
TABAGISMO: PREVALÊNCIA E REGULAÇÃO

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

“Se o tabaco fosse introduzido na sociedade agora, certamente, seria considerado ilegal, pelo conhecimento acumulado sobre os danos provocados pelo seu uso. Portanto, sua legalidade é produto de um erro histórico” (BRASIL, 2002).

DO GLAMOUR DO “FUMANDO ESPERO” À MAIOR CAUSA DE MORTE EVITÁVEL DO MUNDO

A té meados do século passado, o tabagismo era sinônimo de *glamour*, de *status* social, mesmo que fosse um prosaico cigarrinho de palha do interior das Gerais, fabricado com a “paia de mio”, amaciada pela umidade da língua em um gestual tipicamente brejeiro, entrelaçada por entre os dedos anelar e médio e fixada pelos dedos mínimo e indicador¹. Elaborado com requinte artesanal, com o uso de canivete afiado e fumo de rolo (de preferência, capoeirinha), picado e misturado com maestria na palma da mão, entre um dedo de prosa descontraída e um cafezinho – passado em coador de pano e feito em fogão de lenha –, é conhecido como boca de pito. A maestria na confecção desse cigarrinho, ainda nos dias de hoje, sobretudo no interior do país, é não deixar nenhum dos ingredientes manipulados, todos ao mesmo tempo, escaparem das mãos – mãos muitas vezes calejadas pelo trabalho braçal diário, por aqueles que faziam e ainda fazem desse ato o diletantismo diário para satisfazer seu desejo por uma tragada supostamente necessária ao seu relaxamento ou ao seu bem-

1 Na linguagem popular, os dedos das mãos são conhecidos como: mindinho, seu vizinho, pai de todos, fura bolo e mata piolho.

-estar emocional, graças àquela fumarada envolvente para seus pulmões. Que paz serena.

Em ambiente diverso da simplicidade do “cigarrinho de paia”, o cigarro industrializado, o charuto, a cigarrilha ou o cachimbo conferiam aos seus usuários o *glamour* do “fumando espero”, conforme letra de um tango dos anos 1950. Eram produtos refinados pelas indústrias exatamente para serem vistos como trazedores de benefício e sucesso pessoal aos seus usuários. Afinal, nada mais charmoso e elegante do que segurar entre os dedos, indicador e médio, com aquele ar vitorioso de Sierra Maestra, um Cohiba proveniente de Cuba ou apreciar o aroma envolvente do refinado fumo importado e acondicionado em cachimbo trazido do Reino Unido, fabricado do caule da mais legítima roseira inglesa, que conferia aquela aura de intelectual, mais próxima da aristocracia da terra de Sua Majestade do que dos ambientes Geraldinos² frequentados pelos filhos desta terra. Ou seja, um sonho de consumo finalmente realizado.

A pessoa inspirada que desenha o cigarro, o torna um ser masculino na mão do homem, feminino na mão da mulher, sofisticado para os sofisticados [...] para os jovens, um toque de rebeldia, para os idosos, uma ferramenta de tranquilidade, um aliado afetuoso nos momentos de ação e um companheiro solitário durante reflexão (CRUZ apud HEARTIER, 1993).

Mas o tempo passa, os sonhos se enfumaçam, a ciência avança e a realidade finalmente chega. O que era garantia de sucesso para as pessoas se transformou em acometimento de doença. Estudos realizados por várias instituições de pesquisa, a partir dos anos de 1950, começaram a alertar para os malefícios causados pela nicotina e pelas inúmeras substâncias utilizadas na fabricação dos derivados do tabaco, a maioria comprovadamente cancerígena. Ao tentar ludibriar o usuário e atenuar o gosto horrível da nicotina pura, a indústria adiciona adjuvantes para facilitar a

2 Geraldino é uma metáfora futebolística para designar os torcedores que frequentavam a geral dos estádios de futebol. Eram locais de pouco conforto, sem nenhum equipamento de proteção contra as intempéries climáticas e de onde os jogos eram vistos de pé. O desconforto na postura era compensado pela alegria de ver de perto o time do coração, sem falar nos preços dos ingressos, acessíveis aos trabalhadores de baixa renda. Tempos felizes que tiveram fim com a FIFA, após a exigência das modernas arenas multiuso para abrigar a elite do futebol.

absorção daquela substância e fidelizar os incautos às suas marcas, principalmente jovens e adolescentes. A subserviência ao “hábito” elegante é logo sentida. É o início da dependência química e não o hábito saudável, como faz parecer a agressiva máquina de *marketing* da indústria. Não é algo que fica sob o controle do usuário, facilmente descartado como em um passe de mágica.

Os pesquisadores e estudiosos sobre as evidências científicas e consequências do tabagismo para o organismo humano consideram importante diferenciar o entendimento conceitual sobre hábito, vício e dependência. Para a indústria, insisto, tudo não passa de um prosaico e salutar hábito de lazer.

“Hábito significa [...] maneira permanente ou frequente, regular ou esperada de agir, sentir, comportar-se; mania” (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2013). Ou seja, uma questão de mania, que, por ser mania, será facilmente enfrentada e vencida. É a sensação de domínio absoluto sobre a situação. Ledo engano. Em relação ao tabagismo, essa lógica não se aplica tão facilmente. As célebres imagens do homem do Marlboro, a cavalgar um pomposo garanhão no Oeste americano, depois no leito de morte, acometido por um câncer de pulmão, falam por si.

Por vício, entende-se, de acordo com o dicionário Aurélio (2004, p. 2058), “defeito grave que torna uma pessoa ou coisa inadequada para certos fins ou funções”. Nos dias de hoje, o fumante que não respeita os direitos dos não fumantes, principalmente, em ambientes coletivos e inapropriados ao uso de produtos derivados do tabaco, é considerado, do ponto de vista comportamental, como uma pessoa antissocial. A dúvida é como essa postura individual deve ser retratada, já que o tabagismo se caracteriza como dependência química.

Por fim, dependência se caracteriza “pelo uso e a necessidade, tanto física como psicológica, de uma substância psicoativa, apesar do conhecimento de seus efeitos prejudiciais à saúde”. “Substâncias ou drogas psicoativas são aquelas que modificam o estado de consciência do usuário” (AMB, 2013). A nicotina é considerada uma substância psicoativa.

Portanto, tabagismo é uma toxicomania caracterizada pela dependência física e psicológica do consumo de nicotina. Está incluído no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de subs-

tância psicoativa, segundo a Décima Revisão de Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Por dependência do tabaco se entende:

Um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolve após uso repetido e tem como características o forte desejo de fumar, dificuldade em controlar o uso, persistência no uso, apesar de consequências nocivas, tolerância à nicotina aumentada e estado de abstinência (OMS, 1997, p. 313-14).

O tabagismo é a maior causa de morte evitável no mundo. Seis milhões de vidas são perdidas todos os anos por causa de doenças tabaco-relacionadas, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, são mais de 200 mil mortes anuais. Esse número é alarmante e indica claramente que as autoridades nacionais, em seus respectivos territórios, devem assumir o compromisso de reduzir a prevalência do tabagismo, além de se associarem internacionalmente para conter a disseminação desse mal que assola todo o mundo.

Hoje a mortalidade que tem como causa as doenças tabaco-relacionadas supera a mortalidade que da Aids, cocaína, heroína, do álcool, dos suicídios e dos acidentes de trânsito somados (SHAFEY et al., 2009). Cerca de 90% dos fumantes tornam-se dependentes da nicotina entre os cinco e os 19 anos de idade (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004). De um lado, essa dependência é considerada doença pediátrica; de outro, uma verdadeira pandemia, com uma característica única: o vetor transmissor desse mal é uma indústria. Não uma indústria qualquer, mas a poderosa indústria do tabaco, com seus tentáculos econômicos e coercitivos. Com atuação despudorada sobre diversos atores da sociedade mundial, sem nenhum constrangimento político, almeja, apenas, garantir a profusão de seus negócios e rejeita toda e qualquer medida protetiva da saúde da população que possa repercutir em seus lucros.

COMBATE AO TABAGISMO – UM PACTO INTERNACIONAL

O agravamento do quadro das doenças não transmissíveis em todo mundo levou a OMS a propor, pela primeira vez na história, um pacto internacional no setor da saúde pública para combater o tabagismo, conhecido como Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). Aprovada em 2003 pela 52ª Assembleia Mundial da Saúde da OMS, após ampla discussão pelos países membros, foi ratificada pelo Brasil em 2006 – atualmente, 178 países já ratificaram a convenção. O objetivo da CQCT é “proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco” (OMS, 2003, p. 4).

Esse tratado, vinculante para todos os países signatários, fornece algumas diretrizes que visam à diminuição do consumo de tabaco, sem, contudo, desconsiderar as condições políticas de cada país. Essas diretrizes estão organizadas em três conjuntos de medidas (CAVALCANTE, 2014):

- Medidas relacionadas ao consumo: destaque para a proteção contra o tabagismo passivo, política de preços e impostos incidentes sobre os produtos derivados do tabaco, bem como a orientação para proibir a publicidade, a promoção e o patrocínio de indústrias. No Brasil, o Ministério da Fazenda estabeleceu o preço mínimo de R\$3,00 por cartela de cigarro³;
- Medidas relacionadas à oferta: controle do comércio ilícito e proibição de venda a menores de 18 anos;
- Medidas transversais: conclama a participação da sociedade civil na luta contra o tabagismo.

No Brasil, várias medidas já foram tomadas em cumprimento às diretrizes da Convenção Quadro. Algumas dessas medidas, inclusive, são referência para a formulação de políticas no combate ao tabagismo de

3 O preço mínimo é decorrente da aprovação da Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011, que institui o Regime Especial de Reintegração de Valores Tributários para as Empresas Exportadoras (Reintegra). Saliente-se que essa lei, autêntico Frankenstein jurídico e tributário, estipulou o preço mínimo para a cartela de cigarro e o aumento de impostos para o segmento industrial como compensação pela redução de tributos da chamada “linha branca” – e não para se associar às diretrizes governamentais de combate ao tabagismo.

outros países. O maior destaque dessas medidas, no âmbito da regulação pós-CQCT, foi a restrição do uso dos produtos derivados do tabaco.

O controle do tabagismo, em que pese a legitimidade das ações desenvolvidas em benefício da sociedade como um todo, independentemente de classe social e gênero, tem repercussão direta para um segmento que compõe o complexo produtivo do tabaco e que o Estado não pode relegar a plano secundário. A matéria-prima, folhas de tabaco, compõe obviamente o campo nuclear do complexo produtivo dos derivados do tabaco, sem o qual a indústria ficaria inviável. Essa produção é originada, majoritariamente, no campo da agricultura familiar, constituída de pequenos agricultores, com propriedades, em sua maioria, de até 15 hectares, dependentes dessa *commodity* agrícola para sua sobrevivência (DELGADO, 2014).

No início do século passado, o *boom* do modelo agrário exportador estimulou os agricultores, notadamente da Região Sul, a se concentrarem na produção de folhas de tabaco. Era a produção da moda. O próprio brasão da República retrata a importância dessa cultura, que, juntamente com a produção do café, simbolizava o poderio da agricultura brasileira. No brasão, estão retratadas, como símbolo de nacionalismo e da importância para a economia do país à época, a folha de café, de um lado, e a folha de tabaco, de outro.

A Convenção Quadro não omitiu a situação dos agricultores que cultivam folhas de tabaco nos países produtores. Ao lado das medidas restritivas ao consumo, dedica parte de sua regulamentação para o compromisso dos Estados nacionais adotarem medidas econômicas que garantam a reconversão da produção de folhas de tabaco para outras culturas. Além disso, determina que sejam dadas garantias de rendimento econômico condizentes com as necessidades familiares desses agricultores e compatíveis com os ganhos auferidos com o cultivo dessa cultura.

PREVALÊNCIA DO TABAGISMO

“Todas as epidemias têm um meio de contágio, um vetor que dissemina doença e morte. Para a epidemia do tabagismo, o vetor não é um vírus, uma bactéria ou outro microrganismo – ele é uma indústria e sua estratégia de negócio” (OMS, 2008 p. 21 apud BRASIL, 2014).

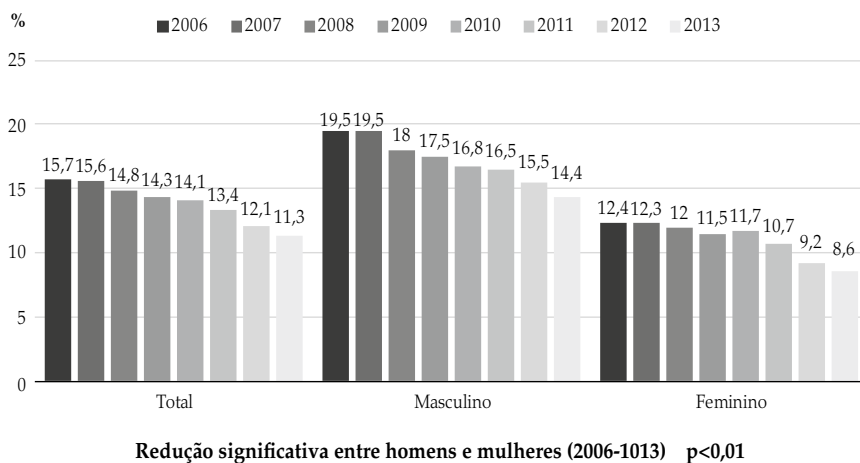
Pesquisas internacionais têm apontado uma diminuição expressiva da prevalência do tabagismo em várias partes do mundo, inclusive no Brasil. Vários fatores podem ser apontados como causadores dessa diminuição. Entre eles: campanhas educativas sobre os malefícios do tabaco, restrição de fumar em ambientes de uso coletivo público ou privado, regulação dos produtos derivados do tabaco, restrição da propaganda, exigência de imagens de advertência sobre os efeitos colaterais ao uso desses produtos, ações legislativas de alguns estados e municípios etc. Esses fatores têm contribuído para que o tabagismo no Brasil tenha caído consideravelmente nos últimos 25 anos, a despeito de o país ser um dos maiores produtores de tabaco do mundo.

Em 1989, a prevalência do tabagismo no Brasil era de 39,4% entre homens e 23,9% entre as mulheres, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) realizada pelo IBGE. Esses dados são expressivos e alarmantes e corroboram a decisão governamental de intervir nessa cadeia patogênica, protagonizada pelo uso do tabaco, no intuito de diminuir a morbidade/mortalidade derivada de doenças tabaco-relacionadas.

De 2002 a 2003, o inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças a agravos não transmissíveis, realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca) em 16 capitais brasileiras, confirmou a diminuição da prevalência do tabagismo. Nas capitais pesquisadas, a prevalência variou de 16,9% a 28,2% entre os homens e de 10% a 22,9% entre as mulheres. Um dado dessa pesquisa chamou atenção: a prevalência de consumo de cigarros foi maior entre os homens do que as mulheres se considerados todos os estratos sociais. Porém, nas regiões de maior poder aquisitivo e de maior escolaridade, a prevalência entre os gêneros tendeu para a igualdade (BRASIL, 2004).

Embora não possa haver uma comparação direta, haja vista o universo em que foram realizadas as duas pesquisas, ficou comprovado um declínio acentuado na prevalência do tabagismo ao longo desses anos. Na figura abaixo, essa tendência de declínio fica evidente entre homens e mulheres no período compreendido entre 2006 e 2013.

Figura 1. Prevalência de fumantes por sexo no Brasil – Vigitel 2006-2013



Fonte: Cavalcante, 2014.

De acordo com dados do Vigitel referentes a 2011, 11,3% da população brasileira faz uso regular de produtos derivados do tabaco, sendo que entre a população masculina esse percentual alcançou 14,4% (BRASIL, 2012).

A diminuição da prevalência do tabagismo é também comprovada na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 do IBGE. Com pequenas diferenças entre os resultados finais das duas pesquisas, a PNS mostra a diminuição contínua da prevalência do tabagismo em todo o país, desde quando essas pesquisas começaram a ser realizadas. Essa pesquisa de 2013 revelou uma prevalência de 12,7%, sendo 16,2% entre a população masculina e 9,7% entre a feminina. Mostrou também o diferencial da prevalência entre a população urbana e rural. Na zona urbana, foi de 12,5%; na zona rural, 14%.

O uso do tabaco é responsável no Brasil por aproximadamente 95% dos casos de câncer de boca, 90% das inflamações de mama, 80% da incidência de câncer no pulmão, 97% dos casos de câncer da laringe, 50% dos casos de câncer de pele, 45% das mortes por doença coronariana e, também, 25% das mortes por doença vascular cerebral. Existem mais de 50 doenças associadas ao uso do tabaco (BRASIL, 2010).

Segundo uma pesquisa internacional realizada por diversas instituições, dentre elas o Inca, em 20 países, o brasileiro é o povo que mais se arrepende de ter começado a fumar (91% dos entrevistados). Entre os fumantes brasileiros, 63% apoiam campanhas e leis contra o fumo e 82% relatam que o fumo já lhes causou algum problema de saúde (NÚMERO..., 2010, on-line).

Relatórios do Banco Mundial apontam que as evidências disponíveis demonstram que os indivíduos mais pobres tendem a fumar mais. Para eles, o dinheiro gasto com tabaco representa um alto custo de oportunidade: esse dinheiro não é investido em bens cruciais para a família. O tabaco e a pobreza formam um círculo vicioso, do qual é difícil escapar, a menos que os usuários do tabaco sejam encorajados e recebam o apoio necessário para a cessação.

Essa tendência tem sido constatada, também, em pesquisas nacionais que correlacionam maior prevalência do tabagismo em população de menor escolaridade, não só na zona rural, como também nos centros urbanos. Ou seja, a prevalência do tabagismo, hoje, é mais relevante em extratos populacionais de maior fragilidade social e econômica, um autêntico círculo vicioso, como ressaltado pelo relatório do Banco Mundial.

O Plano Brasileiro para Enfrentamento das Doenças Crônicas, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2010, projeta uma meta de redução da prevalência do tabagismo para 9% a ser alcançada em 2022. Pelo ritmo da curva descendente verificada nas últimas pesquisas, seja de cunho oficial ou mesmo de organizações não governamentais (ONGs), o alcance dessa meta é bastante factível. Essa tendência se deve também ao engajamento da população em uma espécie de campanha espontânea, organizada mundialmente sem coordenação explícita, de combate aos malefícios do tabagismo.

Em face do declínio acentuado na prevalência do tabagismo, a indústria mundial do tabaco busca estratégias agressivas para conquistar novos usuários. A mais destacada é a cooptação de jovens, crianças e adolescentes para a iniciação precoce, com produção de peças publicitárias, algumas subliminares e outras nem tanto, há décadas, conforme constatação em documentos das indústrias levados a conhecimento público.

A idade da iniciação é um importante fator a ser considerado por parte das autoridades governamentais na formulação das políticas públicas de combate ao tabagismo.

Os jovens são especialmente vulneráveis a se tornarem usuários e, uma vez dependentes, tendem a manter-se assim durante muitos anos. E a propaganda e as embalagens, ao fazerem com que o uso do tabaco pareça menos prejudicial do que realmente é, quando expostas a jovens e adolescentes, aumentam a percepção positiva dos derivados do tabaco e curiosidade sobre o consumo, o que aumenta a probabilidade de jovens e adolescentes começarem a fumar (WHO, 2013).

A cooptação de jovens e adolescentes é uma estratégia fundamental para prosperar os negócios das empresas produtoras de derivados de tabaco. Inibir a iniciação ao consumo desses produtos é o contraponto principal das autoridades sanitárias de todo mundo. “O adolescente de hoje é o consumidor regular em potencial do amanhã, e a esmagadora maioria dos fumantes começa a fumar na adolescência [...] Os padrões de fumada dos adolescentes são particularmente importantes para a Philip Morris” (MORRIS, 1981, tradução nossa). Ou seja, envolve a estratégia de reposição de consumidores perdidos por mortes, muitas vezes prematuras, devido uma série de doenças acometidas pelas consequências da dependência ao tabagismo.

Paralelamente às doenças tabaco-relacionadas, amplamente conhecidas e difundidas, outra doença, fora dos holofotes da mídia neste mundo cada vez mais globalizado, vem acometendo as famílias dos agricultores que cultivam a folha de tabaco: a Doença da Folha Verde do Tabaco (DFVT), também conhecida como GTS (*Green Tobacco Sickness*), proveniente da absorção dérmica da nicotina graças às condições insalubres de

trabalho. Sem qualquer equipamento de proteção individual (EPI), dadas as condições socioeconômicas das famílias, a colheita e o transporte da folha de tabaco são feitos em contato direto com a pele dos agricultores e isso favorece a absorção da nicotina em quantidade infinitamente superior à nicotina presente nos produtos derivados da folha.

Pesquisa do Ministério da Saúde em 2007, nas regiões produtoras dos municípios de Arapiraca, em Alagoas, e Candelária, no Rio Grande do Sul, denunciou a gravidade da situação, notadamente, em função da contaminação de crianças, que, mesmo em idade escolar, são utilizadas como mão de obra na época da colheita em razão da grande demanda de trabalho para as famílias. Exames de urina constataram a presença de nicotina entre os grupos examinados, mesmo quando não fumantes, em proporção superior à encontrada em fumantes contumazes. Os principais sintomas da doença são: dores de cabeça, tontura, náuseas e cólica, entre outros. Mesmo não se conhecendo, ainda, as consequências futuras dessa doença, essa é mais uma preocupação das autoridades sanitárias, não só do Brasil, em face da crueldade das condições de trabalho e exploração econômica a que os agricultores que produzem folhas de tabaco estão submetidos (OLIVEIRA et al., 2010).

Mas, como em diversas situações análogas a essa da Doença da Folha Verde do Tabaco, esse é um problema que não atinge indistintamente regiões ricas ou pobres. É um problema afeto às condições insalubres de trabalho de regiões mais pobres, de pequenos agricultores obrigados a utilizar todos os membros da família na lida do campo. Os efeitos devastadores dessa doença, conforme constatado pela pesquisa do Ministério da Saúde, são mais uma das mazelas que atingem diretamente os pequenos agricultores que se dedicam à produção de folhas de tabaco. Essa doença será contabilizada como mais outra doença negligenciada, ou mais negligenciada, a ser incorporada ao portfólio dos países em desenvolvimento, juntamente com tantas outras existentes. E o Estado? Vai mais uma vez demonstrar insensibilidade e omissão?

REGULAÇÃO DE PRODUTOS DERIVADOS DO TABACO: O QUOCIENTE DE FELICIDADE

“O produto derivado do tabaco é único. Se fosse um produto novo nos dias atuais, não poderia ser permitido. É tóxico, cancerígeno e causa dependência. Nenhum outro produto legalmente disponível à população mata o consumidor quando é usado exatamente conforme pretende o fabricante, e não tem qualquer nível seguro para seu consumo. Por essas razões, os produtos derivados do tabaco devem receber disposições legislativas e regulatórias diferentes dos demais produtos” (CUNNINGHAM; KYLE, 1995, p. 85, tradução nossa).

O Estado brasileiro consagra na Constituição Federal a saúde como direito de cidadania e de relevância pública. A regulação estatal na produção industrial em certas áreas de forte conexão com as questões da saúde, principalmente para aqueles setores responsáveis por produtos que difundem os fatores de risco para condições crônicas, é legítima e altamente relevante para a promoção e proteção da saúde das pessoas (NETHIS, 2013). A esse propósito, assim se expressou a diretora geral da OMS:

Os esforços para prevenir as doenças não transmissíveis confrontam os interesses comerciais de operadores econômicos poderosos. [...] Todas essas indústrias temem a regulação e protegem-se recorrendo às mesmas táticas. Essas táticas estão bem documentadas em pesquisa. Incluem alianças com grupos fortes, lobbies, promessas de regulação própria, ações judiciais e investigações financiadas pela indústria que tornam confusas as provas e mantêm o público em dúvida. As táticas abrangem, igualmente, presentes, doações e contribuições para causas nobres que projetam essas indústrias como cidadãos corporativos respeitáveis, aos olhos dos políticos e do público. Incluem argumentos que atribuem a responsabilidade pelos danos à saúde aos indivíduos, e retratam as ações do governo como uma interferência nas liberdades pessoais e de livre escolha. Esta é uma oposição formidável. O poder de mercado prontamente se traduz em poder político (CHAN, 2013).

A fala da diretora da OMS é um alerta contra as tentativas de se inviabilizar a ação estatal para a proteção da saúde das pessoas. Atualmente, não só no Brasil, mas também em outros países, há uma verdadeira cruzada contra essa função do Estado. Questionam a legitimidade do Estado de interferir, mesmo que apenas com orientação, na vida pessoal dos cidadãos ao esclarecer sobre o uso de determinados produtos, comprovadamente maléficos à saúde. É a falácia entre o papel do Estado moderno em contraposição aos direitos individuais, ao livre arbítrio e à liberdade de expressão. Os porta-vozes dos segmentos industriais em questão usam todos os canais de mídia para apregoar que o cidadão não necessita de esclarecimentos a respeito de sua saúde ou alertas sobre malefícios de algum produto colocado no mercado de consumo. Confundem, deliberadamente, para ludibriar a população, liberdade de expressão com velhacaria mercadológica (SILVA, 2014).

O controle do tabagismo no Brasil remonta a 1986, e grandes avanços foram conquistados desde então. A proibição da propaganda e as imagens de advertência nas embalagens dos produtos derivados começaram a dar o tom da agenda regulatória de uma política pública que transcende a transitoriedade de governos extemporâneos para se caracterizar como política de Estado. O resultado final foi diminuição da prevalência do tabagismo no país conforme ressaltado no tópico anterior.

A regulação de produtos derivados do tabaco é uma grande polêmica em qualquer parte do mundo. Um assunto emblemático, por assim dizer. De comercialização absolutamente legal desde os primórdios, esses produtos são os únicos que não obtêm, em nenhum lugar do mundo, qualquer tipo de referência sobre sua qualidade ou certificação sobre supostas vantagens para seu uso. Quando é concedido o registro de um produto qualquer pelo Estado regulador, seja medicamento ou equipamento de uso médico, por exemplo, supõe-se que, se usado conforme a orientação do fabricante e de acordo com as normas sanitárias vigentes, possa ser alcançado algum benefício para o usuário.

No caso dos produtos derivados do tabaco se dá exatamente o contrário. Nenhum benefício é alcançado, bem como não há nenhuma orientação do fabricante sobre o seu uso, uma omissão que induz a pensar que a própria indústria o considera um produto letal, mesmo sendo legal. Por

isso, no Brasil, apenas se cadastra a marca e não se concede o registro do produto. É a contramão da atividade regulatória do Estado. Ou seja, consagra-se a completa inversão do fluxo regulatório – é a antirregulação ou regulação reversa, por assim dizer.

Pelas próprias características organolépticas intrínsecas dos produtos derivados do tabaco, a regulação reversa ou às avessas é o resguardo dos interesses da sociedade contra os malefícios desses produtos. A regulação reversa pode ser entendida como um conjunto de diretrizes emanadas pelo Estado para regulamentar um produto legal, mas reconhecidamente letal, de forma a impedir que artifícios utilizados na produção industrial e que a criatividade do *marketing* empresarial sejam utilizados com o intuito de enganar o usuário e favorecer a atração pelo produto.

A regulação dos aditivos utilizados na produção de produtos de tabaco, empreendida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em 2010, causou momentos de grande tensão política, proporcionados pela indústria tabagista ao exercitar seu *lobby* explicitamente sobre parlamentares, Judiciário⁴, segmentos do Poder Executivo e comércio varejista e também por manipular pequenos produtores cooptados aos interesses da indústria com chantagem sobre possibilidade de extinção de suas lavouras. A consulta pública sobre o tema recebeu o maior número de respostas oficialmente enviadas, seja por e-mail, correios ou entrega direta, de que se tem notícia na história, sobre essa modalidade de consulta, em todo o mundo⁵.

Foram 127.388 cartas de resposta à consulta pública. Causaram espécie alguns fatos pouco usuais que foram constatados ao se avaliar cada uma das respostas recebidas. Do total, 97.156 correspondências tinham o mesmo padrão de formulário impresso em gráfica; várias apresentavam irregularidades, como mesmo participante, mesma caligrafia ou textos idênticos. Centenas foram postadas na cidade do Rio de Janeiro, utilizando-se do mesmo tipo de envelope pardo, do mesmo tamanho, do mesmo padrão do carimbo que indicava o destinatário e da mesma agência dos Correios. Este fato chamou atenção da Empresa de Correios no Rio

4 Mesmo com a redução acentuada da prevalência do tabagismo, o Brasil se mantém como o segundo maior produtor e exportador de folha de tabaco do mundo. Em torno de 85% da produção brasileira é exportada, segundo dados da Associação Brasileira da Indústria do Fumo (Abifumo).

de Janeiro, que fez uma consulta telefônica à área técnica sobre o significado daquela enxurrada de correspondência.

O volume de correspondência sobre esse tema chamou atenção também não só da diretoria da Anvisa, como também de várias entidades de defesa da saúde pública. Associado a isso, em uma decisão inusitada, sem nenhum lastro jurídico que a pudesse justificar, um desembargador do Rio Grande do Sul suspendeu uma audiência pública programada e determinou, do alto de sua soberba jurídica, a realização em local em que coubessem pelo menos mil pessoas. No Estado de Direito Democrático, os poderes têm de ser respeitados e por isso a determinação judicial foi prontamente obedecida. Afinal, a justiça é cega.

A audiência foi realizada em um ginásio de esportes em Brasília, o Nilson Nelson, com capacidade para 15 mil lugares, coincidentemente, o mesmo local onde se realizou a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. A audiência pública contou com a participação de mais de 800 pessoas, a maioria agricultores do Sul do país, trazidos pelas indústrias tabagistas, mas também participaram parlamentares contrários e a favor da medida, entidades médicas, profissionais de saúde, pesquisadores, universidades, ministérios, organismos internacionais, entidades de defesa do consumidor e de defesa da saúde pública, a indústria do tabaco, entre outros. Foram quatro horas de intenso debate, em que todos indistintamente puderam, de acordo com as regras estabelecidas, apresentar suas razões contrárias e a favor da norma em consulta, em autêntica convivência democrática e respeito pelas posições conflitantes. Prevaleceram, todavia, os argumentos em defesa da saúde da população.

Entretanto, tensões à parte, a criatividade na atividade regulatória pode surpreender com argumentos verdadeiramente originais e inusitados, para não dizer insanos. A tentativa de trazer parâmetros altamente subjetivos e imensuráveis para a realidade objetiva de uma análise de impacto regulatório causa espécie.

Em agosto de 2014, a agência americana encarregada de regular os produtos derivados do tabaco, a FDA (*Food and Drug Administration*), surpreendeu os Estados Unidos ao introduzir em sua análise de impacto regulatório, em análise de processo para a concessão de registro de cigarros eletrônicos, um conceito totalmente abstrato e surpreendente para

compensar o impacto econômico da proibição desses produtos no mercado americano: o quociente de felicidade. Ela associou esse quociente ao fator felicidade para compensar a perda do prazer que os fumantes sofrem ao parar de fumar em contraposição à redução dos riscos de adoecimento, incapacidade e morte. As supostas perdas econômicas do segmento industrial em questão devem ser compensadas em até 70% em uma relação custo-benefício do produto em relação às restrições de seu consumo⁵.

Essa proposta chegou ao conhecimento da população americana por uma chamada de audiência pública feita pela FDA e foi motivo de um amplo debate entre economistas, inclusive, detentores do prêmio Nobel de Economia, e profissionais de saúde em todo o país. A atividade normativa daquela agência, ou, mais propriamente, o privilégio do impacto econômico sobre a defesa da saúde, foi amplamente debatido, e um alerta ficou explícito: a vulnerabilidade que o uso de um fator dessa natureza poderia representar no contencioso das relações com a indústria do tabaco. Foi tão polêmico o assunto que o jornal *The New York Times* publicou uma reportagem com um alerta sobre o impacto que a introdução desse parâmetro poderia representar para toda e qualquer medida de proteção à saúde pública se levada em consideração para outros produtos, igualmente maléficos, como bebidas alcoólicas. Assim se posiciona o jornal:

A introdução de um “presumível desconto” do fator “felicidade” ou de perda do prazer que os fumantes sofrem quando deixam de fumar (perdas) em 70% como contraposição à redução dos riscos de adoecimento, incapacidade e mortes (benefícios) no cálculo do custo-benefício de uma medida de saúde pública, como a regulamentação dos e-cigarros⁶, causou espécie e perplexidade. [...] Embutido, enterrado nos novos regulamentos de tabaco do governo federal é um cálculo pouco conhecido de custo-benefício que os especialistas de saúde pública veem como potencialmente venenosos: o quociente de felicidade. Assume-se que os benefícios

5 Adaptado de comentários recebidos via e-mail de Alberto Araújo, coordenador do Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo (vinculado ao IDT do HUCFF/UFRJ), membro da Comissão de Tabagismo da SBBT/CFM/AMB.

6 E-cigarros, conhecidos como cigarros eletrônicos, são proibidos no Brasil desde 2009 por deliberação da Anvisa.

da redução do tabagismo – menos mortes e doenças dos pulmões e do coração –, em primeiro lugar, têm que ser descontado em 70 por cento para compensar a perda de prazer que os fumantes sofrem quando desistem de seu hábito. [...] A ideia de felicidade perdida é nova para a regulação da saúde. Mas veio à tona como parte de uma exigência de longa data – a primeira codificada sob o presidente Bill Clinton – de que cada conjunto de regulamentos federais com efeito de US\$ 100.000.000 sobre a economia precisa de uma análise para evitar a adoção de regulamentos com altos custos e baixos benefícios (TAVERNISE, 2014, on-line, tradução nossa).

Ou seja, as garantias de segurança de produtos para o consumo da população associadas à qualidade de vida são consideradas como de baixo benefício em relação às supostas perdas econômicas das indústrias do setor. Não deixa de surpreender a introdução de critérios exóticos e sutis para atender aos ditames de setores industriais falaciosos de suas prerrogativas econômicas. É a confrontação explícita de poderio exacerbado ao contestar a relação custo-benefício entre o valor de uso mais caro às pessoas, a vida, e o valor comercial, um produto comprovadamente maléfico em busca de espaço no mercado consumidor, na ilusão de compensar supostas perdas de bem-estar pessoal dos cidadãos. É uma autêntica enganação mercadológica daquele que é considerado o maior vilão da humanidade. Um autêntico “Nosferatu” vindo das profundezas fantasmagóricas da Transilvânia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMB. **Projeto Diretrizes** – Evidências Científicas sobre Tabagismo para subsídio ao Poder Judiciário. Associação Médica Brasileira, Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer, Aliança de Controle do Tabagismo, mar. 2013.

AURÉLIO. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Carta Resposta**. Rio de Janeiro, dez. 2002. Disponível em: http://www.amata.ws/Fio%20Maravilha/assinaturas/resposta_Anvisa.htm. Acesso em: 25 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Pare de fumar: jovem e tabaco**. Rio de Janeiro: Inca, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Implantando um programa de controle do tabagismo e outros fatores de risco em unidades de saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência-Geral de Produtos Derivados do Tabaco (Ggtab). **Notas técnicas**. 2. ed. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **O INCA e a Lei Antifumo: trajetória vitoriosa e vigilância constante**. Rio de Janeiro, dez. 2014. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2014/o_inca_e_a_lei_antifumo_trajetoria_vitoriosa_e_vigilancia_constante. Acesso em: 25 fev. 2015.

CAVALCANTE, T. **Brasil: Perspectiva da política nacional de controle do tabaco**. Brasília: 2014. 20 slides, coloridos.

CHAN, M. **Palestra**. 2013. Disponível em: http://isags-unasul.iphotel.info/noticias_interna.asp?lang=1&idArea=2&idPai=6334. Acesso em: 25 fev. 2015.

CUNNINGHAM, R.; KYLE, K. The case for plain packaging. **Tabacco Control**, n. 4, p. 80-86, 1995.

DELGADO, G. **Notas técnica**. Brasília: Fiocruz/Nethis, 2014.

HEARTIER, U. **Untitled Paper**. In: WORLD TOBACCO SYMPOSIUM, 1993, Moscow. Moscow: 1993, p. 3.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. M. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2013.

MORRIS, P. **Young smokers prevalence, trends, implications, and related demographic trends**. 1981. 54 p.

NETHIS. **Programa de Pesquisa e Comunicação: perspectivas bioéticas da regulação de produtos de uso humano vinculados a fatores de risco das doenças crônicas, no contexto das relações internacionais do Brasil**. 2013. Disponível em: <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2014/03/TR-Programa-Nethis-Oich.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2015.

NÚMERO de fumantes no Brasil caiu para quase a metade em 20 anos: Pesquisa internacional aponta o que já deu certo nas campanhas e leis. **Bom dia, Brasil**, 10 mar. 2010. Disponível em: <http://g1.globo.com/bomdiabrasil/0,,MUL1522972-16020,00-NUMERO+DE+FUMANTES+NO+BRASIL+CAIU+PARA+QUASE+A+METADE+EM+ANOS.html>. Acesso em: 25 fev. 2015.

OLIVEIRA, P. P. V. et al. Primeiro Relato do Surto da Doença da Folha Verde do Tabaco no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2263-2269, dez. 2010.

OMS. **CID 10**. Tradução do Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

SHAFEY, O. et al. **The Tobacco Atlas**. 3. ed. Atlanta: American Cancer Society; Bookhouse Group, 2009.

SILVA, J. A. A. da. Regulação do tabaco no Brasil. **Revista comemorativa dos 15 anos de criação da ANVISA**, Brasília, 2014. 48p.

TAVERNISE, S. In new calculus on smoking, it's health gained vs. pleasure lost. **The New York Times**, New York, Aug. 2014. Disponível em: <http://www.nytimes.com/2014/08/07/health/pleasure-factor-may-override-new-tobacco-rules.html>. Acesso em: 15 ago. 2014.

WHO. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2013**: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. 2013. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/. Acesso em: 25 fev.