

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Leonardo Henriques Portes

A política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016: contexto, trajetória e desafios

Rio de Janeiro

2017

Leonardo Henriques Portes

A política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016: contexto, trajetória e desafios

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Cristiani Vieira Machado.

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Silvana Rubano Barretto Turci.

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

P814p Portes, Leonardo Henriques
A política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016:
contexto, trajetória e desafios. / Leonardo Henriques Portes. --
2017.
157 f. : tab. ; graf.

Orientadora: Cristiani Vieira Machado.
Coorientadora: Silvana Rubano Barretto Turci.
Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Tabaco. 2. Gestão em Saúde. 3. Políticas Públicas de
Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.296

Leonardo Henriques Portes

A política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016: contexto, trajetória e desafios

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Aprovada em: 30 de março de 2017

Banca Examinadora

Prof. Dr. Alberto José de Araújo
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social

Prof.^a Dra. Luciana Dias de Lima
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Valeska Carvalho Figueiredo
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Cristiani Vieira Machado (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Silvana Rubano Barretto Turci (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2017

Ao meu filho, Murilo, e a minha esposa, Aline, que são a minha essência.

AGRADECIMENTOS

Sem dúvidas, esse trabalho não teria sido concretizado sem o empenho da minha orientadora, professora Cristiani. A sua grande competência como pesquisadora e habilidade em assumir diversos compromissos, sem comprometer a qualidade do seu trabalho, me impressionaram. Fui premiado ao poder conviver quatro anos com uma pessoa inteligente, educada e prestativa.

Mergulhar na política de controle do tabaco não seria possível sem a aproximação do Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde (Cetab), que permitiu conhecer pessoas com uma trajetória marcante no tema e participar de espaços em que jamais imaginaria estar presente. A professora Silvana, que aceitou o convite para ser minha coorientadora, me mostrou o quanto são importantes a dedicação, simplicidade e a coletividade para podermos avançar em terrenos sombrios, como é o controle do tabaco. A sua leveza e carinho contribuíram para que tudo fosse agradável.

Agradeço aos professores Alberto, Luciana, Paulo Henrique e Valeska, que participaram da minha banca de defesa, sendo que os três últimos, inclusive, participaram também da minha qualificação. As suas observações e sugestões, baseadas no amplo conhecimento acadêmico e técnico consolidado a partir das suas brilhantes carreiras, foram fundamentais para a minha tese.

Por fim, agradeço a todos que contribuíram de forma direta ou indireta na construção desse trabalho. Ressalto a atenção prestada por todos os entrevistados e, em especial, pelos servidores do Instituto Nacional de Câncer (INCA), que foram determinantes para o fornecimento de dados e apontamento de caminhos para a pesquisa.

RESUMO

O estudo buscou analisar a política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016, sendo adotados três eixos de análise. No primeiro, explorou-se a adesão dos países à Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) e a implantação das medidas da Convenção no cenário mundial, com foco na América Latina. No segundo eixo, analisou-se a trajetória da política brasileira de controle do tabaco, considerando o contexto, processo e conteúdo da política. O terceiro eixo consistiu na análise da dinâmica de funcionamento da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ). A pesquisa baseou-se em contribuições das perspectivas da economia política, da análise das políticas públicas e do institucionalismo histórico. O estudo compreendeu as seguintes estratégias metodológicas: revisão bibliográfica; pesquisa e análise documental; análise de bases de dados secundários; observação direta de eventos nacionais da política; e realização de entrevistas semiestruturadas com atores-chave. Em relação à adesão e implantação da CQCT na América Latina, os resultados evidenciaram uma alta proporção de Estados Partes na região que adotaram as medidas preconizadas pela CQCT, com destaque para Brasil e México. No entanto, constatou-se uma heterogeneidade da situação de implantação das ações entre os países. A análise da trajetória da política brasileira de controle do tabaco permitiu constatar a estruturação do controle do tabaco no país a partir dos anos 1980, sendo a implementação da CQCT no Brasil, a partir de 2006, fundamental para a expansão e consolidação da política nacional. No entanto, interesses econômicos limitaram a implementação de algumas ações estratégicas. A sustentabilidade da política e a superação de limitações referentes à diversificação em áreas plantadas de fumo, ao combate ao comércio ilícito de cigarros e à interferência da indústria do fumo apresentaram-se como os principais desafios. A análise da atuação da CONICQ evidenciou a sua relevância como uma instância estratégica de coordenação governamental da política, apresentando grande complexidade de interação entre órgãos influenciados por diferentes interesses, opções políticas e níveis de engajamento com o controle do tabaco. Apesar de sua legitimidade institucional, constatou-se que a atuação da CONICQ sofre limitações por fatores internos e externos àquela instância. Por fim, ressalta-se que a sustentabilidade da PNCT se configura como o principal desafio a ser destacado. A manutenção do tema na agenda do setor saúde de forma prioritária e a expansão de medidas legislativas, educativas, de comunicação e de regulação contínuas são fundamentais. O enfrentamento dos interesses econômicos relacionados à indústria do tabaco é determinante para assegurar avanços em áreas ainda frágeis. A garantia de financiamento das diversas medidas e a busca de avanços nos diversos setores são condições essenciais para a sustentabilidade da PNCT como política intersetorial. A continuidade e consolidação da política de controle do tabaco em médio e longo prazos também dependem da persistência de um marco institucional amplo que norteie a atuação do Estado na proteção social, consoante com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, em que as necessidades sanitárias se sobreponham aos interesses econômicos.

Palavras-chave: Tabaco; Gestão em Saúde; Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

The study analyzed tobacco control policy in Brazil from 1986 to 2016, with three analysis axes. The first explored the countries' adherence to the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) and the implementation of the Convention's measures on the world stage, with a focus on Latin America. The second axis analyzed the trajectory of the Brazilian tobacco control policy, considering the context, process and content of the policy. The third axis consisted in analyzing the dynamics of the functioning of the National Commission for Implementation of the Framework Convention on Tobacco Control (CONICQ). The research was based on contributions from the perspectives of political economy, the analysis of public policies and historical institutionalization. The study comprised the following methodological strategies: bibliographic review; research and documentary analysis; analysis of secondary databases; direct observation of national policy events; and conducting semi-structured interviews with key actors. In relation to the adherence and implementation of the FCTC in Latin America, the results evidenced a high proportion of Parties in the region that adopted the measures recommended by the FCTC, especially Brazil and Mexico. However, there was a heterogeneity of the situation of implementation of the actions among the countries. The analysis of the trajectory of the Brazilian tobacco control policy made it possible to verify the structure of tobacco control in the country since the 1980s, and the implementation of the FCTC in Brazil since 2006 is fundamental for the expansion and consolidation of national policy. However, economic interests have limited the implementation of some strategic actions. Policy sustainability and the overcoming of limitations regarding diversification in planted areas of tobacco, combating illicit cigarette trade, and interference from the tobacco industry have emerged as the main challenges. The analysis of CONICQ's performance evidenced its relevance as a strategic instance of governmental coordination of the policy, presenting a great complexity of interaction between organs influenced by different interests, political options and levels of engagement with tobacco control. Despite its institutional legitimacy, CONICQ's performance is limited by factors internal and external to that body. Finally, the PNCT sustainability is the main challenge to be highlighted. Keeping the topic on the agenda of the health sector on a priority basis and the expansion of continuous legislative, educational, communication and regulatory measures are fundamental. The confrontation of economic interests related to the tobacco industry is crucial to ensure progress in areas still fragile. The guarantee of financing the various measures and the search for advances in the various sectors are essential conditions for the sustainability of the PNCT as an intersectoral policy. The continuity and consolidation of the policy of control of tobacco in the medium and long term also depend on the persistence of a broad institutional framework that guides the State's action in social protection, in accordance with the guidelines of the National Health System, in which health needs overlap with economic interests.

Keywords: Tobacco; Health Management; Public Health Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Medidas preconizadas pela Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.....	25
Figura 2 -	As três dimensões da política do controle do tabaco.....	35
Quadro 1 -	Estratégias metodológicas	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Prevalência nacional de fumantes adultos em Brasil, Chile, Colômbia, México e Venezuela	16
Tabela 2 -	Prevalência de fumantes jovens em Brasil, Chile, Colômbia, México e Venezuela	17
Tabela 3 -	Morbimortalidade atribuível ao tabagismo segundo as principais doenças tabaco-relacionadas.....	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACT	Aliança de Controle do Tabagismo
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNCT	Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco
CONICQ	Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
CONTAPP	Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer
COP	Conferência das Partes
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DNDCD	Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas
DNPS	Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
GACT	Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MAPA	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MDA	Ministério do Desenvolvimento Agrário
OMS	Organização Mundial da Saúde
PL	Projeto de lei
PNCF	Programa Nacional de Combate ao Fumo
PNCT	Política Nacional de Controle do Tabaco
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	CONTROLE DO TABACO: CONTEXTO INTERNACIONAL E NACIONAL	15
2.1	O TABAGISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	15
2.2	AS POLÍTICAS DE CONTROLE DO TABACO NO CENÁRIO INTERNACIONAL.....	22
2.3	A POLÍTICA BRASILEIRA DE CONTROLE DO TABACO.....	29
3	METODOLOGIA	34
3.1	REFERENCIAL DE ANÁLISE.....	34
3.2	EIXOS DE ANÁLISE E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	39
4	RESULTADOS	44
4.1	ARTIGO 1- CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO: ADESÃO E IMPLANTAÇÃO NA AMÉRICA LATINA.....	44
4.2	ARTIGO 2- CAMINHOS DA POLÍTICA DE CONTROLE DO TABACO NO BRASIL DE 1986 A 2016.....	65
4.3	ARTIGO 3- COORDENAÇÃO GOVERNAMENTAL DA POLÍTICA DE CONTROLE DO TABACO NO BRASIL.....	96
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
	REFERÊNCIAS	120
	APÊNDICE A- RELAÇÃO DOS INSTRUMENTOS LEGISLATIVOS RELACIONADOS AO TABACO ENTRE 1900 A 2016	127
	APÊNDICE B- RELAÇÃO DOS INSTRUMENTOS NORMATIVOS RELACIONADOS AO TABACO ENTRE 1900 A 2016	134
	APÊNDICE C- RELAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	152
	APÊNDICE D- ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA (MODELO BÁSICO)	153
	APÊNDICE E- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	154
	APÊNDICE F- RELAÇÃO DAS ATAS DAS REUNIÕES DA CONICQ ANALISADAS	157

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, políticas voltadas para o controle do tabaco vêm sendo implementadas em vários países, motivadas em grande parte pelas diversas evidências sobre os prejuízos decorrentes do tabagismo. No Brasil, o controle do tabaco tem ocupado a agenda governamental de forma frequente desde a década de 1980.

A presente tese tem como objeto a análise da política brasileira de controle do tabaco entre 1986 e 2016. A justificativa para o desenvolvimento de um estudo com esse recorte se assenta em alguns argumentos. O primeiro argumento refere-se ao reconhecimento do tabagismo como um grave problema de saúde pública. Em torno de 20% da população mundial é fumante, sendo preocupantes as estratégias da indústria do tabaco para o recrutamento de novos consumidores, especialmente jovens e mulheres (U.S; WHO, 2016). Apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas, o Brasil ainda apresenta um número elevado de fumantes. Estima-se que a prevalência de usuários de produtos derivados do tabaco no país corresponda a 15% das pessoas de 18 anos ou mais de idade (IBGE, 2014).

Ressalta-se a morbimortalidade relacionada ao tabagismo. Fumantes e pessoas expostas à fumaça do tabaco têm mais chances de apresentar diversas doenças, sobretudo as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Doenças cardiovasculares, respiratórias e vários tipos de câncer são as principais morbidades atribuíveis ao tabaco (NCCDPHP, 2014). A mortalidade também é expressiva, sendo o tabagismo relacionado a 12% de todas as mortes no mundo e a 14% dos óbitos decorrentes das DCNT (MATHERS; WHO, 2012).

Diante desse cenário, uma considerável parte dos gastos totais em saúde no mundo são destinados ao tratamento das consequências adversas do tabagismo. Além disso, também são gerados custos relacionados às aposentadorias precoces e pensões (ERIKSEN et al., 2015).

O segundo argumento que justifica o estudo é a relevância do controle do tabaco na agenda política internacional e nacional nas últimas duas décadas. O tema tem sido destaque na Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 2003, com a criação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) (WHO, 2003). Além disso, observa-se a expansão da formulação e implementação de políticas públicas que buscam o controle do tabaco em diversos países.

Por fim, ressalta-se o caráter multifacetado e intersetorial das políticas de controle do tabaco. A formulação e implementação de políticas de controle do tabaco requer a adoção de múltiplas estratégias em face do envolvimento de atores com interesses variados (decisores políticos, burocratas, setor produtivo do fumo e sociedade civil) e da existência de consumidores com diferentes perfis etários, socioeconômicos e culturais. Considerando o

impacto negativo do tabagismo na morbimortalidade, economia e meio ambiente, o controle do tabaco demanda políticas abrangentes e intersetoriais que não se restringem às ações específicas da área da saúde.

Numerosas pesquisas têm abordado estratégias específicas de controle do tabaco, bem como os setores e atores envolvidos, possibilitando o aprofundamento do conhecimento sobre tópicos relevantes. No entanto, a complexidade e diversidade de facetas da política dificulta a realização de balanços mais abrangentes, o que pode explicar a carência de estudos desse tipo. É nesse esforço que se insere o presente estudo, que busca analisar a condução nacional da política de controle de tabaco no Brasil em um período de 30 anos.

Cabe explicitar as questões que nortearam a pesquisa. A primeira é: qual a relação entre as diretrizes internacionais e as estratégias nacionais da política brasileira de controle do tabaco? Essa é uma questão fundamental, considerando que o tabagismo é um problema de saúde pública mundial e uma frente de atuação valorizada pela OMS, sendo objeto de um dos mais importantes tratados internacionais da história da saúde pública, a Convenção Quadro de Controle do Tabaco. Além disso, o Brasil é considerado um dos países pioneiros na implementação de estratégias de controle do tabaco, tendo atuado nas articulações prévias à CQCT e depois se tornando um Estado Parte da Convenção.

A segunda questão da pesquisa é: quais estratégias de controle do tabaco têm se destacado na agenda do governo brasileiro e como se caracteriza a sua implementação? Ressalta-se a relevância dessa questão em face da variedade de ações envolvidas na política que visa à redução do impacto negativo do tabagismo. Entre outras, podem ser citadas as ações que buscam prevenir a iniciação ao fumo, reduzir a exposição das pessoas à fumaça do tabaco e apoiar atividades alternativas economicamente viáveis para as pessoas que tem a fumicultura como fonte de renda.

A terceira questão de pesquisa é: quais são os fatores que condicionam os principais avanços e dificuldades na implementação da política brasileira de controle do tabaco? Isso porque a complexidade da implementação da política de controle do tabaco relaciona-se à sua multidimensionalidade – dadas as suas implicações econômicas, sociais e culturais - e ao envolvimento de grupos diversos de organizações, atores e interesses, com diferentes possibilidades de apoio e de resistência às iniciativas governamentais, que repercutem sobre avanços e dificuldades na sua implementação.

O estudo compreendeu o período entre 1986 e 2016, no qual se observa a intensificação das ações de controle do tabaco no país e a consolidação do tema na agenda governamental. Em 1986, iniciaram-se as comemorações do Dia Nacional de Combate ao Fumo, estabelecido

pela primeira legislação nacional destinada ao controle do tabaco¹. Também nesse ano, foi criado o Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF), marcando a institucionalização do controle do tabagismo no Ministério da Saúde (ROMERO; COSTA E SILVA, 2011). Já 2016, apresenta-se como o ano mais recente em que foi possível concluir a análise da trajetória do controle do tabaco no Brasil. Eventos importantes, como o lançamento do ‘Observatório sobre as Estratégias da Indústria do Tabaco’, ocorreram nesse ano.

O objetivo geral do estudo foi analisar a política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016, englobando os seguintes objetivos específicos foram: situar a política brasileira de controle do tabaco no cenário internacional; descrever a trajetória da política de controle do tabaco no Brasil; identificar as organizações e os atores envolvidos na política; caracterizar as relações entre órgãos governamentais na condução nacional da política; analisar a atuação da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco; identificar os fatores condicionantes dos avanços e das dificuldades da política brasileira de controle do tabaco, bem como seus desafios.

Desse modo, essa pesquisa busca propiciar conhecimento científico que contribua para a reflexão sobre os avanços e desafios da política brasileira de controle do tabaco. Espera-se que os resultados possam contribuir para o planejamento e empreendimento de ações de controle do tabaco no país nos diversos setores envolvidos.

No capítulo a seguir será apresentado o contexto internacional e nacional do controle do tabaco, de forma a evidenciar a relevância do tema para o campo da Saúde Coletiva e complementar a justificativa da pesquisa. Serão abordados o tabagismo como problema de saúde pública e as políticas de controle do tabaco no cenário internacional e nacional.

Na sequência, será apresentada a metodologia adotada. Em face dos objetivos do estudo, o referencial analítico se baseou no enfoque da economia política e em contribuições do institucionalismo histórico, aplicados à compreensão da política de controle do tabaco. Além disso, a pesquisa se baseou em uma diversidade de estratégias e técnicas de pesquisa, detalhadas na seção de Metodologia.

Os resultados da pesquisa são apresentados a seguir, no formato de três artigos científicos. O primeiro artigo enfocou a adesão e implantação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) na América Latina, contribuindo para situar a política brasileira de controle do tabaco no cenário internacional. Os resultados evidenciaram uma alta proporção de Estados Partes na região que adotaram as medidas preconizadas pela CQCT, com destaque

¹ Lei Federal nº 7.488, de 11 de junho de 1986.

para Brasil e México. No entanto, constatou-se uma heterogeneidade da situação de implantação das ações de controle de tabaco entre os países, sugerindo a importância das particularidades nacionais.

O segundo artigo analisa a trajetória da política brasileira de controle do tabaco nas últimas décadas, considerando o contexto, o processo político e o conteúdo da política, além dos seus principais avanços, limites e desafios. Constatou-se a estruturação do controle do tabaco no país a partir dos anos 1980, sendo a implementação da CQCT no Brasil, a partir de 2006, fundamental para a expansão e consolidação da política nacional. No entanto, interesses econômicos limitaram a implementação de algumas ações estratégicas. A sustentabilidade da política em médio e longo prazos e a superação de limitações referentes à diversificação em áreas plantadas de fumo, ao combate ao comércio ilícito de cigarros e à interferência da indústria do fumo apresentaram-se como os principais desafios do controle do tabaco no país.

O terceiro artigo aborda a formulação e a gestão da política. Foram investigadas a coordenação nacional da política e as relações entre os setores envolvidos com o controle do tabaco no país, com foco na atuação da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ). Os resultados reforçaram a relevância da CONICQ como uma instância estratégica de coordenação governamental da política de controle do tabaco no Brasil, apresentando grande complexidade de interação entre órgãos influenciados por diferentes interesses, opções políticas e níveis de engajamento com o controle do tabaco. Apesar de sua legitimidade institucional, constatou-se que a atuação CONICQ sofre limitações por fatores internos e externos àquela instância.

Por fim, são apresentadas as considerações finais, em que são destacadas as principais conclusões e as contribuições deste estudo para o conhecimento sobre o tema no campo da Saúde Coletiva, as limitações da pesquisa, as questões a serem investigadas em maior profundidade e os desafios para as políticas de controle do tabaco no Brasil.

2 CONTROLE DO TABACO: CONTEXTO INTERNACIONAL E NACIONAL

2.1 O tabagismo como problema de saúde pública

O tabagismo é considerado um grande problema de saúde pública. Além da elevada prevalência de fumantes em todo o mundo, o número de pessoas expostas à fumaça do tabaco também é expressivo. Como consequência, a morbimortalidade relacionada ao tabaco, os custos gerados para os governos e os agravos ambientais são preocupantes.

Nas últimas décadas, observa-se uma redução da prevalência global de fumantes. No entanto, ressalta-se que o número absoluto e a proporção de fumantes no mundo ainda são expressivos, correspondendo a cerca de 1,1 bilhão de pessoas, ou 21,2% da população mundial. Considerando a classificação dos países quanto à renda (alta, média alta, média baixa e baixa), os países de alta renda apresentam a maior prevalência de fumantes (24,6%). A maior prevalência de fumantes do sexo masculino é observada nos países de renda média alta (42,4%). Entre as mulheres, a prevalência de fumantes é mais elevada nos países de alta renda (17,5%). Considerando as diferentes regiões estabelecidas pela OMS (África, Américas, Pacífico Ocidental, Europa, Mediterrâneo Oriental e Sudeste asiático) a Europa apresenta a maior prevalência de tabagistas (31%), enquanto a África apresenta a menor (13,4%). Nas Américas, estima-se que 16,4% de sua população seja fumante. Em todas as regiões, a prevalência de fumantes do sexo masculino é maior, sendo que a maior disparidade ocorre no Pacífico Ocidental, onde o número de homens fumantes é cerca de 20 vezes maior que o das mulheres. A menor disparidade ocorre na região das Américas, onde a prevalência de fumantes entre os homens é de 22,8% e entre as mulheres corresponde a 10,4% (US; WHO, 2016).

Vale destacar alguns dados acerca da prevalência de fumantes na Região das Américas. As **Tabelas 1 e 2** apresentam, respectivamente, a prevalência de fumantes na população adulta e jovem de Brasil, Chile, Colômbia, México e Venezuela, países de grande relevância econômica e populacional na Região. A partir de estudos nacionais, são apresentados alguns dos primeiros dados disponibilizados e os mais recentes de cada país.

País	Estudo	Ano	Faixa etária	Descrição	Prevalência (%)		
					Homens	Mulheres	Total
Brasil	Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab	2008 ^a	15+		21,6	13,1	17,2
	Pesquisa Nacional de Saúde- PNS	2013 ^b	18+	Fumantes atuais	18,9	11,0	14,7
Chile	Encuesta Nacional de Salud	2006 ^c	15+	Fumantes atuais de cigarros	43,6	31,8	37,4
	Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile	2012 ^d	12-64	Fumantes atuais	37,0	31,0	34,0
Colômbia	Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoativas	1998 ^c	18-69	Fumantes diários	26,8	11,3	18,9
		2013 ^d	12-65	Fumantes atuais	18,8	7,4	13,0
México	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición	2006 ^c	20+	Fumantes atuais de cigarros	30,4	9,5	18,9
		2012 ^d		Fumantes atuais	31,0	9,9	19,9
Venezuela	Consumo de Drogas en la República Bolivariana de Venezuela	2005 ^c	15+		22,6	13,6	18,0
	Estudio Nacional de Drogas en Población General	2011 ^d	18-65	Fumantes atuais	25,2	13,9	19,4

Tabela 1: Prevalência nacional de fumantes adultos em Brasil, Chile, Colômbia, México e Venezuela

Fontes: ^aINCA; PAHO (2011); ^bIBGE (2014); ^cWHO (2008); ^dWHO (2015).

País	Estudo	Representatividade	Ano	Faixa etária	Descrição	Prevalência (%)		
						Homens	Mulheres	Total
Brasil	Global Youth Tobacco Survey	Rio de Janeiro	2005 ^(a)	13-15	Fumantes atuais de cigarros	9,1	12,9	12,3
	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE	Nacional	2015 ^(b)	9º ano		5,8	5,4	5,6
Chile	Global Youth Tobacco Survey	Santiago	2008 ^(a)	13-15	Fumantes atuais de cigarros	28,0	39,9	34,2
	Global School-Based Student Health Survey	Nacional	2013 ^(c)			19,1	26,4	23,3
Colômbia	Global Youth Tobacco Survey	Bogotá	2007 ^(a)	13-15	Fumantes atuais de cigarros	25,4	26,6	26,2
	Estudio de sustancias Psicoativas en Escolares	Nacional	2011 ^(c)			11,9	9,0	10,4
México	Global Youth Tobacco Survey	Cidade do México	2006 ^(a)	13-15	Fumantes atuais de cigarros	26,3	27,1	27,1
		Nacional	2011 ^(c)			15,8	12,9	14,6
Venezuela	Global Youth Tobacco Survey	Nacional	1999 ^(a)	13-15	Fumantes atuais de cigarros	6,0	8,4	7,4
			2010 ^(c)			5,8	5,4	5,6

Tabela 2: Prevalência de fumantes jovens em Brasil, Chile, Colômbia, México e Venezuela
Fontes: ^aWHO (2009); ^bIBGE (2016); ^cWHO (2015).

Em que pesem os limites de comparabilidade de dados oriundos de fontes e datas distintas, observa-se que o Chile apresenta a maior prevalência de fumantes, tanto entre os adultos (34% em 2012) quanto entre os jovens (23.3% em 2013). Nos demais países, a prevalência é consideravelmente menor. Exceto entre os jovens do Chile, a prevalência de fumantes do sexo masculino é maior que a do sexo feminino nos países analisados.

Além disso, é possível notar a evolução da prevalência de fumantes nos países que apresentam dados com a mesma abrangência e mesmo indicador. Entre os adultos isso pode ser observado entre os fumantes do Brasil, cuja prevalência reduziu de 17,2% em 2008 para 14,7% em 2013, e da Venezuela, que apresentou um aumento de 18% em 2005 para 19,4% em 2011. Entre os jovens, observa-se uma redução do tabagismo nos cinco países analisados.

Vale destacar a expressiva queda do tabagismo no Brasil entre adultos. Entre 1989 e 2008, observa-se uma diferença absoluta de 12,4% e relativa de 41% na prevalência de fumantes, com uma maior redução entre indivíduos com idades entre 15-34 anos e com nove ou mais anos de escolaridade (SZKLO et al., 2012). Malta et al. (2015), ao analisarem a tendência de indicadores do tabagismo na população adulta nas capitais brasileiras entre 2006 e 2013, observaram uma redução da prevalência de fumantes em ambos os sexos, na maioria das faixas de idade e em todas as faixas de escolaridade e regiões do país.

A partir do fortalecimento das medidas de controle do tabaco no Brasil, há a expectativa da manutenção da queda da prevalência de fumantes maiores de 18 anos. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, lançado em 2011 pelo Ministério da Saúde, apresenta como meta a redução da prevalência do tabagismo em adultos para 9,1% em 2022 (MALTA et al., 2011).

Além da prevalência de fumantes, o tabagismo passivo também apresenta números expressivos. No mundo, estima-se que cerca de um terço dos adultos são regularmente expostos à fumaça do tabaco (OBERG et al., 2010). Entre os jovens de 13 a 15 anos, 32,6% e 48,9% estão expostos à fumaça do tabaco dentro e fora dos seus domicílios, respectivamente (US; WHO, 2016). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013 indicam que 10,7% dos adultos brasileiros são expostos à fumaça de produtos de tabaco em seus domicílios, sendo a prevalência das mulheres (11,7%) ligeiramente superior que a dos homens (9,5%). Nos ambientes de trabalho, o percentual de fumantes passivos corresponde a 13,5%, sendo os homens muito mais expostos à fumaça do que as mulheres (prevalência de 16,9% entre os homens e de 10,4% entre as mulheres) (IBGE, 2014).

O expressivo número de tabagistas é preocupante à medida que o tabagismo é um dos principais fatores de risco para as DCNT, que são responsáveis por mais mortes no mundo do

que todas as outras causas combinadas. Dos 56,4 milhões de óbitos em 2015, 70% (39,4 milhões) foram devido às DCNT. As principais causas de morte corresponderam às doenças isquêmicas do coração, aos acidentes vasculares encefálicos, às infecções das vias aéreas inferiores e às doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) (WHO, 2016). Com o envelhecimento da população, as mortes por DCNT tendem a aumentar, sendo projetados 52 milhões de óbitos em 2030 (WHO, 2014).

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no mundo, sendo responsáveis por mais de 17 milhões de óbitos por ano, o equivalente a 48% de todas as mortes por DCNT. Cerca de 80% dessas mortes ocorrem em países de renda baixa e média (ALWAN; WHO, 2011). O câncer, responsável por 21% de todas as mortes por DCNT, tende a ser uma causa de morbidade e mortalidade que aumentará nas próximas décadas em todas as regiões do mundo (ALWAN; WHO, 2011). Estima-se que a incidência de 14 milhões de novos casos de câncer em 2012 aumentará para 21,6 milhões em 2030 (FERLAY et al., 2010). Já as doenças respiratórias crônicas, representadas principalmente pela asma e doença pulmonar obstrutiva crônica, são responsáveis por 4,2 milhões de mortes anualmente (ALWAN; WHO, 2011). Mais da metade das centenas de milhões de pessoas que possuem esse tipo de doença vivem em países de baixa e média renda (BOUSQUET et al., 2007). A prevalência de doenças respiratórias crônicas evitáveis tende a aumentar em todas as regiões do mundo, particularmente entre as crianças e pessoas idosas (BOUSQUET et al., 2007).

No Brasil, 72% de todas as mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas às DCNT, tendo as doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias crônicas como as principais causas de mortes (SCHMIDT et al., 2011). Em 2013, 31,3 milhões de brasileiros referiram diagnóstico de hipertensão arterial e 6,1 milhões de pessoas relataram ter apresentado algum diagnóstico médico de doença cardiovascular. Os diagnósticos de acidente vascular cerebral também são expressivos, tendo sido referidos por 2,2 milhões de adultos. Estima-se que 1,8% dos adultos apresentem diagnóstico de câncer, correspondendo a 2,7 milhões de pessoas. O câncer de mama é o mais prevalente entre as mulheres e o de próstata entre os homens. Considerando as doenças respiratórias crônicas, estima-se que 4,4% da população adulta brasileira apresente diagnóstico de asma ou bronquite asmática (IBGE, 2014).

Vale ressaltar que o tabagismo é um importante fator de risco para diversas DCNT, estando relacionado a aproximadamente 40 doenças (NCCDPHP, 2014). O tabaco não fumado, o qual pode ser mastigado ou inalado, tem sido associado a diversas doenças crônicas, como o câncer bucal, a hipertensão e as doenças cardíacas. Já o tabaco fumado, forma mais comumente utilizada no mundo, contém mais de 4000 substâncias químicas, das quais 50 são

reconhecidamente cancerígenas (ALWAN et al., 2010).

Estima-se que o tabagismo esteja relacionado a 10% das doenças cardiovasculares, a 71% dos casos de câncer de pulmão e a 42% das doenças respiratórias crônicas (ALWAN; WHO, 2011). Além disso, pode resultar em diversos tipos de câncer, disfunção erétil masculina, gravidez ectópica, malformação congênita, prejuízo ao sistema imunológico, diabetes mellitus e artrite reumatoide (NCCDPHP, 2014). A exposição à fumaça do tabaco também oferece riscos para a saúde. Crianças expostas ao fumo passivo apresentam maior risco de infecções respiratórias agudas, problemas auriculares, asma grave e óbito devido à síndrome da morte súbita infantil. Entre os adultos, o tabagismo passivo pode resultar em irritação nasal, doença coronariana e câncer de pulmão. Os recém-nascidos de mulheres expostas à fumaça do tabaco possuem maior risco de apresentarem baixo peso ao nascer (NCCDPHP, 2014).

No mundo, o tabagismo está relacionado a cerca de seis milhões de óbitos anuais, sendo projetado um crescimento para oito milhões até 2030. Estima-se que 80% das mortes previstas ocorrerão em países de baixa e média renda (U.S.; WHO, 2016). O total de mortes relacionadas tanto à exposição à fumaça do tabaco quanto ao seu consumo representa 7% de todas as causas de mortes entre as mulheres e 16% entre os homens (ERIKSEN, 2012). Considerando apenas o tabagismo passivo, estima-se que cerca de 600.000 mortes prematuras ocorram anualmente em todo o mundo, sendo que 28% referem-se a crianças e 47% a mulheres (OBERG et al., 2010).

Em 2004, o tabagismo esteve relacionado a 12% de todas as mortes e a 14% dos óbitos decorrentes das DCNT entre os adultos maiores de 30 anos. O fumo foi responsável por 36% das mortes por doenças respiratórias, 22% dos óbitos por todos os tipos de câncer e 10% das mortes por doenças cardiovasculares. Fumar também é um fator de risco para a mortalidade por doenças transmissíveis. Em 2004, 5% das mortes por tais doenças foram atribuíveis ao tabagismo. A tuberculose e as infecções respiratórias inferiores apresentaram as maiores proporções de mortes relacionadas ao uso do tabaco, correspondendo a 7% e 12% respectivamente (MATHERS; WHO, 2012).

Vale ressaltar que o período entre o aumento da prevalência de fumantes e o aumento da mortalidade atribuível ao tabagismo varia de 30 a 40 anos (LOPEZ; COLLISHAW; PIHA, 1994). As Américas e Europa, regiões onde a epidemia do tabaco iniciou-se há mais tempo, apresentam as maiores proporções de mortes relacionadas ao tabagismo, 16% cada. A África, com 3%, apresenta a menor proporção (MATHERS; WHO, 2012). O tabagismo esteve relacionado a 100 milhões de mortes durante o século XX, e se as tendências atuais continuarem, esse número passará para aproximadamente um bilhão de óbitos durante o século

XXI (ERIKSEN et al., 2015).

Considerando a morbimortalidade atribuível ao tabagismo no Brasil, estima-se que, em 2011, o tabagismo esteve relacionado a 83% dos casos de câncer de laringe, 82% dos casos de câncer de pulmão, 73% dos casos de DPOC e 28% dos casos de infarto agudo do miocárdio. Cerca de 14,7% de todas as mortes foram atribuíveis ao tabagismo, correspondendo a 147 mil óbitos. O tabagismo esteve relacionado a 83% das mortes por câncer de laringe, 81% das mortes por câncer de pulmão, 78% das mortes por DPOC e 21% das mortes por infarto agudo do miocárdio (PINTO et al., 2015). A **tabela 3** sintetiza as proporções da morbimortalidade atribuível ao tabagismo no Brasil e no mundo, segundo as principais doenças tabaco-relacionadas.

Principais doenças tabaco-relacionadas	Proporção- morbidade		Proporção- mortalidade	
	Mundo ¹	Brasil ²	Mundo ³	Brasil ²
Câncer	-	43%	22%	31%
Câncer de pulmão	71%	82%	71%	81%
Doenças cardiovasculares	10%	26%	10%	21%
Doença cerebrovascular	-	19%	7%	18%
Doença isquêmica do coração	-	26%	12%	20%
Doenças respiratórias crônicas (Doença pulmonar obstrutiva crônica)	42%	73%	42%	78%

Tabela 3: Morbimortalidade atribuível ao tabagismo segundo as principais doenças tabaco-relacionadas.
Fonte: Elaboração própria, baseada em: ¹Alwan e WHO (2011), ²Pinto et al. (2015) e ³Mathers e WHO (2012).

Outro aspecto que merece ser destacado é o impacto econômico gerado pelo tabaco. A indústria do fumo movimentava bilhões de dólares com a publicidade, promoção e patrocínio do

tabaco (WHO, 2015). Em contrapartida, os custos gerados pelo tabagismo também são elevados, incluindo gastos com cuidados de saúde para o tratamento das doenças tabaco-relacionadas e com a perda de produtividade resultante da morbidade e mortalidade atribuíveis ao tabagismo (US; WHO, 2016). Esse cenário é preocupante, uma vez que o tabagismo é mais prevalente nos estratos socioeconômicos mais baixos, independentemente do nível de renda do país, sexo, faixa etária ou de qualquer outra variável (WHO, 2016a).

Os prejuízos com mortes, doenças e incapacidade causadas pelo tabagismo superam qualquer benefício econômico gerado pela fabricação e venda de produtos derivados do tabaco (ERIKSEN, 2012). Em 2012, o custo econômico total do tabagismo foi de US\$ 1,4 trilhão, correspondendo a 1,8% do PIB mundial. Considerando apenas os custos com o tratamento de doenças tabaco-relacionadas, foi estimado o custo de US\$ 422 bilhões, representando 5,7% dos gastos globais com saúde (US; WHO, 2016).

No Brasil, o custo total atribuível ao tabagismo para o sistema de saúde em 2011 foi de R\$ 23 bilhões. Os maiores montantes estiveram relacionados às doenças cardíacas, DPOC, câncer de pulmão e AVC, sendo responsáveis por 67% do custo total do diagnóstico e tratamento das doenças tabaco-relacionadas. O tabagismo passivo e as causas perinatais geraram custos em torno de R\$ 2 bilhões, o que representou 11,5% dos custos totais (PINTO et al., 2015).

Por fim, é importante destacar os prejuízos do tabaco ao meio ambiente. O uso de agrotóxicos e fertilizantes para o cultivo da planta está relacionado à contaminação do lençol freático, ao aumento da mortalidade de aves e peixes e à perda de nutrientes do solo, que é intensificada pelo processo de lixiviação². De forma indissociável, muitos trabalhadores são expostos a riscos ocupacionais, como a doença da folha verde do tabaco, a intoxicação por exposição a agrotóxicos e a inalação do pó do tabaco. Além disso, são impactantes para o meio ambiente os incêndios acidentais provocados por cigarros e o desmatamento resultante da grande quantidade de folhas exigida para o processo de secagem em estufa e de cura ao fogo (GUINDON; DE BEYER; GALBRAITH, 2003; RIQUINHO; HENNINGTON, 2012).

2.2 As políticas de controle do tabaco no cenário internacional

As primeiras iniciativas de controle do tabaco no mundo ocorreram na década de 70,

² Processo pelo qual os elementos químicos do solo migram, de forma passiva, das camadas mais superficiais de um solo para as camadas mais profundas, em decorrência de um processo de lavagem devido à ação da água da chuva ou de irrigação, tornando-se indisponíveis para as plantas (EMBRAPA, 2004).

tendo como cenário a Austrália, Canadá, Estados Unidos, Finlândia, Noruega e Singapura. Apesar de variarem de acordo com os aspectos econômicos, sociais e políticos de cada país, as ações caracterizavam-se principalmente por medidas abrangentes que envolviam o aumento dos preços e impostos dos produtos do tabaco, o combate à indústria do fumo e a restrição da propaganda de produtos do tabaco e do fumo em ambientes fechados (YACH; WIPFLI, 2006).

No entanto, o processo de consolidação do controle do tabaco como objeto de ação global e de cooperação internacional iniciou-se somente duas décadas depois. Em 1994, a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) foi pauta da IX Conferência Mundial Tabaco ou Saúde, cujas discussões prosseguiram na 49ª Assembleia Mundial de Saúde ocorrida em 1996 (YACH; WIPFLI, 2006). Com a eleição da norueguesa Gro Harlem Brundtland como Diretora-Geral da OMS em 1998, o debate sobre a CQCT ganhou força, sendo criada a Iniciativa Livre do Tabaco (TFI- Tobacco Free Initiative). O projeto, que dentre outros objetivos iniciais buscou auxiliar os países no desenvolvimento de capacidades para a implementação de políticas de controle do tabaco, permitiu o estabelecimento de uma aliança multisetorial global (YACH; WIPFLI, 2006). Assim, durante a gestão de Brundtland foram firmadas importantes parcerias para o combate ao fumo, incluindo o apoio da Organização das Nações Unidas, de agências intergovernamentais, governos nacionais e da indústria farmacêutica (YACH, 2014). Nesse sentido, é válido ressaltar uma das contribuições do Banco Mundial, que destacou uma série de medidas custo-efetivas para a redução da demanda e da oferta do tabaco e sinalizou para a importância da cooperação internacional junto à CQCT, cujo processo de negociação iniciou em 1999 (BANK, 1999).

Em maio de 2003 a CQCT foi adotada por unanimidade na 56ª Assembleia Mundial da Saúde da OMS, correspondendo ao primeiro tratado internacional de saúde pública. Entre 16 de junho de 2003 e 29 de junho de 2004, período em que a CQCT ficou aberta para assinaturas, 168 países tornaram-se signatários da Convenção. No entanto, para se tornarem Estados Partes, os países e as organizações de integração econômica regional devem apresentar um instrumento de ratificação, aceitação, aprovação, confirmação oficial ou adesão ao tratado. Após ter completado 40 ratificações, em fevereiro de 2005, a CQCT entrou em vigor internacional (WHO, 2003). Até fevereiro de 2017, 179 países e a União Europeia tornaram-se Estados Partes da CQCT, que tem como objetivo

... proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a serem implementadas pelas Partes nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco (WHO, 2003, p. 5).

Entre os princípios norteadores da CQCT, merecem destaque a necessidade de as pessoas serem informadas sobre os danos decorrentes do tabaco e o compromisso político dos Estados Partes, nos âmbitos nacional, regional e internacional, de apoiarem medidas multisetoriais abrangentes para o controle do tabaco. A cooperação internacional e a participação da sociedade civil também se apresentam como norteadores da CQCT (WHO, 2003).

Além da formulação de medidas, planos e programas nacionais de controle do tabaco que envolvem vários setores, também é prevista como obrigação dos Estados Partes a proteção dessas estratégias dos interesses da indústria do tabaco. Os Estados Partes também devem colaborar para a efetiva implementação da CQCT por meio da formulação de protocolos e diretrizes, da cooperação com organizações intergovernamentais e da busca de mecanismos de financiamento bilaterais e multilaterais (WHO, 2003).

A maioria das medidas elencadas pela CQCT visam à redução da demanda do tabaco. Também são previstas estratégias referentes à redução da oferta do tabaco, à cooperação científica e técnica, à proteção ao meio ambiente e à medidas legislativas e legais para tratar da responsabilidade penal e civil (WHO, 2003). A **Figura 1** sintetiza os grupos de medidas preconizadas pela CQCT.

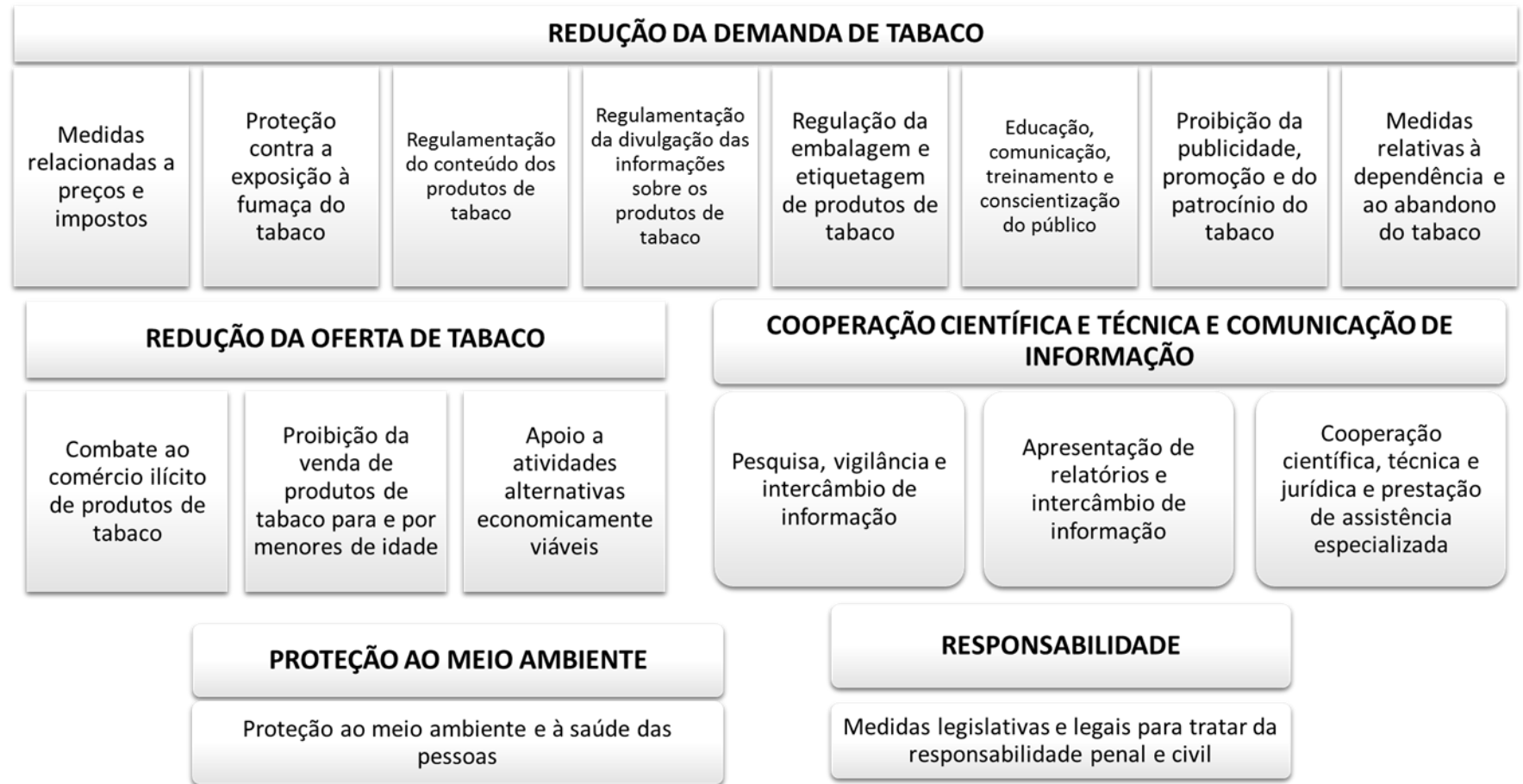


Figura 1: Medidas preconizadas pela Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.

Fonte: Elaboração própria, baseada em WHO (2003).

Os Estados Partes devem formular e implementar políticas públicas de saúde e adotar medidas executivas, legislativas e administrativas que visem ao controle do tabaco. Estes países também devem colaborar para a implementação da CQCT, contribuindo na formulação de protocolos e diretrizes, além de buscar recursos financeiros por meio de mecanismos de financiamento bilaterais e multilaterais e cooperar com organizações intergovernamentais internacionais e regionais e demais órgãos (WHO, 2003).

Os Estados Partes da CQCT compõem a Conferência das Partes (COP), órgão executivo da Convenção (BRASIL, 2011). Com o papel de tomar decisões necessárias para a efetiva implementação da Convenção, a Conferência compreende sessões ordinárias a cada dois anos (WHO, 2003). A primeira sessão da COP foi realizada em 2006, na cidade de Genebra, Suíça. A sétima e mais recente sessão ocorreu em novembro de 2016, tendo como sede Deli, na Índia.

A CQCT tem progredido desde a sua entrada em vigor, tendo apresentado uma taxa média de implementação de suas principais medidas pelos Estados Partes de mais de 60% em 2016. No entanto, a implementação das diferentes estratégias é desigual, assim como não é uniforme a execução das medidas entre as regiões e os Estados Partes (WHO, 2016). Para auxiliar os países na implementação da CQCT, WIPFLI et al. (2004) sugeriram um modelo baseado na articulação de três pilares: evidências sobre os prejuízos do tabagismo e o impacto das medidas de controle do tabaco; estruturação de políticas e programas de controle do tabaco nos sistemas de saúde; e a formação de uma rede intersetorial e de lideranças para o controle do tabaco.

Também com o intuito de apoiar os países a cumprirem as previsões da CQCT, a OMS lançou em 2008 um pacote de políticas com capacidade de redução do uso do tabaco. Mais conhecidas como MPOWER, tais medidas envolvem os seguintes compromissos: M (monitor) – Monitorar o uso de tabaco e políticas de prevenção; P (protect) – Proteger a população contra a fumaça do tabaco; O (offer) – Oferecer ajuda para a cessação do fumo; W (warn) – Advertir sobre os perigos do tabaco; E (enforce) – Fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio; R (raises) – Aumentar os impostos sobre o tabaco. (WHO, 2008). De 2008 a 2014, o número de pessoas no mundo abrangidas por pelo menos uma dessas medidas no maior nível esperado de implementação passou de 1 bilhão para 2,8 bilhões. As ações de conscientização e monitoramento apresentam o maior nível de implementação (WHO, 2015).

Experiências sobre a implementação da CQCT têm sido compartilhadas por diversos países. Observam-se algumas dificuldades na Região do Pacífico Ocidental. A implementação da CQCT na China, responsável por 43% de toda a produção do tabaco no mundo (ERIKSEN et al., 2015), tem sido prejudicada pelo monopólio do tabaco. Apesar dos avanços acerca de

medidas relacionadas à impressão de advertências em embalagens de cigarros, à proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco e à proteção das pessoas do tabagismo passivo, os interesses comerciais e da indústria do tabaco estão comprometendo os esforços empenhados no país (LV et al., 2011). Além disso, o país apresenta barreiras políticas, estruturais e sociais que comprometem o controle do tabaco (HU; LEE; MAO, 2013). Quanto ao Japão, estudo de 2008 aponta que as medidas adotadas têm apresentado pouco impacto na diminuição das taxas de tabagismo. Há resistências para o aumento dos preços dos produtos de tabaco e as restrições à publicidade do tabaco são voluntárias (SATOMURA et al., 2008).

Já a Região do Sudeste Asiático tem apresentado algumas experiências exitosas. Os seus 11 países vêm desenvolvendo políticas abrangentes de controle do tabaco e adotaram o pacote de políticas MPOWER como ferramenta operacional para implementar as estratégias de forma eficaz. Nove deles (Bangladesh, Butão, Coreia do Norte, Índia, Maldivas, Mianmar, Nepal, Sri Lanka e Tailândia) apresentam leis aprovados por seus parlamentos, envolvendo medidas legislativas que abrangem ambientes livres do fumo, a proibição da venda de produtos de tabaco a menores e o banimento da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco (SINGH, 2012; SINHA et al., 2011).

A implementação da CQCT nos países africanos tem sido desafiadora. Publicação que analisou a situação a adoção de medidas legislativas até 2011 indicou que apesar de muitos países adotarem legislações sobre a proteção contra a exposição à fumaça do tabaco, apenas Burkina Faso, Chade, Namíbia e Seychelles cumpriam todas as recomendações da CQCT referentes a este tema. Quanto à embalagem e rotulagem de produtos do tabaco, poucos países apresentavam legislações atendendo aos padrões mínimos da CQCT. Maurício era o único país que adotava advertências gráficas ocupando pelo menos 50% da face frontal dos maços de cigarro. Os países africanos também apresentaram-se aquém dos padrões da CQCT no que tange à proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco (TUMWINE, 2011).

Por fim, as regiões das Américas e da Europa têm se destacado na implementação de políticas de controle do tabaco. A Europa conta com a Comissão Europeia de Saúde Pública, a qual empenha esforços para o controle do tabaco através da formulação de legislação própria, campanhas e acordos internacionais. Ressalta-se a *Tobacco Products Directive*, que desde maio de 2016 vem estabelecendo regras na União Europeia para a fabricação, exposição e venda de produtos derivados do tabaco (EUROPEAN PARLIAMENT; COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION, 2014). Na Região, taxas superiores a 75% no preço de varejo dos cigarros abrangem 47% dos países. Ações de apoio à cessação do fumo também são expressivas, estando presente em 68% dos países. No entanto, a Europa necessita evoluir nas medidas

referentes à proteção da população do tabagismo passivo e às proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio do tabaco (WHO, 2014). Estudo que avaliou 30 países europeus em 2007 considerou Reino Unido, Irlanda, Islândia, Noruega e Malta, nesta ordem, os países que apresentavam as políticas de controle do tabaco mais consistentes (JOOSSENS, L; RAW, M, 2007).

Considerando as medidas previstas pelo MPOWER, a Região das Américas tem apresentado um grande progresso. Brasil, Canadá, Chile, Panamá e Uruguai são os Estados Partes da CQCT com maior destaque na Região, apresentando pelo menos quatro medidas implementadas no maior nível considerado pela OMS. No entanto, a implementação das medidas da CQCT tem sido desigual. Enquanto serviços estruturados de apoio ao abandono do tabagismo abrangem 77% da população da Região, taxas e impostos superiores a 75% do preço do varejo dos produtos de tabaco abrangem somente 3% da mesma (PAHO, 2016). Sandoval e Blanco (2010) observaram que apesar da maioria dos países da América Latina apresentarem legislação própria destinada ao controle do tabaco, geralmente as medidas não são aplicadas conforme o estabelecido pela CQCT. Apenas Brasil, Panamá, Uruguai e Venezuela implementaram efetivamente pelo menos duas medidas previstas pelo MPOWER entre 2008 e 2009.

Apesar dos membros da CQCT destacarem-se na implementação de políticas de controle do tabaco, vale ressaltar que iniciativas visando ao controle do tabaco não estão restritas aos Estados Partes do tratado. A Região das Américas apresenta alguns exemplos desta constatação. Os Estados Unidos apresentam estratégias nas três esferas de governo, sendo fundamental a atuação federal no aumento de impostos, no acesso a serviços de cessação do tabagismo e na regulamentação de produtos do tabaco (COKKINIDES et al., 2009). A Argentina também apresenta políticas de controle do tabaco, destacando-se as medidas legislativas visando à promoção de ambientes livres do fumo (FERRANTE et al., 2007; SEBRIÉ et al., 2012).

Por fim, algumas iniciativas internacionais recentes merecem destaque. Visando à contenção do mercado ilegal de produtos de tabaco, a quinta sessão da Conferência das Partes (COP 5), realizada em 2012, adotou o Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco. O Protocolo prevê medidas relacionadas à produção, transporte, recepção, posse, distribuição e venda ou compra produtos de tabaco. Até janeiro de 2017, 24 países e a União Europeia já haviam se tornado Partes do Protocolo. Considerando que para a sua entrada em vigor são necessárias 40 ratificações, há uma grande mobilização internacional para a adesão de novos países ao Protocolo (“WHO | Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products”,

[s.d.]).

Também vale mencionar a inclusão da redução da prevalência do tabagismo, em 2013, no conjunto de metas globais para a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis. Com o objetivo de alcançar a redução relativa de 30% da prevalência de fumantes maiores de 15 anos entre 2013 e 2020, a OMS reforçou a importância de avanços na implementação das medidas previstas pela CQCT, sobretudo no que tange ao aumento de preços e impostos de produtos de tabaco, à promoção de ambientes livres do fumo, às ações de comunicação e conscientização e ao banimento da promoção e patrocínio do tabaco (WHO, 2013).

As comemorações dos 10 anos da CQCT, em 2015, também contribuíram para a intensificação do debate sobre os desafios a serem superados. A identificação da fragilidade dos mecanismos de coordenação das políticas de controle do tabaco em alguns países, da expansão de novos produtos e da importância da participação ativa da sociedade civil foram alguns dos pontos abordados pelas análises sobre a implementação da CQCT no período (NIKOGOSIAN; LUIZA DA COSTA E SILVA, 2015; WIPFLI, 2016).

2.3 A política brasileira de controle do tabaco

Apesar de ser o segundo maior produtor e o maior exportador de folhas de fumo do mundo, o Brasil é uma referência internacional no controle do tabaco (INCA, 2014). Além de ter sido o segundo país a assinar a CQCT (BRASIL, 2011) e fundamental para a conclusão bem sucedida de suas negociações, o Brasil foi um dos primeiros países a regular a descrição, o conteúdo e as emissões dos produtos derivados do tabaco e a adotar imagens de advertência nas embalagens de cigarros (LEE; CHAGAS; NOVOTNY, 2010). No entanto, ações que visem ao controle do tabaco no Brasil antecedem a CQCT e a própria configuração atual sistema de saúde nacional.

Na década de 1960 ocorreram os primeiros movimentos no país. Nesse momento, a relação entre o tabagismo e a incidência de doenças tabaco-relacionadas começou a ser debatida na comunidade médica, sobretudo devido ao aumento dos casos de câncer de pulmão. Isso culminou nos primeiros projetos de lei (PL) que visavam ao controle do tabaco no país, fazendo referência à restrição da propaganda nos meios de comunicação e à impressão de advertências sobre os riscos à saúde. Porém, todos os projetos foram arquivados (TEIXEIRA; JAQUES, 2011).

O fortalecimento das ações antitabagistas pode ser observado no fim dos anos 1970 e ao longo dos anos 1980. Apesar de novos PL sobre o tema continuarem sendo rejeitados diante

dos interesses econômicos que imperavam na época, a discussão sobre o controle do tabaco começou a se consolidar a partir do discurso científico (TEIXEIRA; JAQUES, 2011). Em 1977, a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo realizou uma campanha interna com objetivo educacional visando ao controle do tabaco no país, gerando manifestações entre profissionais da saúde e da educação (ROSEMBERG, 1987). Em 1979, a ‘Carta de Salvador’, também intitulada “O tabagismo – Um novo desafio”, apresentou como proposta a inclusão de ações de controle do tabaco no Plano Nacional de Saúde, por meio do comando único de um Comitê Nacional, objetivando a redução da demanda e da oferta do tabaco. No mesmo ano, a Sociedade Brasileira de Cancerologia elaborou o primeiro Programa Nacional Contra o Fumo. Ressalta-se também, no ano seguinte, a realização da 1ª Conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo (ROSEMBERG, 1987).

Alguns estados destacaram-se no controle do tabagismo nesse período, como o Rio Grande do Sul, São Paulo e Paraná, os quais possibilitaram a articulação nacional no empreendimento das ações de combate ao fumo. Esse movimento permitiu que ocorresse a constituição do Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil (GACT), em 1985, e a criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF), em 1986. Assim, foi instituída a atuação da União no controle do tabaco, a qual reuniu as Divisões Nacionais de Pneumologia Sanitária (DNPS) e de Doenças Crônico-degenerativas (DNDCD) do Ministério da Saúde (ROMERO; COSTA E SILVA, 2011).

Ainda em 1986, a Lei Federal 7.488/86 estabeleceu o Dia Nacional de Combate ao Fumo, determinando que o Ministério da Saúde promovesse anualmente, na semana que anteceder o dia 29 de agosto, uma campanha nacional visando alertar a população sobre os malefícios do tabagismo (BRASIL, 1986). Esta lei correspondeu a primeira medida legislativa de controle do tabaco adotada em todo o território nacional (TEIXEIRA; JAQUES, 2011).

O próximo marco do controle do tabaco no Brasil refere-se ao Plano de Trabalho para o período de 1988-2000, que tinha como objetivo geral “... promover a saúde e contribuir para a proteção das doenças tabaco-relacionadas” (COSTA e SILVA; ROMERO, 1988, p. 239). Como estratégia de implementação, por meio de ações governamentais e não governamentais de controle ao tabagismo no país, o Plano apresentava como ações de curto prazo o desenvolvimento da infraestrutura, coordenação e articulação, além de medidas educativas, legislativas e econômicas e de comunicação social. As ações de médio e longo prazo estiveram relacionadas à ampliação das medidas implementadas e aos objetivos epidemiológicos traçados (COSTA e SILVA; ROMERO, 1988).

A Constituição Federal apresentou-se como uma importante contribuição para o

controle do tabaco no país e como base para justificar medidas legislativas antitabaco posteriores (TEIXEIRA; JAQUES, 2011). O papel do Estado de intervir no controle do tabaco e garantir o apoio à cessação do fumo passou a ser sustentado pela própria concepção de saúde apresentada:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Artigo 196).

A Constituição também colaborou ao sustentar os princípios da descentralização, integralidade e participação da comunidade e as competências do SUS de controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, de executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica e de colaborar na proteção do meio ambiente (BRASIL, 1988). O parágrafo 4º do Artigo 220 faz referência à advertência dos malefícios decorrentes do tabagismo nas propagandas comerciais:

A propaganda comercial de tabaco... estará sujeita a restrições legais ... e conterá, sempre que necessário, advertência sobre os malefícios decorrentes de seu uso (BRASIL, 1988, art. 220).

Pode-se sugerir que a implementação do SUS também colaborou para o fortalecimento das ações de controle do tabaco no país. O SUS abrange uma grande variedade de medidas, envolvendo ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de abarcar o cuidado que perpassa pelos diversos níveis de atenção à saúde. É válido destacar os seus processos de descentralização e gestão participativa, os quais conferiram maior responsabilidade aos municípios (PAIM et al., 2011). Na organização do SUS também é prevista a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, compostas por diferentes ministérios, órgãos e entidades da sociedade civil com a:

... finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988, art. 12).

Destaca-se a universalidade do acesso aos serviços da saúde, a intersetorialidade para a otimização do bem-estar do indivíduo e da coletividade e a adoção de mecanismos de proteção social pelo Estado. Assim, foram criadas condições favoráveis para a formulação de uma política de Estado que perpassasse os diversos aspectos inerentes à instituição de uma política abrangente de controle do tabaco e articulada entre os três entes federativos.

Nesse cenário, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, assumiu em 1989 a coordenação das ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (CAVALCANTE, 2005). Também conhecido

como ‘Ações Nacionais de Controle do Tabagismo’, o Programa foi formulado com os objetivos estratégicos de: “reduzir a aceitação social do ato de fumar”; “reduzir os estímulos sociais e econômicos para o consumo”; “prevenir a iniciação no tabagismo”; “proteger a população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco”; e “promover e apoiar a cessação de fumar” (BRASIL 2007, p. 12). Com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes no país e a consequente morbimortalidade por doenças tabaco-relacionadas, as primeiras ações consistiram na sensibilização da população e dos órgãos governamentais sobre os danos associados ao tabaco (INCA, 2011). Após um breve período, entre 1990 e 1993, em que o Programa passou a ser coordenado pela direção central do Ministério da Saúde, em Brasília, o INCA voltou a ser o responsável pela gestão nacional do controle do tabaco no país. Ressalta-se a criação, em 1996, da Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (CONTAPP), abrangendo o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e demais programas de prevenção de fatores de risco para o câncer (DE BEYER; BRIGDEN, 2003).

Em meados da década de 1990, as ações começaram a ser desenvolvidas continuamente pelas esferas estadual e municipal, assistidas e coordenadas pelo INCA e com a participação de organizações não governamentais (INCA, 2011). Alguns marcos merecem destaque nessa década. A lei nº 9.294/1996 permitiu significativos avanços em relação à divulgação de advertências, à restrição da propaganda dos produtos derivados do tabaco e à proibição do fumo em ambientes públicos fechados (BRASIL, 1996). Vale destacar a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em 1999. Esse órgão foi fundamental para o controle e fiscalização dos produtos derivados do tabaco, possibilitando ações nesse âmbito mais eficazes que as desenvolvidas até então pelo Ministério da Saúde (TEIXEIRA; JAQUES, 2011).

Nos anos 2000, a ratificação da CQCT, em 2005, e a sua entrada em vigor nacionalmente, em 2006, são grandes marcos da história do controle do tabaco no Brasil. A partir desse momento, as diversas ações voltadas para o controle do tabaco passaram a integrar a Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT), de caráter intersetorial e que apresenta a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ) como espaço de governança para o cumprimento das obrigações e diretrizes estabelecidas pela CQCT (INCA, 2011). Além do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, coordenado pela Divisão de Controle do Tabagismo/INCA e que passou a fazer referência às ações destinadas à promoção de ambientes livres de fumo e ao apoio à cessação do tabagismo na rede do SUS, a PNCT também envolve diversas outras estratégias: regulação e fiscalização dos produtos derivados de tabaco, sob a coordenação da Anvisa, do Ministério da

Saúde; vigilância epidemiológica, por meio da realização de inquéritos periódicos sobre tabagismo entre jovens e adultos com a participação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Programa Nacional de Diversificação da Produção em Áreas Cultivadas com Tabaco, coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário; inclusão dos princípios da CQCT na Política Nacional sobre Drogas, sob a responsabilidade da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Ministério da Justiça; política de preços e impostos para o setor fumo, coordenada pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda; e combate ao mercado ilegal de produtos de tabaco, conduzido conjuntamente pelos Ministérios da Fazenda e da Justiça (OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO, [s.d.]).

Dessa forma, constata-se que a política brasileira de controle do tabaco apresenta uma trajetória de mais de três décadas, envolvendo diferentes atores e um conjunto de ações muito diversificado, inseridos em um processo político complexo.

3 METODOLOGIA

3.1 Referencial de análise

Para compreender a política de controle do tabaco, o estudo baseou-se em contribuições das perspectivas da economia política, e, principalmente, da análise de políticas públicas e da abordagem do institucionalismo histórico.

Em uma perspectiva da economia política, Freeman e Moran (2000) identificam nas políticas de saúde três dimensões indissociáveis: a de proteção social, a econômica e a de poder. A complexidade da interação dessas dimensões se expressa fortemente no controle do tabaco. A dimensão social se refere ao reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado em garantir o bem-estar da população (BRASIL, 1988), por meio da adoção de medidas de promoção da saúde, de regulação e de assistência pertinentes ao controle do tabaco e à redução de danos associados ao tabagismo. A dimensão econômica se relaciona à relevância da cadeia produtiva do fumo e dos interesses econômicos envolvidos nos setores primário (fumicultura), secundário (indústria) e terciário (comércio e serviços de saúde). Já a dimensão de poder diz respeito à ampla rede de organizações e atores governamentais e não governamentais envolvidos nessa política, dotada de relações, interesses e conflitos. A **Figura 2** ilustra a ‘economia política’ do controle do tabaco, considerando essas três dimensões inter-relacionadas.

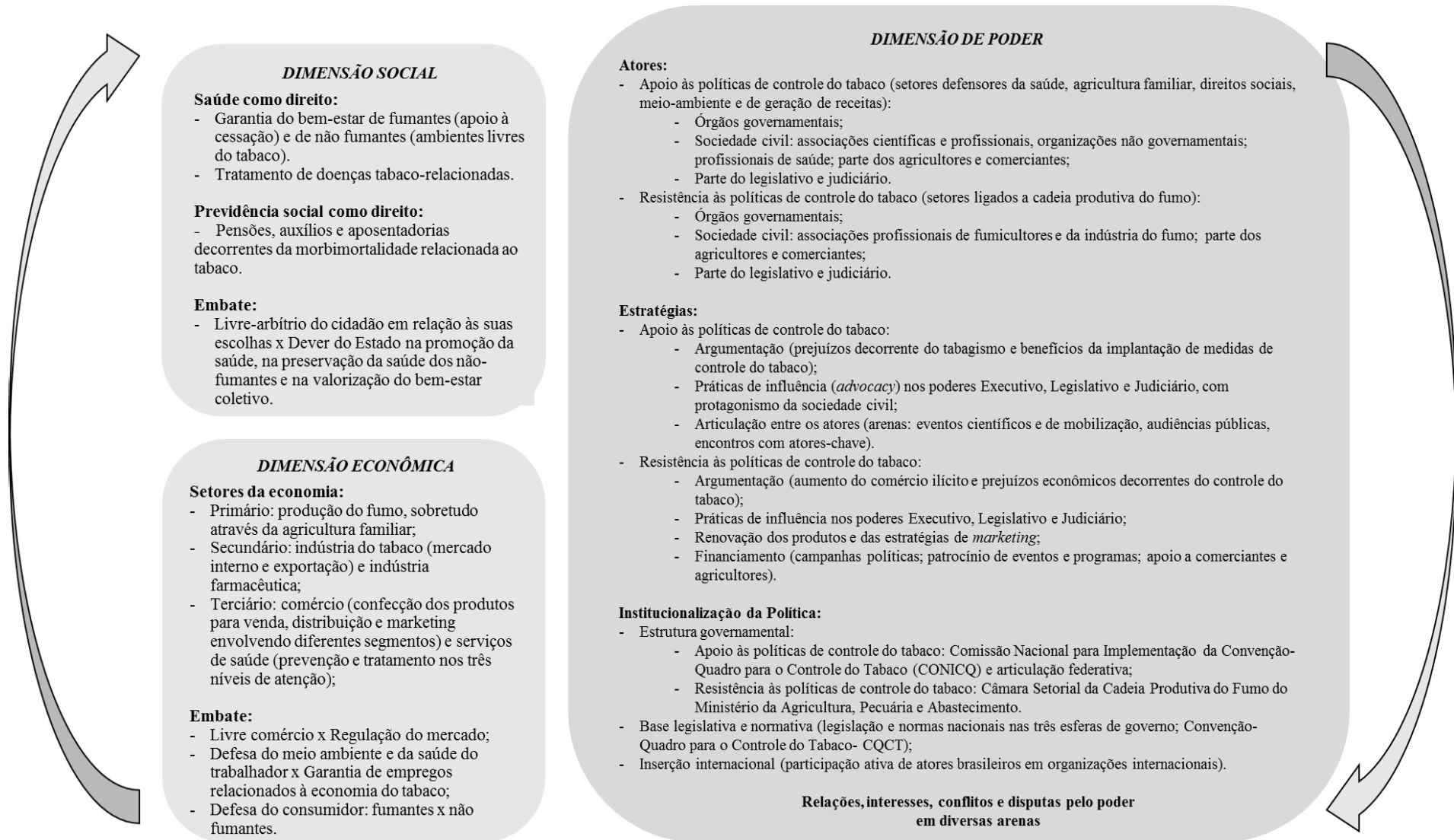


Figura 2: As três dimensões da política de controle do tabaco

Nota: A elaboração da figura destina-se à contextualização do controle do tabaco no Brasil, incorporando resultados de ampla revisão bibliográfica sobre o tema e alguns resultados iniciais do trabalho de campo, que contribuíram para o aprimoramento do referencial analítico. No entanto, a pesquisa não teve a pretensão de esgotar todas as dimensões e aspectos elencados na figura.

Fonte: Elaboração própria.

Para abranger a multiplicidade de fatores envolvidos na política brasileira de controle do tabaco, este trabalho também se baseou em contribuições do referencial de análise de políticas públicas, que busca utilizar concepções de diversas disciplinas com o intuito de interpretar as causas e consequências da ação governamental (HAM; HILL, 1993).

A concepção de política adotada refere-se a um fenômeno que envolve um curso de ações e uma rede de decisões presentes em todo o curso da política (HAM; HILL, 1993). A complexidade da política pode ser atribuída à interação permanente de variados elementos. Entre eles, cabe ressaltar o longo período demandado para que um ciclo político se complete e o envolvimento de diversos programas que perpassam os vários níveis de governo. Também vale destacar o envolvimento de variados atores dotados de diferentes valores, interesses, percepções e preferências, cujo debate geralmente compreende disputas técnicas sobre o entendimento de um problema, suas causas e possíveis soluções. Convicções, interesses, recursos financeiros e coerção política tipicamente estão presentes nestas disputas (SABATIER, 2007).

Souza (2007, p. 84) considera que o principal foco analítico da política pública

... está na identificação do tipo de problema que a política pública visa a corrigir, na chegada desse problema ao sistema político (*politics*) e à sociedade política (*polity*), no processo percorrido nessas duas arenas, e nas instituições/regras que irão moldar a decisão e a implementação da política pública³.

Neste contexto, esta pesquisa priorizou a análise da formulação e implementação da política brasileira de controle do tabaco, sendo valorizados os elementos presentes na agenda, as estratégias adotadas e os setores envolvidos.

A análise de políticas compreende diferentes abordagens, sendo importante a superação de concepções lineares, que restringem o sentido da política ao seu enunciado (AZEREDO; LUIZA; BAPTISTA, 2014). Nesse sentido, o estudo do contexto, processo e conteúdo apresenta-se como uma alternativa para a análise abrangente da política brasileira de controle do tabaco. Quanto ao contexto, ressaltam-se os fatores políticos, econômicos, sociais e culturais, no âmbito nacional e internacional, que podem interferir na política de saúde. No processo político, vale destacar o modo como a política é iniciada, formulada, desenvolvida, negociada, divulgada, implementada e avaliada. Os atores, arenas, a configuração da agenda e as relações de poder destacam-se nessa dinâmica. Por fim, o detalhamento dos elementos que

³Frey (2009) apresenta os conceitos de *polity*, *politics* e *policy*, fundamentais para a compreensão e pesquisa de políticas públicas. Segundo o autor, *polity* refere-se às instituições políticas, envolvendo o sistema jurídico e a estrutura institucional do sistema político-administrativo. *Politics* correspondem aos processos políticos que abrangem a imposição de objetivos, os conteúdos e as decisões, sendo frequentemente de caráter conflituoso. Por fim, *policy* faz alusão ao conteúdo da política, representados pela configuração dos programas políticos, problemas técnicos e conteúdo material das decisões políticas.

constituem uma determinada política de saúde é fundamental para a definição do seu conteúdo (BUSE; MAYS; WALT, 2012).

Nessa perspectiva, foram consideradas algumas contribuições do institucionalismo histórico. Além da importância do Estado como ator e autor de ações específicas, as instituições são centrais no estudo da política por influenciarem

... diretamente a cultura política, a estratégia dos atores e a produção da própria agenda de questões a serem objeto de políticas, enquadrando a luta política... (MARQUES, 1997, p. 81).

A análise das articulações entre os diversos atores, considerando a sua luta e estratégias traçadas, é necessária para uma melhor compreensão das políticas públicas do Brasil, permitindo compreender de forma aprofundada a sua produção e implementação (MARQUES, 1997).

A consideração da trajetória histórica é fundamental na análise das políticas de saúde. Ao longo do tempo, as escolhas políticas resultam na criação de regras e de estruturas, na mobilização de recursos de diversos tipos e no envolvimento de atores sociais, sendo que a trajetória da política de saúde pode ser considerada uma variável institucional relevante (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011). Uma determinada conjuntura é influenciada pelas consequências de decisões assumidas no passado. Considerando conceitos como dependência de trajetória (*path-dependence*), retroalimentação positiva (*positive feedback*) e retornos progressivos (*increasing returns*), ressaltam-se os custos políticos e econômicos para a mudança dos caminhos adotados no passado (PIERSON, 2004).

Por outro lado, segundo Mahoney e Thelen (2010), as mudanças institucionais podem ocorrer de diferentes formas, podendo haver a substituição de regras, a agregação de novos elementos ou a mudança da aplicação de regras já existentes. As características e o contexto político influenciam essas mudanças institucionais que, em sua maioria, são de caráter incremental e gradual.

A dinâmica temporal – trajetória histórica, sequência, relação entre eventos – e a interação de elementos de continuidade e mudança são aspectos relevantes para a compreensão da institucionalidade⁴ e solidez da política pública ao longo do tempo (PIERSON, 2004). Outros

⁴ Compreende-se como institucionalidade a existência de mecanismos institucionais de diversos tipos que favorecem a estabilidade e consolidação de uma dada política como política de Estado ao longo do tempo, de forma que as possibilidades de continuidade sejam altas e as de reversão sejam reduzidas. No entanto, mesmo políticas com alta institucionalidade podem sofrer mudanças relevantes ao longo do tempo, de caráter radical ou gradual e incremental (o mais comum). Para uma discussão aprofundada da dinâmica de continuidades e mudanças nas políticas ao longo do tempo, ver Pierson (2004) e Mahooney e Thelen (2010). Os últimos autores enfatizam a relação entre os atores e a dinâmica de mudanças institucionais.

fatores que podem contribuir para a maior institucionalidade de uma política são a existência de regras formais (leis, normas), de mecanismos de financiamento (que confirmam a base material à política), de quadros técnicos qualificados (para a formulação e implementação da política), de instâncias decisórias coletivas (comissões, fórum) e de base de apoio abrangente (nacional e internacional). Esses fatores são muito relevantes no caso de políticas complexas que mobilizem setores e atores com variados interesses e posições, como no caso do controle do tabaco.

Além disso, é essencial considerar como a política é formulada, analisando o modo como os problemas são conceituados, questões se tornam relevantes num determinado momento, a agenda governamental é formada e alternativas são apresentadas e selecionadas (CAPELLA, 2007). É nesse momento em que as propostas são traduzidas em programas e ações, visando mudanças e resultados no mundo real (SOUZA, 2007). A análise da implementação também é relevante, contribuindo para o entendimento acerca de um processo:

... que se desdobra historicamente, por meio de ações desempenhadas por agentes que, em cada momento particular dessa trajetória, ocupam posições (ou se encontram em situações) específicas que lhes possibilitam (ou os impedem de) avançar, modificar, contrapor, ou mesmo abandonar os objetivos ou os rumos de ação preconizados no documento de referência (AZEREDO; LUIZA; BAPTISTA, 2014, p. 22).

Nesse sentido, para a análise do contexto da política de controle do tabaco, ressalta-se o estudo de elementos presentes na trajetória histórica da política, como a inserção do controle do tabaco na política nacional de saúde e a relevância do controle de tabaco no âmbito internacional. Para a análise do processo político, ressaltam-se as relações entre os diversos atores, as escolhas realizadas e as estratégias presentes na agenda nacional ao longo do tempo. Nesse sentido, o estudo valorizou a identificação dos atores (e suas respectivas responsabilidades e poderes) e das arenas de disputa dos setores envolvidos com a política. Enfocou-se também a gestão nacional da política, principalmente a partir das relações, decisões e mecanismos de articulação observados no âmbito da CONICQ, que é a principal instância de coordenação da política de controle do tabaco no país. A análise do processo político também envolveu a identificação dos fatores que facilitaram ou limitaram a implementação da política, bem como dos seus desafios. Por fim, quanto ao conteúdo da política, a pesquisa destacou os marcos da implementação da política, sobretudo os referentes às legislações, normas e aspectos organizacionais.

A análise do contexto, do processo e do conteúdo da política exigiu a articulação de diferentes estratégias metodológicas, descritas a seguir.

3.2 Eixos de Análise e Estratégias Metodológicas

O estudo apresentou natureza predominantemente qualitativa, compreendendo as seguintes estratégias metodológicas: revisão bibliográfica; pesquisa e análise documental; análise de bases de dados secundários; observação direta de eventos nacionais da política brasileira de controle do tabaco; e realização de entrevistas semiestruturadas com atores-chave envolvidos com a política.

Inicialmente foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos científicos relacionados às políticas de controle do tabaco. Foram consultadas as bases de dados *Pubmed*, *Scielo* (Brasil e Saúde Pública) e *Scopus*, a partir da combinação entre descritores referentes ao tabaco (“tobacco”, “smoking” e “nicotine”) e às políticas de saúde (“policy”, “health policy”, “public health policy”, “smoke-free policy”). Realizou-se também uma pesquisa documental nos sítios da internet destinados ao controle do tabaco disponibilizados pela OMS⁵, OPAS⁶, INCA⁷ e Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde - BVS/MS⁸. Tais sítios foram selecionados por apresentarem as principais referências que sustentam as políticas de controle do tabaco nos âmbitos internacional, regional e nacional. A revisão bibliográfica e documental manteve-se ao longo de toda a pesquisa, sendo realizadas buscas livres de artigos e documentos referentes ao controle do tabaco de acordo com a necessidade de aprofundamento em temas específicos.

O estudo apresentou três eixos de análise. No primeiro, *Brasil no contexto internacional das políticas de controle do tabaco*⁹, privilegiou-se a adesão dos países à CQCT e a implantação das medidas da Convenção no cenário mundial, com foco na caracterização das políticas de controle do tabaco na América Latina, feita eminentemente a partir de análise documental e de dados secundários das bases da Organização Mundial de Saúde.

A adesão dos países à CQCT foi mapeada a partir do levantamento do número de países que se efetivaram ou não como membros da CQCT até agosto de 2015, considerados os países que compõem as seis regiões definidas pela OMS (África, Américas, Pacífico Ocidental, Europa, Mediterrâneo Oriental, Sudeste asiático) (“WHO | Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control”, [s.d.]).

⁵ <http://www.who.int/topics/tobacco/en/>

⁶ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=247&Itemid=40896&lang=pt

⁷ <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/>

⁸ <http://bvsmms.saude.gov.br/>

⁹ A coleta dos dados referente ao eixo *Brasil e o contexto internacional das políticas de controle do tabaco* foi finalizada em 30 outubro de 2014, momento em que foi submetido o artigo ‘Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: adesão e implantação na América Latina’ na Revista Pan-Americana de Saúde Pública. Foram realizados ajustes posteriores atendendo às solicitações dos revisores no processo de avaliação do manuscrito, sendo finalizado e aceito para publicação em setembro de 2015.

A caracterização da implantação das medidas da CQCT no cenário internacional baseou-se no balanço das principais medidas preconizadas pela CQCT no conjunto geral de Estados Partes, sistematizado a partir dos relatórios da OMS de 2012 que apresentaram o progresso da implementação global da CQCT e da base de dados secundários da OMS sobre o tema (“WHO FCTC Implementation Database”, [s.d.]).

Realizou-se ainda um balanço das estratégias implantadas por cinco países latino-americanos que apresentam importância em termos populacionais e econômicos (Brasil, Chile, Colômbia, México e Venezuela), a partir dos relatórios de 2012 de implementação da CQCT de cada um desses países. Descreveram-se as principais estratégias de controle do tabaco implantadas, conforme os seguintes grupos de medidas: A- Redução da demanda; B- Redução da oferta; C- Redução dos danos ao meio ambiente e à saúde das pessoas; D- Apoio ao abandono do tabaco. Esses grupos de medidas foram definidos para contribuir para a sistematização dos resultados, com uma adaptação da classificação original das medidas adotada na CQCT¹⁰.

O segundo eixo, *Trajatória histórica e implementação da política nacional*, se relaciona aos caminhos da política brasileira de controle do tabaco entre 1986 e 2016, considerando os diferentes momentos. Esse recorte foi adotado por corresponder ao período de consolidação do controle do tabaco no país, permitindo um balanço de 30 anos da política. Foram analisados o contexto que influenciou a política de controle do tabaco (considerando os fatores políticos, econômicos e sociais), o processo político (envolvendo os atores, as arenas e as relações de poder) e o conteúdo da política (prioridades e estratégias aferidas a partir dos marcos normativos e legislativos). Os marcos corresponderam às iniciativas que se destacaram das medidas até então estabelecidas e aos eventos relevantes na evolução organizacional do controle do tabaco no Brasil. Também foram identificados os fatores condicionantes dos avanços e das dificuldades da política, bem como os seus desafios.

Especificamente em relação ao conteúdo da política, foram realizadas a descrição dos antecedentes ao recorte temporal adotado e uma pesquisa sobre a legislação e normas relacionadas ao tabaco no país. Buscaram-se documentos legais e normativos entre 1900 e 2016, contendo pelo menos um dos termos: cigarro, fumo, tabaco e tabagismo. Foram consultados os seguintes sítios da internet: Sistema de Legislação da Saúde- Saúde Legis¹¹,

¹⁰ Na Convenção-Quadro para Controle do Tabaco as ações de proteção contra a exposição à fumaça do tabaco e apoio ao abandono do tabaco estão inseridas no grupo de ações referentes à redução da demanda, como ilustrado na **figura 1**. Para fim desta pesquisa, a proteção contra a exposição à fumaça do tabaco foi disposta no grupo C- Redução dos danos ao meio ambiente e à saúde das pessoas. As medidas de apoio ao abandono do tabaco foram dispostas no grupo D, visando à valorização das suas especificidades.

¹¹ http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM

Sistema de Informações do Congresso Nacional- Senado Federal¹² e Portal da Legislação- Presidência da República¹³. Também houve a busca por normas nos sítios da Secretaria da Receita Federal¹⁴ e do Banco Central do Brasil¹⁵. A legislação considerada envolveu leis, decretos, emendas constitucionais e medidas provisórias. Já as normas envolveram instruções normativas, portarias e resoluções. Os **apêndices A e B** apresentam a relação da legislação e normas entre 1900 e 2016, respectivamente.

O terceiro eixo, *Coordenação da política nacional*, consistiu na análise da dinâmica de funcionamento da CONICQ como instância de coordenação governamental da política nacional de controle do tabaco no Brasil. Considerando a estrutura e o processo político da Comissão, foram descritas a formação e composição da CONICQ e analisadas a inserção, participação e posições dos representantes dos vários órgãos governamentais, além das relações entre os membros e destes com atores externos. Também foi analisada a agenda e a capacidade de atuação da Comissão, no que concerne ao conteúdo dos debates e à sua habilidade em implementar suas proposições.

A realização de entrevistas com atores-chave da política, a análise de documentos oficiais e de atas das reuniões da CONICQ e a observação direta de eventos nacionais da política brasileira de controle do tabaco foram estratégias metodológicas adotadas para o alcance dos objetivos relacionados ao segundo e terceiro eixos.

Além da análise documental, as entrevistas foram uma importante estratégia metodológica para a caracterização da trajetória histórica e implementação da política nacional. Entre junho e novembro de 2015, foram realizadas 20 entrevistas semiestruturadas, envolvendo predominantemente atores governamentais: 14 dirigentes e técnicos federais cujos órgãos compõem a CONICQ (designados na apresentação dos resultados como DTF 1-14); três representantes de organizações da sociedade civil apoiadoras da PNCT (OSC 1-3); dois representantes do legislativo (Leg. 1-2) e um representante do Secretariado da CQCT na Organização Mundial de Saúde (Sec. CQCT). Analisaram-se ainda as respostas enviadas por e-mail por um representante de uma organização da sociedade civil vinculada à indústria do tabaco (OSCI).

Os entrevistados foram selecionados com base nos seguintes critérios: envolvimento na formulação, gestão e implementação da política de controle do tabaco no Brasil durante o

¹² <http://legis.senado.gov.br/sicon/>

¹³ <http://www4.planalto.gov.br/legislacao>

¹⁴ <http://normas.receita.fazenda.gov.br/sijut2consulta/consulta.action>

¹⁵ http://www.bcb.gov.br/Pre/CMN/resolucao_recente.asp

período referente ao recorte temporal do estudo; cargo ocupado; e tempo de atuação. Os entrevistados foram contatados por e-mail e/ou telefone e as entrevistas realizadas majoritariamente de forma presencial em Brasília e Rio de Janeiro. Apenas uma entrevista foi realizada por videoconferência. O **apêndice C** apresenta a relação dos entrevistados e o **apêndice D** apresenta o modelo básico do roteiro adotado, sendo adaptado a cada entrevistado. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice E**)¹⁶. As entrevistas foram gravadas mediante autorização expressa, transcritas e analisadas. Para apoiar a análise das entrevistas, utilizou-se o gerenciador OpenLogos¹⁷, sendo o conteúdo organizado em categorias de análise segundo os eixos da pesquisa.

A análise das atas reuniões da CONICQ constituiu a principal estratégia metodológica para a caracterização da coordenação nacional da política. Foram analisadas 36 atas referentes a reuniões realizadas entre 2003 e 2014. As atas foram solicitadas por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão do Governo Federal¹⁸. Organizou-se o conteúdo em categorias de análise segundo os componentes correspondentes ao terceiro eixo da pesquisa. O **apêndice F** apresenta a relação das atas analisadas.

Por fim, a observação direta consistiu na participação do pesquisador, em setembro de 2015, na 1ª Reunião Aberta da CONICQ e, em novembro do mesmo ano, na Oficina/Cerimônia dos 10 anos da CQCT no Brasil, ambas realizadas em Brasília. Adotou-se essa estratégia metodológica complementar visando à observação do posicionamento e das relações entre atores envolvidos com a formulação e implementação da política de controle do tabaco.

O estudo foi financiado por recursos próprios do pesquisador principal e do Programa de Excelência Acadêmica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (PROEX/CAPES).

O **quadro 1** resume os eixos de análise, seus componentes e as estratégias metodológicas relativas ao estudo.

¹⁶ O projeto de pesquisa originário da tese foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e aprovado sem pendências no dia três de abril de 2015, apresentando o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 42862915.5.0000.5240.

¹⁷ <http://openlogos.sourceforge.net/>

¹⁸ <http://esic.cgu.gov.br/sistema/site/index.html>

Eixos de análise	Componentes	Estratégias/Fontes
Brasil no contexto internacional das políticas de controle do tabaco.	<ul style="list-style-type: none"> • Adesão dos países à CQCT; • Implementação das medidas no cenário internacional; • Caracterização das políticas de controle do tabagismo na América Latina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica (bases de dados: <i>Pubmed</i>, <i>Scopus</i> e <i>Scielo</i>); • Pesquisa e análise documental (OMS, OPAS, INCA e BVS); • Análise de base de dados secundária (OMS).
Trajetória histórica e implementação da política nacional.	<ul style="list-style-type: none"> • Contexto (fatores políticos, econômicos e sociais); • Processo político (atores, arenas e relações de poder); • Conteúdo (prioridades e estratégias aferidas a partir dos marcos normativos e legislativos); • Fatores condicionantes dos avanços e das dificuldades da política, bem como os seus desafios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica (bases de dados: <i>Pubmed</i>, <i>Scopus</i> e <i>Scielo</i>); • Pesquisa e análise documental (legislação, normas, atas da CONICQ e documentos- OMS, OPAS, INCA e BVS); • Entrevista com atores-chave; • Observação direta de eventos nacionais da política brasileira de controle do tabaco.
Coordenação da política nacional.	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura da CONICQ (formação e composição); • Processo político da CONICQ (atores; posições e participação dos membros; relações entre os membros e destes com atores externos; agenda; e a capacidade de atuação da CONICQ). 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica (bases de dados: <i>Pubmed</i>, <i>Scopus</i> e <i>Scielo</i>); • Pesquisa e análise documental (legislação, normas, atas da CONICQ e documentos- OMS, OPAS, INCA e BVS); • Entrevista com atores-chave; • Observação direta de eventos nacionais da política brasileira de controle do tabaco.

Quadro 1: Eixos, componentes e estratégias metodológicas da pesquisa.

Fonte: Elaboração própria.

4 RESULTADOS

4.1 Artigo 1- Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: adesão e implantação na América Latina¹⁹

Leonardo Henriques Portes, Cristiani Vieira Machado e Silvana Rubano Barretto Turci.

Resumo

Objetivo: Traçar o panorama de adesão mundial à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) e descrever a implantação das medidas preconizadas pela CQCT em países latino-americanos. **Métodos:** Este estudo descritivo baseou-se em análise de dados secundários para determinar o status de adesão, no ano de 2015, dos países das seis regiões definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) à CQCT. Depois disso, realizou-se um mapeamento da implantação, até o ano de 2012, das medidas preconizadas pela CQCT no total de Estados Partes e particularmente em 12 Estados Partes latino-americanos. Finalmente, Brasil, Chile, Colômbia, México e Venezuela foram avaliados quanto ao grau de implantação da CQCT (incipiente, intermediária e avançada). Foram consideradas neste passo medidas englobadas por quatro eixos – redução da demanda por tabaco, redução da oferta de tabaco, redução dos danos ao ambiente e à saúde das pessoas causados pelo tabaco e apoio ao abandono do tabaco. **Resultados:** Até agosto de 2015, 180 países haviam ingressado no rol de Estados Partes da CQCT. Considerando os 126 países que enviaram relatórios de progresso global da implantação no ciclo de 2012, as medidas mais prevalentes adotadas referiam-se à proteção contra a exposição à fumaça do tabaco (83,0% para o total de países e 100% para o conjunto de países latino-americanos). Entre os cinco países selecionados para análise detalhada, as medidas destinadas à redução da demanda e da oferta do tabaco foram as mais frequentes. As medidas relacionadas à redução de danos ao ambiente foram raras. Brasil e México apresentaram a situação mais avançada de implantação entre os países estudados. **Conclusões:** A América Latina apresentou uma alta proporção de Estados Partes que implantaram as medidas preconizadas pela CQCT. A heterogeneidade da situação de implantação nos cinco países selecionados sugere que as políticas de controle de tabaco são condicionadas por particularidades nacionais.

Palavras-chave: Nicotina; política de saúde; política antifumo; tabagismo; tabaco.

¹⁹Artigo submetido em 30 de outubro de 2014 e aceito para publicação em 02 de setembro de 2015 na ‘*Revista Panamericana de Salud Pública*’. Publicado no volume 38, número 5, em novembro de 2015. Link: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015001000004

Introdução

O tabagismo é um grave problema de saúde pública, sendo o fumo e a exposição passiva à fumaça do tabaco importantes fatores de risco para a morbimortalidade mundial. Além disso, a prevalência de fumantes é expressiva, correspondendo a cerca de 820 milhões de homens e 176 milhões de mulheres (1). Em 2013, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu a redução em 30% da prevalência do uso de tabaco entre 2010 e 2025 como uma das metas globais para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (2, 3).

Nesse cenário, diversas políticas de controle do tabaco vêm sendo implantadas mundialmente, merecendo destaque a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). Desde 2005, a CQCT estabelece medidas relacionadas à redução da demanda e da oferta do tabaco, à proteção ambiental contra os danos do tabaco e à elaboração de leis acerca de responsabilidade penal e civil da indústria do tabaco. Também são previstas medidas referentes à cooperação científica e técnica e ao intercâmbio de informações entre países (4). A OMS vem reforçando outras diretrizes que visam a apoiar a CQCT, destacando-se o lançamento, em 2008, de um pacote de políticas diversificadas com foco na redução do uso do tabaco, mais conhecido como MPOWER (5).

No entanto, a complexidade inerente à saúde em suas dimensões política, econômica e de proteção social (6) se expressa fortemente no controle do tabaco. A implantação de políticas nessa área requer a adoção de múltiplas estratégias em face do envolvimento de atores com interesses variados (indústria do tabaco, agricultores, distribuidores e comerciantes) e da existência de consumidores com diferentes perfis etários, socioeconômicos e culturais.

Os países latino-americanos constituem um campo rico para a análise das políticas de controle do tabaco. Tais países, que vêm passando por processos de transição demográfica (7), epidemiológica e social (8), estão sob ameaça de aumento do tabagismo, caso não seja significativamente ampliada a implantação de leis nacionais coerentes com a CQCT (9).

Nesse sentido, este artigo tem como objetivo traçar o panorama de adesão mundial à CQCT e descrever a implantação das medidas preconizadas pela CQCT em países latino-americanos.

Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo descritivo, compreendendo análise de documentos e dados secundários. O estudo foi desenvolvido em três etapas: 1) levantamento dos países que aderiram à CQCT até 2015; 2) mapeamento da implantação das medidas no cenário mundial em 2012; e 3) caracterização das políticas de controle do tabaco na América Latina considerando o cenário

de 2012.

Adesão à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e implantação de medidas no cenário mundial

Na primeira etapa, a adesão de países à CQCT foi analisada a partir do levantamento do número de países que se efetivaram ou não como membros da CQCT até agosto de 2015. Para tanto, o sítio eletrônico da OMS sobre o tema foi consultado (10). Foram considerados todos países que compõem as seis regiões definidas pela OMS (África, Américas, Pacífico Ocidental, Europa, Mediterrâneo Oriental e Sudeste Asiático) (<http://www.who.int/about/regions/en/>).

Status da implantação de medidas no cenário mundial e na América Latina em 2012

Esta etapa considerou a proporção de Estados Partes que implantaram medidas selecionadas segundo o relatório de progresso global da implantação da Convenção de 2012 que, por sua vez, baseou-se nos relatórios enviados por 126 países entre 2011 e 2012 (11). As medidas selecionadas envolvem ações que visam à redução da demanda e da oferta do tabaco, à redução dos danos ao ambiente e à saúde das pessoas e ao apoio ao abandono do tabaco.

Com o propósito de contrastar a implantação de ações no cenário mundial e latino-americano, tais medidas também foram analisadas separadamente para a América Latina a partir da base de dados da OMS (12). Estabeleceu-se um recorte sub-regional que considerou os 11 Estados Partes da América do Sul (Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai, Venezuela) e o México, sendo este país incluído devido a seu porte populacional e relevância econômica na América Latina. A Argentina não foi incluída por não ter ratificado a CQCT, não se configurando como Estado Parte.

Caracterização das políticas de controle do tabaco na América Latina

Esta etapa do estudo teve como propósito realizar um balanço das estratégias implantadas por Brasil, Chile, Colômbia, México e Venezuela, países selecionados por sua importância em termos populacionais e econômicos. Além disso, tais países compartilham desafios relacionados às mudanças demográficas e epidemiológicas e à persistência de problemas estruturais em seus sistemas de proteção social, como fragmentação institucional e desigualdades na cobertura e no acesso aos serviços (7, 8). Analisaram-se separadamente os relatórios de 2012 dos cinco países selecionados (12), sendo descritas as principais estratégias da CQCT implantadas conforme quatro eixos (eixos A, B, C e D), descritos a seguir.

O eixo A enfocou medidas para reduzir a demanda por tabaco. Nesse eixo, foram

consideradas medidas relativos a preço e impostos sobre produtos de tabaco; regulação dos produtos de tabaco; regulação da divulgação de informações sobre os produtos de tabaco; publicidade, promoção e patrocínio do tabaco; e educação, comunicação, treinamento e conscientização pública. O eixo B enfocou a redução da oferta. As medidas consideradas nesse eixo relacionaram-se ao comércio de produtos do tabaco e à promoção de alternativas economicamente viáveis e sustentáveis para fumicultores e trabalhadores que comercializam produtos derivados do tabaco. O eixo C enfocou a redução dos danos ao meio ambiente e à saúde das pessoas, considerando medidas de proteção do ambiente, proteção da saúde das pessoas contra a exposição à fumaça do tabaco e proteção da saúde das pessoas em relação aos danos provocados pelo cultivo do fumo e pela fabricação dos produtos derivados do tabaco. Finalmente, o eixo D enfocou o apoio ao abandono do tabaco. Foram consideradas medidas relativas à promoção da cessação do tabagismo, diagnóstico e tratamento da dependência do tabaco no sistema de saúde, capacitação sobre tratamento do tabagismo incorporada aos currículos de formação dos profissionais de saúde e acessibilidade facilitada a fármacos para o tratamento.

A seguir, a situação de implantação da CQCT nos países foi classificada quanto à proporção de medidas implantadas em cada eixo, adotando-se o seguinte critério: implantação avançada - entre 70% e 100% das medidas implantadas; intermediária - entre 50% e menos de 70% das medidas implantadas; e incipiente - menos de 50% das medidas implantadas.

Resultados

Adesão à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e implantação de medidas no cenário mundial

Até agosto de 2015, 180 países haviam ingressado como Estados Partes da CQCT. A tabela 1 resume o *status* dos países das seis regiões do mundo definidas pela OMS quanto à adesão à CQCT.

TABELA 1. Situação dos países quanto à adesão à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, agosto de 2015

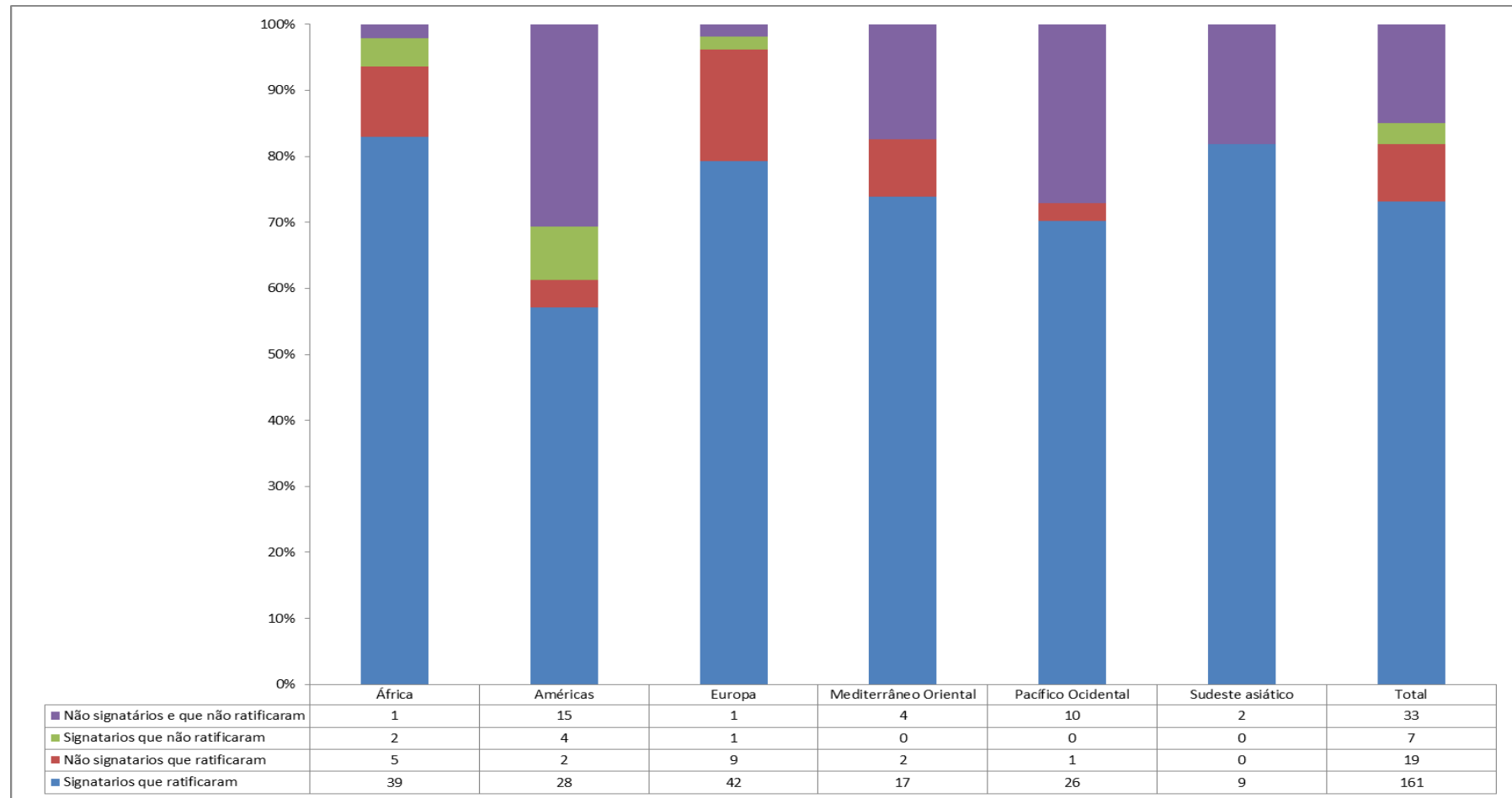
Situação de adesão ^a	Países (n ^o .)	%
Signatários que ratificaram	161	73,2
Não signatários que ratificaram	19	8,6
Signatários que não ratificaram	7	3,2
Não signatários que não ratificaram	33	15,0
Total	220	100,0

Fonte: World Health Organization (WHO) (4).

^a Signatário: assinou a CQCT no período em que esteve aberta à assinatura para todos os membros da OMS (de 16 de junho de 2003 a 29 de junho de 2004); Ratificação: apresentação à OMS, por parte de países signatários ou não da CQCT, de um instrumento de ratificação, aceitação, aprovação, confirmação oficial ou adesão à CQCT após o encerramento do período das assinaturas ao tratado; Estado Parte: país signatário ou não que tenha apresentado à OMS um instrumento de ratificação, aceitação, aprovação, confirmação oficial ou adesão à CQCT. Assim, um país signatário depende da ratificação para efetivar-se como Estado Parte e um país não signatário pode tornar-se Estado Parte a partir da sua ratificação à CQCT.

A figura 1 mostra a situação em 2015 dessas regiões quanto à adesão dos países. Em todas as regiões, a maioria dos países é Estado Parte da CQCT, predominando os países signatários que ratificaram a Convenção. A Região das Américas, que apresentava a menor proporção de países signatários que ratificaram a CQCT, compreende quatro países signatários da CQCT que não se tornaram Estados Partes (Argentina, Cuba, Estados Unidos e Haiti).

FIGURA 1. Situação de adesão dos países à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco conforme região da Organização Mundial da Saúde, agosto de 2015^a

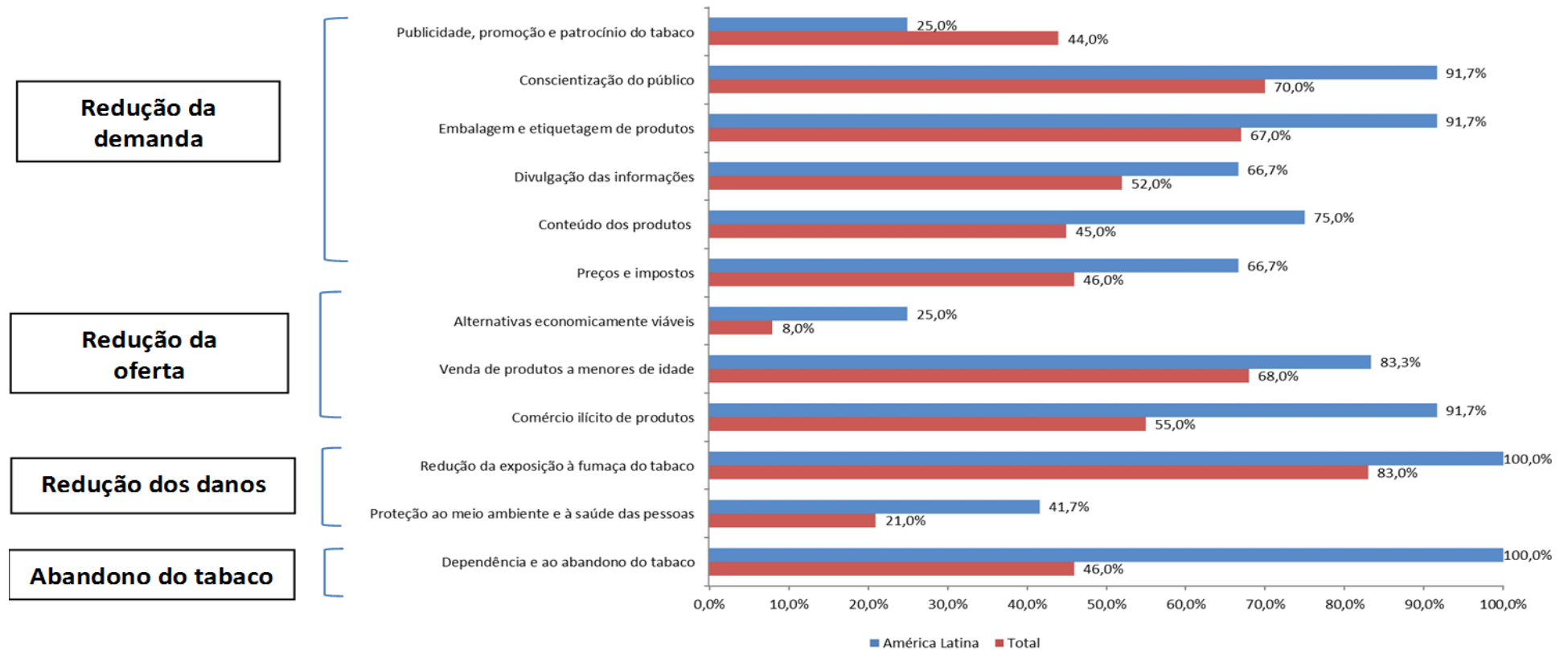


^a Signatário: assinou a CQCT no período em que esteve aberta à assinatura para todos os membros da OMS (de 16 de junho de 2003 a 29 de junho de 2004); Ratificação: apresentação à OMS, por parte de países signatários ou não da CQCT, de um instrumento de ratificação, aceitação, aprovação, confirmação oficial ou adesão à CQCT após o encerramento do período das assinaturas ao tratado; Estado Parte: país signatário ou não que tenha apresentado à OMS um instrumento de ratificação, aceitação, aprovação, confirmação oficial ou adesão à CQCT. Assim, um país signatário depende da ratificação para efetivar-se como Estado Parte e um país não signatário pode tornar-se Estado Parte a partir da sua ratificação à CQCT.

Status da implantação de medidas no cenário mundial e na América Latina em 2012

A figura 2 apresenta a situação dos países em 2012 quanto à implantação das medidas previstas pela CQCT. As ações mais frequentes em todo o mundo referiam-se à proteção contra a exposição à fumaça do tabaco, citadas por 83,0% dos 126 Estados Partes que enviaram relatórios de progresso global da implantação da Convenção de 2012, e à conscientização do público, presentes em 70,0% dos relatórios. No entanto, algumas medidas previstas na CQCT tiveram baixa adesão, como as referentes ao apoio a atividades alternativas economicamente viáveis de sustento para fumicultores, trabalhadores e vendedores individuais de produtos derivados do tabaco (8,0%).

FIGURA 2. Proporção de Estados Partes segundo medidas da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco implantadas nas seis regiões da Organização Mundial da Saúde e na América Latina^a, 2012



Fonte: Relatório geral de acompanhamento da CQCT de 2012 (12) e relatórios nacionais de implantação da CQCT (13).

^a Inclui 12 países, sendo 11 sul-americanos (Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai, Venezuela) e o México. Não foram incluídos a Argentina, por não ser Estado Parte, e os Estados Partes da América Central e Caribe.

Já entre os países da América Latina, as ações voltadas para a redução da exposição à fumaça do tabaco e para o apoio ao abandono do tabaco foram citadas pelos 12 países analisados. Assim como observado no cenário internacional, o apoio a atividades alternativas economicamente viáveis foi a medida menos frequente entre os países latino-americanos, citada por 25,0% deles.

Políticas de controle do tabaco na América Latina

Entre os cinco países latino-americanos selecionados para o estudo, quatro - Brasil, Chile, México e Venezuela - assinaram a CQCT em 2003 e iniciaram sua implantação entre 2005 e 2006. Apenas a Colômbia não foi signatária da CQCT, aderindo ao tratado somente em 2008.

De maneira geral, nos cinco países, as medidas destinadas à redução da demanda e da oferta do tabaco foram as mais frequentes. No entanto, houve semelhanças e diferenças entre os países quanto à situação de implantação de medidas nos quatro eixos analisados (tabela 2 e figura 3).

TABELA 2. Medidas da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco implantadas em países latino-americanos selecionados

Marcos da adesão à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco	Brasil ^a	Chile ^a	Colômbia ^a	México ^a	Venezuela ^a
Data de assinatura	16 jun 2003	25 set 2003	-	12 ago 2003	22 set 2003
Data de ratificação (ou equivalente legal)	03 nov 2005	13 jun 2005	10 abr 2008	28 mai 2004	27 jun 2006
Data de entrada em vigor	01 fev 2006	11 set 2005	09 jul 2008	27 fev 2005	25 set 2006
Eixo A - Redução da demanda de tabaco					
<i>Medidas relacionadas a preços e impostos dos produtos de tabaco</i>					
Políticas fiscais e de preços relacionadas aos produtos (inclui carga tributária > 50%)	X	X		X	X
Proibição/restrição da venda de produtos livres de impostos a turistas					X
Proibição/restrição das importações de tabaco livre de impostos por turistas					X
<i>Regulação dos produtos de tabaco</i>					
Conteúdo dos produtos do tabaco	X	X		X	X
Emissões dos produtos do tabaco	X			X	X
<i>Regulação da divulgação de informações sobre os produtos de tabaco</i>					
Divulgação pública e para o governo de informações sobre conteúdo dos produtos	X	X		X	X
Divulgação pública e para o governo de informações sobre emissões dos produtos	X			X	X
<i>Publicidade, promoção e patrocínio do tabaco</i>					
Proibição de publicidade ou promoção na embalagem dos produtos	X		X	X	X
Proibição de promoção falsa/enganosa na embalagem dos produtos	X		X	X	X
Exigência de que cada embalagem possua advertências sobre os riscos à saúde	X	X	X	X	X
Advertências sobre a saúde ocupam 50% ou mais da embalagem	X	X		X	X
Proibição de toda forma de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco	X		X		
<i>Educação, comunicação, treinamento e conscientização pública</i>					
Implantação de programas educacionais e de conscientização pública	X	X	X	X	X
Participação de entidades no desenvolvimento intersetorial de programas	X	X	X	X	X
Programas de formação/conscientização sobre o controle do tabagismo	X	X	X	X	X
Situação de implantação do Eixo A	Avançada	Intermediária	Incipiente	Avançada	Avançada
Eixo B - Redução da oferta de tabaco					
<i>Comércio do produto de tabaco</i>					
<i>Comércio ilícito</i>					
Identificação da origem do produto em todas as embalagens	X	X	X	X	X
<i>Venda para e por menores de produtos do tabaco</i>					
Proibição da venda de produtos para menores de 18 anos	X	X	X	X	X

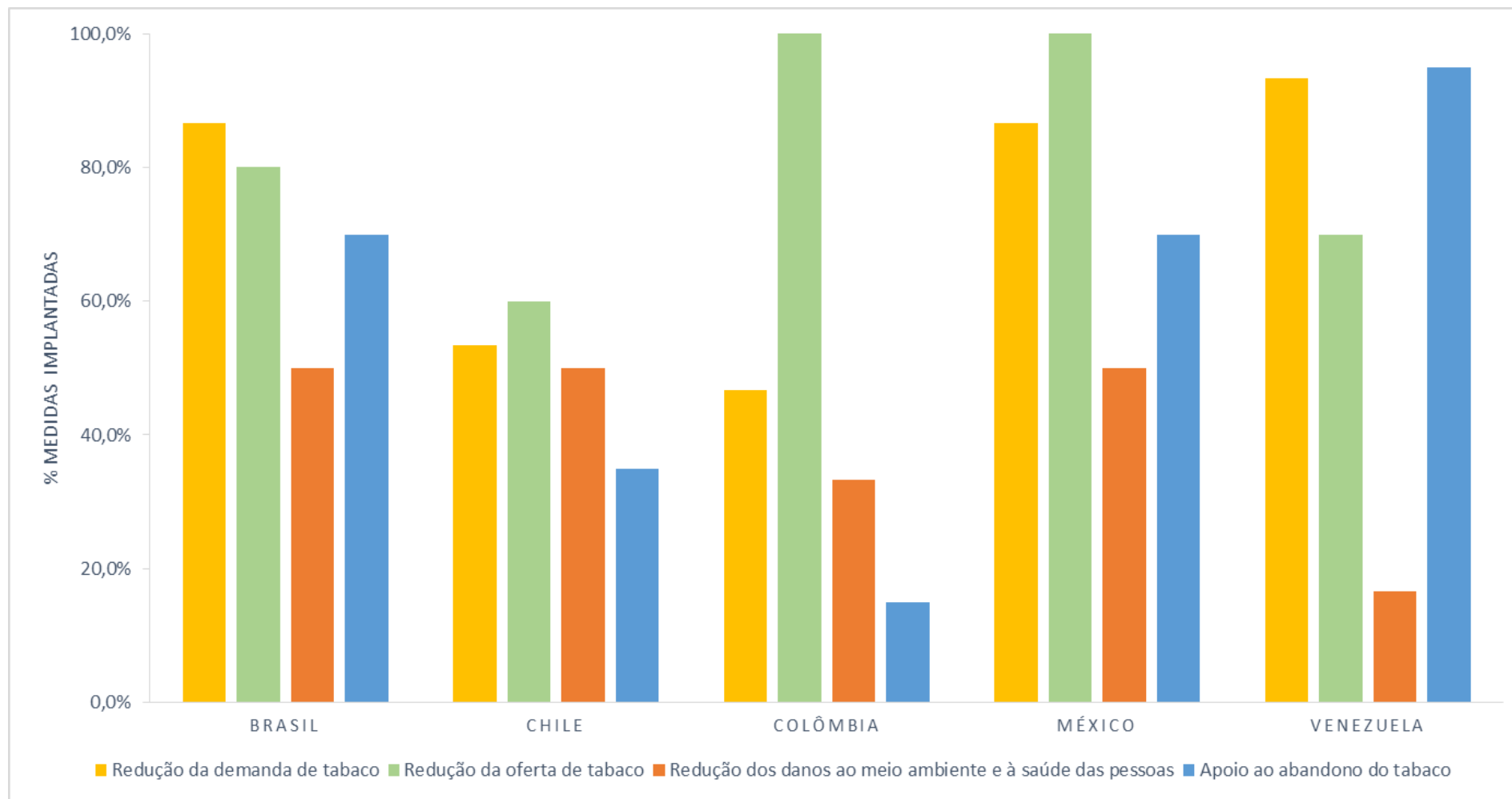
Anúncio destacado nos locais de venda sobre a proibição da venda a menores			X	X	X
Proibição da fabricação/venda de produtos que visem menores	X		X	X	X
Proibição da venda de produtos de tabaco por menores de idade		X	X	X	X
<i>Restrição de acesso facilitado aos produtos do tabaco</i>					
Proibição da venda de produtos de modo que estejam diretamente acessíveis				X	
Proibição da distribuição gratuita de produtos	X	X	X	X	X
Proibição da venda de cigarros a varejo ou em pequenos pacotes	X	X	X	X	
Sanções contra vendedores/ distribuidores que não cumprirem suas obrigações	X	X	X	X	X
<i>Promoção de alternativas economicamente viáveis e sustentáveis</i>	X		X	X	
Situação de implantação do Eixo B	Avançada	Intermediária	Avançada	Avançada	Avançada
<hr/>					
Eixo C- Redução dos danos ao meio ambiente e à saúde das pessoas					
<i>Proteção do meio ambiente</i>					
Medidas referentes ao cultivo do tabaco			X		
Medidas referentes à fabricação de produtos do tabaco					
<i>Proteção da saúde das pessoas contra a exposição à fumaça do tabaco</i>					
Leis nacionais que proíbem do fumo de tabaco em locais fechados públicos e de trabalho	X	X	X	X	X
Leis subnacionais que proíbem do fumo de tabaco em locais fechados públicos e de trabalho	X			X	
<i>Proteção da saúde das pessoas em relação ao meio ambiente</i>					
Medidas referentes ao cultivo do tabaco	X	X		X	
Medidas referentes à fabricação de produtos do tabaco		X			
Situação de implantação do Eixo C	Intermediária	Intermediária	Incipiente	Intermediária	Incipiente
<hr/>					
Eixo D - Apoio ao abandono do tabaco					
<i>Programas destinados a promover a cessação do tabagismo</i>					
<i>Tipos de programas</i>					
Campanhas por meio da mídia	X		X		X
Serviços via telefone	X	X		X	
Eventos locais	X	X	X	X	X
Programas focados em mulheres menores de idade, adultas e gestantes					X
<i>Locais de implantação</i>					
Instituições de ensino	X	X		X	X
Estabelecimentos de saúde	X	X		X	X

Ambientes de trabalho	X	X		X	X
Ambientes desportivos		X		X	X
<i>Programas de diagnóstico e tratamento da dependência do tabaco no sistema de saúde</i>					
<i>Abrangência de implantação</i>					
Atenção primária	X			X	X
Atenção secundária e terciária	X			X	X
Centros especializados - dependência do tabaco e de outras drogas	X			X	X
Centros de reabilitação				X	X
<i>Profissionais de saúde envolvidos</i>					
Médicos	X			X	X
Profissionais de enfermagem	X			X	X
Profissionais de nível superior não médicos e não enfermeiros	X			X	X
Agentes comunitários					X
<i>Capacitação sobre o tratamento do tabagismo incorporada aos currículos de formação dos profissionais de saúde</i>					
Médicos	X		X		X
Profissionais de enfermagem					X
Profissionais de nível superior não médicos e não enfermeiros					X
<i>Acessibilidade facilitada a fármacos para o tratamento</i>					
Situação de implantação do Eixo D	X	X		X	X
	Avançada	Incipiente	Incipiente	Avançada	Avançada

Fonte: Relatórios dos Estados Partes (13).

^a Relatórios submetidos nas seguintes datas: Brasil, 09 de agosto de 2011; Chile, 28 de maio de 2012, Colômbia, 30 de abril de 2012; México, 08 de maio de 2012; e Venezuela, 16 de setembro de 2013.

FIGURA 3. Proporção de medidas implantadas em cada eixo da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em países selecionados da América Latina^a



^a Relatórios submetidos nas seguintes datas: Brasil, 09 de agosto de 2011; Chile, 28 de maio de 2012, Colômbia, 30 de abril de 2012; México, 08 de maio de 2012; e Venezuela, 16 de setembro de 2013.

Brasil, México e Venezuela apresentaram uma situação avançada de implantação de ações voltadas à redução da demanda do tabaco, envolvendo grande parte das medidas. A Colômbia, que aderiu à CQCT mais tardiamente, situou-se de forma incipiente nesse eixo. Até 2012, não havia implantado uma política fiscal e de preços com carga tributária superior a 50%, nem ações com foco em regulação e divulgação de informações dos produtos derivados do tabaco. O Chile apresentou uma situação intermediária quanto à adoção de estratégias de redução da demanda do tabaco, apesar de ter apresentado medidas diversificadas nesse eixo.

Brasil, Colômbia e México informaram a maioria das ações referentes à redução da oferta do tabaco, configurando uma situação avançada de implantação nesse eixo. Já Chile e Venezuela, por não terem implantado ações de apoio a alternativas economicamente viáveis de sustento aos fumicultores, trabalhadores e vendedores individuais, apresentaram uma situação intermediária de implantação.

Os cinco países apresentaram medidas referentes à proteção das pessoas contra a exposição à fumaça do tabaco. No entanto, apenas a Colômbia vem implantando medidas que buscam proteger o ambiente. Nenhum dos países apresentou situação de implantação avançada nesse eixo, sendo a situação da Venezuela a mais incipiente em relação à implantação desse grupo de medidas.

Brasil, México e Venezuela apresentaram situação avançada de implantação de medidas de apoio ao abandono do tabaco. Chile e Colômbia, por ainda não terem implantado programas de diagnóstico e tratamento da dependência do tabaco em seu sistema de saúde, apresentaram uma situação incipiente em relação a esse eixo.

Discussão

Este estudo permitiu conhecer a situação dos países latino-americanos selecionados no contexto regional e mundial das políticas de controle do tabaco, bem como identificar semelhanças e diferenças entre os países. A CQCT vem se consolidando como estratégia de articulação internacional de políticas de controle do tabaco, contando com adesão de mais de 80% dos países. É interessante observar que a implantação de políticas nesse âmbito não está restrita aos Estados Partes da Convenção. A Região das Américas apresenta exemplos de países que vem desenvolvendo ações importantes, mesmo não tendo aderido ao tratado. Por exemplo, os Estados Unidos adotam diferentes estratégias de controle do tabaco, como regulação dos produtos, estabelecimento de ambientes livres do fumo e proibição da venda de cigarros em embalagens com menos de 20 unidades (13). A Argentina também apresenta iniciativas visando ao controle do tabaco, destacando-se a implantação de políticas efetivas de ambientes livres do

fumo em seu território (14).

Entre as seis regiões definidas pela OMS, a Região das Américas apresentou a menor proporção de países que se tornaram Estados Partes do CQCT (em torno de 60%). No entanto, de forma geral, a proporção de Estados Partes que implantaram as medidas preconizadas no CQCT foi mais elevada no grupo de 12 países latino-americanos analisado (11 países sul-americanos e o México) do que no total de Estados Partes do mundo. Isso ocorreu nos vários eixos, com exceção das medidas referentes à publicidade, promoção e patrocínio do tabaco.

Tal resultado é consoante com diversos estudos que abordam experiências bem-sucedidas de controle do tabaco na América Latina. Alguns exemplos referem-se a medidas que enfocam a advertência dos danos à saúde causados pelo tabaco nas embalagens de maços de cigarros (15, 16), a capacitação de recursos humanos para o enfrentamento dos desafios estabelecidos pelo tabagismo (17) e a implantação de ambientes 100% livres da fumaça do tabaco (18).

Por outro lado, as medidas que requerem articulação intersetorial e que interferem na economia – como o controle de danos ambientais e a oferta de alternativas econômicas aos agentes envolvidos com o tabaco – ainda têm implantação mais limitada no conjunto de países. Já as estratégias de apoio à cessação de fumar têm sido adotadas por muitos países latino-americanos, embora sua efetividade precise ser avaliada, visto que requerem articulação entre esferas de governo e entre serviços de saúde e esbarram em obstáculos diversos, inclusive socioculturais.

Ressalte-se ainda que a implantação das medidas da CQCT na região tem sido desigual, sendo que vários países, embora tenham legislação própria destinada ao controle do tabaco, têm limitada capacidade de implantar tais medidas (19). Além disso, Fagundes et al. (20) ressaltam que ainda são escassos os dados epidemiológicos sobre o tabagismo na região, assim como os referentes à avaliação de políticas implantadas.

Mesmo havendo medidas em comum identificadas nos relatórios de Brasil, Chile, Colômbia, México e Venezuela, os cinco países selecionados, existem particularidades quanto ao modo de implantação de cada uma delas. Isso pode ser exemplificado pela análise das medidas relacionadas a preços e impostos dos produtos de tabaco.

O aumento dos impostos é considerado a medida mais eficaz de controle do tabaco, ao incentivar a redução do consumo e, conseqüentemente, os prejuízos decorrentes do tabagismo (5). No presente estudo, foi possível observar variações nas taxas entre os países e ao longo do tempo. O Chile, país com a maior proporção de impostos sobre o preço de cigarros, apresentou um aumento de 76,3% para 81,2% entre 2008 e 2012. No mesmo período, a Venezuela

apresentou um aumento de 70,7% para 71%. No México, essa proporção passou de 61,2% para 66,6%; e no Brasil, de 57,2% para 63,1%. A Colômbia apresentou o maior aumento no período (34,3% para 43,8%), embora ainda tenha a menor carga tributária sobre cigarros entre os cinco países (9). Há expectativa de aumentos na carga tributária a partir da consolidação das políticas de controle do tabaco, visto que a proporção de impostos superior a 75% do preço de varejo dos cigarros corresponde à medida mais custo-efetiva de controle do tabaco (21).

A heterogeneidade das medidas adotadas pelos países estudados pode estar relacionada a diversos fatores. O estudo sugere que o tempo de implantação da CQCT pode ser relevante. Por exemplo, o México, primeiro país entre os analisados em que a CQCT entrou em vigor, somente não apresentou situação de implantação avançada no eixo referente à redução dos danos ao ambiente e à saúde das pessoas. Por outro lado, a Colômbia, país que aderiu ao tratado mais tardiamente, apresentou situação de implantação incipiente em três dos quatro eixos analisados. No entanto, a situação de implantação das estratégias que visam ao controle do tabaco apresenta-se de forma dinâmica, sendo esperados avanços a partir do comprometimento dos países com o fortalecimento das políticas locais.

Outro aspecto que pode justificar as diferenças observadas refere-se às especificidades de cada país no estabelecimento de diretrizes locais. As diferenças culturais, sociais e políticas condicionam a implantação das medidas, cuja adoção pode ser mais ou menos efetiva em diferentes países (26).

É válido ressaltar que, neste estudo, o Brasil apresentou situação avançada de implantação em três dos quatro eixos analisados, sendo somente intermediária a situação das ações relacionadas à redução dos danos ao ambiente e à saúde das pessoas. Assim, juntamente com o México, o Brasil pode ser considerado o país com a política de controle do tabaco mais avançada entre os cinco países latino-americanos estudados. Esse resultado vai ao encontro do relatório da OMS de 2013 sobre a epidemia global do tabaco, que apresentou a situação da implantação das seis medidas para o controle do tabaco estabelecidas pelo MPOWER. O Brasil é um dos países com maior destaque na implantação dessas medidas, juntamente com Austrália, Canadá, Irã, Nova Zelândia, Panamá, Tailândia, Turquia e Uruguai (23).

Uma vez que este estudo considerou apenas Estados Partes da CQCT, vale ressaltar que a implantação de políticas nessa área não está exclusivamente associada à adesão e entrada em vigor da CQCT em cada país. Nesse sentido, é importante realizar estudos de caso em profundidade que considerem a relação entre estratégias internacionais e as especificidades da trajetória das políticas nacionais, cujo início pode ser anterior ao tratado, e cujo desenvolvimento pode ser condicionado por variáveis locais.

Apesar de ser relevante a análise da evolução da prevalência de fumantes associada à implantação de políticas de controle do tabaco, o presente estudo não buscou avaliar o impacto da CQCT na redução desse indicador nos cinco países selecionados. Esse tipo de avaliação requer desenhos metodológicos específicos e apresenta desafios relacionados ao caráter relativamente recente de implantação de muitas estratégias de controle do tabaco. Também são desafios a multiplicidade de fatores que podem influenciar na prevalência de fumantes e a escassez de dados padronizados que permitam a comparação entre os países e ao longo do tempo.

No entanto, é importante destacar a evolução da prevalência de fumantes nos países que apresentam dados com a mesma abrangência e mesmo indicador. O Brasil vem apresentando uma importante redução da prevalência de fumantes (24–27). Entre os adultos, isso pode ser observado entre os fumantes de uso diário, cuja prevalência caiu de 16,2% em 2006 (28) para 11,3% em 2013 (29). Apesar de a prevalência de fumantes entre os jovens ser menor (5,1% em 2012), estudos destacam a necessidade de intensificar as ações preventivas direcionadas a crianças e adolescentes (24, 30). A redução de fumantes adultos também pode ser observada no México, cuja prevalência de fumantes de cigarros de uso diário caiu de 18,9% em 2006 (5) para 15,9% em 2009 (23). Já a Venezuela, embora tenha apresentado um aumento da prevalência de fumantes adultos de uso diário, de 18% em 2005 (5) para 21,5% em 2011 (23), apresentou uma notável redução da prevalência de fumantes de uso diário entre os jovens, de 14,8% em 1999 (5) para 9,4% em 2010 (23).

É importante considerar alguns limites deste estudo, sendo o primeiro o tipo de fonte utilizada - relatórios nacionais e dados oficiais sobre as medidas de controle do tabaco adotadas pelos países. Essas fontes de dados podem não refletir de forma precisa a situação de implantação das políticas de controle de tabagismo. O segundo é a não inclusão de Estados Partes latino-americanos que apresentam importantes iniciativas no combate ao tabaco, como Panamá e Uruguai. O terceiro diz respeito à opção metodológica por estudar casos selecionados, o que não permite a extrapolação dos resultados para o conjunto da América Latina. Ao contrário, a pesquisa realizada reconhece similaridades, mas reforça a diversidade de experiências nacionais, a ser explorada em pesquisas futuras. Estudos de caso em profundidade que considerem o contexto de cada país são importantes para a compreensão das políticas nacionais de controle do tabaco e seu aperfeiçoamento. Por fim, o quarto limite do estudo refere-se à não inclusão dos relatórios de progresso global da implantação da CQCT de 2014. A disponibilização dos relatórios ocorreu após a finalização da análise dos dados e da concepção da discussão do presente estudo. Torna-se oportuno, em futuros trabalhos, a adoção dos métodos

empregados neste estudo utilizando dados atualizados.

Conclusões

Os achados deste estudo reiteram a existência de esforços para controlar o tabaco no cenário internacional, sobretudo pela expressiva adesão à CQCT. A taxa de implantação de medidas referentes à redução da demanda e da oferta de tabaco, à redução dos danos ao meio ambiente e à saúde das pessoas e ao apoio ao abandono do tabaco variou entre os Estados Partes, sendo que a implantação dessas medidas foi expressiva entre os países latino-americanos.

A diversidade de implantação de medidas em cada eixo nos cinco países latino-americanos analisados em maior detalhe – Brasil, Chile, Colômbia, México e Venezuela - sugere que particularidades nacionais, relacionadas a aspectos econômicos, políticos, institucionais e culturais, podem condicionar a implantação das políticas de controle do tabaco.

Referências

1. Eriksen MP, Mackay J, Schluger NW, Islami F, Drope J. The tobacco atlas. 5^a ed. Atlanta: American Cancer Society; 2015. Disponível em: http://3pk43x313ggr4cy0lh3tctjh.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/03/TA5_2015_WEB.pdf Acessado em outubro de 2015.
2. World Health Organization (WHO). Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020. Genebra: WHO; 2013. Disponível em: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/ Acessado em 30 de agosto de 2015.
3. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2014: attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility. Genebra: WHO; 2014.
4. World Health Organization (WHO). WHO Framework Convention on Tobacco Control. Genebra: WHO; 2003. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf Acessado em outubro de 2015.
5. World Health Organization (WHO). WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Genebra: WHO; 2008. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf Acessado em outubro de 2015.
6. Freeman R, Moran M. Reforming health care in Europe. *West Eur Polit.* 2000;23(2):35-58.

7. Saad PM, Miller T, Martínez C. Impacto de los cambios demográficos en las demandas sectoriales en América Latina. *Rev Bras Estud Popul.* 2009;26(2):237–61.
8. Temporão JG. Sistemas universales de salud en el mundo en transformación. Em: Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S, orgs. *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad.* Rio de Janeiro: ISAGS; 2012. Pp. 13-20. Disponible em: http://www.minsa.gob.pe/unasur/archivos/Sistemas_de_Salud_en_suramerica_2012.pdf Acessado em outubro de 2015.
9. Pan American Health Organization (PAHO). *Tobacco control report for the region of the Americas.* Washington, DC: PAHO; 2013. Disponible em: http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=24768&lang=pt Acessado em outubro de 2015.
10. World Health Organization (WHO). *Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control.* Disponible em: https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4&chapter=9&lang=en Acessado em outubro de 2015.
11. Convention Secretariat, WHO Framework Convention on Tobacco Control. *2012 Global progress report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control.* Genebra: World Health Organization; 2012. Disponible em: http://www.who.int/fctc/reporting/2012_global_progress_report_en.pdf Acessado em 20 de agosto de 2014.
12. WHO Framework Convention on Tobacco Control Implementation Database. Disponible em: <http://apps.who.int/fctc/implementation/database/> Acessado em 31 de dezembro de 2014.
13. Warner KE. The national and international regulatory environment in tobacco control. *Public Health Res Pract.* 2015;25(3): e2531527.
14. Konfino J, Ferrante D, Mejia R, Coxson P, Moran A, Goldman L, et al. Impact on cardiovascular disease events of the implementation of Argentina's national tobacco control law. *Tob Control.* 2014;23(2):e6.
15. Thrasher JF, Villalobos V, Szklo A, Fong GT, Pérez C, Sebríe E, et al. Assessing the impact of cigarette package health warning labels: a cross-country comparison in Brazil, Uruguay and Mexico. *Salud Publica Mex.* 2010;52 Suppl 2:S206–15.
16. Sebríe EM. Políticas de etiquetado en los paquetes de cigarrillos: situación actual en América Latina y el Caribe. *Salud Publica Mex.* 2012;54(3):293–302.

17. Stillman FA. Capacity building and human resource development for tobacco control in Latin America. *Salud Publica Mex.* 2010;52 Suppl 2:S340–6.
18. Sebrie EM, Schoj V, Travers MJ, McGaw B, Glantz SA. Smokefree policies in Latin America and the Caribbean: making progress. *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9(5):1954–70.
19. Sandoval RC, Blanco A. Estado de la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco en la región de las Américas. *Salud Publica Mex.* 2010;52(Suppl 2):S270–6.
20. Fagundes LGS, Martins MG, Magalhães EMS, Palmiéri PCR, Júnior SIS. Health policies for tobacco control in Latin America and the Caribbean: An integrative review. *Cienc Saude Coletiva.* 2014;19(2):499–510.
21. World Health Organization (WHO). WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: Raising taxes on tobacco. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/report/en/ Acessado em 30 de agosto de 2015.
22. Thrasher JF, Chaloupka F, Hammond D, Fong G, Borland R, Hastings G, et al. Evaluación de las políticas contra el tabaquismo en países latinoamericanos en la era del Convenio Marco para el Control del Tabaco. *Salud Publica Mex.* 2006;48 Suppl 1:S155–66.
23. World Health Organization (WHO). WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf?ua=1 Acessado em outubro de 2015.
24. Szklo AS, de Almeida LM, Figueiredo VC, Autran M, Malta D, Caixeta R, et al. A snapshot of the striking decrease in cigarette smoking prevalence in Brazil between 1989 and 2008. *Prev Med.* 2012;54(2):162–7.
25. Szklo AS, Souza MC, Szklo M, Almeida LM. Smokers in Brazil: who are they? *Tob Control.* 2015; Tob Control. 2015 Aug 20. pii: tobaccocontrol-2015-052324.
26. Brasil, Instituto Nacional de Câncer (INCA). A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2011. Disponível

- em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/situacao_tabagismo.pdf Acessado em outubro de 2015
27. Malta DC, Oliveira TP, Luz M, Stopa SR, da Silva Junior JB, Dos Reis AA. Smoking trend indicators in Brazilian capitals, 2006-2013. *Cienc Amp Saude Coletiva*. 2015;20(3):631–40.
 28. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2006 vigilância de fatores e risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/vigitel_2006_brasil.pdf Acessado em outubro de 2015.
 29. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2013: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/morbidade/Vigitel-2013.pdf> Acessado em outubro de 2015.
 30. Rodrigues NC, Neves RD, Mendes D de S, Mendes CP, Martins IH, Reis IN, et al. Profile of Brazilian smokers in the National Program for Tobacco Control. *Rev Bras Psiquiatr*. 2015;37(2):150–4.

4.2 Artigo 2- Caminhos da Política de Controle do Tabaco no Brasil de 1986 a 2016²⁰

Leonardo Henriques Portes, Cristiani Vieira Machado e Silvana Rubano Barretto Turci.

Resumo

O ensaio analisa a política brasileira de controle do tabaco entre 1986 e 2016, buscando caracterizar a trajetória da política e discutir os seus avanços, limites e desafios. O estudo adotou a perspectiva da economia política e contribuições do referencial de análise de políticas públicas para compreender a dinâmica da política do controle do tabaco no país. Realizou-se análise bibliográfica, documental, de dados secundários e de entrevistas semiestruturadas com atores envolvidos na política. Fatores relacionados ao contexto nacional e internacional, ao processo político e ao conteúdo da política influenciaram a institucionalidade do controle do tabaco no país. Ressaltam-se a consolidação da rejeição social ao tabagismo, a estruturação governamental da política, a atuação da sociedade civil e o prestígio do Brasil no cenário internacional, em face de sua atuação pioneira e participação nos debates internacionais sobre o controle do tabaco. Medidas intersetoriais de controle do tabaco, como o aumento de preços e impostos de cigarros, a promoção de ambientes livres do fumo e a adoção de advertências sobre os malefícios do tabagismo, contribuíram para a expressiva redução da prevalência de fumantes no período. A implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco no Brasil, a partir de 2006, contribuiu para a expansão e consolidação da política nacional. No entanto, interesses econômicos relacionados ao tabaco limitaram a implementação de algumas ações estratégicas. Entre os desafios, destacam-se a sustentabilidade do controle do tabaco em médio e longo prazos e a superação das barreiras relacionadas à diversificação em áreas plantadas de fumo, ao combate ao comércio ilícito de cigarros e à interferência da indústria do fumo na política.

Palavras-chave: Programa Nacional de Controle do Tabagismo; Tabaco; Políticas Públicas de Saúde.

²⁰ Artigo submetido ao periódico 'Cadernos de Saúde Pública', em 03 de fevereiro de 2017.

Introdução

O tabagismo é a principal causa de mortes prematuras evitáveis no mundo, sendo associado a vários danos à saúde. Nas últimas décadas, observou-se uma redução global na prevalência do tabagismo, principalmente relacionada à implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). Porém, os países de baixa e média renda são mais vulneráveis às pressões da indústria do tabaco¹.

Apesar de ser o segundo maior produtor e o maior exportador de folhas de fumo do mundo, o Brasil é uma referência internacional no controle do tabaco². A Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) é reconhecida como uma política de Estado que envolve diversas ações intersetoriais².

Na década de 1960, foram elaborados os primeiros projetos de lei relacionados ao controle do tabaco no país, que visavam à restrição da propaganda nos meios de comunicação e à impressão de advertências sobre os riscos à saúde³.

Nas décadas de 1970 e 1980 o controle do tabaco ganhou destaque nacional. Em 1979, médicos alertaram a sociedade sobre os malefícios do tabagismo através da *Carta de Salvador* e a Sociedade Brasileira de Cancerologia elaborou o primeiro Programa Nacional Contra o Fumo. No ano seguinte, foi realizada a 1ª Conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo. Em 1985, o Ministério da Saúde constituiu o Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo (GACT), que também era composto por representantes do Judiciário, Legislativo, da academia e sociedade civil⁴. Nesse período, Paraná, Rio Grande do Sul e São Paulo desempenharam um papel de liderança no desenvolvimento de ações de combate ao fumo⁵.

A partir de meados dos anos 1980 observou-se o fortalecimento da política de controle do tabaco no Brasil, caracterizada por: envolvimento de diferentes atores governamentais e não governamentais; adoção de medidas baseadas em evidências; descentralização de medidas; consolidação de uma base política, legislativa e institucional; e articulação com o contexto internacional⁶.

Metodologia

Realizou-se uma pesquisa que enfocou a estruturação e consolidação do controle do tabaco no país no período de 1986 a 2016. O estudo partiu de uma abordagem da economia política, ao valorizar as dimensões social, econômica e de poder da política de saúde⁷, no que concerne ao controle do tabaco. A dimensão social se refere ao reconhecimento do direito à saúde e do dever Estado em garanti-lo, por meio da adoção de medidas de promoção da saúde, de regulação e de assistência pertinentes ao controle do tabaco e à redução de danos associados

ao tabagismo. A dimensão econômica se relaciona à relevância da cadeia produtiva do fumo e dos interesses econômicos envolvidos nos setores primário (fumicultura), secundário (indústria) e terciário (comércio e serviços de saúde). Já a dimensão de poder diz respeito à ampla rede de organizações e atores envolvidos nessa política, dotada de relações, interesses e conflitos.

O estudo também se apoiou em contribuições do referencial de análise de políticas públicas⁸, particularmente do institucionalismo histórico, ao ressaltar a importância das instituições que influenciam a estratégia dos atores, as agendas governamentais⁹, as continuidades e mudanças na política.

As estratégias metodológicas envolveram a análise documental de leis, normas e publicações, bem como das atas de 36 reuniões da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CONICQ), realizadas entre 2003 e 2014. Em 2015, realizaram-se 20 entrevistas semiestruturadas com atores da PNCT: 14 dirigentes e técnicos federais cujos órgãos compõem a CONICQ (identificados como DTF 1 -14); três representantes de organizações da sociedade civil apoiadoras da PNCT (OSC 1-3); dois deputados federais (Leg. 1-2) e um representante do Secretariado da CQCT (Sec. CQCT). Analisaram-se ainda as respostas por e-mail de um representante de uma organização da sociedade civil vinculada à indústria do tabaco (OSCI). Utilizou-se o gerenciador OpenLogos para processamento das entrevistas. Em 2015, realizou-se a observação direta da 1ª Reunião Aberta da CONICQ e da Oficina dos 10 anos da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil, realizadas em Brasília. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem.

Este ensaio analisa a trajetória da política brasileira de controle do tabaco de 1986 a 2016, considerando seus diferentes momentos, avanços e desafios. Argumenta-se que no período houve a estruturação e a consolidação de uma política abrangente, que alcançou institucionalidade importante e resultados positivos, favorecida por elementos do contexto nacional e internacional. Por outro lado, fortes interesses econômicos relacionados ao tabaco se expressaram em conflitos e contradições na política, com limites na implementação de algumas ações estratégicas e desafios para a sua sustentabilidade.

O texto está organizado a partir de dois eixos de análise. O primeiro é a *trajetória da política* nos diferentes momentos, no que concerne ao contexto (nacional e internacional), ao processo (atores, arenas e relações de poder) e ao conteúdo (legislação, normas, estratégias) da política. O segundo eixo diz respeito aos *avanços, limites e desafios* da política no conjunto do período.

Resultados

Trajetória da política brasileira de controle do tabaco

No século XX, até os anos 1980, houve regulamentações esparsas relacionadas aos aspectos econômicos do tabaco (**figura 1 e figura 2**).

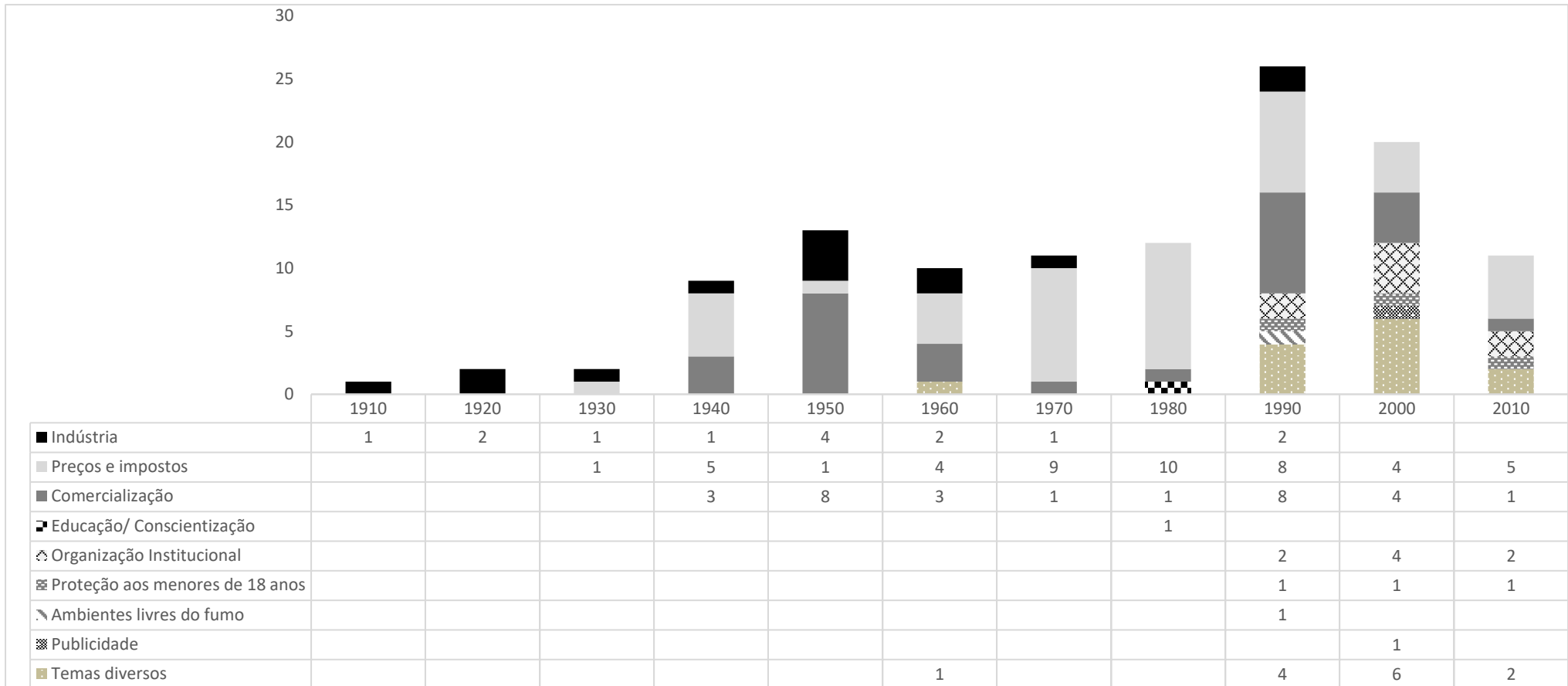


Figura 1: Evolução do número de instrumentos legislativos relacionados ao tabaco, por tema principal e década. Brasil, 1900 a 2016.

Nota: 1- As legislações quantificadas envolvem leis, decretos, emendas constitucionais e medidas provisórias e correspondem aos resultados da busca de publicações contendo pelo menos um dos termos: cigarro, fumo, tabaco e tabagismo. Não necessariamente correspondem a medidas de controle do tabaco. 2- A categoria 'Temas diversos' refere-se às publicações que envolvem mais de uma das demais categorias.

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir de diversas fontes: Saúde Legis (http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESO_CONSULTA.CFM); Sistema de Informações do Congresso Nacional- Senado Federal (<http://legis.senado.gov.br/sicon/>); e Portal da Legislação - Presidência da República (<http://www4.planalto.gov.br/legislacao>).

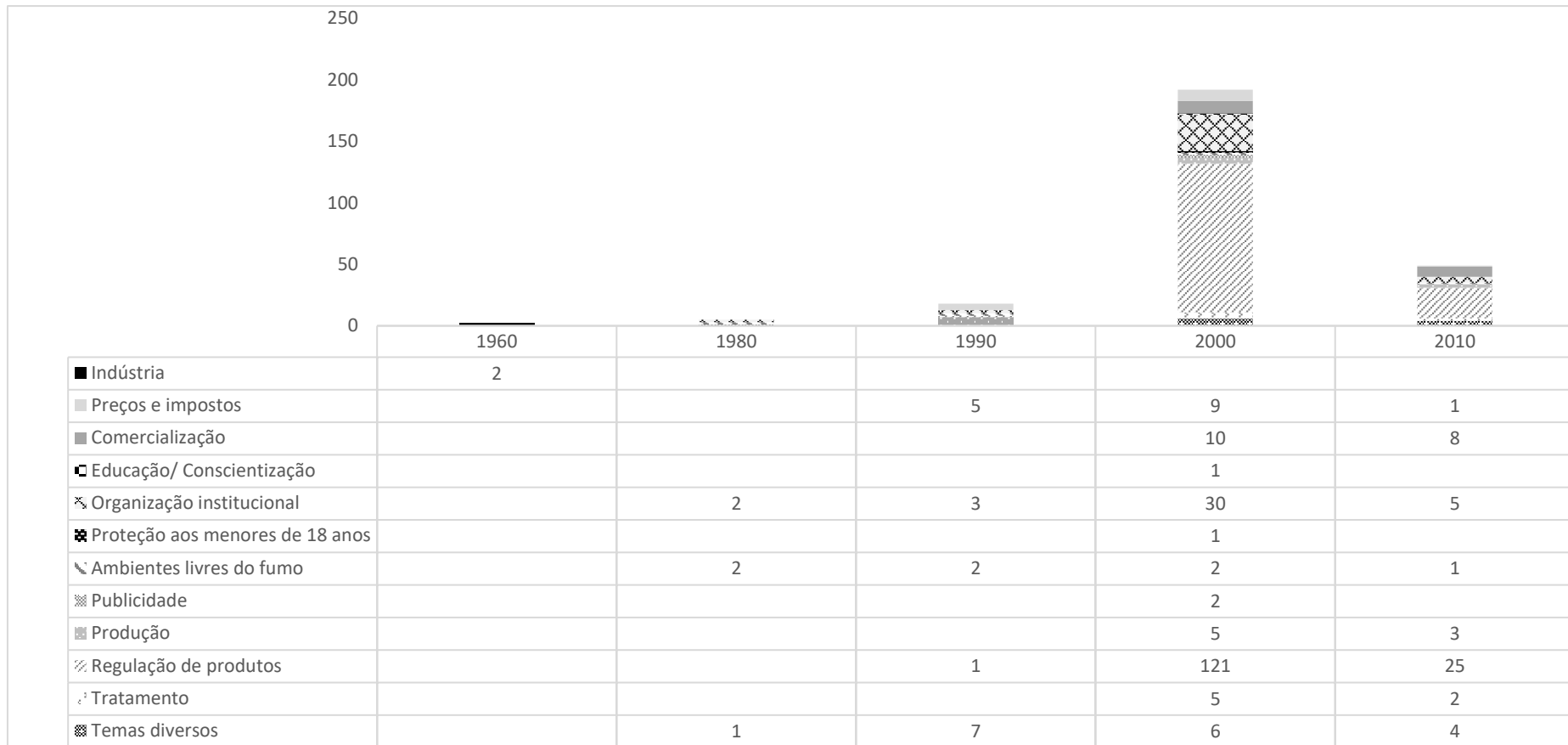


Figura 2: Evolução do número de instrumentos normativos relacionados ao tabaco, por tema principal e década. Brasil, 1900 a 2016.

Nota: 1- As normas quantificadas envolvem instruções normativas, portarias e resoluções e correspondem aos resultados da busca de publicações contendo pelo menos um dos termos: cigarro, fumo, tabaco e tabagismo. Não necessariamente correspondem a medidas de controle do tabaco. 2- A categoria 'Temas diversos' refere-se às publicações que envolvem mais de uma das demais categorias.

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir de diversas fontes: Saúde Legis (http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM); Sistema de Informações do Congresso Nacional- Senado Federal (<http://legis.senado.gov.br/sicon/>); Portal da Legislação - Presidência da República (<http://www4.planalto.gov.br/legislacao>); Secretaria da Receita Federal (<http://normas.receita.fazenda.gov.br/sijut2consulta/consulta.action>) e Banco Central do Brasil (http://www.bcb.gov.br/Pre/CMN/resolucao_recente.asp).

Entre 1986 e 2016, a política brasileira de controle do tabaco se estruturou e se expandiu, compreendendo diversas estratégias que contribuíram para uma significativa redução da prevalência do tabagismo (**figura 3 e figura 4**). Identificaram-se três diferentes momentos, caracterizados segundo o contexto, processo e conteúdo da política: estruturação inicial (1986-1998); negociações da CQCT e sua ratificação pelo Brasil (1999-2005); e implementação da CQCT no país (2006-2016).

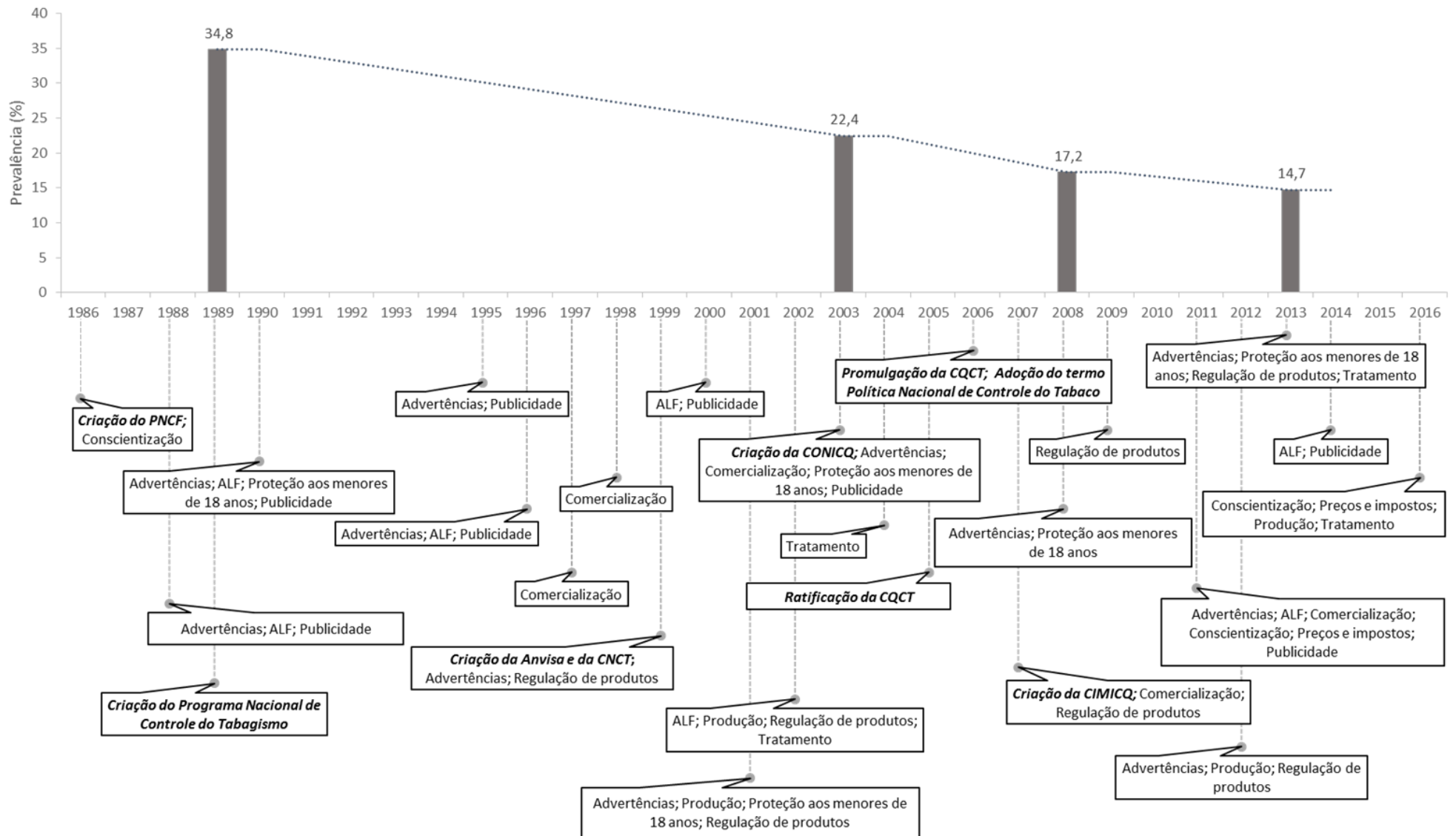


Figura 3: Evolução da prevalência de tabagismo (1989-2013) e principais marcos institucionais da política de controle do tabaco (1986-2016) no Brasil.

Legenda: ALF: Ambientes livres do fumo; Anvisa: Agência de Vigilância Sanitária; CNCT: Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco; CIMICQ: Comissão para promover a internalização da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no âmbito do Sistema Único de Saúde; CONICQ: Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco; CQCT: Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco; PNCF: Programa Nacional de Combate ao Fumo.

Nota: Os temas citados estão relacionados aos marcos instituidores, legislativos e normativos da política brasileira de controle do tabaco. Para maior detalhamento, consultar figura 4.

Fonte: Elaborado pelos autores. Adaptado da figura 2-2 da tese de Valeska Carvalho Figueiredo intitulada “Um panorama do tabagismo em 16 capitais brasileiras e Distrito Federal: tendências e heterogeneidades”, defendida em 2007 pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. *Prevalência de fumantes - 1989 e 2003*: Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). Bull World Health Organ. julho de 2007;85(7):527-34; *Prevalência de fumantes - 2008*: Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva, Pan American Health Organization, organizadores. Pesquisa especial de tabagismo - PETab: relatório Brasil. Rio de Janeiro, RJ: Brasília, DF, Brasil: Instituto Nacional do Câncer, Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde - Representação Brasil; 2011. 199 p.; *Prevalência de fumantes - 2013*: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde, 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; 2014. 180 p.

Momento	Tipo	Descrição	Principais leis e normas
Estruturação inicial da política brasileira de controle do tabaco (1986-1998)	Marco instituidor	- Criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo; - Criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo sob a coordenação do INCA.	- Lei nº 7.488 de 11/06/1986; - Portaria MTb/MS nº 3.257 de 22/09/1988;
	Advertências	- Disposição de advertências sobre os malefícios do tabagismo nas embalagens e na publicidade dos produtos fumígenos.	- Portaria MS nº 490 de 25/08/1988;
	Ambientes Livres do fumo	- Recomendação inicial para a restrição do fumo nos locais de trabalho, avançando para restrições do fumo em aeronaves, veículos de transporte coletivo e recintos coletivos.	- Constituição Federal de 1988; - Lei nº 8.069 de 13/07/1990;
	Comercialização	- Definição de regras para a comercialização, inclusive sobre o registro especial e uso dos selos de controle; - Permissão da venda de cigarros somente em maços com vinte unidades; - Determinação do imposto de exportação para América do Sul e América Central	- Portaria MS nº 1.050 de 08/08/1990;
	Conscientização	- Criação do Dia Nacional de Combate ao Fumo - 29 de agosto.	- Portaria MS/MJ nº 477 de 24/03/1995;
	Proteção aos menores de 18 anos	- Proibição da venda ou disponibilização, à criança ou ao adolescente, de produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica.	- Lei nº 9.294 de 15/07/1996; - Decreto nº 2.018 de 01/10/1996;
	Publicidade e patrocínio	- Proibição da adoção de mensagens que induzem o consumo dos produtos fumígenos e estabelecem uma relação ao bem-estar; - Restrição da publicidade dos produtos nos veículos de comunicação; - Proibição da menção ao tabaco em revistas e publicações destinadas ao público infanto-juvenil e da distribuição de amostras grátis em estabelecimentos públicos a que tenham acesso menores de 18 anos; - Recomendação para que os órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde recusassem o patrocínio da indústria do tabaco.	- Lei nº 9.532 de 10/12/1997; - Decreto nº 2.637 de 25/06/1998; - Decreto nº 2.876 de 14/12/1998.
Negociações da CQCT e ratificação do tratado pelo Brasil (1999-2005)	Marco instituidor	- Criação da Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco; - Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; - Criação da CONICQ; - Ratificação da CQCT pelo Brasil.	- Lei nº 9.782 de 26/01/1999; - Decreto no 3.070, de 27/05/1999; - Portaria MS nº 695, de 01/06/1999;
	Advertências	- Inclusão do número do serviço Disque Pare de Fumar e de imagens nas advertências dos produtos fumígenos e de sua publicidade; - Determinação para a disposição de advertências em eventos esportivos internacionais sem sede fixa e na sua transmissão na televisão; - Proibição do uso de invólucro que dificulte a visualização das imagens das advertências nas embalagens dos produtos fumígenos.	- Decreto nº 3.136 de 13/08/1999; - RDC Anvisa nº 02 de 04/10/1999; - Lei nº 10.167 de 27/12/2000;
	Ambientes Livres do fumo	- Proibição do fumo em aeronaves e demais veículos de transporte coletivo; - Recomendação às instituições de saúde e de ensino para implantarem programas de Ambientes Livres do fumo.	- RDC Anvisa nº 46 de 28/03/2001;
	Comercialização	- Proibição da comercialização de produtos fumígenos em estabelecimentos da Administração Pública; - Proibição da venda de produtos derivados do tabaco na Internet.	- RDC Anvisa nº 104, de 31/05/2001;
	Preços e impostos	- Determinação de que o IPI incidente sobre os cigarros passa a ser calculado sob a forma de alíquota específica de acordo com a classe fiscal de enquadramento do produto.	- Medida Provisória nº 2.134-31 de 21/06/2001;
	Produção	- Estabelecimento de critérios para a concessão de créditos do Pronaf aos produtores de fumo em regime de parceria ou integração com indústrias fumageiras; - Lançamento do Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco.	- Portaria MTE nº 20 de 13/09/2001;

	Proteção aos menores de 18 anos	- Proibição do trabalho do menor de 18 anos no setor produtivo do fumo; - Proibição da venda de produtos fumígenos a menores de 18 anos.	- Resolução BC nº 2900 de 31/10/2001;
	Publicidade	- Permissão da propaganda somente nos locais de venda; - Proibição do patrocínio de eventos culturais e esportivos.	- Resolução BC nº 3001 de 24/07/2002;
	Regulação de produtos	- Registro de produtos fumígenos pela Anvisa; - Estabelecimento de teores máximos de substâncias dos cigarros; - Proibição da utilização de termos associados ao teor das substâncias na embalagem ou material publicitário dos cigarros; - Proibição de alimentos com forma de apresentação semelhante a produtos fumígenos e de embalagens de alimentos que simulem as embalagens de produtos fumígenos ou que utilizem nomes de marcas destes produtos.	- Portaria MS/ MEC nº 1.498 de 22/08/2002; - Portaria MS nº 1.575 de 29/08/2002; - RDC Anvisa nº 304 07/11/2002;
	Tratamento	- Criação de Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante; - Ampliação do acesso ao tratamento do tabagismo no SUS através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo; - Aprovação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dependência à Nicotina.	- RDC Anvisa nº 15 de 17/01/2003; - Lei nº 10.702, de 14/07/2003; - Decreto de 01/08/2003; - RDC Anvisa n.º 335 de 21/11/ 2003. - Portaria MS n.º 1.035 de 31/05/2004; - Portaria MS n.º 442 de 13/08/2004; - Resolução BC nº 3.299 de 15/07/2005; - Decreto legislativo nº 1.012 de 27/10/2005.
Implementação da CQCT no Brasil (2006-2016)	Marco instituidor	- Promulgação da CQCT no Brasil; - Adoção do termo Política Nacional de Controle do Tabaco; - Criação da CIMICQ.	- Decreto nº 5.658 de 02/01/2006; - Lei nº 11.488 de 15/06/2007;
	Advertências	- Maior destaque das advertências nas embalagens dos produtos fumígenos; - Inclusão do número do serviço Disque Saúde nas embalagens dos produtos fumígenos.	- RDC Anvisa nº 90 de 27/12/2007;
	Ambientes Livres do fumo	- Proibição do fumo em recinto coletivo fechado, privado ou público, salvo em locais de cultos religioso, tabacarias, estúdios e instituições de saúde; - Detalhamento das condições de isolamento, ventilação e exaustão ao ar e medidas de proteção ao trabalhador, nas exceções previstas à proibição do fumo em recintos coletivos fechados	- Portaria MS nº 1.680 de 12/07/2007;
	Comercialização	- Estabelecimento de novos dispositivos para a verificação da autenticidade dos cigarros; - Criação do Sistema de Controle e Rastreamento da Produção de Cigarros- Scorpions; - Estabelecimento de novas regras de comercialização de cigarros e cigarrilhas.	- Instrução Normativa RFB nº 769 de 21/08/2007; - Decreto nº 6.481 de 12/06/2008;
	Conscientização	- Criação do Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco e do Observatório sobre as Estratégias da Indústria do Tabaco.	- RDC Anvisa nº 54 de 06/08/2008;
	Preços e impostos	- Estabelecimento do preço mínimo de venda de cigarros; - Alteração do IPI incidente sobre os cigarros, permitindo a combinação das alíquotas <i>ad valorem</i> e específica.	- RDC Anvisa nº 46 de 28/08/2009;
	Produção	- Estabelecimento de novos critérios para a concessão de créditos do Pronaf a produtores de fumo que desenvolvem a atividade em regime de parceria ou integração com indústrias fumageiras.	- Decreto nº 7.555 de 19/08/2011;

Proteção aos menores de 18 anos	- Proibição do trabalho do menor de dezoito anos no setor produtivo do fumo; - Proibição de produtos que reproduzam a forma de cigarros ou similares destinados ao público infante-juvenil.	- Lei nº 12.402 de 02/05/2011;
Publicidade	- Limitação da publicidade dos produtos fumígenos nos locais de venda por meio do acondicionamento das embalagens em mostruários ou expositores; - Proibição de mecanismos nas embalagens que possam induzir o consumo do produto e associá-lo ao bem-estar	- Lei nº 12.546 de 14/12/2011; - RDC Anvisa nº 14 de 15/03/2012;
Regulação de produtos	- Detalhamento sobre o registro de dados cadastrais dos produtos fumígenos; - Proibição dos dispositivos eletrônicos para fumar; - Alteração dos teores máximos das substâncias dos cigarros; - Restrição do uso de aditivos*; - Inauguração do Laboratório de Tabaco e Derivados (Latab).	- Resolução BC nº 4.107 de 28/06/2012; - RDC Anvisa nº 38 de 09/07/2012;
Tratamento	- Atualização das diretrizes de atenção à pessoa tabagista no SUS; - Validação das orientações técnicas do tratamento do tabagismo na rede SUS.	- Portaria MS nº 571 de 05/04/2013; - RDC Anvisa nº 30 de 23/05/2013; - Lei nº 12.921, de 26/12/2013; - Decreto nº 8.262 de 31/05/2014; - Portaria MTE/MS nº 2.647 de 04/12/2014; - Decreto nº 8.656, 29/01/2016; - Portaria do MS nº 761 de 21/06/2016; - Resolução BC nº 4.513 de 24/08/2016.

Figura 4: Principais marcos e estratégias da política brasileira de controle do tabaco entre 1986 e 2016.

Legenda: Anvisa: Agência de Vigilância Sanitária; BC: Banco Central; CIMICQ: Comissão para promover a internalização da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no âmbito do Sistema Único de Saúde; CNCT: Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco; CQCT: Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco; CONICQ: Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco; INCA: Instituto Nacional de Câncer; IPI: Imposto sobre Produtos Industrializados; MJ: Ministério da Justiça; MS: Ministério da Saúde; MTb: Ministério do Trabalho; PNCF: Programa Nacional de Combate ao Fumo; Pronaf: Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar; RDC: Resolução da Diretoria Colegiada; RFB: Receita Federal do Brasil; SUS: Sistema Único de Saúde.

Nota: 1- Foram mencionados os principais acontecimentos relacionados a cada tema. 2- As advertências sobre os malefícios do tabagismo estão relacionadas à publicidade e à regulação dos produtos. No entanto, optou-se pela apresentação dos seus marcos separadamente devido à relevância do tema.

* Em 2013, houve a suspensão da proibição de aditivos por uma Ação Direta de Inconstitucionalidade do Supremo Tribunal Federal.

Fonte: Elaboração dos autores.

Estruturação inicial da política brasileira de controle do tabaco (1986-1998)

A segunda metade da década de 80 configura-se como o estágio inicial da estruturação da política de controle do tabaco no Brasil. O país vivia a redemocratização e a articulação do movimento sanitário, com a ampliação dos debates sobre os direitos sociais e a saúde.

Esse período foi marcado pela valorização do controle do tabaco no cenário internacional. A criação do Dia Mundial sem Tabaco, em 1987, e a abordagem do tema em eventos internacionais fortaleceram esse processo. Intensificou-se a discussão sobre a necessidade de um tratado internacional sobre o controle do tabaco, envolvendo a Organização das Nações Unidas e agências intergovernamentais.

As organizações médicas e o Instituto Nacional de Câncer (INCA) foram fundamentais para a sensibilização da sociedade sobre os malefícios do tabagismo por meio de campanhas de conscientização. A contribuição da mídia também foi importante, sendo observado um aumento de matérias sobre os teores de substâncias dos cigarros e os efeitos negativos do tabagismo.

Sob a liderança do INCA, observou-se a estruturação de uma rede envolvendo agências internacionais, órgãos governamentais e sociedade civil. Ações em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho foram estratégicas no processo de descentralização do controle do tabaco no país.

Entre as iniciativas no período, destaca-se, em 1986, a criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF) e o estabelecimento do Dia Nacional de Combate ao Fumo. Nos anos seguintes, observam-se as primeiras normas relativas à inclusão de advertências nos maços de cigarro e nos veículos de comunicação, à restrição da publicidade dos produtos derivados do tabaco e à promoção de ambientes livres do fumo. A Constituição Federal de 1988 respaldou as restrições à propaganda e a inclusão de advertências sobre os malefícios do tabagismo. Ressalta-se também a lei nº 9.294/1996, que configurou a base legislativa para o controle do tabaco, ao proibir o fumo em recintos coletivos fechados (exceto nos ‘fumódromos’), restringir a propaganda dos produtos e estabelecer especificações sobre advertências relativas aos malefícios do tabagismo.

Negociações da CQCT e ratificação do tratado pelo Brasil (1999-2005)

Entre o fim dos anos 90 e meados dos anos 2000 intensificaram-se os debates sobre o controle do tabaco aliados ao aumento de leis e normas antifumo, no contexto nacional e internacional.

A maior conscientização da sociedade sobre os malefícios do tabagismo, influenciada pelas leis antifumo, ações governamentais e informações divulgadas pela mídia e sociedade

civil, favoreceram o aumento da rejeição social ao tabagismo. As negociações internacionais visando à criação da CQCT, entre 1999 e 2003, e o processo de adesão ao tratado, entre 2003 e 2005, também conferiram destaque ao tema.

No período de 1998 a 2002, ressalta-se o papel dos servidores do INCA engajados nessa política, que contaram com o apoio do ministro da saúde, além do envolvimento de lideranças das sociedades médicas e de outras organizações não-governamentais:

“Nos outros países as coisas se moviam por pressão da sociedade civil. Aqui não, aqui se movia porque tinha uma liderança dentro do governo, lideranças dentro do INCA e outros, sociedades médicas e tal” (OSC 3).

A Anvisa, criada em 1999, foi apontada pelos entrevistados como fundamental para o avanço da regulação de produtos. Assim como observado no INCA, o envolvimento de servidores de carreira na Anvisa ao longo dos anos colaborou para o fortalecimento institucional do controle do tabaco no país.

Ressalte-se ainda a participação do país nas negociações internacionais da CQCT, inclusive presidindo o Órgão Negociador Intergovernamental da Convenção. A Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco (CNCT) configurou-se como a base da coordenação intersetorial das ações de controle do tabaco em âmbito nacional.

A partir a criação da CQCT em 2003, a CONICQ passou a ser a responsável pela coordenação intersetorial da política brasileira de controle do tabaco. A Comissão, liderada pelo Ministério da Saúde, com a presença do INCA na secretaria executiva, foi fundamental para a conferir maior legitimidade às ações de controle do tabaco e mediar conflitos entre setores. Nesse período, profissionais de saúde, ativistas e associações médicas e acadêmicas passaram a se destacar na política, sob liderança da Aliança de Controle do Tabagismo (ACT).

Apesar dos esforços dos ministérios da Saúde e das Relações Exteriores, observaram-se dificuldades na ratificação da CQCT pelo país. Debates em torno dos aspectos econômicos envolvendo a fumicultura foram frequentes na mídia, no governo e no Legislativo. As associações relacionadas à cadeia produtiva do fumo, bem como ministérios da área econômica e alguns parlamentares, apresentaram resistências à ratificação do tratado, que só ocorreu em 2005.

Por fim, vale destacar a diversidade de leis e normas entre 1999 e 2005. Observa-se nesse período uma significativa normatização sobre os produtos derivados do tabaco. Também houve avanços na restrição da propaganda nos locais de venda, na proibição do patrocínio do tabaco e no tratamento do tabagismo no SUS. Ressaltam-se as medidas de proteção aos menores de 18 anos e o estabelecimento inicial de critérios para a concessão do Programa Nacional de

Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf) aos produtores de fumo em regime de parceria ou integração com a indústria.

Implementação da CQCT no Brasil (2006-2016)

A partir da ratificação da CQCT pelo Brasil em 2005 e da sua entrada em vigor em 2006, o termo Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) passou a fazer referência ao conjunto de ações intersetoriais destinadas à redução do tabagismo. As gestões do Ministério da Saúde demonstraram-se compromissadas com o controle do tabaco. A estruturação da política previamente à implementação da CQCT no país contribuiu para a sua continuidade e para a consolidação da rejeição social ao tabagismo no país entre 2006 e 2016.

O contexto internacional, marcado pela implementação da CQCT em todo o mundo, favoreceu o fortalecimento das ações de controle do tabaco no Brasil. Até dezembro de 2016, 180 Estados Partes haviam aderido ao tratado, abrangendo 179 países e a União Europeia. Destaquem-se ainda duas iniciativas: em 2012, a adoção do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco pela quinta sessão da Conferência das Partes (COP 5); e em 2013, a inclusão da redução da prevalência do tabagismo como uma das metas globais para a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis. As comemorações dos 10 anos da CQCT, em 2015, estimularam o debate sobre os desafios a serem superados.

Nesse período, o tratado internacional passou a se configurar como a principal referência para a consolidação da política brasileira.

“...o embasamento das medidas do tratado, como justificativa para implementar ações duras, é fundamental. Então, também foi um movimento onde o Brasil ficou um bom período negociando, fazendo o seu trabalho interno. Quando o tratado saiu, o Brasil começou a utilizar o tratado como base da sua política nacional” (Sec. CQCT).

Além do Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas, outros atores também participaram ou buscaram influenciar a formulação e a implementação da política nacional no período: outros ministérios federais, o Legislativo, organizações não governamentais e representantes de segmentos econômicos da cadeia produtiva do tabaco (principalmente fumicultores e indústria).

Visando à otimização da implementação da CQCT nos setores abrangidos pela CONICQ, ressalta-se o estímulo à criação de comissões intraministeriais. Essa proposta foi adotada somente pelo Ministério da Saúde em 2007, mas enfrentou conflitos internos.

Destaquem-se os conflitos envolvendo o direcionamento de poder no Ministério da Saúde. Apesar do INCA integrar a estrutura organizacional do Ministério como um órgão da

Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) desde o início dos anos 90, a sua capacidade de atuação na política brasileira de controle do tabaco variou ao longo dos anos. Relatos destacaram a autonomia técnica e administrativa do INCA até 2010, sob menor influência do contexto político que afetava o Ministério da Saúde em Brasília. A partir de 2011, deslocaram-se competências do INCA para a sede do Ministério. A reestruturação organizacional de 2013 reforçou esse movimento, ao atribuir à Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (CGAPDC) a responsabilidade pela elaboração e avaliação das políticas de prevenção e controle do câncer.

No entanto, alguns entrevistados argumentaram que o INCA manteve protagonismo na coordenação da PNCT, sendo direcionadas à estrutura central do Ministério apenas as questões técnicas relacionadas ao tratamento do tabagismo:

“... a gente [CGAPDC] está mais próximo da atenção e do cuidado do que a coordenação, que está no INCA, que tem mais proximidade e responsabilidade de articular as macropolíticas...” (DTF 9).

“Nessa área de tratamento para deixar de fumar... realmente houve certa mudança, mas o INCA continua fazendo o processo de subsidiar”. “... o INCA é o braço técnico para capacitação de profissionais para que eles possam ajudar o fumante a deixar de fumar e também das coordenações para o planejamento da compra dos insumos. Então, para mim, isso é coordenar. Além disso, cabe ao INCA fazer o balanço” (DTF 12).

Por fim, entre 2006 e 2016, ressaltam-se a Lei nº 12.546/2011 e o Decreto nº 8.262/2014, que proibiram os fumódromos e ampliaram as restrições da propaganda dos produtos fumígenos e o destaque das advertências nas embalagens dos produtos. Também vale destacar os desdobramentos envolvendo a proibição de aditivos, os avanços relacionados aos preços e impostos de cigarros e a criação de observatórios (Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco/INCA-2011; Observatório sobre as Estratégias da Indústria do Tabaco no Brasil/Fiocruz-2016).

Avanços, limites e desafios da política brasileira de controle do tabaco

Apesar das dificuldades, a política brasileira de controle do tabaco apresentou avanços no período. Para alguns entrevistados, a relação do país com toda a cadeia produtiva do fumo favoreceu a diversidade de iniciativas e a adoção de medidas intersetoriais. A **figura 5** apresenta uma síntese dos avanços, limitações e desafios de algumas das principais medidas implantadas no país.

MEDIDAS/ ARTIGOS CQCT	AVANÇOS	LIMITAÇÕES	DESAFIOS
Preços e impostos/ Artigo 6º	<ul style="list-style-type: none"> - Reajustes periódicos do IPI, ICMS, PIS/Pasep e Cofins incidentes sobre cigarros; - Criação do regime especial do IPI como alternativa ao regime geral do IPI. - Estabelecimento de preço mínimo de venda de cigarros, com reajustes anuais; - A partir de 2016: carga tributária de maço de cigarros vendido a R\$ 5,00 corresponde a 81%^{1,2}. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resistência do setor produtivo do fumo; - Foco da política tributária nos cigarros; - Frágil combate ao comércio ilícito; - Dificuldades de direcionamento dos recursos arrecadados para o financiamento de ações da PNCT. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manutenção de reajustes anuais dos preços e impostos incidentes sobre cigarros; - Aumento da tributação dos diversos produtos fumígenos; - Intensificação do combate ao mercado ilegal de cigarros; - Destinação da arrecadação para a PNCT.
Promoção de ambientes livres do fumo/ Artigo 8º	<ul style="list-style-type: none"> - Proibição do fumo em ambientes coletivos fechados, salvo em locais de culto religioso, tabacarias, estúdios e instituições de saúde; - Formulação de legislações estaduais e municipais de promoção de ambientes livres do fumo; - Fiscalização dos estabelecimentos pela vigilância sanitária nas três esferas de governo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resistência do setor produtivo do fumo e de grupos específicos do setor comercial; - Embates envolvendo a liberdade individual e a interpretação das legislações; - Fragilidades de recursos físicos e humanos da vigilância sanitária nos estados e municípios; - Manutenção de exceções do fumo em recintos coletivos fechados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proibição total do fumo em recintos coletivos fechados; - Redução do fumo passivo em recintos particulares, como nos transportes coletivos individuais e domicílios; - Fortalecimento dos recursos físicos e humanos da vigilância sanitária nos estados e municípios; - Harmonização da legislação das três esferas de governos destinadas a promoção de ambientes livres do fumo.
Regulação de produtos/ Artigos 9º, 10º e 11º	<ul style="list-style-type: none"> - Atuação da Anvisa na regulação de produtos; - Inclusão de advertências sobre os malefícios do tabagismo (mensagens e imagens) nas embalagens dos produtos e do número do serviço Disque Saúde; - Limitação dos teores máximos das substâncias dos cigarros; - Proibição da utilização de termos associados ao teor das substâncias na denominação dos cigarros; - Proibição dos dispositivos eletrônicos para fumar; - Criação do Laboratório de Tabaco e Derivados (Latab). 	<ul style="list-style-type: none"> - Resistência do setor produtivo do fumo; - Judicialização pela indústria do fumo da atuação da Anvisa sobre a regulação de produtos fumígenos; - Expansão dos novos produtos fumígenos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adoção de embalagens padronizadas de cigarros; - Elaboração de advertências que contemplem a diversidade de grupos correspondentes ao público fumante; - Legitimação da Anvisa na regulação de produtos fumígenos a partir de decisões favoráveis no judiciário e ampliação do apoio popular as suas ações; - Aprimoramento da capacidade de regulação dos novos produtos fumígenos.
Educação e conscientização do público/ Artigo 12º	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de campanhas anuais de conscientização do público sobre os malefícios do tabagismo nos dias comemorativos: Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto) e Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio). - Desenvolvimento de ações educativas em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho. Destaque para o Programa Saber Saúde, integrante do Programa Saúde na Escola, que alcançou 2.389.126 alunos de 14.280 escolas em 1.212 municípios³. - Criação de observatórios para a divulgação de informações relacionadas ao controle do tabaco no Brasil: ‘Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco’ e o ‘Observatório sobre as Estratégias da Indústria do Tabaco no Brasil’. 	<ul style="list-style-type: none"> - Foco nas campanhas; - Carência de recursos e articulação intersetorial para a expansão de ações educativas contínuas; - Diversidade do público (faixa etária, perfil econômico, gênero, cultura e estilo de vida); - Dificuldades para a divulgação de informações sobre os diversos temas relacionados ao controle do tabaco; - Renovação permanente das estratégias da indústria do fumo; - Desgastes em resposta à desinformação gerada pela indústria do fumo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avanços em ações intersetoriais; - Fortalecimento e expansão do Programa Saber Saúde; - Elaboração de estratégias de comunicação que considerem as especificidades dos diversos grupos; - Ampliação de ações educativas que contemplem: novos produtos de fumígenos: estratégias da indústria, comércio ilícito, diversificação das áreas de cultivo de tabaco e danos da fumicultura aos agricultores e ao meio ambiente; - Ampliação da capacitação para a realização de ações educativas; - Criação de mecanismos de avaliação e monitoramento das ações adotadas.
Restrição à publicidade e	<ul style="list-style-type: none"> - Proibição de mensagens que induzam o consumo de produtos fumígenos e a sua relação com bem-estar ou saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> - Resistência do setor produtivo do fumo; - Renovação das estratégias de publicidade da indústria; 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprovação da proibição total do patrocínio e da propaganda dos produtos derivados do tabaco;

propaganda/ Artigo 13º	<ul style="list-style-type: none"> - Proibição da distribuição de amostras grátis de produtos de tabaco em diversos estabelecimentos; - Proibição do patrocínio de eventos culturais e esportivos pela indústria do tabaco; - Limitação da propaganda somente através do acondicionamento dos produtos fumígenos nos mostruários ou expositores nos locais de venda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades para o controle da publicidade e patrocínio na internet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliação da fiscalização do patrocínio e da publicidade, com a aplicação das penalidades; - Restrição da publicidade de novos produtos fumígenos.
Tratamento de fumantes/ Artigo 14º	<ul style="list-style-type: none"> - Oferta do tratamento do tabagismo na rede do SUS, principalmente, através das unidades básicas de saúde; - Oferta da abordagem breve através do Disque Saúde; - Em 2013, 604 municípios e 1308 unidades ofereceram atendimento. 154.207 fumantes foram atendidos e 71.327 pararam de fumar. A taxa de abandono correspondeu a 28%, a de cessação a 53% e a de uso da medicação a 77%⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> - Carência de recursos financeiros, físicos e humanos no conjunto das unidades básicas de saúde; - Dificuldades para a capacitação permanente dos profissionais de saúde para a oferta do tratamento; - Complexidade do tratamento e dos aspectos clínicos do tabagismo, comprometendo a taxa de cessação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidação da oferta de tratamento nas unidades básicas de saúde, com investimento, e estruturação e expansão da oferta na atenção secundária e terciária à saúde; - Oferta de tratamento em locais variados, como ambientes de trabalho, de lazer e de ensino; - Oferta de tratamento de acordo com o perfil de grupos específicos (gestantes, mulheres, jovens etc); - Ampliação da capacitação para o tratamento de fumantes, incluindo profissionais não médicos de nível superior e médio; - Incorporação do tratamento do tabagismo no currículo acadêmico dos profissionais de saúde; - Aumento da taxa de cessação; - Aprimoramento do monitoramento dos indicadores de tratamento.
Combate ao comércio ilícito/ Artigo 15º	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de regras para a comercialização de cigarros, incluindo o registro especial, uso dos selos de controle e o imposto de exportação; - Atuação integrada entre Receita Federal e Polícia Federal no combate ao contrabando e à falsificação de cigarros, com destaque para o Sistema de Controle e Rastreamento da Produção de Cigarros (Scorpios); - Em 2016, o valor correspondente ao montante de cigarros destruídos, a partir da apreensão por infração fiscal, alcançou R\$ 581 milhões¹. 	<ul style="list-style-type: none"> - Extensão territorial do país, comprometendo o combate ao mercado ilegal, principalmente nas fronteiras; - Frágil articulação intersetorial para o combate ao mercado ilegal; - Dificuldades na elaboração e cumprimento da legislação sobre o tema devido à sua complexidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ratificação e implementação do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco; - Elaboração de estudos sobre mercado ilegal no Brasil; - Fortalecimento da legislação relacionada ao comércio ilícito; - Fortalecimento do monitoramento do comércio dos produtos de tabaco nas regiões fronteiriças, sobretudo no Paraguai; - Harmonização da legislação brasileira com a dos países vizinhos relacionada ao combate ao comércio ilícito e aos preços e impostos de produtos de tabaco.
Diversificação de culturas/ Artigo 17º	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento de critérios para a concessão de crédito do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar aos fumicultores em regime de parceria ou integração com a indústria do fumo. Para a concessão do benefício, no ano agrícola 2016/2017 é previsto que a receita bruta gerada por outras atividades que não a produção de fumo seja de, no mínimo 20%. Para o ano agrícola 2020/2021, a exigência mínima passa a ser de 50%. - Implementação do Programa de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco, com a oferta de projetos de extensão rural, formação e pesquisa. - Entre 2011 e 2016, foi previsto o investimento de mais de R\$ 60 milhões em ações de assistência técnica e extensão rural (Ater) 	<ul style="list-style-type: none"> - Forte resistência do setor produtivo; - Relevância da fumicultura nas economias locais, sobretudo na Região Sul do país; - Escassez de recursos humanos e físicos da Secretaria de Agricultura Familiar do MDA, responsável pela coordenação das ações de diversificação; - Frágil articulação intersetorial para a promoção de políticas públicas para a diversificação; - Especificidades da fumicultura: vantagem econômica em relação a outras culturas em pequenas propriedades e ciclo ininterrupto do cultivo do fumo; - Carência de estudos que apontem a viabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliação do número de beneficiados com políticas para a diversificação; - Articulação com programas agrários e outros setores visando o desenvolvimento sustentável econômico e social no território; - Ampliação de políticas de acesso à terra para os pequenos agricultores; - Maior investimento na capacitação profissional e educação das famílias para a promoção da diversificação e autonomia e na capacitação de profissionais de saúde para a assistência aos agricultores familiares; - Realização permanente de pesquisas que subsidiem as ações de diversificação;

	para os principais municípios produtores de tabaco, envolvendo mais de 20 mil famílias ⁵ .	econômica de culturas alternativas.	-Fortalecimento do monitoramento das ações de diversificação.
Pesquisa e vigilância/ Artigo 20º	<ul style="list-style-type: none"> - Constituição do INCA como “Centro Colaborador da OMS para o Controle do Tabaco”; - Realização periódica de pesquisas envolvendo o monitoramento de indicadores sobre o tabagismo; - Lançamento do ‘Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022’, incluindo ações de vigilância, pesquisa e promoção da saúde relacionadas ao tabagismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escassez de pesquisas que contemplem o público diversificado de fumantes e outras dimensões além do perfil de fumantes e de morbimortalidade; - Carência de parcerias intersetoriais para pesquisas; - Dinâmica de estratégias da indústria do fumo, levando à necessidade de novos indicadores; - Escassez de financiamento de pesquisas nas esferas subnacionais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidação da realização periódica de pesquisas nacionais que abordam o tabagismo; - Aperfeiçoamento dos instrumentos dos inquéritos existentes visando à possibilidade de comparação dos dados com os de outros países; - Ampliação de pesquisas sobre as variadas temáticas relacionadas ao tabaco, abrangendo: regulação de produtos, comercialização, indústria do fumo, diversificação de culturas, entre outros; - Firmação de parcerias e grupos de pesquisa para a realização de estudos; - Definição permanente de metas e análise dos fatores condicionantes para o alcance das mesmas.

Figura 5: Avanços, limitações e desafios relacionados às principais medidas de controle do tabaco. Brasil, 1986 a 2016.

Legenda: Anvisa: Agência de Vigilância Sanitária; Cofins: Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social; ICMS: Imposto estadual sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação; INCA: Instituto Nacional de Câncer; IPI: Imposto sobre Produtos Industrializados; PIS/Pasep: Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público; PNCT: Política Nacional de Controle do Tabaco.

Fonte: Elaboração dos autores, a partir de diversas fontes:

1. <http://idg.receita.fazenda.gov.br/orientacao/tributaria/regimes-e-controles-especiais/registros-e-controles-especiais>

2. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/status_politica/educacao_concientizacao

3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para controle do Tabaco (CONICQ). Política Nacional de controle do tabaco: relatório de gestão e progresso 2011-2012. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 132p.:

4. Dados fornecidos pelo INCA- Coordenação de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Abordagem e tratamento do tabagismo na rede SUS de 2005 a 2013.

5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Secretaria- Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção- Quadro para Controle do Tabaco. A importância e a urgência da diversificação de produção em áreas que produzem tabaco no Brasil. (Notas técnicas para o controle do tabagismo). Rio de Janeiro: INCA, 2014. 36 p.

Entre as medidas que visam à redução da demanda de tabaco, destaca-se o aumento dos preços e impostos de cigarros, cuja eficiência para o desestímulo ao tabagismo e geração de receitas colaborou para o interesse dos ministérios da Saúde e da Fazenda. Constatou-se que a participação da Secretaria da Receita Federal na CONICQ foi determinante para a progressão da tributação de cigarros no país. No entanto, esse processo sofreu resistência da indústria do fumo, sob argumentos da relação entre aumento dos preços e comércio ilícito.

A geração de receitas destinadas ao controle do tabaco configura-se como desafio. Constatou-se a expectativa entre os membros da CONICQ em torno da criação de um tributo específico, que tem sido dificultada por barreiras técnicas, econômicas e políticas. A mobilização da sociedade civil do setor saúde favoreceu o encaminhamento de projetos de lei que propõem a criação de um Fundo de Reparação Civil e de uma Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico incidente sobre o tabaco (CIDE- Tabaco), visando o custeio de despesas com os danos à saúde decorrentes do tabagismo.

Considerando a regulação de produtos, ressalta-se o embate sobre os aditivos dos produtos derivados do tabaco. Sob o entendimento de que a proibição dos aditivos resultaria em perdas econômicas, o setor produtivo do fumo tem rejeitado as iniciativas da Anvisa de regulação da matéria e atuado junto ao Executivo e Legislativo para evitá-las, como mostraram a análise documental e as entrevistas:

“... tivemos que mostrar ao Executivo e ao Legislativo, principalmente, porque foram inúmeras solicitações de deputados e senadores quanto a essa questão” (DTF 2).

“... a gente sabia da Medida Provisória que ia tratar do tema de preços e impostos de cigarro, então colocaram lá um parágrafo sobre os aditivos e outro sobre a publicidade dos pontos de venda motivados por duas resoluções da Anvisa que estavam em consulta pública e criariam normas rígidas para a indústria. Queriam colocar aquilo em Lei para evitar que a Anvisa regulasse” (OSC 3).

Os conflitos se intensificaram com a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa 14/2012, que previu a restrição de aditivos nos produtos derivados do tabaco. A RDC foi contestada judicialmente pela indústria do fumo e, a partir de uma decisão monocrática do Supremo Tribunal Federal (STF) relativa à Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4874, teve os seus artigos referentes aos aditivos suspensos. As atas das reuniões da CONICQ evidenciam iniciativas da Advocacia Geral da União (AGU), Ministério da Saúde (INCA e Anvisa) e sociedade civil (ACT) buscando reverter os efeitos das ações movidas pela indústria do fumo.

Diante desse quadro, há grande expectativa em relação ao julgamento da ADI 4874, que, além de denunciar a restrição de aditivos, questiona a legitimidade da Anvisa para regular insumos e produtos. Também se configura como um desafio a aprovação de projetos de lei na Câmara dos Deputados e no Senado que abordam a adoção de embalagens padronizadas e a proibição da propaganda e do uso de aditivos.

Entre as medidas relacionadas à redução da oferta de tabaco, destaca-se a complexidade envolvendo a diversificação de culturas. A fumicultura representou o principal ponto de tensão da PNCT, marcado por conflitos envolvendo os setores ligados à cadeia produtiva do tabaco e os setores sociais defensores da política. Um primeiro ponto refere-se ao embate entre as vantagens e desvantagens da fumicultura para o agricultor familiar. Entre os setores ligados à cadeia produtiva do tabaco, observou-se a valorização de aspectos econômicos conferidos ao agricultor, como a maior rentabilidade em relação ao cultivo de outras culturas, a relativa estabilidade da demanda pelo tabaco e o suporte conferido pela indústria na produção integrada. Já os setores sociais enfatizaram os danos à saúde dos agricultores, o regime intenso e insalubre de trabalho, a insatisfação com a atividade e o endividamento dos agricultores com a indústria.

Um segundo conflito reporta-se à divergência sobre a diversificação em áreas de cultivo de tabaco, ponto evidenciado pelo acordo intersetorial firmado dias antes da ratificação do tratado pelo Brasil em 2005. A ‘Declaração de Interpretação de Dispositivos da CQCT’ foi assinada pelos ministros da Agricultura, Pecuária e Abastecimento-MAPA, Desenvolvimento Agrário-MDA, Fazenda-MF, Saúde, Relações Exteriores-MRE e Casa Civil. Dentre outros pontos, tal documento expressa que a produção do fumo não seria proibida e que não haveria restrição a políticas de apoio aos agricultores que na época se dedicavam à fumicultura.

No entanto, desde a ratificação da CQCT pelo Brasil, essa pactuação tornou-se conflituosa. Relatos de membros de setores sociais enfatizaram que a progressiva queda da prevalência mundial de fumantes justifica a necessidade de avanços na diversificação, visando proteger o agricultor familiar de futuros prejuízos com o declínio do mercado do tabaco. Já na perspectiva de representantes de setores ligados a cadeia produtiva do fumo, a diversificação implicaria na agregação de outras culturas, preservando a fumicultura enquanto houver uma demanda pelo tabaco que seja economicamente favorável para o agricultor e para o país.

Diante desses posicionamentos, observaram-se críticas do setor produtivo do tabaco quanto à adoção de medidas direcionadas à proibição ou restrição da fumicultura. Além do descontentamento relacionado à restrição do financiamento da fumicultura pelo Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf), ressalta-se o conflito gerado em torno do documento preparatório para a COP5 do grupo de trabalho internacional sobre

alternativas sustentáveis para a fumicultura. O documento, que dentre outros pontos recomendava a redução de áreas plantadas do fumo, gerou insatisfação do setor produtivo do fumo. Após intensos debates, decidiu-se que o posicionamento da delegação brasileira deveria ser contrário a essa proposta. A análise das entrevistas e das atas das reuniões da CONICQ sugerem que representantes do MDA, MRE e da Secretaria Executiva/CONICQ foram fundamentais para a atenuação desse conflito.

Por fim, um terceiro conflito envolvendo a fumicultura refere-se às limitações governamentais para garantir avanços na diversificação de culturas. O Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco, lançado em 2005, tem financiado projetos de pesquisa, capacitação e de assistência técnica e extensão rural para a diversificação produtiva. Apesar do Programa ter sido pactuado com outros ministérios através da ‘Declaração de Interpretação de Dispositivos da CQCT’, entrevistados apontaram que apenas o MDA e MS têm empenhado esforços significativos para a sua implementação. O déficit de recursos humanos e financeiros foram destacados como fatores que têm prejudicado a diversificação. Constataram-se também posicionamentos divergentes sobre o tema entre a CONICQ e a Câmara Setorial da Cadeia Produtiva do Fumo do MAPA. Criada em 2003, a Câmara fortaleceu a articulação de grupos ligados à indústria e aos fumicultores com órgãos governamentais que têm interação com a cadeia produtiva do fumo. Atribuiu-se a essa configuração o acirramento de divergências entre o MAPA e os representantes de ministérios sociais no âmbito da CONICQ.

Entre as medidas para redução da oferta de tabaco, também foram identificadas fragilidades no combate ao comércio ilícito. Apesar dos mecanismos implantados pela Secretaria da Receita Federal, como o Sistema de Controle e Rastreamento da Produção de Cigarros (Scorpios) em 2007, o Brasil ainda apresenta limitações na contenção do mercado ilegal de cigarros. A ratificação e a implementação do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos e Tabaco configuram-se como desafios para a PNCT. As atas das reuniões da CONICQ evidenciam esforços para avanços nessa pauta, empenhados principalmente por membros dos ministérios da Saúde (Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde - AISA, Anvisa e INCA), Fazenda (Receita Federal), Justiça (Polícia Federal) e Relações Exteriores.

Por fim, ressaltam-se os desafios envolvendo a indústria do fumo e a sustentabilidade da política. Constatou-se que a indústria é considerada pelos setores sociais a maior ameaça para avanços do controle do tabaco no Brasil. Entrevistados destacaram o *lobby* da indústria no Legislativo, Judiciário e no próprio setor saúde, envolvendo o financiamento de campanhas políticas e o patrocínio de eventos. Além disso, as estratégias de *marketing*, que se adaptam às

lacunas da legislação, e o investimento em novos produtos, como o cigarro eletrônico e narguilé, foram apontadas como estratégias da indústria a serem contidas.

Em relação à sustentabilidade da PNCT, entrevistados sugeriram que, contraditoriamente, os avanços alcançados no país nas últimas décadas podem levar à perda de prioridade política e financiamento das ações de controle do tabaco no país. Nessa perspectiva, no âmbito nacional, outros temas relacionados à saúde pública passariam a ser prioritários, e, no plano internacional, países com políticas de controle do tabaco mais frágeis seriam priorizados pelas agências internacionais para a alocação de recursos. A manutenção do controle do tabaco na agenda do setor saúde foi apontada como fundamental para a sustentabilidade da PNCT e avanços na implementação intersetorial da CQCT.

Discussão

A significativa redução da prevalência de fumantes a partir dos anos 1980 evidencia o sucesso da política brasileira de controle do tabaco. Diversos estudos atribuem essa redução principalmente às ações que visam ao desestímulo à iniciação ao fumo, como a conscientização da população, o aumento de preços e impostos de cigarros, a promoção de ambientes livres do fumo, a adoção de advertências sobre os malefícios do tabagismo e as restrições da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco¹⁰⁻¹³. Levy, Almeida e Szklo¹⁴, em análise das medidas entre 1989 e 2010, demonstraram que 48% da redução da prevalência do tabagismo no período foi decorrente do aumento de preços e impostos de cigarros, 14% da legislação sobre ambientes livres do fumo, 14% das restrições da comercialização, 10% dos programas de tratamento de fumantes, 8% das advertências de saúde e 6% das campanhas. Entre 2008 e 2013, observa-se também um aumento das taxas de cessação do fumo a partir da implementação de medidas econômicas, educativas, legislativas e sanitárias¹⁵.

Ressalta-se o papel decisivo da articulação entre lideranças do controle do tabaco, envolvendo servidores do INCA e representantes de organizações médicas, para o desenvolvimento da política ao longo dos anos 1990. A descentralização político-administrativa, carro-chefe no campo da política de saúde naquele período¹⁶, favoreceu o fortalecimento das ações de controle do tabagismo nos estados e municípios.

A gestão de José Serra no Ministério da Saúde foi importante para que a política brasileira de controle do tabaco ocupasse um lugar de destaque na agenda governamental no fim dos anos 1990 e início dos anos 2000. Os avanços nesse período podem estar relacionados com a condição de Serra como concorrente à Presidência da República em 2002, uma vez que o tabagismo configurou-se como um problema de saúde pública com potencial de visibilidade

nos meios de comunicação¹⁷.

Wipfli, Stillman, Tamplin, da Costa e Silva, Yach e Samet¹⁸ consideram essencial a articulação entre evidências, infraestrutura e uma rede com expertise e liderança para a consolidação da capacidade nacional para o controle do tabaco. Pode-se considerar que o Brasil apresentou a estruturação inicial desses componentes previamente à criação da CQCT, em 2003. Isso favoreceu a continuidade e a consolidação da política, apesar do relativo enfraquecimento do controle do tabaco na agenda governamental em momentos específicos.

Ressaltam-se alguns fatores fundamentais que conferiram institucionalidade do controle do tabaco no país. Um primeiro fator relaciona-se ao prestígio do Brasil no cenário internacional. A experiência brasileira com o controle do tabaco nas décadas de 1980 e 1990 contribuiu para que o país obtivesse reconhecimento internacional¹⁹. O sucesso nas negociações da CQCT, além de alçar o Brasil à vanguarda mundial na saúde pública global²⁰, foi decisivo para o compromisso do país com a implementação da CQCT. A liderança do Brasil no cenário internacional foi mantida ao longo dos anos, destacando-se a nomeação de uma brasileira como chefe do Secretariado da CQCT em 2014.

Um segundo fator refere-se à sólida estruturação da política brasileira de controle do tabaco iniciada nos anos 1980. O PNCF, inseriu-se no SUS através de uma política multissetorial pioneira para o controle de fatores de risco. A sua abordagem antecipava pontos que viriam a ser recomendados pela CQCT. O Plano de Trabalho para o Período de 1998-2000 do PNCF estabelecia estratégias educativas, legislativas, econômicas, sanitárias e de pesquisa e informação⁵. A partir de 2003, a efetivação da CONICQ como um mecanismo de coordenação intersetorial da política permitiu fortalecer as relações entre os setores que demonstram compromisso com a implementação da CQCT no país²¹.

O INCA, que desde 1989 ocupava a coordenação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, estabeleceu-se como o principal órgão na articulação e coordenação da política brasileira de controle do tabaco. A partir de 1996, a parceria com organizações não governamentais e as secretarias municipais e estaduais de saúde foram fundamentais para a internalização das medidas de controle do tabagismo no SUS²². O protagonismo do INCA como Secretaria Executiva da CONICQ reforça a sua importância para o controle do tabaco no Brasil.

A Anvisa também se destacou na estruturação da política. A partir de 2000, através da Gerência-Geral de Produtos Derivados do Tabaco, a Agência passou a atuar em uma temática até então desconhecida do campo da vigilância²². Apesar da sua legitimidade e importância para a proteção dos interesses da coletividade, a atuação da Anvisa tem sido questionada judicialmente pela indústria do fumo. O apoio da sociedade e dos três Poderes é fundamental

para que a regulação de produtos do tabaco no Brasil não seja comprometida²³⁻²⁵.

Um terceiro fator refere-se ao importante papel da sociedade civil a partir de 2003. A participação de organizações não governamentais, com destaque para as sociedades médicas e a ACT, foi imprescindível para a ratificação da CQCT pelo Brasil e tem sido fundamental para a implementação da PNCT ao desempenhar ações envolvendo pesquisas, capacitações, campanhas e *advocacy*^{6,26}.

Por fim, ressalta-se a rejeição social ao tabaco, consolidada a partir dos anos 2000. A consciência social sobre a inconveniência do acesso ilimitado e consumo do tabaco, aliada às regulações jurídicas, tem contribuído para reforçar o tabagismo como uma prática antissocial²⁷.

Tais fatores foram determinantes para a superação das dificuldades enfrentadas pela PNCT. O processo de ratificação da CQCT pelo Brasil configurou-se como um desafio na trajetória do controle do tabaco do país, em um processo marcado pela polarização entre interesses econômicos e sanitários²⁸. Apesar de ter sido o segundo signatário do tratado, o Brasil foi o 100º país a ratificar o mesmo²⁹, diante das pressões da indústria, que influenciaram posições de atores no Legislativo e em órgãos executivos ligados à área econômica. Uma vez ratificada, a CQCT passou a ser uma âncora importante para a continuidade e expansão da política brasileira.

Malta et al.³⁰, a partir de um balanço da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) de 2006 a 2014, ressaltaram as conquistas envolvendo o controle do tabaco no âmbito da gestão, financiamento, regulação, articulação intersetorial, promoção de saúde no território, mobilização social e comunicação. A redefinição da PNPS em 2014 manteve o tema como uma de suas prioridades³¹.

Além disso, vale destacar a evolução das estratégias destinadas ao controle do tabaco previstas no “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil (2011-2022). Entre 2011 e 2015, ressaltam-se os avanços na regulação dos produtos derivados do tabaco; nas legislações referentes à promoção de ambientes livres de fumo, às advertências nos maços e aos preços e impostos de cigarros; na oferta do tratamento do tabagismo no SUS; e nas campanhas¹¹.

Apesar dos avanços do controle do tabaco no Brasil nos últimos 30 anos, o tabagismo continua sendo um grave problema de saúde pública no país, apresentando números impactantes relacionados à morbidade, mortalidade e custos gerados para o SUS³². Nesse contexto, alguns desafios da PNCT merecem ser destacados.

A necessidade de diversificação em áreas plantadas de fumo é sustentada por pesquisas que evidenciam o endividamento gerado pelo sistema integrado de produção do tabaco^{33,34}, os

danos à saúde do agricultor e os impactos ambientais da fumicultura³⁵⁻³⁸. Além disso, a queda internacional da demanda por tabaco tem reduzido o faturamento da fumicultura e o número de famílias envolvidas com a atividade³⁹⁻⁴¹.

No entanto, vários elementos dificultam a diversificação: as pequenas propriedades; o ciclo ininterrupto do cultivo do fumo; o baixo interesse político associado à relevância da fumicultura na economia local; as dificuldades na comercialização dos novos cultivos; o risco de diminuição na obtenção de lucro; e a carência de estudos que apontem a viabilidade econômica de culturas alternativas^{42,43}. Nesse sentido, torna-se fundamental o fortalecimento da articulação dos atores envolvidos com esse tema, como o MDA, MAPA e estados e municípios produtores, para que o Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco possa garantir a transição para outros cultivos sem prejuízos para o agricultor.

Significativos esforços também são necessários para avanços no combate ao comércio ilícito de cigarros. Estudos recomendam maior rigor no cumprimento das leis e o fortalecimento da articulação entre Brasil e Paraguai para a adoção de medidas que reduzam o contrabando de cigarros^{44,45}. O aumento dos preços e impostos de cigarros não deve ser contido, haja vista a sua relação questionável com o aumento do comércio ilícito⁴⁶ e a sua eficiência para redução da prevalência de fumantes e geração de receitas⁴⁷. Além disso, o montante arrecadado com os impostos a partir da venda de produtos derivados do tabaco está muito aquém dos gastos sanitários relacionados ao tabagismo. No Brasil, o percentual do gasto recuperado mediante impostos corresponde a apenas 26%⁴⁸.

Além da importância da implementação integral das medidas previstas no artigo 15 da CQCT (Comércio ilícito de produtos de tabaco) e da equiparação dos preços e impostos de cigarros no Brasil e seus países vizinhos, a ratificação do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco pelo país é necessária para a sustentação legal e política do combate ao comércio ilícito⁴⁴.

Por fim, a proteção da PNCT da interferência da indústria do fumo é um desafio. Entre as táticas a serem combatidas, destacam-se as doações e patrocínio da indústria⁴⁹ e a expansão de novos produtos, como o cigarro eletrônico e o narguilé⁵⁰. O envolvimento das três esferas de governo é fundamental para conter a influência de grupos de interesses contrários à saúde pública⁵¹.

Conclusões

O sucesso da política brasileira de controle do tabaco entre 1986 e 2016 é evidenciado pela expressiva redução da prevalência de fumantes no país nesse período. A consolidação da

rejeição social ao tabagismo, a estruturação governamental da política, a importante participação da sociedade civil e o prestígio do Brasil no cenário internacional foram fundamentais para a institucionalidade do controle do tabaco no país e favoreceram a sua continuidade e expansão. Destaque-se a relevância da interação entre elementos relacionados ao conteúdo da política, ao processo político e ao contexto nacional e internacional.

O Brasil foi pioneiro na adoção de uma série de iniciativas e contribuiu para as negociações da CQCT. A partir da assinatura do tratado internacional, conflitos relacionados aos interesses econômicos ficaram mais evidentes, retardaram sua ratificação e impuseram dificuldades à implementação de medidas de controle do tabaco no país, principalmente as que afetam a cadeia produtiva do fumo. Porém, a CQCT representou um novo patamar para a luta dos atores comprometidos com o controle do tabagismo, passando a dar sustentação e a orientar a política nacional, caracterizada pela progressiva expansão e diversificação de estratégias.

Além da permanência da PNCT na agenda governamental, da expansão da base de apoio à política e do financiamento adequado para as ações, destacam-se desafios relacionados à diversificação em áreas plantadas de fumo, ao combate ao comércio ilícito de cigarros e à interferência da indústria do fumo na política. Recomendam-se estudos que analisem a complexidade de cada desafio, a fim de gerar evidências que possam colaborar para o seu enfrentamento com vistas à consolidação e sustentabilidade da política em médio e longo prazos.

Consideram-se limitações do estudo: a impossibilidade de aprofundamento de todos os aspectos relacionados à política brasileira de controle do tabaco devido à complexidade do tema e ao recorte adotado; a dificuldade de acesso a atores da indústria do fumo e de organizações de fumicultores; e a limitada participação dos pesquisadores nas arenas da política.

Referências

1. Samet JM. Tobacco smoking: the leading cause of preventable disease worldwide. *Thorac Surg Clin.* maio de 2013;23(2):103–12.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para controle do Tabaco (CONICQ). Política Nacional de controle do tabaco: relatório de gestão e progresso 2011-2012. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 132p.:
3. Teixeira, LA, Jaques, TA. Legislação e Controle do Tabaco no Brasil entre o Final do Século XX e Início do XXI. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2011;57(3):295–304.
4. Araújo AJ. Seção I – Tabagismo como Epidemia. In: Araújo AJ (org.), SBPT. Manual de condutas e práticas em tabagismo. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Rio

de Janeiro: Gen Editorial. 2012. p. 03-12.

5. Romero LC, Costa e Silva VL. 23 anos de controle do tabaco no Brasil: a Atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. *Rev Bras Cancerol.* 2011; 57(3):305-314.
6. da Costa e Silva VL, Pantani D, Andreis M, Sparks R, Pinsky I. Bridging the gap between science and public health: taking advantage of tobacco control experience in Brazil to inform policies to counter risk factors for non-communicable diseases. *Addict Abingdon Engl.* agosto de 2013;108(8):1360–6.
7. Freeman R, and M. Moran (2000), “Reforming Health Care in Europe”, in Ferrera and Rhodes, 2000, pp. 34-57.
8. Ham C, Hill MJ. *The policy process in the modern capitalist state.* Harvester Wheatsheaf; 1993. 228 p.
9. Marques EC. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. *Rev Bras Informação Bibliográfica Em Ciênc Sociais.* 1997;43:67–102.
10. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Organ.* julho de 2007;85(7):527–34.
11. Malta DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SSC de A, Silva MMA da. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiol E Serviços Saúde.* junho de 2016;25(2):373–90.
12. Malta DC, Oliveira TP, Luz M, Stopa SR, Junior S, Da JB, et al. Smoking trend indicators in Brazilian capitals, 2006-2013. *Ciênc Amp Saúde Coletiva.* março de 2015;20(3):631–40.
13. Szklo AS, de Almeida LM, Figueiredo VC, Autran M, Malta D, Caixeta R, et al. A snapshot of the striking decrease in cigarette smoking prevalence in Brazil between 1989 and 2008. *Prev Med.* fevereiro de 2012;54(2):162–7.
14. Levy D, de Almeida LM, Szklo A. The Brazil SimSmoke Policy Simulation Model: The Effect of Strong Tobacco Control Policies on Smoking Prevalence and Smoking-Attributable Deaths in a Middle Income Nation. *PLoS Med* [Internet]. novembro de 2012 [citado 9 de janeiro de 2015];9(11). Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3491001/>
15. Szklo AS, de Souza MC, Szklo M, de Almeida LM. Smokers in Brazil: who are they? *Tob Control.* setembro de 2016;25(5):564–70.
16. Machado CV, Baptista TW de F, Lima LD de. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças [Internet]. 2012 [citado 23 de dezembro de 2016]. Available at: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-35540>
17. Costa RCR da. Decentralization, financing and regulation: reform of the public health system in Brazil during the nineties. *Rev Sociol E Política.* junho de 2002;(18):49–71.

18. Wipfli H, Stillman F, Tamplin S, da Costa e Silva VL, Yach D, Samet J. Achieving the Framework Convention on Tobacco Control's potential by investing in national capacity. *Tob Control*. dezembro de 2004;13(4):433–7.
19. Lee K, Chagas LC, Novotny TE. Brazil and the Framework Convention on Tobacco Control: Global Health Diplomacy as Soft Power. *PLoS Med* [Internet]. abril de 2010 [citado 1 de agosto de 2014];7(4). Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2857639/>
20. Saldanha, PMC. *Convenção do Tabaco na OMS: gênese e papel da presidência brasileira nas negociações*. Brasília : FUNAG, 2015.
21. Bialous, S., V.L. da Costa e Silva, J. Drope, R. Lencucha, B. McGrady e A.P. Richter. 2014. *The Political Economy of Tobacco Control in Brazil: Protecting Public Health in a Complex Policy Environment*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ e Atlanta: American Cancer Society.
22. Instituto Nacional de Câncer (Brazil), Pan American Health Organization, organizadores. *Global adult tobacco survey: Brazil report*. Rio de Janeiro, RJ : Brasília, DF, Brazil: INCA ; OPAS; 2010. 205 p.
23. Veiga EM da, Pannunzio MIM, Cunha TR da, Garrafa V. A legitimidade da intervenção estatal na publicidade de produtos sujeitos à vigilância sanitária. *Rev Direito Sanitário*. 1 de outubro de 2011;12(2):91–111.
24. Turci SRB, Figueiredo VC, Silva VL da C e. A regulação de aditivos que conferem sabor e aroma aos produtos derivados do tabaco no Brasil. *Cad IBERO-Am DIREITO SANITÁRIO*. 20 de junho de 2014;3(1):44–67.
25. Silva VA da. Anvisa e o controle do tabagismo. *Rev Direito Adm*. 27 de maio de 2015;268(0):295–332.
26. Silva LCC da, Araújo AJ de, Queiroz ÂMD de, Sales M da PU, Castellano MVC de O, Sbpt C de T da. Smoking control: challenges and achievements. *J Bras Pneumol*. agosto de 2016;42(4):290–8.
27. Gomes PGV da S, Boiteux EAPC. *Convenção-quadro para o controle do tabaco: políticas públicas de implementação [tese de doutorado]*. São Paulo: USP. 2014.
28. Rangel, EC. *Enfrentamento do controle do tabagismo no Brasil: o papel das audiências públicas no Senado Federal na ratificação da Convenção-Quadro para controle do Tabaco (2004 – 2005)*. [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2011.
29. Brazil, Instituto Nacional de Câncer (Brazil). *Convenção-Quadro para o controle do tabaco: texto oficial*. Rio de Janeiro, RJ: INCA; 2011. 58 p.
30. Malta DC, Silva MMA da, Albuquerque GM, Lima CM de, Cavalcante T, Jaime PC, et al. The implementation of the priorities of the National Health Promotion Policy, an assessment, 2006-2014. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. novembro de 2014;19(11):4301–12.
31. Saúde BM da SS de V em SD de V de D e A não T e P da. *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006*

- [Internet]. 2015 [citado 26 de dezembro de 2016]. Available at: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf
32. Pinto MT, Pichon-Riviere A, Bardach A, Pinto MT, Pichon-Riviere A, Bardach A. The burden of smoking-related diseases in Brazil: mortality, morbidity and costs. *Cad Saúde Pública*. junho de 2015;31(6):1283–97.
33. Bonato AA. Desafios e potencialidades para a diversificação na agricultura familiar produtora de tabaco. 2013 [citado 20 de janeiro de 2017]; Available at: http://www.mda.gov.br/sitemda/sites/sitemda/files/user_arquivos_64/pageflip-2583697-4429081-lt_Desafios_e_Potenciali-1710093.pdf
34. Riquinho DL, Hennington ÉA. [Integrated tobacco production: health, labor, and working conditions of tobacco farmers in Southern Brazil]. *Cad Saude Publica*. 22 de dezembro de 2016;32(12):e00072415.
35. Novotny TE, Bialous SA, Burt L, Curtis C, Luiza da Costa V, Iqtidar SU, et al. The environmental and health impacts of tobacco agriculture, cigarette manufacture and consumption. *Bull World Health Organ*. 1 de dezembro de 2015;93(12):877–80.
36. Riquinho DL, Hennington EA. Health, environment and working conditions in tobacco cultivation: a review of the literature. *Ciênc e Saúde Coletiva*. junho de 2012;17(6):1587–600.
37. Campos É, Dos Santos Pinto da Silva V, Sarpa Campos de Mello M, Barros Otero U. Exposure to pesticides and mental disorders in a rural population of Southern Brazil. *Neurotoxicology*. setembro de 2016;56:7–16.
38. Cargnin MC dos S, Teixeira C de C, Mantovani VM, Lucena A de F, Echer IC. CULTURA DO TABACO VERSUS SAÚDE DOS FUMICULTORES. *Texto Amp Contexto - Enferm* [Internet]. 2016 [citado 27 de dezembro de 2016];25(2). Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072016000200314&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
39. Políticas antifumo impactam cultura do tabaco no Brasil [Internet]. Agência Brasil. [citado 27 de dezembro de 2016]. Available at: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-07/politicas-antifumo-impactam-cultura-do-tabaco-no-brasil>
40. Adamantis E. Afubra - Associação dos Fumicultores do Brasil [Internet]. Afubra - Associação dos Fumicultores do Brasil. [citado 27 de dezembro de 2016]. Available at: <http://www.afubra.com.br/fumicultura-brasil.html>
41. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Secretaria- Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção- Quadro para Controle do Tabaco. A importância e a urgência da diversificação de produção em áreas que produzem tabaco no Brasil. (Notas técnicas para o controle do tabagismo). Rio de Janeiro: INCA, 2014. 36 p.
42. Vargas MA, Oliveira BF de. Estratégias de diversificação em áreas de cultivo de tabaco no Vale do Rio Pardo: uma análise comparativa. *Rev Econ E Sociol Rural*. março de 2012;50(1):157–74.

43. Riquinho DL, Hennington ÉA. Diversificação agrícola em localidade rural do Sul do Brasil: reflexões e alternativas de cumprimento da Convenção-Quadro para o controle do tabaco. *Physis Rev Saúde Coletiva*. março de 2014;24(1):183–207.
44. Iglesias RM, Szklo AS, Souza MC de, Almeida LM de. Estimating the size of illicit tobacco consumption in Brazil: findings from the global adult tobacco survey. *Tob Control*. 21 de janeiro de 2016;tobaccocontrol-2015-052465.
45. Iglesias RM. Increasing excise taxes in the presence of an illegal cigarette market: the 2011 Brazil tobacco tax reform. *Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Health*. outubro de 2016;40(4):243–9.
46. Tsui TC. Does smuggling negate the impact of a tobacco tax increase? *Tob Control*. 17 de junho de 2015;tobaccocontrol-2015-052310.
47. Guindon GE, Paraje GR, Chaloupka FJ. The impact of prices and taxes on the use of tobacco products in Latin America and the Caribbean. *Am J Public Health*. março de 2015;105(3):e9-19.
48. Pichon-Riviere A, Bardach A, Augustovski F, Alcaraz A, Reynales-Shigematsu LM, Pinto MT, et al. Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina: un estudio en siete países y su extrapolación a nivel regional. US11 [Internet]. outubro de 2016 [citado 28 de dezembro de 2016]; Available at: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31302>
49. Szklo AS, Iglesias RM, de Souza MC, Szklo M, Cavalcante TM, de Almeida LM. Understanding the relationship between sales of legal cigarettes and deaths: A case-study in Brazil. *Prev Med*. janeiro de 2017;94:55–9.
50. Aguinaga Bialous S, Peeters S. A brief overview of the tobacco industry in the last 20 years. *Tob Control*. março de 2012;21(2):92–4.
51. Bialous SA, Presman S, Gigliotti A, Muggli M, Hurt R. A resposta da indústria do tabaco à criação de espaços livres de fumo no Brasil. 2010 [citado 28 de dezembro de 2016]; Available at: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9696>

4.3 Artigo 3- Coordenação governamental da Política de Controle do Tabaco no Brasil²¹

Leonardo Henriques Portes, Cristiani Vieira Machado e Silvana Rubano Barretto Turci.

Resumo

Objetivo: analisar a atuação da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CONICQ) no Brasil como instância de coordenação governamental da Política. **Métodos:** O estudo abrangeu o período de 2003 a 2015 e baseou-se no referencial de análise de políticas públicas, considerando dois eixos: estrutura e processo político; agenda e capacidade de atuação da CONICQ. As estratégias metodológicas foram: análise de documentos relativos ao controle do tabaco; análise de atas de reuniões da CONICQ; observação direta de eventos organizados pela CONICQ; e entrevistas com atores-chave. **Resultados:** Com uma estrutura interministerial, a CONICQ apresentou uma expansão gradual dos membros. O Ministério da Saúde foi o órgão mais assíduo nas reuniões, com protagonismo do Instituto Nacional do Câncer. Observaram-se mudanças frequentes dos representantes de alguns órgãos. Reuniões, audiências, seminários e grupos e oficinas de trabalho constituíram-se como espaços de articulação, ocorrendo a participação de atores externos nacionais e internacionais. Registraram-se tensões entre representantes de órgãos que têm maior interação com a cadeia produtiva do fumo e órgãos da área social. O tema debatido com maior frequência foi a produção do fumo e a diversificação de culturas. Apesar da Comissão ter conquistado legitimidade institucional, a sua capacidade de atuação esteve limitada por momentos de menor envolvimento do ministro da saúde, resistências internas, pressões da indústria e de organizações ligadas aos fumicultores e pela dificuldade da internalização das deliberações nos ministérios. **Conclusões:** A CONICQ é uma instância estratégica de coordenação governamental da política de controle do tabaco no Brasil. Destaque-se a complexidade da interação entre órgãos influenciados por diferentes interesses, opções políticas e engajamento com o controle do tabaco, expressas em conflitos entre visões econômicas e sanitárias. Assim, em que pese sua legitimidade e relevância, a CONICQ tem sua atuação limitada por fatores internos e externos.

Palavras-chave: Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco; Programa Nacional de Controle do Tabagismo; Hábito de Fumar; Tabaco; Gestão em Saúde; Políticas Públicas de Saúde.

²¹ Artigo submetido à 'Revista de Saúde Pública', em 02 de dezembro de 2016.

Introdução

O tabagismo é a principal causa de mortalidade prematura no mundo, sendo responsável por seis milhões de mortes anualmente^{9,12,17}. O poder das evidências científicas, o protagonismo de diversas lideranças e a imposição de limites às empresas transnacionais do tabaco têm sido fundamentais para a redução do tabagismo^{6,15}.

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco - CQCT*, em vigor internacional desde 2005, representa a primeira negociação de uma legislação envolvendo a Organização Mundial da Saúde - OMS¹⁴. O seu sucesso depende da capacidade dos países garantirem a implementação de políticas eficazes relacionadas ao controle do tabaco¹⁶.

Considerado uma referência internacional no controle do tabaco, inclusive sendo uma das lideranças nas negociações da CQCT¹⁰, o Brasil apresenta um modelo de gestão interministerial responsável pela coordenação da Política Nacional de Controle do Tabaco - PNCT. Criada em 2003, a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco - CONICQ busca o cumprimento das obrigações previstas na CQCT†. Juntamente com outros atores, como pesquisadores, decisores políticos e sociedade civil, a CONICQ tem sido fundamental para o avanço do controle do tabaco no país³.

Este artigo busca analisar a atuação da CONICQ como instância de coordenação governamental da PNCT.

Métodos

O estudo baseou-se no referencial de análise de políticas públicas⁷. Foram definidos dois eixos de análise: o primeiro, *Estrutura e Processo Político*, consistiu na descrição da formação, composição e estrutura da CONICQ e na análise da participação, posições e relações entre os membros da comissão e destes com atores externos. O segundo eixo, *Agenda e Capacidade de Atuação*, concerne ao conteúdo dos debates na Comissão e à sua habilidade em implementar suas proposições.

Como estratégias metodológicas, inicialmente procedeu-se à análise documental de leis, normas e publicações envolvendo o controle do tabaco disponibilizadas na Internet. Também analisaram-se as atas de 36 reuniões da CONICQ realizadas entre 2003 e 2014, solicitadas através do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão do Governo Federal‡.

* World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.

† Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto de 1º de agosto de 2003. 2003.

‡ <http://esic.cgu.gov.br/sistema/site/index.html>

Em 2015, destaque-se a observação direta da 1ª Reunião Aberta da CONICQ e da Oficina/Cerimônia dos 10 anos da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco no Brasil, ambas ocorridas em Brasília.

Por fim, entre junho e novembro de 2015, realizaram-se 20 entrevistas semiestruturadas com atores da PNCT: 14 dirigentes e técnicos federais cujos órgãos compõem a CONICQ (DTF 1 -14); três representantes de organizações da sociedade civil apoiadoras da PNCT (OSC 1-3); dois deputados federais (Leg. 1-2) e um representante do Secretariado da CQCT (Sec. CQCT). Analisaram-se ainda as respostas por e-mail de um representante de uma organização da sociedade civil vinculada à indústria do tabaco (OSCI). Para apoiar a análise, utilizou-se o gerenciador OpenLogos*.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem.

Resultados

Estrutura e Processo Político

A CONICQ foi antecedida pela Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco - CNCT, que desde 1999 preparava a participação brasileira nas negociações internacionais visando à elaboração da CQCT. A CNCT era integrada pelo Ministério da Saúde - MS (tendo o ministro como presidente e o Instituto Nacional de Câncer - INCA como secretaria executiva - SE/CONICQ) e por mais oito ministérios†.

Em 2003, com a criação da CQCT, a CNCT foi substituída pela CONICQ, sendo mantidos os órgãos que a integravam e incorporados outros (**Figura 1**). Segundo os entrevistados, a diversidade de aspectos envolvidos no controle do tabaco exigiu uma estrutura interministerial, gradualmente reformulada a partir da identificação de atores que poderiam contribuir para a implementação da CQCT no país.

* <http://openlogos.sourceforge.net/>

† Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 3.136, DE 13 de Agosto de 1999. 1999.

Membros da CNCT e CONICQ	
Decreto 3.136, de 13 de Agosto de 1999 ¹ - Criação da Comissão Nacional para apoio às negociações da CQCT.	Presidência: Ministro da Saúde
	Secretaria Executiva: INCA
Portaria 1.083, de 12 de maio de 2011- Aprovação do Regimento Interno da CONICQ.	Vice-Presidência ² : Diretor do INCA
Decreto 3.136, de 13 de Agosto de 1999 - Criação da Comissão Nacional para apoio às negociações da CQCT.	I. Ministério da Saúde
	II. Ministério das Relações Exteriores
	III. Ministério da Fazenda
	IV. Ministério da Agricultura e do Abastecimento
	V. Ministério da Justiça
	VI. Ministério da Educação
	VII. Ministério do Trabalho e Emprego
	VIII. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior
Decreto 4.001, de 6 de novembro de 2001.	IX. Ministério do Desenvolvimento Agrário
Decreto de 1º de agosto de 2003- Criação da CONICQ.	X. Ministério das Comunicações
	XI. Ministério do Meio Ambiente
Decreto de 14 de julho de 2010.	XII. Ministério da Ciência e Tecnologia
	XIII. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
	XIV. Casa Civil da Presidência da República
	XV. Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República
	XVI. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça
Decreto de 16 de março de 2012.	XVII. Advocacia Geral da União
	XVIII. Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Figura 1: Composição da CNCT e da CONICQ.

Nota: ¹ A Comissão Nacional para apoio às negociações da CQCT, criada pelo Decreto 3.136, de 13 de agosto de 1999, foi mencionada por ter sido substituída pela CONICQ com a manutenção de sua estrutura e membros.

² A Vice-Presidência da CONICQ foi mencionada oficialmente pela Portaria 1.083, de 12 de maio de 2011, não havendo referência a este cargo em publicações anteriores.

Fonte: Elaboração própria, a partir de documentos normativos e legislativos que indicam a composição e incorporação dos membros das comissões.

As competências da CONICQ inicialmente figuravam no Decreto de sua criação*. A partir de 2007, as atas das reuniões da CONICQ expressam preocupações sobre as atribuições dos membros e a dinâmica de funcionamento da Comissão, levando à formulação do Regimento Interno em 2011†.

A partir das atas, identificaram-se iniciativas da SE/CONICQ de articular seminários, grupos e oficinas de trabalho para viabilizar o cumprimento da CQCT. A elaboração de planos de trabalho anuais e a adoção de instrumentos para o acompanhamento da implementação das ações, como o Relatório de Gestão e Progresso, foram estratégias para a organização das atividades e definição da agenda.

Destacou-se a adoção de estratégias de comunicação interna e de divulgação das ações para a sociedade. A partir de 2010, formou-se um Grupo de Trabalho - GT envolvendo as assessorias de comunicação dos ministérios para fortalecer esse processo. Em 2011, foi criado o Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco‡, sendo acordado que os membros contribuiriam com seu conteúdo.

Algumas estratégias visando incentivar a participação dos membros merecem destaque. Segundo as atas, em 2006 propôs-se um regime de rodízio das sedes das reuniões. No entanto, das 36 reuniões da CONICQ, apenas seis reuniões não ocorreram nas dependências do MS em Brasília (na capital ocorreram duas reuniões no Ministério das Relações Exteriores-MRE, uma no Ministério do Desenvolvimento Agrário-MDA e uma na Fundação Oswaldo Cruz; no Rio de Janeiro, ocorreram duas reuniões no INCA). Além do rodízio, no mesmo ano a SE/CONICQ também sugeriu a criação de comissões intraministeriais para o fortalecimento da implementação da CQCT, sendo compartilhada a experiência da Comissão Intraministerial no Ministério da Saúde. No entanto, segundo relatos de entrevistados e registros nas atas, constatou-se o enfraquecimento desta proposta.

O envolvimento dos órgãos com a Comissão pode ser evidenciado pela participação dos membros nas reuniões. É possível constatar a participação de diversas instâncias do MS, com destaque para a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde - AISA, Agência de Vigilância Sanitária - Anvisa, INCA e Secretaria de Vigilância à Saúde - SVS. Além do MS, o MRE e MDA foram os órgãos mais assíduos (**Figura 2**). Houve esforços para a busca dos membros que se afastaram da Comissão.

* Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto de 1º de agosto de 2003. 2003.

† Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.083, de 12 de maio de 2011. Aprova o Regimento Interno da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ). Diário Oficial da União. Brasília. 2011.

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

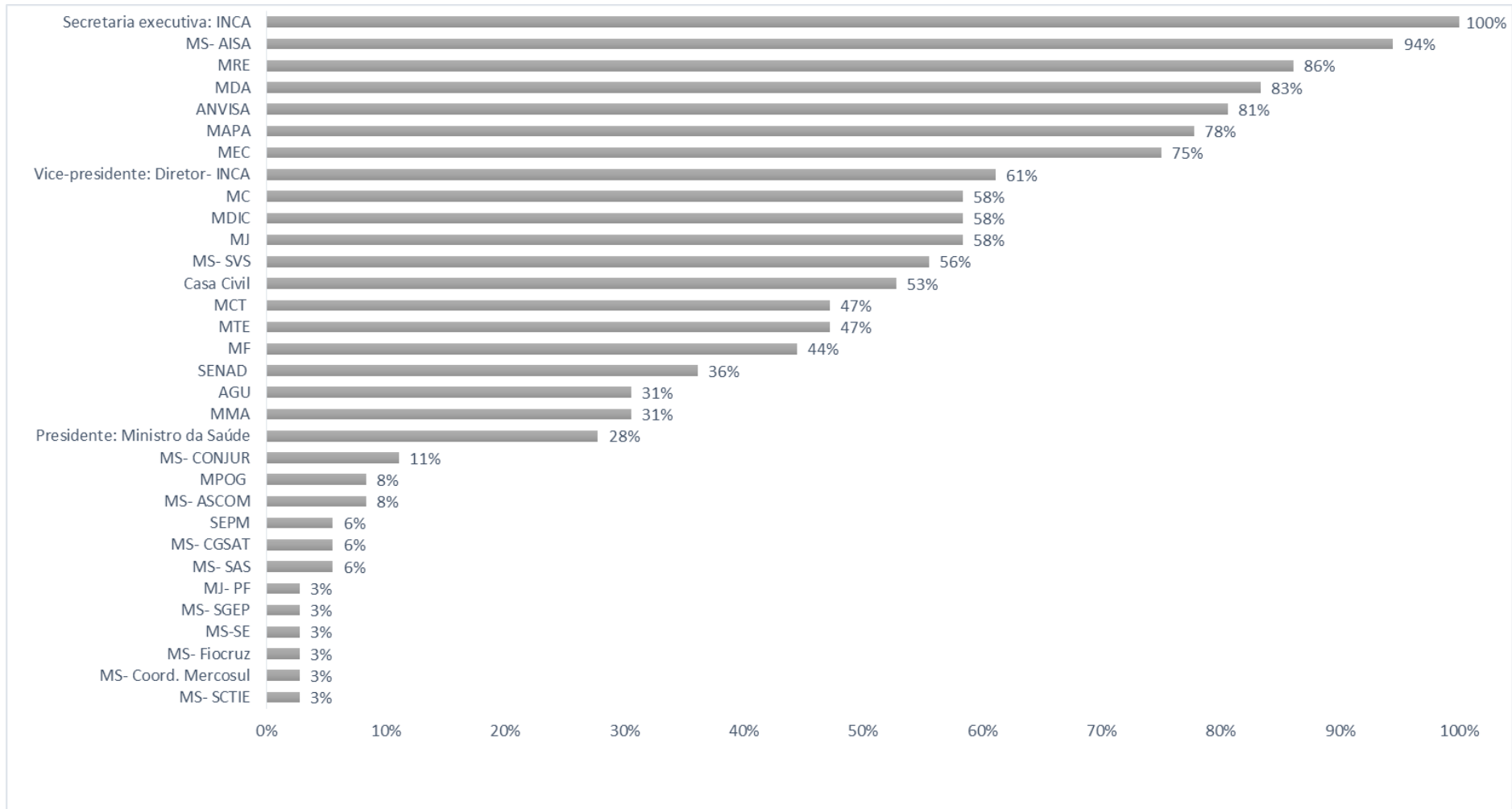


Figura 2- Percentual de reuniões segundo a presença de representantes dos órgãos da CONICQ.

Legenda: AGU: Advocacia-Geral da União; ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; MAPA: Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; MCT: Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação; MC: Ministério das Comunicações; MEC: Ministério da Educação; MDA: Ministério do Desenvolvimento Agrário; MDIC: Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; MF: Ministério da Fazenda; MJ: Ministério da Justiça (PF: Polícia Federal); MMA: Ministério do Meio Ambiente; MPOG: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; MRE: Ministério das Relações Exteriores; MS: Ministério da Saúde (AISA: Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde; ASCOM: Assessoria de Comunicação Social; CGSAT: Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador; SGEP: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Coord. Mercosul: Coordenação Nacional da Saúde no MERCOSUL; CONJUR: Consultoria Jurídica; INCA: Instituto Nacional de Câncer; SAS: Secretaria de Atenção à Saúde; SCTIE: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; SE: Secretaria Executiva; SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde); MTE: Ministério do Trabalho e Emprego; SEPM: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; SENAD: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Nota: O Ministério da Saúde apresentou vários órgãos que o representou nas reuniões. Não foi possível constatar quais órgãos apresentavam assento permanente na CONICQ ou foram convidados pontualmente para as reuniões.

Fonte: Elaboração própria.

Apesar da recomendação para evitar a rotatividade dos representantes, as atas evidenciaram mudanças frequentes (**Tabela 1**). A alteração de representantes, relacionada em parte às mudanças de gestão nos ministérios, foi destacada por uma representante da SE/CONICQ:

“Esse é um lado difícil para administrar, por isso o papel da secretaria é crucial, a gente vai fazer reuniões bilaterais para subsidiar essas pessoas. Então a gente tem essa atuação de sentar, dependendo do estágio onde está aquela pessoa e a ação que ela coordena...” (DTF 12).

	Frequência da presença nas reuniões	Frequência da mudança de representantes
Secretaria executiva: INCA	36	0
MS- AISA	34	10
MRE	31	9
MDA	30	8
ANVISA	29	12
MAPA	28	8
MEC	27	7
Vice-presidente: Diretor- INCA	22	3
MJ	21	3
MDIC	21	5
MC	21	5
MS- SVS	20	5
Casa Civil	19	1
MTE	17	5
MCT	17	7
MF	16	0
SENAD	13	3
MMA	11	2
AGU	11	4
Presidente- Ministro da Saúde	10	3
MS- CONJUR	5	1
MS- ASCOM	3	2
MPOG	3	1
MS- SAS	2	0
MS- CGSAT	2	0
SEPM	2	0
MS- SCTIE	1	0
MS- Coord. Mercosul	1	0
MS- Fiocruz	1	0
MS- SE	1	0
MS- SGEP	1	0
MJ- PF	1	0

Tabela 1- Presença nas reuniões e mudança de representantes da CONICQ.

Legenda: AGU: Advocacia-Geral da União; ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; MAPA: Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; MCT: Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação; MC: Ministério das Comunicações; MEC: Ministério da Educação; MDA: Ministério do Desenvolvimento Agrário; MDIC: Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; MF: Ministério da Fazenda; MJ: Ministério da Justiça (PF: Polícia Federal); MMA: Ministério do Meio Ambiente; MPOG: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; MRE: Ministério das Relações Exteriores; MS: Ministério da Saúde (AISA: Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde; ASCOM: Assessoria de Comunicação Social; CGSAT: Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador; SGEP: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Coord. Mercosul: Coordenação Nacional da Saúde no MERCOSUL; CONJUR: Consultoria Jurídica; INCA: Instituto Nacional de Câncer; SAS: Secretaria de Atenção à Saúde; SCTIE: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; SE: Secretaria Executiva; SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde); MTE: Ministério do Trabalho e Emprego; SEPM: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; SENAD: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Nota: A frequência da mudança de representantes considerou a alteração do representante na reunião subsequente em que o órgão representado esteve presente, seja alternando a presença entre representantes titulares e suplentes, seja através da alteração de representantes indicados pelos respectivos órgãos; O Ministério da Saúde apresentou vários órgãos que o representou nas reuniões. Não foi possível constatar quais órgãos apresentavam assento permanente na CONICQ ou foram convidados pontualmente para as reuniões.

Fonte: Elaboração própria.

As atas das reuniões também evidenciaram debates em torno da inclusão de novos atores na Comissão. Além da discussão que envolveu os sete órgãos incorporados a partir de 2010 (**Figura 1**), a incorporação de outros atores (Ministério do Desenvolvimento Social; Ministério dos Esportes; Secretaria de Relações Institucionais; e sociedade civil) foi pautada nas reuniões. A solicitação de organizações não governamentais para incorporação à CONICQ, incluindo organizações de *advocacy* em saúde e entidades ligadas aos fumicultores e à indústria do tabaco, gerou dilemas:

“... foi criado um GT para discutir a participação da sociedade civil, porque a gente quer ela atuando, mas a gente quer fazer de uma forma que não abra um flanco para a indústria se infiltrar. Então é uma coisa difícil...” (DTF 12).

As atas e entrevistas evidenciaram mecanismos de articulação com atores externos: audiências durante as reuniões da Comissão, audiências públicas, seminários, reuniões abertas, e oficinas e grupos de trabalho. A observação direta da 1ª Reunião Aberta da CONICQ e da Oficina/Cerimônia comemorativa dos 10 anos da CQCT permitiu a visualização dessa interação. O primeiro espaço foi marcado pelo debate entre representantes do MS e MDA e de organizações da sociedade civil defensoras dessas áreas com representantes de associações e sindicatos da indústria do fumo. Já o evento comemorativo da CQCT demonstrou-se um espaço de diálogo e construção de avaliação conjunta da PNCT pela sociedade civil, academia e esferas subnacionais, contando com a participação do ministro da saúde. Vale ressaltar o protagonismo da SE/CONICQ e a participação ativa do MS nesses espaços.

As arenas do Legislativo foram amplamente utilizadas para o diálogo entre os atores envolvidos com o tema. A realização de eventos na Câmara dos Deputados e no Senado e o acompanhamento das discussões das comissões destas Casas apresentou-se como uma estratégia utilizada pela CONICQ visando obter avanços em relação às demandas legislativas, como o processo de ratificação da CQCT (2003 - 2005). Cabe destacar a articulação da Comissão com o Judiciário no sentido de reforçar as evidências científicas que corroboram as medidas adotadas pela CQCT, uma vez que a indústria do fumo passou a questionar judicialmente algumas ações, como a proibição de aditivos.

As relações com organizações internacionais e outros países também foram frequentemente abordadas nas reuniões. Além da articulação com os países do Mercosul, destaque-se a participação da CONICQ em encontros preparatórios das Conferências das Partes (COP) e em grupos de trabalho internacionais para a formulação de diretrizes de temas específicos da CQCT. O Brasil participou de todos os grupos de trabalho definidos nas COP, exceto ao referente ao artigo 12 da CQCT (Educação, comunicação, treinamento e

conscientização do público) (Figura 3).

Grupos de Trabalho ⁺	COP 1: Genebra- Suíça, 2006	COP 2: Bangkok- Tailândia, 2007	COP 3: Durban- África do Sul, 2008	COP 4: Punta del Este, Uruguai, 2010
Artigo 5.3: Proteção das políticas de saúde dos interesses da indústria		**		
Artigo 6: Preços e impostos para reduzir a demanda de tabaco				*
Artigo 8: Proteção contra a exposição da fumaça do tabaco	*			
Artigos 9 e 10: Regulação de produtos	*			
Artigo 11: Embalagem e etiquetagem de produtos de tabaco	**			
Artigo 12: Educação, comunicação, treinamento e conscientização do público				
Artigo 13: Publicidade, promoção e patrocínio do tabaco		*		
Artigo 14: Medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco			*	
Artigos 17 e 18: Alternativas economicamente sustentáveis ao cultivo do tabaco.			**	

Figura 3- Participação do Brasil nos Grupos de Trabalho da CQCT.

Nota: ⁺Grupos de trabalho (GT) formados pelos Estados Partes definidos nas sessões das Conferências das Partes. Os temas dos GT são organizados segundo os artigos da CQCT.

*Participação como membro do GT.

** Participação como facilitador do GT.

Fonte: <http://www.who.int/fctc/cop/sessions/en/>; Elaboração própria.

As preparações para as COP foram objeto de amplo debate. As atas evidenciaram tensões devido às solicitações de organizações da sociedade civil para a divulgação prévia do

posicionamento da delegação brasileira e para a sua incorporação à mesma. Foram marcantes as dificuldades de consenso entre os membros da Comissão sobre os temas abordados nas sessões.

Conflitos de interesse referentes à indústria do tabaco e outros de ordem econômica também foram abordados. Destaque-se a tensão gerada durante a COP4 (2010), durante a qual um representante do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior - MDIC teria mantido contatos com uma empresa de tabaco, comprometendo a lisura da participação da delegação brasileira.

Outro exemplo foi o embate gerado em torno do documento preparatório para a COP5 (2012) formulado pelo GT internacional sobre alternativas sustentáveis à fumicultura. A proposição da redução da área plantada do fumo gerou contrariedade entre os membros da CONICQ, expressa principalmente pelo representante do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento - MAPA. As organizações da sociedade civil ligadas aos fumicultores e à indústria do tabaco também se manifestaram contrariamente ao documento. Diante do impasse, destacaram-se os esforços da SE/CONICQ e MRE para esclarecer que a CONICQ não estava de acordo com a proposta. O fato do Brasil participar do GT como facilitador gerou desconforto face à previsão de reações negativas dos demais países ao seu posicionamento.

A blindagem da CONICQ da influência da indústria foi constantemente debatida. A solicitação para a assinatura de uma declaração de conflito de interesses pelos membros foi apresentada logo nas primeiras reuniões, gerando embates relativos às implicações desse documento. Além desta medida ter sido incorporada ao Regimento Interno, também foram formuladas diretrizes* que orientaram as práticas dos membros visando garantir a imparcialidade nos trabalhos desenvolvidos:

“... alguns setores da própria CONICQ precisam ter interfaces com a indústria. E a gente precisava definir como isso deveria acontecer. Colocar os limites, até onde podemos ir e até onde não devemos ir, enquanto oficiais que lidam com a Política de Controle do Tabaco, para evitar conflitos de interesse” (DTF 12).

As atas e entrevistas evidenciaram tensões relacionadas à Câmara Setorial da Cadeia Produtiva do Fumo do MAPA. Criada em 2003 e considerada por alguns entrevistados como uma articulação da indústria do fumo em resposta à CONICQ, a Câmara busca o

* Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 713, de 17 de abril de 2012. Torna pública a Resolução nº 1, de 15 de dezembro de 2011, que estabelece as Diretrizes Éticas aplicáveis aos membros da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos (CONICQ), na forma do anexo. Diário Oficial da União. Brasília. 2012.

desenvolvimento do agronegócio. A sua estrutura atual, além de organizações da sociedade civil e representantes da indústria do fumo, também apresenta órgãos comuns à CONICQ (MAPA, MDA, MDIC e MRE). Além dos conflitos existentes devido à essa concomitância de participação de alguns órgãos em ambas as instâncias, nomeações de representantes comuns à Câmara e à CONICQ foram motivações de questionamentos quanto ao cumprimento das observações éticas exigidas pela CQCT.

Os conflitos se acirraram a partir de 2010, quando representantes do MAPA, MDIC e Ministério do Trabalho e Emprego - MTE passaram a questionar frequentemente a aplicação das diretrizes da CQCT. Houve resistência à implementação de medidas relacionadas à regulação dos produtos e à restrição da produção e exportação do fumo sem a prévia garantia de alternativas econômicas para os fumicultores.

Nesse sentido, vale destacar as tensões de posicionamentos entre os membros da CONICQ, sobretudo entre os representantes de órgãos que têm grande interação com a cadeia produtiva do fumo (MAPA, MDIC e MTE) e órgãos relacionados aos setores sociais (MS e MDA):

“A CONICQ tinha ministérios, como o Ministério da Agricultura... mais preocupados com a questão dos interesses econômicos, no possível impacto da Convenção nas exportações do tabaco, na questão do emprego de produção de tabaco”. “...claramente o MRE, o MS e o MDA tinham posição mais progressista... marcadamente buscando avançar e implementar políticas” (DTF 6).

Ficou evidente a resistência do MAPA, MDIC e MTE em empenharem esforços nas proposições da Comissão e até mesmo em apoiarem determinadas medidas na maior parte da trajetória da CONICQ. No entanto, as atas e as entrevistas permitiram inferir que o posicionamento dos órgãos também esteve relacionado à postura de seus representantes. O MAPA e MTE apresentaram maior apoio ou resistência à implementação da CQCT de acordo com as convicções e opções políticas de seus membros.

Nesse embate, é possível identificar um posicionamento mais marcante sobre a necessidade de avanços da implementação da CQCT pelos representantes do MS, tendo destaque a Anvisa, SE/CONICQ e SVS. A defesa baseada em evidências científicas foi a principal estratégia utilizada. Destaca-se a elaboração, pela SE/CONICQ, de notas técnicas envolvendo a revisão científica sobre temas que comumente geraram divergências (ambientes livres de fumo; aditivos; saúde e tabagismo; diversificação de culturas; e padronização de

embalagens)[†].

De forma geral, a participação dos órgãos concentrou-se nos debates sobre os temas de suas pastas, sobressaindo a atuação do Ministério da Fazenda-MF e MDA. O MF demonstrou-se ativo no esforço do cumprimento das recomendações da CQCT relacionadas aos preços e impostos dos produtos derivados do tabaco. O MDA apresentou-se muito atuante na busca pela diversificação de culturas, inclusive auxiliando a SE/CONICQ na organização de atividades e publicações relacionadas ao tema.

Por fim, é possível identificar a importância de alguns órgãos na articulação com atores externos. A AISA/MS e MRE foram interlocutores com atores internacionais, sobretudo nos grupos de trabalho internacionais e nas COP. A Advocacia Geral da União e a Casa Civil, além de auxiliarem nas normatizações e legislações de interesse à CONICQ, foram fundamentais no diálogo com o Judiciário, Legislativo e com atores do Executivo externos à Comissão.

Agenda e Capacidade de Atuação

Os temas abordados nas reuniões da CONICQ (**Figura 4**) estiveram relacionados com a configuração da agenda da PNCT.

[†]http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/conicq/documentos_publicacoes

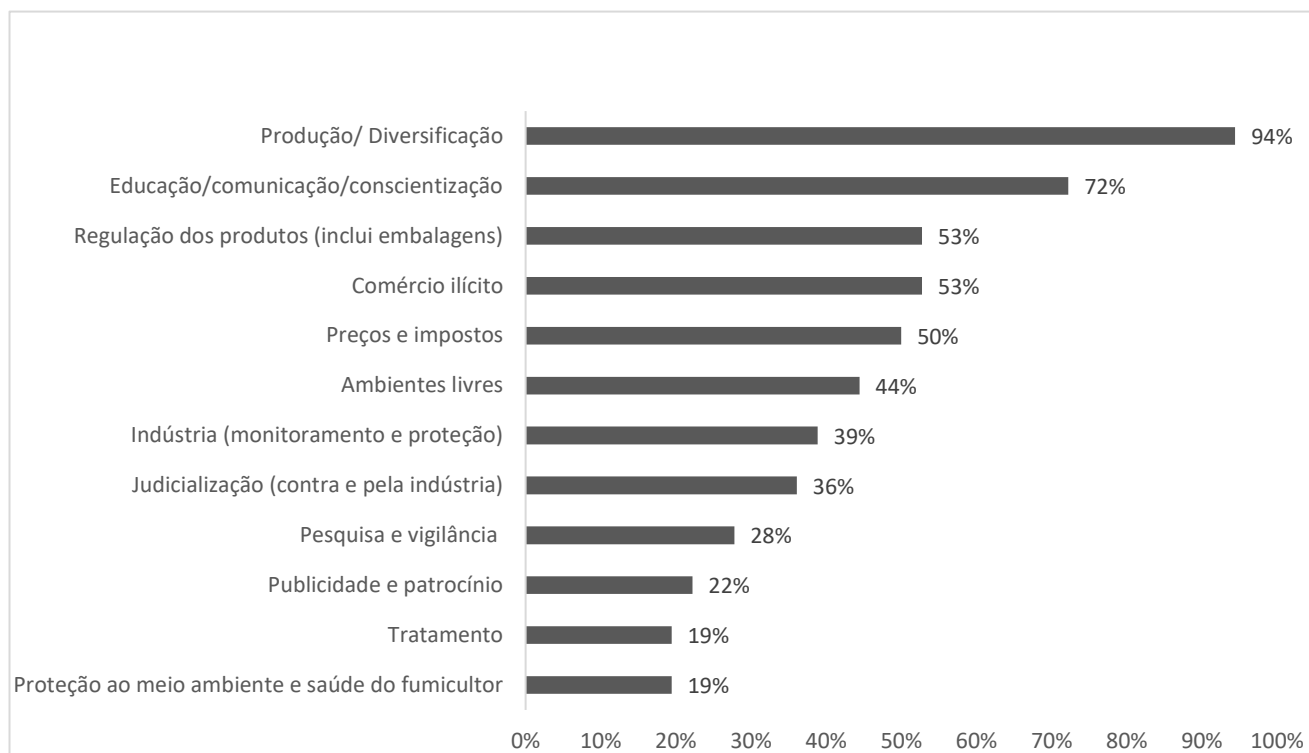


Figura 4- Percentual das reuniões da CONICQ segundo os temas abordados.

Nota: O percentual no eixo x refere-se ao percentual de citação dos temas listados no eixo y em relação às 36 reuniões da CONICQ cujas atas foram analisadas. Foi considerada a citação do tema uma única vez por reunião.

Fonte: Elaboração própria.

O debate sobre a produção do fumo e a diversificação de culturas somente não ocorreu em duas reuniões, demonstrando que o artigo 17 da CQCT (Apoio a atividades alternativas economicamente viáveis) foi um ponto permanente na agenda da CONICQ. Também foi frequente a discussão relativa a ações de conscientização do público sobre os malefícios do tabagismo, majoritariamente relacionadas às campanhas. Temas como a regulação dos produtos, comércio ilícito e preços e impostos estiveram presentes em cerca da metade das reuniões. Já o tratamento da dependência ao tabaco foi abordado em somente 19% das reuniões. Houve influências das discussões internacionais na construção da agenda, merecendo destaque os grupos de trabalho internacionais, as COP e as suas reuniões preparatórias.

Quanto à capacidade de atuação, é possível afirmar que a Comissão conquistou legitimidade como instância fundamental para o avanço do controle do tabaco no país:

“Ela agregou, criou um mecanismo institucional válido, porque em época de crise, em época de fragilidade política por conta de processos políticos, pelo menos você tem um mecanismo estabelecido. Os técnicos podem se agarrar a isso para manter a política” (OSC 3).

“... quem dá sustentabilidade à política de controle de tabaco é a CONICQ. É um mecanismo extremamente complexo você envolver 16 Ministérios, hoje são até mais... para

implementar uma política desse tipo. Isso é um *case* mundial, é um *case* de gestão absolutamente inédito...” (DTF 8).

O envolvimento do ministro da saúde com a Comissão foi fundamental para o avanço da agenda. Destacou-se o engajamento dos ministros Humberto Costa (2003-2005) e José Temporão (2007-2010). Ambos participaram ativamente do processo de ratificação da CQCT, estando o segundo na condição de diretor do INCA. Em contrapartida, alguns entrevistados sugeriram um relativo enfraquecimento da CONICQ durante a gestão de Alexandre Padilha (2011-2014). A perda de força institucional do INCA, com o deslocamento de algumas de suas competências para a direção central do Ministério, teria contribuído para a configuração desse cenário. Nesse período, ressaltam-se avanços na legislação referentes à restrição da propaganda, ao destaque das advertências nas embalagens dos produtos e à restrição do fumo em ambientes coletivos fechados[‡]. Porém, a sua regulamentação[§] ocorreu somente durante a gestão de Arthur Chioro (2014-2015).

O envolvimento dos órgãos com a Comissão e a alta frequência de alguns temas nos debates não foi suficiente para garantir avanços relacionados aos mesmos. Destacaram-se as dificuldades do MDA com o financiamento e recursos humanos para avançar nas ações de diversificação de culturas e da Anvisa em garantir a proibição de aditivos. A dificuldade para assegurar essas ações pode ser explicada em parte pela resistência de membros da CONICQ que mantém maior interação com a cadeia produtiva do fumo e pelas barreiras apresentadas no legislativo e judiciário, influenciadas por pressões da indústria e de organizações ligadas aos fumicultores.

Outra limitação refere-se à dificuldade da internalização das deliberações da CONICQ nos órgãos que a compõem. As atas evidenciaram a preocupação com a comunicação aos ministros das diversas pastas sobre a importância da implementação da CQCT. Ressalta-se o avanço limitado do MEC nas ações educativas permanentes, apesar da sua frequente participação nas reuniões, o que parece se relacionar à priorização de outras temáticas dentro da Comissão e do ministério em questão.

Discussão

O Brasil foi um dos primeiros países a estabelecer um mecanismo de coordenação

[‡] Brasil. Lei n. 12.546, de 14 de dezembro de 2011. Art. 49. Altera os Arts. 2º e 3º da Lei n. 9.294, de 15 de julho de 1996. DOU; 2011.

[§] Brasil. Decreto da Presidência da República nº 8.262, de 31 de maio de 2014. Altera o Decreto nº 2.018 de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294 de 15 de julho de 1996. DOU. 2014.

intersetorial da política de controle de tabaco **, o que indica o caráter pioneiro da CONICQ no cenário internacional. Dados de 2014 apontam que em torno de 60% dos Estados Partes da CQCT apresentam esse modelo de gestão ††.

É evidente o protagonismo do INCA na Comissão. Nos anos 80, o Brasil já experimentava uma política intersetorial de controle do tabaco sob sua coordenação^{1,13}. Isso contribuiu para que o Instituto se tornasse uma referência técnica e articuladora da rede, configurando-se como o principal órgão da CONICQ e consolidando uma maior identificação da PNCT com a saúde frente aos demais setores.

O estudo identificou conflitos na Comissão entre visões predominantemente econômicas e sanitárias. Esse resultado vai ao encontro de Gneiting⁵, que atribui à própria diversidade da rede de controle do tabaco limitações na capacidade de definir consensos em relação a algumas decisões estratégicas.

Esse embate é marcado, por um lado, pela defesa do livre comércio, da renda gerada pela fumicultura ao trabalhador e dos ganhos da economia nacional com a produção e exportação do fumo. Os membros do MAPA, MDIC e MTE frequentemente pressionaram pela preservação destes aspectos. Por outro lado, a defesa dos princípios da saúde pública e dos direitos sociais é norteadora das posições de representantes ligados ao MS e ao MDA, com ênfase na prevenção de agravos e a proteção à saúde e na defesa da autonomia da agricultura familiar, respectivamente.

Diante dos interesses econômicos relacionados ao tabaco, para o avanço da PNCT é importante considerar: os princípios do sistema econômico internacional, a afirmação de países comprometidos com a CQCT, a produção consistente de evidências científicas e a maior participação nas discussões envolvendo conflitos comerciais^{2,4,11}. Os atores envolvidos na Política podem ter diferentes interesses e adotar diversas táticas e práticas de engajamento e influência⁸.

Nesse contexto, ressalta-se o poder da sociedade civil em pressionar a CONICQ e os poderes executivo, legislativo e judiciário. As organizações de *advocacy* em saúde, com destaque para a Aliança de Controle do Tabagismo, têm sido fundamentais para os avanços da implementação da CQCT. No entanto, entidades ligadas à indústria do tabaco e aos fumicultores

** Bialous, S., V.L. da Costa e Silva, J. Drope, R. Lencucha, B. McGrady e A.P. Richter. 2014. The Political Economy of Tobacco Control in Brazil: Protecting Public Health in a Complex Policy Environment. Rio de Janeiro: Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ e Atlanta: American Cancer Society.

†† WHO. 2014 global progress report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. 2014.

têm sido determinantes para a contenção de algumas medidas da PNCT, estando alinhadas à Câmara Setorial da Cadeia Produtiva do Fumo.

Consideram-se limitações do estudo: o formato resumido das atas, que não permitiu um maior detalhamento das reuniões; o viés atribuído à elaboração das atas por um ator (SE/CONICQ) inserido no processo político de controle do tabaco do país; a dificuldade de acesso a atores da indústria do fumo e de organizações de fumicultores; e a limitada participação dos pesquisadores nas reuniões e demais eventos da CONICQ.

Por fim, ressalta-se a complexidade da CONICQ em lidar com setores munidos de diversos interesses, opções políticas e níveis de engajamento com o controle do tabaco. O funcionamento da Comissão é fundamental para a coordenação da PNCT. Porém, a sua capacidade de atuação é limitada por fatores internos (resistência de alguns órgãos à implementação da CQCT e a priorização variável das suas pautas na agenda dos órgãos envolvidos) e externos (resistência apresentada pela Câmara Setorial da Cadeia Produtiva do Fumo e por organizações ligadas à indústria do fumo e aos fumicultores). Recomenda-se que novos estudos aprofundem a análise da diversidade de interesses dos atores da CONICQ em sua relação com atores externos, bem como explorem a efetividade de sua ação em temas específicos.

Referências

1. Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Rev Psiquiatr Clínica*. 2005;32(5):283-300. doi:10.1590/S0101-60832005000500006.
2. Collin J. Tobacco control, global health policy and development: towards policy coherence in global governance. *Tob Control*. 2012;21(2):274-280. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050418.
3. Da Costa e Silva VL, Pantani D, Andreis M, Sparks R, Pinsky I. Bridging the gap between science and public health: Taking advantage of tobacco control experience in Brazil to inform policies to counter risk factors for non-communicable diseases. *Addiction*. 2013;108(8):1360-1366.
4. Drope J, Lencucha R. Tobacco control and trade policy: Proactive strategies for integrating policy norms. *J Public Health Policy*. 2012;34(1):153-164. doi:10.1057/jphp.2012.36.

5. Gneiting U. From global agenda-setting to domestic implementation: successes and challenges of the global health network on tobacco control. *Health Policy Plan.* 2016;31 Suppl 1:i74-86. doi:10.1093/heapol/czv001.
6. Gneiting U, Schmitz HP. Comparing global alcohol and tobacco control efforts: network formation and evolution in international health governance. *Health Policy Plan.* January 2016:czv125. doi:10.1093/heapol/czv125.
7. Ham C, Hill MJ. *The Policy Process in the Modern Capitalist State.* Harvester Wheatsheaf; 1993.
8. Ian Thomson, Colin Dey, Shona Russell. Activism, arenas and accounts in conflicts over tobacco control. *Account Audit Account J.* 2015;28(5):809-845. doi:10.1108/AAAJ-08-2013-1439.
9. KHAZAEI S, MOHAMMADIAN-HAFSHEJANI A, AHMADI PISHKUHI M, SALEHINIYA H. Proportion of Mortality Attributable to Tobacco Worldwide. *Iran J Public Health.* 2016;45(3):399-400.
10. Lee K, Chagas LC, Novotny TE. Brazil and the Framework Convention on Tobacco Control: Global Health Diplomacy as Soft Power. *PLoS Med.* 2010;7(4). doi:10.1371/journal.pmed.1000232.
11. Mamudu HM, Hammond R, Glantz SA. International trade versus public health during the FCTC negotiations, 1999-2003. *Tob Control.* 2011;20(1):e3. doi:10.1136/tc.2009.035352.
12. Samet JM. Tobacco smoking: the leading cause of preventable disease worldwide. *Thorac Surg Clin.* 2013;23(2):103-112. doi:10.1016/j.thorsurg.2013.01.009.
13. Teixeira, LA, Jaques, TA. Legislação e Controle do Tabaco no Brasil entre o Final do Século XX e Início do XXI. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2011;57(3):295-304.
14. Wipfli H. The FCTC Turns 10: Lessons From the First Decade. *J Epidemiol.* 2016;26(6):279-283. doi:10.2188/jea.JE20160080.
15. Wipfli H, Samet JM. One Hundred Years in the Making: The Global Tobacco Epidemic. *Annu Rev Public Health.* 2016;37(1):149-166. doi:10.1146/annurev-publhealth-032315-021850.

16. Wipfli H, Stillman F, Tamplin S, da Costa e Silva VL, Yach D, Samet J. Achieving the Framework Convention on Tobacco Control's potential by investing in national capacity. *Tob Control*. 2004;13(4):433-437. doi:10.1136/tc.2003.006106.
17. Yach D, Wipfli H. A century of smoke. *Ann Trop Med Parasitol*. 2006;100(5-6):465-479. doi:10.1179/136485906X97462.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de controle do tabaco brasileira nas últimas décadas favoreceu uma significativa redução da prevalência de fumantes a partir de medidas abrangentes (LEVY; DE ALMEIDA; SZKLO, 2012; MALTA et al., 2015, 2016; MONTEIRO et al., 2007; SZKLO et al., 2012), envolvendo setores como a saúde, educação, economia, meio ambiente e agricultura. Considerando a sua complexidade e expansão no período, pode-se afirmar que o controle do tabaco configurou uma política bem-sucedida no Brasil.

O estudo realizado sobre a trajetória da política no período de 1986 e 2016 permite identificar alguns fatores que contribuíram para os resultados positivos alcançados no âmbito institucional e sanitário. O primeiro refere-se à constatação do prestígio da política brasileira no cenário internacional, mediante o seu compromisso com a adoção de medidas intersetoriais de controle do tabaco desde a década de 1980 e o empenho de atores brasileiros nos fóruns e espaços decisórios internacionais relacionados ao tema. A participação ativa do país no processo de concepção da CQCT foi decisiva para a conformação do seu protagonismo no controle do tabaco no âmbito internacional e o estabelecimento de parcerias com organismos internacionais. O destaque do Brasil na implementação da CQCT dentre os países latino-americanos o fortaleceu como liderança regional.

O segundo ponto refere-se à sólida estruturação da política brasileira de controle do tabaco. A construção de um arcabouço legal e normativo, a coordenação nacional da política com envolvimento de diversos setores, a implementação da CQCT e o processo de descentralização da política foram fundamentais para conferir institucionalidade ao controle do tabaco no país. A articulação interinstitucional prevista inicialmente pelo Programa Nacional de Combate ao Fumo, estruturada pela Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco e, posteriormente, consolidada pela CONICQ, demonstra o compromisso com a intersetorialidade da política e a necessidade de responsabilização mútua entre diferentes órgãos governamentais pelo controle do tabaco no país.

Constatou-se que o Brasil apresenta um forte mecanismo de coordenação intersetorial da política de controle de tabaco, apesar dos conflitos entre visões predominantemente econômicas e sanitárias. A coordenação nacional da política e o fortalecimento das medidas de controle do tabaco foram reforçados pela implementação da CQCT no país. O compromisso firmado com o tratado internacional passou a conferir sustentação à política nacional.

Quanto à descentralização da política, ressalta-se a articulação entre lideranças do controle do tabaco envolvendo INCA, esferas subnacionais e representantes da sociedade civil.

A configuração de legislações subnacionais e a estruturação do controle do tabaco na gestão dos estados e municípios, sobretudo nas secretarias de saúde, foram fundamentais para o fortalecimento da política no país. As ações relacionadas ao tratamento para cessação do tabagismo e a promoção de ambientes livres do fumo destacaram-se como medidas descentralizadas.

Ressalta-se como terceiro fator para o sucesso da política no período analisado o importante papel da sociedade civil, com destaque para a Aliança de Controle do Tabagismo, a academia (pesquisadores envolvidos com o tema), as organizações do setor saúde (sobretudo as associações médicas) e de defesa da agricultura familiar. Esses atores têm sido fundamentais para a política brasileira de controle do tabaco por meio da realização de pesquisas sobre temas diversos, promoção de diferentes formas de capacitação e formação de públicos diversos acerca de temas variados, empenho nas campanhas nos dias comemorativos de controle do tabaco e realização contínua de ações de *advocacy* junto ao Executivo, Judiciário e Legislativo.

Por fim, destaque-se a mudança da aceitação social ao tabagismo no período do estudo. De uma prática social disseminada no país nas décadas de 1980 e 1990, o tabagismo passou a ser rejeitado socialmente a partir do maior compartilhamento de conhecimento acerca dos seus prejuízos e da expansão das medidas de controle do tabaco, formalmente estabelecidas em legislações e normas variadas (ECKERDT; CORRADI-WEBSTER, 2010; GOMES, 2014; MARTINS; SEIDL, 2011).

Apesar dos avanços do controle do tabaco no Brasil, o estudo também permitiu identificar a persistência de importantes desafios, exacerbados pela heterogeneidade territorial do país e a multiplicidade de atores envolvidos, compreendendo órgãos e atores governamentais e não governamentais com diferentes interesses e posições. O tabagismo continua sendo um grave problema de saúde pública no país e persistem dilemas em diversos setores, como agricultura familiar, economia e meio ambiente. Entre os desafios da política, ressaltam-se os relacionados à diversificação de culturas, ao comércio ilícito, à interferência da indústria na política e à capacidade de atuação da CONICQ.

A necessidade de diversificação em áreas plantadas de fumo esbarra em dificuldades relacionadas ao suporte governamental às famílias no processo de transição e na sustentabilidade econômica proveniente de culturas alternativas ao fumo, tanto em âmbito federal quanto nas localidades. Visando a não penalização do agricultor, torna-se premente o fortalecimento e aumento do financiamento do Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco e da articulação dos atores envolvidos com esse tema, sobretudo o MDA, MAPA, sociedade civil e estados e municípios produtores. Esse aspecto, também

apontado por outros autores (LIMA, 2012; RIQUINHO; HENNINGTON, 2014; VARGAS; OLIVEIRA, 2012), foi destacado nesta pesquisa, a partir das entrevistas e análise documental. Na análise das atas da CONICQ ressaltou-se a alta frequência desse tema nos debates, o que contrasta com a ainda limitada capacidade de resposta nacional em termos da implementação de medidas de diversificação de culturas.

O comércio ilícito de cigarros apresentou-se como uma das grandes barreiras para a expansão do sucesso das políticas de controle do tabaco. Tal como destacado por Iglesias et al. (2016), este estudo reforça a necessidade do fortalecimento das medidas de combate ao mercado ilegal no Brasil (lideradas pela Secretaria da Receita Federal e Política Federal), da ratificação do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco pelo país e da firmação de acordos com países vizinhos (sobretudo o Paraguai), para que busquem a homogeneização de preços e impostos de cigarros e fortaleçam a fiscalização nas fronteiras.

A proteção da Política Nacional de Controle do Tabaco da interferência da indústria do fumo configura-se como um desafio permanente. A destinação de recursos financeiros a atores envolvidos com a política por empresas produtoras de tabaco, a expansão de novos produtos e a judicialização da política, sobretudo em relação à regulação de produtos pela Anvisa, têm se configurado como a maior ameaça ao controle do tabaco no Brasil.

Ressalta-se também a necessidade de superação das limitações da capacidade de atuação da CONICQ. Entre elas, vale destacar a priorização variável do controle do tabaco na agenda dos órgãos que compõem a Comissão, a resistência aos seus trabalhos apresentada pela Câmara Setorial da Cadeia Produtiva do Fumo e por organizações ligadas ao setor produtivo do fumo e a dificuldade de formação de consensos diante das divergências envolvendo as perspectivas econômica e sanitária.

Do ponto de vista metodológico, o estudo reforça a importância de considerar, na análise de políticas de saúde complexas, as relações entre contexto internacional e nacional, entre diferentes setores da política pública e entre atores governamentais e não governamentais. A política brasileira apresentou iniciativas pioneiras e atores que tiveram influência nas negociações para controle do tabaco no plano internacional e também foi fortemente influenciada pelo cenário internacional, após a entrada em vigor da CQCT, em uma relação de “mão-dupla”.

O estudo também permitiu explorar a influência dos diversos setores no âmbito de uma política pública de saúde. Apesar do controle do tabaco no Brasil ter se iniciado a partir de estratégias do setor saúde e seu reconhecimento ser pautado principalmente pelo combate à morbimortalidade relacionada ao tabagismo, os avanços na PNCT dependem fortemente do

comprometimento de outros setores, sobretudo os relacionados à economia e agricultura. A articulação entre Executivo, Judiciário, Legislativo, mídia e sociedade civil também são fundamentais para que o controle do tabaco no Brasil galghe cada vez maior institucionalidade.

A abordagem analítica adotada nesse estudo, baseada em contribuições da perspectiva da economia política, da análise de políticas públicas e do institucionalismo histórico, pode ser útil para estudos sobre políticas relevantes para a saúde coletiva que mobilizam fortes interesses econômicos, como a promoção da alimentação saudável e o controle do álcool. A análise do contexto (em que as políticas são formuladas e implementadas), do processo político (permeado pelas relações entre atores variados) e do conteúdo (legislativo, normativo e organizacional) da política pode contribuir para a geração de conhecimento e aprofundamento de questões de interesse para diversas políticas públicas de saúde.

Por outro lado, é importante considerar alguns limites deste estudo. O primeiro concerne às limitações referentes à análise do contexto internacional das políticas de controle do tabaco. Os relatórios nacionais, informações e publicações disponibilizadas na base de dados da OMS podem não refletir de forma precisa a situação de implementação das políticas de controle do tabaco nos diversos países. O aprofundamento acerca das particularidades locais, por meio do emprego de técnicas qualitativas (como entrevistas e observação participante), seria fundamental para a análise das políticas de controle do tabaco em perspectiva comparada, considerando sua complexidade. Nesse sentido, o mapeamento do contexto internacional, particularmente do latino-americano, teve caráter eminentemente descritivo e exploratório. Também pode ser considerada uma limitação a opção por estudar casos selecionados da América Latina, não incluindo países com reconhecido comprometimento com o controle ao tabaco, como Panamá e Uruguai. Além disso, os resultados registrados não podem ser extrapolados para o conjunto de países da região.

O segundo limite refere-se à impossibilidade de aprofundamento de todos os aspectos relacionados à política brasileira de controle do tabaco. A complexidade da política e o extenso volume do conteúdo e bibliografia relacionada ao tema dificulta a realização de análises em profundidade das suas diversas faces em um único estudo. A dificuldade de acesso a atores ligados à cadeia produtiva do fumo e a limitada participação do pesquisador principal nas arenas da política também prejudicou a investigação acerca das relações entre os atores, dos posicionamentos e dos pontos de tensão estabelecidos.

Uma última limitação refere-se à análise da atuação da CONICQ. Não foi possível o acesso a todas as atas das reuniões da Comissão entre 2003 (ano de sua criação) e 2016. Além disso, o formato resumido das atas das reuniões e a impossibilidade de acompanhamento de

epaços formais e informais de trabalho da Comissão – salvo os dois eventos mencionados – limitou a análise aprofundada do funcionamento da mesma. O viés atribuído à elaboração das atas pelo INCA, que está inserido no processo político do controle do tabaco no país, e à maior facilidade de acesso do pesquisador principal aos atores do setor saúde, também podem ser consideradas limitações para a compreensão das diferentes posições acerca da política.

Ressaltam-se algumas questões a serem investigadas em maior profundidade em pesquisas futuras. No âmbito internacional, sugere-se a realização de estudos de caso em perspectiva comparada que considerem a relação entre as estratégias internacionais de controle do tabaco e as especificidades das políticas nacionais, considerando o contexto de cada país. Em relação ao cenário brasileiro, é importante a realização de novos estudos que avaliem o impacto das medidas específicas de controle do tabaco na redução da prevalência de tabagismo, com vistas a identificar as lacunas e o sucesso de implementação das diversas estratégias empregadas. Recomendam-se também estudos que aprofundem a análise dos atores da CONICQ e sua relação com atores externos, bem como que explorem a capacidade de atuação da Comissão em temas específicos. A complexidade de cada desafio destacado nessa pesquisa, visando colaborar para o seu enfrentamento, também merece ser investigada mais a fundo. A realização de outros estudos que adotem uma perspectiva da economia política para analisar as diversas facetas e desafios da política brasileira de controle do tabaco, considerando as dimensões de proteção social, econômica e de poder, pode contribuir nesse sentido²².

Por fim, em meio à dinâmica da agenda governamental e à instabilidade política e econômica que periodicamente assola o país, a sustentabilidade da PNCT configura-se como o principal desafio a ser destacado. A manutenção do tema na agenda do setor saúde de forma prioritária e a expansão de medidas legislativas, econômicas, educativas, de comunicação e de regulação contínuas são fundamentais. O enfrentamento dos interesses econômicos relacionados à indústria do tabaco é determinante para assegurar avanços em áreas ainda frágeis. A garantia de financiamento das diversas medidas e a busca de avanços nos diversos setores são condições essenciais para a sustentabilidade da PNCT como política intersetorial. A continuidade e consolidação da política de controle do tabaco em médio e longo prazos também dependem da persistência de um marco institucional amplo que norteie a atuação do Estado na proteção social, consoante com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, em que as necessidades sanitárias se sobreponham aos interesses econômicos.

²² A Figura 2, na página 35 da tese, sistematiza diversas facetas da política relacionadas a essas três dimensões, que representam temas a serem aprofundados em estudos futuros.

REFERÊNCIAS

- ALWAN, A. et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **The Lancet**, v. 376, n. 9755, p. 1861–1868, nov. 2010.
- ALWAN, A.; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2011.
- AZEREDO, T.B.; LUIZA, V.L.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas públicas e avaliação de implementação. **BIB. Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, v.74, n.2, p. 7-26-26,2014.
- BANK, T. W. Curbing the epidemic: governments and the economics of. **Tobacco Control**, v. 8, n. 2, p. 196–201, 1 jun. 1999.
- BOUSQUET, J. et al. **Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases a comprehensive approach**. Geneva: World Health Organization, 2007.
- BRASIL. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
- BRASIL. Lei Federal nº 7.488, 11 de junho de 1986. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília**, 12 jun. 1986, p. 8531.
- BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990. Seção 1, p.18055 - 18059.
- BRASIL. Lei nº 9.294, de 15 de 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. **Diário Oficial da União** 1996; 16 jul.
- BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Convenção-Quadro para o controle do tabaco: texto oficial**. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar. **Tabagismo um grave problema de saúde pública. 2007.** , [s.d.].
- BUSE, K.; MAYS, N.; WALT, G. **Making health policy**. 2. ed ed. Maidenhead: Open Univ. Press, 2012.
- CAPELLA A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: Hochman G, Arretche M, Marques E. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 5, p. 283–300, out. 2005.
- COKKINIDES, V. et al. Tobacco control in the United States--recent progress and

opportunities. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 59, n. 6, p. 352–365, dez. 2009.

DA COSTA e SILVA; ROMERO. Programa Nacional de Combate ao Fumo: plano de trabalho para o período 1988-2000. *Rev Bras Cancerol*. 1988;34(4):245-54. [s.d.].

DE BEYER, J.; BRIGDEN, L. W. (EDS.). **Tobacco control policy: strategies, successes, and setbacks**. Washington, D.C: World Bank : Research for International Tobacco Control, 2003.

ECKERDT, N. DA S.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Meanings about smoking for women participant in a group for smokers. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. SPE, p. 641–647, jun. 2010.

EMBRAPA ARROZ E FEIJÃO. **Sistemas de Produção. Glossário**. Disponível em: <<http://sistemasdeproducao.cnptia.embrapa.br/FontesHTML/Feijao/FeijaoVarzeaTropical/glossario.htm#l>>. Acesso em: 23 jan. 2015.

ERIKSEN, M. P. **The tobacco atlas**. 4th ed. completely revised and updated ed. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2012.

ERIKSEN, M. P. et al. **The tobacco atlas**, 2015.

EUROPEAN PARLIAMENT; COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. Directive 2014/40/EU of the European Parliament and of the Council of 3 April 2014 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco and related products and repealing Directive 2001/37/EC. v. 57, 29 abr. 2014.

FERLAY, J. et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. **International Journal of Cancer. Journal International Du Cancer**, v. 127, n. 12, p. 2893–2917, 15 dez. 2010.

FERRANTE, D. et al. The role of public policies in reducing smoking prevalence and deaths: The Argentina Tobacco Policy Simulation Model. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 21, n. 1, p. 37–49, 2007.

FREEMAN, R.; MORAN, M. Reforming health care in Europe. **West European Politics**, v. 23, n. 2, p. 35-58, abr. 2000.

FREY, K. Políticas Públicas: Um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de Políticas Públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 0, n. 21, 10 jun. 2009.

GOMES P. G.V. da S. **Convenção-quadro para o controle do tabaco: políticas públicas de implementação** [tese de doutorado]. São Paulo: USP. 2014. ,

GUINDON, G. E.; DE BEYER, J.; GALBRAITH, S. Framework convention on tobacco control: progress and implications for health and the environment. **Environmental Health Perspectives**, v. 111, n. 5, p. A262–A263, maio 2003.

HAM, C.; HILL, M. J. **The policy process in the modern capitalist state**. [s.l.] Harvester Wheatsheaf, 1993.

HU, T.-W.; LEE, A. H.; MAO, Z. WHO Framework Convention on Tobacco Control in China: barriers, challenges and recommendations. **Global Health Promotion**, v. 20, n. 4, p. 13–22, dez. 2013.

IGLESIAS, R. M. et al. Estimating the size of illicit tobacco consumption in Brazil: findings from the global adult tobacco survey. **Tobacco Control**, p. tobaccocontrol-2015-052465, 21 jan. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde, 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (ED.). **Pesquisa nacional de saúde do escolar, 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRAZIL). **A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009**. Rio de Janeiro [Brazil]: Ministerio da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER; COMISSÃO NACIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DA CONVENÇÃO-QUADRO PARA CONTROLE DO TABACO. **Política Nacional de controle do tabaco: relatório de gestão e progresso 2011-2012**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Secretaria-Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção- Quadro para Controle do Tabaco. A importância e a urgência da diversificação de produção em áreas que produzem tabaco no Brasil. (**Notas técnicas para o controle do tabagismo**). Rio de Janeiro: INCA, 2014. 36 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (EDS.). **Pesquisa especial de tabagismo - PETA: relatório Brasil**. Rio de Janeiro, RJ : Brasília, DF, Brasil: Instituto Nacional do Câncer, Ministério da Saúde ; Organização Pan-Americana da Saúde - Representação Brasil, 2011.

JOOSSENS, L; RAW, M. Progress in Tobacco Control in 30 European Countries, 2005 to 2007. **Swiss Cancer League**. 2007.

LEE, K.; CHAGAS, L. C.; NOVOTNY, T. E. Brazil and the framework convention on tobacco control: global health diplomacy as soft power. **PLoS medicine**, v. 7, n. 4, p. e1000232, abr. 2010.

LEVY, D.; DE ALMEIDA, L. M.; SZKLO, A. The Brazil SimSmoke Policy Simulation Model: The Effect of Strong Tobacco Control Policies on Smoking Prevalence and Smoking-Attributable Deaths in a Middle Income Nation. **PLoS Medicine**, v. 9, n. 11, nov. 2012.

LIMA, R. G. DE. Por que os Projetos Alternativos à Fumicultura não vêm se Tornando Prioridade entre os Agricultores do Vale do Rio Pardo, Rio Grande do Sul. **Desenvolvimento**

em **Questão**, v. 10, n. 19, p. 156–175, 24 abr. 2012.

LIMA L.D.; MACHADO C.V.; GERASSI C.D. O neoinstitucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: Mattos RA, Baptista TWF. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; 2011. p.111-137. [s.d.].

LOPEZ, A. D.; COLLISHAW, N. E.; PIHA, T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. **Tobacco Control**, v. 3, n. 3, p. 242–247, set. 1994.

LV, J. et al. Implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in mainland China. **Tobacco Control**, v. 20, n. 4, p. 309–314, jul. 2011.

MAHONEY, J.; THELEN, K. A. (EDS.). **Explaining institutional change: ambiguity, agency, and power**. Cambridge ; New York: Cambridge University Press, 2010.

MALTA, D. C. et al. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425–438, dez. 2011.

MALTA, D. C. et al. Smoking trend indicators in Brazilian capitals, 2006-2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 631–640, mar. 2015.

MALTA, D. C. et al. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 373–390, jun. 2016.

MARQUES, E. C. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, v. 43, p. 67–102, 1997.

MARTINS, K. C.; SEIDL, E. M. F. Change in smoking behavior of participants in tobacco cessation groups. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 1, p. 55–64, mar. 2011.

MATHERS, C.; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global report mortality attributable to tobacco**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2012.

MONTEIRO, C. A. et al. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, n. 7, p. 527–534, jul. 2007.

NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION (US) OFFICE ON SMOKING AND HEALTH. **The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General**. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US), 2014.

NIKOGOSIAN, H.; LUIZA DA COSTA E SILVA, V. WHO's first global health treaty: 10 years in force. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 93, n. 4, p. 211, 1 abr. 2015.

OBBERG et al. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. 2010. [s.d.].

OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO.

Disponível em:

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

Acesso em: 1 fev. 2017.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, maio 2011.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Report on Tobacco Control for the Region of the Americas. WHO Framework Convention on Tobacco Control: 10 Years Later**, 2016.

PIERSON, P. **Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis**. [s.l.] Princeton University Press, 2004.

PINTO, M. T. et al. The burden of smoking-related diseases in Brazil: mortality, morbidity and costs. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1283–1297, jun. 2015.

REGIMES E CONTROLES ESPECIAIS. Disponível em:

<<http://idg.receita.fazenda.gov.br/orientacao/tributaria/regimes-e-controles-especiais/registros-e-controles-especiais>>. Acesso em: 6 jan. 2017.

RIQUINHO, D. L.; HENNINGTON, E. A. Health, environment and working conditions in tobacco cultivation: a review of the literature. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 6, p. 1587–1600, jun. 2012.

RIQUINHO, D. L.; HENNINGTON, É. A. Diversificação agrícola em localidade rural do Sul do Brasil: reflexões e alternativas de cumprimento da Convenção-Quadro para o controle do tabaco. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 183–207, mar. 2014.

ROMERO, L.; COSTA E SILVA, V. 23 anos de controle do tabaco no Brasil: a Atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. 3. v. 57, p. 305–314, 2011.

ROSEMBERG, J. **Tabagismo sério problema de saúde pública**. 2ª ed ed. São Paulo: Almed, 1987.

SABATIER, P. A. **Theories of the Policy Process**. [s.l.] Westview Press, 2007.

SANDOVAL, R. C.; BLANCO, A. Status of the Implementation of the Framework Convention on Tobacco Control in the Region of the Americas. **Salud Pública de México**, v. 52, p. S270–S276, jan. 2010.

SATOMURA, K. et al. The Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) and Japanese anti-tobacco measures. **Tobacco Induced Diseases**, v. 4, p. 3, 2008.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, 4 jun. 2011.

SEBRIÉ, E. M. et al. Smokefree policies in Latin America and the Caribbean: making progress. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 9, n. 5, p. 1954–1970, maio 2012.

SINGH, P. K. MPOWER and the Framework Convention on Tobacco Control implementation

in the South-East Asia region. **Indian Journal of Cancer**, v. 49, n. 4, p. 373–378, dez. 2012.

SINHA, D. N. et al. WHO framework convention on tobacco control and its implementation in South-East Asia region. **Indian Journal of Public Health**, v. 55, n. 3, p. 184–191, set. 2011.

SOUZA C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: HOCHMAN G.; ARRETCHE M.; MARQUES E. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

SZKLO, A. S. et al. A snapshot of the striking decrease in cigarette smoking prevalence in Brazil between 1989 and 2008. **Preventive Medicine**, v. 54, n. 2, p. 162–167, fev. 2012.

TEIXEIRA, L.; JAQUES, T. Legislação e Controle do Tabaco no Brasil entre o Final do Século XX e Início do XXI. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 3, p. 295–304, 2011.

TUMWINE, J. Implementation of the framework convention on tobacco control in Africa: current status of legislation. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 8, n. 11, p. 4312–4331, nov. 2011.

U.S. NATIONAL CANCER INSTITUTE; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Economics of Tobacco and Tobacco Control**. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. NIH Publication No. 16-CA-8029A, , 2016.

VARGAS, M. A.; OLIVEIRA, B. F. DE. Estratégias de diversificação em áreas de cultivo de tabaco no Vale do Rio Pardo: uma análise comparativa. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 50, n. 1, p. 157–174, mar. 2012.

WHO | Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Disponível em: <http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/>. Acesso em: 30 dez. 2014.

WHO | Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products. Disponível em: <<http://www.who.int/fctc/protocol/en/>>. Acesso em: 2 fev. 2017.

WHO FCTC Implementation Database. Disponível em: <<http://apps.who.int/fctc/implementation/database/>>. Acesso em: 31 dez. 2014.

WIPFLI, H. et al. Achieving the Framework Convention on Tobacco Control’s potential by investing in national capacity. **Tobacco Control**, v. 13, n. 4, p. 433–437, dez. 2004.

WIPFLI, H. The FCTC Turns 10: Lessons From the First Decade. **Journal of Epidemiology**, v. 26, n. 6, p. 279–283, 5 jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Framework Convention on Tobacco Control**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package**. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments**. Geneva: World Health Organization, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases: 2013-2020.** [s.l: s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014: attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility.** Geneva: World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: raising taxes on tobacco.** [s.l: s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION (ED.). **Monitoring health for the SDGs: sustainable development goals.** Geneva: World Health Organization, 2016a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO. 2016 global progress report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control Pre-release copy. 2016.,** 2016b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2015. 2016. Disponível em:** http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/. Acesso em: 30 jan. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. **European tobacco control status report 2014,** 2014.

YACH, D. The origins, development, effects, and future of the WHO Framework Convention on Tobacco Control: a personal perspective. **The Lancet**, v. 383, n. 9930, p. 1771–1779, maio 2014.

YACH, D.; WIPFLI, H. A century of smoke. **Annals of Tropical Medicine & Parasitology**, v. 100, n. 5–6, p. 465–479, ago. 2006.

APÊNDICE A- RELAÇÃO DOS INSTRUMENTOS LEGISLATIVOS RELACIONADOS AO TABACO ENTRE 1900 A 2016

Ano	Tema	Epígrafe	Descrição
1917	Indústria	Decreto nº 12.527 de 28 de junho de 1917	Concede autorização à 'Brazilian Tobacco' Corporation» para funcionar na República.
1921	Indústria	Decreto nº 15.174 de 14 de dezembro de 1921	Cria uma estação experimental para a cultura do fumo em S. Gonçalo dos Campos, no Estado da Bahia.
1922	Indústria	Decreto nº 15.886 de 15 de dezembro de 1922	Cria uma Estação Experimental para a cultura do fumo no Estado do Pará.
1931	Indústria	Decreto nº 19.954 de 5 de maio de 1931	Suprime o lugar de porteiro contínuo no quadro do pessoal da Estação Experimental para a cultura do Fumo em Tracuateua, no Estado do Pará.
1931	Preços e impostos	Decreto nº 20.883 de 30 de dezembro de 1931	Modifica alguns dispositivos do regulamento do imposto de consumo em relação no fumo, e dá outras providências.
1941	Preços e impostos	Decreto-Lei nº 3.013, de 1º de fevereiro de 1941	Aprova alterações feitas no regulamento em vigor para a arrecadação e fiscalização do imposto de consumo.
1941	Preços e impostos	Decreto lei n. 3.041 de 11 de fevereiro de 1941	Prorroga o prazo para a vigência, do art. 1º do decreto lei n. 3.013, de 1º de fevereiro de 1941, na parte que se refere aos cigarros e cigarrilhas nacionais.
1942	Comercialização	Decreto nº 10.218 de 12 de agosto de 1942	Aprova novas especificações e tabelas para a classificação e fiscalização da exportação do Tabaco em folha da Baía, visando a sua padronização.
1943	Preços e impostos	Decreto lei n. 5.283 de 26 de fevereiro de 1943	Modifica a incidência do imposto de consumo sobre fumo e dá outras providências.
1944	Indústria	Decreto nº 16.012, de 6 de julho de 1944	Concede à Companhia General de Tabacos de Filipinas autorização para funcionar na República.
1944	Preços e impostos	Decreto lei n. 6.662 de 7 de julho de 1944	Modifica a incidência do imposto de consumo sobre fumo e dá outras providências.
1946	Comercialização	Decreto nº 22.370 de 27 de dezembro de 1946	Suspende a aplicação do Decreto nº 19818, de 17 de outubro de 1945, que aprovou as especificações e tabelas para a classificação e fiscalização da exportação do tabaco em folha do Estado do Rio Grande do Sul.
1946	Preços e impostos	Decreto lei nº 8.538, de 2 de janeiro de 1946	Modifica a incidência do imposto de consumo sobre fumo, constante da alínea XXIV, Tabela D, do Decreto-Lei nº 7.404, de 22 de março de 1945.
1948	Comercialização	Decreto nº 24.321, de 8 de janeiro de 1948	Aprova as especificações e tabelas para a classificação e fiscalização da exportação do tabaco em folha do Estado de Santa Catarina.
1950	Comercialização	Decreto nº 28.152, de 24 de maio de 1950	Aprova novas especificações e tabela para classificação e fiscalização da exportação do tabaco em folha do Estado do Rio Grande do Sul.
1953	Comercialização	Decreto nº 34.896, de 5 de janeiro de 1953	Altera a redação dos números dois e treze (2 e 13) das especificações referentes à classificação e fiscalização da exportação do Tabaco em Folha da Bahia, aprovadas pelo Decreto nº 10.218, de 12/08/1942.
1953	Indústria	Lei nº 1.861 de 19 de maio de 1953	Autoriza o Poder Executivo a abrir, pelo Ministério da Agricultura, o crédito especial de Cr\$ 500 000,00 para o 1º Congresso Nacional de Fumo.
1954	Indústria	Decreto nº 35.580, de 28 de maio de 1954	Abre, pelo Ministério da Agricultura, o crédito especial de Cr\$500.000,00 (quinhentos mil cruzeiros) para o fim que especifica.
1955	Indústria	Lei nº 2.591, de 8 de setembro de 1955	Concede às empresas ou firmas legalmente constituídas, ou a cultivadores idôneos do fumo tipo comercial conhecido por "capeiro", isenção de direitos e taxas aduaneiras para importação do pano-tela.

1955	Preços e impostos	Lei nº 2.644, de 16 de novembro de 1955	Modifica os incisos 2 e 4 da alínea XXIV, Tabela D, da Lei nº 1.748, de 28 de novembro de 1952 e os incisos 1 e 3 da alínea XXIV, Tabela D, do Decreto nº 26.149, de 5 de janeiro de 1949, que modificou a Consolidação das Leis do Imposto de Consumo.
1956	Comercialização	Decreto nº 39.420, de 19 de junho de 1956	Dá nova redação dos números 2 e 13 (dois e treze) do art. 1º do Decreto nº 34.896, de 5 de janeiro de 1954.
1956	Comercialização	Decreto nº 40.071, de 8 de outubro de 1956	Altera a redação dos números 2 (dois) e 13 (treze) das especificações referentes à classificações e fiscalização da exportação do Tabaco em Folha da Bahia, aprovadas pelo Decreto nº 10.218, de 12 de agosto de 1942.
1956	Comercialização	Decreto nº 40.633, de 27 de dezembro de 1956	Altera a redação dos números IX (nove) e X (dez) das especificações referentes à classificação e fiscalização da exportação de Tabaco em Folha no Estado do Rio Grande do Sul, aprovados pelo decreto número 28.152, de 24 de maio de 1950.
1957	Comercialização	Decreto nº 42.291, de 19 de setembro de 1957	Torna extensivas ao tabaco em folha de Alagoas e Sergipe, que for exportado pela Bahia, as especificações a que se refere o Decreto nº 10.218, de 12 de agosto de 1942, com as alterações do Decreto 40.071, de 8 de outubro de 1956.
1958	Comercialização	Decreto nº 43.287, de 26 de fevereiro de 1958	Torna extensivas ao tabaco em folha, produzido no Estado de Alagoas, as especificações a que se refere o Decreto nº 10.218, de 12 de agosto de 1942, com as alterações do Decreto 40.071, de 8 de outubro de 1956.
1958	Comercialização	Decreto nº 43.696, de 8 de maio de 1958	Torna extensivas ao tabaco de galpão do Estado de Santa Catarina conhecido pela denominação de Tipo Oeste, as especificações referentes à classificação e fiscalização da exportação do tabaco de galpão do Estado do Rio Grande do Sul.
1959	Indústria	Lei nº 3.563, de 5 de junho de 1959	Autoriza o Poder Executivo a conceder o auxílio de Cr\$ 5.000.000,00 à Comissão da Festa Nacional do Fumo e de Exposição Agropecuária e Industrial.
1962	Indústria	Decreto nº 1.377, de 11 de setembro de 1962	Autoriza a Companhia de Cigarros Souza Cruz a instalar um grupo diesel elétrico, para uso exclusivo, no Estado da Guanabara.
1963	Comercialização	Decreto nº 52.055, de 24 de maio de 1963	Torna extensiva ao Tabaco em folha produzido no Estado da Paraíba, as especificações a que se refere o Decreto nº 10.218, de 12 de agosto de 1942, com as alterações do Decreto nº 40.071, de 8 de outubro de 1956.
1963	Comercialização	Decreto nº 52.436, de 2 de setembro de 1963	Altera a redação do número 5 (cinco) da especificação para a classificação do tabaco em folha da Bahia, aprovado pelo Decreto nº 10.218, de 12 de agosto de 1942 e dá outras providências.
1963	Indústria	Decreto nº 52.408, de 27 de agosto de 1963.	Institui Grupo de Trabalho para estudar a situação da indústria de charutos e propor medidas para a solução de seus problemas.
1966	Comercialização	Decreto nº 57.820, de 15 de fevereiro de 1966	Aprova as novas especificações da padronização do Tabaco em Folha para cigarros e desfiados, visando a sua classificação e à fiscalização da exportação.
1967	Temas diversos	Decreto lei nº 326, de 8 de maio de 1967	Dispõe sobre o recolhimento do imposto sobre produtos industrializados e dá outras providências.
1967	Preços e impostos	Decreto nº 61.960, de 22 de dezembro de 1967	Regulamenta o parágrafo único do artigo 8º da Lei número 5.368, de 1 de dezembro de 1967.
1968	Preços e impostos	Decreto nº 62.548, de 16 de abril de 1968	Fixa novo valor tributável para os produtos da posição 24.02, inciso 2, da tabela anexa ao Decreto número 61.514, de 12 de outubro de 1967.
1968	Preços e impostos	Decreto nº 62.790, de 30 de maio de 1968	Fixa novo valor tributável para os produtos da posição 24.02, inciso 2, da tabela anexa ao Decreto número 61.514, de 12 de outubro de 1967.
1969	Preços e impostos	Decreto nº 66.010, de 30 de dezembro de 1969	Fixa novo valor tributável para os produtos da posição 24.02, inciso 2, da tabela anexa ao Decreto número 61.514, de 12 de outubro de 1967.
1970	Preços e impostos	Decreto nº 66.521, de 30 de abril de 1970	Altera o Regulamento do Imposto sobre Produtos Industrializados.
1971	Preços e impostos	Decreto lei nº 1.157, de 12 de março de 1971	Altera a legislação do imposto sobre produtos industrializados.

1971	Preços e impostos	Decreto nº 69.826 de 22 de dezembro de 1971	Dá nova redação ao artigo 1º do Decreto nº 66.010, de 30 de dezembro de 1969.
1972	Indústria	Decreto nº 70.453, de 25 de abril de 1972	Revoga o Decreto que concedeu à empresa Companhia Constitucional de Cigarros Limited autorização para funcionar na República Federativa do Brasil.
1972	Preços e impostos	Decreto nº 71.579 de 19 de dezembro de 1972	Fixa o valor tributável dos produtos do item 24.02.02.99, da Tabela anexa ao Decreto nº 70.162, de 18 de fevereiro de 1972, alterando a margem do varejista.
1973	Preços e impostos	Decreto nº 73.166 de 20 de novembro de 1973	Fixa o valor tributável dos produtos do item 24.02.02.99 (cigarros), da Tabela anexa ao Decreto nº 70.162, de 18 de fevereiro de 1972, alterando a margem do varejista.
1974	Preços e impostos	Decreto nº 75.139, de 23 de dezembro de 1974	Fixa o valor tributável dos Produtos classificados no item 24.02.02.99 (cigarros) da Tabela de incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados (TIPI), baixada com o Decreto nº 73.340, de 19 de dezembro de 1973, alterando a margem do varejista.
1975	Preços e impostos	Decreto nº 76.871, de 22 de dezembro de 1975.	Fixa o valor tributável dos produtos do item 24.02.02.99 (cigarros), da Tabela anexa ao Decreto nº 73.340, de 19 de dezembro de 1973, e a margem bruta do varejista.
1977	Comercialização	Decreto-lei nº 1.593, de 21 de dezembro de 1977.	Altera a legislação do Imposto sobre Produtos Industrializados, em relação aos casos que especifica, e dá outras providências.
1978	Preços e impostos	Decreto nº 82.830, de 11 de dezembro de 1978	Fixa o valor tributável dos produtos do item 24.02.02.99 (cigarros), da Tabela anexa ao Decreto nº 73.340, de 19 de dezembro de 1973, e a margem bruta do varejista.
1979	Preços e impostos	Decreto nº 84.036, de 1º de outubro de 1979	Fixa o valor tributável dos produtos do item 24.02.02.99 (cigarros), da Tabela anexa ao Decreto nº 83.263, de 09 de março de 1979, e a margem bruta do varejista.
1981	Preços e impostos	Decreto nº 86.793, de 28 de dezembro de 1981	Fixa o valor tributável dos produtos do item 24.02.02.02 (cigarros), da Tabela anexa ao Decreto nº 84.338, de 26 de dezembro de 1979, e a margem bruta do varejista.
1982	Comercialização	Decreto nº 87.981, de 23 de dezembro de 1982.	Aprova o Regulamento do Imposto sobre Produtos Industrializados.
1983	Preços e impostos	Decreto nº 89.261, de 29 de dezembro de 1983	Fixa o valor tributável dos produtos do item 24.02.02.02 (cigarros) da TIPI e as margens brutas do fabricante e do varejista.
1983	Preços e impostos	Decreto nº 88.233, de 14 de abril de 1983	Fixa o valor tributável dos produtos do item 24.02.02.02 (cigarros), da Tabela anexa ao Decreto nº 84.338, de 26 de dezembro de 1979, e a margem bruta do varejista.
1983	Preços e impostos	Emenda Constitucional nº 23, de 1º de dezembro de 1983.	Altera dispositivos da Constituição Federal.
1984	Preços e impostos	Decreto nº 90.739, de 19 de dezembro de 1984	Fixa o valor tributável dos produtos do item 24.02.02.02 (cigarros) da Tabela de incidência do imposto sobre Produtos Industrializados e as margens brutas do fabricante e do varejista.
1985	Preços e impostos	Decreto nº 92.188, de 20 de dezembro de 1985	Fixa o valor tributável dos produtos do item 24.02.02.02 (cigarros) da Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados e as margens brutas do fabricante e do varejista.
1986	Preços e impostos	Decreto nº 93.236, de 8 de setembro de 1986.	Fixa valor tributável dos produtos do item 24.02.02.02 (cigarros) da Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados, e a margem bruta do fabricante.
1986	Preços e impostos	Decreto nº 93.596, de 21 de novembro de 1986	Estabelece normas relativas ao cálculo do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), incidente sobre cigarros.
1986	Educação/ Conscientização	Lei nº 7.488, de 11 de junho de 1986	Institui o "Dia Nacional de Combate ao Fumo".
1989	Preços e impostos	Decreto nº 97.707, de 3 de maio de 1989	Reduz a alíquota do Imposto sobre Produtos Industrializados incidente sobre cigarros.

1989	Preços e impostos	Decreto no 97.891, de 30 de junho de 1989	Reduz a alíquota do Imposto sobre Produtos Industrializados incidente sobre cigarros.
1990	Preços e impostos	Decreto nº 99.681, de 8 de novembro de 1990	Reduz, temporariamente, a alíquota do Imposto sobre Produtos Industrializados incidente sobre os cigarros.
1990	Proteção aos menores de 18 anos	Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990	Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
1991	Preços e impostos	Decreto de 13 de junho de 1991	Reduz o Imposto sobre Produtos Industrializados incidente sobre os cigarros.
1991	Preços e impostos	Decreto nº 328, de 1º de novembro de 1991	Altera a alíquota do Imposto sobre Produtos Industrializados IPI incidente sobre os cigarros.
1992	Preços e impostos	Decreto no 453, de 26 de fevereiro de 1992	Altera a alíquota do Imposto sobre Produtos Industrializados IPI, incidente sobre os cigarros.
1994	Indústria	Decreto nº 1.338, de 14 de dezembro de 1994	Inclui as unidades fabris pertencentes à Companhia Souza Cruz S.A., com sedes em São Paulo/SP e Uberlândia/MG, entre as atividades com funcionamento permanente aos domingos, feriados civis e religiosos.
1995	Preços e impostos	Medida provisória no 1.212, de 28 de novembro de 1995	Dispõe sobre as contribuições para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PIS/PASEP, e dá outras providências.
1996	Temas diversos	Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996.	Regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição.
1996	Temas diversos	Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996.	Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.
1997	Indústria	Decreto de 11 de julho de 1997	Autoriza a empresa Companhia Continental de Cigarros Limited a estabelecer filial na República Federativa do Brasil, sob a denominação social de Companhia Continental de Cigarros Limited, e dá outras providências.
1997	Temas diversos	Lei nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997	Altera a legislação tributária federal e dá outras providências.
1998	Comercialização	Decreto nº 2.876, de 14 de dezembro de 1998.	Regulamenta a cobrança do Imposto sobre Produtos Industrializados IPI.
1998	Comercialização	Decreto nº 2.876, de 14 de dezembro de 1998.	Dispõe acerca do imposto de exportação e do imposto sobre produtos industrializados na comercialização de cigarros.
1998	Preços e impostos	Decreto nº 2.876, de 14 de dezembro de 1998	Dispõe acerca do imposto de exportação e do imposto sobre produtos industrializados na comercialização de cigarros.
1998	Preços e impostos	Lei nº 9.715, de 25 de novembro de 1998.	Dispõe sobre as contribuições para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público PIS/PASEP, e dá outras providências.
1999	Organização Institucional	Decreto nº 3.136, de 13 de agosto de 1999	Cria a Comissão Nacional para a preparação da participação do Brasil nas negociações internacionais com vistas à elaboração de Convenção-Quadro sobre Controle do Uso de Tabaco, e dá outras providências.
1999	Ambientes livres do fumo	Decreto nº 3.157, de 27 de agosto de 1999	Dá nova redação ao art. 5º do Decreto no 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre a restrição ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição.
1999	Preços e impostos	Decreto nº 3.070, de 27 de maio de 1999	Dispõe sobre regime de tributação dos cigarros.
1999	Organização Institucional	Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.	Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências.

1999	Comercialização	Lei nº 9.822, de 23 de agosto de 1999	Altera dispositivos do Decreto-Lei no 1.593, de 21 de dezembro de 1977, e dá outras providências.
1999	Temas diversos	Medida provisória no 1.814, de 26 de fevereiro de 1999	Altera dispositivos da Lei no 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências.
1999	Comercialização	Medida provisória no 1.828, de 27 de maio de 1999	Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 1.593, de 21 de dezembro de 1977, e dá outras providências.
1999	Comercialização	Medida provisória nº 1.828-1, de 24 de junho de 1999	Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 1.593, de 21 de dezembro de 1977, e dá outras providências.
1999	Comercialização	Medida provisória nº 1.866-2, de 29 de junho de 1999	Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 1.593, de 21 de dezembro de 1977, e dá outras providências.
1999	Comercialização	Medida provisória nº 1.866-3, de 29 de junho de 1999	Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 1.593, de 21 de dezembro de 1977, e dá outras providências.
1999	Comercialização	Medida provisória no 1.828, de 27 de maio de 1999	Altera dispositivos do Decreto-Lei no 1.593, de 21 de dezembro de 1977, e dá outras providências.
2000	Comercialização	Decreto nº 3.647, de 30 de outubro de 2000.	Dispõe sobre o Imposto de Exportação incidente sobre os produtos que menciona.
2000	Comercialização	Decreto no 3.646, de 30 de outubro de 2000	Dispõe sobre o Imposto de Exportação incidente sobre os produtos que menciona.
2000	Temas diversos	Lei no 10.167, de 27 de dezembro de 2000	Altera dispositivos da Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas.
2001	Organização Institucional	Decreto nº 4.001, de 6 de novembro de 2001	Altera o art. 3o do Decreto no 3.136, de 13 de agosto de 1999, que cria a Comissão Nacional para a preparação da participação do Brasil nas negociações internacionais com vistas à elaboração de Convenção-Quadro sobre Controle do Uso de Tabaco.
2001	Temas diversos	Medida provisória no 2.190-34, de 23 de agosto de 2001.	Altera dispositivos das Leis no 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e no 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal e estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.
2001	Temas diversos	Medida provisória no 2.134-31, de 21 de junho de 2001.	Altera dispositivos das Leis no 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e no 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal e estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.
2001	Temas diversos	Medida provisória no 2.190-33, de 26 de julho de 2001.	Altera dispositivos das Leis no 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e no 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal e estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.
2003	Organização Institucional	Decreto de 1º de agosto de 2003	Cria a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos.
2003	Preços e impostos	Decreto nº 4.924 de 19 de dezembro de 2003	Dá nova redação aos arts. 159 e 161 do Decreto no 4.544, de 26 de dezembro de 2002, que regulamenta a tributação, fiscalização, arrecadação e administração do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI, e altera dispositivo da Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados - TIPI, aprovada pelo Decreto nº 4.542, de 26 de dezembro de 2002.
2003	Temas diversos	Lei no 10.833, de 29 de dezembro de 2003	Altera a Legislação Tributária Federal e dá outras providências.
2003	Temas diversos	Lei nº 10.702, de 14 de julho de 2003	Altera a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4o do art. 220 da Constituição Federal.
2003	Preços e impostos	Medida provisória nº 135, de 30 de outubro 2003.	Altera a Legislação Tributária Federal e dá outras providências.

2003	Publicidade	Medida provisória nº 118, de 3 de abril 2003.	Altera a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que 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.
2005	Organização Institucional	Decreto legislativo nº 1.012, de 2005	Aprova o texto da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, assinada pelo Brasil, em 16 de junho de 2003.
2006	Organização Institucional	Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006	Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003.
2007	Comercialização	Lei nº 11.452, de 27 de fevereiro de 2007	Altera o Decreto-Lei nº 1.593, de 21 de dezembro de 1977.
2007	Comercialização	Lei nº 11.488, de 15 de junho de 2007	Estabelece que os estabelecimentos industriais fabricantes de cigarros classificados na posição 2402.20.00 da Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados - TIPI, excetuados os classificados no Ex 01, estão obrigados à instalação de equipamentos contadores de produção, bem como de aparelhos para o controle, registro, gravação e transmissão dos quantitativos medidos na forma, condições e prazos estabelecidos pela Secretaria da Receita Federal do Brasil.
2008	Proteção aos menores de 18 anos	Decreto nº 6.481, de 12 de junho de 2008.	Regulamenta os artigos 3º, alínea “d”, e 4º da Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que trata da proibição das piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação, aprovada pelo Decreto Legislativo no 178, de 14 de dezembro de 1999, e promulgada pelo Decreto no 3.597, de 12 de setembro de 2000, e dá outras providências.
2009	Preços e impostos	Decreto nº 6.809, de 30 de março de 2009	Altera a Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados - TIPI, aprovada pelo Decreto no 6.006, de 28 de dezembro de 2006.
2009	Preços e impostos	Lei nº 11.933, de 28 de abril de 2009	Altera o art. 3º do Decreto-Lei nº 1.593, de 21 de dezembro de 1977.
2010	Organização Institucional	Decreto de 14 de julho de 2010.	Altera o art. 3º do Decreto de 1º de agosto de 2003, que cria a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos.
2011	Preços e impostos	Decreto nº 7.555, de 19 de agosto de 2011	Regulamenta os arts. 14 a 20 da Medida Provisória no 540, de 2 de agosto de 2011, que dispõem sobre a incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados IPI, no mercado interno e na importação, relativo aos cigarros classificados no código 2402.20.00 da Tabela de Incidência do IPI, e dá outras providências.
2011	Preços e impostos	Decreto nº 7.593, de 28 de outubro de 2011	Altera o Decreto nº 7.555, de 19 de agosto de 2011, que regulamenta os arts. 14 a 20 da Medida Provisória no 540, de 2 de agosto de 2011, que dispõem sobre a incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados IPI, no mercado interno e na importação, relativo aos cigarros classificados no código 2402.20.00 da Tabela de Incidência do IPI.
2011	Temas diversos	Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996.
2011	Comercialização	Lei nº 12.402, de 2 de maio de 2011	Regula o cumprimento de obrigações tributárias por consórcios que realizarem contratações de pessoas jurídicas e físicas; acresce dispositivos à Lei no 10.168, de 29 de dezembro de 2000, que institui contribuição de intervenção de domínio econômico destinada a financiar o Programa de Estímulo à Interação Universidade Empresa para o Apoio à Inovação; altera as Leis nos 12.249, de 11 de junho de 2010, e 9.532, de 10 de dezembro de 1997, e o Decreto-Lei no 1.593, de 21 de dezembro de 1977; e dá outras providências.
2011	Preços e impostos	Medida provisória nº 540, de 2 de agosto de 2011.	Institui o Regime Especial de Reintegração de Valores Tributários para as Empresas Exportadoras - REINTEGRA; dispõe sobre a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI à indústria automotiva; altera a incidência das contribuições previdenciárias devidas pelas empresas que menciona, e dá outras providências.
2012	Organização Institucional	Decreto de 16 de março de 2012	Altera o art. 3º do Decreto de 1º de agosto de 2003, que cria a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos.
2013	Preços e impostos	Decreto nº 7.990, de 24 de abril de 2013	Altera o Decreto nº 7.555, de 19 de agosto de 2011, que regulamenta os arts. 14 a 20 da Medida Provisória nº 540, de 2 de agosto de 2011, que dispõem sobre a incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados IPI, no mercado interno e na importação, relativo aos cigarros classificados no código 2402.20.00 da Tabela de Incidência do IPI, e altera o Decreto nº 7.212, de 15 de junho de 2010, que regulamenta a cobrança, fiscalização, arrecadação e administração do IPI.

2013	Proteção aos menores de 18 anos	Lei nº 12.921, de 26 de dezembro de 2013	Proíbe a fabricação, a comercialização, a distribuição e a propaganda de produtos nacionais e importados, de qualquer natureza, bem como embalagens, destinados ao público infanto-juvenil, reproduzindo a forma de cigarros e similares.
2014	Temas diversos	Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014	Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996.
2016	Preços e impostos	Decreto nº 8.656, de 29 de janeiro de 2016	Exclui produtos do regime tributário de que trata o art. 1º da Lei nº 7.798, de 10 de julho de 1989, altera a Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados Tipi, aprovada pelo Decreto nº 7.660, de 23 de dezembro de 2011, e altera o Decreto nº 7.555, de 19 de agosto de 2011.

Nota: 1- As legislações quantificadas envolvem leis, decretos, emendas constitucionais e medidas provisórias e correspondem aos resultados da busca de publicações contendo pelo menos um dos termos: cigarro, fumo, tabaco e tabagismo. Não necessariamente correspondem a medidas de controle do tabaco. 2- A categoria ‘Temas diversos’ refere-se às publicações quem envolvem mais de uma das demais categorias.

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir de diversas fontes: Saúde Legis (http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESO_CONSULTA.CFM); Sistema de Informações do Congresso Nacional- Senado Federal (<http://legis.senado.gov.br/sicon/>); e Portal da Legislação - Presidência da República (<http://www4.planalto.gov.br/legislacao>).

APÊNDICE B- RELAÇÃO DOS INSTRUMENTOS NORMATIVOS RELACIONADOS AO TABACO ENTRE 1900 A 2016

Ano	Tema	Epígrafe	Descrição
1964	Indústria	Resolução da Câmara dos Deputados nº 79, de 1964	Constitui Comissão Parlamentar de Inquérito para apurar fatos ligados à indústria de manufatura do fumo e seus derivados.
1966	Indústria	Resolução da Câmara dos Deputados nº 179, de 1966	Aprova as conclusões da Comissão de Inquérito destinada a investigar a situação da indústria do fumo.
1985	Organização institucional	Portaria MS nº 655, de 16 de setembro de 1985	Dispõe sobre a criação: de um Grupo Assessor ao Ministério da Saúde para o Controle do Tabagismo no Brasil.
1987	Ambientes livres do fumo	Portaria MS 428, de 28 de agosto de 1987	Determina que o programa nacional de combate ao fumo, pertencente a secretaria nacional de programas especiais de saúde, e a coordenadoria de comunicação social orientem os funcionários do ministério, através de normas sobre os riscos a que estão expostos decorrentes da poluição tabágica, tanto os fumantes quanto os não fumantes; coíbe o ato de fumar nas salas de trabalho e nas demais dependências do ministério; estabelece a criação de dois ambientes específicos para fumantes (fumódromos), por andar, no edifício sede e no anexo; obsta a continuação do uso de produtos derivados do tabaco nas dependências do Ministério da Saúde e nos ônibus que transportam seus funcionários, exceto nos locais designados nesta portaria; preconiza o estímulo a autodisciplina dos servidores do Ministério, na rigorosa observância dos termos da presente portaria.
1988	Ambientes livres do fumo	Portaria MTE/MS nº 3.257, de 22 de setembro de 1988	Recomenda que em todos os locais de trabalho se adotem medidas restritivas ao hábito de fumar, especialmente onde o ambiente for fechado, a ventilação natural reduzida ou sejam adotados sistemas de condicionamento do ar; incumbe às CIPAS - Comissões Internas de Prevenção de Acidentes, nas companhias onde se encontram organizadas, promover campanhas educativas demonstrando os efeitos nocivos do fumo.
1988	Temas diversos	Portaria MS nº 490, de 25 de agosto de 1988	Proíbe mensagens que induzam o consumo dos produtos derivados do tabaco e a sua relação ao bem-estar; restringe a publicidade dos produtos
1989	Organização institucional	Portaria MS nº 678, 19 de julho de 1989	Altera o Artigo 22 da portaria Ministerial n. 655, de 16 de setembro de 1985, que criou o Grupo Assessor ao Ministério da Saúde para o Controle- do Tabagismo no Brasil, para incluir um representante do Conselho Nacional de Defesa do Consumidor; designa nomes para a sua composição.
1990	Temas diversos	Portaria MS nº 1.050, de 08 de agosto de 1990	Resolve que as empresas produtoras de cigarros, cigarrilhas, charutos, fumo para cachimbo, fumo para confecção manual de cigarros e fumo para mascar, ficam obrigadas a inserir nas embalagens e publicidade, a advertência: "O Ministério da Saúde adverte: fumar e prejudicial a saúde", composta em tipo "universal", todo em letras maiúsculas e revoga a portaria 731, de 31/05/1990.
1990	Temas diversos	Portaria MS nº 731, de 31 de maio de 1990	Obriga as empresas produtoras de cigarro, cigarrilhas, charutos, fumo inserir nas embalagens e em toda sua comunicação publicitária, a advertência: "o Ministério da Saúde adverte: fumar e prejudicial a saúde". Recomenda aos estados, distrito federal e municípios que adotem ou promovam medidas restritivas ao hábito de fumar ou de portar cigarros acesos, as empresas de transporte aéreo que proíbam a prática do fumo em aeronaves, de transporte público, cujo voo, em território nacional, tenha duração igual ou inferior a 2 (duas) horas. Proíbe a prática do fumo em toda e qualquer instituição de assistência a saúde, pública ou privada. A venda de cigarros para menores de idade. Fica proibido o "merchandising" de cigarros em programas de televisão entre seis horas e vinte e uma horas.
1992	Ambientes livres do fumo	Resolução do Senado Federal nº 94, de 1992	Proíbe o uso do fumo e seus derivados no recinto do plenário do Senado Federal.
1994	Temas diversos	Portaria MS nº 2.169, de 29 de dezembro de 1994	As empresas tabageiras ficam obrigadas, em todo território nacional, a inserir nas duas faces maiores da embalagem dos produtos do tabaco tais como maços e pacotes de cigarros, cartelas de cigarrilhas, embalagens de charutos, de fumo para cachimbo ou para confecção manual de cigarros, entre outros, sem que se faça disposição legal ou regulamentar, advertências com mensagens

			rotativas, acompanhadas de pictogramas, falando claramente sobre os diversos malefícios decorrentes do seu uso.
1995	Temas diversos	Portaria MS/MJ nº 477, de 24 de março de 1995	Altera as mensagens das advertências; amplia a recomendação para a restrição do fumo na programação da televisão; recomenda aos órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde a recusa ao patrocínio da indústria do tabaco.
1995	Temas diversos	Portaria MS nº 50, de 17 de janeiro de 1995	Cria grupo de trabalho com a finalidade de estudar e propor instrumentos juridicamente válidos para viabilizar os termos da Portaria MS 2169, de 29/12/94, no sentido de informar o consumidor dos malefícios do uso de produtos derivados do fumo e restringindo sua propaganda.
1997	Temas diversos	Portaria MS nº 30, de 18 de fevereiro de 1997	Determina que o consumo de derivados do tabaco produtores de fumaça na instituição seja restringido as áreas sinalizadas para esse fim - fumódromos - e cria comissão para manter o programa 'INCA livre do cigarro'.
1998	Preços e impostos	Instrução Normativa RFB nº 21, de 18 de fevereiro 1998	Dispõe sobre a comercialização de cigarros no País. Determina que a comercialização, no País, de cigarros produzidos no território nacional ou importados do exterior, será efetuada exclusivamente em embalagens contendo vinte unidades.
1998	Preços e impostos	Instrução Normativa RFB nº 68, de 16 de julho de 1998	Enquadra em qualquer classe de preços os cigarros que menciona.
1998	Preços e impostos	Instrução Normativa RFB nº 94 de 05 de agosto de 1998	Enquadra em qualquer classe de preços os cigarros que menciona.
1998	Ambientes livres do fumo	Portaria MS nº 2818 de 28 de maio de 1998	Determina a fiel observância, em todas as dependências do Ministério da Saúde, tanto as sediadas no distrito federal como nos estados e municípios, do disposto no artigo 2º. e respectivo § 1º, da lei 9.294, de 1996, que proíbe o uso, nas repartições públicas, de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco.
1999	Preços e impostos	Instrução Normativa RFB nº 60 de 28 de maio de 1999	Estabelece normas para os produtos do código 2402.20.00 (cigarros).
1999	Preços e impostos	Instrução Normativa RFB nº 84 de 12 de julho de 1999	Institui a Declaração Especial de Informações Fiscais relativas à tributação de cigarros (DIF-Cigarros).
1999	Organização institucional	Portaria MS nº 1201 de 06 de outubro de 1999	Designa membros para compor a comissão nacional, encarregada da preparação da posição do governo brasileiro nas negociações internacionais com vistas a elaboração de uma 'Convenção-Quadro de Controle do Tabaco', no âmbito da Organização Mundial de Saúde.
1999	Organização institucional	Portaria MS nº 21, de 29 de julho de 1999	Incumbe a Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância do Câncer, do Instituto Nacional do Câncer - INCA, de coordenar a Comissão de Implementação do Programa Ministério da Saúde Livre do Cigarro.
1999	Temas diversos	Portaria MS nº 695, de 1 de junho de 1999	Divulgar, o teor das advertências sobre os males causados pelo consumo de tabaco e de produtos derivados, para os efeitos da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, observados os demais termos da Portaria MS/MJ nº 2 477, de 24 de março de 1995, inclusive da carta-compromisso com ela publicada.
1999	Organização institucional	RDC/Anvisa nº 237, de 28 de junho de 1999	Nos termos da Medida Provisória 1912-5, a tabela de descontos das taxas de fiscalização de vigilância sanitária passa a vigorar com a configuração e notas indicativas contidas no anexo I, desta resolução.
1999	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 02, de 04 de outubro de 1999.	Dispõe sobre a alteração da Resolução nº 320, de 21 de julho de 1999.
2000	Preços e impostos	Instrução Normativa RFB nº 61, de 30 de maio de 2000.	Inclui produtos no regime tributário do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI instituído pela Lei nº 7.798, de 1989.
2000	Organização	Portaria MS nº 1.367 de	Alterar a Portaria GM nº 1.20 I, de 6 de outubro de 1999, onde se estabeleceu a composição da Comissão Nacional encarregada da

	institucional	15 de dezembro de 2000	preparação da posição do Governo brasileiro nas negociações internacionais com vistas à elaboração de uma "Convenção-Quadro de Controle do Tabaco" no âmbito da Organização Mundial da Saúde.
2000	Organização institucional	Portaria MS nº 1367, de 15 de dezembro de 2000	Altera a Portaria MS nº 1201, de 06/10/99.
2000	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 1404, de 15 de maio de 2000	Determina, como medida de interesse sanitário, a apreensão em todo território nacional, dos produtos adesivos transdérmicos (antitabagismo) importados e comercializados pela empresa marque distribuidora, sem a devida regularização junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
2001	Comercialização	Instrução Normativa RFB nº 95, de 28 de novembro de 2001	Dispõe sobre o registro especial a que estão obrigados os fabricantes e importadores de cigarros, bem assim sobre o selo de controle a que estão sujeitos estes produtos, e dá outras providências.
2001	Preços e impostos	Instrução Normativa RFB nº 14, de 06 de fevereiro de 2001	Aprova o programa gerador da Declaração Especial de Informações Fiscais relativas à tributação de cigarros (DIF-Cigarros), versão 1.0, e dá outras providências.
2001	Organização institucional	Portaria MS nº 1.352, de 23 de agosto de 2001	Fica constituída a comissão organizadora do seminário latino-americano sobre a Convenção-Quadro de Controle do uso do Tabaco da Organização Mundial da Saúde.
2001	Organização institucional	Portaria MS nº 140, de 31 de janeiro de 2001	Altera a Portaria MS nº 1367, de 15/12/2000, onde se estabeleceu a composição da comissão nacional encarregada da preparação da posição do governo brasileiro nas negociações internacionais com vistas à elaboração de uma "Convenção-Quadro de Controle do Tabaco", no âmbito da OMS.
2001	Organização institucional	Portaria MS nº 817, de 04 de junho de 2001	Altera a Portaria nº 140 MS publicada em 01/02/01, que estabeleceu a composição da comissão nacional encarregada da preparação da posição do governo brasileiro nas negociações internacionais com vistas a elaboração de uma "Convenção-Quadro de Controle do Tabaco", no âmbito da OMS.
2001	Organização institucional	Portaria MS/ INTO nº 24 de 30/03/2001	Cria o "Programa INTO de convivência harmoniosa com o fumante" e sua comissão.
2001	Proteção aos menores de 18 anos	Portaria MTE nº 20, de 13 de setembro de 2001	Proíbe o trabalho do menor de 18 (dezoito) anos nas atividades: Trabalhos no plantio, com exceção da limpeza, nivelamento de solo e desbrote; na colheita, beneficiamento ou industrialização do fumo.
2001	Tratamento	Portaria MS/ INTO nº 28 de 22 de março de 2001	Determina a normatização da abordagem de fumantes no "Programa INTO de convivência harmoniosa com o fumante".
2001	Produção	Resolução BC nº 2900, de 31 de outubro de 2001	Dispõe sobre ajustes no Regulamento do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf).
2001	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 46, de 28 de março de 2001.	Estabelece que os teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono presentes na corrente primária da fumaça, para os cigarros comercializados no Brasil.
2001	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 105, de 31 de maio de 2001	Exige o cadastro de todas as empresas fabricantes nacionais, importadoras ou exportadoras de produtos derivados do tabaco, fumígenos ou não, bem como o cadastro anual de todos os seus produtos e das empresas beneficiadoras de tabaco.
2001	Temas diversos	RDC/Anvisa nº 104, de 31 de maio de 2001.	Estabelece que todos os produtos fumígenos derivados do tabaco, conterão na embalagem e na propaganda, advertência ao consumidor, sobre os malefícios decorrentes do uso destes produtos.
2002	Comercialização	Instrução Normativa RFB nº 162 de 27 de maio de 2002	Altera a Instrução Normativa RFB nº 95, de 28 de novembro de 2001, e dá outras providências.
2002	Preços e impostos	Instrução Normativa RFB	Aprova o programa gerador da Declaração Especial de Informações Fiscais relativas à tributação de cigarros (DIF-Cigarros),

		nº 194/2002	versão 2.0, e dá outras providências.
2002	Organização institucional	Portaria MS/INTO nº 232, de 6 de novembro de 2002	Constitui a Comissão “Vida Hospitalar sem Tabaco”.
2002	Organização institucional	Portaria MS/ Anvisa nº 114 de 31 de maio de 2002	Mantem o programa instituído pela Portaria MS nº 30 de 18/02/97, Inca livre do cigarro, reformulado a composição de seus membros.
2002	Organização institucional	Portaria MS/ Anvisa nº 435, de 1º de agosto de 2002	Altera o Anexo I da Portaria MS nº 306, de 13 de julho de 2001 que passa a vigorar com a seguinte redação:
2002	Temas diversos	Portaria MS/MEC nº 1.498, de 22 de agosto de 2002	Recomenda às instituições de saúde e de ensino a implantarem programas de ambientes livres da poluição tabagística ambiental;
2002	Tratamento	Portaria MS nº 1.575, de 29 de agosto de 2002	Consolida o Programa Nacional de Controle do Tabagismo; cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde, Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante; aprova, na forma do Anexo II desta Portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dependência à Nicotina.
2002	Produção	Resolução BC nº 3001, de 24 de julho de 2002	Dispõe sobre alterações no Regulamento do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF).
2002	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 67, de 5 de março de 2002	Prorroga até o dia 25 de março de 2002, o prazo para solicitação de cadastro de produtos derivados do tabaco, constante na Resolução-RDC nº 105, de 31 de maio de 2001.
2002	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 304, de 7 de novembro de 2002.	Proíbe em todo o território nacional a produção, importação, comercialização, propaganda e distribuição de alimentos com forma de apresentação semelhante a cigarro, charuto, cigarrilha, ou qualquer outro produto fumígeno, derivado do tabaco ou não.
2003	Comercialização	Instrução Normativa RFB nº 343 de 22 de julho de 2003	Altera a Instrução Normativa RFB nº 95, de 28 de novembro de 2001, e dá outras providências.
2003	Preços e impostos	Instrução Normativa RFB nº 373, de 22 de dezembro de 2003	Estabelece normas para a tributação dos cigarros classificados no código 2402.20.00 da Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados (TIPI).
2003	Organização institucional	Portaria MS nº 1.662, de 26 de agosto de 2003	Designa membros para compor a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.
2003	Tratamento	Portaria MS nº 1798, de 12 de setembro de 2003	Institui, no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde, Grupo de Trabalho com a finalidade de proceder à revisão, atualização e ao aperfeiçoamento da Portaria nº 1.575/GM, de 29 de agosto de 2002, que trata da consolidação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, definindo a abordagem e tratamento do paciente fumante pelo SUS.
2003	Comercialização	Resolução do Conselho de Ministros da Câmara de Comércio Exterior nº 26, de 28 de agosto de 2003	Estabelece que ficam sujeitos à incidência do Imposto de Exportação à alíquota de cento e cinquenta por cento os produtos classificados na posição 4813 e no código 5601.22.91 da Nomenclatura Comum do Mercosul (NCM), quando exportadas para países da América do Sul e América Central, inclusive Caribe.
2003	Publicidade	RDC/Anvisa nº 15, de 17 de janeiro de 2003.	Regulamenta disposições dadas pela Lei n.º 9.294 de 15 de julho de 1996.
2003	Produção	Resolução BC nº 3.097,	Dispõe sobre alterações no Regulamento do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf).

		de 25 de junho de 2003	
2003	Publicidade	RDC/Anvisa nº 199, de 24 de julho de 2003.	Regulamenta a Lei nº 10.702 de 2003, sobre as frases de advertência do Ministério da Saúde exibidas durante a transmissão no país de eventos esportivos e culturais internacionais.
2003	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 335, de 21 de novembro de 2003	Revoga as Resoluções RDC nº104 de 31 de maio de 2001 e RDC nº 14 de 17 de janeiro de 2003.
2003	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 14, de 17 de janeiro de 2003.	Altera dispositivos da RDC nº104 de 31 de maio de 2001.
2003	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 346, de 2 de dezembro de 2003.	Revoga a RDC nº 105 de 31 de maio de 2001, estabelece novas normas sobre o cadastro dos produtos derivados do tabaco.
2003	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 244 de 03 de dezembro de 2003	Indefere o pedido de cadastro, solicitado em 26.05.2003, processo nº 2531.172112/2002-82 das marcas de cigarro publicadas em anexo, fabricadas pela empresa Cia Sul-Americana de Tabacos, por não atender as exigências da Anvisa.
2003	Temas diversos	Resolução Anvisa nº 243, de 3 de dezembro de 2003	Indefere o pedido de cadastro, solicitado em 26.05.2003, processo nº 2531.172112/2002-82 das marcas de cigarro publicadas em anexo, fabricadas pela empresa Cibrasa Indústria e Comércio de Tabaco, por não atender exigências da Anvisa.
2004	Organização institucional	Portaria MS nº 5, de 7 de janeiro de 2004	Inclui na Portaria MS nº 1662, de 26 de agosto de 2003, representante suplente do Ministério das Comunicações na Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos.
2004	Organização institucional	Portaria MS/INTO nº 4, de 12 de janeiro de 2004	Constitui a Comissão "Vida Hospitalar sem Tabaco".
2004	Educação/Conscientização	Portaria MS/MEC nº 1.034, de 31 de maio de 2004	Institui, no âmbito da Secretaria de Educação a Distância, Grupo de Trabalho com a finalidade de promover a inserção do tema "Controle do Tabagismo" no recurso didático do ensino a distância, promovido pelo Programa TV Escola.
2004	Temas diversos	Portaria MS/ Funasa nº 477, de 15 de setembro de 2004	Adota no âmbito da Funasa, o programa de prevenção e combate ao tabagismo Funasa Livre de Cigarro.
2004	Tratamento	Portaria MS nº 442, de 13 de agosto de 2004	Aprova, na forma do Anexo I desta Portaria, o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS; aprova, na forma do Anexo II desta Portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina.
2004	Tratamento	Portaria MS nº 1035, de 31 de maio de 2004	Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo; determina que as unidades de saúde credenciadas que comporão a rede hierarquizada e efetuarão a abordagem e o tratamento do tabagismo deverão ter em seu quadro de servidores, pelo menos, 1 (um) profissional de saúde, de nível universitário, capacitado para a abordagem e o tratamento do tabagismo.
2004	Produção	Resolução BC nº 3206, de 24 de junho de 2004	Dispõe sobre alterações no Regulamento do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf).
2004	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 168, de 7 de julho de 2004.	Altera artigo da RDC 335, de 21 de novembro de 2003.
2004	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 112, de 6 de maio de 2004	Estabelece que para fins de renovação de cadastro de que tratam os artigos 12 e 14 da RDC nº. 346, de 02 de dezembro de 2003, serão considerados válidos os protocolos realizados entre os dias 1 de abril e 21 de maio de 2004.
2004	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2, de 23 de janeiro de 2004	Indefere o pedido de pré-cadastro, solicitado em 30 de dezembro de 2003, processo nº 25351.001204/2004-41, das marcas de cigarro publicadas em anexo, fabricadas pela empresa Cibrasa Indústria e Comércio De Tabacos.
2004	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 3, de 23 de janeiro de 2004	Indefere o pedido de pré-cadastro, solicitado em julho de 2002, das marcas de cigarro publicadas em anexo, fabricadas e comercializadas durante o ano de 2002 pela empresa Cabofriense Indústria e Comércio de Cigarros Ltda.

2004	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 1, de 23 de janeiro de 2004	Indefere os pedidos de pré-cadastro, solicitados em julho de 2002, das marcas de cigarro publicadas em anexo, fabricadas e comercializadas pela empresa American Virginia Indústria e Comércio Importação e Exportação de Tabacos Ltda.
2005	Comercialização	Instrução Normativa RFB nº 498, de 24 de janeiro de 2005	Dispõe sobre a exportação de cigarros, bem assim sobre o selo de controle a que estão sujeitos estes produtos, e dá outras providências.
2005	Preços e impostos	Instrução Normativa RFB nº 396 de 06 de fevereiro de 2004	Aprova o programa gerador da Declaração Especial de Informações Fiscais relativas à tributação de cigarros (DIF-Cigarros), versão 3.0, e dá outras providências.
2005	Organização institucional	Portaria MS/INTO nº 25, de 23 de fevereiro de 2005	Constitui a Comissão “Vida Hospitalar Sem Tabaco”.
2005	Comercialização	Resolução do Conselho de Ministros da Câmara de Comércio Exterior nº 20, de 05 de julho de 2005.	Revoga a Resolução CAMEX nº 26, de 28 de agosto de 2003.
2005	Preços e impostos	Resolução Anvisa nº 1.418, de 10 de junho de 2005	Indefere os processos e petições, conforme relação anexa, que se encontram na unidade de atendimento e protocolo.
2005	Publicidade	Resolução Anvisa nº 2.929, de 17 de novembro de 2005	Determina como medida cautelar a suspensão em todo território nacional das propagandas dos produtos abaixo citados.
2005	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 1.628, de 1º de julho de 2005	Indefere os cadastros de empresas ou produtos, conforme relação anexa de processos e petições.
2005	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 869, de 8 de abril de 2005	Indefere os processos e petições, conforme relação anexa, que se encontram na unidade de atendimento e protocolo.
2005	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 1.999, de 16 de agosto de 2005	Indefere o processo, conforme relação anexa, por não cumprir as exigências técnicas quanto ao ade da receita federal apresentado e ao laudo das análises químicas realizadas.
2005	Temas diversos	Resolução Anvisa nº 1998, de 22 de agosto de 2005	Indefere o processo, conforme relação anexa, por estar em desacordo com as determinações constantes na RDC nº. 346, de 02 de dezembro de 2003 e RDC 335, de 21 de novembro de 2003.
2006	Organização institucional	Portaria MS/Anvisa nº 528, de 22 de setembro de 2006	Institui grupo de trabalho visando a implantação do programa “Ambientes Livres de Fumo”.
2006	Organização institucional	Portaria MS nº 296, de 27 de abril de 2006	Designa membros da Comissão encarregada da elaboração e da implementação do Programa “Ministério da Saúde Livre do Tabaco”, instituído pela Portaria nº 300/GM, de 09 de fevereiro 2006, com a finalidade de elaborar e implementar ações educativas e curativas destinadas a conscientizar os funcionários e os visitantes da Instituição em relação aos males provocados pelo uso do tabaco.
2006	Organização institucional	Portaria MS nº 797, de 09 de novembro de 2006.	Substitui membros da Comissão encarregada da elaboração e da implementação do Programa “Ministério da Saúde Livre do Tabaco”.

2006	Organização institucional	Portaria MS/INTO nº 895, de 27 de dezembro de 2006	Constitui a Comissão “Vida Hospitalar sem Tabaco” do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia.
2006	Organização institucional	Portarias MS/Anvisa nº 527 e nº 528 de 22 de setembro de 2006	527- Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar proposta de Regulamento Técnico sobre o funcionamento dos recintos coletivos, privados ou públicos, destinados, exclusivamente, para o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos; 528- Institui Grupo de Trabalho visando a implantação do Programa “Ambientes Livres de Fumo”.
2006	Organização institucional	Portaria MS/Anvisa nº 241 de 15 de maio de 2006	Institui grupo de trabalho com o objetivo de elaborar proposta de regulamento técnico sobre o funcionamento dos recintos coletivos, privados ou públicos, destinados, exclusivamente, para o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco.
2006	Organização institucional	Portaria MS/Anvisa nº 527 de 26 de setembro de 2006	Institui grupo de trabalho com o objetivo de elaborar proposta de regulamento técnico sobre o funcionamento dos recintos coletivos, privados ou públicos, destinados, exclusivamente, para o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco.
2006	Ambientes livres do fumo	Portaria MS nº 300, de 9 de fevereiro de 2006	Institui o programa "Ministério da Saúde Livre do Tabaco", com a finalidade de elaborar e implementar ações educativas e curativas destinadas a conscientizar os funcionários e os visitantes da instituição em relação aos males provocados pelo uso do tabaco.
2006	Organização institucional	Resolução Anvisa nº 242 de 05 de junho de 2006	Institui grupo de trabalho visando a implantação do programa “Ambientes Livres de Fumo”.
2006	Preços e impostos	RDC/Anvisa nº 27, de 14 de fevereiro de 2006.	Declara a nulidade, com efeito retroativo, do art. 10 da RDC nº 105, de 31 de maio de 2001, e do art. 11 da RDC n.º 346, de 2 de dezembro de 2003, quanto à isenção do pagamento de taxa de fiscalização, e dá nova redação ao art. 11 da RDC n.º 346, de 2 de dezembro de 2003.
2006	Preços e impostos	Resolução Anvisa nº 434, de 13 de fevereiro de 2006	Indefere os processos e petições, conforme relação anexa, que se encontram na unidade de atendimento e protocolo.
2006	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 918, de 27 de março de 2006	Indefere o processo, conforme relação anexa, pelo não cumprimento das exigências técnicas quanto à apresentação da análise dos teores dos compostos químicos exigidos para renovação.
2006	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 86, de 17 de maio de 2006.	Altera o caput do art. 3º da RDC 335, de 21 de novembro de 2003.
2006	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 1421, de 15 de maio de 2006	Indefere o processo, conforme relação anexa.
2006	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 3111, de 25 de setembro de 2006	Indefere o processo, conforme relação anexa.
2006	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 1174, de 19 de abril de 2006	Acata o pedido de reconsideração das renovações de cadastro das marcas de cigarro constantes no anexo desta resolução.
2006	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2697, de 21 de agosto de 2006	Como medida cautelar de interesse sanitário, estabelece a suspensão da fabricação, do comércio e do uso, em todo território nacional, de todos os lotes do produto tabaco da índia, fabricado pela empresa Laboratório Farmacêutico Flora da Índia Ltda.
2006	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 3706, de 20 de novembro de 2006	Indefere as petições de renovação de cadastro, conforme relação anexa, pelo não cumprimento das exigências técnicas quanto ao pagamento da taxa de fiscalização sanitária.

2006	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 925, de 27 de março de 2006	Indefere os processos, conforme relação anexa.
2006	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 919, de 27 de março de 2006	Indefere o processo, conforme relação anexa.
2006	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 730 de 10 de março de 2006	Indefere os processos, conforme relação anexa.
2007	Comercialização	Instrução normativa RFB nº 769, de 21 de agosto de 2007	Dispõe sobre a instalação de equipamentos contadores de produção nos estabelecimentos industriais fabricantes de cigarros de que tratam os arts. 27 a 30 da Lei nº 11.488, de 15 de junho de 2007, e dá outras providências.
2007	Comercialização	Instrução Normativa RFB nº 769, de 21 de agosto de 2007	Dispõe sobre a instalação de equipamentos contadores de produção nos estabelecimentos industriais fabricantes de cigarros de que tratam os arts. 27 a 30 da Lei nº 11.488, de 15 de junho de 2007, e dá outras providências.
2007	Comercialização	Instrução Normativa RFB nº 770, de 21 de agosto de 2007	Dispõe sobre o registro especial a que estão obrigados os fabricantes e importadores de cigarros, bem assim sobre o selo de controle a que estão sujeitos estes produtos, e dá outras providências.
2007	Comercialização	Instrução Normativa RFB nº 783, de 19 de novembro de 2007	Altera a Instrução Normativa RFB nº 770, de 21 de agosto de 2007, e dá outras providências.
2007	Preços e impostos	Instrução Normativa RFB nº 753, de 10 de julho de 2007	Estabelece normas para a tributação dos cigarros, classificados no código 2402.20.00 da Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados (TIPI).
2007	Organização institucional	Portaria MS/INTO nº 108, de 23 de março de 2007	Constitui a Comissão "Vida Hospitalar sem Tabaco" do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia.
2007	Organização institucional	Portaria MS nº 369, de 4 de julho de 2007	Substitui representantes do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde em Sergipe, na Comissão encarregada da elaboração e da implementação do Programa "Ministério da Saúde Livre do Tabaco", designada pela Portaria SAS/MS nº 296, de 27 de abril de 2006.
2007	Organização institucional	Portaria MS nº 1.680, de 12 de julho de 2007	Institui Comissão para promover a internalização da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no âmbito do Sistema Único de Saúde.
2007	Ambientes livres do fumo	Portaria MS/Funasa nº 239, de 22 de março de 2007	Coíbe o ato de fumar nas salas e nas demais dependências do edifício da presidência da Funasa.
2007	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 10, de 15 de fevereiro de 2007.	Altera as RDC nº 335, de 2003, e 86 de 2006, que dispõem sobre embalagens de cigarros.
2007	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 90, de 27 de dezembro de 2007.	Dispõe sobre o registro de dados cadastrais dos produtos fumígenos derivados do tabaco.
2007	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 764, de 20 de março de 2007	Determina, como medida de interesse sanitário, a suspensão cautelar, na página eletrônica da Anvisa, das marcas de cigarros cadastradas pela empresa Sudamax Indústria e Comércio de Cigarros Ltda.
2007	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 1103, de 26 de abril de 2007	Indefere os processos, conforme relação anexa, por estarem em desacordo com a resolução RDC nº 346 de 02 de dezembro de 2003, pelo não cumprimento das exigências técnicas.
2007	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 3849, de 10 de dezembro	Indefere as petições de renovação de registro, conforme relação anexa, pelas irregularidades contidas nas petições e por não cumprir as exigências técnicas.

		de 2007	
2007	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2522, de 20 de agosto de 2007	Indefere os processos e petições, conforme relação anexa, que se encontram na unidade de atendimento ao público, por estarem em desacordo com a resolução nº. 314, de 9 de dezembro de 2004.
2007	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2633, de 03 de setembro de 2007	Indefere as petições de renovação de registro, conforme relação anexa, pelas irregularidades contidas na petição e pela falta do registro inicial na Anvisa.
2007	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 3008, de 26 de setembro de 2007	Indefere os processos, conforme relação anexa, por estarem em desacordo com a resolução RDC nº. 346, de 2003, pelo não cumprimento das exigências técnicas.
2008	Temas diversos	Portaria MS nº 474, de 22 de setembro de 2008	Aprova Plano de Trabalho de apoio às ações de saúde da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
2008	Produção	Resolução BC nº 3.559, de 28 de março de 2008	Altera as disposições estabelecidas no Manual de Crédito Rural, Capítulo 10 (MCR 10) para financiamentos ao amparo do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf).
2008	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 54, de 6 de agosto de 2008	Altera a RDC nº 335, de 21 de novembro de 2003, que dispõe sobre as embalagens de produtos fumígenos derivados do tabaco.
2008	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 32, de 29 de maio de 2008	Altera dispositivos da Resolução - RDC 90, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o registro de dados cadastrais dos produtos fumígenos derivados do tabaco.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4923, de 30 de dezembro de 2008	Defere o registro dos dados cadastrais das marcas de cigarros, cigarrilha e charuto conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na página eletrônica da Anvisa.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4930, de 30 de dezembro de 2008	Cancela, a pedido da empresa Alfredo Fantini Ind. Com. Ltda. e como medida de interesse sanitário, o registro dos dados cadastrais das marcas de cigarro, em anexo.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4823, de 22 de dezembro de 2008	Revoga a Resolução nº 764, de 20 de março de 2007, que determinou a suspensão cautelar, na página eletrônica da Anvisa, das marcas de cigarros cadastradas pela empresa Sudamax Indústria e Comércio de Cigarros Ltda.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4796, de 19 de dezembro de 2008	Cancela por caducidade, como medida de interesse sanitário, o registro dos dados cadastrais, conforme o anexo, das marcas de cigarro da empresa Sudamax Indústria e Comércio de Cigarros Ltda.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4663, de 11 de dezembro de 2008	Indefere, como medida de interesse sanitário, a petição da renovação do registro dos dados cadastrais, conforme o anexo, pela irregularidade contida nas petições.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4648 de 09 de dezembro de 2008	Cancela por caducidade, como medida de interesse sanitário, o registro dos dados cadastrais, conforme o anexo, das marcas de cigarro da empresa American Virginia Indústria e Comércio, Importação e Exportação de Tabaco Ltda.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4649 de 09 de dezembro de 2008	Cancela por caducidade, como medida de interesse sanitário, o registro dos dados cadastrais, conforme o anexo, das marcas de cigarro da empresa Sudamax Indústria e Comércio De Cigarros Ltda.
2008	Regulação de	Resolução Anvisa nº 4539	Defere o registro dos dados cadastrais das marcas de cigarros conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na

	produtos	de 02 de dezembro de 2008	página eletrônica da Anvisa.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4427 de 28 de novembro de 2008	Defere a renovação do registro dos dados cadastrais das marcas de cigarros e de cigarrilha e o registro dos dados cadastrais de cigarro conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na página eletrônica da Anvisa.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4103 de 05 de novembro de 2008	Defere a renovação do registro dos dados cadastrais e o registro dos dados cadastrais das marcas de cigarros e a renovação do registro dos dados cadastrais de fumo desfiado conforme relação anexa.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4017 de 28 de outubro de 2008	Defere o registro dos dados cadastrais das marcas de cigarros conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na página eletrônica da Anvisa.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 3992 de 23 de outubro de 2008	Defere o registro dos dados cadastrais das marcas de cigarros conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na página eletrônica da Anvisa.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 3725, de 07 de outubro de 2008	Defere o registro dos dados cadastrais das marcas de charutos, cigarrilhas, cigarros e fumo para narguilé conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na página eletrônica da Anvisa.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 3609, de 30 de setembro de 2008	Defere o registro dos dados cadastrais das marcas de charutos, cigarro, e fumos para narguilé conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na página eletrônica da Anvisa.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 3610, de 30 de setembro de 2008	Defere o registro dos dados cadastrais das marcas de charutos, cigarrilhas, bidis e fumo para cachimbo conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na página eletrônica da Anvisa.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2815, de 13 de agosto de 2008	Defere o registro dos dados cadastrais das marcas de cigarro, conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na página eletrônica da Anvisa.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2711, de 07 de agosto de 2008	Defere o registro dos dados cadastrais das marcas de cigarro, conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na página eletrônica da Anvisa.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2712, de 07 de agosto de 2008	Defere o registro dos dados cadastrais das marcas de cigarro, conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na página eletrônica da Anvisa.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2518, de 22 julho de 2008	Defere o registro dos dados cadastrais das marcas de cigarro, conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na página eletrônica da Anvisa.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2422 de 17 de julho de 2008	Determina, como medida de interesse sanitário, o cancelamento do cadastro das marcas de cigarros, cigarrilhas, charutos e fumo desfiado constantes no anexo desta resolução.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2335, de 10 de julho de 2008	Determina, como medida de interesse sanitário, o cancelamento do cadastro das marcas de cigarro, constantes no anexo desta resolução.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2334, de 10 de julho de 2008	Suspende cautelarmente o registro dos dados cadastrais da marca de cigarro por ela fabricada, conforme o anexo, e, conseqüentemente, retirá-la da lista de marcas constante na página eletrônica da Anvisa.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 468, de 21 fevereiro de 2008	Adota como medida de interesse sanitário, a suspensão cautelar, na página eletrônica da Anvisa, das marcas de cigarros cadastradas da empresa Sudamax Indústria e Comércio de Cigarros Ltda.

2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 57, de 10 de janeiro de 2008	Adota como medida de interesse sanitário, o cancelamento do cadastro das marcas de cigarro, conforme anexo.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2333, de 10 de julho de 2008	Suspende cautelarmente os registros dos dados cadastrais das marcas de cigarro por ela fabricada, conforme relação anexa, e, conseqüentemente, retirá-las da lista de marcas constante na página eletrônica da Anvisa.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 1257, de 28 de abril de 2008	Indefere as petições de renovação de registro de dados cadastrais, conforme relação anexa, pelas irregularidades contidas nas petições e por não cumprir as exigências técnicas.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 1258 de 28 de abril de 2008	Indefere a petição de renovação de registro de dados cadastrais, conforme relação anexa, pelas irregularidades contidas na petição e por não cumprir as exigências técnicas.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2416 de 14 de julho de 2008	Indefere a petição do registro, conforme relação anexa, pelas irregularidades contidas na petição e pelo não cumprimento das exigências técnicas exaradas.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2417 de 14 de julho de 2008	Indefere a petição do registro, conforme relação anexa, pelas irregularidades contidas na petição e pelo não cumprimento das exigências técnicas exaradas.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 3702, de 06 de outubro de 2008	Indefere, como medida de interesse sanitário, a petição do registro dos dados cadastrais, conforme o anexo, pelas irregularidades contidas na petição.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2513, de 21 de julho de 2008	Indefere a petição do registro, conforme relação anexa, pelas irregularidades contidas na petição e pelo não cumprimento das exigências técnicas exaradas.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4016, de 29 de outubro de 2008	Defere os recursos administrativos, por reconsideração de indeferimento, interpostos pela empresa Golden Leaf Tobacco Ltda.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 469, de 22 de fevereiro de 2008	Adota como medida de interesse sanitário, a suspensão cautelar, na página eletrônica da Anvisa, das marcas de cigarros cadastradas da empresa American Virgínia Indústria e Comércio, Importação e Exportação de Tabaco Ltda.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4822, de 22 de dezembro de 2008	Revoga a Resolução nº 469, de 21 de fevereiro de 2008, que suspendeu cautelarmente da página eletrônica da Anvisa as marcas de cigarro cadastradas pela empresa American Virgínia Indústria e Comércio, Importação e Exportação de Tabaco Ltda.
2008	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 261 de 28 de janeiro de 2008	Defere o recurso administrativo, por reconsideração de indeferimento, interposto pela empresa Alfredo Fantini Indústria E Comércio Ltda.
2009	Organização institucional	Portaria MS/INTO nº 252, de 20 de julho de 2009	Constitui a Comissão "Vida Hospitalar sem Tabaco" do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia.
2009	Organização institucional	Portaria MS nº 316, de 18 de setembro de 2009	Altera a composição da Comissão de que trata a Portaria SAS/MS nº 296, de 27 de abril de 2006.
2009	Organização institucional	Portaria MS nº 340, de 7 de outubro de 2009	Altera a composição da Comissão de que trata a Portaria SAS/MS nº 296, de 27 de abril de 2006.
2009	Organização institucional	Portaria MS/Anvisa nº 495, de 15 de abril de 2009	Aprova a Agenda Regulatória da Anvisa para 2009.
2009	Organização institucional	Portaria MS nº 407, de 20 de novembro de 2009	Art. 1º Alterar a composição da Comissão de que trata a Portaria SAS/MS nº 296, de 27 de abril de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 81, de 28 de abril de 2006, página 36, Seção 2,

2009	Organização institucional	Portaria MS/Anvisa nº 523, de 30 de abril de 2009	Torna insubsistente a Portaria de Nº 495 de 15 de abril de 2009.
2009	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 46, de 28 de agosto de 2009	Proíbe a comercialização, a importação e a propaganda de quaisquer dispositivos eletrônicos para fumar, conhecidos como cigarro eletrônico.
2009	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 17, de 30 de abril de 2009	Altera a Resolução RDC nº 54, de 6 de agosto de 2008, sobre prazos para adequação das imagens e advertências sanitárias nas embalagens dos produtos derivados do tabaco.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4308 de 29 de setembro de 2009	Indefere como medida de interesse sanitário, as petições de aditamento para inclusão de embalagem, conforme o anexo.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 3.652, de 25 de agosto de 2009	Deferi as petições de Renovação de Registro dos Dados Cadastrais e de Registro dos Dados Cadastrais das marcas de cigarro respectivas, conforme relação anexa, que deverão ser mantidas na Relação de Marcas disponível na página eletrônica da ANVISA.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4.875, de 30 de outubro de 2009	Deferi as petições de Registro de Produto Fumígeno - Dados Cadastrais das marcas de cigarros, conforme relação anexa, que deverão ser incluídas na Relação de Marcas disponível na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 5.066, de 12 de novembro de 2009	Deferi as petições de Registro de Produto Fumígeno - Dados Cadastrais e Renovação de Registro de Produto Fumígeno - Dados Cadastrais das marcas de cigarro, conforme relação anexa, que deverão ser mantidas na Relação de Marcas disponível na página eletrônica da ANVISA.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 5.302, de 25 de novembro de 2009	Indeferi, como medida de interesse sanitário, a petição de Renovação do Registro de Produto Fumígeno - Dados Cadastrais da marca de cigarro, conforme o anexo, por não atender ao art. 1º, Inciso II, da RDC nº 46, de 28 de março de 2001, que estabelece os teores máximos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono presentes na corrente primária para cigarros comercializados no Brasil.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 5.303, de 25 de novembro de 2009	Cancela por caducidade, como medida de interesse sanitário, o Registro dos Dados Cadastrais, conforme o anexo, das marcas de cigarro, cigarrilhas, charutos, bidis, fumo para cachimbo e fumo para narguilé.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 5.400, de 27 de novembro de 2009	Defere as petições de registro de produto fumígeno - dados cadastrais das marcas de cigarrilha e de cigarro, conforme o anexo.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 5.401, de 27 de novembro de 2009	Art.1º Indeferir a petição de Aditamento para marca de cigarro e a petição de Registro de Produto Fumígeno - Dados Cadastrais da marca de Fumo para Narguilé, conforme relação anexa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 5.806, de 18 de dezembro de 2009	Art.1º Deferir as petições de Registro e de Renovação de Registro de Produto Fumígeno -Dados Cadastrais das marcas de cigarro, conforme relação anexa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 5.807, de 18 de dezembro de 2009	Art.1º Indeferir as petições de Registro de Produto Fumígeno - Dados Cadastrais das marcas, conforme relação anexa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº nº 2683, de 03 de julho de 2009	Defere a renovação e os registros dos dados cadastrais das marcas de cigarro da empresa Souza Cruz S.A. conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 1879, de 20 de maio de	Cancela por caducidade, como medida de interesse sanitário, o registro dos dados cadastrais, conforme o anexo, das marcas de cigarro da empresa Indústria e Comércio Rei Ltda.

		2009	
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2681, de 03 de julho de 2009	Defere a renovação e os registros dos dados cadastrais da marca de cigarro Afzal Strawberry, e a manutenção desta na lista de marcas na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2682, de 03 de junho de 2009	Indefere como medida de interesse sanitário, a petição de registro dos dados cadastrais da empresa Chris e Steph Comercial e Importadora Ltda, conforme o anexo.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 3244, de 31 de julho de 2009	Defere as petições de renovação de registro dos dados cadastrais e de registro dos dados cadastrais das marcas de cigarro Cibahia Tabacos Especiais Ltda e Souza Cruz S/A, conforme relação anexa, que deverão ser mantidas na relação de marcas disponível na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 3637, de 21 de agosto de 2009	Defere as petições de renovação de registro dos dados cadastrais e de registro dos dados cadastrais das marcas de cigarro respectivas, conforme relação anexa, que deverão ser mantidas na relação de marcas disponível na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 3835, de 02 de setembro de 2009	Defere as petições de renovação de registro dos dados cadastrais das marcas de cigarro da empresa Philip Morris Brasil Indústria e Comércio Ltda, conforme anexo, que deverão ser mantidas na relação de marcas disponível na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4306, de 29 de setembro de 2009	Defere as petições de renovação de registro dos dados cadastrais e de registro dos dados cadastrais das marcas de cigarro respectivas, conforme relação anexa, que deverão ser mantidas na relação de marcas disponível na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2029, de 27 de maio de 2009	Defere a renovação de registro dos dados cadastrais das marcas de cigarro e o registro dos dados cadastrais da marca de cigarro Philip Morris Brasil Indústria e Comércio Ltda conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4307, de 29 de setembro de 2009	Cancela por caducidade, como medida de interesse sanitário, o registro dos dados cadastrais, conforme o anexo, das marcas de cigarro de fabricação da empresa Souza Cruz SA.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2259, de 10 de junho de 2009	Cancela por caducidade, como medida de interesse sanitário, o registro dos dados cadastrais, conforme o anexo, das marcas de cigarro de fabricação das empresas Cibahia Tabacos Especiais Ltda, Golden Leaf Tobacco Ltda, Philip Morris Brasil Indústria e Comércio Ltda e Souza Cruz SA.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 3638, de 21 de agosto de 2009	Defere as petições de renovação de registro dos dados cadastrais e de registro dos dados cadastrais das marcas de cigarro respectivas, conforme relação anexa, que deverão ser mantidas na relação de marcas disponível na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 3978, de 10 de setembro de 2009	Indefere, como medida de interesse sanitário, as petições de renovação de registro dos dados cadastrais, conforme o anexo.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 3979, de 10 de setembro de 2009	Defere as petições de renovação de registro dos dados cadastrais das marcas de cigarro, conforme relações anexas, que deverão ser mantidas na relação de marcas disponível na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4234, de 24 de setembro de 2009	Defere as petições de renovação de registro dos dados cadastrais das marcas de cigarro da empresa Philip Morris Brasil Indústria E Comércio Ltda, conforme relação contida no anexo, que deverão ser mantidas na relação de marcas disponível na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4817, de 29 de outubro de 2009	Restabelece os registros de dados cadastrais das marcas de cigarro, conforme relação anexa, que deverão ser retornadas à relação de marcas disponível na página eletrônica da Anvisa.

		2009	
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº, de 23 de dezembro de 2009	Deferi as petições de registro de produto fumígeno - dados cadastrais das marcas de cigarro, conforme relação anexa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 1690, de 08 de maio de 2009	Defere a renovação de registro dos dados cadastrais das marcas de cigarro conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 802, de 12 de março de 2009	Defere o registro dos dados cadastrais das marcas de cigarros e de charuto conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 756, de 10 de março de 2009	Suspende cautelarmente, como medida de interesse sanitário, o registro dos dados cadastrais das marcas de cigarro fabricadas pela empresa Cabofriense Ind e Com de Cigarros Ltda, conforme o anexo, e, conseqüentemente, retirá-la da lista de marcas constante na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 757, de 10 de março de 2009	Cancela por caducidade, como medida de interesse sanitário, o registro dos dados cadastrais das marcas de cigarro da empresa Cabofriense Ind e Com de Tabacos Ltda., conforme o anexo, e, conseqüentemente, retirá-las da lista de marcas constante na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 544, de 19 de fevereiro de 2009	Revoga a Resolução nº 2.711, de 07 de agosto de 2008, que suspendeu cautelarmente da página eletrônica da Anvisa as marcas de cigarro fabricadas pela empresa Phoenix Indústria e Comércio de Tabacos Ltda.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 394, de 12 de fevereiro de 2009	Defere o registro dos dados cadastrais das marcas de cigarros e de charuto conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 407, de 13 de fevereiro de 2009	Defere o registro dos dados cadastrais das marcas de cigarros e de charuto conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 155, de 19 de janeiro de 2009	Defere o registro dos dados cadastrais das marcas de cigarros e de charuto conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 1533, de 04 de maio de 2009	Indefere, como medida de interesse sanitário, a renovação do registro dos dados cadastrais das marcas de cigarro Rei Ouro, Rei Prata, Sabre Prata, Lexus Blue, Lexus Red e Yes Red, fabricadas pela empresa Itaba Indústria de Tabaco Brasileira Ltda.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 1856, de 19 de maio de 2009	Indefere, como medida de interesse sanitário, a renovação do registro dos dados cadastrais das marcas de cigarro Rei V Ouro, Rei V Prata, Sabre Prata, Lexus Blue, Lexus Red e Yes Red, fabricadas pela empresa Itaba Indústria de Tabaco Brasileira Ltda.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2257, de 15 de junho de 2009	Indefere, como medida de interesse sanitário, a petição de registro dos dados cadastrais da empresa tabacos Venus Ltda, conforme o anexo, pela irregularidade contida na petição.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2258, de 15 de junho de 2009	Cancela por caducidade, como medida de interesse sanitário, o registro dos dados cadastrais, conforme o anexo, das marcas de charutos e outros produtos derivados do tabaco, de fabricação das empresas Chaba Charutos da Bahia Ltda, ABC Tobacco Indústria e Comércio de Fumo SA, Cibahia Tabacos Especiais Ltda, Imigrantes Indústria e Comércio de Fumos Ltda e Swedish Match Comércio Importação Exportação Ltda.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2260, de 15 de junho de 2009	Indefere, como medida de interesse sanitário, a petição de registro dos dados cadastrais, da empresa Radwan Mehdi Raad, pela irregularidade contida na petição.
2009	Regulação de	Resolução Anvisa nº	Cancela por caducidade, como medida de interesse sanitário, o registro dos dados cadastrais das marcas de charuto da empresa

	produtos	5873, de 24 de dezembro de 2009	Emporium Cigars Import. e Com. de Tabaco Ltda., conforme o anexo, e, conseqüentemente, retirá-las da lista de marcas constante na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 1324, de 20 de abril de 2009	Defere o registro dos dados cadastrais das marcas de tabaco inalável, charutos e cigarro conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 1341, de 20 de abril de 2009	Suspende cautelarmente, como medida de interesse sanitário, o registro dos dados cadastrais de todas as marcas de cigarro fabricadas pela empresa Itaba Indústria de Tabaco Brasileira Ltda. e, conseqüentemente, retirá-la da lista de marcas constante na página eletrônica da Anvisa,
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4593, de 16 de outubro de 2009	Restabelece o registro de dados cadastrais da marca de cigarro da empresa Itaba Indústria de Tabaco Brasileira Ltda, conforme o anexo, que deverá ser retornada à relação de marcas disponível na página eletrônica da Anvisa.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4683, de 19 de outubro de 2009	Cancela por caducidade, como medida de interesse sanitário, os registros de dados cadastrais das marcas, conforme o anexo, de fabricação da empresa Itaba Indústria De Tabaco Brasileira Ltda.
2009	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4818, de 29 de outubro de 2009.	Cancela por caducidade, como medida de interesse sanitário, os registros de dados cadastrais das marcas, conforme o anexo, de fabricação da empresa Itaba Indústria de Tabaco Brasileira Ltda.
2010	Comercialização	Instrução Normativa RFB nº 1.004, de 02 de fevereiro de 2010	Altera a Instrução Normativa RFB nº 769, de 21 de agosto de 2007, que dispõe sobre a instalação de equipamentos contadores de produção nos estabelecimentos industriais fabricantes de cigarros de que tratam os arts. 27 a 30 da Lei nº 11.488, de 15 de junho de 2007, e dá outras providências.
2010	Organização institucional	Portaria MS/ Anvisa nº 1, de 5 de janeiro de 2010	Delega competência para julgar os processos administrativos de infrações à legislação sanitária federal, no âmbito da gerência de produtos derivados do tabaco, cujos autos de infração tenham sido lavrados até 14 de julho de 2009.
2010	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 1832 de 22 de abril de 2010	Defere as petições de aditamento para alteração da embalagem de marcas de cigarro conforme o anexo.
2010	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 436, de 10 de fevereiro de 2010	Deferi a petição de Renovação de Registro de Produto Fumígeno -Dados Cadastrais da marca de cigarro, conforme relação anexa.
2010	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 1155, de 15 de março de 2010	Suspende cautelarmente, como medida de interesse sanitário, o registro dos dados cadastrais da marca de cigarro Kirby Blue, fabricada pela empresa Cabofriense Ind E Com De Cigarros Ltda, conforme o anexo, e a retirada da mesma da lista de marcas de cigarro constante na página eletrônica da Anvisa.
2010	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 1817, de 22 de abril de 2010	Defere as petições de registro e renovação de registro de produto fumígeno - dados cadastrais de marcas de cigarro, conforme o anexo.
2010	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4283, de 14 setembro de 2010	Determina a suspensão da fabricação, comercialização, produção e distribuição, em todo o território nacional, dos produtos das marcas Free Nano Sabores Menta KS, Free Nano Sabores Cravo KS, Free Nano Tabaco KS, Dunhill Nanocut Blonde Blend KS SS, da Empresa Souza Cruz S.A.
2010	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 3874, de 23 de agosto de 2010	Indefere a petição de registro de produto fumígeno - dados cadastrais da marca de produto fumígeno, conforme o anexo.
2010	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 3873, de 23 de agosto de 2010	Defere as petições de registro de registro – dados cadastrais, conforme o anexo.

2010	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4485, de 04 de outubro de 2010	Deferir a petição de registro de produto fumígeno - dados cadastrais, conforme o anexo.
2010	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4486, de 30 de setembro de 2010	Deferir as petições de aditamento a processos de registro de produto fumígeno - dados cadastrais conforme o anexo.
2010	Temas diversos	RDC/Anvisa nº 65, de 27 de dezembro de 2010	Torna sem efeito a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 62, de 22 de dezembro de 2010.
2010	Temas diversos	RDC/Anvisa nº 62, de 22 de dezembro de 2010	Dispõe sobre as embalagens e os materiais de propaganda e os pontos de venda dos produtos fumígenos derivados do tabaco.
2011	Comercialização	Instrução Normativa RFB nº 1.155, de 13 de maio de 2011	Dispõe sobre procedimentos e medidas de controle referentes à exportação de cigarros.
2011	Comercialização	Instrução Normativa RFB nº 1.156, de 13 de maio de 2011	Altera a Instrução Normativa RFB Nº 769, de 21 de agosto de 2007, que dispõe sobre a instalação de equipamentos contadores de produção nos estabelecimentos industriais fabricantes de cigarros.
2011	Comercialização	Instrução Normativa RFB nº 1.163, de 03 de junho de 2011	Altera a Instrução Normativa RFB Nº 769, de 21 de agosto de 2007, que dispõe sobre a instalação de equipamentos contadores de produção nos estabelecimentos industriais fabricantes de cigarros.
2011	Comercialização	Instrução Normativa RFB nº 1.203, de 24 de outubro de 2011	Altera a Instrução Normativa RFB nº 770, de 21 de agosto de 2007, que dispõe sobre o registro especial a que estão obrigados os fabricantes e importadores de cigarros, bem assim sobre o selo de controle a que estão sujeitos estes produtos.
2011	Preços e impostos	Instrução Normativa RFB nº 1.204, de 24 de outubro de 2011	Dispõe sobre normas complementares relativas à tributação de cigarros e de cigarrilhas, e dá outras providências.
2011	Organização institucional	Portaria MS nº 114, de 24 de março de 2011	Altera a composição da Comissão de que trata a Portaria SAS/MS nº 296, de 27 de abril de 2006.
2011	Organização institucional	Portaria MS nº 1.083, de 12 de maio de 2011	Aprova o Regimento Interno da Comissão Nacional para Implementação da Convenção- Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ).
2011	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4.669, de 19 de outubro de 2011	Suspende cautelarmente, como medida de interesse sanitário, os Registros dos Dados Cadastrais das marcas de cigarros fabricadas pela Empresa Indústria e Comércio Rei Ltda, conforme o Anexo, e a consequente retirada da lista de marcas de cigarro constante na página eletrônica da Anvisa.
2011	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4.670, de 19 de outubro de 2011	Suspende cautelarmente, como medida de interesse sanitário, os Registros dos Dados Cadastrais das marcas de cigarros fabricadas pela Empresa Itaba Indústria de Tabaco Brasileira Ltda, conforme o Anexo, e a consequente retirada da lista de marcas de cigarro constante na página eletrônica da Anvisa,
2011	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 1.448, de 4 de abril de 2011	Deferir as petições de Aditamento e a de Renovação aos processos de Registro de Produtos Fumígenos - Dados Cadastrais e a petição de Registro de Produto Fumígeno - Dados Cadastrais, conforme relação anexa.
2011	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 1.449, de 4 de abril de 2011	Deferir as petições de Aditamento e a de Renovação aos processos de Registro de Produtos Fumígenos - Dados Cadastrais e a petição de Registro de Produto Fumígeno - Dados Cadastrais, conforme relação anexa.
2011	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 2.820, de 1º de julho de	Indeferir as petições de Registro de Produtos Fumígenos - Dados Cadastrais, conforme relação anexa, por não terem realizado as análises químicas exigidas pela RDC 90/2007 para o registro de cigarros, dos compostos presentes na Corrente Primária, na

		2011	Corrente Secundária e no Tabaco Total.
2011	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 163 de 14/01/2011	Determina, como medida de interesse sanitário, o cancelamento por caducidade dos registros de produto fumígeno - dados cadastrais das marcas de cigarros constantes no anexo desta resolução
2011	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 4098, de 09 de setembro de 2011	Suspende cautelarmente, como medida de interesse sanitário, os registros dos dados cadastrais das marcas de cigarros fabricadas pela empresa Ficet Indústria e Comércio de Cigarros e Importação e Exportação Ltda, conforme o anexo, e a consequente retirada da lista de marcas de cigarro constante na página eletrônica da Anvisa.
2011	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 511 de 04/02/2011	Determina, como medida de interesse sanitário, o cancelamento por caducidade dos registros de produto fumígeno - dados cadastrais das marcas de cigarros constantes no anexo desta resolução.
2011	Regulação de produtos	Resolução Anvisa nº 512 de 07/02/2011	Defere as petições de registro de produtos fumígenos - dados cadastrais, renovação de registro e de aditamento, conforme o anexo.
2012	Organização institucional	Portaria MS nº 713, de 17 de abril de 2012	Torna pública a Resolução nº 1, de 15 de dezembro de 2011, que estabelece as diretrizes éticas aplicáveis aos membros da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos (CONICQ), na forma do anexo.
2012	Produção	Resolução BC nº 4.107, de 28 de junho de 2012	Altera as disposições do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf), de que trata o capítulo 10 do Manual de Crédito Rural (MCR), para aplicação a partir da Safra 2012/2013.
2012	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 14, de 15 de março de 2012.	Dispõe sobre os limites máximos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono nos cigarros e a restrição do uso de aditivos nos produtos fumígenos derivados do tabaco, e dá outras providências.
2012	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 22, de 3 de abril de 2012	Altera a RDC nº 335, de 21 de novembro de 2003 e a RDC nº. 86, de 17 de maio de 2006, que dispõem sobre as embalagens de produtos fumígenos derivados do tabaco.
2012	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 38, de 9 de julho de 2012.	Revoga a RDC nº 22, de 3 de abril de 2012, que dispõe sobre alteração do disque saúde e do logo nas imagens de advertência sanitária nas embalagens de produtos derivados de tabaco.
2013	Comercialização	Instrução Normativa RFB nº 1.421, de 19 de dezembro de 2013	Altera a Instrução Normativa RFB nº 770, de 21 de agosto de 2007, que dispõe sobre o registro especial a que estão obrigados os fabricantes e importadores de cigarros, bem assim sobre o selo de controle a que estão sujeitos esses produtos, e dá outras providências.
2013	Regulação de produtos	Instrução Normativa Anvisa nº 6, de 26 de agosto de 2013	Autoriza, em caráter excepcional, por 12 (doze) meses a utilização das substâncias constantes no Anexo desta Instrução Normativa em produtos fumígenos derivados do tabaco comercializados no país, de fabricação nacional ou importados.
2013	Tratamento	Portaria MS nº 571, de 5 de abril de 2013	Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.
2013	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 43, de 03 de setembro de 2013	Altera a Resolução RDC Nº 30, de 23 de maio de 2013, sobre prazos para adequação das imagens e advertências sanitárias nas embalagens dos produtos derivados do tabaco.
2013	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 30, de 23 de maio de 2013	Altera a Resolução RDC n. 335, de 21 de novembro de 2003, e revoga as Resoluções RDC n. 86, de 17 de maio de 2006, RDC n. 54, de 06 de agosto de 2008 e Resolução RDC n. 38, de 9 de julho de 2012, que dispõem sobre embalagens de produtos fumígenos derivados do tabaco.
2014	Comercialização	Instrução Normativa RFB nº 1.516, de 26 de novembro de 2014	Altera a Instrução Normativa RFB nº 769, de 21 de agosto de 2007, que dispõe sobre a instalação de equipamentos contadores de produção nos estabelecimentos industriais fabricantes de cigarros de que tratam os arts. 27 a 30 da Lei nº1.488, de 15 de junho de 2007, e dá outras providências.
2014	Comercialização	Instrução Normativa RFB	Altera a Instrução Normativa RFB nº 770, de 21 de agosto de 2007, que dispõe sobre o registro especial a que estão obrigados os

		nº 1.519, de 27 de novembro de 2014	fabricantes e importadores de cigarros, bem assim sobre o selo de controle a que estão sujeitos estes produtos, e dá outras providências.
2014	Organização institucional	Portaria MS/MTE nº 2.145, de 1º de outubro de 2014	Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de regulamentar as condições de isolamento, ventilação e exaustão do ar e as medidas de proteção ao trabalhador nos recintos coletivos onde o consumo de produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, será permitido, conforme exceções previstas no § 2º do art. 3º do Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014.
2014	Ambientes livres do fumo	Portaria MS/MTE nº 2.647, de 4 de dezembro de 2014	Regulamenta as condições de isolamento, ventilação e exaustão do ar e medidas de proteção ao trabalhador, em relação à exposição ao fumo nos ambientes estabelecidos no art. 3º do Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, alterado pelo Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014.
2015	Temas diversos	Portaria MS nº 256, de 12 de março de 2015	Descentraliza recursos para o Ministério das Relações Exteriores.
2015	Regulação de produtos	RDC/Anvisa nº 14, de 10 de abril de 2015	Dispõe sobre a advertência sanitária que deve ocupar 30% (trinta por cento) da parte inferior da face frontal das embalagens de produtos fumígenos derivados do tabaco.
2016	Tratamento	Portaria MS nº 761, de 21 de junho de 2016	Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina.
2016	Produção	Resolução BC nº 4.483, de 3 de maio de 2016	Ajusta as normas a serem aplicadas às operações contratadas no âmbito do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf) a partir de 1º de julho de 2016.
2016	Produção	Portaria BC nº 761, de 21 de junho de 2016	Altera disposições do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf), de que trata o Capítulo 10 do Manual de Crédito Rural (MCR).

Nota: 1- As normas quantificadas envolvem instruções normativas, portarias e resoluções e correspondem aos resultados da busca de publicações contendo pelo menos um dos termos: cigarro, fumo, tabaco e tabagismo. Não necessariamente correspondem a medidas de controle do tabaco. 2- A categoria 'Temas diversos' refere-se às publicações que envolvem mais de uma das demais categorias.

Legenda: Anvisa- Agência Nacional de Vigilância Sanitária; BC- Banco Central do Brasil; INCA- Instituto Nacional de Câncer; INTO- Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia; MEC- Ministério da Educação; MJ- Ministério da Justiça; MTE- Ministério do Trabalho e Emprego; MS- Ministério da Saúde; RDC- Resolução da Diretoria Colegiada; RFB- Secretaria da Receita Federal do Brasil.

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir de diversas fontes: Saúde Legis (http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM); Sistema de Informações do Congresso Nacional- Senado Federal (<http://legis.senado.gov.br/sicon/>); Portal da Legislação - Presidência da República (<http://www4.planalto.gov.br/legislacao>); Secretaria da Receita Federal (<http://normas.receita.fazenda.gov.br/sijut2consulta/consulta.action>) e Banco Central do Brasil (http://www.bcb.gov.br/Pre/CMN/resolucao_recente.asp).

APÊNDICE C- RELAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

	Nome	Cargo/ Órgão ¹
1.	Alberto José de Araújo	Médico do Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo do Instituto de Doenças do Tórax - Universidade Federal do Rio de Janeiro.
2.	Alessandro Molon	Deputado Federal- Rio de Janeiro.
3.	Aluisio Bandeira de Mello Cunha	Chefe da Divisão de Imposto sobre Produto Industrializado (Ditipi) da Secretaria da Receita Federal - Ministério da Fazenda.
4.	Ana Cláudia Bastos de Andrade	Gerente-Geral da Gerência-Geral de Produtos Derivados do Tabaco da Agência Nacional de Vigilância Sanitária- Ministério da Saúde.
5.	Christianne Belinzoni de Carvalho	Consultora na Secretaria de Agricultura Familiar - Ministério Desenvolvimento Agrário.
6.	Darcísio Perondi	Deputado Federal - Rio Grande do Sul.
7.	Diogo Henrique Tomaz Afonso Alves	Assessor técnico da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde - Ministério da Saúde.
8.	Eduardo Von Glehn Nobre	Analista de comércio exterior da Coordenação Geral de Agronegócio - Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior.
9.	José Carlos Magalhães da Silva Moutinho	Diretor da Diretoria de Coordenação e Articulação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Ministério da Saúde.
10.	José Gomes Temporão ²	Ex-diretor geral do Instituto Nacional de Câncer (2003-2005), ex-ministro da saúde (2007-2010).
11.	Juliana de Moura Gomes	Diplomata da Divisão de Temas Sociais - Ministério das Relações Exteriores.
12.	Irmã Lourdes Dill	Coordenadora do projeto Esperança/Cooesperança- Santa Maria/RS
13.	Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva ²	Ex-diretor do Instituto Nacional de Câncer (2005-2015).
14.	Patrícia Sampaio Chueiri	Coordenadora da Coordenação Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas do Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde.
15.	Paula Johns	Diretora executiva da Aliança de Controle do Tabagismo.
16.	Sávio Rafael Pereira	Coordenador da Coordenação-Geral de Grãos, Fibras e Oleaginosas do Departamento de Comercialização e Abastecimento da Secretaria de Política Agrícola - Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento.
17.	Táís Porto Oliveira	Analista Técnica de Políticas Sociais da Coordenação Geral de Agravos e Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde.
18.	Tania Maria Cavalcante	Secretária Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.
19.	Valéria Cunha de Oliveira	Chefe da Divisão de Controle do Tabagismo do Instituto Nacional de Câncer - Ministério da Saúde.
20.	Vera Luiza da Costa e Silva	Chefe do Secretariado da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.

Nota:

¹Os cargos e órgãos mencionados referem-se aos exercidos na época da realização das entrevistas. Além dos entrevistados citados, as perguntas enviadas por e-mail ao Sindicato Interestadual da Indústria do Tabaco foram respondidas pelo mesmo canal por um representante não identificado.

²Os entrevistados foram selecionados devido ao exercício prévio na direção de órgãos de grande relevância na política de controle do tabaco.

APÊNDICE D- ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA (MODELO BÁSICO)

Brasil e o contexto internacional do controle do tabaco

- 1- Como você identifica o papel do Brasil no cenário internacional do controle do tabaco?
- 2- Há peculiaridades da política nacional em relação às diretrizes internacionais para o controle do tabaco? Quais são?
- 3- Com quais países, regiões e organismos internacionais o Brasil se articula? No que consiste estas articulações?
- 4- Quais são os avanços e dificuldades do Brasil nestas articulações?

Trajetória da política de controle do tabaco brasileira

1. A seu ver, quais foram as origens da política brasileira de controle do tabaco?
2. Quais eventos você considera como marcos nacionais e internacionais do controle do tabaco?
3. Na sua opinião, quais foram os elementos de continuidades e mudanças na trajetória da política de controle do tabaco no Brasil, considerando seus vários momentos, os governos e as gestões ministeriais?

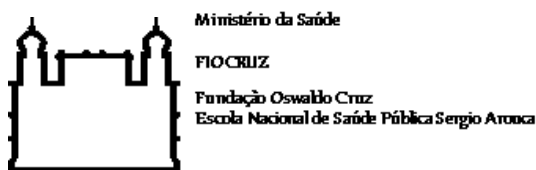
Formulação e gestão da política brasileira de controle do tabaco

- 1- Como está estruturada a gestão e a divisão de responsabilidades da política brasileira de controle do tabaco?
- 2- Que órgãos e atores participam da formulação da política?
- 3- Como são estabelecidas as articulações intergovernamentais e da gestão federal com órgãos não governamentais, o legislativo e a indústria do tabaco?
- 4- Qual é o papel da CONICQ na formulação e gestão da política? Quais atores participam e quais são as suas responsabilidades e atribuições?
- 5- Como são estabelecidas as articulações entre os atores da CONICQ e desta com outros órgãos governamentais, órgãos não governamentais, o legislativo e a indústria do tabaco?

Implementação da Política Nacional de Controle do Tabaco

- 1- Quais são as estratégias presentes na atual agenda? Quais são priorizadas?
- 2- Em relação às medidas priorizadas, qual o grau de implantação dessas medidas?
- 3- Quais os avanços e as dificuldades na implementação das estratégias da política de forma geral e das medidas priorizadas?

APÊNDICE E- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado para participar da pesquisa referente à tese de doutorado de Leonardo Henriques Portes. O trabalho é intitulado “Políticas de controle do tabaco no Brasil (1988-2015): contexto e estratégias” é desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. (ENSP/FIOCRUZ) e está sendo orientado pela professora Dr^a. Cristiani Vieira Machado.

O objetivo central do estudo é analisar a política de controle do tabaco no Brasil de 1988 a 2015.

A sua participação é voluntária e consistirá em conceder uma entrevista ao pesquisador do projeto, com duração de 30 a 60 minutos. A sua seleção se deve principalmente ao seu envolvimento relacionado ao controle do tabaco do Brasil.

Caso você esteja de acordo, a entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, você pode solicitar ao pesquisador que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento. Os arquivos áudio e as transcrições serão armazenados pelo pesquisador do projeto e usados somente para a pesquisa em questão, sendo garantida a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas.

A metodologia da pesquisa envolve uma série de estratégias metodológicas, incluindo as entrevistas, análise documental e de bases de dados secundários. As entrevistas com dirigentes/técnicos federais e com especialistas desempenham um papel importante para a compreensão da Política Nacional de Controle do Tabaco.

As informações obtidas por meio da entrevista serão processadas pelo pesquisador do projeto e analisadas em conjunto com as outras entrevistas e material de outras fontes de pesquisa, sendo os resultados da análise de responsabilidade da equipe de pesquisadores.

Ressaltamos que a sua participação como entrevistado trará como benefício a contribuição para a geração de conhecimento sobre a política brasileira de controle do tabaco. Os únicos riscos eventuais de sua participação na pesquisa se relacionariam à sua identificação como entrevistado, direta ou indiretamente.

Os resultados serão divulgados a partir da divulgação da tese, dos artigos científicos produzidos e da apresentação da pesquisa em eventos acadêmicos e institucionais.

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Contato com o pesquisador responsável:

E-mail: leo.portes@yahoo.com.br

Tel: (0XX) 21-982804537 – celular

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz
Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º andar – sala 715
Manguinhos
Rio de Janeiro – RJ
CEP: 21041-210

Contato com a orientadora:

E-mail: cristiani@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz
Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º andar – sala 715
Manguinhos
Rio de Janeiro – RJ
CEP: 21041-210

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail : cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz
Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – térreo
Manguinhos
Rio de Janeiro – RJ
CEP: 21041-210

Assinale se concorda em participar da pesquisa:

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinale a sua opção quanto à autorização para gravar a entrevista:

Sim, autorizo a gravação da entrevista.

Não autorizo a gravação da entrevista.

Em relação à sua identificação como participante dessa pesquisa, assinale abaixo a opção que lhe for mais conveniente:

- Autorizo a identificação de meu nome como participante da pesquisa em uma relação geral de entrevistados e, eventualmente, vinculado a informações fornecidas;
- Autorizo a identificação de meu nome como participante da pesquisa somente em uma relação geral de entrevistados;
- Não autorizo a identificação de meu nome como participante da pesquisa.

Leonardo Henriques Portes
Doutorando em Saúde Pública/ ENSP-Fiocruz. Pesquisador Responsável.

Cristiani Vieira Machado
Pesquisadora DAPS/ENSP/FIOCRUZ. Orientadora.

LOCAL E DATA

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)
Nome do participante:

APÊNDICE F- RELAÇÃO DAS ATAS DAS REUNIÕES DA CONICQ ANALISADAS

	Data	Município	Local
1ª reunião	10/10/03	Brasília	Ministério da Saúde
2ª reunião	26/11/03	Brasília	Ministério da Saúde
3ª reunião	10/12/03	Brasília	Ministério da Saúde
4ª reunião	31/03/04	Brasília	Ministério da Saúde
5ª reunião	28/04/04	Brasília	Ministério da Saúde
6ª reunião	02/09/04	Brasília	Ministério da Saúde
7ª reunião	23/02/05	Brasília	Ministério da Saúde
8ª reunião	20/07/05	Brasília	Ministério da Saúde
9ª reunião	25/11/05	Brasília	Ministério da Saúde
10ª reunião	17 e 18/01/06	Brasília	Ministério da Saúde
11ª reunião	11/04/06	Brasília	Ministério da Saúde
12ª reunião	8 e 9/06/06	Rio de Janeiro	Instituto Nacional de Câncer
13ª reunião	16 e 17/08/06	Rio de Janeiro	Instituto Nacional de Câncer
14ª reunião	21/11/06	Brasília	Ministério da Saúde
15ª reunião	28/03/07	Brasília	Ministério do Desenvolvimento Agrário
16ª reunião	20/06/07	Brasília	Ministério das Relações Exteriores
17ª reunião	30/08/07	Brasília	Ministério da Saúde
18ª reunião	07/11/07	Brasília	Ministério da Saúde
19ª reunião	10/04/08	Brasília	Ministério da Saúde
23ª reunião	08/10/08	Brasília	Ministério da Saúde
24ª reunião	07/05/09	Brasília	Ministério da Saúde
25ª reunião	23/07/09	Brasília	Ministério da Saúde
26ª reunião	10/03/10	Brasília	Ministério da Saúde
27ª reunião	23/06/10	Brasília	Ministério da Saúde
28ª reunião	06/10/10	Brasília	Ministério da Saúde
29ª reunião	24/05/11	Brasília	Ministério da Saúde
30ª reunião	24/08/11	Brasília	Ministério da Saúde
31ª reunião	15/12/11	Brasília	Ministério da Saúde
32ª reunião	23/05/12	Brasília	Ministério da Saúde
33ª reunião	23 e 24/10/12	Brasília	Ministério da Saúde
34ª reunião	04/04/13	Brasília	Ministério da Saúde
35ª reunião	14/08/13	Brasília	Fundação Oswaldo Cruz
36ª reunião	16/10/13	Brasília	Ministério da Saúde
37ª reunião	04/12/13	Brasília	Ministério das Relações Exteriores
38ª reunião	12/03/14	Brasília	Ministério da Saúde
39ª reunião	21/08/14	Brasília	Ministério da Saúde

Nota:

Não foram disponibilizadas as atas da 20ª, 21ª e 22ª reuniões e das reuniões referentes a 2015 e 2016.