uma faculdade privada que tem um mestrado de saúde da família e oferece um curso de prevenção... a primeira coisa que eu pensei foi: “A gente está planejando um futuro, que a gente não sabe nem se tem”.

1996

Comerciais de produtos derivados do tabaco só podem ser veiculados entre 21h e 6h.

Estamos imaginando um futuro tão bem planejado e não sabemos se, a partir de janeiro, teremos futuro.

Mas, tendo essa interface com a atenção básica por conta do nosso curso “Prevenindo Fatores de Risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis” e sendo professora do mestrado de Saúde da Família, sinto que a promoção da saúde está muito articulada à atenção básica. Porque qualquer ação na ponta, tem que ser feita por ali. Sinto que no curso, quando profissionais da ponta vêm dar aula, sinto que eles entendem que iniciativas de promoção da saúde são necessárias, mas elas estão um pouco de desorganizadas ainda.

Então eu acho que a ponta precisa organizar essa interface entre atenção básica e a promoção da saúde, e de uma forma que eles, ao mesmo tempo que sejam atores, entendam que essas iniciativas não são apenas pontuais, de encontros. São legais mas não são bem sistematizadas, só isso. Outras pessoas poderão comentar melhor esse tema.

**Luiz Teixeira:** Obrigado. Tania...

**Tania:** Vou começar com essa expressão, fazendo contraponto com a frase que eu ouvi e repeti a vida inteira: “Você quer fazer ou ter razão?”.

Se for olhar pelo lado da racionalidade, de fato, o modelo que se pensa é o Ministério da Saúde fazendo, organizando tudo. Mas, historicamente, houve um hiato de ação do Ministério da Saúde, até por conta do que você coloca. O Ministério da Saúde, como todos os Ministérios,

são extremamente propensos às intempéries políticas. Então, se a gente partir do princípio: você quer fazer para dar resultado ou tem razão pelo modelo, que é o ideal, é uma coisa. Então, o modelo ideal, infelizmente, no nosso país, não funciona a partir do momento que a gente tem ministérios que são cadeiras negociadas no legislativo. Onde quem se senta nas cadeiras são pessoas que veem suas ideologias partidárias e fazem suas prestações de contas a quem financiou a campanha.

Nós vemos isso muito claramente em alguns ministérios. Não estou falando do Ministério da Saúde. Então, o que acontece: alguns programas, do ponto de vista de memória administrativa [é importante ter memória administrativa], se perdem, se diluem nesse processo instável dos ministérios.

Então, se você partir do princípio, o modelo ideal é esse... Sim! Deveria estar no Ministério da Saúde. Mas, se você quer partir do modelo que funcione, no cenário político que é esse país ainda dentro dos ministérios, eu defendo o INCA. Ainda. Pode ser que, algum dia, tenhamos um Ministério da Saúde que seja técnico, eminentemente técnico. E outros ministérios também, porque nós vemos isso na CONICQ – Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro quando a gente dialoga, por exemplo, com o Ministério da Agricultura, onde o ministro sempre é ligado ao agronegócio, e está ali para usar o Ministério da Agricultura como trincheira para bater na Anvisa.

Então, estar no INCA hoje, para mim, ainda é o modelo ideal. Pode ser que em algum futuro, ele mude. Então, só quero pontuar isso porque não é uma resistência no INCA. A partir do momento que... eu sou a primeira pessoa a defender. Eu já defendi contra... É ter o capital humano que o INCA investiu, e não foi feito isso. Então, continuou no INCA porque, na época, a direção defendeu isso e conseguiu manter lá. Mas assim, do ponto de vista de modelo ideal, sim; mas do ponto de vista prático, não.

1996

Comerciais de produtos derivados do tabaco só podem ser veiculados entre 21h e 6h.

**Luiz Teixeira:** Vera.

**Vera:** Eu dou a palavra para o Vinícius.

**Vinícius:** Eu queria concordar com a proposta provocativa da Deborah e a defesa da Tania. Porque uma coisa é a gente falar de fora, outra coisa é a gente que está dentro do ambiente político que a gente está vivendo. Há algum tempo, recebemos uma demanda da secretaria de Saúde do Rio de Janeiro. Eles queriam o quê? A direção de todos os hospitais do Rio, principalmente daqueles que se empenhavam. Nós respondemos assim: “Três hospitais que são inegociáveis: INCA, INTO e Instituto Nacional de Cardiologia. Esses três são inegociáveis”. Porque já estávamos num acordo para fazer aquela coordenação de hospitais aqui.

Tem uma questão que é aquilo que é emblemático. As coisas que são emblemáticas, a gente respeita. Talvez vocês não saibam, mas tem uma portaria da Secretaria de Vigilância Sanitária de 1998 que ninguém muda e ela é referência para vários projetos de lei. É a portaria 344<sup>4</sup>, da Secretaria de Vigilância Sanitária, antes da Anvisa. A gente pensa assim: “O que era a Secretaria de Vigilância Sanitária naquela época?” Uma das razões da criação da Anvisa era exatamente a desorganização da secretaria. E nós nunca mexemos. Por que? Porque aquilo era emblemático.

---

4 Brasil. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

Tem determinados ministros que estão sendo colocados, que o programa nosso, aqui do INCA, pode simplesmente falar: “Olha, não. Vocês não vão mexer com isso mais não”. A gente sabe disso.

Então, o que estou querendo dizer, Vera, é o seguinte: se nós tivéssemos uma estrutura administrativa de confiança, uma estrutura política de confiança que fortalecesse os quadros técnicos dos órgãos e as políticas, não tenho dúvida nenhuma que a proposta da Deborah é a mais correta. Ele era mais empoderado. Mas ficou emblemática essa história do INCA defender essa posição, de defender essa política e tem uma equipe estável. Tá certo? É, assim, mesmo que eles mexam, eles falam assim: “Ah, daqui para baixo eu não vou mexer por enquanto, deixa isso lá do jeito que tá”. Mas a proposta está correta

**Vera:** É rapidinho também. Eu acho que as duas linhas têm seus lados... tem seu lado bom e seu lado ruim. Eu acho que o INCA tem história, o INCA tem equipe, o INCA tem compromisso.

A impressão que dá de fora, eu posso estar totalmente enganada, é que houve uma divisão também. Quer dizer, você no INCA tem a secretaria da CONICQ, e você no INCA tem o programa que fala com país. E essa divisão também fica em dois lugares separados. Então, a ideia que fica para quem olha de fora, e, de novo, posso estar completamente enganada, é que, na verdade, aquela unidade de trabalho, que tinha uma lógica interna, uma lógica externa, de certa forma, ela se reorganizou de uma outra maneira. E eu não sei exatamente por conta de que forças, quer dizer, do ponto de vista teórico, certamente estar em Brasília seria o marco do INCA, até a sala que o INCA tinha em Brasília – ela vai e volta. Quer dizer, as pessoas ganham e perdem espaço lá em Brasília, para poder ter um acento lá para negociar.

1998

Proibição total de fumar nos aviões, em todas as viagens, com qualquer duração, em território nacional.

**Deborah:** É, então, eu nem recomendo isso nesse momento, que eu acho que a gente está em águas turvas. Eu acho que vocês ficando aqui, vocês ficam muito mais protegidos. Nos últimos anos, estamos com muita instabilidade no Ministério da Saúde, é uma crise política muito grande e os ministérios não estão sendo ocupados por corpo técnico. Acho que nesse desenho institucional o ideal seria um ministro técnico, e comprometido com a pauta do SUS, com a reforma sanitária.

**Tania:** Eu discordo do comentário da Vera sobre a organização institucional. Acho que parte de uma perspectiva de que a CONICQ deveria estar lá em Brasília do lado do ministro, que eu concordo que é o modelo ideal. Agora, você dizer que a CONICQ está enfraquecida, porque no estatuto nós estamos ligados ao gabinete da direção-geral e porque houve uma divisão dentro do INCA, e essa divisão ocorreu porque existia uma carga enorme de trabalho com crescimento da Convenção-Quadro, o trabalho da convenção interna e, também, internacional, porque você termina tendo que fazer trabalho de cooperação, o ministro entendeu que o trabalho de internalização da convenção no SUS deveria ficar com uma equipe e essa parte da CONICQ ficaria mais ligada ao gabinete.

Mas isso não quer dizer que não haja, vamos dizer assim, interação. Quando vocês pedem apoio do secretariado para que a gente faça as interfaces políticas para abrir as portas dos gabinetes, é a CONICQ que vai lá e abre, então, não entendo muito assim, essa questão do enfraquecimento

da forma como você coloca aqui, quando, na verdade, a gente pode não ter um poder formal porque a gente não está formalmente ligado ao gabinete do Ministro, mas a gente tem o canal de comunicação com o gabinete do ministro. Então, o poder simbólico no organograma não significa não ter o poder de fato.

**Vera:** Não tive a menor intenção de descredenciar o trabalho da CONICQ nem do INCA. Simplesmente acho que, do ponto de vista do modelo teórico, o modelo de maior proximidade do poder seria, na verdade, o modelo mais lógico, digamos assim, o que não quer dizer absolutamente que você não está fazendo um ótimo trabalho, que a CONICQ não está fazendo um super trabalho. Agora, acho que as mudanças que aconteceram no programa, a divisão interna e esses modelos seguidos, não necessariamente passam uma imagem de que foi um planejamento para melhoria. A imagem que passa é de uma divisão que pode até não estar acontecendo. Sem necessariamente resultar no enfraquecimento da CONICQ. Se eu falei nisso, não me expressei corretamente, não acho que a CONICQ esteja enfraquecida, mas eu acho que existe uma imagem de divisão dentro do INCA e, para quem está de fora, isso não necessariamente reflete um fortalecimento, mas uma divisão. É só isso.

**Luiz Teixeira:** Eu vou pedir ao Luiz Santini começar fazendo um balanço mais geral, sobre como ele vê o processo, a atuação do INCA no controle de tabaco no Brasil, e pedir ao Agenor que faça um comentário sobre isso.

**Luiz Santini:** Primeiro, queria falar um pouco da minha relação com tabagismo: fui tabagista dos 12 aos não sei quantos anos. Todo mundo da minha família fumava e,

depois, todo mundo da Faculdade de Medicina da minha turma fumava também. O tempo que eu não fumei foi o tempo do colégio secundário porque só fumava escondido, no banheiro. Eu estudava no colégio de Irmãos Maristas, onde era proibido fumar. Mas, depois disso, quando eu me formei, fui cirurgião, e todos os meus colegas cirurgiões fumavam. Fiz especialização em cirurgia torácica, nós operávamos câncer de pulmão, saíamos da cirurgia e fumávamos. Então, minha relação com o tabagismo era íntima e profunda, porque eu cheguei a fumar quase 60 cigarros por dia.

**Vera:** Fumou com força, hein!

**Luiz Santini:** Com força! Então, era uma relação íntima e sofrida também porque, principalmente, a partir do momento em que, lá pelos anos 1970, quando a correlação câncer e cigarro foi ficando cada vez mais evidente, é claro que o sofrimento pessoal por fumar e, ao mesmo tempo, tratar de pacientes com câncer de pulmão, por exemplo, vocês podem imaginar que era uma coisa bastante difícil. Mas, naquela época, não querendo polemizar nada com o que eu ouvi, o discurso da prevenção dentro da área de saúde, de uma maneira geral, era um discurso muito frouxo, havia muita pouca ênfase no discurso da prevenção e até muita pouca credibilidade nessa possibilidade. A estruturação da medicina científica, que foi se fortalecendo dentro da evolução da educação médica e da organização dos serviços de saúde e da assistência médica no Brasil, e no mundo de uma maneira geral, limitava muito. A questão da prevenção era muito mais um discurso, digamos, proforma, do que uma ação orgânica do setor saúde, então... a não ser aquilo que dizia respeito às doenças infecciosas, aí sim, aí existia uma clareza da importância da prevenção; mas, em relação às

doenças crônico-degenerativas, o câncer em particular, essa questão da prevenção era absolutamente irrelevante do ponto de vista da organização da medicina chamada científica nesse período, nesse grande período que vai dos anos 1960 até quase final dos anos 1990. Eu diria até que talvez essa periodização ainda não esteja muito bem clara, eu acho que isso é um objeto, talvez, até dessa discussão: quando é que esse tema da prevenção veio a ganhar espaço, a ganhar força dentro da saúde pública no Brasil e no mundo afora? Eu acho, por exemplo, que o movimento da Reforma Sanitária, não incorporou isso, mas não porque fosse uma omissão voluntária do movimento da Reforma Sanitária, foi por uma questão do paradigma dominante; simplesmente isso não fazia parte orgânica do modelo de atenção à saúde, a prevenção primária de doenças não transmissíveis não fazia parte do paradigma de atenção à saúde. Então, isso foi sendo incorporado e o programa de tabagismo foi certamente um elemento fundamental para que isso fosse assimilado como conhecimento. Na verdade, não havia suficiente evidência científica para que isso fosse incorporado. Eu acho que é tão simples quanto isso, não é que houvesse uma resistência ideológica, era uma falta de evidência científica e isso foi sendo feito aos poucos, como, na verdade, na ciência frequentemente acontece. Eu me lembro que, no campo científico, por exemplo, o professor Rosemberg talvez fosse quase uma voz isolada, junto com o Mario Rigatto, vozes isoladas nessa discussão. Eu me lembro de participar de um congresso de cirurgia torácica, em que o Mario Rigatto falava de prevenção e as pessoas estavam fumando

1999

Criação da Comissão Nacional para Controle de Tabaco (CNCT).

1999

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) passa a regulamentar, controlar e fiscalizar produtos fumíferos derivados do tabaco.

dentro do congresso, quer dizer, então era um período que precisa marcar bem o significado disso para a gente não criar um antagonismo desnecessário na história. No meu ponto de vista, não existia isso. Existia simplesmente uma falta de evidência naquele momento histórico, uma falta de incorporação desse conhecimento, dessa evidência na estratégia do serviço de saúde.

Bom, um pulo aqui para frente, quando eu vou trabalhar no INCA, e fiquei na direção do Instituto de 2005 a 2015. Mas, comecei a trabalhar no INCA em 2003, e eu estou fazendo esse registro para dizer o seguinte: nesse período em que eu fiquei no INCA, desde a área de planejamento estratégico até a direção geral, foram 13 anos, tive a oportunidade de trabalhar com cinco ministros da saúde, entre eles o nosso querido amigo Agenor, que está aqui. Depois, a gente pode comentar o que isso pode ter impacto com relação à governança de uma política de saúde e que isso, certamente, tem impacto de pensar a própria estrutura, modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, mas isso é uma outra questão. Nesse período, os ganhos que antecederam a nossa presença no INCA, na direção, já estavam bastante evidentes, especialmente nesse campo do Programa Nacional de Controle do Tabaco, já havia uma incorporação, no INCA pelo menos, dentro da área de prevenção de conhecimento acumulado, aí sim, já tinham evidências acumuladas e, mais do que isso, já tinha uma articulação não só para dentro do sistema.

Eu ouvi aqui sobre a capacitação dos coordenadores estaduais, efetividade da implementação do programa através de um instrumento que

era muito questionado, que era o instrumento do convênio, algumas pessoas o questionavam como um instrumento vertical, mas, de fato, foi o que possibilitou que os estados e, eventualmente, alguns municípios, pudessem incorporar ações efetivas, o que não fazia parte da estrutura orgânica das secretarias e esse tipo de organização/estruturação. Damos prioridade à essa área de prevenção de uma maneira geral, fortalecemos a Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV), consolidando-a como parte do mecanismo de gestão do Instituto. Além disso, criamos uma estrutura de gestão participativa compartilhada com todas as áreas da instituição, compondo um conselho diretivo que permitiu a incorporação da prevenção ao planejamento de forma orgânica. Assim, garantimos a alocação de recursos específicos do próprio orçamento do INCA nos programas de prevenção. Criamos diversas maneiras até consolidarmos um processo, através do convênio em termos de cooperação técnica com a OPAS – Organização Pan-americana de Saúde, que permitia que os recursos orçamentários do INCA fossem repassados para fortalecimento dos programas de prevenção, tanto de câncer de colo de útero, quanto o câncer de mama e o programa de tabagismo. Essa decisão, aliás isso é um parêntese interessante fazer, muitas pessoas do próprio INCA achavam que nos termos de cooperação técnica do INCA com a OPAS, era a OPAS que repassava dinheiro para o INCA, mas era justamente o contrário: nós que repassávamos dinheiro para, através da OPAS, utilizar mecanismos de fortalecimento das ações do INCA.

Uma outra coisa importante foi a articulação por dentro do próprio ministério e aí, quer dizer, com o apoio político e liderança de alguns ministros, se fortaleceu muito a articulação da implementação do programa. Primeiro, explicitamente, colocando no discurso do ministério e nas palavras dos ministros esse apoio e, depois, pela assinatura e o trabalho de levar essa discussão para a incorporação e a aprovação pelo

1999

Aprovada, durante a 52ª Assembleia Mundial das Saúde, a proposta de criação do primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade.

Lançamento do filme *O informante*, sobre as pressões da indústria do tabaco para omitir os malefícios do cigarro.

governo e, depois, ratificação pelo congresso da Convenção-Quadro. Esse foi o momento muito importante da estruturação desse processo, na medida em que houve toda uma mobilização, teve um resultado fantástico que foi o Brasil se tornar um dos primeiros países a ratificar, se não me falha a memória, a Convenção-Quadro pelo legislativo. Então, esse foi um trabalho que envolveu não só um aspecto de liderança importante do Ministério da Saúde como também uma articulação importante com os movimentos sociais e os movimentos... E aí, a Paula está aqui, e foi uma tremenda liderança na construção da implementação desse processo, da articulação política desse processo.

Dentro disso, tem um componente que eu queria destacar, importante, que é a criação da CONICQ. A CONICQ foi um mecanismo inovador de governança, que permitiu a construção – dentro de uma diversidade de expectativas e de visões de implementação – de políticas, que conseguiu articular, inicialmente, 16 ministérios que tinham antagonismos bastante claros em relação aos seus objetivos. A governança desse processo, com essa composição, é um mecanismo extremamente complexo, No entanto, na minha opinião, esse é um fator de sucesso, quer dizer, este foi um fator de sucesso, conseguir realizar essa articulação, conseguir manter essa articulação e trazer... Agora isso não é banal, não foi uma coisa natural, pelo contrário, foi uma intensa luta política, uma articulação estratégica muito importante que permitia que você buscasse chegar, na maioria das vezes, chegar na reunião – a Tania tinha uma competência extraordinária para construir as pautas de reuniões – respeitando, rigorosamente,

os itens da Convenção-Quadro, mas tendo a capacidade de pautar aquilo que pudesse significar uma construção de sucesso em cada momento, quer dizer, buscando encontrar, nessa pauta, aquilo que pudesse estabelecer o maior consenso possível no sentido de fortalecer a pauta seguinte. Havia muita pressão por diversos grupos específicos, e tínhamos que articular as forças para poder viabilizar um passo adiante, o que nem sempre é muito fácil de compreender para quem está olhando.

A outra coisa importante, todos nós tínhamos absolutamente claro, era o desejo de contar com a participação dos movimentos sociais, por exemplo, na CONICQ. Mas esse era um problema político e se a gente, digamos, cedesse, inclusive aquilo que era a nossa vontade, isso podia resultar em um enfraquecimento naquele momento histórico. Então, preferíamos levar essa discussão através do Conselho Nacional de Saúde, fortalecendo, via a própria estrutura do ministério, a discussão interna da CONICQ, mantê-la no âmbito quase que burocrático, mas que, naquele momento, era uma coisa importante. Eu acho que a CONICQ foi um instrumento de avanço fundamental. Outro instrumento foi a articulação parlamentar: nós efetuávamos na articulação parlamentar as discussões na comissão de saúde, as discussões entre as equipes... – como é que se chamava aquela comissão? – na frente parlamentar! A discussão, às vezes, era terrivelmente agressiva, o representante da área da agricultura, ruralistas, produtores... Eram de uma agressividade enorme, não era uma questão simples.

Então é isso que eu queria ressaltar: primeiro, o comprometimento dos ministros, da liderança. Acho que nesse contexto da implementação da Convenção-Quadro, eu destacaria três características que me parecem muito importantes: a primeira foi a incorporação de evidência científica e de conhecimento que fortaleceram muito essa luta, foi um processo muito importante; a segunda coisa foi a liderança, não só pelos

cargos que as pessoas eventualmente ocupavam no ministério, mas a liderança que procurava construir uma articulação, a liderança é uma questão interessante de discutir no ponto de vista de modelos, organizações e tal, mas eu tenho uma concepção de liderança que é um pouco isso, liderança é aquilo que é capaz de construir consensos, são pessoas e instituições capazes de construir consensos; e o terceiro pilar disso é a participação que, também nesse caso, eu acho que a CONICQ conseguiu, eu destaco muito o papel da CONICQ, mais do que de cada instituição em particular, justamente porque eu acho que essa foi a grande conquista, o grande salto que aconteceu.

Para concluir, eu diria o seguinte: houve uma certa perda de liderança, não é nem perda, uma abdicação das lideranças em assumir os seus papéis. E eu acho que isso tem vários motivos e eu não quero entrar nesse motivos, mas tem um que me interessa particularmente porque é uma discussão que interessa a um modelo de gestão. Acho que o Ministério da Saúde cometeu um erro quando não entendeu o papel dos institutos nacionais, em particular do Instituto Nacional de Câncer, que era trazer a política de controle de câncer para dentro da estrutura do ministério. Colocar o INCA dentro do departamento de doenças crônicas é um equívoco estratégico e técnico: o câncer não é uma doença crônica igual as outras, câncer têm em comum com as doenças crônicas os fatores de risco, que são comuns, nós sabemos disso, agora, a história natural do câncer tem pouco a ver com as doenças crônicas. O câncer vai se tornar uma doença crônica, seguramente vai, está se tornando, mas ainda não é e, na verdade, o câncer são mais de dez doenças diferente, então essa é uma redução do papel institucional do Instituto Nacional do Câncer que conquistou historicamente essa posição. Submeter isso a uma visão burocrática de pegar o Instituto e colocar debaixo de uma coordenação que nem é departamento é um erro estratégico e um erro técnico. A gente precisava transformar

e formar melhor a sociedade para alterar o pensamento em relação à doença, inclusive para as atividades de promoção e prevenção. Nós demos muita ênfase na comunicação, não só no ponto de vista geral da questão do câncer, criando inclusive ferramentas de comunicação, inovando com rádio, com televisão, com mecanismos, com revistas... Enfim, uma série de instrumentos que desenvolvemos e criamos com um forte apoio da CONICQ no processo de construção e identificação das imagens que seriam colocadas nos cigarros, enfim, toda uma série de coisas que o pessoal da área técnica pode falar muito melhor do que eu, que eu queria dar um pouco esse panorama

**Luiz Teixeira:** Obrigado, Santini. Agenor, por favor, comentando...

**Agenor:** Você traz algumas questões que eu acho que vale a pena comentar. Eu acho que o mais importante, Santini, que você disse, foram três coisas: a atuação da CONICQ, a pressão que o controle do tabagismo sofre, e a dimensão política. Quem quisesse tirar aquela perspectiva de governança, o apoio que a política de controle tinha, teria bastante trabalho. Então, eu queria ressaltar essas três coisas. Para mim, você trouxe uma novidade, que o câncer não é uma doença crônica, o que ele tem em comum com as doenças crônicas são os fatores de risco, e eu acho que uma das principais coisas que nós temos que discutir nessa política são as questões dos fatores de risco e o papel da promoção da saúde. Precisamos ter claro que o Estado não pode renunciar ao seu papel na promoção, seja no campo da educação e comunicação da população, seja na intervenção nas indústrias indutoras de fatores de risco. Hoje, por exemplo, a atuação do Estado nesse campo é limitada, seja quanto à alimentação, aos agrotóxicos e aos produtos derivados de tabaco. Esse é um papel que nós, atores da saúde pública, devemos assumir.

2000

Proibição de propagandas de cigarro em televisão, rádio, jornal, revista, outdoor e merchandising, limitando-as ao interior dos pontos de venda. No prazo de dois anos, deveriam ser encerrados contratos do setor tabagista para patrocínios esportivos.

Quanto à atuação da CONICQ, penso que todos esses grupos grandes com representação de vários sujeitos do governo possuem eficácia menor. Se não tivesse o INCA na frente da CONICQ, se não tivesse o Ministério da Saúde à frente da CONICQ, o avanço seria muito pequeno porque ela trata com contradições muito grandes e quem está lá, representando os órgãos, não têm poder de decisão. E isso mostra a fragilidade dessas políticas. Quem estava lá, representando o Ministério da Agricultura, fornecia informações ao setor produtivo que serviam para a resistência às medidas de controle do tabagismo. Muitas das decisões que foram tomadas eram assumidas pelo Ministério, não como algo deliberado pela CONICQ, porque a representatividade dos órgãos não tinha poder de decisão dentro de seus próprios órgãos. Isso é comum em todas as comissões que temos participado. A pressão que sofremos, até com ameaças, possuem um caráter mais retórico, ainda que uma retórica agressiva.

Acho que vale, ainda, destacar a liderança que tivemos ao longo dessas décadas. Conseguimos sair de um patamar de pouca perspectiva para um de surpreendente capacidade de intervenção e gestão. Ontem, não me surpreendi com a matéria da *Folha de São Paulo* sobre a estabilização da prevalência de fumantes no Brasil. Não sei se vocês, que estão na linha de frente estudando, acham que isso é um efeito do esgotamento da política que a gente está desenvolvendo ou se é um efeito da contra ação da própria indústria do tabaco. Essa liderança foi muito importante.

**Luiz Teixeira:** Obrigado, Agenor. Vera e Andrea pediram a palavra. Só peço para vocês serem breves e se aterem à questão que a gente está falando da contribuição do INCA no processo de controle do tabaco.

**Vera:** Eu queria só colocar que, certamente, o papel do INCA foi central não só no estabelecimento de um programa nacional como na ampliação desse programa, e eu acho que vários fatores contribuíram, como eu falei. Acho que a criação da FAF – Fundação Ari Frauzino; a criação da Campanha Nacional de Combate ao Câncer; o fato de o INCA estar protegido, de uma certa forma, das flutuações políticas em Brasília, e assim, acho que o INCA, já no governo anterior à era PT, passou a ser chamado a participar das assembleias mundiais de saúde; houve uma liderança também nos governos anteriores, especialmente do (José) Serra, com o suporte do Fernando Henrique, como houve também, por exemplo, o papel do Waldyr Arcoverde, que foi da época do Sarney. Acho que o programa permeou vários partidos políticos, ele não é obra de um partido, e eu acho que o INCA se legitimou aí, principalmente na lógica de que as pessoas não queriam muito trabalhar com isso, que foi a coisa que o Santini falou, não existia muito respaldo de que isso era uma coisa que valesse a pena fazer. Isso na fase que eu peguei como funcionária da campanha nacional do combate ao câncer, depois o INCA e eu comecei, digamos assim, o trabalho que a Tania depois levou, de uma forma maravilhosa, e acho que aí a liderança não é só institucional, acho que existem lideranças pessoais também, de quem na verdade está ali, e transforma isso em um mote de vida e acho que isso é algo que deve ser reconhecido, acho que existe o conceito de liderança como um conceito de grupo, de cabeças, de objetivos e de vontade, digamos assim, de pessoas comprometidas em alcançar um determinado

objetivo, mas eu acho que existem também lideranças individuais, como foi o caso do (José) Serra, que foi uma liderança individual extremamente importante para o programa, independente do partido político dele; como acho que é o caso da Tania, uma liderança, durante todos esses anos, e cada diretor novo do INCA que chega é um processo novo de sedução, que tem que começar do zero, do beabá, vendendo a causa, vendendo o trabalho... As pessoas, geralmente, têm a cabeça muito médica, medicalizante, da medicina não preventiva, porque mesmo com as evidências construídas, o entendimento do que você pode fazer na área da prevenção, e a complexidade da área da prevenção, geralmente não alcança muito as pessoas. Elas acham que abandonamos a medicina porque trabalhamos com prevenção. E prevenção é uma coisa fácil, é só fazer uns folhetinhos e umas campanhas, não tem grandes relevâncias. O que tem relevância mesmo é a assistência... Acho também que não pode deixar de contextualizar o papel do INCA e o programa brasileiro, dentro de um contexto internacional. O Brasil, apesar do fato de já estar trabalhando pioneiramente nesse projeto, sofre uma grande influência da negociação do tratado no nível internacional, e isso reforça muito as propostas nacionais. A CONICQ não foi criada do nada. Houve uma negociação internacional do tratado, foi criada uma comissão nacional de negociação deste tratado que foi o primeiro grupo que congregou os diversos ministérios. Provavelmente, não o mesmo número de ministérios, mas já um núcleo central do que se define como multissetorialidade na área de controle do tabaco. O Brasil foi do grupo dos primeiros a assinar o tratado e foi o centésimo a ratificar o tratado, a ratificação do tratado foi um processo muito difícil e muito sofrido. Na verdade, acho que tem um ponto que talvez a gente não esteja tocando muito, mas que talvez permeie todo esse trabalho, desde o seu começo: é a interferência da indústria do tabaco. Eu

lembro do Marcos Moraes, diretor do INCA, dizendo que a indústria ofereceu dinheiro para o instituto trabalhar na área da assistência, para o INCA sair dessa campanha. Quer dizer, a comissão de implementação não surge do nada, ela surge de um processo nacional dentro de uma dinâmica internacional e eu acho que as lideranças também se baseiam muito na capilaridade da rede, no fato de que você já tinha estados, municípios, pessoas... Uma formação de massa crítica para mover esse processo e para fortalecer essas lideranças que, em um nível central, estavam negociando e discutindo e tentando colocar isso para frente.

**Luiz Teixeira:** Obrigado. Andrea.

**Andrea:** Eu estou bem satisfeita com o comentário da Vera, porque eu queria falar justamente sobre isso, complementando um pouco da fala do Santini também. Acho que esse fortalecimento do INCA, no papel de ratificação da Convenção-Quadro, veio por esse reconhecimento internacional e nacional do programa, dessa capilaridade, dessa rede de coordenadores que foi formada muito antes desse processo internacional. Então, já tínhamos estabelecido um programa muito forte no Brasil, reconhecido, e acredito que isso fortaleceu muito o reconhecimento e a liderança do Brasil nesse processo. Ia ficar muito feio se isso não estivesse dentro do INCA, dentro de um programa que já estava reconhecido como liderança forte nesse controle do tabaco no Brasil. Era só isso que eu queria ressaltar.

2000

Criação da Gerência de Produtos Derivados de Tabaco na Anvisa. O Brasil é o primeiro país do mundo a ter uma agência reguladora que trata do assunto.

2000

Organizações não governamentais formam a Aliança da Convenção-Quadro para aprovação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) no âmbito da OMS.

**Luiz Teixeira:** Obrigado, Andrea. Tania...

**Tania:** O que eu queria dizer em relação a esse ponto que o Santini levantou do papel do INCA, é que uma das crises que o INCA sofreu, que são crises cíclicas, o Santini teve a oportunidade de vivenciar um dos ciclos de “Ah, vai para Brasília, volta pro INCA, vai pra Brasília”. O caso do câncer do colo de útero com o qual eu tive a oportunidade de trabalhar um tempo – a Vera, na época, era minha chefe – eu peguei esse processo em uma fase em que o programa foi tirado do INCA e foi jogado para Brasília e fez aquela campanha da fitinha. E depois, na gestão do Jacob Kligerman, volta para o INCA para resgatar todo o processo anterior. Então, é um processo que faz parte da história do INCA, e em uma das crises do INCA, eu tive a oportunidade de fazer um resgate histórico desse processo que vem lá desde o início, eu nem sabia disso. Acho que é algo importante de ser ressaltado, faz parte da história esse “vai e volta, vai e volta”. E aí, pegando um gancho no que o Santini falou aqui, ainda na gestão dele no INCA, a parte da política de controle do câncer dentro de um departamento ou de uma coordenação no Ministério da Saúde, especificamente na Secretaria de Atenção à Saúde (só para resgatar um pouco o debate de ontem sobre o modelo ideal). Qual é o modelo ideal? É o Ministério da Saúde dar respaldo para todas as políticas e fazer a coisa central. Mas o modelo ideal nem sempre funciona. E foi assim que o INCA cresceu, nesse vácuo, vamos dizer assim. A função de responsabilidade do Ministério da Saúde e a minha frase, quando eu comecei a falar sobre isso é “Você quer

fazer ou ter razão?” Porque, se você quer ter razão, o modelo é esse, lá do Ministério da Saúde; se você quer fazer, o modelo é o que está dando certo e que sempre deu certo. E foi isso que eu defendi essa questão do INCA ser mantido nesse processo de liderança.

Só para fechar, o Santini disse que “Houve a mudança e eu não sei o que aconteceu”. Aconteceu o que estava previsto, muda a gestão, há uma revoada, e aquilo fica perdido e foi o que aconteceu. Foi o que aconteceu com a questão do tratamento para deixar de fumar. O Ministério da Saúde passou um trator sobre o modelo que vinha sendo liderado pelo INCA, medicalizou o tratamento para deixar de fumar porque, tipo assim “Vamos comprar remédio para todo mundo e ponto”. Então, todo o processo de tratamento acoplado à capacitação foi simplesmente rasgado do mapa e foi colocado nessa gestão que agora não está mais. Agora, o INCA está correndo atrás do prejuízo como correu atrás do prejuízo na questão do câncer de colo de útero, a campanha da fitinha, que fez a coisa campanhista, fez Papanicolau em várias mulheres e depois não foi buscar as mulheres com as doenças. E o INCA teve que correr atrás disso. Agora, está acontecendo a mesma coisa com essa chamada, essa situação, onde a política de câncer foi para o Ministério da Saúde, ficou nesse departamento e agora não tem mais ninguém, e o INCA está tendo que correr novamente atrás do prejuízo da descontinuidade do processo. Eu só queria ilustrar. Se você quer ter razão, coloca lá, mas se você quer fazer, mantém a roda que está funcionando, não vamos inventar rodas porque a roda já está lá, já está funcionando.

**Luiz Teixeira:** Obrigado, Tania.

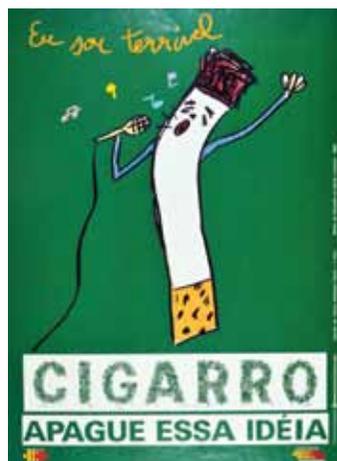
**Luiz Santini:** Comentário rapidíssimo. Primeiro, o seguinte, começar pela última fala:



Campanha  
antitabagismo:  
2001

eu acho que o modelo está errado mesmo, eu acho que o papel do Ministério da Saúde é coordenar todo o processo político, mas a implementação de políticas específicas transversais, nós temos este conhecimento e o INCA é um ativo que o Brasil tem e que outros países não têm. Então, se alguma coisa tem que ficar central no Ministério porque ele não tem uma estrutura do Instituto Nacional do Câncer? Nós temos, nós não podemos é desperdiçar isso, jogar isso fora porque alguém imagina que tem que ter um modelo centralizado, para mim é essa a questão.

Outro ponto que eu queria comentar é o seguinte: eu concordo com o Agenor, o modelo da estrutura da CONICQ e de qualquer estrutura desse tipo, sofre realmente um certo problema de eficiência, mas aumenta a eficácia. Quer dizer: se você realmente consegue decidir e construir uma decisão, a eficácia aumenta, porque o resultado vai estar compartilhado por todos. Perde às vezes a eficiência, porque você leva mais tempo para construir o resultado, então isso é uma característica desse tipo de modelo, e eu concordo. E outra coisa só para... Vera, eu acho que você está com uma ideia um pouco antiga do que é que os médicos já entenderam sobre prevenção e não foi porque eles entenderam as evidências, é porque constataram no “fazer prevenção”, se você pegar os jornais das últimas semanas no Brasil, todos... Congressos e reuniões de médicos e planos de saúde, todos estão falando em prevenção, e eu insisto, não é porque eles incorporaram evidência de conhecimento, é porque o tratamento está custando muito caro e eles perceberam que se continuar nessa linha eles vão falir. Então, estou falando isso aqui nesse ambiente, vamos dizer assim, crítico, mas eu acho que é ao contrário, a nossa posição com relação a isso deve ser de apoiar, eles estão fazendo um movimento na direção certa, pode ser até que por motivo errado, mas não importa.



Diversos adesivos antitabagistas.



# Diversificação de culturas para o controle do tabaco

**Luiz Alves:** Dando seguimento à nossa discussão acalorada, vamos agora deslocar um pouco o tema. Temos falado muito na dimensão da política pública, gostaria de ir para a dimensão dos movimentos sociais e dos programas mais localizados. Um ponto relevante de toda essa discussão da história do controle do tabagismo diz respeito ao tema do campo, da produção agrícola, principalmente do diálogo que se tem com os agricultores, o tema “diversificação de cultura”.

Então, a pergunta é direcionada à Irmã Lourdes, ao Amadeu Bonato, ao Albino Gewehr e à Adriana Gregolin. Como se deu, desde os anos 1990 até os dias atuais, como se deu e como se dá, o diálogo com o setor produtivo e a implantação de medidas que diminuam o consumo de cigarro no país e a produção de tabaco e o desenvolvimento de programas de diversificação. Na ordem, então, em primeiro, a irmã Lourdes.

**Ir. Lourdes:** Boa tarde, de fato esse é um tema bastante importante, nesse contexto dos 40 anos. Por um lado, começou toda a questão da medicina, associação dos médicos e grupos também das igrejas, analisar a ideia de trabalhar o anticonsumo do tabaco. Esse era um tema e, logo no começo, não houve a preocupação de pensar: “Como é que vou trabalhar com o agricultor familiar, aquele que está lá na ponta, doente, difícil,



O período da secagem/cura do fumo exige a participação de todos. As famílias costumam passar as noites ao lado das estufas para controle da temperatura.



Agricultor transportando as folhas de fumo para o galpão.



“Aqui na comunidade tem que fazer assim: o pessoal que coordena reunião tem que tocar o sino, senão eles não vêm”.  
“Dito e feito, nós tocamos os sinos, não demorou dez minutos, o salão estava cheio de gente, tudo ali agricultor familiar”.

explorado pelas fumageiras?”. Mas nós também tínhamos o nosso visionário lá na nossa região, que era dom Ivo Lorscheiter. Ele era presidente da CNBB e viajava muito pelo mundo e ia muito para Suíça, para muitos lugares da Europa e aqui no Brasil, ele viajava muito por essas regiões fumageiras. E sempre que o encontravam, o pessoal clamava, “Olha, nós estamos bem”. Não é o que dizem que quem planta fumo enriquece, isso não é verdade. Nos anos 1980, foi idealizada a ideia dos PACs – Projetos Alternativos Comunitários, e na arquidiocese de Santa Maria, RS, foi criado, então, o projeto Esperança/Coesperança, um programa do cooperativismo, da economia solidária, do comércio justo, consumo ético... Tudo nessa linha. Toda a região central começou a participar disso, Santa Cruz do Sul é o foco do fumo, Cachoeira do Sul, Santo Ângelo, Cruz

2001

A Anvisa regulamenta a impressão de imagens que ilustram as advertências nas embalagens dos cigarros, que também passam a estampar o número do “Disque pare de Fumar”. Determina teores máximos para alcatrão, nicotina e monóxido de carbono nos cigarros.

Alta e Santa Maria. Santa Maria não é a região que mais planta fumo. Lá, muito forte, é a Souza Cruz. Lá é o vilão; lá é a força das fumageiras, mas, mesmo assim começamos o trabalho. E foi então, em 1991, que começaram os seminários de alternativas à cultura do fumo e começou esse diálogo mais direto, com os produtores. Por um lado, a organização do produtor, da agricultura familiar, da produção... da produção orgânica; e, por outro lado, já também pensando na comercialização direta.

Então, desde o começo, nós temos um centro de referência e de comercialização direta, onde o produtor se organiza em grupo e comercializa. Eles vêm de todos os municípios da região, se encontram nas feiras, a cada sábado. Uma vez por ano, nós temos uma feira nacional que reúne esses grupos todos, e onde o pessoal de fato motiva a sua resistência, a sua luta, a sua organização através de uma grande feira internacional. Esse ano contamos com a presença de mais de 300 mil pessoas e tivemos alegria de ter uma atividade muito significativa ligada à Convenção-Quadro. Vieram muitas lideranças do Brasil ao evento. Então, na região, nosso diálogo começou dessa forma, sem política pública no começo, claro, nós sempre sonhávamos que um dia nós teríamos políticas públicas para o campo, isso era um sonho muito grande. E foi então – depois o pessoal vai relatar melhor –, que nós, desde o começo, discutíamos a questão do MDA – Ministério do Desenvolvimento Agrário. Tania vinha, e dizia “Nós temos que fazer o diálogo com o Ministério do Desenvolvimento Agrário”. No começo, a gente não conhecia muito. Até que começou a deslanchar.

Depois, foram criados no Brasil os Territórios da Cidadania. Santa Maria é um Território por onde passavam todas as discussões de projetos e recursos. A gente reunia trinta, quarenta municípios da região, dos movimentos sociais, e tentava fazer um debate sobre a questão do recurso público, tanto para formação como para investimentos, e muitos desses grupos também tiveram apoios para a estrutura, ou para a formação, para algumas atividades. Mas aquilo que já foi falado ontem também, nós tínhamos, como Caritas, um fundo rotativo solidário, que terminou depois que começou o PRONAF – Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar. Todas as políticas em nível nacional, e muitos desses grupos tiveram, também, apoio de um fundo rotativo, e implantavam assim as suas iniciativas. Não era um valor tão grande, mas ajudava, e, depois, devolviam para o fundo rotativo com juros baixos. Mas ele foi uma grande porta de entrada para a discussão do próprio PRONAF, das políticas públicas, de tudo aquilo que a turma logo mais vai falar, eu acho que com muito mais conhecimento. Mas, dizer então que nós somos parte dessa história, e que, quando começou esse trabalho, um pouco em nível de seminários, em nível do programa, nós já colocávamos essa dimensão da agricultura familiar, do campo. Ela, para nós, é uma coisa concomitante, nunca foi separada, porque a região é muito produtora de fumo e o pessoal é muito explorado... Vou contar um fato que para nós é muito significativo e as meninas do... Como é que chamam? As quatro... “O quarteto de aço”. Tinha três delas lá em um seminário, em Cerro Branco, foi em 1993/94. A primeira vez

2001

A Anvisa proíbe a utilização em embalagens ou material publicitário de descritores como “ultrabaixos teores”, “baixos teores”, “suave”, “light”, “soft”, “leve”, teores moderados, “altos teores” e outros que possam induzir o consumidor à interpretação equivocada quanto aos conteúdos dos cigarros.

que a Tania foi ao Sul. Lá tinha uma fábrica de ração de mandioca, para criação de suínos, hoje ela modificou, o grupo ainda existe, mas o fato que eu quero contar, a gente fazia muita reunião no interior e fazia à noite, porque de dia eu não podia. Um dia, isso foi idos de 1992/ 93 nós fomos nos reunir com aquela comunidade para organizar o projeto, e a gente tinha marcado o horário e naquele tempo não tinha redes sociais, celular para a gente avisar, mandava bilhete pelo ônibus, o pessoal se reunia e esperava ... Mas, o pessoal não vinha, já era escuro, era também horário de verão, o pessoal não vinha. Aí, o pessoal disse: “Não! Aqui na comunidade tem que fazer assim: o pessoal que coordena reunião tem que tocar o sino, senão eles não vêm”. Dito e feito, nós tocamos os sinos, não demorou dez minutos, o salão estava cheio de gente, tudo ali agricultor familiar. Então, isso é um fato.

Mas, o fato que eu queria contar é: a gente olhando à nossa frente, numa reunião, para explicar a experiência do projeto Esperança/Cooesperança Alternativa ao Fumo, o auditório cheio de pessoas com cara de doente, pessoas com 40/50 anos, agricultores, todos com uma expressão depressiva, doente e desanimada. Foi isso que nos deu muita coragem, muita ousadia, de a gente levar adiante esse trabalho, tanto da organização do produtor, como também buscando políticas públicas, mais tarde, também focando essa dimensão da comercialização direta. E foi o que deu certo. Nós estamos hoje em toda a região. O SUS tem mais experiência mas nossa experiência tem bastante amplitude, no sentido de congregar esses grupos da região. E foi esse trabalho todo que ajudou a fortalecer esses seminários e alternativas à cultura do fumo. Foi uma grande porta de entrada para o agricultor se organizar, ele é motivado, ninguém é obrigado a parar de fumar, nem de plantar, mas ele vai naqueles seminários e ele se motiva, ele diz: “Olha, eu vou decidir parar de plantar fumo”.

porque as fumageiras dizem que o fumo enriquece, isso não é verdade. O pequeno produtor, que tem pouca terra ou muitas vezes é arrendatário, mal consegue pagar suas contas, como indicou uma ex-plantadora de fumo. Ela ainda tem que pagar uns três, quatro anos às fumageiras. Depois que ela decidiu parar de plantar fumo, há mais de dois anos, ela ainda tem que continuar pagando as contas das empresas fumageiras que fizeram um empréstimo para ela e tiveram a ousadia, há um tempo, de pedir os juros dessas contas e ela disse: “Não mesmo, eu vou pagar o capital que investiram, mas agora, juros eu não vou pagar, podem fazer o que quiser”. Fatos desse tipo que não vêm muito à tona, quando o pessoal assinava aqueles contratos, letra miúda que não dava para ler, para que o agricultor não tivesse oportunidade de se articular com os demais, diferente da nossa proposta: quanto mais o povo se organiza, se articula e faz essa articulação comunitária para poder encontrar caminhos e soluções. É o contrário do que as fumageiras fazem. Quanto menos se encontram, quanto menos participam da comunidade, para eles é melhor, ficam mais bitolados e mais alienados, essa é a proposta das fumageiras. Isso nós repudiamos muito, repudiamos de verdade.

**Albino:** Eu queria só falar um pouco do Amadeu, em função... acho que tem alguns temas que são correlatos ao que a gente tratou de manhã. Foi na década de 1980, quando começa a organizar toda a movimentação para pautar na saúde o tema tabaco. Eu trabalhava dentro da indústria fumageira, como técnico de pesquisa e desenvolvimento, e já

2002

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo, coordenado pelo INCA, é incorporado à rede do Sistema Único de Saúde (SUS), na linha de baixa complexidade.

se notava, na época, que eles começavam a vacinar os seus funcionários, os próprios agricultores, em relação ao que vinha à frente. Então, já na década de 1980, eles falavam tanto para os funcionários quanto para os meios de comunicação, que o controle, ou os antitabagistas, viriam atuar no Brasil com inverdades, colocando em risco os empregos, colocando em risco a expansão da produção no Brasil, visto que aquele foi o período de maior expansão da produção de tabaco no Brasil. Eu, pessoalmente, inclusive, participei de várias incursões para o sul do Estado, para regiões de Santa Catarina, para convencer agricultores que ainda não plantavam o fumo, a adotar a produção de tabaco. E um dos temas mais polêmicos na época foi quando estava sob ameaça a possibilidade das fumageiras investirem em propaganda, que era o tema da Fórmula 1, a propaganda na TV e tal, isso sempre aparecia, conforme a fala da Tania. Na região, já iam preparando corpos e mentes para o embate que vinha pela frente. Na década de 1990, quando se iniciam as assembleias mundiais de saúde, começam a pautar o tema tabaco, aí vem mais forte esse debate na região, através da mídia especializada deles. E eles também se reorganizam para defender o setor. Isso envolve também a disputa sindical. Naquele período, nós criamos o Sintrafumo, existiu o Sindifumo do Rio Grande do Sul, o Sindifumo na Bahia, existiu o Sindifumo em Santa Catarina, e a Afubra de São Paulo. Existiam quatro sindicatos da indústria do fumo e a Abifumo também foi criada nesse período. Então, já estavam sendo criados instrumentos de contraposição, tanto na luta sindical – quando os trabalhadores começaram a se organizar – quanto para enfrentar esse debate sobre o impacto de medidas de controle do tabaco. Em 1999, quando o ministro da Saúde, José Serra, falou em Genebra, na Assembleia Mundial de Saúde, aí foi deflagrado o grande debate na Região Sul e no país todo sobre o tema tabaco e a sua repercussão no Brasil e

no mundo. Enquanto ocorria esse debate, a indústria habilmente fez um movimento de deslocamento da produção de tabaco no mundo. Sua estratégia era clara: expandir a produção no Brasil, na Argentina e no Zimbábwe, na África, principalmente no Zimbábwe, e também para outros países no entorno do Zimbábwe. O que, na prática, aconteceu foi que, em um período de dez anos, a produção nos Estados Unidos caiu de 800 mil toneladas anuais para 320. Os Estados Unidos deixaram de produzir 500 mil toneladas de tabaco em dez anos, porque era caro para indústria o tabaco americano. Migraram, então, essa produção para o Brasil, para Argentina e para o Zimbábwe. Nós já tínhamos a produção pequena, mas nós passamos, nesse mesmo período, de 250 mil para quase 700 mil toneladas. Então, só o Brasil, praticamente, recuperou o declínio da produção nos Estados Unidos e com o valor comparativo para indústria muito interessante: o quilo de tabaco nos EUA custava USD 8 contra USD 1,25, no Brasil. Se o Agenor tivesse que fazer a opção econômica “eu vou comprar do Amadeu que me cobra 8 dólares o quilo ou da Paula, que cobra 1,25?” Eu vou para o lado da Paula [risos]. A expansão, é importante registrar, a expansão no Zimbábwe também foi acelerada, o Zimbábwe, nesse mesmo período, de 1980 a 1990, passou de 50 toneladas e chegou a um pico de 210 mil toneladas. Houve então um recuo, em função da revolta popular no Zimbábwe. Depuseram o governo e também botaram pra correr do Zimbábwe os fazendeiros americanos, basicamente americanos e canadenses, que estabeleceram grandes fazendas de produção de tabaco no Zimbábwe

2003

Criação da Comissão Mundial para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ), em substituição à CNTC.



“Uma vez por ano, nós temos uma feira nacional que reúne esses grupos todos, e onde o pessoal de fato motiva a sua resistência, a sua luta, a sua organização”.

e que “domesticaram”, tribos no entorno das fazendas que trabalhavam na produção do tabaco. Com a revolução, eles se reorganizaram e ampliaram essa produção mais ainda no Brasil, mais ainda na Argentina. Nesse período, a Argentina cresceu em torno de 60/70% da produção, entraram pouco na Colômbia e fizeram também uma tentativa de ampliação da produção na Venezuela, mas não deu certo.

Aí, eu acho que é importante afirmar que tem um tema que daqui pra frente vai ser muito presente, mas ele já vem perpassando também os debates anteriores, podemos depois até pesquisar. Desde os anos 1999, 2000, 2001, 2002, vem uma mensagem subliminar das salas dos representantes das indústrias, de que os antifumo, os antitabagistas, são financiados por países produtores concorrentes e o interesse

dessas organizações, que vêm a público dizer que o cigarro faz mal, estão aqui a serviço de países concorrentes. Isso vem sendo alimentado desde lá, e eu acho que essa é uma área que precisa ser dissecada, estudada porque ela está muito presente. Eu me lembro disso, de conversas recentes, mas o Amadeu pode falar um pouco mais depois, o debate que nós enfrentamos no Senado sobre o tema da aquisição de alimentos da agricultura familiar para merenda, as indústrias de bolacha, de sucos, de refrigerantes, de processados, eles iam para cima dos senadores com força, com vontade, com o recurso por cima e por baixo da mesa, dizendo assim “Isso não pode! Vão acabar com nosso quinhão”, que é vender milhões e milhões de bolachas industrializadas, vender milhões e milhões de refrigerantes para os alunos. Então, esses setores que fizeram lobby para não avançar a compra de produtos da agricultura familiar na merenda, depois foram contratados pelo fazer lobby para manter, ou para o Brasil não ratificar a Convenção-Quadro para o controle do tabaco. Bem simples assim. Depois, a gente pode fazer uma rodada: o Brasil assina a Convenção-Quadro para controle do tabaco através do presidente Lula. Logo na sequência, a Câmara dos Deputados aprova por unanimidade a ratificação e assim que a câmara aprova a ratificação, há toda uma movimentação de revolta, de organização do debate para que o senado rechaçasse. Então, tem todo esse debate, inclusive há vários depoimentos de deputados na época que diziam “Ah, eu nem sabia de nada, votei porque era um acordo de líderes, votei porque não me dei conta”. Deputados se justificando que hoje estão na bancada do fumo, mas que na época disseram “Sim, a Câmara votou por unanimidade, mas nem fiquei sabendo, foi o meu líder que votou, não fui eu”. E, na sequência de todo o debate da ratificação, a conquista de que o Brasil acabou ratificando, eu acredito assim, quero só destacar duas coisas, a criação da CONICQ, como

2003

Passa a ser obrigatório o uso das frases “Venda proibida a menores de 18 anos” e “Este produto contém mais de 4.700 substâncias tóxicas e nicotina que causa dependência física ou psíquica. Não existem níveis seguros para consumo destas substâncias”.

já passou aqui o debate, e a criação da câmara setorial. Na verdade, a câmara setorial foi uma reivindicação do movimento sindical do entorno de Santa Cruz, da regional da CUT, dos remanescentes do Sintrafumo. O pessoal já tinha organizado o Movimento dos Pequenos Agricultores, a FETRAF – Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar estava organizada, e fomos nós que entregamos o pedido para o ministro de criação da câmara setorial. Na câmara setorial, organizamos, debatemos e ocupamos o espaço tanto com a CUT como com a FETRAF – em alguns momentos, e decidimos estabelecer como um espaço de confronto de contraposição. Sempre tivemos como aliados nas nossas posições o Movimento dos Pequenos Agricultores, mas nunca conseguimos construir no MPA posições que pudessem nos ajudar a dar passos para frente. Eles faziam posicionamentos que nós, necessariamente apoiávamos mas, quero dizer, que não houve um diálogo de construção entre as entidades de representação dos agricultores para que a gente pudesse ter mais eficácia logo à frente. Registro como avanço o fato da criação da câmara setorial, contra avanço, um termo que não existe; o fato de entregarem a coordenação para um representante do meio, mas que tem a posição para a área da indústria.

Acho que os debates na câmara setorial também propiciaram nosso encontro, que nós nos identificássemos a partir das informações. E eu queria registrar que uma das grandes vitórias que alcançamos nesse período recente, e que não é uma vitória pessoal, é uma vitória dos agricultores, foi a insistência que tivemos e o abraço que o Ministério da Saúde

nos deu em relação à investigação da doença do tabaco verde. Hoje, muitas pessoas nos procuram, nos agradecem, muitos agricultores dizem “Obrigado por ter insistido”. Pessoas nos diziam assim: “Eu era doente e não sabia, agora eu sei, eu fui tratado da leptospirose, já queriam me internar como louco até que finalmente vocês apareceram...”. Acho que um dado importante é que a gente sempre conseguiu muita parceria e sensibilidade dos agricultores. Através de pesquisas feita pelo DESER – Departamento de Estudos Socioeconômicos Rurais, de pesquisas feita pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, entre outras universidades, que apontaram um consenso de que, em torno de 70% dos agricultores que produzem tabaco, demandam, querem e ainda continuam querendo ter apoio para diversificar, para voltar ao modo de vida anterior, para voltar a produzir alimentos, para ter mais segurança no trabalho. Então, essa informação de que 70% dos agricultores que plantam fumo não gostam de plantar fumo sempre foi um argumento de aglutinação de força dos agricultores no entorno das nossas organizações, de uma informação que a indústria nunca conseguiu contrapor, mesmo que ela divulgue, faça materiais setoriais, divulgue os agricultores como ricos, com todos os filhos na universidade, carro de primeira na garagem e tal, eles não conseguem esconder a realidade da grande maioria dos agricultores que são pobres e que só tiveram avanços, é importante registrar, que a maioria dos avanços dos agricultores familiares tiveram, inclusive os fumicultores, foi com o advento do PRONAF, porque até a criação desse programa, a única possibilidade de crédito, de acesso, era a indústria

2003

Durante a 56ª Assembleia Mundial da Saúde, é aprovada, por unanimidade dos 192 Estados-membros da OMS, a CQCT.

fumageira para fazer o tal do contrato integrado. Depois, com o advento do PRONAF, você podia ir direto ao banco ou à sua organização, à sua associação e, aí sim, financiar, buscar um crédito para produzir, voltar a diversificar e avançar.

E outros passos de avanços que se deram, como programa de habitação, programa de aquisição de produtos da agricultura familiar, foram conquistas muitas vezes doloridas para nós, porque nós esperávamos que o governo, tendo uma proximidade, aceleraria, seria mais rápido, seria mais eficiente no retorno para nós. Nossa expectativa era que, logo depois da ratificação da Convenção-Quadro, nós tivéssemos um grande programa de diversificação, mas chegamos no Ministério de Desenvolvimento Agrário com dificuldade, e com pouco dinheiro. O Ministério da Agricultura, orientado a boicotar, o Ministério do Trabalho, na mão de um partido que não apostava na interlocução com os agricultores, só com os urbanos. Então, os percalços ali foram bastantes. Fechando, acho que é importante citar que, além das organizações, a indústria trabalhou para fazer esse contraponto nesse debate todo, também os setores intermediários que eu chamo de os pelegos do meio que são a AFUBRA – Associação de Fumicultores do Brasil e companhia, eles também passaram a operar com o braço internacional, eles começaram a realizar no Brasil e na América Latina, encontros da ITGA – International Tobacco Growers Association, a associação internacional dos países produtores de tabaco.

Com isso, eles também trazem mais força para eles nas posições. Sempre é necessário lembrar que a mídia é alimentada por polêmica e dinheiro, então, muitas vezes, a mídia semeia polêmica para poder pegar dinheiro da indústria. Eu vivi isso em vários momentos, no período anterior, que eles faziam questão de me entrevistar, de eu gerar uma polêmica para, logo na sequência, eles venderem uma página na capa da

Zero Hora, para contrapor, como o tema do trabalho infantil, o tema dos agrotóxicos. Então, só depois a gente se dá conta de que, muitas vezes, eles alimentam a polêmica para poder chegar, responder, ter uma página inteira no jornal. Fechando mesmo, só vou deixar uma breve suspeita no ar: está completando 100 anos, agora, o sistema integrado de produção.

**Amadeu:** Acho que primeiro, tenho que agradecer a oportunidade. Para nós, desse setor, é muito importante estar permanentemente nesse debate. Sempre me falaram que é algo meio inédito no mundo, eu não sei como comprovar isso, mas essa junção entre saúde e agricultura que, aparentemente, é contraditória em termos de interesses, sempre me chamou atenção aqui no Brasil. A gente conseguiu de uma forma... Não sei dizer como é que isso começou, mas acho que Tania e Paula tiveram papéis fundamentais nisso. Não sei de nossa parte, mas acho que Albino teve um papel fundamental. Isso funcionou e o diálogo continua até hoje. Claro que, de vez em quando, tem uns entreveros, mas acho que isso nos possibilitou mais força porque eu estou numa entidade como o DESER. Porque nós tínhamos, na época, cinco eixos de trabalho com uns 15 a 20 programas. Um deles era a cadeia do tabaco. Com oito, dez pessoas trabalhando – *se virando* – para atender crédito, comercialização, análise de conjuntura de mercado, previdência social, busca de recursos e tal, e, também, esse debate em torno da produção, da cadeia do tabaco. Se olharmos junto com a cadeia do leite, que também sofreu uma perda enorme de gente na atividade; na cadeia de carnes... essa é a primeira consideração que queria fazer. Uma segunda, um esclarecimento, acho que a propaganda de cigarro no Brasil está proibida, mas a propaganda das indústrias não está. Porque, pelo menos eu, de vez em quando, passo na região

2004

Ampliado o acesso à abordagem e ao tratamento de tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS.

sul do estado, vejo propaganda do Sinditabaco na cara do dia. Acho que é um debate que tem também que fazer, já que alguém, acho que a Irmã Lourdes falou nessa questão da propaganda, ou alguém falou. Não sei se vou conseguir nem sei falar do jeito que eu escrevi aqui, mas eu queria trazer um pouco a história, trazer um pouco as conquistas, os avanços que a gente teve, mas eu não tenho como não misturar angústias e desafios que nós vivemos nessa batalha. E eu vou falar mais do ponto de vista do DESER. Que é um ponto de vista muito específico, já que o DESER, durante muito tempo, nunca atuou diretamente com agricultor. Atuava com as entidades de agricultores. Sindicatos, cooperativas, como órgão de assessoria de elaboração de pesquisa, de acompanhamento. Mais recentemente, começamos a fazer uma atuação direta com agricultores e colocando mais foco exatamente nessa área da diversificação.

Eu dividiria a história do DESER, nessa questão, em duas grandes fases. Trabalhamos com a questão do tabaco na cadeia produtiva do fumo desde a criação, em 1988. Albino estava na direção já nessa época, 1988/89, e até hoje trabalha com essa área. Mas ele trabalhou de um jeito até 2002/2003, que era sempre do ponto de vista de apoio aos agricultores, já que a grande maioria, e eu acho que é o único produto, ou aliás, o produto que tem a maioria de agricultores familiares produzindo. Não é o leite, não é feijão. O fumo é ainda o produto que tem a maior parte de agricultura familiar produtora. Acho que patronal não sei se chega a 5%, embora esteja crescendo. Então, a gente, sempre teve uma lógica de

enfrentamento com a indústria. Essa foi... de apoio nas negociações e de embate com a indústria. A partir de 2003, a gente entrou nessa lógica da Convenção-Quadro. Mas, até então, a gente tinha esse embate, mas não com essa perspectiva. A gente é muito franco nisso. E eu comecei, a partir de 2006, nesse embate, mas sempre acompanhei, porque no DESER, a gente sempre trabalhava de uma forma articulada. Participei de atividades no Sintrafumo. Participei duas vezes assessorando. Em Florianópolis, depois em Santa Cruz do Sul, as negociações para mudança na portaria da classificação do fumo. Não sabia nem como funcionava isso, mas me mandaram ir. E fui. A gente, obviamente, tinha que acompanhar as várias elaborações. Nós sempre líamos as elaborações do DESER de uma forma conjunta. Nesse período, acho que a gente teve dois momentos de enfrentamento muito forte com a indústria. Um, foi em 2001, quando o TCU questiona se o PRONAF – Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar, crédito para agricultura familiar, específico com juros subsidiados, está de fato beneficiando o agricultor produtor de fumo ou está beneficiando a indústria. E nos demanda um estudo sobre isso. E a gente faz um estudo em toda a região sul e constata que, de fato, o PRONAF beneficia mais a indústria do que o produtor. Porque o agricultor não vê a cor do dinheiro, passa direto do banco para indústria, chegando uma parcela pequena do crédito ao agricultor.

Em função disso, entregamos o resultado para o TCU, e o TCU determinou que... o mais imediato tomasse providências. De fato, a partir de 2002, foi proibido financiamento da cultura do fumo e financiamentos

2004

Juíza de São Paulo condena a Souza Cruz e a Philip Morris a indenizarem fumantes e ex-fumantes por omitirem informações sobre os riscos do fumo e por veicularem propaganda abusiva e enganosa.

que favorecem a produção de fumo. Então, foi uma participação nossa. Em 2002, participamos outra vez, numa parceria com a Christian Maid, entidade ligada à igreja da Inglaterra. Diversas igrejas católicas e protestantes da Inglaterra tinham um programa de enfrentamento aos grandes monopólios, grandes capitais internacionais, e decidiram fazer um estudo sobre a BAT – British American Tobacco. Fizeram esse estudo aqui, na subsidiária do Brasil, Souza Cruz. Então, tínhamos uma relação de cooperação com eles e fizemos juntos esse estudo. Saiu um documento chamado “Viciados em fumo”, publicado formalmente em 2002, no Fórum Econômico de Davos – e no Fórum Social Mundial, por nós, em Porto Alegre. Isso criou um impacto internacional, apesar de não ter saído na imprensa. Vários contratos internacionais com a Souza Cruz foram cancelados, e nós tivemos dois anos de embate direto com a Souza Cruz. Eu estava olhando os relatórios aqui, foram sete reuniões que a Souza Cruz fez conosco para discutir, tirar o documento do ar. Ofereceram de tudo, mas nós já tínhamos essa consciência de que não dava para fazermos parceria com a Souza Cruz. O Albino é testemunha de que poucas entidades no começo apoiaram os projetos de diversificação. Então, esse embate com a Souza Cruz nos credenciou, assim, psicologicamente e do ponto de vista de compreensão, a comprar essa briga enquanto entidade ligada à agricultura familiar.

Bom, e aí vou para uma pergunta que vocês fizeram: “Como foi essa relação com os agricultores?” Comecei a entrar nesse debate, mas, gente não foi fácil, e aí vocês devem ter também presenciado isso. Não era fácil, em função de toda campanha que a AFUBRA, fazia, foi esse abaixo-assinado... foi... acho que todo mundo assinou para não aprovação, não ratificação da Convenção-Quadro. Então, você ir discutir Convenção-Quadro no início, nos anos 2005, 2006, 2007 não era fácil. Eu lembro uma vez... eu estava brincando com o Albino que houve puxados pela FETRAF... ele

se esqueceu de dizer isso, os primeiros três grandes encontros, que foram fundamentais nesse processo em 2005, 2006, 2007, se não me engano, é “O futuro do fumicultor no Brasil”, um foi em Curitiba, outra em São Mateus do Sul e o terceiro em São Lourenço do Sul. Disso surgiu uma proposta, obviamente de enfrentamento da questão de preço, enfrentamento da questão da tabela de classificação. Acho que a Tania participou de todos, pelo menos do primeiro com certeza, em Curitiba. Paula foi a São Mateus, acho que vocês foram também a São Lourenço do Sul. Foi importante. Dali surgiu uma campanha chamada assim: “Fumicultor: valorize seu trabalho, plante menos fumo”. Já nessa lógica da diversificação. Acho que a gente sacou essa ideia de que não dava para fazer a substituição de cara. Que era arriscado, e não só arriscado, ia ser pouco frutuoso. Pintou essa ideia da diversificação. Mas, em função disso, umas das ideias foi criar cooperativas de produtores de fumo para enfrentar e valorizar mais o preço e tal. E um dia eu fui, me convidaram, lá em São Lourenço do Sul, para fazer um debate com a cooperativa recém-criada, a COOPAT – Cooperativa de Produção Agropecuária dos Assentados de Tapes Ltda. Começo falando sobre a Convenção-Quadro. Não cheguei a falar cinco minutos... a reação veio na hora. Nesses 13 anos que eu vivi trabalhando com agricultores diretamente, nós avançamos barbaridade. Hoje, a coisa mais fácil que tem de trabalhar é falar com agricultor sobre Convenção-Quadro. Mas os principais problemas são ligados à questão da saúde. E, com todo o avanço que houve do SUS, na interiorização do SUS... Acho que houve um avanço fantástico, saúde da família, onde tem avanço é muito importante. Mas um programa de saúde voltado diretamente para a questão do trabalho ainda está distante.

Então, eu acho que é um desafio que nós temos a pensar, estamos discutindo muito com a Fiocruz, essa questão do protocolo e tal. Mas acho que é um desafio

2005

Entra em vigor, no dia 27 de fevereiro, a CQCT que alcança a marca de 40 ratificações (incluindo o Brasil).

grande esse avanço, porque, para mim, a grande porta de entrada para a gente discutir com agricultor é o fim da dependência. O grande problema do agricultor, mesmo que ele ganhe muito dinheiro, e tem agricultor que ganha muito dinheiro; tem muito agricultor que é lascadíssimo. O grande problema é a dependência dessa indústria.

Para nós, o programa de diversificação foi uma grande conquista, mas uma conquista bastante limitada. A gente estava com expectativa e aí, quando Adriana entrou, ela fez um esforço tremendo, no sentido de que não fossem só ações de “matéria” de pesquisa, como as primeiras foram. Mas que se articulasse com comercialização, se articulasse com crédito.

Num primeiro momento, houve vários projetos. Depois, em 2011, a primeira chamada pública para o Sul e Nordeste, dez mil famílias. Em 2013, a segunda chamada pública, que terminou faz um ano e pouco, a última entidade que terminou acho que foi a nossa, em novembro de 2017, e nós estamos até agora em um vazio. Seja com 10 mil e poucas famílias que foram atendidas. Eu vou falar logo do DESER: nós fizemos um esforço danado, tirando o recurso de onde ele tinha de sobra, e continuamos com 47 grupos funcionando, mas houve atrasos no pagamento. Então, nós terminamos o trabalho em outubro do ano passado e ainda não recebemos a última parcela.

Até a assistência técnica, se não for continuada, se não for articulada com outras políticas, com crédito, com comercialização, com um apoio à agroindustrialização, com moradia, com saúde, com educação, ela tem efeito? Claro que tem, mas é efeito sempre, sempre, reduzido. Então,

nós estamos na expectativa de que isso continue. Só para concluir, eu vou dizer alguns desafios e algumas dores que eu tenho desse processo da diversificação. Uma delas é essa continuidade, a outra a gente fez um esforço, foi a única ação de do ATER – Assistência Técnica e Extensão Rural que foi acompanhada de capacitação. Desde o tempo da Adriana, depois, no tempo da Cristiane, acho que muita gente conheceu, acho que merece ser lembrado, é o único trabalho que houve um processo de sistematização de informações. Só eu produzi 16 documentos, que dá mais de mil páginas. Pergunto: Algum foi publicado? Nenhum.

Eu acho que tem que divulgar. Acho que conseguimos criar, junto com o pessoal da universidade, um índice *a la* IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), muito semelhante ao IDH, que nós estamos chamando de Índice de Sustentabilidade e Desenvolvimento dos Meios de Vida, uma concepção que o COPPE/UFRJ adotou. Estamos criando um índice, gostaríamos que o Ministério do Desenvolvimento Agrário, ou quem vai suceder, comprasse essa ideia. Que a ANATER – Agência Nacional de Assistência Técnica e Extensão Rural comprasse essa ideia. Por enquanto, acho que ainda não, mas vamos continuar insistindo nisso, acho que pode ser a grande contribuição que a gente pode dar pro futuro, de perceber que uma família que tem um acompanhamento técnico, tem políticas públicas, tem a presença do Estado, porque não existe, gente! Não existe agricultura familiar sem a presença do Estado em lugar nenhum desse mundo. E aqui no Brasil não é diferente. A gente pode fazer das tripas coração mas

2005

Lançamento do filme *Obrigado por fumar* que mostra as estratégias e a atuação de um lobista de tabaco nos Estados Unidos.

vai ser sempre... então, é fundamental, a gente poder medir, com um índice, como evolui e aonde você tem que atuar de uma forma mais qualificada no teu trabalho. Então, a gente espera continuar contribuindo com isso. E superando as incertezas e as inseguranças que temos pela frente. Outro desafio para mim, e concluo com isso, eu já estou aposentado, já não estou mais no DESER, formalmente, mas a retomada da articulação das entidades que atuam nessa área me parece estratégica. Aí, a gente está com um apoio muito interessante do pessoal da Saúde, que esperamos continuar

**Luiz Teixeira:** Obrigado, Amadeu.

**Deborah:** Primeiro, eu pedi um aparte no tema da agricultura; acho que vou falar primeiro disso, depois eu retorno ao tema das pesquisas. É, enfim, o trabalho “A doença da folha verde do tabaco”. Ele começou, então, lembrando da história, numa visita técnica que nós fizemos em Arapiraca. Então é a minha equipe da SVS, mais a Tania e a Vera. E nós fomos discutir com os colegas de Arapiraca temas relativos à vigilância, às doenças crônicas, e eles tinham uma queixa muito aguda que era a intoxicação por agrotóxicos no período da colheita.

Já tinham, inclusive, desenvolvido um protocolo, como fazer essa abordagem. E aí, conversando, a gente levantou a suspeita de que não era intoxicação por agrotóxico. Porque a intoxicação por agrotóxico teria uma série de outros sinais e sintomas, mas especialmente pela época que eles faziam esse relato, que era época da colheita, e na época da colheita, tipo um mês antes, não se joga o agrotóxico na folha porque tira o valor comercial. Então, levantaram outras hipóteses, inclusive a hipótese

da doença da folha verde do tabaco. Na época, eu era a diretora do departamento e a gente acionou a equipe do epiSus.

No ano seguinte, fizemos uma pesquisa, com tempo para planejar. Fizemos várias visitas prévias, mas a proposta era que a gente, na época da colheita, selecionasse os casos. Com o relato, então, da intoxicação aguda, que são os mesmos sinais: vômitos, náuseas, febre, e alguns casos evoluíam às vezes até para internação por desidratação excessiva. Então, a gente pegava um caso e um controle, que era alguém que não tivesse a doença, que fosse vizinho e que tivesse características sociodemográficas semelhantes. Então, nesses casos e nos controles, nós coletamos a urina, e aí foi uma novela: coletar essa urina, conseguir pegar esse material biológico, transportar para o laboratório do sul do país e fazer os exames e conseguir pagar essas amostras. Então, assim, a nossa dificuldade foi também num processo de gestão, de conseguir fazer todo esse manejo.

Comprovamos realmente que os exames indicavam taxas muito elevadas. A cotinina na urina, dos casos, era extremamente elevada. Especialmente dos não fumantes. E assim, foi uma experiência muito interessante porque tivemos todo um contato com a questão do campo, com os agricultores, inclusive verificando a própria exposição de crianças. Nessa amostra havia crianças. Crianças que se intoxicavam porque elas eram acomodadas nos leitos, nos fardos, que eles usavam como cama. Nos fardos onde eles acumulavam dentro de casa toda a colheita, com medo de serem roubados. E, às vezes, a gente ia fazer a abordagem... eles, eles fugiam da gente porque aí tinha uma coisa do medo do trabalho infantil

Então foi uma experiência muito rica. No ano seguinte, isso é, em Arapiraca, tem um tipo de produção diferente porque é o fumo do rolo. “Olha, precisamos ir para o

Sul porque, se a gente descobriu isso aqui, no Sul também tem. E aí fizemos, no Sul, em Candelária. Todas ganharam um prêmio no epiSUS como o melhor trabalho do ano.

Isso foi bem interessante porque criou uma dinâmica inclusive da saúde do trabalhador. Foi a primeira vez que a doença foi descrita no país. Com uma pesquisa que, metodologicamente, não tinha complexidade. Foram 107 casos em Arapiraca. Em Candelária, acho que até um pouco menos. 56? Só que, a gente coletava duas vezes, o dobro pra aumentar o poder da amostra de controles. E era típico, de todas as descrições de livro, a gente conseguiu boas publicações, passamos isso para a saúde do trabalhador. E se começou a criar uma nova rotina, começou a entrar também nos protocolos da saúde do trabalhador e eu acho que empoderou... Quer dizer, isso que o Albino traz, assim, é de uma relevância porque nunca isso tinha sido descrito no país. Nós, então, levávamos uma evidência para o campo: “Olha, é o tabaco, comprovadamente, ele faz mal para saúde do trabalhador”. Nós tínhamos evidências sólidas que não tinham como ser contestadas. Começamos a ser convidados para todas as reuniões, no país inteiro, para mostrar pesquisas, os resultados, enfim... Tanto o pessoal do INCA, mas especialmente do pessoal do Ministério do Desenvolvimento Agrário. Em algum momento, a gente nem conseguia atender porque a nossa equipe era pequena, mas foi uma experiência muito rica de empoderar e de colocar: “Olha, a gente tem que trabalhar e isso é um risco, é um risco inerente à produção”.

Outra questão que a gente colocou como desafio no campo da pesquisa, e eu acho que essa não conseguimos comprovar, foi a relação entre agrotóxicos e suicídios. Conseguimos essa informação com uma base de dados secundários. As taxas são muito mais elevadas. Não só no Rio Grande do Sul, mas também no Mato Grosso. Quando se olha para os pequenos municípios e pequenas áreas – se a média do sul

está entre 10 e 11 casos por 100 mil habitantes; a média do país é 3 a 4 por 100 mil. E em algumas dessas cidades do sul, a gente chegava cem. Cem, 80 casos por 100 mil habitantes. Só que, como disse acima, só conseguíamos isso por dados secundários, nunca conseguimos estabelecer essa relação causal, então, acho que isso ainda ficou como lacuna, como hiato. A gente tentou também parcerias... é muito difícil, não é simples.

**Albino:** Local certo e oportunidades, nós comentamos isso, e a Vera Luiza comentou. Lembra quando nós tratamos sobre Arapiraca e nós estávamos organizando deslocamentos dos agricultores do sul do país para Brasília, para ter audiências com o ministro? Eu nem conhecia a Deborah. Conversamos um pouco, e ela falou assim: “Olha, nós estamos loucos para fazer a pesquisa no sul, mas é necessário que o ministro autorize”. Em menos de 72 horas, entregamos a reivindicação da FETRAF. Nós já tínhamos um contato informal, mas é, também, aquilo que a gente comentou ontem: hora certa, o encaminhamento, e resultou nesse belo trabalho de identificação da doença do tabaco verde, também na produção no sul do país. Fechando, uma informação que considero importante: eles negam a existência da doença antes da identificação. Então, em vários debates que eu participei, já cruzei em debate com Sinditabaco uso a seguinte linha de argumentação: quando o representante de uma indústria multinacional, que já atua há 100 anos no Brasil, que domina a produção no mundo todo, fala mandarim, inglês, francês, espanhol e tem executivos de ponta... Quando um executivo de ponta de uma indústria dessas disse que foi identificada a doença do tabaco verde há pouco tempo no Brasil, e que antes ela não existia, eu digo: “Vocês estão rasgando o diploma de vocês porque a existência da doença do tabaco verde tem

história na China, na Índia, nos Estados Unidos há mais de 40 anos, com identificação, e era obrigação de vocês avisar os trabalhadores do Brasil.

**Deborah:** Exatamente. Então, quando a gente foi fazer a revisão, isso já estava muito documentado. Na nossa revisão para publicação tudo isso foi levantado, mas a gente só foi identificar em 2007. Depois, no ano seguinte, foi em Candelária. A primeira publicação foi a de Arapiraca, em 2010, e, depois, o INCA também fez uma nova pesquisa. Então... é porque realmente nunca foi pesquisado, nunca tinha sido pesquisado. Mas eu acho que isso é muito importante do ponto de vista de você somar evidências nesse processo de disputa. E eu acho que a gente falhou nessa discussão dos agrotóxicos. Sobre os malefícios dos agrotóxicos, acho que isso ainda é um capítulo em aberto; que a gente precisa avançar.

**Adriana:** Vou falar agora da ação concreta, no caso da implementação dos artigos 17 e 18, que foi esse acordo, momento histórico no tempo, que a Tania mencionou, sobre o compromisso assumido por vários ministérios e que, no final, recaiu para o Ministério do Desenvolvimento Agrário. Quando ratificaram a convenção, ficou claro que deveria ser implementado um programa de apoio aos agricultores para alternativas à cultura do tabaco. Isso foi assumido muito fortemente pelos dois ministérios que trabalhavam diretamente no campo, que eram o Ministério da Agricultura e o Ministério do Desenvolvimento Agrário. Mas, na prática, o que aconteceu, isso foi em fevereiro de 2005, quando chegou no fim do ano de 2005, começaram a cobrar onde estavam os projetos de apoio aos agricultores. Então, me indicaram para assumir esse trabalho, quando eu estava no Ministério do Desenvolvimento Agrário. Foi assim que eu entrei

nesse processo, e comecei a gestar. Acho que nós recebemos mais de 20 projetos dos três estados do sul e eram projetos gerais para o setor rural em áreas de fumicultura. Não eram projetos porque não tinha nada de direcionamento para se trabalhar um programa de diversificação das áreas, então eram projetos de todos os tipos, projetos de assistência técnica, projetos para incentivar a agroindústria, e nós começamos a contratar, e, na medida em que fomos contratando, fomos também estabelecendo algumas linhas de trabalho, já participando com a CONICQ do que seria esse programa de diversificação para as áreas cultivadas com tabaco e, claro, a primeira referência era estar atendendo os artigos 17 e 18, muito fortemente o 17. Nós começamos a organizar esses alinhamentos desse programa junto com as diferentes organizações que começaram a ser contratadas. Então, nós tivemos muitos projetos, e eu posso fazer uma referência aqui de 2008, e contar um pouco da história de 2006 a 2013, período em que fiquei no programa, e de 2013 a 2018. Mas, quais eram os fundamentos desse programa de diversificação? Era um programa que ia além das alternativas do tabaco, com uma visão muito integral do que nós queríamos oferecer para os agricultores. Ele tinha fundamentos na área do desenvolvimento sustentável, na área de segurança alimentar, a discussão de porque trabalhar com outros cultivos na propriedade além do fumo, porque você tem que olhar o tema da segurança alimentar da sua família, você tem que olhar o tema da qualidade de vida, então, a diversificação do sistema de produção, você vê que era um programa só de diversificação de áreas cultivadas

2006

Assinado decreto  
presidencial brasileiro  
de ratificação  
da CQCT.

com tabaco, mas que abarcava várias outras temáticas importantes para desenvolvimento rural. Sob o tema da participação, se discutiu muito a autonomia dos agricultores, a valorização da troca de informações, a geração de oportunidades para mulheres e jovens; no tema das parcerias entre as organizações, nós tínhamos participações de projetos com universidades, projetos com prefeituras, com ONGs, com movimentos sociais, nós tínhamos projetos em todos os movimentos sociais. Por exemplo, acho que isso é importante mencionar, em 2008 nós chegamos a ter 5 milhões e duzentos mil reais, com 47 projetos contratados. Eram 22 projetos contratados no Rio Grande do Sul com três milhões de reais; 13 projetos em Santa Catarina; quatro projetos no Paraná, nós tínhamos começado a trabalhar na Bahia, em Sergipe, Alagoas e Paraíba, que eram as antigas áreas produtoras de tabaco também. Em Alagoas, havia o caso de Arapiraca e da doença da folha verde de tabaco e nós já estávamos entrando em uma articulação com a SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária para fazer ações conjuntas. Nesse período, uma série de eventos, encontros, e sempre encontros com uma participação super diversa – só para vocês terem uma ideia da diversidade de pessoas que eram levadas a participar das ações desse programa – vou mencionar o encontro que fizemos no Paraná, um fórum de diversificação, um seminário que abordava todo esse debate, com a presença do Amadeu; Tania; Deborah; a secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul; o Ministério Público do estado do Paraná falando dos impactos ambientais; Adoniram; Valter Bianchini; o José Maria Costa Beber, falecido já, ele sempre trabalhou com agroecologia, então vinha fazer a discussão de qual modelo de produção estávamos implementando e queríamos implementar nesse programa de diversificação; o Silvo Porto, que era da Conab; a Margareth Matos, do Ministério Público; nós tínhamos, inclusive, um convidado da secretaria da coordenação geral de

Aquicultura Continental da secretaria de Pesca que virou ministério; tínhamos já universidade, o Miguel Perondi pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Nessa época, começamos a envolver as universidades que construíram as bases teóricas da nossa proposta dos meios de vida para as áreas de fumicultura e que se levaram para o GT dos artigos 17 e 18; o Instituto de Pesquisa Agropecuário do Paraná, o IAPAR; a Embrapa; ONGs como a Agreco em Santa Catarina, com as atividades não agrícolas, outra organização que trabalhava com fruticultura, com uma experiência de cooperação. Então, nós reuníamos todos, inclusive o pessoal da AFUBRA participava, inclusive a Afubra recebeu um projeto de 300 mil reais desse programa para trabalhar a diversificação em áreas cultivadas com tabaco, e a gente ia lá, monitorava, participava. Sempre com a lógica de inclusão, nunca de exclusão, de inclusão de todos os que tinham alguma relação com a área. Com a fumicultura, que a gente queria conquistar, que a gente queria conscientizar, mesmo os que eram resistentes.

Então, foi um período de muito trabalho, lançamos folders, cartilhas, fortalecemos, por exemplo, a prefeitura de Dom Feliciano, cujo prefeito abraçou a causa com projetos super integrais que chegaram a quase meio milhão, eram muitas coisas... Então, fazíamos um movimento incrível, a gente alardeava mais do que podia, inclusive. Aqui, eu gostaria de mostrar os resultados: 60 projetos aprovados nas regiões Sul e Nordeste, 15 milhões de reais disponibilizados, só dinheiro do Ministério do Desenvolvimento Agrário. O Ministério da Agricultura, infelizmente, não colocou os cinco milhões de reais que ele se comprometeu nessa época, e isso realmente fragilizou essa proposta porque ficou só na mão do Ministério do Desenvolvimento Agrário; 300 municípios beneficiados; 25 mil famílias que, direta ou indiretamente, foram beneficiadas, sem contar os técnicos envolvidos; nós criamos a rede temática

2007

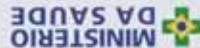
Brasília torna-se a primeira cidade livre de consumo de tabaco em ambientes fechados.

da diversificação na agricultura familiar fumicultora, uma rede que reuniu uma diversidade de organizações para fazer a gestão, para discutir tecnicamente. Nós participávamos da CONICQ, também do grupo de trabalho internacional das alternativas ao fumo, uma série de reuniões. Começou no México, levando a universidade para fazer a referência teórica do que é a diversificação; criamos em 2008 a ação no PPA – Plano Plurianual, e todo ano essa ação fomenta o desenvolvimento rural sustentável em áreas de produção de tabaco, assim se chamava. Ela tinha a verba de um milhão e era o que nos dava fôlego para realizar todos esses encontros, seminários, congressos, reuniões da rede e os contratos específicos com universidades para estudos. Qual foi a estratégia desse programa? Era um programa pequeno, eu levava, depois, a Cristiane se incorporou, uma segunda consultora, mas nós integrávamos o programa dentro de todas as ações do Ministério do Desenvolvimento Agrário, em específico da secretaria da Agricultura Familiar. Por isso, a nossa lógica era trabalhar com todas as políticas, em torno de 15 políticas que a secretaria tinha e a gente se conectava com essas políticas, para poder dar força ao programa, para chegar nos municípios. Nós tínhamos essa perspectiva com outras secretarias por exemplo, secretaria de Desenvolvimento Territorial, que trabalhava com cooperativismo no Ministério do Desenvolvimento Agrário; trabalhávamos com eles com o tema de gênero, ou seja, era uma visão muito integral que tentávamos levar para o campo e era uma lógica que os agricultores gostavam e queriam, queriam que se trabalhasse isso. Em 2010-2012-2013 já estávamos

## Pare de fumar perto de quem não fuma.

Lembre-se de que as 4.720 substâncias presentes no cigarro podem ficar impregnadas e aderir nos móveis, nas roupas, nos eletrodomésticos e nas cortinas. Muitas dessas substâncias são cancerígenas e podem, em contato constante com a sua família, prejudicar a sua saúde.

**Cigarro. Onde há fumaça há doença.**



DISQUE PARE DE FUMAR  
0800 703 7033



**Cigarro faz mal até pra quem não fuma.**

Campanha  
antitabagismo:  
2001

visualizando outros desafios porque precisávamos potencializar e ampliar a diversificação da produção e da renda para as famílias fumicultoras; eram necessárias pesquisa e capacitação para as alternativas de renda e os meios de vida sustentáveis; identificávamos que a oferta de Ater tinha que ser mais qualificada e específica para as áreas de fumicultura. Começamos a fazer uma série de capacitações dos técnicos para implementar essa visão, envolvendo o crédito, a agroindústria, envolvendo o turismo rural, envolvendo todas as outras áreas e outras políticas... E isso nós fizemos em Santa Cruz, nós fizemos em Venâncio Aires, nós fizemos nos municípios que realmente eram os municípios fumicultores, e onde existia uma resistência muito grande. Mas, nós íamos com o sentido de somar esforços com a prefeitura, com as organizações da região, para construir essas alternativas sustentáveis, essa era a lógica. E sempre em conjunto com os movimentos sociais; essa rede nos dava esse suporte. Havia um cenário com muitas propostas e políticas, mas tivemos também limitações importantes. Se tivéssemos dinheiro, mais recursos financeiros do Ministério da Agricultura, que era o compromisso, provavelmente teríamos avançado muito mais, porque nós chegamos a 25 mil famílias, imagina! Então, era pouco ainda, mas foi um esforço conjunto e não foi um resultado só do Ministério do Desenvolvimento Agrário. Era realmente um esforço conjunto com a CONICQ, com os ministérios que acreditavam que nós podíamos podiam fazer alguma coisa diferente no campo com os agricultores.

Claro, contamos com muita gente que acreditou nesse programa e realmente é um programa que pode ser replicado, sua lógica é a diversificação, ele pode ser aplicado em qualquer cultivo. Eu quero só concluir dizendo o seguinte: eu tomei nota, em relação aos produtores, que esse domínio da produção do tabaco no sistema integrado pelas empresas privadas reflete também a fragilidade do alcance das políticas

públicas para o rural. Então, não é só para o fumo, a gente poderia mudar o cultivo, claro que aí vem todo o tema das consequências para saúde e tudo isso, mas... A situação que vivemos com o programa de diversificação reflete essas fragilidades das políticas públicas para agricultura familiar brasileira, que agora eu acho que se agrava, inclusive, nesse momento histórico. O envolvimento das universidades foi importantíssimo para o respaldo do artigo 17. Nós precisávamos de uma ação coordenada e colaborativa não só com a direção da CONICQ, mas com a Secretaria de Vigilância Sanitária no artigo 18 que também foi importantíssima. Fizemos muitas ações conjuntas e envolvendo agricultores. Uma lição aprendida, e eu acho que daqui para frente, o que deve ser levado em conta é que se deve institucionalizar o máximo possível as atividades, para que não se dependa somente das pessoas que apaixonadamente levam as ações para a sustentabilidade a longo prazo, para que quando a pessoa saia, a ação não se acabe. A força das ações está na articulação de diferentes instituições e na soma dos esforços técnicos e orçamentários. O profissionalismo e a qualidade das ações fazem a diferença, temos que profissionalizar tudo o que a gente faz, da melhor forma o possível. E, por último, é que a gente ia de fato para as reuniões do grupo de trabalho, por exemplo, do GT 17 e 18<sup>5</sup>, para a COP, com um grupo que envolvia aliados e inimigos, então a gente sofria críticas, sofria de tudo nessas reuniões, mas a gente tinha uma força muito grande e se apoiava mutuamente.

---

5 Grupos de trabalho dedicados à discussão sobre as ações referentes aos artigos 17 e 18 da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco.

## Temas históricos dos seminários de alternativas à cultura do fumo Rio Grande do Sul

ANO	CIDADE	TEMA	LEMA
1991	Cachoeira do Sul, RS	Fumicultor e Antitabagismo.	
1992	Santa Maria, Diocese de Santa Maria	Experiência Alternativa e Agro Indústria Familiar	
1993	Rio Pardo, Diocese de Santa Cruz do Sul	Agrotóxicos e o Associativismo	
1994	Sobradinho, Diocese de Cachoeira do Sul	Agricultura Ecológica e a Luta pela Vida em Mutirão	
1995	Santa Maria, Diocese de Santa Maria	Planejamento e Comercialização de Culturas Alternativa	
1996	Rio Pardo, Diocese de Santa Cruz do Sul	Em Busca de uma Agricultura Justa, Sadia e Viável.	
1997	Sobradinho, Diocese de Cachoeira do Sul	Créditos Rotativos e as Formas De Cooperação	
1998	Santa Maria, Diocese de Santa Maria	Agricultura Familiar e os Desafios da Comercialização Direta/Qualidade de Vida.	
1999	Rio Pardo, Diocese de Santa Cruz do Sul	Agricultura Ecológica frente aos Desafios da Cultura do Fumo e os Transgênicos	Agroecologia e Comercialização, Sem Transgênicos é a Solução.
2000	Soledade, Diocese de Cruz Alta	Agricultura Familiar, Políticas Públicas – Outros 500	Produção Ecológica, Gerando Vida e Esperança
2001	São Paulo das Missões, Diocese de Santo Ângelo	Agricultura Familiar com Diversificação, Organização e Políticas Públicas.	Cultive a Vida e não o Fumo
2002	Sobradinho, Diocese de Cachoeira do Sul	Terra Sem Males, Soberania em Segurança Alimentar	Terra Viva, Mesa Farta.
2003	Santa Maria, Diocese de Santa Maria	Fumo: Riqueza ou Miséria?	O Fumo Alimenta o Quê?
2004	Rio Pardo, Diocese de Santa Cruz do Sul	Cultura de Morte ou Cultura da Vida?	A Vida em Primeiro Lugar

ANO	CIDADE	TEMA	LEMA
2005	Cerro Branco, Diocese de Cachoeira do Sul	Convenção-Quadro: é Possível Viver Sem Fumo?	Por Um Mundo Sem Tabaco
2006	Santa Maria, Diocese de Santa Maria	Alternativas à Cultura do Fumo e Políticas Públicas	Por Um Mundo Sem Tabaco
2007	Venâncio Aires, Diocese de Santa Cruz do Sul	Agricultura Ecológica e Soberania Alimentar	Uma Outra Economia é Possível
2008	Tucunduva, Diocese de Santo Ângelo	A Agricultura Familiar constrói Alternativas	Diversificar em Defesa da Vida
2009	Salto do Jacuí, Diocese de Cruz Alta	Cultura de Alternativas e Políticas Públicas de Comercialização	Agricultura: Para onde vamos?
2010	Santa Maria, Diocese de Santa Maria	Economia Solidária: um Modelo de Desenvolvimento Solidário e Sustentável	Alternativa Possível e Necessária
2011	Cortado, Novo Cabrais, Diocese de Cachoeira do Sul	A realidade da Agricultura Camponesa com Políticas Públicas e Reforma Agrária	A Criação Geme: da Semente de Indignação Brota Esperança e Vida.
2012	Dom Feliciano, Diocese de Santa Cruz do Sul	“Mãe Terra, Saúde e o Bem Viver do Agricultor e da Agricultora”.	Não é preciso ser filho de doutor, jovem da roça também tem valor
2013	Porto Vera Cruz, Diocese de Santo Ângelo	Agricultura Familiar, Produzindo Alimentos: uma Alternativa de Vida Melhor!	Alimentos Ecológicos: Vida e Saúde não tem preço!
2014	Arroio do Tigre, Diocese de Cachoeira do Sul	Agricultor/a Produzirá o Alimento? Como? Para Quem?	Trabalho, Organização e Produção: Menos Fome na População.
2015	Santa Maria, Arquidiocese de Santa Maria	Alimentos Saudáveis, com Segurança e Soberania Alimentar, Pão, Justiça e Solidariedade para toda Família Humana	Que bom que você não fuma!
2016	Diocese de Santa Cruz do Sul	Agroecologia: Alternativas para Produzir Alimentos Diversificados, Preservando as Sementes Crioulas, Fortalecendo a Democracia com o Cuidado da Casa Comum.	Agricultores e Agricultoras: a Força que Alimenta o Brasil.
2017	Ibarama, Diocese de Cachoeira do Sul	Resgate e Cultivo de Sementes Crioulas: Garantia de Vida Saudável.	Cultivar e Guardar a Criação
2018	Salvador das Missões, Diocese de Santo Ângelo	Vida saudável: da monocultura para a biodiversidade	“Que seu remédio seja seu alimento, que seu alimento seja seu remédio

# Ações de regulação e o papel da Anvisa no controle do tabaco

**Luiz Teixeira:** Podemos fechar a discussão sobre a Anvisa? A Anvisa foi criada em 1999, teve um papel fundamental no controle do tabaco desde o início, com atividades bastante fortes e bastante duras. A gente gostaria que a Ana Cláudia Bastos de Andrade, Gerência de Produtos Fumígenos Derivados ou Não de Tabaco da Anvisa, falasse um pouco sobre o processo de criação e atuação da Anvisa.

**Ana Cláudia:** Sobre o processo de criação da Anvisa, eu gostaria que o Agenor falasse primeiro... Até porque eu só iniciei na questão do tabaco dentro da Anvisa em 2006. No início da Anvisa, eu estava em outras áreas, inclusive na área de propaganda de medicamentos que foi o que, coincidentemente ou providencialmente, me trouxe para área do tabaco. O marco foi a Convenção-Quadro porque foi depois dela que a área de tabaco da Anvisa cresceu. Antes, era uma área extremamente reduzida: no Rio de Janeiro, trabalhava apenas uma pessoa e ela chegou a trabalhar, durante algum tempo, no próprio INCA, enquanto não havia instalações da Anvisa para a gerência de tabaco. Depois, a gerência de tabaco foi instalada na Praça Mauá e começou se expandir. No início era uma área meramente administrativa, burocrática, com processos de registro dos produtos. Não tinha muita discussão sobre

pesquisa nem sobre regulação. Quando começou a acontecer a discussão internacional, eu estava em Brasília. Voltei ao Rio de Janeiro, para conduzir a área de projetos estratégicos na questão internacional. A área de registro de produtos tocava a área de laboratório que já era um dos projetos que estavam sendo discutidos. Em 2006, começamos a discutir, acho que foi a primeira grande discussão, sobre a mudança da resolução de registro de produtos. Ficávamos muito nessa discussão porque na Anvisa inteira existe a nomenclatura de “registro de produtos”. Na área de tabaco, essa nomenclatura era 100% maléfica. Para nós, não era registro, era cadastro. Na verdade, só o fato do tabaco ter vindo para a Anvisa pressupunha-se que ele era um produto legal. Por isso, nós queríamos que o tabaco mantivesse a titularidade de cadastro e não de registro... Foi a primeira grande discussão com a procuradoria da Anvisa em relação à titularidade, porque a lei que criou a Anvisa dispunha que deveria ser usada a nomenclatura de registro, enfim, e ficou então: *registro de produtos derivados do tabaco – cadastro*. Nós fazíamos questão de manter e de que as pessoas da Anvisa entendessem que era um cadastro realmente informativo, porque não tinha condição de o tabaco estar na mesma rota da análise dos outros produtos. Tanto é que todos os outros produtos, sujeitos à vigilância sanitária, têm seu número de registro inclusive na embalagem. Naquela época, com a Resolução nº 90, foi colocado como item de parecer único, e era proibido que se usasse qualquer número relacionado a qualquer processo da Anvisa como registro, em qualquer produto derivado de tabaco. Então era completamente proibido. Hoje, para minha surpresa, não é mais.

Enfim, parece que houve uma alteração: não é mais a RDC 90<sup>1</sup> que vigora agora de registro. Antigamente era terminantemente proibido que você associasse qualquer número de processo à rotulagem ou ao produto, ou ao que fosse. Porque justamente o número de registro do produto é o que vincula para a população, que a Anvisa chama aquele produto, que é um produto que pode ser consumido, que pode ser utilizado. Enfim, essa foi a minha primeira... Aliás, minto, a minha primeira grande conversa, eu me lembro até hoje, na época em que a Deborah estava aqui, Tania.... A primeira tarefa que me foi dada foi a questão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, porque eu já trabalhava na época da propaganda de medicamento com o sistema, então, eu já tinha experiência, já tinha os contatos com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, de como levar isso para as pontas, porque assim como a coordenação de tabagismo, a gente tem um canal, temos um grupo seletivo e grande que pode disseminar toda a informação pelo Brasil afora. E aí, então, foi a primeira discussão: fizemos um grande seminário, todos os nossos coordenadores estaduais e municipais. Para fazê-los entender isso foi uma guerra porque eles não aceitavam de jeito nenhum que nós, que defendíamos a saúde, fiscalizássemos e inspecionássemos algo que sabíamos que não era saudável. Para eles, era a maior contradição do mundo. Eu até brincava: “Vamos lá que vai dar certo, melhor ter um inimigo do seu lado do que não o ter”. E essa questão sempre foi a primeira pergunta em todo e qualquer seminário que fôssemos, capacitação que fizéssemos, era a mesma primeira pergunta: “Como assim? A Anvisa trabalha com um produto que mata?”. Eu costumava ter uma frase nesses

---

1 A Resolução de Diretoria Colegiada nº 90, ou RDC 90, foi aprovada pela Anvisa em 2016, regulando materiais, embalagens e equipamentos celulósicos destinados a entrar em contato com alimentos.

momentos: “Chegou todo mundo aqui amando. Ou é amando o que faz ou é à mando de alguém. Mas, não tem problema, vai sair daqui de alguma outra forma”.

Eu já sabia que aquilo era uma angústia para eles, até porque, durante muitos anos, era tema da coordenação de tabagismo, da Vigilância de Saúde e não da Vigilância Sanitária. Comecei a discutir também a questão da nomenclatura até para a Anvisa e para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: “Não é controle do tabagismo o que fazemos; tabagismo é doença, nós fazemos o controle e a regulação de produto derivado do tabaco. Começamos a trabalhar isso para as pessoas entenderem que aquilo era essencial e tinha que ser feito, sim. Naquele primeiro momento, a primeira discussão era um ambiente livre, eram discussões que a gente tinha em um grupo de trabalho que estava elaborando a RDC – Resolução de Diretoria Colegiada de ambiente livres, e nós começamos a colocar: “Vamos passar a discutir pelo lado do trabalhador porque senão não vamos chegar a lugar nenhum”. Então, chamamos a Fundacentro – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho e conseguimos avançar na discussão e trazer o sistema para dentro dessa discussão, porque tinha algum sentido para a Vigilância Sanitária fazer aquele trabalho. “Você, então, está defendendo o quê? “A saúde do trabalhador”.

Até que o Agenor colocou a questão de que a norma estava pronta para ser publicada, pronta mesmo, deu um trabalhão para fazer. Era uma discussão altamente técnica para saber exatamente como a Vigilância Sanitária inspecionaria os locais. Vigilância Sanitária no município não tem engenheiro nem seu corpo técnico, a grande maioria é veterinário. Então, a norma tinha que ser minuciosa para sabermos como fazer a fiscalização no ambiente.

Eu concordo plenamente com tudo o que foi falado aqui. Tem tudo a ver com

quem está ali no poder na hora dando um apoio, porque, desde o início, quando a área foi criada, já estava no Rio de Janeiro e continuou na cidade devido à proximidade com o INCA, nunca foi levada para Brasília porque a gente sempre teve apoio. Os diretores da Anvisa, que sempre foram supervisores da área, davam total liberdade de ação, responsabilidade na tomada de decisão e apoio, confiança total. Nós sabíamos que podíamos conduzir o assunto.

Então, essa era a nossa preocupação. Eu, particularmente, sempre tive uma preocupação muito grande, até um pouco diferente ou divergente, não sei, mas nunca vi o lado da indústria do tabaco como um oponente, como um inimigo, muito pelo contrário, sempre falei: “Para mim são meus concorrentes, e, aliás, são meu melhor concorrente”. Então, se eles trabalham muito bem eu também tenho que trabalhar muito bem. E eu sempre gostei muito de pensar com a cabeça deles: “O que eu faria se eu tivesse lá?” Passamos pela discussão, tudo mais ou menos ao mesmo tempo, discussão das novas imagens de advertência, no grupo das novas imagens de advertência, e, mais uma vez, tínhamos muita essa questão de ser legalista: “Isso pode isso, não pode”. Porque eu fazia o papel de imaginar o que iria representar a fragilidade da norma e que poderia facilmente vencido no processo judicial. Então, sim, eu tinha que ir ali realmente levar a maior dificuldade que eu pudesse imaginar para que aquilo fosse vencido. E eu encarei aquele desafio de uma forma que também não me esqueço. Acho que foi em uma capacitação em Belém, e a Vera falou: “Eu nunca vi uma pessoa, em sete meses, adquirir tanto conhecimento assim”. Acho que eu não dormia, eu acordava... porque eu falava: “Gente, estou capacitando sistema, imagina, se eu estou capacitando, tenho que saber o que estou fazendo. Se eu tenho que capacitar um grupo de pessoas, tenho que vencer esse grupo. Então, primeiro, eu tenho que estar convencida.

A Anvisa, que eu saiba, é a única agência que deve ter dados concretos de composição de produto desde 1999–2000. São, praticamente, 18 anos de registro de produto numa agência reguladora. Se pegar uma pesquisa para se fazer a evolução ou involução de produto em relação à sua composição, ali é um campo fértil. Eu já saí da área há três anos. Mas, na minha época, eu realmente falava: “Pelo amor de Deus, nunca sumam com esses processos daqui”. E a gente tinha, às vezes, algumas discussões com pessoal de arquivo, e o pessoal falava: “Tal documento pode ser destruído em 5 anos... ou em 10 anos...” E eu dizia: “Bom, esses documentos daqui não podem ser destruídos nunca. E se não digitalizar minimamente, a gente perde a história, perde o arquivo todo”. Então, realmente, eu sempre tive aquilo de “Pelo amor de Deus”, pedia sempre digitalização, e, na minha época, não conseguimos digitalizar os documentos, então, espero que ainda esteja tudo arquivado por lá, eu acho que é uma informação extremamente importante, sim, porque foi daí que a gente conseguiu começar a discutir a questão do aditivo. Em relação à pesquisa, sempre senti, e nesses últimos três anos não tenho acompanhado muito de perto para evitar um pouco mesmo, porque foi bastante traumatizante a minha saída, para mim foi traumática, mas, acho que a gente tem que ter muito cuidado com o tipo de informação porque, politicamente falando, você pode perder muito, mas tecnicamente não. Então, a questão tem que ser muito técnica, ela tem que ter um embasamento técnico muito bom.

Por último, acho que foi a questão do cigarro eletrônico, do dispositivo eletrônico para fumar – que também nós mudamos a nomenclatura, de cigarro eletrônico para dispositivo eletrônico porque, em nossas pesquisas, a gente começou a ver que tinha também charuto eletrônico, depois apareceu narguilé eletrônico... então, assim, você tem todo tipo de dispositivo eletrônico.

Hoje em dia trabalho numa área que eu tenho... aquela coisa, você quer sair do lugar, mas o lugar não sai de você, não é isso que dizem? Então, estou numa área em que eu sou responsável por toda a parte de importação e, vou falar para vocês, é impressionante como o pessoal importa dispositivo eletrônico para fumar dos mais variados tipos, é uma graça. E, vou dizer, uma pessoa que não conhece deixaria passar tranquilamente porque não sabe nem o que é. Olhando aquilo é chocante: tem de todos os tipos, tamanhos e maneiras. Então, é muito interessante ver que, talvez, longe de lá, eu não estaria vendo. Por muito tempo, não houve nenhuma fiscalização sobre isso, então acredito que muita coisa entrou no país e continua entrando por essas importações de pessoa física. Hoje em dia, de fato, acho que poderia, óbvio que toda alteração de lei federal é muito difícil porque a lei federal proíbe a remessa postal de produtos derivados de tabaco e seus sucedâneos, mas, assim, tabaco, na ideia de antigamente que era o cigarro, charuto, tabaco de mascar. Mas não agora do eletrônico. Então, o eletrônico é barrado por uma norma da Anvisa, a RDC 46<sup>2</sup> está nos moldes da Portaria nº 344. O Agenor colocou a Portaria nº 344, da Secretaria de Vigilância, que não era nem Anvisa e que ninguém nunca questionou, muito pelo contrário, a polícia federal solicita à Anvisa a inclusão de substâncias na portaria e a Anvisa publica normas... Então, atualmente, a Anvisa publica RDC para alterar, para incluir substâncias na Portaria nº 344. É como funciona até hoje. Então acho que até hoje RDC 46 continua sendo um marco. O Brasil foi o primeiro país a proibir, logo em seguida o Panamá também proibiu, e proibimos mesmo na questão da prevenção,

---

2 Resolução de Decisão Colegiada nº 46 da Anvisa, de 28 de agosto de 2009, que proíbe a comercialização, a importação e a propaganda de quaisquer dispositivos eletrônicos para fumar, conhecidos como cigarro eletrônico.

princípio da precaução. Não houve uma grande pesquisa, até porque não tinha nem formação na época, não tínhamos dados, então, como vamos fazer isso? Princípio da precaução, vamos proibir e ponto final. E assim, é engraçado que tem uma grande discussão de termos, porque RDC 46 do cigarro eletrônico, do dispositivo eletrônico, ela proíbe a importação, a propaganda, não fala em uso e tem uma outra norma da Anvisa que é na questão de suplementos alimentares.

**Luiz Teixeira:** Obrigado, Ana.

**Deborah:** Bom, então... É eu acho que essa história de construção do tema do tabaco nos estados e municípios foi fundamental, e um dos pilares, para que depois, a partir dos anos 2000, mais especificamente em 2003, iniciássemos com foco numa vigilância integrada de doenças crônicas. Então, isso tem um marco muito importante na OMS. Foi o primeiro documento em relação às doenças crônicas não-transmissíveis e essa visão mostra a importância da vigilância integrada, dos fatores de risco. Então, é fundamental para o manejo das doenças crônicas que tabaco, álcool, inatividade física e alimentação inadequada sejam abordadas de forma integral e com a organização da Vigilância.

Acho até que a própria OMS, por ordem de prioridade e também do ponto de vista do que já tinha maturidade nessa organização, o primeiro documento da Convenção-Quadro é exatamente o do tabaco. Em 2004, vem a estratégia global de atividade física e alimentação saudável. Só em 2010 é que vem toda a discussão sobre álcool. O Brasil, de alguma forma, também reflete esse nível de organização global, porque já havia todo um trabalho de estados e municípios em relação ao tabaco, que eu acho que aqui já foi relatado pelo Marco e pela Ana.

E isso vem sendo liderado pelo INCA e também pelo CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia, na constituição dessa vigilância de doenças crônicas. Então, na criação da Secretaria de Vigilância em Saúde, há uma diretoria específica que é o DASIS – Diretoria de Apoio ao Sistema de Saúde, que junta toda parte do sistema de informação, de análise, e mais a coordenação de doenças e agravos não-transmissíveis. Essa coordenação foi fundamental para que estruturássemos esse projeto de vigilância integrada dos fatores de risco, da vigilância de doenças crônicas no país. E aí com uma série de inquéritos.

Inquéritos domiciliares, a cada 5 anos. Então, nosso primeiro inquérito é esse da parceria CENEPI e INCA, em 2003. Ele não teve a recursos suficientes, foi realizado em 17 capitais, mas é a nossa linha de base, foi fundamental para essa organização.

Depois, em 2008, na PNAD – Pesquisa Nacional de Amostras a Domicílio Contínua, nós conseguimos inserir um módulo específico do tabaco que é, nada mais nada menos que, o GATS – Global Adult Tobacco Survey. E foi uma peleja. Tania, Liz, Valeska, todos os colegas do INCA se lembram dessa história porque era um dinheiro internacional, com uma pesquisa que a gente conseguiu... Bom, tinha primeiro uma pesquisa que poderia ter sido feita de forma isolada, mas queríamos isso dentro da PNAD, dentro do IBGE, para ser estruturante. Isso foi, de alguma forma, o primeiro passo para convencermos o IBGE a realizar a Pesquisa Nacional de Saúde em 2013, e foi um sucesso porque o Brasil foi o segundo país no mundo a realizar o GATS. Então, em algum momento, eu cheguei a dizer para eles: “Olha a gente não precisa desse dinheiro, a gente vai fazer essa pesquisa só com recurso SVS e o recurso IBGE, porque, enfim, a gente quer fazer com a nossa metodologia de amostragem...” Por que às vezes era tão difícil a parceria? Porque tinha que ser no modelo CDC – Centers of Disease Control, no modelo Bloomberg, não é?

No mesmo ano, a gente também inseriu na Pesquisa Nacional de Saúde, não o GATS total, mas o GATS resumido. E permitiu a comparação. Nós fomos o primeiro país do mundo a realizar a segunda onda do GATS. E, então, é isso: de alguma forma, representou uma grande visibilidade para o país, foi um processo de aprendizado e um prêmio, recebido por nós, em 2015, em Abu Dhabi.

Na PENSE e na Pesquisa Nacional de Saúde, nós inserimos, além do uso do tabaco, o tema do narguilé. Bom, deixa eu falar do VIGITEL, depois eu retomo ao narguilé e à importância disso ter sido inserido.

O VIGITEL compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis e funciona desde 2006. Há pesquisas de 2006 a 2019. E com filhotes. O VIGITEL São Paulo, que o Marco Antonio realizou; e isso permitiu que fizéssemos um monitoramento contínuo, ano a ano, e comemorássemos o declínio. De alguma forma, era a nossa pauta no Dia Nacional, no Dia Mundial sem Tabaco, sempre com boas novidades. Exceto nos dois, três últimos anos, sobre os quais vou falar daqui a pouquinho.

E eu destacaria também, em 2011, o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis. Esse plano está completamente articulado ao Plano Global da OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. Em termos de metas, a redução da morte prematura por doenças crônicas, a redução do tabaco em 30% e que, agora, se articula com os ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. E o bacana disso é que o Brasil tem linha de base, tem como monitorar, tem como responder ao conjunto dessas metas.

No plano de enfrentamento das doenças crônicas, na verdade, colocamos o conjunto dos compromissos internacionais da Convenção-Quadro. Então, esse capítulo do tabaco, ele foi elaborado por vocês, pelos colegas do INCA, não é, Tania?

**Tania:** Acho que é importante de registrar a existência de um bloco extra dentro da área de Promoção da Saúde com o fortalecimento da implementação da convenção. Isso foi muito importante. Primeiro, porque a construção foi feita por meio de um chamamento intersetorial. Então, representações de diferentes setores do governo, a Anvisa esteve presente. Eu me lembro de algo que ficou marcante graças a essa participação: nós conseguimos colocar em destaque os artigos 5.3 e 19 da Convenção-Quadro<sup>3</sup>, que falam sobre a responsabilização civil da indústria. Então, está lá, no nosso plano, que essas ações ainda precisam ser fortalecidas, mas elas estão legitimadas nesse plano também.

**Vera:** Eu acho que se a gente fizer uma contextualização disso, lembra a Valeska falando? “Nós não tínhamos dados!”. Passamos por um momento que não tínhamos dados, não tínhamos planejamento, não tínhamos nada; até que hoje, temos um sistema de vigilância de crianças – onde a gente coleta dados de tabaco; temos um sistema de vigilância do adulto; um sistema de pesquisa de inquérito telefônico para fazer uma avaliação de tendências... Ou seja, isso tudo inserido dentro de um sistema macro, quer dizer, não é uma pesquisazinha vertical que nunca mais vai ter continuidade. Então, acho que isso legitima, na verdade, o papel do programa de controle do tabaco dentro de uma dinâmica mais ampla, e como o GATS, como a pesquisa inicial que o INCA abraçou, que foi o projeto da vida da Valeska, como esses projetos institucionais, essas parcerias institucionais elas são absolutamente fantásticas porque elas

---

3 Aqui, Tania Cavalcante se refere a dois artigos da Convenção-Quadro que determinam o seguinte: 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”; e o artigo 19, que trata da responsabilidade penal e civil.

acabam gerando respostas amplificadas e nas quais você beneficia não só um grupo de doenças, mas tem uma dinâmica muito mais ampla sobre a ótica de saúde pública, e você beneficia, em última instância, a população brasileira. Quer dizer, eu acho que isso é um trabalho de muitas mãos, de muitas cabeças e muitos servos e muitas instituições que se articulam por uma dinâmica maior do país.

**Deborah:** Muito bem.

É... Eu gostaria inclusive de pontuar que o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas, como foi bem lembrado pela Tania e pela Vera, contou com 20 ministérios. Ele tinha um capítulo intersetorial, inclusive com ações que eram de responsabilidade dos outros ministérios, e, aí, toda essa questão da diversificação do fundo estava como responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Agrário. Então, foi bem interessante essa articulação global.

Em 2011, o Plano de Enfrentamento teve um lançamento de abrangência nacional. No mesmo ano, houve a Assembleia das Nações Unidas que, pela segunda vez, desde o período pós Segunda Guerra Mundial, aconteceu no intervalo de um ano com uma pauta exclusiva de Saúde. O tema era doenças crônicas, e a presidenta Dilma lançou o plano durante a assembleia. Apenas dois países no mundo, na época, tinham seus planos: o Brasil e a China. Isso gerou muita visibilidade. Então, assim, o Brasil marcou, do ponto de vista do imaginário, de quem trabalha com doenças crônicas, como um país que dava uma grande prioridade em sua agenda ao Enfrentamento das Doenças Crônicas. Então, embora o nosso plano tenha saído dois anos antes do plano global, ele estava totalmente em sintonia porque nós participamos de todos os grupos de trabalho das doenças crônicas, da definição das metas, da definição das estratégias

e das prioridades. Vera também escreveu o documento pré-plano global, sobre o tabaco. Então, eu acho que de alguma forma, o Brasil foi o líder, ele teve uma grande visibilidade global e um reconhecimento.

Esse monitoramento do VIGITEL é muito importante porque ano a ano a gente conseguia dizer: “Estamos avançando”. E eu gostaria, inclusive, de dar dois exemplos de como estamos com muitas preocupações.

Na edição deste mês da revista *Ciência & Saúde Coletiva*, tem uma matéria, mostrei até para Vera, sobre medidas de austeridade fiscal, que podem comprometer as metas de controle das doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil<sup>4</sup>. Então, o índice de mortalidade prematura estava caindo 2% ao ano. O índice de fatores de risco também se estabilizou. As medidas de austeridade fiscal geram uma grande preocupação com a maioria dos fatores de risco, em especial o tabaco.

Desde 2015, estamos estáveis no VIGITEL com a prevalência do tabaco; atividade física declinou, consumo de frutas e legumes declinou; consumo de álcool expandiu, e enfim...

**Voz de mulher:** Processados.

**Deborah:** É, ultraprocessados. E também hipertensão, diabetes... O único fator que está estável é a obesidade. Então, acho que isso é muito importante até para gente mostrar, olhar com clareza, com evidências, todo esse processo de monitoramento e os riscos. Estamos pagando porque houve um enfraquecimento inegável nos últimos

---

4 Malta, Deborah et al. Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (10), 2018:3115-3122.

anos, do ponto de vista do que foi abandonado do Ministério de Desenvolvimento Agrário, da diversificação de cultura, da política regulatória, dos investimentos... Acho que é do controle das fronteiras. Então, teve um certo relaxamento. O trabalho dos estados e municípios retrocedeu. A taxaço do cigarro parou: há quatro anos que o reajuste do cigarro não é feito. Então, quer dizer, que tudo isso arrefece e faz com que não tenhamos avanços nos indicadores.

Uma outra coisa que eu queria chamar atenção, até dialogar: acho que se no pré SUS, no início da implantação, não tivéssemos tanta clareza de sanitaristas, acho que... Desde 2003, no primeiro governo Lula, todos os ministros apostaram na questão da implementação da Convenção-Quadro. Os ministros Humberto Costa, Agenor, Temporão, Padilha foram fundamentais. Quer dizer, uma lei que não tinha nada a ver com o tema, ele foi lá e conseguiu cavar um espaço e colocou a questão dos ambientes livres. O ministro Arthur Chioro conseguiu a regulamentação do decreto presidencial. Nesse decreto presidencial, eu gostaria de destacar o tema do narguilé. A gente discutia muito com o pessoal da nossa área e da assessoria jurídica, que ia fazer o texto final, como poderíamos definir melhor os ambientes livres de tabaco... e o que era um produto de tabaco. Conseguimos inserir nesse decreto presidencial a palavra narguilé. E por que fizemos isso? Porque já estávamos com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, que apontava aumento do consumo de narguilé na população mais jovem. Na PNS, só são monitorados jovens a partir de 18 anos. Então, de 18 a 24 anos, houve um pulo, era muito maior a prevalência porque nós não tínhamos dados prévios. Então, isso já acendeu a luz amarela e a gente: “Olha tem que inserir narguilé”. Nós inserimos também na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar mais questões, mais detalhamento para abordar o tema do narguilé nos adolescentes de 13 a 15 anos.

Vai sair agora (2018), uma análise desses dados, publicada pela *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Pelo que se vê, está estável o uso do tabaco em adolescentes 6.4, 5.2, 5.3, quer dizer não é muito bom porque podíamos ter declinado. Quando vemos os outros produtos do tabaco, o índice pula de 7.4 para 9.4 em 2015, e 75% somando outros produtos do tabaco, mais o consumo do cigarro nos 30 últimos dias.

Setenta e cinco por cento desses “outros produtos” dizem respeito ao narguilé. Estávamos muito corretos ao introduzir, no decreto presidencial, a descrição dos produtos do tabaco, o narguilé. Só não inserimos o cigarro eletrônico – orientação muito clara da Anvisa, da Ana Cláudia, do Agenor: “Olha, já é proibido pela Anvisa, desde 2010”. Então, não tem nem que inserir porque já está proibido. Desde 2009.

**Agenor:** Essa rodada foi o bastante interessante porque ela trouxe algumas informações importantes para nós, muito dentro daquilo que tínhamos conversado sobre os alertas, mas também trouxe algumas informações que temos que resgatar, até para que a gente não cometa erros com o histórico que vai ser levantado desse encontro.

E tem questões aqui que são políticas, institucionais, que eu queria colocar, e tem questões que eu vou colocar como se fossem do ponto de vista pessoal, opinião minha.

Primeira coisa: eu não creio – isso é uma opinião pessoal minha, Agenor, que foi o Ministro da Saúde – eu não creio em nenhuma ação deliberada do Ministério da Fazenda, nem da Receita Federal para aumentar imposto de cigarro para impactar no consumo de cigarro pela população.

Não sei qual foi a última vez que isso aconteceu, mas a Lei nº 12.541 originada pela medida provisória 540 – quem estava lá em Brasília e presente nas discussões sabe

que não foi assim. Tem muita história aí que precisamos resgatar. Eu até telefonei para Darcísio Perondi, “o” deputado que foi responsável pela preservação da política de combate ao tabaco na lei. Telefonei para parabenizar pela atitude dele, que mobilizou o Congresso Nacional, a Câmara dos Deputados contra a posição de vários deputados, pior, contra a posição omissa de gente, Deborah, me desculpa, do Ministério da Saúde.

Nós, inclusive, cobramos isso. Mas aí vocês falaram: “Mas não foi orientação do Ministério da Saúde”. A informação que eu tive foi que não foi orientação do governo, mas teve gente do Ministério da Saúde que trabalhou contra. Eu me lembro que numa reunião da câmara técnica da agricultura, fui chamado, a Ana Claudia, que está aqui presente, preparou a minha fala, eu mudei algumas três ou quatro linhas de um documento de mais de 15 páginas, fui para Câmara e li.

Nenhum membro, dos que estavam, do governo, apoiou a política, e a Adriana se lembra disso. Ela reclamou inclusive da pessoa que foi, o Albino sabe. Estavam todos, estava o Ministério da Agricultura, o Ministério de Desenvolvimento Agrário... Depois disso, um parlamentar me ligou, para parabenizar pela minha atuação: “Quero te parabenizar porque você foi o único que defendeu o governo e defendeu essa política. Agora, quero te dizer uma coisa, você está sozinho porque o acordo está pronto”. E isso me foi dito.

Quando teve essa lei, havia aquele embate lá na Câmara, eu fui procurado por duas emissoras de televisão e telefonei para esse deputado – porque ele era uma cara importante no parlamento. Eu liguei para ele: “Deputado, tá lembrado daquela conversa assim, assim, assado?”. E ele falou: “Estou”. “Eu quero dizer para o senhor o seguinte, se for derrubado... duas empresas de televisão já estão me procurando e eu vou denunciar. Estou te dizendo, que quero te pedir autorização, que eu vou denunciar aquilo que você me disse. Posso dizer que você falou que o acordo tá pronto? Você me disse

até quem estava no acordo e onde foi feito”. Ele pegou e falou: “Não. Não fale porque eles vão te cobrar porque você não falou isso antes”. E eu não tinha argumento porque eu não falei isso antes. Então, assim, a história, até agora, a gente só contou as coisas boas; agora tem coisas que a gente sabe que não foram boas e teve muito acordo, certo? Teve muita coisa que foi feita. Entre nós que estamos aqui, não, não vejo nada disso entre nós que estamos aqui, não vejo ninguém que tenha participado disso, nem que eu tenha conhecimento e, por conhecer as pessoas que estão aqui, acho que também não fariam isso. Porque a Lei nº 12.546, que colocou o imposto de cigarro, aumentando o tabaco e o cigarro, não foi feita para o tabaco. Ela foi feita para o chamado Regime Especial de Reintegração de Valores Tributários para as empresas exportadoras, que era para recuperar imposto por causa da concessão que havia sido feita para a chamada linha branca. Não foi feita para isso. Então, acho que a gente tem que colocar isso, para ficar claro. Porque estamos achando que o governo é um bloco monolítico, e não é! A gente sabe que não foi um mar de rosas. Então, já que isso aí vai registrar, estou colocando isso porque foi o período que eu participei, que eu vivi.

**Tania:** Acho que o que o Agenor falou é importante. Acho que essa questão do bloco monolítico é importantíssima que seja registrada, porque nem todos que ocupam cargo de ministro tal, tal, tal, têm um comportamento... vamos dizer alinhado, igual. E assim, posso dizer que testemunhei diferentes comportamentos, porque estou nessa função desde 2001, e a gente vê comportamentos que não mudam. Independente da questão partidária, não estou falando aqui de questão partidária.

Infelizmente, posso testemunhar que essa questão da medida provisória (a 540) me surpreendeu assustadoramente. Quando eu soube que o INCA não foi consultado,

como setor técnico, e eu soube que a Anvisa também não tinha sido consultada sobre uma emenda que eles chamaram até de contrabando... Quem falava dentro do Congresso Nacional não tinha nada a ver com o tema; o tema era imposto, e surge uma emenda, uma proposta de emenda para a Lei nº 9.294/96. Eu tive conhecimento dessa emenda pelo Ministério de Desenvolvimento Agrário, graças à CONICQ.

Nós estávamos numa reunião na Organização Internacional do Trabalho quando a Adriana Gregolin chega para mim: “Você já deu um parecer num projeto de lei, uma emenda, sei lá, um projeto de lei?”. Aí, eu: “Que projeto de lei é esse? Me dá, para eu ver, eu não recebi nada”. E que eu ponho o olho na primeira linha desse projeto de lei e eu vejo que ele é um projeto de lei que... a gente já conhece o discurso da indústria do tabaco, então ele era um projeto de lei que piorava a própria Lei nº 9.294, tirava o poder da Anvisa de regular e aquilo ali me chocou.

E aí veio todo esse processo, mas nós no INCA não pudemos participar do processo no Congresso Nacional. Então, a história foi transformar limão em limonada. E aí uma coisa que me impressionou e que o Agenor contou e que eu acho importante reforçar: depois de aprovado, esse projeto de lei precisava de um decreto para ser regulamentado. Para definir a abrangência da proibição – para definir o que era um fumódromo ou o que era o espaço reservado para fumar... Se ia ser totalmente fechado ou semiaberto... Três anos se passaram entre a publicação da lei e a publicação do decreto regulamentador.

**Marco Antonio:** Eu só queria resgatar na fala da Deborah... Primeiro, parabenizá-la porque acho que vivenciei esse tempo todo e seu investimento em pesquisa é notório. A gente nota claramente, como a Valeska falou, essa rica produção de pesquisa,

mas, em vários encontros, eu estava lá e acho que a própria Deborah me via como *persona non grata*, eu mesmo antipatizado por cobrar a questão do tabaco. Algumas vezes pedindo para Tania, para Valéria... fui repetitivo, em alguns encontros de promoção da saúde, quando era discutida a academia da saúde, em que a gente vinha dando um enfoque diferenciado nos outros fatores.

Isso me preocupava muito porque no observatório de promoção da saúde, que a Valeska está acompanhando agora, com a pesquisa que ela faz, temos mais de mil projetos cadastrados. A maioria deles – pelo próprio nome que a academia de saúde leva, – é mais ligado a atividades físicas. Isso remete a uma questão que ela menciona, da estagnação na queda da prevalência nos últimos anos e que é óbvio que temos que ter um investimento contínuo. Isso vinha martelando a minha cabeça, eu tinha certeza que a Deborah não via assim, mas eu sentia uma visão equivocada, e isso, provavelmente, ia acontecer em algum momento, se não tivesse esse fortalecimento contínuo do investimento em relação ao controle do tabagismo. Esse sucesso contínuo que vinha acontecendo, eu percebia nos gestores, na fala com gestores: “Olha porque vocês não estão investindo mais em controle do tabagismo como no ano passado?”. “Ah, porque o tabagismo já está resolvido”. Eu falava: “Como? Como?”

Acho que a Deborah viu isso várias vezes, eu a importunando lá na mesa e tentando levantar a bandeira. Tinha hora que eu falava assim: “Gente, será que eu – por ter tido essa vivência tão próxima com tabagismo... estou enxergando isso?”. Acho que isso tem que ficar claro, que o fato de o programa ter alcançado esse sucesso, de nós termos conseguido avançar... Todo ano era relatado: “Olha o tabaco está com a prevalência baixando”. Isso não quer dizer que a gente vai diminuir o investimento.

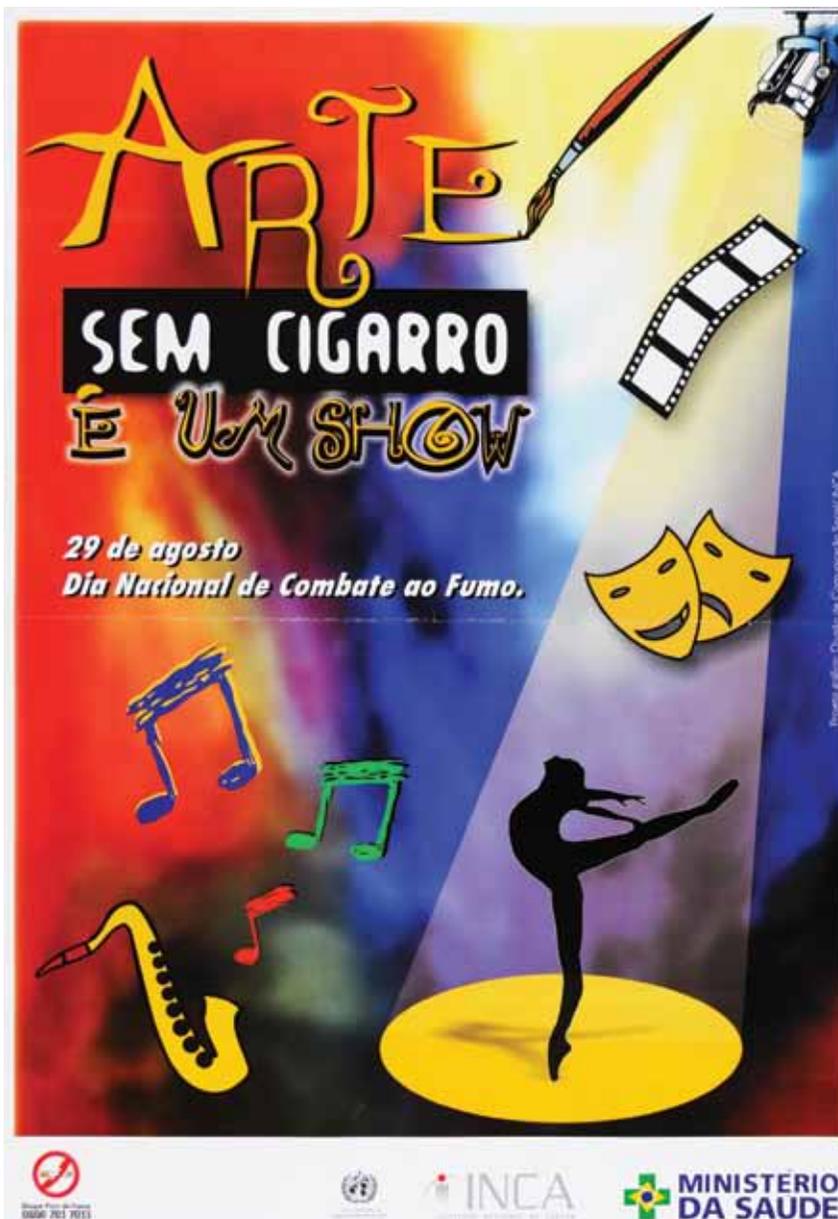
**Teresa:** Isso que você está falando, Marco, é uma preocupação, exatamente porque são dois pilares: os ambientes livres, com o fumante passivo, e a questão da dependência de nicotina, você tentar parar de fumar. Quer dizer, o fumante obedece e vai até o local para fumar, que não importuna, nem nada; ele ainda não se preocupa em tentar parar de fumar. Do ponto de vista da dependência química, nos ambientes de trabalho, o que a gente, como médico do trabalho, observa é que todo esse esforço em tentar parar, em vencer aquilo que lhe faz mal, não é só o pulmão. O sistema cardiovascular também. Então, me fica a dúvida, agora, exatamente em que setor deve atuar? Porque vai ter essa estagnação mesmo. E aí... Voltar a fumar? É sempre uma facilidade e voltar a fumar em ambiente fechado, e aí depois eu vou conversar sobre o narguilé também, são as outras coisas para tentar... Não polua esse ambiente, ninguém me perturba e eu continuo dependente, com minhas complicações cardiovasculares e demais questões tóxicas.

# Negociações, ratificação e execução da Convenção-Quadro para o controle do tabaco no Brasil

**Luiz Teixeira:** Bom, terminada essa fase, vamos passar agora para a nossa última – ou penúltima – discussão, relacionada à Convenção-Quadro. Eu gostaria de começar de uma forma meio cronológica, com uma discussão sobre a negociação da convenção. Darei a palavra à Vera para falar sobre esse processo.

**Vera:** A negociação do tratado na verdade, traz um solo fértil para o programa. Na verdade, como já tínhamos avançado muito, por conta da Campanha Nacional de Combate ao Câncer e, depois, por conta da Fundação, que agora é Fundação do Câncer, a negociação caiu em solo fértil no Brasil que, imediatamente, foi cooptado para esse processo internacional.

Comecei a participar das assembleias mundiais de saúde na delegação brasileira, na época do ministro (José) Serra. Nesse período, o Dr. Marcos já tinha saído e deixado um grande legado porque a gente se estruturou, se organizou, realizou vários estudos, um grande número de funções e eu quero deixar aqui o registro da importância da liderança do Dr. Marcos Moraes nesse processo. E aí, eu comecei a participar disso,



Campanha  
antitabagismo:  
2002



Campanha  
antitabagismo:  
2003

passei a ser vice-presidente dos primeiros grupos de trabalho que montaram o texto do tratado, e passei a ter acesso direto e íntimo às evidências e ao trabalho dos outros países, as práticas dos outros países nessa área, e ficava muito claro que o Brasil era um país de ponta, grande produtor e exportador de ponta.

A isso se juntou o fato de que o Celso Amorim era embaixador do Brasil em Genebra e foi convidado para presidir o órgão de negociação do tratado. Então, participamos desse processo todo. Eu me lembro de que tivemos uma audiência pública organizada, onde a indústria falou, e os órgãos de defesa da indústria e dos plantadores estavam lá, a AFUBRA mostrando a organização da indústria brasileira forte no processo. A indústria brasileira continua em todas as conferências das partes. A exemplo do que aconteceu naqueles órgãos das negociações, indo e frequentando, por exemplo, um dos maiores grupos de mídia dessa última COP-8 em Genebra, rádios e jornais do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, que vinham nas conferências de imprensa falar, mostrando um acompanhamento muito próximo da indústria do tabaco brasileira nesse processo.

O contato com o Itamaraty deu um impulso imenso porque foi do Itamaraty que tiramos a ideia de criar uma comissão de negociação, já como um mecanismo de defesa da indústria do tabaco. que eu acho que é uma coisa que apesar – Santini – da CONICQ passar algumas informações para a indústria, ela também representa um órgão de defesa da interferência da indústria porque na hora que a presidência da República toma uma decisão, ela tem a CONICQ como órgão para aconselhá-la, um órgão que transporta todos os temas que são discutidos nos outros ministérios para a presidência da República, então legítima... Claro que a CONICQ tem que ser fortalecida, mas ela tem uma grande representatividade

dentro desse processo nacional e, na verdade, ela coloca na prática esse conceito de multissetorialidade.

Bom, essa comissão de negociação legitimava o nosso trabalho, legitimava o trabalho do INCA no nível internacional e no nível interministerial e, a exemplo do que acontece no tratado, o setor saúde é que impulsiona o tratado, não é à toa que o secretariado do tratado está sediado na Organização Mundial da Saúde em Genebra. A saúde é o motor, é o carro motor do tratado, o tratado é um tratado de saúde pública com o protocolo do comércio ilícito; ele tem um grande objetivo de melhorar a saúde pública. Então, a CONICQ também se espelha nisso, é um grupo interministerial, cujo motor central é a saúde, e tem que continuar sendo, não há como não ser a saúde para secretariar e gerir a CONICQ.

Essa negociação aconteceu e o Brasil foi avançando nela, porque a lei federal, eu me lembro da gente negociando a lei federal no Congresso Nacional com o suporte do ministro Serra. Passamos, em menos de um ano, uma lei federal de proibição da publicidade, patrocínio e promoção de produtos de tabaco, uma lei de ponta, de pontíssima, e as imagens de advertência nos cigarros brasileiros e a proibição dos termos enganosos...O Brasil foi o primeiro país no mundo a fazer isso, caminhando mais para frente com a questão do tabagismo passivo também. Em 2001, a gente tinha um programa de ponta e um marco regulatório, legislativo, de ponta no mundo e isso, evidentemente, afetou a indústria profundamente. A indústria brasileira passa a ter uma representação internacional também muito maior, e ser um marco muito maior na própria rede internacional de plantadores de tabaco pela lógica do país.

Quando a indústria do tabaco começa a fazer financiamentos, por exemplo, de programas para tirar crianças da cultura do tabaco, isso foi durante a negociação do

tratado, ela usa o Brasil como um dos países para colocar um programa financiado pela indústria junto com a Organização Internacional do Trabalho que é uma coisa que a gente está discutindo hoje lá em Genebra.

Então, é muito importante que a gente faça sempre um paralelo do que a indústria foi fazendo durante esse encaminhamento, a quantidade de entrevistas que fomos convidados a dar, e sempre tinha alguém da indústria para refutar, a imprensa que, por exemplo, na pré-negociação do primeiro congresso de tabagismo se recusou a fazer a cobertura, e nós ficamos sabendo que a recusa foi causada por interferência da indústria porque, naquela época, existia propaganda de cigarro na mídia, nos jornais etc. Então, tudo acontece em paralelo e, assim, a negociação do tratado em si é um grande marco na diplomacia brasileira, tanto que ela é alvo de defesas de teses no Brasil, sobre o papel do Brasil na negociação do tratado porque – o que a OMS faz então? A OMS me contrata como diretora do departamento que secretariou a negociação do tratado, quer dizer, a Vera Luiza, que teve experiência do programa nacional no Brasil, que teve experiência de implementar um programa dentro do país, vira diretora de um departamento da OMS que secretaria o corpo de negociação do tratado, presidido por um diplomata brasileiro o Celso Amorim, depois substituído por Luiz Felipe de Seixas Corrêa. Aqui no Brasil, que continua sua luta interna, a Tania assume.

**Cristiane:** Também não quero ser repetitiva. Todas as considerações, por exemplo, que a Vera colocou com relação ao surgimento da negociação, acho que ela já demonstrou claramente como foi, qual o papel do Itamaraty, a importância do Itamaraty em liderar, em apoiar, não só o setor da saúde, mas os trabalhos da CONICQ daquela época. No primeiro dia, mencionamos que essa comissão foi criada em 1999 para subsidiar

as posições da delegação brasileira que seriam levadas às reuniões que se chamavam ONI – Órgão de Negociação Intergovernamental. Então, assim, a diplomacia foi um grande aliado, tanto nacional quanto internacionalmente.

Vou responder a uma das perguntas colocadas para mim: “Como ocorreu a criação dessa primeira comissão?”. No primeiro dia, dissemos que a Vera retornou ao Brasil, após participar de uma assembleia mundial da saúde, e teve uma participação bastante efetiva e próxima de um representante do Itamaraty. Este representante sugeriu, então, a criação de uma comissão interministerial para dar mais legitimidade às posições brasileiras que seriam levadas à Genebra periodicamente pelos setores envolvidos naquele momento. Salve engano na primeira composição, acho que eram nove ministérios, a sociedade civil já participava desde o primeiro momento, através de algumas organizações internacionais que tinham sido convidadas desde aquela primeira reunião em 1998.

A expectativa em torno da comissão nacional era exatamente essa, que as posições levadas à Genebra fossem realmente discussões em que se obtivesse um consenso, ainda que naquele primeiro momento, como a Tania comentou, alguns artigos em especiais eram alvos de muita discussão como, por exemplo, em um caso em que decisões de saúde pudessem se sobrepôr a questões de comércio, como ficaria isso? Era uma discussão bastante acalorada no âmbito dessa comissão que era a CNM CUT, e o representante do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio, naquele momento, era um grande opositor, assim como o Ministério da Agricultura. Mas, como todos falaram, era uma área que, como a saúde, sempre esteve muito baseada em evidências científicas. Era uma discussão política mas que, em determinado momento, nossas posições prevaleciam porque com essa discussão “Você quer

fazer ou quer ter razão?” a gente tinha razão do nosso lado, então era um pouco mais claro trabalharmos com as posições em Genebra.

Nós compilávamos todas as discussões, enviávamos para o representante da diplomacia em Genebra, então, quando a delegação brasileira chegava à Genebra, tinha aquele trabalho para guiar, orientar. É claro que durante as discussões, decisões eram tomadas para obter um consenso com os outros países, mas, em suma, você tinha um guia em que a delegação brasileira deveria basear seus posicionamentos.

Foi comentado aqui que, no início dos anos 2000, o Brasil já possuía um relativo conhecimento sobre suas ações. De fato, o advento da convenção, da negociação do tratado, nos permitiu avançar muito nacionalmente e, como eu coloquei, em 1999, já estávamos trabalhando na alteração do arcabouço legislativo; já tínhamos proposto alteração nas advertências sanitárias – tema que veio a ser nomeado como artigo 11; já estávamos trabalhando, como a Vera comentou, no projeto 3.156 que se tornou a Lei nº 10.167, que, de fato, foi um grande marco porque proibiu as propagandas nos jornais, na televisão e também o patrocínio dos eventos esportivos e culturais que naquela época era massivo. Então, de que forma o reconhecimento internacional também impactou nas políticas nacionais, era sempre um bom argumento dizer que o Brasil tinha sido o primeiro país a proibir os termos enganosos, que o Brasil tinha sido o segundo país a implementar as advertências sanitárias, isso dava reconhecimento para o país ser um líder e a comunidade internacional esperava que a gente continuasse seguindo essa liderança... Isso enchia nosso ego de estar na ponta desse programa e, de fato, sim, em última instância, protegendo a saúde da nossa população. Esse reconhecimento nos favorecia muito.

Com relação à ratificação no Congresso Nacional, o projeto recebeu um caráter urgente na Câmara dos Deputados. Isso foi o apoio da frente parlamentar que nós

tínhamos. Essa frente parlamentar foi um grande apoio na Câmara dos Deputados e, de fato, esse processo foi muito célere e até pegou a indústria de surpresa. E aí, o que não tínhamos enfrentado de dificuldades na Câmara, enfrentamos no Senado com a organização dos representantes da indústria, dos parlamentares... Para eu concluir, com relação a essa questão, um dos desafios que a gente traz desde a ratificação até o momento é o artigo 5.3 sobre o envolvimento, a interferência da indústria nas políticas públicas e controle do tabaco. Nós ainda vemos muito presente: o artigo 5.3 é crucial para a implementação do tratado nos países. Nós temos muitos desafios ainda, mas precisamos pensar em formas mais efetivas de blindar ou de pelo menos tentar minimizar a interferência da indústria na promulgação de novas legislações. Vimos, pelo depoimento do Albino, que não temos muita clareza sobre o futuro, mas que a indústria ainda tem uma presença muito forte no Parlamento.

**Luiz Teixeira:** Obrigado, Cristiane. A professora Tania pediu a palavra, mas, antes, vou fazer um pequeno comentário. Infelizmente nós não conseguimos ter nesses dias algum representante da diplomacia, mas os estudos que já existem sobre essa época reforçam a importância também da diplomacia brasileira nesse período. Sem a existência de um processo de transformação da diplomacia, que começa no final do governo Fernando Henrique e tem continuidade nos governos Lula, principalmente a partir do Celso Amorim, não conseguiríamos ter um apoio para conseguir uma negociação desse processo com tanta eficácia assim. A ideia de uma diplomacia soft, voltada principalmente para a colaboração, para questões de educação e para questões de saúde, que hoje em dia se modificou completamente, favoreceu muito esse processo. Juntando a questão da diplomacia com a questão desse conhecimento

acumulado no âmbito da saúde – do que a gente chama de burocracia da saúde – acho que isso abriu um pouco essa janela de oportunidade para conseguirmos ratificar o acordo. Existem vários grupos que se aproximam e, entre eles, essa proximidade entre estado, o campo da burocracia da saúde e da diplomacia foi fundamental. Tania, você queria fazer um comentário aqui, não? Você pode fazer agora porque a gente vai voltar para a questão da agricultura, dos produtores.

**Tania:** É, mas isso está imbricado em todo esse processo. Vou contar um pouco como é que o presidente Lula assinou a intenção de ratificar a convenção e, na sequência, o executivo encaminhou para o legislativo em uma cerimônia, inclusive na Câmara dos Deputados, e deu-se início ao processo de ratificação, ao longo processo de ratificação da convenção, que começou na Câmara dos Deputados. A coisa aconteceu rápido na Câmara porque pegou até a indústria de surpresa, a Cristiane falou rapidamente sobre isso, o deputado era João Paulo Cunha, liderança do PT na época do governo Lula. Passou rapidamente no voto por liderança e aí a indústria correu atrás do prejuízo e começou um trabalho intensivo no Senado Federal para, exatamente, embarreirar esse processo.

Então, os anos de 2003, 2004 e até outubro de 2005, a nossa função foi enfrentamento da indústria do tabaco, Santini [risos] comentava muito; “Eu não entendia nada, de repente a gente estava lá em não sei aonde e depois estava lá em não sei aonde...” [risos] “...Estava lá em Santa Cruz, depois estava lá em Brasília, estava lá...” foi um momento bastante turbulento, o Santini começou a acompanhar esse processo meio “que isso?” e aí a gente começou a fazer as interfaces, e a Érica, provavelmente, vai contar com mais detalhes, como é essa interface dentro do Congresso Nacional,

nos gabinetes, visitar os gabinetes, colocando os nossos argumentos “Por que aprovar a Convenção-Quadro?” Porque existia todo um processo de desinformação que a indústria começava a construir exatamente para convencer o Senado a não ratificar a convenção. E aí entra a questão dos agricultores, nas regiões produtoras, elas começam a plantar o terror, inclusive dizendo que se o Brasil ratificasse, o governo iria proibir os agricultores de plantar fumo, então essa foi uma das, vamos dizer, fortes desinformações que foram plantadas, e isso era bastante complexo na época porque foi exatamente no ano que ia ter a eleição de prefeitura, de prefeitos, e eu trouxe até aqui, fui mexer no baú, e achei umas coisas que são bem interessantes: nós recebemos, na ocasião, o ministro Humberto Costa, que também assumiu a liderança, e foi um grande líder nesse processo, inclusive sofrendo pressão do seu próprio governo. Vou contar com detalhes uma coisa que eu vi nesse momento, eu não sei se esse novo detalhe interessa a vocês, mas assim, eu acho que ele ilustra um pouco esse enfrentamento que o ministro teve dentro do próprio governo. Na ocasião, nós recebemos de um vereador de Venâncio Aires, RS, um pedido de ajuda porque a indústria estava fazendo uma campanha para que as pessoas não votassem nos prefeitos do partido porque o governo iria proibir plantar fumo, porque eles estavam defendendo a ratificação da convenção. E aí, nesse processo, nós fizemos várias entrevistas em rádios, por conta desse pedido do vereador e lá da região. Só para dar um pulo no tempo, hoje, esse vereador é de outro partido e está com a indústria do tabaco.

O ministro então compra uma briga de dentro do próprio governo porque o Senado começa a fazer as audiências públicas para debater se o Brasil deveria ou não ratificar a Convenção-Quadro, porque havia essa disseminação: “Ah, não, o Brasil não deve ratificar porque senão vai gerar prejuízos econômicos para as regiões produtoras”.

Havia sido construído um conceito que a gente precisava desconstruir. Então, começamos a reagir, no sentido de construir documentos, publicações: “Por que ratificar? Mitos e verdades”. E os argumentos deixaram de ser de saúde e passaram a ser econômicos, inclusive um dos argumentos que usávamos era: “A China é o maior produtor e já ratificou”, a China ratificou antes da gente, e a gente falava: “A China, a Índia, todas ratificaram e vão estar na primeira reunião negociando e isso pode prejudicar a questão dos agricultores, inclusive”. Começamos a desconstruir, dizendo que a convenção, ao contrário, tinha dois artigos que tratavam de salvaguardar os meios de vida dos agricultores que são os artigos 17 e 18. E aí, começavam as audiências e eu queria só ilustrar – eu me lembro exatamente do ministro Humberto Costa. O gabinete dele me ligava dizendo assim “Vem amanhã porque o ministro vai estar em audiência e você vai assessorá-lo”. Daqui a pouco... “Não vem mais não, porque ele não vai”. Ligaram-me três vezes “vai, não vai” até que, finalmente, ele foi, sentei-me com ele, preparei uma apresentação para ele e acompanhei-o à sala do Senado. Ficamos em uma antessala, eu presenciei o senador Tião Viana, na época, desinformado, chegando para ele: “Você está aqui? Você vai cometer um erro! Esse é um erro! Você não está vendo a sala?!” Estava cheia de agricultores, prefeitos, aquela coisa bem intensa, com faixas, contra a ratificação. E aí eu fiquei tão assim, que falei: “Não, ele está certo, os dados estão com a gente”. O senador ficou olhando, mas ele ia para outra pauta que era da biodiversidade, que estava em votação. Ele saiu e, depois, veio a ser um grande aliado nesse processo, mas assim, só para a gente ver como era o processo de rapidez da construção de um conceito que fazia as cabeças do Senado e a gente tendo que acompanhar essa velocidade sem ter as mesmas pernas, então isso é assim, um processo. E eu queria reconhecer muito a liderança do senador Humberto Costa, inclusive

a questão internacional também ajudou muito porque, como ele, o presidente participou, assinou, havia a negociação recém acontecida, havia um trânsito do ministro na Assembleia Mundial da Saúde, havia o contato com a Vera, então, tudo isso também ajudou a ele ter certeza que estava no caminho certo. Isso, realmente, é um processo contínuo que tem que ser considerado, do cenário nacional dialogando com o cenário internacional. E aí aconteceram várias audiências. A primeira foi no Senado e, pela primeira vez na história do Senado, as audiências aconteceram fora do Senado, em áreas produtoras de tabaco, sempre com um jogo muito forte de fazer a pressão, essa imagem que o Santini passou. Nós participamos dessa audiência de Santa Cruz do Sul, o (ministro) Temporão foi na frente com o (deputado federal) Suplicy e, na noite, o Temporão até me ligou: “Tania, estou aqui na Assembleia e eu não vou fazer aquela apresentação” [risos]. Eu tinha preparado uma apresentação mais incisiva. E ele sentia que não tinha clima, e ele estava certíssimo porque a Irmã Lourdes estava presente lá com o cartaz “fumo é cultura da morte” e ela foi vaiada, era uma coisa tensa, para a gente entrar, era quase um corredor polonês, de agricultores altamente irados com a gente, no caminho, na estrada – fomos de carro, de Porto Alegre para Santa Cruz, a estrada cheia de ônibus com aquelas faixas, era uma coisa muito tensa... Televisão... Quando eu entrei na antessala para ir ao auditório – na Universidade de Santa Cruz – já começavam os microfones no meu rosto e eu, assim: “Nada a declarar” [risos], passando direto, porque nós íamos para a audiência. Foi tudo bastante tenso. Esse foi um exemplo, depois tem vários outros que a Érica vai contar. Eu nunca tinha visto a indústria tão enfurecida quanto nessa fase. Nós sempre tivemos essa interface, mas... Passada essa fase... o Brasil finalmente ratifica a convenção e aí vem a temporada do CONICQ. Como já mencionei, na última reunião da Comissão Nacional de Controle do

Uso do Tabaco, o representante da agricultura, que era uma pessoa extremamente antagônica, coloca: “Olha, essa é a última reunião dessa comissão, porque a negociação acabou, ela era só para a negociação”. Nós ficamos calados e fomos conversar com o ministro Humberto Costa, com quem tínhamos um bom trânsito. Levamos uma minuta que a Cris fez e conseguimos transformar essa comissão em uma comissão de implementação, uma comissão executiva.

E aí, uma coisa muito importante: o Itamaraty teve uma participação muito importante. Aprendi muitas coisas com essa parceria. Fernando Figueira de Mello, o representante do Itamaraty, me falou o seguinte: “Você tem que pegar esse decreto, essa convenção, colocar de baixo do braço e dizer: “Isso é uma política de Estado, não é uma política de governo, e o decreto te dá legitimidade de cobrar o que tem que ser feito para que essa política aconteça”. Desde então, absorvemos esse conhecimento e “política de Estado” passa a ser nosso grande mote para justificar, às vezes, até a nossa quebra de hierarquia. Estamos em uma instituição subordinada à SAS, mas o decreto dá poder ao INCA. Então, o INCA está empoderado para fazer isso através de um decreto. Esse tema não era prioritário porque a maior parte dos países não são produtores, mas o Brasil brigou por isso porque eram 200 mil famílias na época, hoje são 150 mil.

Agora, o que aconteceu nesse intervalo que eu considero fundamental: a Nise Yamaguchi foi uma pessoa essencial nesse processo. Porque ela tinha uma entrada, inclusive na política, e ela conseguiu uma audiência... o ministro da Agricultura, Roberto Rodrigues, deu uma declaração infeliz em algum momento, e nós já vínhamos ouvindo, até de alguns senadores: “Olha, só vai ratificar quando o PMDB decidir, quem manda é o Roberto Rodrigues, é o ministro da Agricultura”, porque em um evento que Paula e eu fomos, em Buenos Aires, um parlamentar vivia falando isso no ouvido da

gente. Um belo dia, o ministro Roberto Rodrigues começou a dizer que era só a Saúde que queria ratificar a comissão e aí isso mostra a importância da CONICQ, porque ela foi criada também para promover a ratificação da convenção. Então, todos os setores da CONICQ, o Ministério da Agricultura, a Casa Civil, o Ministério do Desenvolvimento Agrário, todos começaram a dizer: “O governo, como um todo, quer ratificar a convenção”. Então, isso também fez a diferença nesse processo, não era a Saúde, eram todos os setores do governo que estavam representados nessa comissão.

Nesse processo, na conversa com o Roberto Rodrigues, a Nise tinha dito que ele e a esposa tinham tido câncer, e a narrativa dela (Nise) incluía câncer, relação com tabagismo e câncer... Érica tinha me contado que, em uma audiência em Camaquã, RS (eu não pude participar) o presidente da AFUBRA – Associação dos Fumicultores do Brasil disse assim: “Olha, o ministro da Agricultura faz o que eu quero, come na minha mão” e eu falei isso pro ministro: “A AFUBRA está dizendo que o senhor faz o que eles mandam”. Então, ele ficou assim: “Eu vou sair daqui e vou conversar com o presidente Lula porque estou há um tempão propondo que se crie um programa de diversificação para resolver essa situação e ele não resolve”. E aí, passaram-se dois, três dias e a Casa Civil entrou em cena. Foi quando a gente começou o processo de, vamos dizer assim, entrada de peso do executivo para brigar, e o senador Tião Viana foi, na época, o representante do governo que fez todo o meio de campo para vencer e convencer o senado a ratificar. Então, em resumo foi isso, só um exemplo.

Acho que a Vera falou uma coisa muito importante que são essas cores da indústria, nós iniciamos uma articulação com movimentos sociais, começando a trabalhar com a REDEH...

**Paula Johns:** Mas isso já foi bem depois né?

**Tania:** Não, foi antes... É porque você (Paula) não estava ainda. A REDEH – Rede de Desenvolvimento Humano estava indo para Genebra. Nós fizemos um convênio com ela e começamos a fazer alguns movimentos, colhemos assinaturas, umas duas mil assinaturas, não me lembro exatamente. Nós conhecíamos a rede em função do câncer de colo de útero. Então, fizemos um aditivo no convênio que tínhamos com a REDEH para elas começarem a trabalhar com tabaco. Mas isso foi antes de você entrar. Só funcionou quando você entrou [risos]. Antes, as pessoas entravam e saíam da área de tabaco. Fizemos um movimento (temos até fotos) em frente ao Senado Federal. Colocamos cruces, caveira e o ministro Humberto Costa foi bem simbólico, pegou as assinaturas, foi na presidência do Senado (durante as audiências) e entregou para o senador... Pouco tempo depois, a AFUBRA colheu quase 200 mil assinaturas, assim sei lá, cem vezes mais que a gente tinha colhido, contra a ratificação da convenção, e entregou também ao Senado. Era um duelo de forças e isso foi bem significativo. O assunto só se resolveu quando o executivo pega “o touro à unha” e vai negociar na Casa Civil. Foi então assinado um compromisso pelos ministros da Fazenda, da Saúde e das Relações Exteriores para a implementação do programa de diversificação.

O MDA não participava da CONICQ mas, depois, começou a participar. Foi então que conheci o Adoniram Sanches. E outra coisa que acho importante registrar é que houve também uma declaração interpretativa. Essa pressão foi tão forte que no depósito da ratificação na ONU houve uma declaração interpretativa de que o governo assume que nada na convenção poderia ser usado para discriminar a produção de tabaco. Então, isso ficou como a marca da luta – o dedo da indústria nesse processo.

Essa questão foi muito importante porque permitiu dar visibilidade à intersectorialidade, brigando pela ratificação da convenção, porque a gente precisava ajudar os agricultores, porque ela nasceu com esse foco – ajudar os agricultores a diversificar porque o pessoal dizia que a convenção ia gerar dano econômico. Construiu-se então um projeto de lei do executivo, todos os membros da CONICQ aprovaram, mas não houve o empenho político do executivo na negociação do legislativo. As audiências foram tensas, com a presença de governadores. Dando um reforço do que a Andrea falou, o papel das secretarias estaduais foi fundamental. Então, eu vou encerrar por aqui, depois faço outros comentários porque há várias coisas interessantes.

**Albino:** Só para fazer um registro, acho que impactou... A primeira audiência em Santa Cruz é muito marcante para a Tania e para todos os que participaram. Ela mexeu muito com a nossa cabeça, porque ela realmente foi uma audiência de alto impacto, de grande mobilização, realizada no auditório da universidade, com transmissão para um outro ginásio. Fora toda a movimentação anterior, eu estava circulando, e me surpreendi com a movimentação que houve em Porto Alegre, quando levaram o (ministro) Temporão para uma sala e fizeram aquele debate. Mas é importante frisar que as audiências foram em um crescendo de argumentação, de contraposição, de esclarecimento... A de Camaquã também ficou de casa cheia, mas o teor do debate, a desmistificação de mitos e verdades já estava bem mais colocado, se construía uma rede de apoio muito grande de pessoas que começavam a se manifestar também. Quando o movimento culminou com a audiência pública em Cruz das Almas, na Bahia, eu tenho muito presente na memória, porque foi uma audiência totalmente o inverso da primeira. Foi realizada na UFBA,

com total apoio. As linhas de argumentação da apresentação em cada local eram feitas por um historiador.

A introdução, em Santa Cruz, feita pelo professor Algário foi boa mas sem se posicionar. Já a da Bahia, não me lembro do nome do professor, ele fez uma síntese bem melhor, com posicionamento, e estabeleceu paralelos em relação às demais convenções-quadro que o Brasil participa. Isso, Vera, nós não usamos nas primeiras audiências porque, para a maioria das pessoas, Convenção-Quadro era tabaco. Ninguém lembrava da Rio 92, e quando isso começou a contextualizar e perpassar os debates, muitos senadores, deputados e lideranças políticas dos governos começaram a se posicionar. É aí que eu chego. Eu me lembro da Paula Johns, porque ela pegava o cerne de um setor que era importante, que também abraçasse, que era o Ministério da Agricultura através do Roberto Rodrigues e tudo o que ele representa, a Fundação Getúlio Vargas, contratada pelas indústrias para contrapor, eles fizeram muita nota, eu digo isso em qualquer lugar, eles fizeram muita nota contra a Convenção-Quadro alegando que era escrita “em cima da coxa, escrita de uma hora para outra sem fundamentos, sem sustentação”, mas era vendida e jogada nos debates para tentar convencer. Eu fui chamado por alguns companheiros de partidos que questionavam: “O que é isso? Vocês estão loucos?”

Falando agora em mensalão da indústria do tabaco... Houve uma matéria no *Estadão* que trabalhou o tema do mensalão da indústria do tabaco que também mexeu dentro do governo. Inclusive na reta final, dez minutos antes da votação no Senado, a Paula foi escrever uma carta de desculpas.

Voltando para a Bahia, quando o senador César Borges, do PFL baiano, faz a fala de encaminhamento da votação e cita que um dos principais motivos para que eles

estivessem encaminhando o seu partido para votar a favor da ratificação, foi o fato de terem recebido muitas informações que não conferiam, inclusive que havia duas milhões e 400 mil pessoas envolvidas... – no final, ele cita: “Foi muito importante o contato com lideranças na Bahia, da corte da Bahia, da FETRAF, da rede Tabaco Zero...”. Isso nos surpreendeu. É também importante registrar que, mesmo com as audiências, e nós começando a estabelecer o processo de razão, de contraposição, desmistificando mitos e contrapondo com verdades, o debate estava bastante travado em função da forma como a Casa Civil tratava o tema. O fato de a ex-presidente Dilma assumir a Casa Civil enquanto ocorriam as audiências foi, na minha opinião, muito importante, e acelerou o processo de decisão governamental. Ela começou a chamar os ministros e dizia: “Vamos despachar esse assunto, isso precisa andar e tal” e, em questão de 72 horas, sai a declaração interpretativa que circulou entre nós, o Agenor acabou assinando, o Rodrigues assinou, o Palocci assinou, o Celso Amorim... Os seis assinaram essa declaração interpretativa e ela cai como uma luva para que o Heráclito Fortes pudesse apresentar um relatório e encaminhar o voto favorável pela ratificação. Fecho, acho que é importante... Eu quero só lembrar um fato histórico que me chamou muito atenção, não me lembro exatamente em que época, mas acho que logo depois que a Câmara dos Deputados aprovou, por unanimidade, por voto de liderança, a Tobacco Report, uma revista das indústrias que circula no mundo todo. Ela publica uma matéria sobre a produção de tabaco no Brasil e o título é “Lost Paradise” [Paraíso perdido], e ali ela trabalha muitas informações, muitos elementos, dizendo assim: “Se o Brasil ratificar, eles estariam perdendo um paraíso de produção”, e trabalha essa informação da migração da produção dos Estados Unidos para cá, de que já tinham perdido o segundo paraíso que era o Zimbábue, em função da

revolução e tal. Então, aquela revista me chamou atenção, com tanta informação. Não que elas não fossem reais, mas era uma forma de dizer: “Oh, os caras realmente vão jogar duro para tentar manter o paraíso”.

**Luiz Teixeira:** Obrigado, Albino. Bom, primeiro eu vou pedir desculpas à Érica porque ela acabou não falando, e agradecer a todos e a todas. Foi um processo bastante interessante. Para encerrar, eu gostaria de dar a palavra à Vera e à Valeska que foram as principais mentoras desse seminário testemunho.

**Valeska:** Eu gostaria de agradecer muito a vinda de todos, acho que a gente conseguiu cumprir nosso objetivo. Esse encontro foi muito produtivo, estamos super entusiasmadas em produzir esse material. Com tudo o que foi feito aqui, com tudo o que foi falado, acredito que temos um material muito bonito, um registro consistente desta bela história de luta, um exemplo de sucesso na saúde pública brasileira. Entendo que não temos o material completo, programamos entrevistar pessoas que não puderam vir. Lamento também não ter podido convidar todos que gostaríamos. Quando o livro ficar pronto, vamos fazer um evento com a participação mais ampliada possível para celebrar todas as pessoas que participaram dessa luta, e para divulgar todo esse trabalho.

Queria agradecer muito, fico muito feliz, porque a Fiocruz é um lugar assim, estou muito feliz de estar aqui, tenho o pensamento da Fiocruz, sou da saúde pública, penso como a saúde pública, sou da reforma sanitária, então, estou muito feliz. E aqui tem uma grande coisa também que é essa possibilidade de fazer parcerias com várias áreas, como a Casa de Oswaldo Cruz, com quem nós trabalhamos muito bem juntos

e de igual para igual, um aprendendo com o outro. Então eu agradeço, foi uma honra ter vocês aqui, é uma honra ouvir coisas que eu não sabia, eu sou apenas uma aprendiz dessa história toda, aprendi muito, ouvi muito e estou muito feliz.

**Vera da Costa e Silva:** Gente olha, só para terminar, eu queria muito agradecer aos dois “Luizes”, eu acho que eles fizeram um trabalho de psicanalista de ficar ali organizando o pensamento do grupo, sem interferir, mas ao mesmo tempo, dando um alinhamento para o grupo. E dizer que eu acho que a coisa mais importante aqui é que o Brasil dá certo sim, que essa coisa de que o Brasil não dá certo, de que o Brasil é o país do futuro que nunca chega, eu acho que essa história mostra que hoje a gente tem resultados e a gente salvou muitas vidas de brasileiros por conta do trabalho que a gente fez, então eu acho que isso é um trabalho coletivo, um marco histórico e que todo mundo tem que ficar muito orgulhoso, aprender com as lições, aprender com as dificuldades. Nós somos um marco dentro e fora do Brasil, de como é possível, perante uma grande diversidade, em um país em desenvolvimento, grande produtor, grande exportador, com inúmeros programas paralelos, competindo pela prioridade, conseguir chegar lá.

Obrigada a vocês.



Campanha  
antitabagismo:  
2004

# Entrevista com Paula Johns<sup>1</sup>

**Entrevistadores: Luiz Alves Araújo Neto  
Luiz Antonio Teixeira**

**Luiz Alves: *Paula, você poderia falar sobre a sua formação? Você fez graduação e mestrado fora do Brasil, como foi isso?***

Eu fui para Dinamarca – tenho direito à cidadania –, cursei graduação em Ciências Humanas e mestrado em Desenvolvimento Internacional. Fiquei lá durante dez anos e, quando voltei ao Brasil, tive um pouco de dificuldade para encontrar um espaço de trabalho. Primeiro, porque eu não criei um network no país; segundo, porque eu não tinha uma clareza sobre como era o nicho do Terceiro Setor por aqui. Como meu mestrado era voltado para cooperação internacional através de agências de

desenvolvimento, cheguei a fazer algumas pesquisas na África, mas ficou muito claro que não era isso o que eu queria. Eu pensei “Tem tanta coisa para fazer no Brasil, então, eu vou voltar para casa”. O tema da minha tese foi a questão racial, na verdade, e eu estou até feliz que agora está ganhando um peso no Brasil que eu nunca vi antes.

Numa festa de aniversário infantil, descobri que existia um universo de Terceiro Setor que não era visível nem nos mecanismos de busca de trabalho habituais. Então, fiz uma entrevista numa organização e disseram: “Nossa, tem uma

---

<sup>1</sup> Impossibilitada de participar integralmente do seminário “Quatro décadas de história do Controle do Tabaco no Brasil”, realizado entre 05 e 07 de novembro de 2018 na Fundação Oswaldo Cruz, Paula Johns concedeu uma entrevista sobre sua participação nesse processo.

organização que é a tua cara, que lida com a questão de gênero”. Acabaram me contratando até por eu falar bem inglês e, nesse momento, começou minha relação com o INCA, que estava iniciando projetos no campo da promoção da saúde. Na época, havia duas ONGs que funcionavam no mesmo espaço físico: uma de comunicadora de rádio e a outra de gênero e meio ambiente. Elas já tinham participado de projetos com o INCA de promoção da saúde, com grupos feministas no caso da prevenção do câncer de colo de útero e prevenção do câncer de mama<sup>2</sup>.

No INCA, presenciei dois movimentos paralelos: o início das negociações da Convenção-Quadro e o projeto do Instituto de Promoção da Saúde, ambos com foco

---

2 Nos anos 1990, o INCA iniciou aproximações importantes com movimentos feministas vinculados à pauta da saúde da mulher, principalmente quanto ao controle do câncer do colo do útero e de mama. Com a criação do Programa Viva Mulher, em 1998, essa relação tornou-se mais estreita, com a incorporação de mulheres do movimento ao quadro de profissionais do Instituto e a participação dos grupos de mulheres na avaliação das políticas de cânceres ginecológicos.

no controle do tabaco. Então, entro na organização com essas duas iniciativas acontecendo paralelamente, e começo a representar a organização pela sociedade civil nas negociações para Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.

Eu era fumante quando comecei a trabalhar com o controle do tabagismo. Quando minha chefe me enviou para uma reunião, foi um soco no estômago. Nessas reuniões, comecei a me deparar com um universo até então desconhecido. Logo no começo, procurei entender como que era a atuação da sociedade civil sobre tabagismo no Brasil, e vi que aqui era muito diferente, havia uma liderança muito forte por parte do governo, não à toa a Vera Luiza da Costa e Silva foi parar onde parou<sup>3</sup>, mas não havia uma atuação forte da sociedade

---

3 Coordenadora do Programa Nacional de Controle do Tabagismo em suas fases iniciais e nome fundamental na participação brasileira no processo de ratificação da Convenção-Quadro, Vera da Costa e Silva foi consultora do Secretariado da Convenção-Quadro entre 2006 e 2014, ocupando em seguida cargo de Secretária Executiva da Convenção-Quadro na OMS.

civil, como em outros países. Você tinha a mobilização das sociedades médicas, mas não a da sociedade como um todo. Então, em conversa com outras organizações, isso até causava estranhamento. As pessoas questionavam onde estava a sociedade civil no movimento pelo controle do tabagismo. E foi aí que eu comecei a ter muitas conversas, particularmente com organizações do Canadá, envolvidas com programas em nível global, e me apontaram que seria necessário fortalecer a sociedade civil no Brasil para tornar as ações nacionais sustentáveis a longo prazo.

Em paralelo, houve também o movimento do INCA de reconhecer a importância da sociedade civil, convidando atores da sociedade civil – e foi aí que entrei em cena. Por um lado, comecei a criar uma rede no Brasil, eram muitas organizações feministas, que faziam parte da rede da organização onde eu trabalhava, e algumas outras. Tive um primeiro projeto financiado pelo INCA chamado “Prevenção:

caminho para a Saúde”, quando formei essa primeira rede que depois virou a rede do Tabaco Zero. Nessas conversas, comecei a construir a possibilidade de arrecadar recursos para continuar com aquela rede que já tinha sido iniciada. Consegui bolsas da União Internacional de Combate ao Câncer (UICC), pois existiam alguns consórcios de organizações globais que começaram a financiar algumas coisas. Era assim: eu conseguia, digamos, dez mil reais, sobrevivia “x” meses, depois conseguia outra bolsa. Passei um bom tempo nesse movimento.

**Luiz Alves: *Você começou a trabalhar no campo da saúde através da REDEH<sup>4</sup>,***

---

4 A Rede de Desenvolvimento Humano (REDEH) foi fundada em 1990, tendo participação importante na Eco-92 e na formulação da Agenda 21 de Ação das Mulheres, elaborada por entidades e pessoas de 83 países. Trabalha para a efetivação de políticas e ações para promover a igualdade de gênero, raça e etnia junto aos outros atores do desenvolvimento sustentável; cursos de formação voltados para lideranças locais; e participação em processos para formulação de políticas de desenvolvimento justo e sustentável em nível federal, estadual e municipal, além da promoção da inclusão e educação digital.

*certo? Como foi esse primeiro contato com a área da saúde?*

A REDEH era uma organização muito ligada aos movimentos de mulheres de um modo geral, tinham as duas lideranças lá, uma era mais ligada ao cenário global, e a outra era mais ligada aos movimentos de mulheres aqui no Brasil, sempre teve um envolvimento muito grande com isso. Quando a REDEH parou de tocar o projeto do tabagismo, eu comecei a levá-lo por conta própria, já que ele havia ficado meio órfão, buscando outros financiamentos para prosseguir com esse trabalho de controle do tabagismo.

Como socióloga, fiquei muito insatisfeita ao observar os aspectos sociais do problema do tabagismo, seus determinantes sociais e comerciais. Percebi que tinha um nicho, porque as sociedades médicas acabam pegando muito esse viés da saúde, então isso já estava coberto. Comecei a visitar as regiões produtoras de fumo, a ver como o elo mais

fraco da cadeia produtiva era usado como escudo; foi esse tipo de coisa que me motivou, muito pela indignação e, ao mesmo tempo, acompanhando as negociações internacionais e me inspirando em organizações de outros países. Comecei a construir uma estratégia com o governo do Canadá, de tentar inserir controle do tabagismo como um tema de desenvolvimento, não como um tema exclusivo de saúde. E foram várias etapas disso. Através desses contatos com o Canadá, muito com a HealthBridge Foundation Canada, primeiro consegui um financiamento piloto para reunir um grupo no Brasil e pensar num projeto maior na área de controle do tabagismo, de formação de coalisão, de rede, de pensar nas políticas. Nesse período, a rede formada nos tempos de REDEH ganhou um novo peso, com várias lideranças relacionadas ao controle do tabagismo no Brasil reunidas em um hotel em São Paulo, onde fizemos um planejamento de quais ações

deveriam ser feitas na área, o que serviu de base para um outro projeto apresentado ao governo do Canadá, contextualizando o controle do tabagismo como um tema de desenvolvimento sustentável. Essa foi a primeira vez que a agência de cooperação internacional do Canadá financiou o controle do tabagismo como um tema de desenvolvimento sustentável, e não como uma agenda específica do Ministério da Saúde do Canadá. Para mim, isso foi muito significativo.

*Luiz Alves: Nesse período mais inicial, havia essa preocupação por parte das instituições de saúde pública, do INCA, quanto aos determinantes sociais do tabagismo?*

Um pouco por conta dos produtores, porque a gente começou a ter contato com aqueles produtores, mas acho que, no Brasil, isso aconteceu muito por conta da resistência da indústria, usando o produtor para impedir a ratificação da

Convenção-Quadro, acho que esse foi um processo construído no INCA também, mais ou menos em paralelo, de você ter ali a Tania Cavalcante e outras pessoas engajadas com esse tema. E já tinham algumas lideranças da área rural que falavam muito sobre isso, a exemplo da Irmã Lourdes Dill, e a gente começou a ampliar o diálogo com essas lideranças que já cuidavam do tema da diversificação da produção de fumo.

*Luiz Alves: No seminário Testemunho, realizado em 2018, você mencionou a relação entre gênero e a trajetória do controle do tabagismo, destacando a forte presença feminina nesse processo. Você poderia falar um pouco mais sobre isso?*

Em linhas gerais, eu vejo uma participação muito expressiva de mulheres em temas de saúde pública, pelo menos nas bolhas pelas quais eu circulo. Claro, você tem os ícones, em alguns lugares você tem cenas clássicas, embora todo o

trabalho do controle do tabagismo tenha sido feito massivamente por mulheres, já participei de várias mesas em que eram só os homens na mesa oficial, isso aconteceu algumas vezes. Mas eu acho que existe um pouco essa correlação entre mulher e saúde pública. Posso estar enganada, mas é o que eu percebo nas minhas bolhas. Não sei se tem estudo falando sobre isso. Uma coisa que eu achei muito interessante no processo todo foi que a gente chegou a fazer uma vez, bem no início até do trabalho com a REDEH, uma pesquisa entre as organizações feministas que faziam parte da rede sobre tabagismo, e observamos que mais de 50% das mulheres dessas organizações fumavam; então, era muito maior do que o percentual da população. Isso foi meio que a comprovação “na vida real” dos impactos das estratégias de marketing voltadas para a emancipação da mulher na sociedade. Então, as mulheres que estavam na liderança dos movimentos feministas eram, a

maioria, fumantes. Isso foi muito significativo para a gente e, claro, usado nas comunicações sobre a efetividade do marketing na indústria, mobilizando a emancipação feminina nas suas estratégias.

**Luiz Antonio: *Paula, você poderia fazer uma narrativa sobre sua experiência no processo de ratificação da Convenção-Quadro?***

Para mim, foi uma super escola, o que me fez aprender a fazer advocacy<sup>5</sup> na prática, entender os papéis de diferentes atores na sociedade e essa relação com o governo. O DNA da própria Aliança Contra o Tabaco (ACT)<sup>6</sup> veio muito disso, da necessidade de você construir

---

5 Advocacy é um termo em inglês que indica movimentações lobistas em direção a pautas específicas. Também denominado de “lobby do bem”, sobretudo por mobilizar questões de interesses de pacientes e usuários de serviços de saúde, o advocacy é uma importante forma de mobilização da sociedade civil no campo da saúde, principalmente desde a década de 1990.

6 A Aliança contra o Tabaco, atual ACT Promoção da Saúde, é uma organização não-governamental que trabalha com diferentes temas e agendas do campo da saúde conectados à prevenção de doenças e à promoção da saúde.

redes, coalizões. Eu chegava nas reuniões cheia de banca, dizendo “eu não estou falando só por mim, eu tenho uma rede de mais de X organizações que está me outorgando esse papel, então não estou sozinha, tem muita gente apoiando”. Foi também um processo que envolveu encarar com mais tranquilidade as polêmicas; de fato, o controle do tabagismo é um caso de muita importância na saúde pública e fez escola, seja de como se relacionar com a imprensa para você conseguir avançar com a sua agenda, seja sobre quem você tem que conquistar, o gabinete que você precisa sensibilizar, a importância dos assessores. Acho que o principal divisor de águas daquele processo de mais de um ano foi entender que a gente pode fazer a diferença sim, perceber a importância do cidadão que vai além do momento do voto. Dessa forma, se o ambiente de tomada de decisões políticas só é povoado pela indústria, sem oposição, estabelece-se uma

assimetria de forças. Mas, quando você se faz presente, você também tem elementos para conseguir convencer para além dos financiamentos. Eu me lembro que uma das coisas que foi super escandalosa e emblemática na época, que eu usei deliberadamente como estratégia, foi bem na época do Mensalão<sup>7</sup>, 2005, e, em uma entrevista, falei para a jornalista: “Olha, acho que tem um mensalão da indústria do tabaco acontecendo aqui no Senado”, e ela colocou essa frase na matéria. Essa frase fez com que eu fosse obrigada a me retratar. Ficou isso nos anais do senado, foi lido até por um senador aliado. Para mim, isso foi emblemático. Eu falei: “Gente, olha só que poder, hein”. Então acho que, sobretudo, esse processo da Convenção-Quadro para o

---

7 O episódio do Mensalão se refere a um esquema de corrupção denunciado pelo deputado Roberto Jefferson, em 2005, em que deputados recebiam valores mensais para a aprovação de projetos de lei específicos. As investigações sobre o esquema atingiram diversos nomes importantes do governo federal na época, sendo um episódio de grande relevância à história do Brasil contemporâneo.

Controle do Tabaco foi o que me ensinou o que é advocacy, quais as ferramentas que você tem para fazer advocacy, quem são os atores que você tem que mobilizar como aliados nesse processo.

**Luiz Antonio: *E quais eram esses principais atores e aliados nesse momento?***

A mídia, para você conseguir chegar na opinião pública, e na mídia, muitas vezes, tem que ser polêmico; a área técnica do governo, com quem a gente teve alianças sempre, principalmente o INCA, com o Programa Nacional de Controle do Tabagismo; as coordenadoras estaduais foram super aliadas também ao longo de todo o processo, fizemos muita coisa com as coordenadoras estaduais. Além disso, com outros atores da sociedade civil, conseguimos ganhar essa credibilidade de liderar esse processo, mas a gente sempre tinha o respaldo das sociedades médicas, e agregamos novas organizações da sociedade civil. E, claro, os

decisores. No caso do Brasil, também foi importante construir alianças com as associações de produtores que não eram só vendidas para a indústria, as associações de agricultura familiar, eu acho que a gente teve momentos bem emblemáticos, nesse sentido de agregar novos atores. Assim, você conseguia apoio à ratificação do tratado numa região que era dominada pelo discurso da indústria, a gente tinha anúncio nos jornais lá que a OMS queria acabar com o ganha-pão deles. Então, a pressão da indústria na região era muito pesada.

**Luiz Alves: *E como você era identificada nessas regiões? Como alguém da OMS, alguém da Saúde, alguém do Governo? Ou conseguiam identificar claramente como Terceiro Setor? Havia essa diferenciação?***

Eu acho que havia um pouco a diferenciação. É claro que a gente estava no mesmo pacote de quem era contra eles,

de quem queria acabar com a produção de fumo. Eu participei da maioria das audiências públicas, algumas tinham mais de 10 mil pessoas assistindo, e a minha percepção era que quando a gente trazia algumas falas que expunham as questões que a indústria falava na região, deixava a pulga atrás da orelha de muita gente, o que foi muito bom. A indústria sempre estava presente para pressionar, eles estavam sempre lá em Genebra. Eu ficava monitorando o que eles falavam, porque eu sempre aprendi muito mais com a indústria [risos], aprendi no sentido de entender o que estava acontecendo. E aí, para uma dessas audiências, eu consegui comparar o que ele falou em anos diferentes, se gabando de coisas que não tinham nada a ver com eles, e eu confrontei as informações contraditórias deles mesmos que estavam ali dizendo que queriam apoiar os agricultores que produziam tabaco, mas tinham sido contra o fundo global para diversificação das

culturas. Então foram vários momentos de tensão, mas isso fez com que muitas pessoas que estavam lá naquela audiência se conscientizassem, tanto que a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco virou um tema de discussão na região, isso nunca teria acontecido não fosse essa resistência da indústria usando-os como massa de manobra.

*Luiz Antonio: Paula, e quanto à diplomacia, vocês tinham contato, ou sabem como atuou a diplomacia nesse processo relacionado à ratificação da Convenção-Quadro?*

Isso é bem curioso, principalmente nesse momento que a gente está vivendo hoje. Atualmente, tenho bastante contato até com o Celso Amorim, na época eu não tinha. Eu tenho a maior admiração, acho os diplomatas brasileiros sensacionais, eles têm um talento muito grande para buscar consenso. Talvez o resultado da ratificação não teria tido positivo se não

fosse liderado com o talento dos diplomatas brasileiros. A diplomacia brasileira, pelo menos na área da saúde, sempre foi muito talentosa para temas muito difíceis, como o acesso a medicamentos, quebra de patentes. Infelizmente, o desmonte já chegou lá também, mas foi uma grande liderança global na área da saúde. Houve uma quebra absurda agora, mas antes tinha uma linha muito coerente, e todo mundo buscava o Brasil para muitas dessas discussões difíceis. E eu acho que não tem nem a ver com direita, esquerda, são posicionamentos muito sólidos em alguns temas que eu acho que eles nem passam por esse lugar. No caso do tabagismo, tinha uma construção histórica muito sólida, seja o Programa Nacional, seja as lideranças dentro do próprio governo muito comprometidas, não foi uma coisa simples você desmontar e nunca houve uma intenção de desmontar.

**Luiz Alves: *Como você vê o papel da saúde global para ações como a do controle do tabagismo?***

Ah, é muito importante. Para mim, o grande esteio de atuação foi que eu estava respaldada por um tratado de saúde global, isso tem um peso grande, sempre teve um peso grande. Claro que há mil desafios globais, um contexto mais amplo de uma apropriação total das grandes corporações transnacionais de muitos temas importantes da saúde pública, eu acho que essas grandes corporações viram o que aconteceu com o tabaco, fizeram o dever de casa para que não acontecesse com elas também. Para mim, não tem lógica nenhuma a Organização Mundial da Saúde ter tanta restrição em relação à indústria do tabaco e de armas e não ter em relação à indústria de álcool e de alimentos ultra processados, em termos de impacto na saúde. No Brasil, havia um histórico de, apesar da pressão da indústria, apesar de

ser o segundo maior produtor de folha de fumo, primeiro maior exportador de folha do mundo, conseguir manter a política com base em toda essa estrutura. Então, o discurso da saúde global tem esse impacto de mão dupla, porque o Brasil tem um papel tão importante na saúde global como uma liderança dos países do Sul, e agora o mundo perdeu uma liderança importante.

**Luiz Alves: *Como ocorreu o processo de formação e ampliação da ACT?***

Nós sempre nos inspiramos por esse movimento de saúde global. Então, acho que a gente se forma muito em torno das negociações do tratado do tabaco, inspirado por essas coalizões globais. Houve também um movimento global da pauta das doenças crônicas não transmissíveis a partir da reunião de 2011, e começamos a ser demandadas nacionalmente, também, por outras organizações, tomando o exemplo do tabaco para outros temas

de saúde pública. Na época do Governo Dilma, foi apresentado um plano nacional de enfrentamento das doenças crônicas. Foi quando nós começamos a olhar com mais atenção para os outros fatores de risco. Globalmente, na própria OMS, o que era só uma unidade de controle do tabagismo passou a ser uma unidade de crônicas; no Brasil, muito da estrutura passou a olhar não só para o tabagismo mas também para as DCNT de modo geral, e isso bate com os dados epidemiológicos, de que os outros fatores de risco são tão importantes quanto o tabaco em termos de mortes, e a gente vendo os indicadores de todos eles piorando e o do tabaco sendo o único que estava melhorando, então, acho que é uma junção dessas coisas. Do nosso ponto de vista, nosso trabalho vai até determinado ponto, porque eu nunca quero pretender ser executor de nenhuma política, somos promotores das políticas que devem ser executadas pelo governo, enquanto organização

da sociedade civil. Sempre tivemos muita clareza em relação a isso, de não confundir qual o nosso papel nessa história.

Atuamos muito nas medidas regulatórias, a gente nunca trabalhou, por exemplo, com o programa de cessação do tabagismo. Nosso foco é muito mais na prevenção, nas quatro vias regulatórias principais, que são: tributação, restrição de publicidade, as advertências, informação para o consumidor e a regulação do meio ambiente. São esses quatro eixos de política pública a base do que a gente defende. E, assim, no tabaco, a gente alcançou essas quatro políticas. Para os outros fatores de risco, a gente não tem praticamente nenhuma. Álcool, nossa, álcool seja global seja nacionalmente, é o grande patinho feio negligenciado da saúde pública, porque a indústria do álcool nada de braçada. Então, assim, eu acho que a junção dessas coisas nos fez ampliar o escopo de atuação. Quando perguntam “qual a tua missão?”,

eu digo que minha missão é ser obsoleta, é poder ter outras causas, acho que vai demorar um pouco. Essa é a meta.

***Luiz Alves: Você considera que o controle do tabagismo serve de exemplo para o controle de outros fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis?***

Com certeza! Seja porque essas quatro políticas você pode adotar para qualquer um dos fatores de risco, inclusive atividade física, seja porque a gente está falando também de obstáculos à adoção dessas políticas que têm nome e endereço, são os atores econômicos que estão lucrando com a venda desses produtos. Então tem várias analogias, várias similaridades, as dinâmicas são muito parecidas. Você pode ter alguma diferença ou outra, mas as dinâmicas são muito parecidas. São paralelos muito importantes e muito similares, só que o que eu acho que serviu de exemplo do tabaco para os outros fatores de risco foi

essa identificação da indústria do tabaco como um obstáculo e a necessidade de você ter políticas para salvaguardar de conflitos de interesses, isso você não tem para outros fatores de risco da mesma forma, e isso é um problema. Eu acho que isso ajuda a explicar uma dificuldade maior de avançar com esses outros temas. Dinamicamente é muito parecido, só que eu acho que o tabaco conseguiu avançar porque, em termos de narrativa, o controle do tabagismo conseguiu colocar a indústria do tabaco como “a única indústria má! Ela é a indústria má! De isolar ela, ela é a malvada. Vamos tirar a malvada”. Então é o que tem vários artigos que eu acho interessantíssimos, mas não sou da linha que faz esse tipo de leitura, que é o do Tobacco Exceptionalism<sup>8</sup>, que

---

8 A ideia do “excepcionalismo do tabaco” ganhou força na última década, principalmente nos debates sobre controle de outros fatores de risco, como o álcool. O ponto central repousa na ideia de que as políticas regulatórias contra o tabagismo seriam justificadas pela existência de um personagem danoso à saúde pública, a indústria do tabaco, que precisaria ser confrontada de



**O CIGARRO CAUSA  
PREJUÍZO  
PARA O BRASIL.**

**Saiba porque o cigarro  
causa prejuízo para o país:**

\* A maioria das pessoas dos países em desenvolvimento são mais vulneráveis aos efeitos da propaganda, graças à grande desinformação sobre os riscos do cigarro. Por esse motivo, desde 2000 o Ministério da Saúde proibiu no Brasil a veiculação de propaganda de cigarros na mídia.

\* Para comprar cigarros, muitas pessoas deixam de gastar o dinheiro com alimentação, educação e no sustento da família. Em muitos casos, com o dinheiro de um maço de cigarros pode-se comprar, por exemplo, um litro de leite e sete pães.

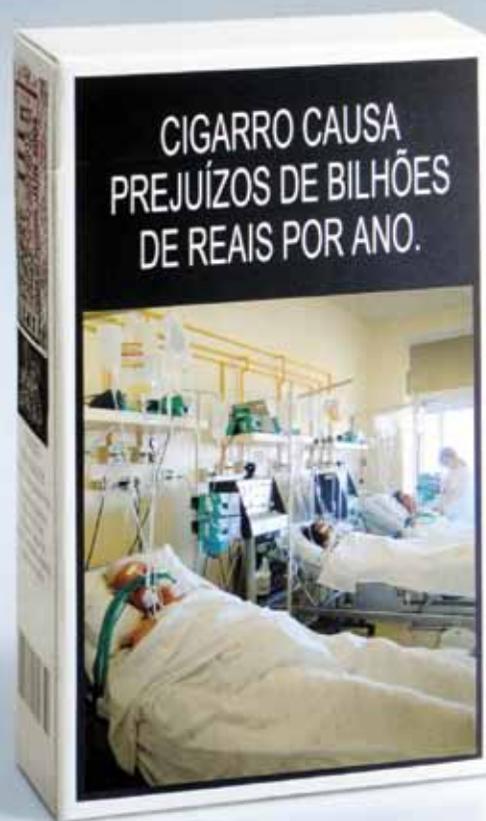
\* Câncer, enfisema pulmonar, hipertensão arterial, derrames e problemas cardíacos são algumas das doenças causadas pelos cigarros que vão dificultar ainda mais a vida dessas pessoas.

\* Ao tirar a saúde e os alimentos de milhões de trabalhadores rurantes, o cigarro também está reduzindo as suas chances de trabalho.

\* E mais, o governo gasta bilhões de reais por ano no tratamento de doenças causadas pelo fumo.

\* O cigarro causa prejuízo para o Brasil.

\* Então fique esperto: o cigarro faz mal à saúde e ao desenvolvimento do Brasil.



Campanha  
antitabagismo:  
2004

esse excepcionalismo do tabaco tem um preço, acho que ele tem um preço para outros temas de saúde pública. Acho que o tabagismo conseguiu avançar muito, porque conseguiu criar um alvo mais específico, sem atacar todo o sistema capitalista, que gera desigualdade e outros problemas. Eu acho que isso não cabe mais no mundo hoje, então esse discurso que a única indústria má é a do tabaco não dá mais conta do problema. Ai, como você vai fazer essas gradações, porque eu acho que o próprio controle do tabagismo tem que abandonar essa coisa do excepcionalismo que a única indústria má é a do tabaco, mas não é fácil.

**Luiz Alves: *Como você vê, hoje, a relação entre o Terceiro Setor e a saúde pública,***

---

forma vigorosa. A crítica principal à ideia do excepcionalismo é de que ela atribui características específicas à indústria do tabaco, em vez de observar dinâmicas mais amplas do sistema capitalista e a própria migração de capital e de estratégia do tabaco para outros setores produtivos, como os alimentos.

***inclusive pensando nesse contexto bem específico da Covid?***

Reconhecendo tudo o que a gente está vivendo agora, não quero botar pano quente absolutamente em nada, acho que a gente vive um momento particularmente trágico, mas uma coisa que eu estou observando é o diálogo com organizações de outras áreas, de uma forma melhor. Antes, era cada um na sua caixinha, eu na minha caixinha de saúde pública, fulano na sua caixinha de meio ambiente, o sicrano na sua caixinha de desigualdade social, o outro na sua caixinha. A gente tem dialogado muito agora. Então, acho esse movimento interessante, por exemplo, com a pauta da mudança climática. Nada como uma crise para juntar as organizações. Porque eu acho que antes era muito segmentado. Esse é um movimento interessante, não sei onde isso vai levar ainda, mas eu acho potencialmente interessante.

*Luiz Antonio: Paula, como você avalia, de modo mais geral, essa trajetória do controle do tabagismo e o legado dessas ações e políticas?*

Eu acho um movimento muito bonito. No momento, estou afastada desse grupo do tabaco porque eu estou muito mergulhada em outras agendas, mas é uma coisa pessoal. A ACT continua totalmente ligada e participando de absolutamente tudo. Eu, pessoalmente, acho que deixou um legado muito bonito, de aprendizado da importância do papel de cada um nesse processo. Já observei em outras histórias, outros grupos, que você tem relações mais institucionais, que tem algumas rusgas etc. e existem momentos em que um adversário externo permite a união das agendas. Acho que, como um todo, esse processo do controle do tabagismo passou por várias dessas fases. Desde quando começou aquela coisa que o governo liderava tudo e podia liderar tudo, tinha liberdade para liderar

tudo, até quando passou a ter restrições, reconhecer que a gente precisa de outros atores juntos, então eu acho que a gente viveu muitos momentos nesse sentido de reconhecer que cada um, no lugar que está, tem um papel importante. Eu acho que a grande arte aí para a humanidade é aprender a colaborar. Desafio, talvez.

# Referências bibliográficas

Boeira, Sérgio Luís (2002). *Atrás da cortina de fumaça*. Tabaco, tabagismo e meio ambiente: estratégias da indústria e dilemas da crítica. Itajaí: Univale.

Brandt, Allan (2007). *The cigarette century: the rise, fall, and deadly persistence of the product that defined America*. New York: Basic Books.

Brandt, Allan (2012). “Inventing conflict of interest: a history of tobacco industry tactics”. *American Journal of Public Health*, v. 102, n. 1:63-71.

Brasil, Ministério da Saúde (2000). *Cigarro brasileiro: análises e propostas para a redução do consumo*. Rio de Janeiro: INCA.

Brasil. Lei nº 9.294, de 15 de junho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.

Brasil. Ministério da Saúde (2011). Instituto Nacional de Câncer. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro.

Colditz, Graham and Beers, Courtney (2010). “Active cancer prevention”. In: *Elwood, Mark and Sutcliffe, Simon*. Cancer Control. New York: Oxford University Press.

Escorel, S; Teixeira, L. “História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista”. In: Lígia G; Sarah E.; Lenaura L.; de Carvalho, A.; Noronha, J. (Org.). (2008) *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, p. 115-155.

Gaspari, Machado (1980). “A epidemia do século”. *Revista Veja*, 16 (606), p. 76-82.

Goldfarb, Luísa Mercedes da Costa e Silva (2000). “Avaliação de um programa piloto de controle do tabagismo em quatro escolas do município do Rio de Janeiro”. Dissertação de Mestrado. Programa de pós-graduação em saúde pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz.

Gonçalves, Huener (2009). *Antitabagismo no Brasil: da mobilização da comunidade médica à política de saúde pública (1950-1986)*. Belo Horizonte: UFMG.

INCA (2013). *Saber Saúde: prevenção do tabagismo e outros fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis*. Um manual com sugestões para educadores. 3ª edição. Rio de Janeiro: INCA.

Lima, N. et. all. (2005). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz.

Mirra, Antonio et al. (2009). “Resgate histórico do controle do tabagismo na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: relato de uma experiência”. *Saúde e Sociedade*, v. 18 (1), p. 164-170.

Noticiário (1964). “Fumo e Câncer”. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 20 (28), p. 182.

Noticiário (1965). “Concurso”. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 21 (29), p. 89.

Proctor, Robert (2012). *The golden holocaust: origins of the cigarette catastrophe and the case for abolition*. Berkeley: University of California Press.

Reubi, David and Berridge, Virginia (2016). “The internationalization of tobacco control, 1950-2010”. *Medical History*, v. 60(4), p. 453-472.

Reynolds, Lois; Tansey, Tilli, (Eds.) (2012). *Who framework convention on tobacco control*. London: Queen Mary University of London.

Romero, Luiz; Costa e Silva, Vera (2011). “23 anos de controle do tabaco no Brasil: a atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988”. *Revista Brasileira de Cancerologia*,

57(3), p. 305-314.

Sá, Renato (2013). *Propaganda tabagista nas décadas de 1950 e 1970: um enfoque nas revistas O Cruzeiro e Planeta*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

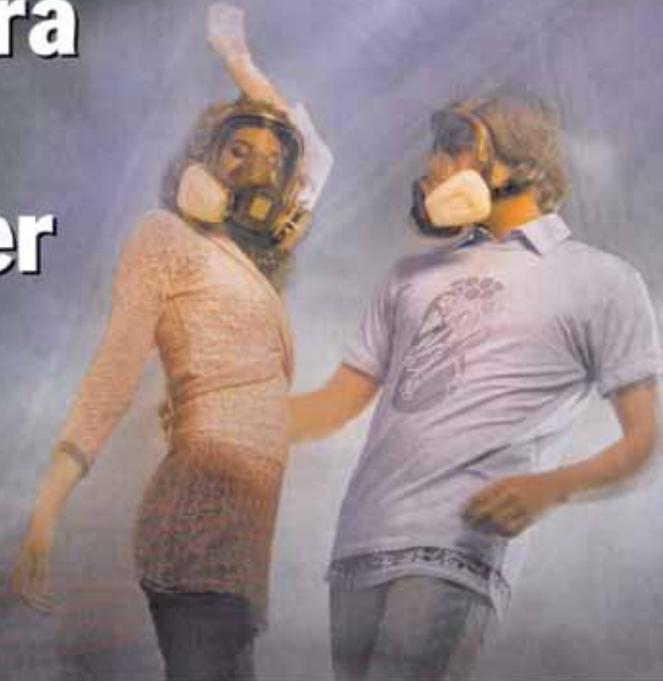
Scheibler, Juliana Luisa (2006). “A emergência de fóruns reguladores globais: relações de conflitos entre atores locais no processo de regulação do tabaco”. Dissertação de mestrado em desenvolvimento rural apresentada ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Rural da UFRGS. Porto Alegre.

Teixeira, Luiz; Alves, Tiago (2011). “Legislação e controle do tabaco no Brasil entre o final do século XX e início do século XXI. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 57(3), p. 295-304.

Teixeira, Luiz; Paiva, Carlos; Ferreira, Vanessa (2017). “The world health organization framework convention on tobacco control in the Brazilian political agenda, 2003-2005”. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(3), p. 1-11.

Campanhas, divulgações, adesivos, anúncios - quase todas as peças de comunicação assinadas pelo INCA e Ministério da Saúde - que foram utilizadas para lembrar a importância da luta contra o tabagismo, ao longo desses 40 anos.

**Existe maneira  
mais fácil  
de se proteger  
do cigarro**



**Ambiente livre de fumo é direito de todos**

Campanha  
antitabagismo:  
2007

# Ambiente livre de fumo é por conta da casa



LEI FEDERAL: 9294/96  
Proíbe fumar em ambientes fechados de uso coletivo.

Organização  
Pan-Americana  
da Saúde

ANVISA  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

INCA  
Instituto Nacional de Câncer

Ministério  
da Saúde

FOS  
Fórum de Ombudsman do SUS

Dia mundial  
sem tabaco:  
2007

**se liga!**

ESSA É A IMAGEM QUE O CIGARRO VENDE.

dependência  
câncer  
mau hálito  
cegueira  
falta de fôlego  
impotência  
envelhecimento precoce  
infarto

Isso é o que você realmente compra.

[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)

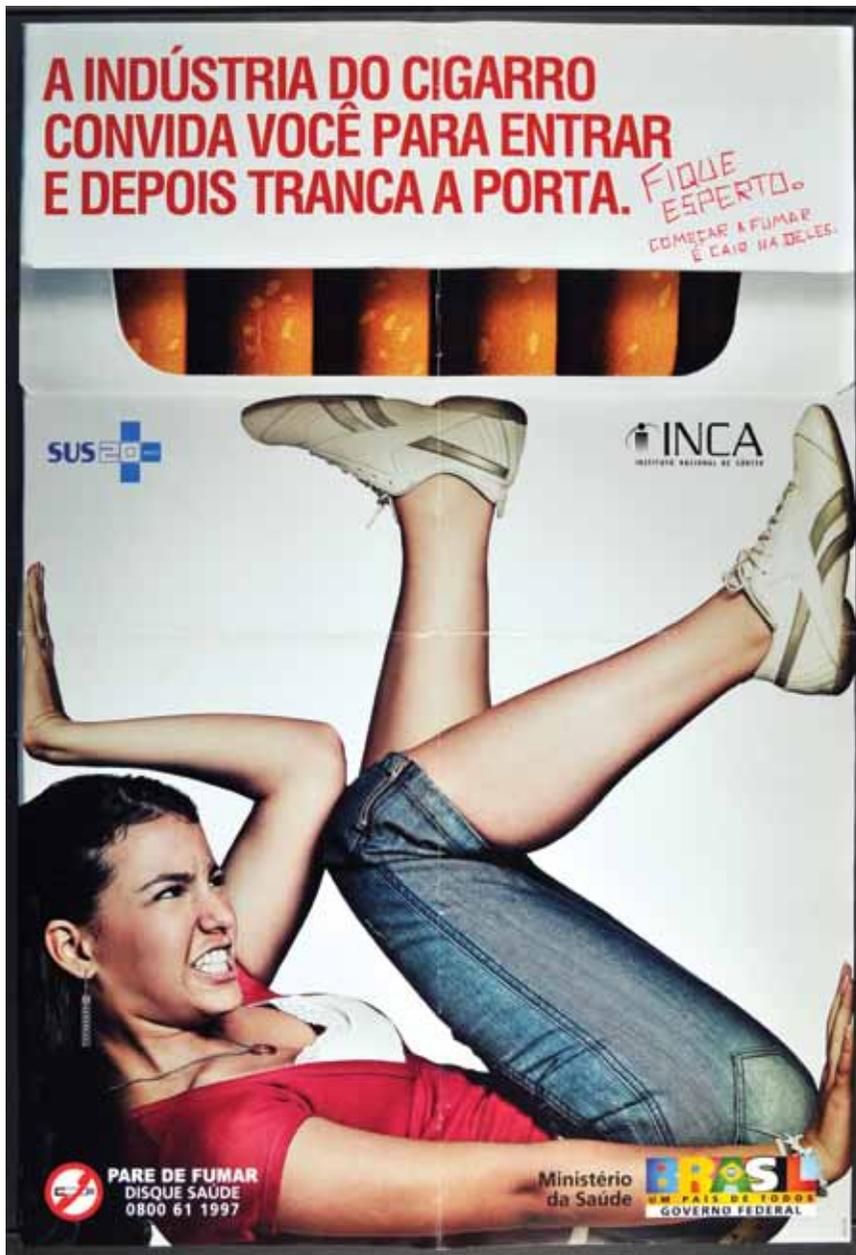
PAISE DE FUMAR  
DISQUE SAÚDE  
0800 81 1997

INCA SUS

Secretarias Municipais e Estados de Saúde    Secretaria Nacional Antitabaco    Ministério da Educação    Ministério da Saúde

SUS  
UNION FEDERAL

Campanha antitabagismo:  
2008



Campanha  
antitabagismo:  
2008

**MOSTRE A VERDADE.**



**ADVERTÊNCIAS SANITÁRIAS  
SALVAM VIDAS.**

As companhias de tabaco usam embalagens atraentes para fazer seus produtos parecerem "tudo de bom". Na verdade, o tabaco causa adoecimento e morte. As advertências sanitárias nas embalagens apenas mostram a verdade.

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)

**MOSTRE A VERDADE.**



**ADVERTÊNCIAS SANITÁRIAS  
SALVAM VIDAS.**

As companhias de tabaco usam embalagens atraentes para fazer seus produtos parecerem "tudo de bom". Na verdade, o tabaco causa adoecimento e morte. As advertências sanitárias nas embalagens apenas mostram a verdade.

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)

Campanhas  
antitabagismo:  
2009

**MOSTRE A VERDADE.**

**SOFRIMENTO**

O Ministério da Saúde avisa:  
A dependência da nicotina causa  
tristeza, dor e morte.

**PARE DE FUMAR**  
DISQUE SAÚDE  
0800 51 1997

**ADVERTÊNCIAS SANITÁRIAS  
SALVAM VIDAS.**

As companhias de tabaco usam embalagens atraentes para fazer seus produtos parecerem "tudo de bom". Na verdade, o tabaco causa adoecimento e morte. As advertências sanitárias nas embalagens apenas mostram a verdade.

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)      [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)

**Mostre a verdade.  
Advertências Sanitárias salvam vidas.**

As companhias de tabaco usam embalagens atraentes para fazer seus produtos parecerem "tudo de bom". Na verdade, o tabaco causa adoecimento e morte. As advertências sanitárias nas embalagens apenas mostram a verdade.

[www.who.int/tobacco](http://www.who.int/tobacco)  
[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)

World Health Organization

**31 DE MAIO  
DIA MUNDIAL  
SEM TABACO**

**O TABACO CAUSA  
DOENÇAS DA BOCA**

**CIGARROS**

Ministério da Saúde  
Ministério da Educação  
Ministério da Cultura  
Ministério do Meio Ambiente  
Ministério do Trabalho  
Ministério da Justiça  
Ministério da Ciência e Tecnologia  
Ministério da Saúde

QUEM NÃO FUMA  
NÃO É OBRIGADO A FUMAR.

TODO DIA, O CIGARRO MATA PELO  
MENOS 7 NÃO FUMANTES NO BRASIL.

INCA  
Associação Nacional de História

ACTbr  
Associação Brasileira de Controle de Tabagismo

Small vertical text on the left: Imagem: C. Camargo/ABR

The advertisement depicts a waiter in a white shirt and dark vest serving a drink to a customer at a bar. The customer is smoking a cigarette. The scene is dimly lit, with smoke rising from the cigarette. The text is in white against the dark background.

Campanha  
antitabagismo:  
2009

LIBERDADE

É NÃO DEPENDER DE DROGA NENHUMA PRA VIVER.

VOCE SABIA QUE O CIGARRO, OS  
REMÉDIOS SEM INDICAÇÃO MÉDICA,  
O ALCOOL E A COLA DE SAPATEIRO  
SÃO AS DROGAS MAIS CONSUMIDAS  
NO BRASIL SÃO AS MAIS COMUNS  
E, POR ISSO MESMO, MUITO  
TRAIÇOEIRAS. PORQUE O PIOR DE  
TODA DROGA NEM É O RISCO DE  
MORTE, É A CERTEZA DE UMA VIDA  
DE DEPENDÊNCIA. QUEM AINDA  
ACREDITA QUE AS DROGAS  
LIBERTAM, É CANDIDATO A  
ESCRVO. PORQUE A OUTRA PALAVRA  
PARA LIBERDADE É INDEPENDÊNCIA.

A GENTE TE AJUDA A SAIR DESSE. LIGUE! TELESUS - DDG (061) 800.0778

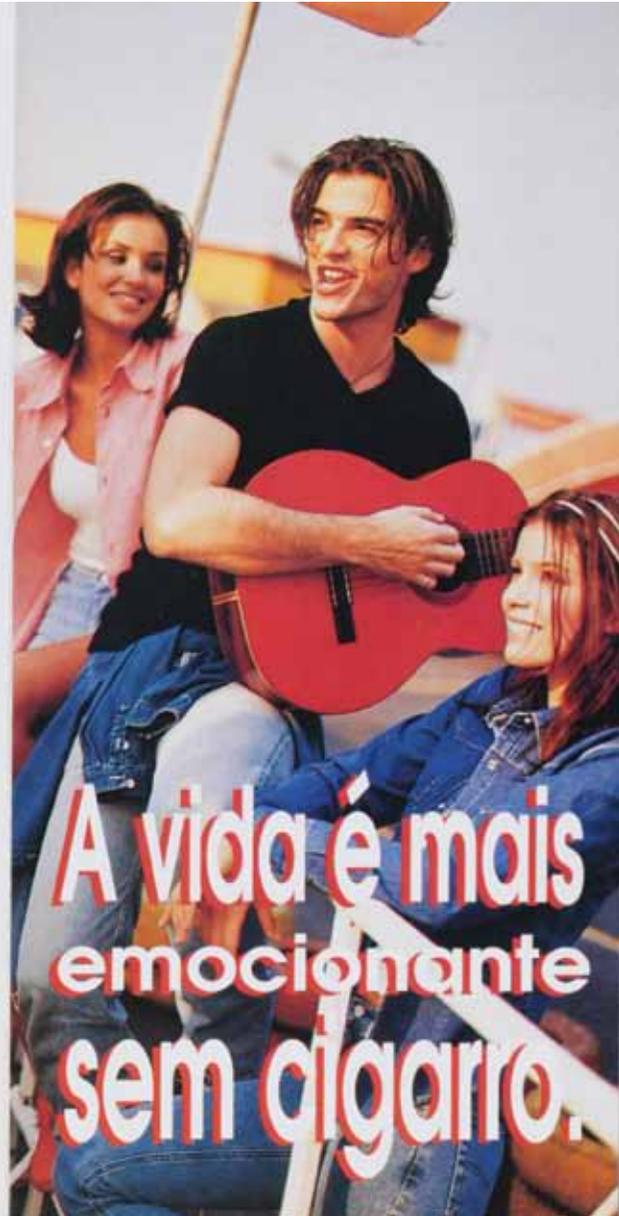
MINISTÉRIO DA SAÚDE 

Campanha  
antitabagismo:  
2010

**LARGUE**  
**cigarro**  
**cOrrendo**



MINISTÉRIO DA SAÚDE



**A vida é mais  
emocionante  
sem cigarro.**

# MINISTÉRIO DA SAÚDE

## E tem gente que diz que o cigarro não é droga

Contém **acetona**  
remoedor de esmalte

Contém **probitina**  
que dilui tinta a óleo

Contém **formol**  
conservante de cadáver

Contém **amônia**  
desinfetante para pisos,  
azulejos e privadas

Contém **naftalina**  
eficiente mata-baratas

Contém **fósforo P4/P6**  
usado em  
veneno para ratos

**Cigarro faz mal até para quem não fuma.**



PARA DE FUMAR  
DISQUE SAÚDE  
0800 51 1957

FINCA

SUS

Ministério  
da Saúde



Campanhas  
antitabagismo:  
2010



Campanha  
Fumar é - Prêmio  
da OMS:  
2010



Campanha  
antitabagismo:  
2010

# A INDÚSTRIA DO CIGARRO QUER PEGAR OS JOVENS

**NÃO CAIA  
NA REDE  
DO CIGARRO**

CUIDADO: DE UM JEITO OU DE OUTRO A INDÚSTRIA  
DO CIGARRO SEMPRE QUER SE APROXIMAR DE VOCÊ.

**JOVENS SEM CIGARRO**

31 DE MAIO - DIA MUNDIAL SEM TABACO

[www.who.int/tobacco/wntd](http://www.who.int/tobacco/wntd)



**Organização  
Pan-Americana  
da Saúde**

Órgão Especial da Comissão de  
Organização Mundial da Saúde



Agência Nacional  
de Vigilância Sanitária



Ministério  
da Saúde



Campanha  
antitabagismo:  
2010



Campanha  
antitabagismo:  
2010

# MINISTÉRIO DA SAÚDE

O que eles vendem não é o que você leva

Fumar causa câncer na boca

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL  
Trabalhando em todo o Brasil

Cigarro faz mal até na propaganda

The advertisement features a close-up of a woman's mouth, which is vertically split down the middle. The left side shows a healthy, bright smile with white teeth and red lips. The right side shows a dark, charred, and severely decayed mouth with blackened teeth and lips. The woman is holding a lit cigarette in her right hand. The background is dark, making the mouth the central focus.

Campanha  
antitabagismo:  
2010

## NÃO HÁ MOTIVO!

Você sabia que o câncer tem cura? Pois tem! Se a doença for descoberta logo no início, pode ser curada.

Tem muita coisa sobre o câncer que você não sabe. Principalmente por medo de pensar sobre o assunto. Ou talvez porque ninguém antes lhe contou.

Você sabia que o câncer não surge por acaso? Há uma série de fatores que colaboram para o aparecimento e desenvolvimento do câncer. Se você consegue se manter afastado deles, tem enorme chance de evitá-lo.

Alguns desses fatores são a exposição à radiação, o consumo de certos alimentos, a exposição excessiva ao sol, o álcool e o fumo.

# PARE DE FUMAR

### VOCÊ QUER DADOS?

10 BRASILEIROS MORREM  
POR HORA POR  
CAUSA DO CIGARRO.

## nicotina

É A SUBSTÂNCIA QUE  
DEIXA VOCÊ DEPENDENTE DO  
CIGARRO E FAZ SER TÃO  
PENOSO LARGÁ-LO. O  
MELHOR É NEM COMEÇAR.

## fumaça

O MONÓXIDO DE CARBONO QUE  
ESTÁ NA FUMAÇA DO CIGARRO  
É O MESMO QUE SAI DO  
ESCAPAMENTO DOS CARROS.

## alcatrão

ELE E OUTROS RESÍDUOS DO  
CIGARRO SÃO OS GRANDES  
CAUSADORES DE CÂNCER.  
BOCA, GARGANTA, PULMÃO...  
POR ONDE A  
FUMAÇA PASSA, PODE  
NASCER UM CÂNCER.

## O TEMPO ESTÁ CONTRA

QUANTO MAIS TEMPO VOCÊ  
PASSA FUMANDO NA VIDA,  
MAIOR O RISCO. MESMO QUEM  
NÃO FUMA, MAS RESPIRA A  
FUMAÇA DOS OUTROS DURANTE  
MUITO TEMPO, CORRE O  
RISCO.



Ilustrações do livro  
*Saber Saúde nas  
Escolas*, do Ziraldo:  
2011



Agradecemos a colaboração de



# AJUDANDO SEU PACIENTE A DEIXAR DE FUMAR



*Treinamento para  
profissionais de saúde.*

Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e  
Prevenção Primária de Câncer (Contapp)  
Rua dos Invalídos, 212/201  
Tel: (021) 221-6452  
Fax: (021) 221-7000



Campanha  
antitabagismo no INCA:  
2011

**VOCE SABIA?**

Mesmo pessoas que não fumam, mas que respiram fumaça de derivados do tabaco – os fumantes passivos – têm maior risco de desenvolver doenças graves, como câncer de pulmão, doenças cardiovasculares, asma e pneumonia.

O tabagismo é uma doença pediátrica, pois 90% dos fumantes começam a fumar antes dos 19 anos. A idade média de iniciação é 15 anos.

O tabagismo mata cerca de 5 milhões de pessoas por ano no mundo. Só no Brasil são 200 mil mortes anuais.

[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)



**INCA**  
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Divisão de Comunicação Social - INCA | 2009



**TABACO E MEIO AMBIENTE**  
**UMA PARCERIA QUE NÃO DÁ CERTO**

Campanha  
antitabagismo no INCA:  
2011

Impresso pela gráfica Alvolaser para a editora Outras Letras, na Primavera de 2021, 41 anos depois da I Conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo.



ISBN 978-65-89794-04-2



9

786589

794042

APOIO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

REALIZAÇÃO



The Union

International Union Against  
Tuberculosis and Lung Disease