

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Sociais
Departamento de Antropologia

Caça as bruxas: um estudo sobre o combate ao tabagismo

Samira Correia Dias

Brasília – DF

2011

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Sociais
Departamento de Antropologia

Caça as bruxas: um estudo sobre o combate ao tabagismo

Samira Correia Dias

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carla Costa Teixeira
(ICS / DAN / UnB)

Monografia apresentada junto ao
Instituto de Ciências Sociais da
Universidade de Brasília para
obtenção do grau de Bacharel em
Ciências Sociais, com habilitação
em Antropologia.

Brasília – DF

2011

AGRADECIMENTOS

Seria impossível aqui expressar a imensa gratidão que guardo das pessoas que me ajudaram durante a minha vida, minha graduação e finalmente a minha monografia.

Agradeço, à minha mãe por todo carinho que me deu durante esses 24 anos, por ser um exemplo de mulher para mim. Sem ela eu não seria nada. Ao meu pai, que do jeito dele, sempre me deu apoio e pelas suas leituras sobre mitologia que me conduziram a escolher a área de humanas.

À minha irmã e meu irmão, que mesmo com as nossas diferenças sempre estiveram ali por mim, e eu por eles.

À Carla, minha orientadora que teve tanta paciência comigo. Obrigada pela dedicação e disposição em me ajudar nessa etapa tão difícil e importante da minha vida. Sem ela eu definitivamente não teria conseguido me formar em Antropologia.

Às minhas amigas e aos meus amigos fumantes, ou não. Que sempre me acompanharam pelos caminhos da vida e da antropologia.

SUMÁRIO

Lista das Siglas Utilizadas.....	5
Introdução.....	6
Capítulo 1 – De herói a vilão.....	9
Propagandas de cigarro.....	11
Advertências sanitárias nos produtos de tabaco.....	18
Capítulo 2 – Tabagismo: doença e doenças relacionadas.....	27
Doenças relacionadas.....	31
Síndrome da tabaco-dependência.....	34
Tabagismo morbidade e comorbidades.....	40
Categoria risco.....	43
Capítulo 3 – Combate ao adoecer	51
Políticas públicas no campo da Antropologia.....	51
Políticas públicas antitabagismo.....	53
Convenção- Quadro de Controle do Tabagismo.....	57
MPOWER	61
Programa Nacional de Controle do Tabagismo.....	71
Considerações Finais	77
Referências bibliográficas	82

LISTA DAS SIGLAS UTILIZADAS

AMS	- Assembléia Mundial de Saúde
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CQCT	- Convenção-Quadro de Controle do Tabagismo
DSM	- <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EUA	- Estados Unidos da América
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONG	- Organização Não Governamental
OPAS	- Organização Pan-americana de Saúde
PNCT	- Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PTA	- Poluição Tabagística Ambiental
STJ	- Supremo Tribunal de Justiça
WHO	- <i>World Health Organization</i>

INTRODUÇÃO

O tabaco é uma planta originária da América, seu consumo remonta mais de 1000 anos entre os povos indígenas americanos. Era usado originariamente com fins terapêuticos / ritualísticos. Porém, no início do século XVI, em decorrência da conquista e ocupação das Américas, ele se espalha pela Europa, a partir de então teve uma rápida disseminação aos outros continentes¹.

O tabaco era consumido de várias formas, como em cachimbos e rapé. O cigarro como concebemos hoje surgiu no século XIX. A explosão do seu consumo deu-se em meados de 1880, quando nos Estados Unidos foi inventada uma máquina que produzia duzentas unidades de cigarro por minuto. Contudo, sua primeira grande propagação mundial ocorreu com a Primeira Guerra Mundial, nesse período sua difusão foi voltada ao sexo masculino, entre as mulheres cresceu após a Segunda Guerra Mundial.

Desde então seu consumo cresceu de forma vertiginosa. Este quadro foi alcançado através da vinculação que os fabricantes fizeram ao esporte, associando-o à beleza, liberdade, sucesso e outros aspectos, transformando-o em um hábito familiar e objeto de desejo de milhões de pessoas principalmente a partir da década de 50, quando se desenvolveram as técnicas de publicidade.

Todavia, hoje a maior publicidade que se tem é contra o consumo de cigarro. A publicidade antitabagismo tomou conta dos meios de comunicação e até mesmo dos próprios maços de cigarro, pois o tabagismo passou a ser visto em si como doença e fator de risco para várias outras.

Sob essa perspectiva da transformação cultural em torno do tabaco, criaram-se políticas públicas para proteger a população dos malefícios trazidos pelo tabagismo. Esse estudo tenta compreender como um hábito considerado normal foi ressignificado, em um curto espaço de tempo, tanto no discurso biomédico, quanto no senso comum, transformando-se em uma prática execrável.

O tema surgiu a partir da minha experiência de vida como fumante e com as mudanças que ocorreram em torno do cigarro, principalmente relativas à taxaçoão do

¹ Souza, Dyego L. Bezerra de. Os significados do tabagismo construídos na dinâmica social. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Dissertação (2006:28)

cigarro e proibição de se fumar em diversos ambientes durante os últimos 10 anos. A maior dificuldade surgida no estudo de tal tema foi não colocar uma abordagem tendenciosa, defendendo a liberdade do uso do cigarro e julgar as políticas antitabagismo, surgiu uma preocupação de não acabar escrevendo um manifesto pró-cigarro. Essa tensão é recorrente ao longo de todo o texto.

A capacidade de compreender pontos de vista múltiplos que o antropólogo deve ter é difícil de ser exercida quando o tema o toca diretamente. Mostrar os pontos de vistas de vários atores sem defender nenhum dos lados é um exercício complicado. Muitas vezes fui advertida pela minha orientadora sobre estar tendendo para um artigo de opinião e não uma monografia, mas avalio que o esforço valeu a pena.

O trabalho foi realizado a partir de documentos iconográficos, artigos médicos, manuais utilizados na biomedicina e políticas públicas antitabagismo. Ao trabalhar com documentos, lidei com a questão da alteridade na análise de discursos, discursos esses que no campo pessoal muitas vezes não concordamos.

Tentei, em vão, fazer um estudo de campo com pessoas da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e Instituto Nacional do Câncer (INCA), no intuito de entender a lógica interna das instituições e como seus profissionais viam as políticas públicas elaboradas por tais organizações. Na OPAS dei com a porta na cara, pois ninguém quis me receber. Deixei meu nome e e-mail explicando o motivo da minha pesquisa, com a esperança de que em algum momento eles poderiam me atender, o que recebi foi um e-mail com material para a campanha do Dia Mundial sem Tabaco (dia 31 de maio), e nada a respeito de um encontro pessoal, desisti de abordar essa organização. A minha experiência com o INCA também não foi diferente, o INCA fica localizado no Ministério da Saúde, me decepcionei assim que cheguei ao ver que o espaço físico do Instituto Nacional do Câncer se resumia a uma sala dividida em três setores, cada setor com um funcionário. Chegando lá expliquei o meu tema para a moça que se encontrava no primeiro setor e perguntando se eu poderia conversar com alguém a respeito do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo, ela me encaminhou para o seu superior que ficava no terceiro setor da sala. Ele apesar de ser muito educado, não deu muita importância quando falei sobre o meu trabalho, me deu duas revistas que falavam sobre tabagismo, disse que era isso que ele podia fazer, pois não sabia muito sobre o

assunto. Depois dessas duas tentativas frustradas, resolvi fazer um trabalho exclusivamente em cima de documentos.

Primeiramente, mostro duas fases do tabagismo uma na qual ele é visto com bons olhos e outra em que ele é um mal para sociedade que precisa ser banido. Essa primeira parte foi baseada em análises de materiais iconográficos de dois tipos: propagandas antigas de cigarro e avisos recentes sobre os malefícios do tabagismo em embalagens de cigarro.

Em um segundo momento, abordo o tabagismo visto como doença e as doenças relacionadas a ele, sejam elas físicas ou mentais, fazendo uma breve discussão da categoria de doença.

Por último, analiso três programas que visam o controle do tabagismo, dois internacionais e um nacional. A Convenção Quadro de Controle do Tabagismo, que estabeleceu diretrizes para os outros dois programas. O MPOWER, um pacote internacional com medidas que devem ser tomadas de imediato, também visando o controle dessa epidemia. E Programa Nacional de Combate ao Tabagismo, um programa brasileiro de combate ao tabagismo. Trago uma discussão a respeito da legitimidade e do poder de verdade que esses três documentos trazem para si.

CAPÍTULO 1

De herói a vilão.

“Hoje em dia, fumar entrou nos atos sociais e ninguém pode levantar-se contra esse hábito, que ganhou foros de cidadania.” (Guia de Boas Maneiras, 1962²).

Neste capítulo, pretendo fazer uma breve análise iconográfica da trajetória do cigarro no século XX, até os dias atuais. Com o intuito de mostrar como em pouco tempo o cigarro deixou de ser “herói” (ser vinculado à liberdade, sensualidade, virilidade, feminilidade e glamour) e passou a ser “vilão” (ser ligado à doença, morte, sofrimento, dependência e ao feio). Inicialmente, pontuo alguns conceitos a respeito do trabalho com imagens e depois passo para as imagens em si.

Os elementos iconográficos fizeram, fazem e farão parte da vida do homem, esses são meios de representação da realidade. O ato de representar é inerente a todas as culturas. O fenômeno de se atribuir significado às imagens é construído com base em suas experiências individuais e observação das experiências de outras pessoas, a partir de um horizonte determinado de valores.

Como coloca Koury (2004), a fotografia é uma apropriação da realidade capaz de reproduzir um espaço que foi visto durante um tempo determinado. A idéia de tempo e espaço é fundamental para apreender o objeto iconográfico. Para se interpretar uma foto, e entender toda a sua carga valorativa, é importante responder algumas questões como: Por quem foi tirada? A partir de quais experiências de vida? Quando? E com qual objetivo a foto foi tirada? Porque assim pode-se entender para qual público alvo tal foto foi direcionada, o que se esperava com ela, e se o objetivo foi alcançado, ou não.

Mauad (1996), também ressalta a importância da relação tempo e espaço na fotografia:

“A fotografia é uma mensagem que se processa através do tempo, cujas unidades constituintes são culturais, mas assumem funções sógnicas diferenciadas, de acordo tanto com o contexto no qual a mensagem é veiculada quanto com o local que ocupam no interior da própria mensagem”. (Mauad, 1996, p. 84).

² Carvalho, Marcelino de. 1962. Guia de Boas Maneiras. Companhia Editorial Nacional – São Paulo. Pg. 187

As fotografias podem ser vistas como um texto capaz de expressar a realidade da sociedade que as produziu. O objeto iconográfico tem um caráter discursivo e informativo, nele podem ser veiculadas concepções políticas, econômicas e sociais.

Contudo, as fotografias constituem uma realidade social e não apenas falam sobre. Elas podem servir como instrumentos de poder, como uma veiculação ideológica, principalmente quando se inscrevem em políticas públicas. As fotografias, portanto, podem desenvolver um importante papel no manejo social almejado pelas diferentes instâncias do governo.

Uma noção que deve ser desnaturalizada é a concepção que a fotografia é uma mera duplicação do real. O significado das imagens não é inerente em si, é mais uma relação observador X observado, é uma construção social onde se encontra um arcabouço de noções preestabelecidas, tipificadas e generalizadas, um conhecimento à mão³, onde se deve levar em conta a subjetividade do observador, para se entender a interpretação dele para aquela fotografia.

Assim, outro ponto importante na compreensão das imagens, é que elas são utilizadas também para expressar e suscitar estados emocionais e psíquicos. Isso remete que ao observar as fotografias deve-se atentar para aquilo que não aparece expressamente nas fotos, mas pode-se entender a partir delas. Como coloca Mauss (1979) as emoções, os sentimentos não são meras manifestações individuais, são uma linguagem. São expressões coletivas de valor moral, manifestações que visam atingir o outro, mas levando em consideração que esse outro as entenda por fazer parte da mesma sociedade, que compartilha essa linguagem.

É desta perspectiva que trago a fotografia como um instrumento de pesquisa, uma via de acesso a um objeto maior que é a sociedade recortada temporalmente e espacialmente. As fotografias selecionadas foram coletadas na Internet reunidas pela sua temática: Propagandas de cigarro e advertências sanitárias nos produtos de tabaco.

³ Conhecimento à mão funciona como um código de referência segundo Schutz (p. 72). “Toda interpretação desse mundo se baseia num estoque de experiências anteriores dele (...) na forma de ‘conhecimento à mão’, funciona como um código de referência”.

Propagandas de Cigarro

O primeiro grande *boom* do consumo de cigarro deu-se na Primeira Guerra Mundial. O cigarro durante a guerra e até hoje em dia em ambientes de reclusão, como hospícios e prisões, além de bem de consumo foi ressignificado como moeda de troca. Atrás de sangrentas trincheiras, fumar seria um dos poucos momentos em que o soldado cansado de tantas batalhas podia descontraír e socializar com seus companheiros⁴.

A disseminação entre as mulheres deu-se após a Segunda Guerra Mundial. Pois durante a guerra com os homens fora de casa, as propagandas de cigarro voltaram-se para as mulheres com intuito de garantir o consumo interno, no caso dos Estados Unidos, mas isso se refletiu em outros países devido à influência que este país passou a ter, principalmente considerando-se a sua hegemonia cinematográfica, e o fato dos filmes terem se transformado em fortes aliados nas propagandas de cigarro⁵.

O recurso cinematográfico foi muito bem utilizado na divulgação do hábito de fumar. As imagens abaixo dos anos 30 e 40 expressam bem essa tendência.



Figura 1: Clark Gable e Joan Crawford, Acorrentada - 1934.



Figura 2: Rita Hayworth, Gilda - 1946.

⁴ Klein, Richard. Cigarros são sublimes – Uma história Cultural de estilo e fumaça. (1997:11)

⁵ Souza, Dyego L. Bezerra de. Os significados do tabagismo construídos na dinâmica social. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Dissertação (2006:36)

O cigarro esteve presente como um elemento central na composição dos personagens cinematográficos, desde a criação do cinema até o final dos anos 70. A figura 2 mostra a atriz Rita Hayworth⁶, em um clássico do cinema *Gilda* (1946), e a chamada do filme era “Nunca existiu uma mulher como Gilda”. Trata-se de um dos ícones femininos de beleza da época, exalando charme e elegância enquanto fuma. A figura 1 mostra os atores Clark Gable e Joan Crawford⁷ no filme: *Acorrentada*. Várias mulheres devem ter suspirado ao ver Joan Crawford acender o cigarro de Clark Gable e associaram esse ato como um sinônimo de conquista e quiseram fazê-lo com seu par. Clark Gable era um *sex symbol* no auge da sua carreira e era considerado bonito ver um homem como ele fumando. Os galãs, as heroínas e os vilões fumavam, não era só uma propaganda da indústria tabagista era a constituição de uma realidade, onde as pessoas fumavam e era um hábito como outro qualquer, mais charmoso, contudo um hábito comum.

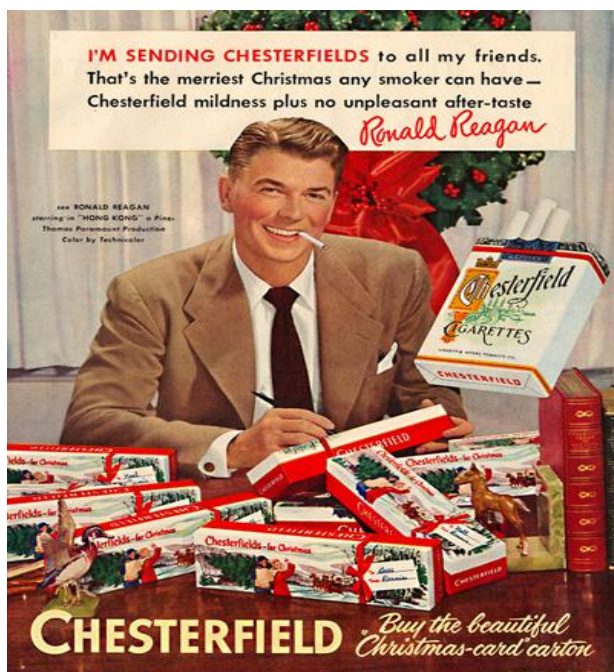


Figura 3 (1951)



Figura 4 (1960')

Não era só no cinema que os atores propagavam o uso do cigarro. O ator e ex-presidente estadunidense Ronald Regan – como é mostrado na figura 3 - fazia propaganda do cigarro *Chesterfield*⁸, consumindo-o e também afirmando que daria

⁶ Fonte: <http://quemany.wordpress.com/tag/drogas/>

⁷ Fonte: <http://www.guardian.co.uk/film/2008/sep/26/tobaccoindustry.smoking>

⁸ Fonte: <http://www.rowtow.com/2007/11/28/happy-holidays>

pacotes de cigarro como presente de natal. Na figura 4 se veicula o hábito de fumar como uma prática feita no lar⁹. Observe o ambiente familiar onde pai e filho estão em um momento de recreação. Agora observe o nome do cigarro *Continental*, e preste atenção no que eles estão fazendo, colocando bandeiras azuis e vermelhas em um mapa, repare que existem dois tipos de maços de cigarro na figura, um azul e um vermelho. Pode-se pensar como nesta composição o *Continental* estaria dominando o continente americano.

As propagandas de cigarro utilizavam até uma das figuras mais cativantes da nossa sociedade ocidental, o nosso bom velhinho Papai-Noel. Nessas duas imagens dos anos 50 a figura de Papai-Noel¹⁰ associa confiabilidade ao produto, essas propagandas no caso eram direcionadas ao público infanto-juvenil. Repare na satisfação do bom velhinho ao fumar, sugerindo e incitando o uso do cigarro. E como o Papai-Noel é associado ao natal, uma época de se comprar presentes, pode-se entender ainda essa propaganda como um incentivo a dar cigarros de presente de natal, assim como na figura 3 em que se lê *"That's the merriest Christmas any smoker can have..."*.



Figura 5 (1950)



Figura 6 (1950')

⁹ Fonte: <http://blogdoguilhon.blogspot.com/2007/06/fundo-do-ba-anncio-cigarros-continental.html>

¹⁰ Fonte: <http://esteeomeusangue.wordpress.com/category/propaganda/>

Outra veiculação comum era a associação do cigarro ao esporte, inúmeros anúncios foram feitos até os anos 90 com esportistas. A figura 7 traz um dos maiores jogadores de baseball da história *Babe Ruth*¹¹, e a figura 8 foi uma campanha da Lucky Strike, com esportistas superando a má forma física¹². A chamada da propaganda é sobre controlar o apetite: ao invés de comer fume, pois fumar emagrece. O esporte tinha, e até hoje tem, uma imagem muito relacionada com o saudável, logo o cigarro não era visto como algo maléfico.

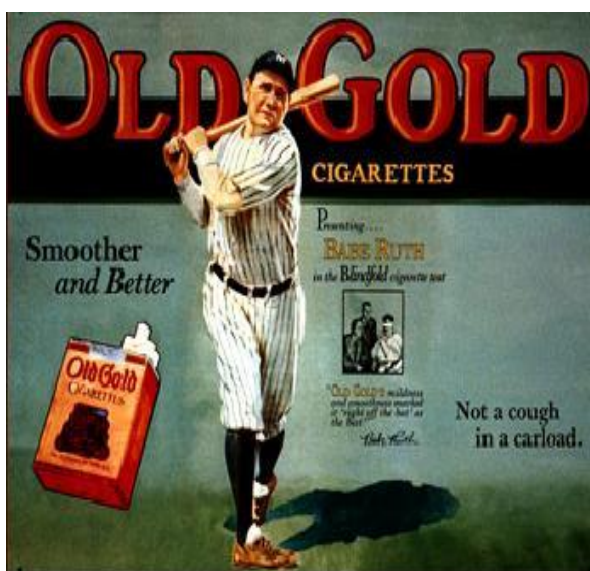


Figura 7 (1920')



Figura 8 (1931)

Anúncios com médicos e dentistas também eram muito comuns. A figura 9 mostra um dentista e na posição de tal recomenda a marca *Viceroy's*. A figura 10 traz um médico e afirma que grande parte da classe médica recomenda *Lucky Strike* por ele irritar menos a garganta. A figura 11 já afirma que os médicos fumam mais *Camel* - essa conclusão foi construída por meio de uma pesquisa feita em 1946 durante um congresso médico, no qual a maior parte dos médicos portavam *Camel*. Entretanto, isso ocorrera por ter sido realizada uma distribuição de cigarros *Camel* como amostra grátis naquela convenção. A figura 12 utiliza a imagem do microscópio para evocar a credibilidade científica, afirmando que foi comprovado que os cigarros *Chesterfield* não deixam um sabor desagradável após fumá-los.

¹¹ Fonte: <http://www.kaboodle.com/reviews/babe-ruth-old-gold-cigarettes-tin-sign>

¹² Fonte: <http://transform-drugs.blogspot.com/2008/10/pseudoscience-tobacco-advertsing-from.html>

Das imagens abaixo¹³, percebe-se como as indústrias de cigarro utilizavam a figura de médicos e dentistas para atribuir credibilidade aos seus produtos. Em um reconhecimento de que o discurso biomédico já era um dispositivo dotado de forte pretensão de verdade sobre o mundo, e constitutivo deste mesmo mundo.



Figura 9 (1950')



Figura 10 (1930')



Figura 11(1946)

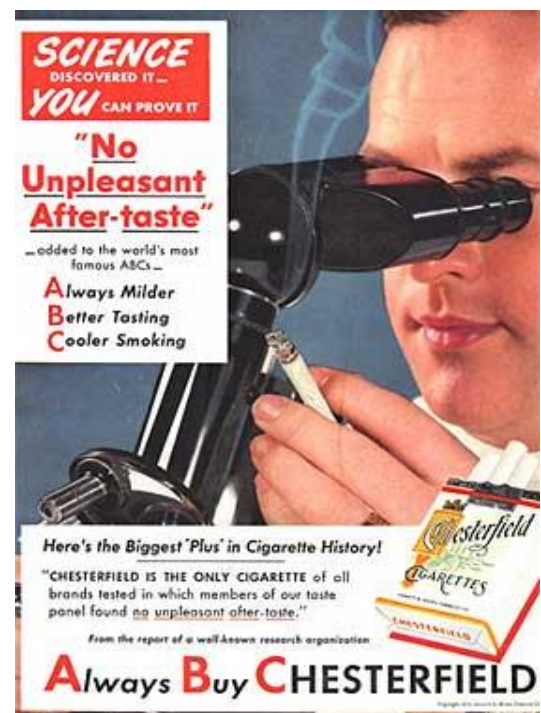


Figura 12 (1951)

¹³ Fonte: <http://www.medplan.com.br/materias/2/8183.html>

Agora passo para propagandas voltadas para o público feminino e masculino. Cada uma delas tem suas próprias peculiaridades e incitam emoções e sensações diferentes. Como coloca Goffman (1999) o ato de representar em uma publicidade implica quase sempre uma referência ao sexo, as modelos aparecem em personagens tipicamente femininos, e o mesmo ocorre entre os modelos que aparecem em personagens tipicamente masculinos. Por exemplo, uma propaganda de utensílios para cozinha terá como personagem principal uma dona-de-casa, que será uma modelo mulher e uma propaganda de caminhões terá como motorista um modelo homem. Isso acarreta numa carga simbólica de como o homem ou a mulher devem ser. E para qual público cada produto se destina.

A imagem 13 traz uma mulher muito bonita¹⁴, bem trajada. O cigarro é mais fino que o normal, esse tipo de cigarro é um produto voltado para o público feminino. A chamada é “You’ve come a long way, baby” essa frase pode ter algumas interpretações, por exemplo, depois de uma longa jornada seja de trabalho ou de estudo, seria uma boa idéia saborear um Virginia Slims.



Figura 13 (1970')



Figura 14 (1971)

A ilustração 14 traz novamente a idéia de beleza, a chamada diz “Diga adeus ao cigarro feio. Fume bonito. Eve”¹⁵. Repare que a imagem é envolta em flores, a

¹⁴ <http://somethinbeautiful.blogspot.com/2008/09/12-vintage-cigarette-ads-they-would.html>

¹⁵ Fonte: <http://smokershack.wordpress.com/category/cigarettes/page/4/>

mão que segura o cigarro, é uma mão feminina com um esmalte rosa, e o próprio cigarro tem detalhes de flores no filtro. Eve foi um cigarro criado especialmente para as mulheres evocando o belo, o delicado e o feminino. Nas duas figuras acima são exploradas diferentes tipos de feminilidade, a busca pelo belo e pela independência.

Um ponto a ser destacado nas duas fotografias acima é a questão da mão feminina, nota-se que as mulheres ou estendem a mão levemente, ou seguram delicadamente, Goffman (1999) aponta que esse toque suave das mãos é feito, aparentemente para mostrar até que ponto o corpo feminino é delicado e precioso. As mãos seriam a extensão final do corpo mostrando toda a graça e delicadeza feminina.

Agora passo para duas propagandas de cigarro voltadas ao público masculino. A figura 15 traz dois homens envolvidos em uma disputa de “queda de braço”¹⁶, observe toda virilidade que é transmitida na disputa de força entre esses dois homens. Toda a masculinidade em dois punhos e no compartilhar de uma nova aventura que é simultaneamente a disputa entre eles, em clara camaradagem, e o cigarro.

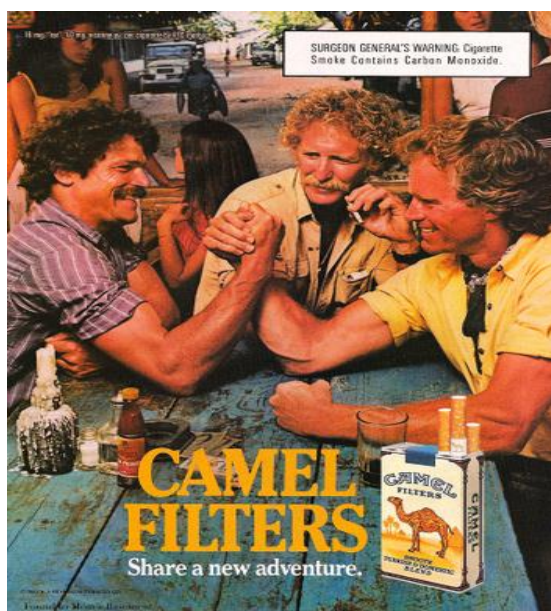


Figura 15 (1987)

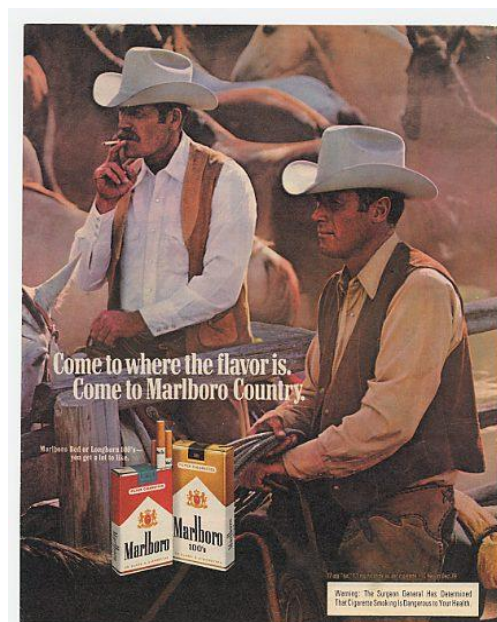


Figura 16 (1981)

¹⁶ Fonte: <http://pzrservices.typepad.com/vintageadvertising/2008/11/porn-stars-enjo.html>

A figura 16 retrata o célebre *cowboy* da marca *Marlboro* ¹⁷. O ápice da masculinidade em cima de um cavalo. Observe o lado do “homem do campo”, onde peões tratam animais ao fundo. E sentado no seu cavalo, em um momento de relaxamento, o *cowboy* fuma. E a chamada é “venha para onde o sabor está, venha à terra de Marlboro”, convidando o público masculino a ter essa experiência à parte que é o mundo *Marlboro*. A partir dessa campanha criou-se todo um imaginário masculino ao redor de *Marlboro*, sendo que em outra propaganda a chamada era “Terra de *Marlboro*, onde os homens se encontram”. *Marlboro* se tornou um cigarro majoritariamente ligado ao público masculino. Um cigarro de homem.

A transição da visão a cerca do cigarro foi um caminho relativamente curto, dos primeiros estudos sobre os malefícios do cigarro nos anos 50, até as propagandas antitabagismo nos anos 80. Em 30 anos a imagem foi revertida drasticamente.

A partir dos anos 90 a questão do cigarro virou caso de saúde pública, devendo ser combatido no âmbito do econômico (no que se refere ao aumento de impostos), do político (criação de medidas nacionais e internacionais), da saúde (programas para a quitação do fumo) e do social (apartamento do convívio social e certa estigmatização do indivíduo que fuma).

Advertências sanitárias nos produtos de tabaco

Abordarei agora justamente a iconografia desse novo enquadramento político e social do tabaco, o qual denominei o momento “vilão” do cigarro, onde se constroem as imagens antitabagismo. Essas imagens são relacionadas ao vício, sofrimento, doença e morte.

Se antes as imagens promoviam o consumo, hoje em dia elas tentam produzir o efeito oposto, o objetivo das imagens veiculadas nas carteiras de cigarro é inibir e nas últimas consequências banir o consumo.

No Brasil, as contrapropagandas em maços de cigarro são obrigatórias desde 2001. Selecionei a primeira leva de imagens que circularam entre 2001 e 2004, e a última leva de imagens que começaram a circular em 2009. Fiz tal seleção para não acabar trazendo imagens demais e não aprofundá-las como cada uma merece.

¹⁷ Fonte: http://www.euro-cig.com/gallery.php?id_cap=194

As imagens de 2001 (figuras 17 a 25) não são alteradas digitalmente como as de 2009 (figuras 26 a 34)¹⁸. Passo a fazer uma breve análise das primeiras imagens. Como sempre algumas são voltadas para o público feminino, outras para o masculino e algumas para ambos. A figura 17 traz uma gestante fumando e a chamada fala que fumar prejudica o bebê; pode-se perceber que nesse caso não é a saúde da mulher que se leva em conta e sim a do feto. E fazendo uma comparação com as imagens de 2009, nota-se que nas últimas não se apresenta nenhuma gestante fumando. Pode ser pelo fato que hoje em dia “não se vê” mais uma gestante como fumante. Não existe mais espaço para essa imagem. Quando uma advertência muda é porque ela não foi eficaz, ou então porque o resultado almejado foi alcançado. E para saber qual foi o caso da figura 17 é necessário um estudo específico.

As imagens de 2001 que mais tiveram impacto segundo uma pesquisa Datafolha¹⁹ foram as ilustrações 19 e 23. As consideradas mais chocantes foram de uma mulher e de uma criança, talvez isso tenha se dado por a imagem apresentar todo um aparato hospitalar, que melhor comunica a eminência de risco de morte, no entanto a figura 22 também traz esse aparato e não tem o mesmo impacto, uma das possíveis explicações pode ser pelas primeiras serem imagens de uma criança e de uma mulher, essas talvez sejam vistas como mais frágeis, mais vulneráveis o que causaria o impacto maior.



Figura 17



Figura 18



Figura 19

¹⁸ Todas as advertências podem ser visualizadas nesse endereço:
http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/brasil_advertencias_sanitarias_nos_produtos_de_tabaco2009b.pdf

¹⁹ Opinião pública. DataFolha; 2002 Abril 21.



Figura 20



Figura 21



Figura 22



Figura 23



Figura 24



Figura 25

Tanto no conjunto de imagens de 2001 quanto no de 2009 é abordada a questão da impotência, o que mostra o contraste entre as propagandas antigas e as do antitabagismo. Se antes o cigarro era ligado à virilidade, à masculinidade, agora é um símbolo de impotência. Sem dúvida a impotência é um assunto que preocupa diretamente a maioria dos homens, e a propaganda antitabagismo invoca justamente esse “ponto fraco” masculino para dissuadir tal público de fumar. Na figura 25 é mostrada uma frustração tanto da mulher quanto do homem diretamente na vivência da interação a dois; o que cria uma imagem constrangedora da disfunção erétil masculina. Talvez em adolescentes essas imagens tenham um impacto maior, do que em homens adultos, e são eles que as campanhas antitabagismo dão uma maior importância.

Trabalho agora as imagens de 2009 que foram modificadas digitalmente. Elas demonstram uma preocupação cada vez maior com a cessação e o não começo do ato de fumar. Essas imagens não pretendem mais ser um retrato da realidade, mas

sim se tornarem frutos de uma imagem idealizada. Nas nove imagens selecionadas, apenas duas não são modificadas digitalmente, a 29 e a 32, essa última, porém, utiliza uma montagem de escala para comunicar a questão da impotência.

Na figura 31 aparece uma montagem de um peitoral aberto com "bitucas" de cigarro dentro, como se o coração fosse um cinzeiro. E a 34 retrata um homem com uma lacera na cabeça que mais parece uma machadada, alegando-se que o cigarro aumenta o risco de acidente vascular cerebral.

A figura 30 tem como público-alvo as mulheres. É um apelo à beleza, pela evocação do seu oposto, pois mostra que o cigarro faz a mulher ficar feia. Essa advertência tenta tocar a vaidade feminina, apresentando o cigarro como o antiglamour, o que vai contra o belo.

Um traço em comum entre todas as imagens é que em suas chamadas falta uma palavra que faz toda a diferença no discurso. Antes da palavra causa não existe a palavra "pode", pois fumar não tem essa relação direta de causa e efeito, o tabagismo é considerado uma doença pela dependência que criaria; (síndrome da tabaco-dependência, CID-10, OMS -1997); mas apenas fator de risco²⁰ às outras doenças.

As figuras 28, 31 e 33 são voltadas para ambos os públicos, mas acho interessante destacar que as doenças aparecem inscritas em corpos masculinos. O que leva a se pensar por que não em corpos femininos? Talvez o fato seja que mostrar o peitoral de uma mulher seria um ato obsceno. Outros motivos para explicar tal fato merecem mais pesquisas.

As figuras 26 e 29 são voltadas para o público feminino. A figura 26, diferente da figura 17, mostra a palavra mãe. Contudo, a preocupação maior ainda é nitidamente com o feto. Na figura 29 pode-se interpretar a mulher como núcleo familiar cuidando do marido doente, sofrendo por ele e cuidando do filho. Agora porque na figura 19, que mostra uma mulher hospitalizada, não traz nenhum homem lhe dando amparo? Sofrendo por ela? Talvez isso ocorra dado que na nossa sociedade se vincula a imagem da mulher como cuidadora. E um homem cuidando da mulher não faça tanto sentido quanto o contrário.

20 Para melhor compreensão dessa categoria veja: capítulo 2 p.40

A figura 32 traz a questão da impotência. Mais uma vez com a frustração masculina e a desaprovação feminina, pelo sinal negativo da mão de mulher. A colocação que fiz à figura 25 cabe nessa imagem também.



Figura 26



Figura 27



Figura 28



Figura 29



Figura 30



Figura 31



Figura 32



Figura 33



Figura 34

Todas as advertências da página anterior apontam o lado traumático das fotografias em relação ao tabagismo. Koury (2004) coloca as imagens traumáticas como representações culturais do sofrimento social e suas apropriações são feitas com propósitos políticos ou morais. O uso social do sofrimento favorece a criação de um mercado pulsante para imagens e discursos sobre o tema. O sofrimento social tornou-se uma mercadoria de grande procura no mercado midiático e das políticas públicas internacionais.

O uso das fotos traumáticas de fumantes pode ser interpretado a partir da noção de interdito de Koury:

“Interdito indica uma ação intentada com o fim da proteção e caracterizada por um preceito proibitório, como o impedimento do uso...”
(Koury, 2004:130)

Tem por objetivo o estabelecimento de uma regra, criando-se obstáculos e trazendo a imagem do fumante como um ser impuro, poluidor e contaminado. O interdito causa prejuízos para as pessoas que dele participam, no caso os fumantes. Eles estão sendo apartados do convívio social ²¹. Fumar hoje em dia, dependendo do lugar, pode acarretar um constrangimento individual/coletivo.

As fotografias nas advertências de cigarro são carregadas de argumentos de autoridade trazidos pelo discurso biomédico, através de uma linguagem imagética físico-moral, de que o cigarro faz mal, esse uso de imagens para validar suas preposições não é recente, como coloca Lacerda e Mello:

“É importante observar que a tradição de utilização de imagens na medicina é bastante antiga. uma vez que as ciências médicas, pela sua peculiaridade, necessitavam confirmar os discursos com demonstrações que tornassem viáveis o empirismo de suas teorias, e os primeiros livros médicos da cultura moderna, que datam do século XV, são expressivamente ilustrados, pois tratavam principalmente daquilo que era a razão de ser do renascimento: o homem e sua anatomia.”
(LACERDA, A. L. e MELLO, M. T. V. B. p.544 2003).

A biomedicina precisa desse suporte material, para convencer e converter a população as suas suposições. As fotografias são usadas como provas irrefutáveis,

²¹ Como coloca Goffman (1988) esses desviantes sociais são tolerados nessa rebeldia desde que ela se restrinja às fronteiras ecológicas. Ou seja, o fumante pode continuar fumando, mas não pode se misturar com os que não fumam.

dado a qualidade imagética icônica da foto, dos malefícios do cigarro.

A fotografia pode ser vista como o corpo objetivado de um drama social. No caso estudado, as fotos retratam o “perigo” do cigarro objetificado no corpo humano. O corpo é o meio de contaminação social e de enfermidades.

As fotos trazem limiares de vulnerabilidade e perigo aos expostos. Tanto no âmbito individual quanto no coletivo. A exposição de fotos de interdito tem por finalidade alertar os perigos às pessoas que ao tabaco se expõem, promover a prevenção e o afastamento desses perigos.

As imagens de advertências vinculadas ao cigarro acarretam uma contaminação que ocasiona um outro perigo. Foi disseminada de maneira muito rápida a concepção, mesmo que não intencionalmente, dos fumantes como portadores/transmissores de doença. A aversão, emoção dotada de forte fisicalidade, não se restringe ao cigarro, ela também é direcionada aos fumantes. Como coloca Teixeira (2008), a repugnância e o nojo são emoções que tem relações diretas com os sentidos, no caso da fumaça remete diretamente ao sentido do olfato.

“A repugnância e o nojo estão entre as emoções que afetam diretamente os sentidos, principalmente, visão, olfato e tato; e por esta forte fisicalidade remetem ao universo das verdades indisputáveis, da natureza inquestionável, mas principalmente àquilo que estaria fora da ingerência humana.” (Teixeira, 2008: 34).

Como coloca a autora, a produção do nojo dá-se de fora para dentro. O que precisaria ser mudado é o objeto que causa repulsa e não a pessoa que a sente, o que necessitaria ser mudado é o nojento. A partir disso essa repugnância indica a fronteira do diferente que pode ser tolerado, ou não. Sua diversidade ofenderia, assim, os sentidos. O fumante causa repulsa pelo odor gerado pela fumaça do cigarro, e pelo odor que este provoca em suas mãos, roupas, cabelo e boca.

Esse processo de ofensa aos sentidos, segundo Teixeira (2008) é um processo cognitivo e intersubjetivo que indicam as fronteiras da própria moral e ordem incorporada. Nesse caso poderia se notar uma valoração negativa ao fumante por esse ferir os sentidos dos que o rodeiam.

A repugnância, a repulsa e o nojo, como traz a autora, evoca a diferença insustentável e perigosa, aquela que afeta e ameaça física e moralmente, levando

ao mal estar físico, potencialmente ao adoecimento e ao contágio, mesmo daqueles que não são os sujeitos das ações repulsivas. O caso do tabagismo expressa muito bem essa situação, pois uma das situações mais discutidas em torno do tabaco é justamente esse adoecimento dos não fumantes, esse perigo representado pela fumaça aos fumantes passivos. É nítida a repulsa à fumaça pela maioria dos não fumantes quando estão no mesmo ambiente que fumantes.

Hoje em dia há um rígido controle social imposto contra o hábito de fumar. Não se pode mais fumar em lugares de uso coletivo fechados. E mesmo nos abertos acontece uma coerção contra o fumante, é frequente existir alguém com o discurso na “ponta da língua” que fumar faz mal, e/ou uma pessoa fazendo “cara feia”.

Retomando a questão das propagandas, o ponto desse trabalho não é em defesa das indústrias de cigarro e nem dos seus anúncios. É óbvio que as empresas de cigarro usaram/usam de artifícios para atrair mais consumidores, assim como qualquer outra empresa. A lógica capitalista da propaganda é incentivar o uso do produto, às vezes a qualquer custo. O problema não está na propaganda de cigarro em si, ela só está seguindo a lógica comercial.

As entidades antitabagismo reclamavam que as propagandas vinculam cigarro à sensualidade, contudo vários produtos usam a mesma abordagem, como as bebidas, por exemplo, que não são legalmente proibidas ou coibidas. As propagandas de cigarro, como qualquer outro bem de consumo, veiculam certos sentimentos e emoções a seus produtos. O objetivo de toda propaganda é uma identificação com o “usuário potencial”. O discurso da propaganda do fumo não é inocente, mas sim carregado de significação como qualquer outro produto.

O que quis destacar aqui foi o rápido processo de “demonização” do tabaco. Se nos filmes *hollywoodianos*, até aproximadamente a década de 70, todos, incluindo, as mocinhas e mocinhos – que são a personificação do modelo a ser seguido - fumavam, hoje em dia o que se vê é exatamente o contrário. Só os malfeitores fumam, pois o cigarro tomou status de vilão e passa longe do núcleo dos “bonzinhos”, só pessoas desequilibradas fumam em filmes, pois já não é um hábito “bom” / “normal”.

A partir do reconhecimento da legitimidade do discurso científico e biomédico, expresso tanto no mercado quanto nas políticas públicas, as pessoas vêm mudando seus costumes. E as pessoas que continuam fumando têm sido literalmente

apartadas do convívio social, visto que existem diversas leis sobre a proibição de se fumar em ambientes públicos, por serem vistas como perigosas, por poderem contaminar as pessoas ao seu redor.

O fumar hoje pode ser entendido como algo contra a vida, sendo associado diretamente à morte. Essa pode ser vista como um fracasso tecnológico na nossa sociedade, e as fotos de advertências visam exatamente evitar esse fracasso.

O cigarro parece ir contra os discursos mais latentes da saúde: o discurso da juventude eterna e da longevidade. Estaria contra a promoção da saúde que é um dos cerne da medicina moderna.

É nessa visão de troca de papéis, onde o cigarro e o hábito de fumar se tornaram vilões que discuto no capítulo seguinte a categoria de doença atribuída ao tabagismo.

CAPÍTULO 2

Tabagismo: doença e doenças relacionadas.

Neste capítulo proponho uma análise da noção de tabagismo como doença e as várias doenças associadas a ele. Primeiramente trarei uma breve discussão da própria categoria de doença, retomando alguns clássicos como M. Douglas e Evans-Pritchard.

A doença, em todas as sociedades, comporta uma desordem tanto biológica quanto social. O tabagismo expressa bem esta dupla referencialidade, pois além dos vários malefícios biológicos associados a esse, hoje em dia é visto como um mal, um problema social que precisa ser combatido. Para se reestabelecer a “ordem”, deve-se cultivar indivíduos com hábitos saudáveis e longe do “mal” que vem com a fumaça.

Antes de me apropriar das contribuições de M. Douglas e Evans-Pritchard vale ressaltar que o contexto no qual escreveram é muito diferente da realidade que está sendo retratada nesse trabalho. O objetivo em trazer tais autores é traçar um paralelo de fenômenos que são recorrentes em várias épocas e culturas diferentes: explicação de infortúnios e a questão da desordem social respectivamente.

A obra de Evans-Pritchard a que me refiro é *Bruxaria, magia e oráculos entre os Azande*, e a princípio o leitor pode se perguntar: Qual a ligação entre a bruxaria e o tabagismo? Fumar é um hábito de quem está enfeitiçado? Contudo, o que orienta minha reflexão não é nenhuma destas questões.

O que tento abordar é como a lógica Azande torna o mundo sempre inteligível para essa sociedade. Na cosmologia Azande a noção de bruxaria explica os pequenos infortúnios mundanos e serve para preencher uma lacuna que poderia ser entendida como coincidência. Entre os Azande não existe o acaso, ou probabilidade, existe a bruxaria.

Entre os Azandes o infortúnio pode se abater sobre qualquer pessoa, a qualquer hora e em qualquer aspecto da vida e todas elas podem ser atribuídas à bruxaria. A minha analogia entre o ato de fumar e a bruxaria é exatamente essa lógica de explicação de infortúnios, pois os dois preenchem uma lacuna causal de

eventos, cuja relevância social requer uma explicação unívoca. No caso do cigarro ele pode preencher a lacuna causal de várias doenças que não tem uma única explicação. É o que podemos verificar com relação ao câncer, por exemplo, que é uma doença multifatorial, não tendo sido até hoje encontrado um microrganismo ou uma variável genética que explique o câncer. Assim, vários tipos de câncer (de pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga e colo de útero) ²² são atribuídos ao cigarro, sendo que pessoas que nunca fumaram também podem ter todos os tipos de câncer atribuídos ao tabaco.

Se nas palavras de Evans-Pritchard,

“O que [os azandes] explicavam com a noção de bruxaria eram as condições particulares, numa cadeia causal, que ligaram de tal forma um indivíduo a acontecimentos naturais que ele sofreu dano” (Evans-Pritchard, 2005: 52);

o mesmo parece acontecer, em nossa sociedade, com o manejo do cigarro ele entra para explicar numa cadeia causal particular a combinação entre acontecimentos naturais e sociais em que um indivíduo (o fumante) sofreu o dano (a doença). Se um homem sofre de impotência e fumar, a causa da disfunção será o cigarro, se uma pessoa tem pressão alta e fumar, a causa novamente será o tabaco.

Segundo o autor, a bruxaria explica a coincidência entre dois eventos. A bruxaria é a causa socialmente relevante, é ela que permite intervenção em determinado comportamento social, no sentido de prevenir o infortúnio. Assim pode-se pensar com relação ao o cigarro, que não se pode controlar quem vai ter câncer ou não, quem vai ter infarto, ou enfisema ou qualquer outra doença, contudo, pode-se tentar controlar quem fuma, acionando-se a dupla causalidade que articula o fumar/fumante e a doença/o adoecer.

Outra analogia que proponho entre o ato de fumar e a bruxaria é relativa à noção da “segunda lança” proposta pelo autor nos seguintes termos:

“Quando os azandes matam a caça, há uma divisão da carne entre o homem que primeiro atingiu o animal e o que lhe cravou a segunda lança. Esses dois são considerados os matadores do animal, e o dono da segunda

22 Fonte: www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atento&link=doencas.htm

lança é chamado *umbaga*. Assim, se um homem é morto por um elefante, os Azande dizem que o elefante é a primeira lança, que a bruxaria é a segunda lança, e que, juntas, elas o mataram” (Evans-Pritchard, 2005: 55).

Se considerarmos que existem outros fatores que causam as doenças relacionadas ao tabaco, mas junto com o ato de fumar o adoecer se torna um dano, particularmente ao fumante, o cigarro pode ser visto, então, como a “segunda lança”. O infarto é exemplo disso, procedimento de atribuição de causa relevantes que considero análogo ao fenômeno da bruxaria Zande: uma pessoa pode ser sedentária e ter uma alimentação muito gordurosa, porém, se ela fumar os médicos darão mais peso ao tabagismo. Existiam outras causas, contudo será o cigarro que será visto como estopim que explicará porque aquela pessoa em particular desenvolveu a doença. O tabagismo será visto como o fator mais relevante dentro de uma hierarquia mais ampla de fatores biomédicos.

Agora, passo a uma análise do trabalho de Mary Douglas, tomando como referência a obra *Pureza e Perigo*. As reflexões que procuro trazer para esse trabalho são relativas à: desordem social, contaminação, impureza e perigo.

Primeiramente, a autora redefine a sujeira, destacando que ela deve ser vista como uma categoria relacional, ou seja, uma desordem dentro de um padrão de classificação preestabelecido da cultura em questão. A sujeira não é absoluta, ela está nos olhos de quem vê e tem o poder de fazer valer a sua classificação. Essa sujeira como coloca Douglas (1976), não é evitada apenas e necessariamente como fator doença e sim devido à necessidade humana de ordenar, de organizar o mundo. A poluição, segundo Douglas (1976), pode ser trabalhada no nível instrumental, como um meio através do qual as pessoas influenciam no comportamento de outras.

A fumaça do cigarro pode ser vista como uma sujeira uma, desordem no mundo contemporâneo. As pessoas inibem outras de fumar para protegê-las e aos demais da poluição causada pela fumaça. Existem outras formas de poluição tanto ou mais danosa que a fumaça do cigarro e não se tem a mesma preocupação em combatê-las, a emissão de CO₂ pelos carros, por exemplo, não há grandes mobilizações para diminuir essa emissão como as de combate a poluição do cigarro. Além da questão do nojo citada anteriormente²³, nos indica que não é só pelo quesito doença que a fumaça é evitada, apesar desse ser o argumento central das

²³ Capítulo 1, p.20

campanhas antitabagismo.

Os governantes exercem um grande poder na disseminação da crença do perigo. O governo tem o poder de decidir o que se pode ou não fazer. No caso do tabagismo foram criadas leis que impedem seu uso em ambientes públicos fechados. Esse caráter danoso atribuído ao cigarro é embasado em um discurso biomédico, aderido pelos governantes e pela população em geral. Atualmente existe um consenso de que fumar é prejudicial, mesmo as pessoas “leigas” que não sabem apontar uma doença além do câncer de pulmão causada pelo cigarro, afirmam e/ou sabem que o cigarro faz mal.

Todas as sociedades separam, demarcam e punem as transgressões, elas tentam impor sistematizações para preservar a ordem. Há uma necessidade de estabelecer barreiras e classificar o que deve ficar dentro e fora da sociedade. Separa-se o que é sujo do limpo, a ordem da desordem, o ser do não ser, a forma da não forma, a vida da morte e o puro do impuro.

Impureza é o que não pode ser incluído, quando se quer manter um padrão. Deve-se manter fora para não contaminar o resto da sociedade, tanto físico quanto moralmente. E todas as anomalias, tudo que foge a regra, são susceptíveis a serem separadas, banidas, modificadas ou anuladas. O hábito de fumar é condenado, e existem leis que o proíbem em determinados locais, e quem o faz está sujeito a ser punido com multa, fora o constrangimento moral que esse fumante pode sofrer.

O que diferencia a nossa sociedade das outras nessa ordenação é a nossa racionalidade médica, diferentemente das sociedades que levam em consideração as construções morais-simbólicas. As questões em torno de saúde e doença são trazidas para ordem da natureza o que suspende qualquer argumentação, essa ordem desumaniza o discurso. A ordem da natureza só pode ser contestada nela mesma, ou seja, evidências concretas adquiridas através de estudos dentro desse mundo natural.

Assim qualquer argumentação do tabaco no campo da biomedicina só terá legitimidade se for tratada em termos naturais e dados empíricos da própria ciência. A construção do tabagismo como doença está embasada nesses dados empíricos do campo médico e psiquiátrico, os efeitos causados ao corpo e a mente pelo cigarro. Trago agora os aspectos físicos e psíquicos associados ao tabagismo por esses campos, no intuito de torna mais complexo e conflituoso o campo da própria

medicina.

Doenças relacionadas

Os primeiros estudos fazendo uma relação entre tabaco e câncer de pulmão e o aumento do risco de desenvolver doenças cardíacas foram realizados pelos epidemiologistas britânicos Richard Doll e Austin Bradford Hill, sendo publicados em 1950 e 1954 na *British Medical Journal* (Souza, 2006). Essas publicações deram as bases às lutas antitabagismo contemporâneas e foram as primeiras de muitas que vieram a transformar as representações do tabagismo. A partir de então o fumo começa a passar por uma mudança, de um símbolo de vitalidade, modernidade e liberdade para morbidade, sofrimento e morte.

Atualmente, o tabagismo é amplamente reconhecido como uma doença (síndrome da tabaco-dependência) epidêmica resultante da dependência de nicotina e classificado pela Organização Mundial de Saúde²⁴ (OMS) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1997).

Segundo a OMS, quem fuma está exposto a aproximadamente 4.720 substâncias tóxicas, no próprio maço de cigarros é mencionada tal quantidade. Procurei em vão uma lista completa dessas substâncias, não foi encontrado em nenhum lugar, nem mesmo no próprio site da OMS. Certas informações são amplamente difundidas, contudo não são divulgados os dados que as sustentam.

Além de uma doença em si o tabagismo é associado como fator causal de aproximadamente 50 doenças diferentes, destacando-se as doenças coronárias, as doenças vasculares (entre elas, derrame cerebral), o câncer (de pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga e colo de útero), a impotência sexual no homem, os aneurismas arteriais, a úlcera do aparelho digestivo, a trombose vascular e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas como bronquite.

²⁴ A OMS, fundada em 1948, é a autoridade diretora e coordenadora de saúde no sistema das Nações Unidas. Ela é responsável por liderar os problemas de saúde globais, modelar as agendas da área de saúde, estabelecer normas e parâmetros, articular e evidenciar possibilidades políticas, providenciar suporte técnico para os países, monitorar tratados de saúde. É formada por 193 países membros, que se encontram todo ano na Assembleia Mundial de Saúde, a fim de decidir políticas que melhorem a saúde.

Para melhor expressar a malignidade atribuída ao ato de fumar hoje em dia, trago essa ilustração peculiar divulgada pela OMS que faz um mapa “anatômico” de certos tipos de doenças causadas pelo tabagismo:



Figura 35: “The smoker’s body” 1997

A imagem acima²⁵ pode ser entendida como expressando o modo pelo qual a OMS vê o fumante: uma criatura disforme, cheia de doenças e grotesca. Proponho

²⁵Fonte: www.mdig.com.br

que a razão para essa imagem ser veiculada é impactar a população vinculando a imagem do fumante a um monstro.

A OMS ainda divulga dados de que o tabaco seria fator de risco para cada seis - isquemia cardíaca, AVC (acidente vascular cerebral), infecções respiratórias, doença pulmonar obstrutiva crônica, tuberculose, câncer das vias-aéreas - das oito principais causas de morte no mundo e mataria uma pessoa a cada seis segundos. O tabaco mataria de um terço à metade de todas as pessoas que o usam, 15 anos prematuramente. O consumo de tabaco causaria mais de cinco milhões de falecimentos ao ano; a previsão para 2030 subiria para mais de oito milhões. Se as tendências atuais continuarem, estima-se que ao redor do mundo mais de 500 milhões de pessoas vivas hoje morrerão como resultado do consumo de tabaco. Durante o século XX o tabaco teria matado 100 milhões de pessoas no mundo todo, e no século XXI poderá matar até um bilhão de pessoas. (MPOWER 2008). A questão que fica a partir destes dados é: se visivelmente as pessoas estão fumando menos, como esses números vão crescer tão vertiginosamente? Uma incongruência cuja explicação não é encontrada nos documentos.

Contudo, os males do tabaco não se esgotam nos corpos dos que fumam, outra categoria de tabagismo, que também é alarmada pelas organizações de saúde, é o tabagismo passivo. Define-se tabagismo passivo como a inalação da fumaça de derivados do tabaco (cigarro, charuto, cigarrilhas, cachimbo e outros produtores de fumaça) por indivíduos não fumantes, que convivem com fumantes em ambientes fechados. A fumaça dos derivados do tabaco é denominada poluição tabagística ambiental (PTA) e, segundo a OMS, torna-se ainda mais grave em ambientes fechados. O tabagismo passivo seria a 3ª maior causa de morte evitável no mundo, subsequente ao tabagismo ativo e ao consumo excessivo de álcool. O termo morte evitável é interessante, pois nos leva a pensar sobre os significados de morte e vida em nossa sociedade. Nossa sociedade parece não ver a morte como uma etapa natural do ciclo da vida e sim um estágio que deve ser evitado a qualquer custo, mesmo que o indivíduo avalie que viver de determinada forma, abrindo mão de certos hábitos, como fumar, não valha a pena. Aqui encontraríamos um dos limites do individualismo moderno, em cuja configuração os valores de liberdade e autonomia são centrais.

Os efeitos imediatos da poluição tabagística ambiental que os fumantes

passivos sofreriam são: irritação nos olhos, manifestações nasais, tosse, cefaléia, aumento de problemas alérgicos, principalmente das vias respiratórias e aumento dos problemas cardíacos, principalmente elevação da pressão arterial e angina (dor no peito). Outros efeitos a médio e longo prazo são a redução da capacidade funcional respiratória (o quanto o pulmão é capaz de exercer a sua função), aumento do risco de ter aterosclerose e aumento do número de infecções respiratórias em crianças. E também aumentaria a probabilidade de câncer de pulmão e doenças coronárias, das pessoas que não fumam.

Tendo em vista esses dados os governos dos países membros da OMS e as diferentes organizações de saúde consideram o tabagismo como um mal para saúde pública, que precisa ser banido da nossa sociedade. Mas antes de qualquer medida o tabagismo foi classificado pela OMS como uma síndrome²⁶.

Síndrome da tabaco-dependência

Antes de entrar nos manuais que são: o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) é interessante fazer uma breve análise do que vem a ser manual. Como coloca Teixeira:

“A denominação “manual” contém o sentido de “guia prático que explica o funcionamento de algo”, mas também de “compêndio”, ou seja, de livro que “encerra os conhecimentos básicos de uma ciência, uma técnica, um ofício””. (Teixeira 2008)

Teixeira (2008) ainda aborda que os manuais são por definição instrumentais, são um meio para atingir determinada finalidade técnica ou de conhecimento por um processo de aprendizado das informações que contêm. Esses livros tentam falar a *verdade* sobre o mundo e gerar ações eficazes nesse ao qual se referem. O DSM-IV e a CID-10 se encaixam perfeitamente nessa categoria de manual. Os dois são instrumentos da biomedicina para classificar, controlar e mapear doenças. São tidos como eficazes, padronizam e catalogam as doenças, segundo os preceitos dos mundos psiquiátrico e biomédico.

A CID faz parte do cotidiano de quem trabalha com qualquer doença. É

²⁶ Síndrome é o conjunto de sintomas que definem um diagnóstico e o quadro clínico de uma doença.

acionada a todo instante, pois em todos os laudos e prontuários médicos e psiquiátricos, é obrigatório constar a CID da doença em questão, seja ela uma simples gripe até um câncer cerebral. O DSM-IV, por sua vez, está presente no mundo da psicologia e psiquiatria, é elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, associação essa que pelo menos no Brasil exerce uma forte influência, não é tão acionado como a CID, mas tem um papel importante na categorização de doenças mentais.

Segundo a CID -10 o tabagismo se enquadra na categoria de transtornos mentais decorrentes de uso de substâncias psicoativas, junto com: álcool, opiáceos, canabinóides, sedativos e hipnóticos, cocaína, cafeína, alucinógenos, solventes voláteis, e múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias.

A listagem feita pela CID não traz um detalhamento minucioso sobre os transtornos decorrentes de cada substância. Contudo, aponta que se necessita de mais informações que as trazidas no compêndio. O objetivo principal da CID é alocar morbidades em grupos, com a finalidade de se poder ter uma análise mais sistemática, dos dados de mortalidade e morbidade coletados nos diferentes países. Ela serve como mapeamento das doenças ao redor do planeta que simultaneamente, permite reduzi-las a parâmetros comuns e comparáveis e, por tal procedimento, traz dados “mais precisos” para a OMS e órgãos nacionais de saúde com propósitos epidemiológicos e administrativos. A CID é um código alfanumérico que abrange as mais variadas doenças.

O uso do tabaco se encontra no item F17 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo. O agrupamento de transtornos onde se enquadra o uso do tabaco é compreendido como uma perturbação da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto, do comportamento, ou de outras funções e respostas psico-fisiológicas. Essas características abarcam um grupo grande de substâncias, pois várias se encaixam em pelo menos uma das categorias listadas anteriormente.

Na classificação existe uma sequência de procedimentos de como deve ser diagnosticado o transtorno por meio de exames toxicológicos, informações fornecidas pelo sujeito e sintomas apresentados. É feita uma categorização geral dos sintomas: Intoxicação aguda; uso nocivo para saúde; síndrome de dependência; síndrome (estado) de abstinência; síndrome de abstinência com delirium; transtorno

psicótico; síndrome amnésica; transtorno psicótico residual ou de instalação tardia; outros transtornos mentais ou comportamentais; transtorno mental ou comportamental não especificado.

Cada um desses sintomas é descrito brevemente sem aprofundamento, percebe-se que serve só como um catálogo, onde o índice alfanumérico constará em laudos médicos e psiquiátricos.

Ao analisar a CID -10 veremos que entre os sintomas descritos para essa categoria de transtornos não são feitas exceções em relação ao tabaco, já o DSM-IV aborda essas exceções.

O DSM - IV inclui o tabaco junto com 10 classes de transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, aos efeitos colaterais de um medicamento e à exposição a toxinas. As substâncias discutidas nesta seção são: álcool, anfetamina ou simpaticomiméticos de ação similar, cafeína, canabinóides, cocaína, alucinógenos, inalantes, nicotina, opióides, fenciclidina (PCP) ou arilciclohexilaminas de ação similar e sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Colocar a nicotina e a cafeína junto com cocaína, opióides, anfetamina etc., é comparar duas substâncias bem distintas das demais, pois seus efeitos bioquímicos e sociais não estão no mesmo pé de igualdade que as outras drogas. A nicotina se enquadra em 15% do efeitos listados pelo DSM – IV, enquanto o álcool em 100%, então por que o álcool é mais aceito socialmente que o cigarro? Pois não há campanhas para a quitação do ato de beber, apenas algumas para não beber e dirigir e coisas do gênero. A tabela abaixo ilustra a minha fala:

	Depen- dence	Abuse	Intoxi- cation	With- drawal	Intoxi- cation Delirium	With- drawal Delirium	Dementia	Amnesic Disorder	Psychotic Disorders	Mood Disorders	Anxiety Disorders	Sexual Dysfunc- tions	Sleep Disorders
Alcohol	X	X	X	X	I	W	P	P	I/W	I/W	I/W	I	I/W
Amphetamines	X	X	X	X	I				I	I/W	I	I	I/W
Caffeine			X								I		I
Cannabis	X	X	X		I				I		I		
Cocaine	X	X	X	X	I				I	I/W	I/W	I	I/W
Hallucinogens	X	X	X		I				I*	I	I		
Inhalants	X	X	X		I		P		I	I	I		
Nicotine	X			X									
Opioids	X	X	X	X	I				I	I		I	I/W
Phencyclidine	X	X	X		I				I	I	I		
Sedatives, hypnotics, or anxiolytics	X	X	X	X	I	W	P	P	I/W	I/W	W	I	I/W
Polysubstance	X												
Other	X	X	X	X	I	W	P	P	I/W	I/W	I/W	I	I/W

*Also Hallucinogen Persisting Perception Disorder (Flashbacks).
Note: X, I, W, I/W, or P indicates that the category is recognized in DSM-IV. In addition, I indicates that the specifier With Onset During Intoxication may be noted for the category (except for Intoxication Delirium); W indicates that the specifier With Onset During Withdrawal may be noted for the category (except for Withdrawal Delirium); and I/W indicates that either With Onset During Intoxication or With Onset During Withdrawal may be noted for the category. P indicates that the disorder is Persisting.

O DSM - IV começa discorrendo sobre as características da dependência decorrente ao uso da substância, que é uma das duas atribuídas ao tabaco. Segundo o manual, dependência de substância é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. A maioria das medicações podem se enquadrar nesse quesito, mas se for utilizada com orientação médica não tem a mesma classificação, pois só é tido como transtorno mental quando não se tem o aval médico ou psiquiátrico para o seu consumo. No intuito de melhor expressar a natureza relativa destas categorias de transtorno mental, trago uma passagem de um seriado televisivo aonde o médico recomenda cigarro ao paciente:

“House: Let me guess...inflammatory bowel.
Patient: Wow. Yeah. Is it that bad?
House: Yes. It's also written on your chart. “Bloody diarrheas, gas, pain. Took sulfasalazine but it didn't work.”
Patient: No. Then...then...I
House: “Next, tried steroid enemas. Oral corticosteroids...5-A.S.A., 6-mercaptopurine”. I'm impressed
Patient: By my medical history?
House: By how well your last doctor charted.
Patient: It's one thing to have to go to the bathroom every hour, but when the kids sit on my lap, it's...The store sent me home. They're gonna fire me. Can't you put me back on 5-A.S.A.? Maybe it'll work this time.
House: Not likely. I'm giving you a prescription. It's cheap, which is good, because your insurance company won't pay for it.
Patient: “Cogaritis”?
House: Cigarettes. One, twice a day. No more, no less. Studies have shown that cigarette smoking is one of the most effective ways to control inflammatory bowel. Plus it's been well established that you look 30% cooler.
Patient: Are you kidding me?
House: About the looking cooler, yeah. The rest is true.
Patient: Isn't addictive and dangerous?
House: Pretty much all the drugs I prescribe are addictive and dangerous. The only difference with this one is its completely legal. Merry Christmas”
(House, 1ª temporada episódio 5)

Com essa passagem tento mostrar que qualquer substância tem uma valoração dúbia, ela pode fazer bem ou mal dependendo da aprovação de um especialista, seja ele médico, psiquiatra, dentista etc. O problema maior não seria ingerir uma substância e sim ingerir por si mesmo, sem o consentimento, a orientação e o monitoramento de um profissional de saúde.

O manual segue descrevendo que a autoadministração repetida geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da

droga. A tolerância é a necessidade de crescentes quantidades da substância para atingir a intoxicação (ou o efeito desejado) ou um efeito acentuadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade da substância. O grau em que a tolerância se desenvolve varia entre as substâncias, e os indivíduos.

Desta perspectiva, coloca-se que muitos tabagistas consomem mais de 20 cigarros por dia, uma quantidade que teria produzido sintomas de toxicidade quando esses começaram a fumar.

O DSM – IV aborda a abstinência como a alteração comportamental mal adaptativa, com elementos fisiológicos e cognitivos, que ocorre quando as concentrações de uma substância no corpo declinam em um indivíduo que manteve um uso prolongado da substância. Também aponta que os usuários tendem a consumir a substância para aliviar ou para evitar os sintomas desagradáveis da abstinência. Contudo, se considerarmos que os sintomas de abstinência variam imensamente entre as classes de substâncias, e que os sintomas da abstinência do cigarro são tão menos agressivos que da maioria das outras substâncias fica o questionamento maior da razoabilidade biomédica dessa classificação conjunta da nicotina com essas outras drogas. Ainda, o manual traz que nem tolerância e nem abstinência são critérios necessários ou suficientes para um diagnóstico de Dependência de Substância. Se esses critérios não são suficientes, o tabaco não entraria nesse conjunto de transtornos, pois essas são as duas únicas características apresentadas por ele, como ilustra a figura 37.

Há vários aspectos que descrevem o padrão de uso compulsivo de substâncias característico da dependência. São eles: um desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância e tentativas frustradas de diminuir ou interromper o uso. Outro aspecto da dependência é abandonar ou reduzir atividades sociais, ocupacionais ou recreativas em virtude do uso de substâncias, o indivíduo pode afastar-se de atividades familiares e passatempos a fim de usá-la em segredo ou para passar mais tempo com amigos usuários. Muitas vezes o fumante reduz tais atividades não por vontade própria, mas por ser fisicamente impedido de participar delas, levando em consideração que há uma grande quantidade de lugares, onde não se pode fumar.

O DSM-IV relata vários sintomas dos transtornos mentais devido ao uso de substâncias nos quais o tabaco não se enquadra, até começar a especificar

transtorno, por transtorno.

Finalmente ao chegar à parte que trata da nicotina, o manual aborda que a dependência da nicotina pode ser gerada pelo uso de diversas formas de tabaco, inclusive as com prescrições médicas, como o caso do chiclete de nicotina e o adesivo (contudo esses são geralmente utilizados com o objetivo da cessação do fumo).

Trata sobre a questão da tolerância da nicotina, um processo no qual ao longo do tempo o fumante precisa consumir cada vez mais cigarros para se chegar ao resultado esperado. Aponta que 80% dos indivíduos que fumam mostram o desejo de parar, 35% tentam parar todo ano, e apenas 5% são bem sucedidos em interromper o hábito. Aborda também a já mencionada dificuldade em ir a eventos sociais por causa do fato que na maioria dos espaços públicos não é permitido fumar.

Depois passa para questão da abstinência, descreve que a cessação abrupta pode trazer vários sintomas como irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração, aumento de apetite, ganho de peso, entre outros.

Os hábitos são passíveis a classificação em qualquer sociedade, e dentro da nossa o hábito de fumar foi classificado como uma síndrome²⁷ pela biomedicina. Devido ao fato do tabagismo não ser causado por um agente patogênico esse foi alocado na categoria de transtornos mentais, causados pela inalação ou ingestão de substâncias. Essa classificação como doença mental ou transtorno mental, carrega uma forte carga simbólica. Em nossa sociedade pessoas com morbidades psiquiátricas são estigmatizadas²⁸. Dependendo da doença a pessoa pode ser infantilizada, ou vista como perigosa, demente etc. Com isso pode-se querer veicular essa imagem ao fumante.

A classificação do tabaco como doença mental não surtiu efeitos no sentido de classificar o fumante como louco. Porém é recorrente nos artigos médicos e no próprio DSM-IV associar o cigarro com outros transtornos mentais, apontando também haver a uma prevalência maior de fumantes em doentes mentais do que

²⁷ Síndrome pode ser definida como um conjunto de sinais e sintomas que definem o diagnóstico de uma doença, e o quadro clínico de um indivíduo.

²⁸ Estigmatizado entendido como o indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena. O tabagismo e as doenças mentais estariam alocados em um tipo de estigma que Goffman coloca como culpa de caráter individual: vontade fraca, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, desemprego, etc. (Goffman, 1988:7, 14)

na população dita normal.

Tabagismo morbidade e comorbidades

Trago dois artigos sobre morbidades psiquiátricas e a relação com o tabaco, com o intuito de mostrar que mesmo dentro do próprio campo biomédico há controvérsias acerca de como o tabaco pode ser visto. Os dois artigos foram extraídos do site Scielo, tendo sido originalmente publicados na Revista de Psiquiatria Clínica. Os artigos são: Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos (Rondina, Gorayeb, Botelho, 2003) e Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica (Malbergier e Oliveira, 2005).

Os dois textos trazem uma relação entre doenças psiquiátricas e tabagismo, contudo apontam opiniões divergentes em certos aspectos. Poderia se dizer que o texto de Rondina, Gorayeb, Botelho (2003) tem uma abordagem mais liberal em comparação ao artigo de Malbergier e Oliveira (2005), pois o primeiro não traz uma valoração estritamente negativa em relação ao cigarro apontando uma gama de possibilidades que o cigarro teria na vida de doentes mentais.

Os dois artigos tem por objetivo promover uma revisão bibliográfica da associação entre o tabagismo e as doenças psiquiátricas, considerando que as relações entre a dependência de nicotina e outros transtornos psiquiátricos vêm atraindo interesse crescente desde a década de 90.

No texto de Rondina, Gorayeb, Botelho (2003) a depressão é um dos transtornos mais associados ao tabagismo. Os autores destacam que vários estudos apontam que a cessação do fumo durante o tratamento em um histórico de transtorno depressivo é fator de risco para a manutenção do quadro clínico ou o desenvolvimento de novo surto depressivo.

Também apontam a esquizofrenia como uma comorbidade do tabagismo. Um estudo feito nos EUA mostra que entre 70% a 80% dos pacientes esquizofrênicos fumam, sendo que em outros pacientes psiquiátricos essa média de tabagismo cai para 50% e na população em geral gira em torno de 25%. As pesquisas trazidas no artigo de Rondina, Gorayeb e Botelho (2003) sugerem que existe uma variedade de mecanismos que podem explicar a associação entre esquizofrenia e tabagismo. O consumo de tabaco pode ser reflexo de vários fatores como o processo de

internação – onde o doente mental é privado da sua liberdade -, tédio e do baixo controle dos impulsos dos pacientes esquizofrênicos. Nesses estudos são relatados casos de pacientes que significam o cigarro positivamente por produzir um relaxamento, redução da ansiedade e dos efeitos colaterais dos remédios. Vários dos remédios antipsicóticos tem efeitos desagradáveis e o cigarro torna-se uma válvula de escape, uma tentativa de amenização desses efeitos.

Recentemente, alguns estudiosos vêm efetuando pesquisas de cunho qualitativo (baseadas principalmente em relatos dos sujeitos), para obter uma compreensão mais abrangente sobre a dinâmica psicológica subjacente ao tabagismo em pacientes psiquiátricos. Um desses estudos trazidos no texto de Rondina, Gorayeb, Botelho (2003), feito por Lawn e Barber (2002), por exemplo, foi entrevistado um grupo de 24 pacientes fumantes, composto de esquizofrênicos, portadores de transtorno bipolar, depressão maior e transtornos de personalidade. O objetivo do trabalho foi identificar similaridades e diferenças no comportamento de fumar tabaco e as percepções dos pacientes acerca da ligação entre a doença mental e o tabagismo. Segundo os autores, o estudo trouxe à luz temas ainda não existentes na bibliografia, demonstrando que o tabagismo pode assumir um papel de significado existencial na vida de populações psiquiátricas. O trabalho reconhece e confirma dados de pesquisas de natureza biológica, como o consumo de tabaco para alívio de efeitos colaterais de medicações e tentativa de automedicação dos sintomas da doença. Entretanto, segundo os fumantes entrevistados, a principal barreira para o abandono do tabaco parece ser o sentimento de desespero por ser portador de uma doença mental, a falta de esperança em recuperação e a necessidade de controle.

Segundo Malbergier e Oliveira (2005), desde o fim da década de 1970, diversos autores passaram a relacionar o tabagismo e aspectos negativos da afetividade, tais como tensão, ansiedade, irritabilidade, humor e sintomas depressivos em geral.

Sobre a depressão estes autores abordam três hipóteses de relação causal: o uso da nicotina desencadeia a depressão, pacientes depressivos procurariam a nicotina para a obtenção de alívio dos sintomas, e a dependência da nicotina e depressão seriam doenças não relacionadas diretamente em si. Segundo pesquisas sociodemográficas, a depressão tem ocorrência maior entre as mulheres,

probabilidade três vezes aumentada em indivíduos com nível universitário e a probabilidade duas vezes aumentada para indivíduos com início do consumo de cigarros na adolescência. Estudos trazidos no artigo realizado com adolescentes entre 15 e 16 anos mostrou que os sintomas depressivos eram fatores capazes de prever o consumo de nicotina na idade adulta, o que mostraria indícios para validar a segunda hipótese.

A relação entre a doença de Alzheimer e a dependência da nicotina foi inicialmente descrita por VanDujin e Hofman (1994) como uma associação onde os fumantes teriam menor predisposição para o desenvolvimento da doença em relação à população em geral. Por meio da revisão de 19 estudos caso-controle, conclui-se que o consumo de cigarros em algum período da vida diminuiria a probabilidade de desenvolvimento do Alzheimer, o que foi confirmado em outras revisões. O aparente efeito protetor do cigarro foi atribuído a algum possível mecanismo neurofisiológico da nicotina. Depois desse levantamento de dados Malbergier e Oliveira (2005) rebateram contra argumentando que o possível efeito protetor da nicotina foi entendido por outros autores como produto de um viés causado pela mortalidade precoce entre os fumantes, resultando em uma porcentagem mais alta de pacientes não fumantes com doença de Alzheimer.

No estudo de Malbergier e Oliveira (2005) também é abordado que o consumo do tabaco foi relacionado à maior probabilidade de ocorrência de dependência da cocaína e maconha. Desde a década de 1970, estudos trazidos no artigo descrevem que o uso de cigarros poderia estar relacionado à facilitação do consumo posterior de outras substâncias, o chamado modelo da “porta de entrada” (Yamaguchi e Kandel, 1984). Este modelo foi reforçado a partir da constatação de que quanto mais jovens os indivíduos têm contato com o cigarro, maior a probabilidade do uso de drogas ilícitas.

Os dois artigos trazem um levantamento bibliográfico a respeito do tabagismo como uma comorbidade de outras doenças psiquiátricas, apesar de trazerem tons e argumentações distintas. O cerne da questão nesse trecho é que não há um consenso no campo da biomedicina e da psiquiatria acerca das consequências do tabagismo. A CID e o DSM – IV tem pontos discordantes assim como os dois artigos trazidos posteriormente. Se nem dentro da própria biomedicina há uma unanimidade, como pode haver um consenso absoluto ao que tange as políticas

públicas e o senso comum da sociedade civil? As políticas públicas trabalham com simplificações, não trazem para si as discussões estabelecidas no campo da biomedicina e da psiquiatria. Elas desconsideram parte desses campos para criar suas agendas, trazem o que interessa para o campo prático e deixam essas celeumas para o campo teórico das ciências. Assim, o que é passado para a população também são essas simplificações, qualquer informativo repassado às pessoas não traz esse debate sobre as divergências em torno do cigarro.

Os manuais (CID- 10 e DSM-IV) e os artigos (Rondina, Gorayeb, Botelho - 2003 e Malbergier e Oliveira - 2005) trazem consensos e discrepâncias em seu interior, isso é interessante para ver que nem no campo das ciências há uma verdade única sobre um mesmo tema, não há uma resposta “exata”. Apesar dos manuais serem instrumentos para o mundo prático, enquanto os artigos seriam embates mais teóricos, os dois têm por objetivo categorizar as doenças e agrupá-las da maneira que acharem mais apropriadas aos seus objetivos.

Um traço em comum entre todos os trabalhos é perceber que o tabagismo não é uma doença isolada. O tabagismo nunca está só, está sempre acompanhado de outra doença, tanto sendo uma comorbidade ou um fator de risco. Este é o eixo abordado na próxima sessão.

Categoria risco

Um tema que é sempre recorrente quando se discute tabagismo é o risco que o cigarro traz para os indivíduos. Para melhor explicar a categoria de risco trago dois textos que abordam tal temática. O primeiro é *Analysis of a Dialogue on Risks in Childbirth – Clinicians, Epidemiologists, and Inuit Women* de Kaufert e O’Neil (1993), e o segundo é *Managing Uncertainty – Ethnographic Studies of Illness, Risk and the Struggle for Control* de Jenkins, Jessen e Steffen (2005). Ambos os trabalhos contribuem para a análise da idéia de risco, porém as discussões são trazidas de maneiras distintas. O primeiro estudo se trata de um artigo que traz uma pesquisa etnográfica realizada sobre a questão do parto entre mulheres Inuits, enquanto o segundo apesar de ser uma coletânea de artigos etnográficos, utilizei apenas a introdução por abordar uma revisão teórica sobre o assunto.

Há várias formas e possibilidades de se significar os usos e as concepções de

risco, dependendo de quem faz a narrativa e para quem ela é feita. A idéia de risco é construída, e seu sentido e conteúdo são diferentes dependendo de qual é a linguagem usada para descrevê-la. Adotarei para o presente trabalho a classificação das *línguas*²⁹ utilizadas por Kaufert e O'Neil (1993) que são epidemiológica clínica ou "leiga"³⁰. Cada uma das *línguas* listadas anteriormente possui uma descrição diferente a cerca do que é o risco. Na *língua* epidemiológica o risco é uma construção estatística, os clínicos tomam o vocabulário dos epidemiologistas, que têm lugar reconhecido no discurso científico. Como coloca Kaufert e O'Neil (1993) no caso das mulheres Inuits, as pessoas que vão contra o controle médico também empregam o vocabulário do risco, mas os "leigos" ao invés de reduzir o risco a um elemento estatístico trazem a tona uma questão emocional e de comportamentos morais referenciada no registro da experiência e da vivência.

A apropriação do conhecimento epidemiológico e antropológico é bastante distinta. Enquanto a primeira é baseada na aquisição de conhecimento por regras do método científico, as pesquisas antropológicas preferem uma aproximação do objeto com o intuito de formar sua base argumentativa e suportar suas afirmações a partir de uma coleta de dados variados, e tentando abordar diversos pontos de vista. A antropologia tenta desconstruir a idéia de verdade única e absoluta que muitas vezes é imposta pelo discurso científico, e que como vimos anteriormente apesar de pregar isso nem mesmo o discurso científico possui uma única verdade.

No presente trabalho e em vários outros os antropólogos se perturbam profundamente pela maneira que a epidemiologia descontextualiza seus dados, objetifica pessoas e ignora o significado de determinadas questões. Como no trabalho de Kaufert e O'Neil (1993) onde os epidemiologistas desconsideram os valores das Inuits nas questões relativas ao parto.

Os autores fazem um pano de fundo de como essa política foi criada. Essas mulheres Inuits viviam em comunidades ao norte do Canadá, em uma região erma, e em cada uma das comunidades havia um pequeno centro de saúde com uma ou até quatro enfermeiras, e também pelo menos uma parteira. Mulheres que tinham gravidez de alto risco eram encaminhadas aos hospitais mais próximos da

²⁹ Colocarei essa língua em itálico para fazer uma distinção de qualquer outro sentido que a palavra língua possua que não seja as classificações de Kaufert e O'Neil (1993).

³⁰ Utilizo as aspas, pois aqui não se trata do sentido de ser alheia ao assunto, e somente uma mera separação dessa língua com o discurso biomédico.

localidade, enquanto gestações de baixo risco eram atendidas e os partos eram realizados nesses centros de saúde. Isso ocorreu até o final dos anos 70, no início dos anos 80 o governo estabeleceu uma política determinando que todos os nascimentos deveriam ocorrer dentro do hospital. Essa determinação do governo foi vista pela população em geral como um avanço, que proporcionava condições igualitárias no parto. Contudo, essa não foi a visão das Inuits, as que seriam mais afetadas com essa medida.

Como colocam Kaufert e O'Neil (1993) as mulheres que se recusam a deixar a comunidade para dar a luz no hospital, ganham uma reputação de desobediente e irresponsável. As consequências desse ato não são simples. Recusar-se a dar a luz em uma enfermaria significaria desafiar o relativo poder institucional e a única fonte de cuidados médicos ofertados pelo governo para a mulher e sua família.

Enquanto o saber médico pressiona para uma intervenção tecnológica no processo do parto, a mulher Inuit baseia-se na filosofia que o parto é um processo natural, particular em suas próprias tradições.

A *língua* falada quando o assunto é risco seja clínica, epidemiológica ou “leiga” reflete quem e para quem está se falando e o contexto histórico e político de quem está falando. Um diálogo do texto elucida bem isso:

“Woman: ...What we're saying is that we don't think it's quite as you think is it.

Physician: we can give you the risk. The risk is twenty per thousand.

Woman: according to your statistic.” (Kaufert e O'Neil – 1993:44).

Nesse relato percebe-se que a concepção e a construção da categoria risco são diferentes para cada grupo envolvido. O dado estatístico não tem o mesmo sentido para o epidemiologista e para a mulher Inuit. O clínico levanta números que de mil bebês, vinte morrem para evocar algum impacto, como se dados por si só fossem satisfatórios para findar qualquer argumentação.

Os números são utilizados na *língua* epidemiológica como suficientes, com eles se acaba qualquer discussão. Para muitos profissionais de saúde, níveis de mortalidade são objetivos, produtos de fatos científicos indiscutíveis. O modelo como a linguagem epidemiológica é apresentada pode ser visto como uma tentativa de comunicar uma informação complexa para uma audiência acreditando-se que os números e as porcentagens são de fácil apreensão desse público.

No texto de Kaufert e O'Neil (1993) a mulher relata que o nascimento não é tão arriscado quanto o discurso biomédico prega. A mulher rejeita os números do médico, ela interpreta essa situação em termos de poder e política. Como na experiência de vida da mulher, casos de morte por parto são raríssimos, esse risco alegado pelo médico não passa de um risco estatístico.

Segundo os autores apesar do risco clínico ser baseado também em estatísticas, em sua maior parte essa linguagem se baseia nas experiências clínicas vividas pelos profissionais. O risco clínico é composto basicamente de poucos desastres reais e um número alto de casos em que o desastre foi evitado. A ideologia médica requer que o médico defina a si mesmo como objetivo e científico, e suas ações devem deixar de lado o emocional. Por ser uma ciência, ela tenta descartar esse apelo emocional e se basear pela razão da prática médica e lógica científica.

Assim, se para as mulheres Inuits o parto é naturalmente seguro, por outro lado os clínicos vêem o parto como inerentemente perigoso:

“Woman: “but living in an isolated community, where we put ourselves at risk for any number of life-threatening situations...we live here, this is our choice to live here, if anybody feels they can't live with that risk then they probably [should] move elsewhere. The possibility of losing a child simply because of the place that we live is a sobering thought, and it's a terrible thing, but still it's our choice to live here” (Kaufert e O'Neil - 1993:48).

As mulheres Inuits como na passagem acima demonstra, não excluem a idéia de risco, contudo sua concepção sobre o assunto difere da dos profissionais de saúde e epidemiologistas. Viver onde elas vivem já é um risco por si só, as mulheres Inuits estão cientes disso, entretanto elas não querem mudar seus hábitos e costumes por causa da ideologia biomédica e das políticas governamentais. E mesmo se as mulheres fossem ter seus filhos em hospitais o risco continuaria existindo, poderia diminuir, mas não se extinguiria. Ser dependente de outras pessoas, também é se colocar em risco.

Viver é um risco por si só, porém as pessoas tentam a todo tempo controlar esses riscos vivenciados, hierarquizá-los segundo seus valores e visão de mundo. E é sobre essa tentativa de controle que o próximo texto se dedica.

A introdução do livro *Managing Uncertainty – Ethnographic Studies of Illness, Risk and the Struggle for Control* trabalha o risco como uma incerteza da vida, e

Como nós humanos tentamos controlá-lo:

“When sickness calls into question that existence we are confronted by the uncertainties of life. In such situations our concerns are not only with physical body and experiences of physical pain and fragility, but also with the social and symbolic aspects of life and death” (Jenkins, Jessen e Steffen - 2005:9).

A doença é uma questão que sempre traz consigo certa incerteza, estar doente traz implicações em vários campos da vida. Nós humanos procuramos um senso de controle quando estamos diante a uma crise, no caso trabalhado aqui a doença. Na tradição antropológica existem relatos de como os homens lidam com essas incertezas, Evans- Pritchard e M. Douglas abordados nesta monografia são exemplos dessa tradição.

Como colocam Jenkins, Jessen e Steffen (2005), nos esforçamos sempre para encontrar uma maneira de controlar a nossa vida quando essa se encontra frente a alguma crise.

As incertezas são sempre negociadas nas relações sociais, sempre se procura um meio de se alcançar certa segurança:

“Humans are never merely victims of fate: despite the impossibility of complete certainty, we actively attempt to create a degree of security (White 1997:18)”

Como coloca a passagem não somos meras vítimas das situações, sempre procuramos uma maneira de lidar com as incertezas. Trabalhando com as possibilidades apresentadas ao nosso redor, somos sujeitos ativos em nossas vidas, e não somente seres passivos à mercê das circunstâncias.

Jenkins, Jessen e Steffen (2005) colocam que existem três sentidos relativos à saúde que andam juntos com as incertezas. Para uma melhor compreensão nomearei esses três sentidos como: cura, heterogeneidade e propaganda estatal. O primeiro sentido é “a cura”, trata-se da busca pela saúde, os autores acreditam ser uma tentativa dos indivíduos de criar pelo menos uma ordem em frente às incertezas da vida. O segundo é a “heterogeneidade” que se refere à existência de uma diversidade e heterogeneidade de respostas às doenças e as desabilidades, o mesmo estímulo pode gerar resultados diferentes em cada doença. E o terceiro é “a propaganda estatal”, a biomedicina institucionalizada pode ser entendida como

propaganda estatal e tentativa de controlar as incertezas e criar um ambiente social mais previsível por tratamentos racionais. O primeiro e terceiro senso são tentativas de controle diante das incertezas, enquanto o segundo trata-se da incerteza inerente da doença quando se tenta saná-la.

Como colocam Jenkins, Jessen e Steffen (2005) a tentativa de controlar, reduzir ou remover incertezas na realidade pode levar a uma acentuação da existência das incertezas.

O cálculo do risco de doenças é uma maneira pela qual as políticas públicas tentam exercer algum controle sobre as vidas, ao mesmo tempo em que moldam o indivíduo, também colocam em aberto o campo de possibilidades de manobra. Contudo existe a possibilidade, como apontam Jenkins, Jessen e Steffen (2005), de uma mudança onde o foco em questão de verdade e doenças especificadas desloca-se para questões de risco de viver em geral.

Como ainda coloca o texto de Jenkins, Jessen e Steffen (2005), indivíduos saudáveis são transformados em pré-pacientes, dependendo do caso especificado ou não, de uma futura doença. Há uma preocupação dos Estados modernos e suas agências em coordenar e monitorar os indivíduos na tentativa de fomentar certezas e previsibilidade ao nível de sistema. A busca de previsibilidade e o combate às doenças pré-existentes é um projeto incerto. Pois aqui se trabalha com certas variáveis que fogem do controle humano. A incerteza pode ser simplesmente intrínseca e irremediável em determinadas situações. Nossas tentativas de tornar questões de vida ou morte mais previsíveis e amenas à agência humana podem exacerbar ou criar incertezas.

A biomedicina tem uma característica, como abordam Jenkins, Jessen e Steffen (2005), de tentar fazer o “*fit in*” em pessoas tidas como “complicadas”, em pessoas desviantes. Na tentativa do manejo dessas pessoas e com as suas próprias incertezas sobre quem são e como lidar com elas, essas pessoas que não se encaixam são classificadas muitas vezes em categorias psiquiátricas. Assim, como foi o caso do tabagismo.

Como já foi dito anteriormente o tabagismo é considerado um fator de risco para várias doenças e um risco para a própria sociedade. Contudo, como vimos com os textos de Kaufert e O’Neil (1993) e Jenkins, Jessen e Steffen (2005) a categoria risco é variável e sua compreensão requer que se considere o contexto maior em

que se referencia (registros de realidade e configurações de valores), bem como as posições de poder em que os diferentes sujeitos se encontram.

O fumar envolve uma gama de sensações para os fumantes que vai além de dados estatísticos. Esses significados ocultos por trás da fumaça são geralmente desconsiderados e silenciados, na hora de se elaborar políticas públicas, ou qualquer medida em torno do cigarro.

Em conversas informais com fumantes percebi que por não fazer parte da experiência próxima da maioria dos fumantes o risco de morrer ou contrair câncer está mais relacionado a um dado estatístico do que uma experiência vivenciada, pois para esses fumantes nem sempre há uma ligação direta e imediata entre fumar e contrair doenças associadas ao tabagismo. Assim, o risco não é negado pelos fumantes, pois dificilmente algum fumante irá dizer que fumar não traz nenhum risco à saúde. Entretanto com risco ou não, o interessante é ver que o poder do governo e da biomedicina interfere diretamente nas escolhas individuais de cada pessoa, se essas não param de fumar pelas explicações das consequências que o tabagismo causa pelo discurso biomédico, são obrigados a parar de fumar pela proibição do governo de fumar em determinados ambientes.

Os três sentidos descritos por Jenkins, Jessen e Steffen (2005): cura, heterogeneidade e propaganda estatal são aplicáveis à compreensão do fenômeno de controle ao tabagismo. A cura aqui poderia ser vista como a quitação do fumo, essa busca por um novo estilo de vida saudável, no caso do tabagismo a quitação do fumo poderia ser vista como certa cura, ofertada pelo governo e tratamentos particulares. Outra característica é que grande parte das doenças associadas ao tabagismo são doenças multifatoriais e que cada indivíduo responde de uma maneira diferente ao consumo do cigarro não havendo, portanto, como ter uma certeza se um sujeito ao fumar irá contrair a doença x ou y, o risco pode aumentar, mas continuará sendo uma incerteza. O último ponto é a questão de como o governo lida com o cigarro, ele utiliza o discurso biomédico para legitimar suas ações antitabagismo, criando medidas para a redução e até mesmo proibição do hábito de fumar em certos ambientes sociais, buscando com isso, diminuir os possíveis riscos gerados pelo tabaco aos indivíduos, principalmente não fumantes.

Atualmente, existe um incessante mapeamento dos problemas e necessidade que ainda não existem, e não se sabe ao certo de vão existir e muitas vezes são

deixadas de lado enfermidades que existem numa realidade concreta. Refiro-me aqui as doenças negligenciadas como malária, tuberculose, mal de Chagas, leishmaniose, entre outras. O governo brasileiro se preocupa mais com as doenças que os tabagistas podem adquirir, criando medidas de prevenção, e é omissa em relação às doenças citadas acima.

Os fumantes se tornaram pré-pacientes, e ao mesmo tempo pacientes. Existe a preocupação com as doenças que podem desenvolver e com a síndrome que possuem. Fumar aumenta o risco de se contrair várias doenças, mas é esquecido que ao se parar de fumar o risco pode diminuir, mas não se extinguirá. Adoecer é um processo que muitas vezes é imprevisível, logo mesmo tendo uma vida regrada, a pessoa ainda tem a possibilidade de contrair uma doença que é mais associada a quem leva uma vida de exageros.

O governo tenta controlar os riscos gerados a saúde pelo cigarro, essa incerteza causada pelo tabaco, proibindo o seu uso, controlando e taxando a sua venda, mas também os fumantes procuram meios de lidar com essas ações governamentais. E até mesmo alguns fumantes sabendo do risco do cigarro, consomem certos cigarros com níveis de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono mais baixo, não pensando que deixaram de correr risco ao fumar, porém tentando diminuir os estragos que o cigarro possivelmente iria lhes causar.

O mundo ideal sem tabaco não existe, não se sabe se um dia teremos um mundo realmente sem tabaco, contudo as ações do governo são voltadas para alcançar essa realidade imaginada, e ao fazê-lo já está se construindo, em alguma medida este ideal.

É nesse contexto de tentar controlar o risco, de manejar as incertezas e almejar um mundo sem tabaco que surgem as políticas governamentais antitabagismo que serão o tema do próximo capítulo.

CAPÍTULO 3

Combate ao adoecer

Levando em consideração que o tabagismo passou a ser visto como uma doença perigosa, tanto para quem é fumante-ativo quanto para quem é fumante-passivo, as autoridades governamentais se viram impelidas a adotar algumas medidas. E as resoluções tomadas foram por meio de políticas públicas a nível global e nacional, as selecionadas para o presente estudo foram: a Convenção-Quadro de Controle do Tabaco (CQCT), o MPOWER e o Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

Políticas públicas no campo da Antropologia

Um dos textos bases que usarei para discutir políticas públicas será *“Anthropology of Policy – Critical perspectives on governance and Power”* uma coletânea organizada por Shore e Wright (1997).

Como colocam os autores as políticas públicas são instrumentos e conceitos que fazem parte da nossa sociedade contemporânea. As políticas têm como função classificar, formatar e ordenar as pessoas, elas são instrumentos de poder das instâncias estatais. Contudo, as políticas públicas são apresentadas como planos de ação criados por gestores que identificam um problema e traçam medidas que devem ser tomadas para solução e/ou amenização dos dilemas enfrentados pela sociedade.

O intuito ao se estudar as políticas públicas voltadas para o tabagismo é a identificação dos discursos e as agências que operam através dessas. E analisar como os indivíduos são “vistos” por essas políticas, o que elas levam em conta e quais são os efeitos que exercem na vida das pessoas.

Shore e Wright (1997) colocam que de um ponto de vista instrumentalista dos conceitos governamentais, políticas são como ferramentas para regular a população de ponta a ponta, com recompensas e sanções. A argumentação dos autores traz que as políticas se tornaram uma instituição dos governos ocidentais, juntamente com outros conceitos chaves de organização como família e sociedade.

No texto os autores abordam que as políticas públicas podem ser vistas como um problema antropológico e fornecem vários tipos de leituras dessas como: um texto cultural, um sistema classificatório, uma narrativa que serve para justificar ou condenar o presente, ou um dispositivo retórico e de formação discursiva que tem como função empoderar algumas pessoas e silenciar outras. As políticas antitabagismo se enquadram em todas as categorias citadas acima e também como um modelo de sociedade que é almejado e que medidas serão tomadas para isso.

As políticas públicas são um fenômeno social multifacetado, elas abarcam questões das mais diversas áreas: política, economia, jurídica, cultural e social. Elas têm o poder de afetar a vida cotidiana dos indivíduos, as relações que estabelecem entre si e relações que estabelecem com os objetos, no caso das estudadas no presente trabalho, elas ajudaram a modificar a relação indivíduo x tabaco e indivíduo x indivíduo.

Como colocam Shore e Wright (1997), as políticas públicas são tiradas do campo político e são valoradas como neutras a partir do momento que caem no discurso científico. Os conhecimentos dos cientistas são usados como instrumentos nos procedimentos institucionais, isso gera processos de mão dupla onde um legitima o outro.

A linguagem e o discurso utilizados nas políticas públicas fornecem uma chave para analisar as relações de poder formadas dentro das políticas, que são uma representação da realidade. Dentro delas podem-se perceber vários pontos de interseção e conflito de estruturas de poder local com estruturas de poder mundial. Com o advento da globalização, muitas políticas públicas voltadas para a saúde têm diretrizes estabelecidas por organizações internacionais, que é o caso da Organização Mundial de Saúde (OMS) que exerce uma forte pressão para os governos nacionais adotarem as medidas por ela estabelecidas.

Quando se trabalha políticas públicas, os documentos são importantes fontes etnográficas. Eles podem ser vistos como textos culturais e classificatórios. Os documentos serão aqui os “interlocutores” dessa pesquisa, pois no presente capítulo foram os materiais etnográficos utilizados.

Deve-se atentar ao discurso que é empregado, quando se faz análise de documento. Definir discurso é um trabalho difícil, uma das definições que pode ser

utilizada é conceber o discurso como uma maneira de pensar que pode sobrepor e/ou reforçar cada outra possibilidade de pensar.

Quem tem o poder de definir os discursos dominantes trabalha reforçando suas idéias e marginalizando alternativas. E isso pode ocorrer nas políticas públicas por se tratarem de agendas políticas que dão autoridade para um indivíduo ou para um grupo. A forma de escrita das políticas públicas muitas vezes tenta persuadir sob a retórica de informar e descrever. O documento das políticas públicas estabelece objetivos que na perspectiva de quem as produziu são claros e racionais. Partes afetadas diretamente com as políticas públicas podem ser silenciadas nesse processo, na falta de um espaço de negociação. Os discursos em políticas públicas estabelecem um jeito particular de pensar e argumentar e excluindo os outros.

Políticas Públicas antitabagismo

As políticas públicas antitabagismo são medidas relativas a um caso de saúde pública. O tabagismo é considerado uma epidemia que deve ser combatida. Essa política pública é embasada em um discurso biomédico hegemônico, que dentro da nossa sociedade tem uma grande legitimidade. Ela também traz valores como bem estar comum, qualidade de vida e promoção de saúde.

Os discursos da biomedicina e da psiquiatria são tomados como incontestáveis. Essas duas áreas do saber tem um poder muito grande na construção de verdades. Como coloca Foucault (2008), certas formas de saber como a psiquiatria e a medicina, não possuem uma continuidade no desenvolvimento da ciência que normalmente se admite. Na medicina, por exemplo, até o fim do século XVIII certos discursos que eram tomados como verdadeiros, foram reformulados e alguns conceitos refutados, em um espaço de 25 – 30 anos. Com as novas descobertas se estabelece um novo regime do discurso e do saber. No caso da psiquiatria, por exemplo, há menos de 50 anos atrás procedimentos como lobotomia e choques, tanto de insulina como elétricos, eram considerados padrões. Tendo em vista essas mudanças, não se deve anular a possibilidade de preceitos atuais serem considerados inválidos futuramente.

No caso do tabagismo, como apresentado no capítulo 1, muitos médicos durante certo tempo afirmaram que fumar era um hábito normal e não havia um

discurso alegando as consequências negativas do seu uso.

Como Foucault (2008) ainda aponta são produzidos efeitos de verdadeiros no interior do discurso que não são em si nem verdadeiros nem falsos. A verdade é inventada, não existe fora do poder ou sem poder. A verdade biomédica exerce um efeito regulamentador nas pessoas principalmente a partir do momento que ela é utilizada como embasamento de medidas governamentais.

Cada sociedade tem seus tipos de discurso e os que ela toma por verdadeiros. Na nossa sociedade ocidental a verdade repousa nos discursos científicos e nas instituições que os produzem. Entretanto, ela está submetida a uma constante incitação econômica e política. Essas duas esferas necessitam de verdades para geração de poder.

Dentro das políticas antitabagismo a saúde é um valor, uma pauta a ser realizada, ou um bem a ser alcançado. A definição de saúde depende da análise do que seja considerado normal, e essa classificação de normal se baseia em respostas científicas, políticas e econômicas. As respostas são constituídas a partir de escolhas que levam em consideração questões éticas e políticas dentro da sociedade. A saúde nesse sentido é uma noção com diversos significados, mas profundamente referenciada em noções de dever viver e viver de forma adequada.

Vemos hoje em dia, na nossa sociedade, uma meta constante que é a promoção de saúde. A Organização Pan-Americana de Saúde define-a nos seguintes termos: "Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação à comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo" (OPAS 1986).

Qualidade de vida é um conceito sobre o qual não há um consenso dentro das ciências humanas e biológicas. A OMS define qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1994). Assim, qualidade de vida seria um termo que se refere a conceitos subjetivos de avaliação, ela se refere a percepções individuais e coletivas das necessidades a serem satisfeitas, nas oportunidades que não podem ser negadas para se alcançar a felicidade, tendo em vista a saúde mental e as condições sociais e econômicas. Por se tratar nos termos da OMS de percepções individuais seria difícil fazer uma generalização a seu respeito, pois o

que é qualidade de vida variaria de pessoa para pessoa, não havendo portanto como se estabelecer um modelo a seguir, tendo em vista essa subjetividade. Criando-se um padrão a ser seguido, entra-se em contradição com essas percepções individualizadas. Na prática as políticas não se preocupam com essas questões de contradição, elas fazem simplificações, adotam o conceito que melhor se aplica ao objetivo que elas querem alcançar, para se tornarem viáveis e abranger o maior número possível de pessoas. Essas questões individuais são descartadas. Qualidade de vida muitas vezes é confundida com prolongamento da vida, viver mais não significa necessariamente viver melhor. Hoje as pessoas presam por uma vida mais saudável, que é considerado sinônimo de qualidade de vida, com o intuito de aumentarem sua longevidade, para isso deve se banir hábitos maléficos à saúde, como o cigarro. Então, qualidade de vida e tabagismo são antagônicos de acordo com as definições da OMS e até mesmo do senso comum.

Dentro da saúde pública um conceito que foi descrito por Stotz e Araújo (2004) é importante para entender os mecanismos dentro das políticas públicas que ajudam à promoção de saúde por diversos setores da sociedade. Refiro-me ao *Empowerment* um mecanismo onde se empodera um grupo, principalmente da sociedade civil para promover e fiscalizar com legitimidade, no que nos interessa aqui, a promoção de saúde. Esse princípio é encontrado, mas não com essa palavra, dentro das políticas públicas antitabagismo, onde as instâncias governamentais de nível local junto com a sociedade civil estabelecem metas sob a ótica da promoção de saúde. Podem ser associações médicas, comunidades científicas, ativistas e pessoas comprometidas com a redução da epidemia tabagista, ou até mesmo ONG's que podem juntar todos os setores citados anteriormente.

Como aponta Stotz e Araújo (2004), as noções de promoção de saúde e de *empowerment* são fundamentais para se analisar os princípios que integram a cultura da saúde pública e orientam as propostas de políticas públicas formuladas especialmente para os chamados países “em desenvolvimento”.

As propostas das organizações internacionais, como o Banco Mundial e a OMS, para melhorar as condições de saúde nos países “em desenvolvimento” incluem recomendações de “políticas de crescimento – inclusive, quando necessário, políticas de ajustes econômicos – que assegurem mais renda aos

pobres”. No caso da OMS, com o MPOWER, observamos a alegação de que ao se cessar o vício do tabagismo seria gerada mais renda para as pessoas pobres, o que seria um dos benefícios da cessação do fumo e das outras medidas adotadas pelo MPOWER que visam melhorar a qualidade de vida das pessoas.

A OMS tem duas concepções distintas de promoção de saúde, uma baseada na mudança política, e na instalação de medidas governamentais para prover o bem estar da sociedade, e outra orientada para as mudanças comportamentais e de estilos de vida não saudáveis – fumo, obesidade, promiscuidade sexual e abuso de substâncias psicoativas. Apesar de serem distintas, nada impede que sejam realizadas em conjunto; é o que o documento do MPOWER mostra, pois ao mesmo tempo propõe que os governos nacionais adotem medidas como: aumento de impostos, proibição de propaganda, leis que impedem fumar em ambientes fechados etc., e que a sociedade civil junto com o governo promovam campanhas para conscientização dos benefícios de uma vida sem tabaco.

Com essas agendas há um incentivo para que os indivíduos façam escolhas por uma vida mais sadia, não executando práticas que são consideradas prejudiciais. É a criação de uma nova cultura da saúde. E no caso do cigarro se o indivíduo não faz essa escolha sozinho, o governo faz por ele, aumentando impostos e proibindo fumar em diversos ambientes.

Através dessa promoção de saúde que incute nas pessoas a mudança para hábitos saudáveis acontecem dois processos em relação aos fumantes: a culpabilização e a fiscalização. Se o indivíduo fez a escolha por ter um mau hábito de fumar ele é responsável pelas doenças que ele desenvolveria e as que proporcionaria aos fumantes-passivos. E a fiscalização se dá tanto pelo governo, quanto a sociedade civil, seja proibindo de se fumar em determinadas áreas, ou pela expressão de repreensão, um balançar de cabeça que já se entende que a pessoa está fazendo algo de “errado”.

Como coloca Stotz e Araújo (2004) a educação em saúde virou a vedete dos programas de promoção de saúde. Com a impossibilidade de fazer a saúde decorrer do desenvolvimento social e humano, “o velho esqueminha”: educação, que gera melhor qualificação profissional, melhores salários, melhoria das condições de vida, como alimentação, saúde básica, saneamento etc., preconiza-se uma nova cultura de saúde para a população. As ações educativas são medidas preventivas, isso nem

sempre significa sanar as verdadeiras causas do problema, elas focam em evitar determinados comportamento e hábitos com o intuito de não se expor as consequências negativas do problema em questão. Outra vantagem das ações educativas é o seu baixo custo, mais uma razão para os programas governamentais preconizá-las.

Nesse contexto, com o intuito de promover a saúde a todos, resguardar o direito das pessoas de um ambiente são, e estabelecer diretrizes para as políticas públicas nacionais de saúde, foi criado um acordo internacional a Convenção-Quadro de Controle do Tabagismo.

Convenção-Quadro de Controle do Tabagismo

A Convenção-Quadro de Controle do Tabaco (CQCT) foi o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade³¹, ela foi proposta durante a 52ª Assembleia Mundial de Saúde (AMS 1999)³² com o objetivo de unir esforços para adoção de um conjunto de medidas para deter a expansão global do consumo de tabaco e de suas consequências. O tratado foi negociado durante quatro anos e o texto final foi adotado, por consenso, em 2003 pela 56ª AMS.

Uma das principais preocupações explicitadas pelo tratado são os gastos que o consumo do tabaco impõe aos segmentos de baixa renda e aos sistemas nacionais de saúde. Pode-se pensar que uma das forças motrizes dessa convenção, além da preocupação com a saúde, foi a preocupação com o ônus econômico-financeiro trazidos pelo cigarro, tanto para a renda familiar quanto para os sistemas de saúde. Aqui pode-se ver que as questões econômicas andam junto com as questões de saúde, e não se pode afirmar qual tem peso maior nas decisões tanto das organizações internacionais, quanto dos governos nacionais. Um novo campo de estudo surgiu dentro da economia conhecido como “economia da saúde”, esse campo se dedica à investigação e análises relacionadas com financiamento,

³¹ Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Tabaco e pobreza, um círculo vicioso – a convenção-quadro de controle do tabaco: uma resposta. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Pg.: 7

³² A Assembléia Mundial da Saúde é o principal órgão decisório da OMS. Participam nela delegações de todos os Estados-Membros da OMS; ocupa-se de uma agenda específica da saúde, preparada pelo Conselho Executivo. As principais funções da Assembleia Mundial da Saúde são definir as políticas da Organização, nomear o Diretor-Geral, supervisionar as políticas financeiras e rever e aprovar o projeto de orçamento programa. A Assembleia da Saúde se reúne anualmente em Genebra, na Suíça. (Fonte: <http://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/en/index.html>)

produção e distribuição dos bens e serviços que satisfazem necessidades sanitárias e de saúde. É definido como:

“Disciplina que integra as teorias econômicas, sociais, clínicas e epidemiológicas, a fim de estudar os mecanismos e os fatores que determinam e condicionam a produção, a distribuição, o consumo e o financiamento dos bens e dos serviços de saúde” (Glossário Temático – Economia da Saúde, 2005).

Para elaboração de qualquer política pública os impactos econômicos sempre são levados em consideração, tanto os positivos quanto os negativos. A compreensão desse campo é importante para se entender como as políticas públicas são geradas.

O Brasil foi um dos líderes em todo o processo de negociação do texto da CQCT, que ocorreu entre 1999 e 2003. Para presidir o órgão de negociação intergovernamental, criado para coordenar esse processo foi eleito, o então chanceler brasileiro, Celso Amorim. O Brasil também foi o segundo país a assinar o texto da CQCT, tentando mostrar o compromisso do governo brasileiro com o controle do tabagismo.

O CQCT teria por objetivo, nas palavras do próprio documento:

The objective of this Convention and its protocols is to protect present and future generations from the devastating health, social, environmental and economic consequences of tobacco consumption and exposure to tobacco smoke by providing a framework for tobacco control measures to be implemented by the Parties at the national, regional and international levels in order to reduce continually and substantially the prevalence of tobacco use and exposure to tobacco smoke. (WHO, Framework Convention on Tobacco Control 2003:5).

No texto da CQCT que foi redigido em 2003 é estabelecido que há uma liberdade de criação ou participação em outros acordos, desde que em consonância com as leis internacionais. Aponta que deve haver uma cooperação internacional para se alcançar as diretrizes estabelecidas. O texto é dividido em 38 artigos e a sequência de assuntos apresentados nesta monografia segue a apresentada pelo documento da Convenção-Quadro de Controle do Tabagismo. Para análise desse trabalho, destacarei alguns pontos que se mostraram mais relevantes.

A primeira questão que surgiu foi a construção discursiva do texto e a linguagem empregada. O preâmbulo, por exemplo, é composto de 20 parágrafos

começando com palavras ou expressões enfáticas em itálico, como *seriously concerned*, *deeply concerned*, *alarmed by*, *emphasizing*, mostrando o caráter alarmista do texto, ou melhor, uma estratégia normativa que busca já no início engajar o leitor na intensidade do problema em foco. Os termos científicos e pesquisas aparecem constantemente no texto, evidenciando a “legitimidade” deste.

Como colocam Shore e Wright (1997) nesse processo de formulação de discurso certas palavras chaves são sobrepostas em significado. Algumas palavras chaves nunca tem uma definição fixa. Os seus significados podem ser transitórios e dependem da finalidade que os termos foram empregados. A linguagem das políticas públicas parece endossar o realismo por apresentar problemas como se pudessem ser resolvidos preenchendo de conhecimento sua lacunas com novos objetivos e dados. Mas essas lacunas não podem ser evitadas. Por isso os textos aqui analisados, esta é a minha hipótese, trazem constantemente a referência científica da biomedicina no intuito de preencher essa lacuna.

O documento preza que todas as pessoas recebam informação dos efeitos nocivos que o tabagismo traz à saúde e que sejam protegidas da exposição ao tabaco. O texto aponta que devem ser tomadas medidas multissetoriais para se alcançar os principais objetivos apresentados que são prevenir o início do fumo entre os jovens e que os fumantes abandonem o vício. Para proteger a população da exposição devem ser criados dispositivos legais que proíbam o hábito de fumar em diversos ambientes.

Outra medida defendida pelo acordo é a proibição das propagandas, promoções e patrocínios do tabaco em qualquer meio de comunicação. Diga-se de passagem, esse artigo é um dos mais longos do acordo, tem o intuito de preservar a população jovem, não deixar que recursos midiáticos influenciem a iniciação do vício, trazendo também a proibição da venda a menores e propondo que se deve acabar com a venda de qualquer alimento em forma de cigarro.

Ainda, o público deve sempre ser informado sobre os componentes tóxicos existente no cigarro, devendo-se criar alertas nos maços de cigarro dos malefícios causados por ele. Encontramos também a ênfase em alertar ao público sobre os benefícios da cessação do fumo, utilizando todos os meios disponíveis de comunicação, em instruir e alertar pessoas como profissionais de saúde, de comunicação, de educação e todo tipo de profissional formador de opinião ou que

mexa com grande público. É com essa idéia de coalisão de vários setores da sociedade que se espera alcançar a promoção de saúde.

Um ponto trazido pelo documento é a cobrança de impostos, sendo essa uma medida a ser adotada por todos os países, mas de acordo com o interesse de cada um desses. Contudo, no documento não se aborda qual será o destino dos impostos, apenas que eles devem ser cobrados, pois aumentar a taxaço tem por finalidade diminuir o consumo de cigarros, logo diminuir o risco de morte.

Como se trata de uma questão de saúde pública o discurso biomédico é central, assim sempre que possível é abordado que existem evidências científicas inequívocas que a exposição ao tabaco gera morte, essa afirmação é trazida para reforçar a validade do documento, pelo caráter de verdade que é atribuído à biomedicina.

Outro ponto é a instalação de programas que visam a cessação do fumo, sendo que os principais lugares a se instalar programas de quitação são: instituições educacionais, estabelecimentos de saúde, ambientes de trabalhos e ambientes esportivos.

O artigo mais longo do documento é o que trata sobre comércio ilícito de produtos de tabaco, apontando a necessidade de se ter medidas para o seu combate em todas as instâncias regional, nacional e global. Há uma forte preocupação em saber a origem de cada cigarro assim como seu status legal. Além de se tratar de uma preocupação com a saúde, cigarros falsificados são produzidos sem nenhum controle de agências sanitárias governamentais, o que pode interferir na qualidade podendo aumentar os malefícios causados à saúde. Por outro lado há também a preocupação econômica, porque a venda de cigarros falsificados significa menos arrecadação de impostos, e os governos não estão dispostos a perder essa enorme receita.

O menor artigo do acordo é o que aborda que devem ser criadas alternativas para a substituição de produtos de tabaco por outras atividades economicamente viáveis. Se o objetivo da OMS é criar um mundo sem tabaco por que não começar pela demanda? Se não se produzir mais cigarro, não existirão os efeitos negativos e problemas de saúde atribuídos ao tabaco. Mais uma vez o âmbito econômico surge dentro do CQCT, o documento quer evitar os malefícios causados pelo cigarro, contudo não quer causar prejuízo na economia dos fumicultores e dos países. Aqui

surge um problema que por sua relevância careceria de ter um debate mais aprofundado e não o tem, isso pode ser pelo fato que seria mais fácil criar medidas em relação ao fumante do que mudar certas estruturas econômicas.

Uma questão que é levantada desde o preâmbulo e atravessa todo o documento é a preocupação com países “em desenvolvimento” e pobres em geral. Relata-se que a cooperação deve ocorrer entre os países levando em conta os países “em desenvolvimento”, pois eles precisam de uma atenção maior, dado que, segundo a OMS, são incapazes de produzir informação necessária por si mesmos, é necessária a ajuda dos países desenvolvidos.

Esses países em desenvolvimento devem receber ajuda de todas as formas, uma delas é o financiamento para execução do acordo. O tratado diz que os governos devem se valer de todos os recursos possíveis sejam eles públicos ou privados para efetivar o acordo. Assim, a secretaria da Convenção informaria, quando solicitada, às economias em transição e aos países em desenvolvimento sobre as fontes de financiamento disponíveis para facilitar a implementação de suas obrigações decorrentes da Convenção.

Os países desenvolvidos também ficam responsáveis em canalizar recursos financeiros adicionais, conforme necessário, às partes que sejam países em desenvolvimento ou que tenham economias em transição, a fim de auxiliá-las a alcançar os objetivos da Convenção.

A CQCT termina falando sobre estas questões financeiras. A Convenção-quadro de Controle do Tabagismo deu as diretrizes para a criação de políticas públicas tanto nacionais, quanto internacionais.

MPOWER

A partir dos pressupostos estabelecidos pela CQCT, foi elaborado em 2008 um pacote chamado MPOWER com o objetivo de inibir o consumo de jovens, ajudar os fumantes a largarem o vício, proteger os não-fumantes da exposição à fumaça ambiental do tabaco e livrar países e suas populações dos males do tabagismo.

Na introdução do texto a diretora geral da OMS, Dra. Margaret Chan, aborda que essa epidemia traz graves consequências como, grande aumento de doenças e

mortes, e também menos força de trabalho produtiva e custos de saúde evitáveis. Comparou o tabaco com a AIDS, só que o primeiro mataria mais, alertando que metade dos seus usuários iria morrer em decorrência do cigarro.

Tendo em vista essa situação alarmante a OMS teria criado o MPOWER. O nome tem origem de um acróstico das seis principais medidas para o controle da epidemia, mas a sequência que foram dispostas tais medidas formam a palavra *Power*, que significa poder em inglês, o que poderia criar uma “força” maior ao redor do documento:

M	<i>onitor tobacco use and prevention policies</i>
P	<i>rotect people from tobacco smoke</i>
O	<i>ffer help to quit tobacco use</i>
W	<i>arn about the dangers of tobacco</i>
E	<i>nforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship</i>
R	<i>aise taxes on tobacco</i>

O MPOWER estabelece diretrizes, as quais os países deveriam tomar e converter para suas políticas públicas locais na luta contra o tabagismo. O texto começa abordando que no século 20 a epidemia de tabaco matou 100 milhões de pessoas pelo mundo. – o que representa 1,6% da população atual. E aponta que no século 21 esse número pode subir para um bilhão – o que representaria 16% da população atual, isto seria um número alto de mortalidade se matasse as pessoas a um curto prazo de tempo, mas como o tabaco apresenta as suas consequências a médio e longo prazo esse número não será tão expressivo assim no decorrer do século 21.

A questão das imagens, que já foi discutida no primeiro capítulo, aparece durante o estudo sobre o MPOWER. Esse documento também traz gráficos que podem ser considerados materiais iconográficos, cabendo fazer uma leitura além dos números nele apresentados.

Desta perspectiva, trago a figura 37 como exemplo. Esse gráfico mostra as principais doenças que causam morte no mundo, as áreas listradas representam as que são associadas ao tabaco. No documento não é explicado, mas esse gráfico é feito com projeções, se agrupa determinadas variáveis como renda per capita, impactos de mudanças tecnológicas na saúde, cruzando com os dados de mortalidade da OMS. A partir disso os pesquisadores estimam qual a porcentagem que será atribuída ao tabagismo, logo os valores não podem ser considerados uma

representação exata da realidade, mas uma estimativa.

TOBACCO USE IS A RISK FACTOR FOR SIX OF THE EIGHT LEADING CAUSES OF DEATH IN THE WORLD

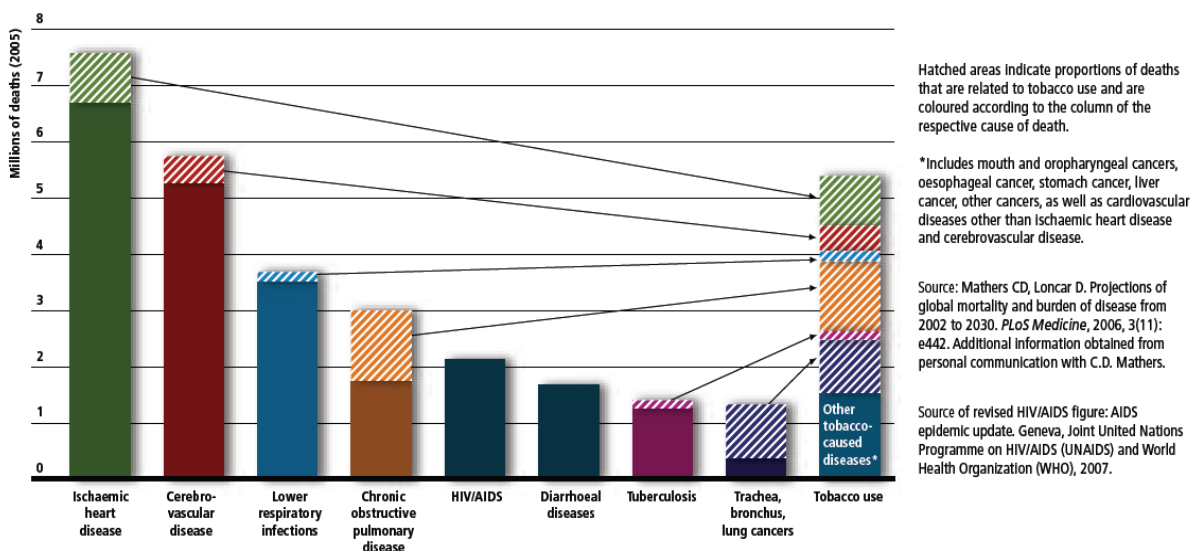


Figura 37: MPOWER

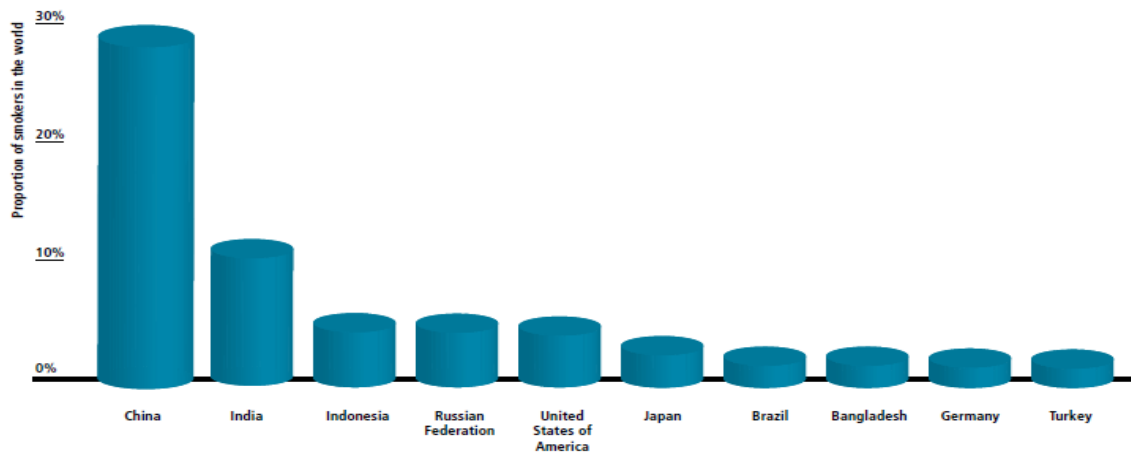
Ainda, há que considerar que quando se altera qualquer variável se modifica a percentagem de mortes, quando se altera o espaço amostral, ou seja quais pessoas serão pesquisadas para fazer a estimativa, também se modifica a percentagem. Como esses dados são de certa forma imprecisos não há como afirmar, igual faz a OMS, de que esses números de morte são mesmo decorrentes do uso de tabaco.

Outro ponto que não é abordado é que essas mortes atribuíveis ao cigarro apresentam um número expressivo a partir dos 65 anos³³, e geralmente é nessa idade que grande parte dos humanos começa a desenvolver doenças, sejam eles fumantes ou não. E ainda existem algumas críticas de como os dados a respeito da mortalidade são gerados, pois alguns autores argumentam que pode haver uma superestima da carga de mortalidade atribuída ao tabaco dado às variações nos cálculos desta³⁴.

³³ Oliveira, Valente, Leite. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública* 2008; 42(2):341

³⁴ Ibidem: pg. 343

NEARLY TWO THIRDS OF THE WORLD'S SMOKERS LIVE IN 10 COUNTRIES



Source: The number of smokers per country was estimated using adjusted prevalence estimates (see Technical Note II and Appendix III). A limitation of this approach is that adjusted estimates used to estimate the number of smokers are sometimes derived from limited country data, and for some countries large adjustments are needed. In these cases the adjusted estimates can be different from actual surveys reported by countries. Brazil prevalence data were obtained from VIGITEL 2006.

Figura 38: MPOWER

Outro gráfico utilizado para mostrar impacto é a figura 38. Trata-se do gráfico que traz os 10 países onde vivem aproximadamente dois terços dos fumantes do mundo, são eles: China, Índia, Indonésia, Rússia, EUA, Japão, Brasil, Bangladesh, Alemanha e Turquia. Como já era de se esperar os dois países com maiores populações do mundo ocupam os dois primeiros lugares. E dos 10 países, apenas 3 são considerados desenvolvidos, esses dados podem ser usados para se discutir com maior preocupação a questão do tabagismo em países em desenvolvimento, por eles apresentarem a maior parte da população fumante mundial. O que é interessante observar é que não existe no texto principal nenhum gráfico que traga o percentual de fumantes na população de cada país. Se houvesse esse gráfico o Brasil, com uma população de fumante de 16%, não estaria nem entre os 20 primeiros. Países como França (29.9% da população é fumante), Itália (22% da população é fumante) e Espanha (33.2% da população é fumante) estariam listados entre as primeiras posições. Tais observações indicam a complexidade dos critérios utilizados na constituição dos dados que sustentam e orientam a agenda internacional antitabagismo na qual os países desenvolvidos não são colocados no mesmo patamar de “alarme” que os países pobres, sendo que muitos deles têm uma população fumante proporcionalmente maior que a de países subdesenvolvidos.

Desta perspectiva, apresento agora algumas fotografias que selecionei das 27 que o MPOWER traz em seu texto:



Figura 39: MPOWER



Figura 40: MPOWER



Figura 41: MPOWER



Figura 42: MPOWER

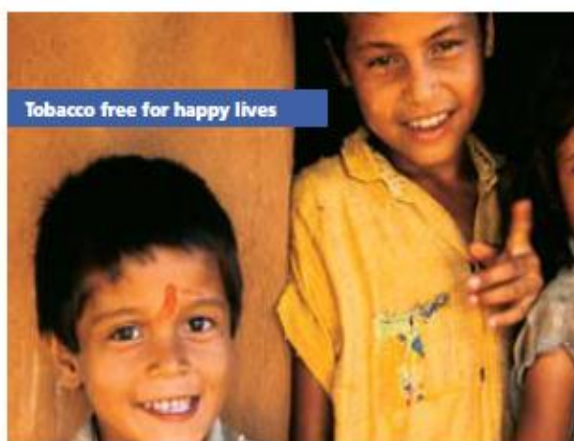


Figura 43: MPOWER



Figura 44: MPOWER

Das imagens, somente na figura 44 pode-se fazer uma associação direta a questão do tabagismo, a única que selecionei em que aparecem pessoas fumando, as demais são exemplos da luta contra o tabagismo, as imagens selecionadas trazem metáforas de luta e construção no seu conteúdo.

Analisando a figura 39 pode-se inferir que a mulher, que usa trajes típicos de algum país africano, é uma educadora dado o quadro-negro, em péssimo estado, e o texto que acompanha a figura alerta as pessoas dos perigos associados ao tabaco. Essa é uma maneira de ressaltar a importância de se discutir a questão do tabaco pelos profissionais da área de educação.

Na figura 40 há um grupo, majoritariamente composto por mulheres, que pelas roupas pode-se deduzir que elas são sul-asiáticas. No centro do grupo uma senhora idosa está explicando algo e a chamada da imagem diz: você tem que deixar as pessoas saberem onde você está, ou seja, de que lado você está. Como se trata de uma pessoa velha pode-se entender que ela tem mais experiência e está falando para as pessoas mais novas que está contra o cigarro, de certo modo pode-se pensar que as pessoas respeitam sua ideia pela autoridade conferida aos idosos em certas culturas.

Ajudar a construir um futuro mais saudável é a chamada da figura 41, um futuro sem cigarro. A ideia de construção não fica somente nas palavras, a imagem é de uma obra com homens negros trabalhando.

A figura 42 traz jovens jogando capoeira, além de ser um exercício físico, o que remonta à ideia de saúde, é uma forma de luta e aqui o oponente é o cigarro. A chamada é lutar para educar as pessoas sobre o tabaco. O interessante dessa imagem é que a luta, no caso, se demonstra na sua fisicalidade e não somente no sentido figurado, servindo a imagem para reforçar força que se deve ter para combater o tabagismo.

Sem tabaco para vidas felizes, essa é a chamada da figura 43. A imagem traz dois meninos sorridentes e evoca certo sentimento de alegria, essas emoções são geradas quando não há cigarros. Se só na ausência dele há esses sentimentos, o tabaco pode em certa medida, ser associado à tristeza e ao sofrimento.

E finalmente a figura 44 que é a única que traz pessoas fumando, e a imagem traz a chamada falando que o cigarro mata. Em todo o documento quando

a imagem do cigarro é associada e relacionando-o com morte ou doença.

Das imagens trazidas e as outras que aparecem ao longo do MPOWER há um ponto em comum: mais da maioria, vinte e cinco fotos, traz pessoas pardas ou negras, com alguma roupa étnica asiática ou africana. Apesar de ser um pacote teoricamente internacional, pode se empreender que foi feito especialmente para os países em desenvolvimento. Não são pessoas de países com a maior parcela da população fumante que aparecem nas fotos, brancos europeus. Poderia se pensar que a OMS visa intervir mais em países em desenvolvimento que nos países chamados desenvolvidos, estabelecendo-se uma hierarquia em quem precisa ou não ser de direcionado para alcançar o objetivo proposto pelo o MPOWER.

O pacote traz seis medidas que devem ser tomadas para se alcançar o objetivo principal do documento: conter a epidemia do tabagismo, sendo que a única forma de acabar com esse mal seria com a implementação de políticas públicas. Analisarei a seguir cada uma das medidas que compõem o acróstico MPOWER.

Monitor tobacco use and prevention policies – O monitoramento facilitaria a coleta de informação sobre o alcance da epidemia em um país, assim como permite a adaptação das ações às necessidades específicas de cada um. Esse monitoramento é considerado muito importante na luta contra o tabaco, ele seria necessário para garantir o sucesso das outras cinco medidas. Nessa etapa ressalta-se a importância da colaboração de várias instâncias, do governo, dos sistemas de saúde e da sociedade civil como ONG's.

Protect people from tobacco smoke – O intuito dessa medida é proteger as pessoas da exposição à fumaça e garantir o direito de respirar um ar limpo. Segundo o documento, lugares livres de tabaco são essenciais para não fumantes e também incentivariam os fumantes a abandonar o vício. Coloca que não devem existir áreas destinadas a fumantes, pois a única medida que protege os fumantes passivos é a completa restrição de se fumar em ambientes fechados. Propõe sanções para os donos e as pessoas que não cumprirem a lei, trazendo um passo a passo que o governo deve seguir para criar um ambiente livre do tabaco.

Offer help to quit tobacco use – Essa medida aponta que se deve oferecer ajuda a todo fumante que deseja cessar o vício. Traz vários métodos para a quitação do fumo e fala que os governos deveriam transformar a cessação do fumo em cuidado primário de saúde. Sugere a criação de um disque-saúde voltado ao

processo de parar de fumar que facilita o acesso as informações para várias pessoas; bem como tratamento médico e farmacológico (como terapia de substituição de nicotina seja ela por meio de adesivos, gomas de mascar e sprays nasais - com prescrição médica), pois estas medidas são consideradas eficientes para a cessação do fumo, e a substituição reduziria os sintomas de abstinência. Programas governamentais para a cessação são considerados um importante passo para os ambientes livres de tabaco. Entretanto, a quitação só seria eficiente se combinada com as outras medidas.

Warn about the dangers of tobacco – Alertar as pessoas dos prejuízos gerados a saúde pelo tabaco é uma medida considerada das mais importantes, por desincentivar o começo do vício. Assim, o documento recomenda várias ações, entre elas as advertências gráficas nos maços de cigarro que dissuadem o seu consumo, pois estes avisos com imagens teriam um impacto negativo maior do que só palavras além de alcançar pessoas não alfabetizadas. Cita o caso brasileiro dos maços de cigarro. Aponta a urgência na mudança da imagem do cigarro, principalmente entre os jovens, porque as pessoas devem associar o tabaco como vício e compreender as perigosas consequências à saúde. E ainda deve ser visto como um problema social indesejável, o quê só seria alcançado com a ajuda da sociedade civil e do governo.

Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship – De acordo com essa medida, qualquer tipo de propaganda, promoção e patrocínio envolvendo o cigarro devem ser proibidas totalmente. Alerta sobre a influência que estas têm sobre os indivíduos, principalmente em jovens, argumentando que a restrição e a proibição de propaganda diminuiria o uso em todas as camadas e níveis de escolaridade. Desta perspectiva se deveria, portanto, bloquear qualquer tipo de propaganda: TV, radio, jornais, revistas, internet, corridas esportivas e festivais de música, cabendo ao gestor de políticas avisar sobre as proibições de propagandas, promoções e patrocínios antes de implementá-las para que as companhias possam providenciar outros patrocinadores.

Raise taxes on tobacco - O aumento dos impostos, portanto dos preços, é a medida considerada mais importante do acordo, mas mesmo assim deve ser combinada com as anteriores. Essa elevação na taxação é a maneira mais eficaz de reduzir o consumo do tabaco e especialmente de desencorajar os jovens a iniciarem

o vício. Para validar essas informações traz dados estatísticos; alega-se, por exemplo que um aumento de 70% nos preços poderia prevenir mais 25% das mortes que acontecem no mundo³⁵. Destaca que os impostos aumentariam a receita do governo e que as verbas deveriam ser usadas para o controle do tabagismo e programas sociais. Aponta que todos os governos e líderes políticos aceitariam muito bem essa medida, porque o tabaco não é um bem essencial o quê torna mais simples taxá-lo. Argumenta também que os altos preços ajudam pobres e jovens, que iriam se beneficiar com a diminuição do consumo, podendo realocar o dinheiro em outros bens, como comida, abrigo, educação e saúde. As taxações devem ser específicas por maço de cigarro, devendo-se se fazer ajustes considerando a inflação e o poder aquisitivo. Para continuar a redução de consumo as taxas tem que ser similares, os produtos mais baratos tem que ter taxações equivalentes aos mais caros para não haver substituição.

Essas medidas trazidas pelo MPOWER são meios de se alcançar o objetivo de extinguir com o tabaco da maneira mais rápida possível. Alguns pontos se destacaram no estudo do documento como o controle do governo sobre pessoas e mídia, a questão da pobreza, a associação do tabaco com outras doenças e a questão de se relacionar o tabaco com países em desenvolvimento e determinados grupos de étnicos.

Não há uma linha rígida que separa essas questões, elas são entrelaçadas ao decorrer do texto. O controle deve ser exercido de várias formas pelos governos tanto no sentido de controlar o que as pessoas estão consumindo, onde consomem e os resultados desse consumo, tanto para quem utiliza o tabaco ativamente, como para quem a este está exposto de forma passiva. O monitoramento do tabaco é exatamente para se ter um controle sobre a população. O governo também exerce esse controle nos meios midiáticos, onde se diz o que pode ou não ser veiculado na TV e rádio, em certa medida proibindo a liberdade de expressão, pois fumar também poderia ser considerado como uma forma de se expressar, além é claro, do direito de ir e vir que estaria sendo negado sob a alegação de proteger as pessoas.

A pobreza é assunto marcante em todo o texto, pois sempre se faz alguma

³⁵ Esses dados foram baseados em uma pesquisa realizada em 1992 (Peto R et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*, 1992, 339 (8804):1268–1278), a realidade do tabagismo nessa época era bem diferente do momento atual; a razão pela qual a OMS optou por esse trabalho e não por estudos mais recentes pode ser pelo fato que a pesquisa citada tenha dados mais contundentes que trabalhos atuais.

referência ao cigarro gerar pobreza, seja por usar a renda familiar para consumi-lo, seja pela perda de força de trabalho devido a doenças ou a morte. O cigarro tem um impacto econômico negativo principalmente em países em desenvolvimento, são eles que merecem uma maior atenção das autoridades de saúde internacionais. E aqui pode ver-se mais uma tentativa de manejo da população, visto que a OMS pretende definir com que a população deve gastar, como por exemplo comida, saúde, educação e abrigo. O indivíduo não poderia mais gastar dinheiro com o que ele quisesse, as instituições de saúde e o governo buscariam decidir por ele, com base em princípios oriundos do campo biomédico e, por tal procedimento, contribuiriam para o que vem sendo denominado de medicalização da vida cotidiana.

O tabagismo muitas vezes parece que pode ser associado a qualquer doença aleatoriamente, do jeito que as autoridades de saúde apresentam. Já foram feitos inclusive estudos que alegam que quem fuma tem o QI mais baixo³⁶. Ainda, se a AIDS é uma doença incurável, tem tratamento, mas por debilitar o sistema imunológico das pessoas que a tem propicia o risco do aparecimento de outras doenças, comparar o tabagismo com a AIDS traz para o uso do tabaco a gravidade atribuída à segunda. Outro fato que não é apontado no texto é que apesar do tabagismo ser relacionado a várias doenças, ele não parece ter o mesmo efeito em cada uma delas, o que mostra que existem diferentes riscos para se desenvolver cada doença, as variáveis mudam o que também afeta no cálculo da mortalidade, e raramente essa variabilidade biológica é levada em consideração.

O tabaco tem um período de latência que também não é abordado no MPOWER, as pessoas só vêm a desenvolver doenças associadas ao tabaco após 10, 20, 30 anos de exposição, são doenças desenvolvidas a médio e longo prazo. Como já dito anteriormente existem doenças que são negligenciadas, que matam em um prazo mais curto e que afetam majoritariamente pessoas pobres. Esse alarme exacerbado por um e menor pelo outro, mostra que a preocupação da OMS não se restringe só a aspectos voltados à saúde.

O MPOWER usa vários gráficos ao longo de seu texto, eles ajudam a visualização de dados de forma mais rápida, além disso o gráfico traz, já foi

³⁶ Weiser, M., Zarka, S., Werbeloff, N., Kravitz, E. and Lubin, G. (2010), Cognitive test scores in male adolescent cigarette smokers compared to non-smokers: a population-based study. *Addiction*, 105: 358–363

discutido anteriormente, a questão dos números, eles tem um forte poder de convencimento, nas políticas públicas eles também aparecem como suficientes, não se inquerindo de que modo se chegou a tais números.

A partir das imagens e pelo texto pode-se dizer que o documento foi feito para países em desenvolvimento, pois mesmo sendo um tratado internacional percebe-se que estabelece um foco mais direcionado em certos países do que em outros. Em todo o texto é argumentado o cuidado que se deve ter com países em desenvolvimento, tanto a renda que é prejudicada pelo consumo, quanto pelos gastos do governo com o setor de saúde. E pelas imagens que mostram mais da maioria pessoas negras ou pardas, com roupas que remetem países africanos ou asiáticos, é nítido que esse programa foi feito para nós, subdesenvolvidos.

Finalmente argumenta que cada país deve adotar suas próprias políticas, mas levando em consideração o que foi elaborado pelo MPOWER, como pelo CQCT. Tendo em vista isso, o Brasil criou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

Programa Nacional de Controle do Tabagismo

Tendo em vista toda essa mobilização internacional em volta do combate ao tabagismo e seguindo as diretrizes do CQCT, o Ministério da Saúde em conjunto com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) desenvolveram o Programa Nacional de Controle do Tabagismo³⁷.

O programa visa atender a todo o território nacional e atingir toda a população, mas tendo em vista a extensão territorial do Brasil e suas diferenças socioeconômicas e culturais, bem como a própria estrutura do Sistema Único de Saúde, o ministério buscava estabelecer parcerias com os estados e municípios, em um processo descentralizado.

O documento começa citando dados sobre o número de fumantes no Brasil (haveria mais de 30 milhões de fumantes) e sobre mortalidade e doenças relacionadas ao tabagismo; descreve também todos os malefícios causados pelo tabagismo tanto econômicos quanto sociais. Nesse ponto o PNCT segue repetindo os dados citados anteriormente nos documentos internacionais a respeito desses problemas. O seu discurso vai de acordo com o da OMS nos quesitos relativos a

³⁷ Quando me referir a esse programa utilizarei a legenda (PNCT).

doenças e medidas.

O objetivo do PNCT é reduzir a prevalência de fumantes e as consequências negativas relacionadas ao consumo de derivados do tabaco no Brasil. Seus objetivos específicos são reduzir a iniciação do tabagismo, principalmente entre jovens, aumentar a cessação do fumo, reduzir a exposição à fumaça ambiental do tabaco. Suas diretrizes estão, portanto, de acordo com os tratados internacionais.

A lógica do Programa está dividida em dois níveis: lógica estrutural³⁸ e lógica das ações, para o presente trabalho focarei na lógica das ações. O PCNT tem uma ótica de promoção de saúde e hábitos saudáveis. Ele atuaria através do desenvolvimento de medidas educativas, legislativas e econômicas.

As ações educativas estão divididas em ações pontuais, que são as campanhas de comunicação de massa, como as desenvolvidas durante as datas comemorativas do Dia Mundial Sem Tabaco (31 de maio), e do Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto); e ações contínuas, que utilizam unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho como canais para atingir os públicos-alvo.

As ações legislativas envolveriam o apoio técnico, aos parlamentares, a processos e projetos de lei, o monitoramento da legislação e a informação sobre os malefícios do tabaco. Neste contexto seriam criadas leis que visariam informar aos cidadãos os riscos do tabagismo, protege-los da exposição à poluição tabagística ambiental e do incentivo ao consumo pela publicidade.

As ações econômicas incentivam o aumento dos preços dos cigarros, por meio do aumento de impostos tanto na importação, quanto na exportação, e aumento das taxas em cada pacote; o que ajudaria a se criar um mundo sem tabaco.

Ao longo do texto do PCNT há várias passagens se referindo à CQCT, e às organizações como a OMS e o Banco Mundial. Isso sugere que as agências internacionais exercem certa influência nos governos nacionais, pelo menos no caso do Brasil, que utiliza os dados e as diretrizes fornecidas pela OMS e pelo Banco Mundial para elaboração de suas políticas públicas.

³⁸ Essa lógica estrutural visa a descentralização da gerência do programa, fortalecendo as redes de saúde estaduais e municipais, fortalecimento com a sociedade civil organizada, principalmente ONG's, e a colaboração técnica e parceria com setores do governo responsáveis pela regulação do tabaco.

Basicamente todas as medidas estabelecidas pelo PCNT são baseadas nas políticas estabelecidas pela OMS e pelo CQCT. Isso mostra o poder da agenda da OMS. Porém, isto não significa que haja uma completa subalternidade, dado que o Brasil teve uma participação ativa na elaboração da CQCT e ainda foi um dos percussores na implantação de imagens nas carteiras de cigarro. Apesar da influência das organizações internacionais, o Brasil tem uma autonomia para estabelecer suas próprias leis antitabagismo.

A intervenção governamental brasileira por vezes visa um reconhecimento internacional e, no caso do tabagismo, o Brasil almeja ser reconhecido pelo seu pioneirismo nas políticas públicas contra o cigarro. Celso Amorim, então Ministro das Relações Exteriores, na CQCT de 2003 foi um dos primeiros a se manifestar, dizendo que o Brasil estava a favor da medida que visava diminuir o consumo de cigarro. Contudo, há uma contradição nesse pioneirismo brasileiro, tendo em vista que ele é hoje o quarto maior produtor de tabaco no mundo e, desde 1993, ocupa o primeiro lugar na exportação mundial de folhas de tabaco³⁹.

As políticas que foram abordadas aqui têm várias semelhanças e se reforçam, todas elas tendo embutida uma moralidade biomédica, determinando o que é o errado e o que é o certo. Desta perspectiva, as políticas podem servir para subjetivamente introduzir verdades que visam universalizar objetivos. Como elas são ferramentas do governo, são também um espaço de articulação nas relações de poder. No caso das políticas estudadas pode-se ver que certas organizações internacionais – a OMS – tentam exercer uma maior influência em países “em desenvolvimento”, e não há como fazer uma afirmação se isto ocorre porque ela não tem poder suficiente para dizer o que os países ricos têm que fazer diretamente se porque são estes que têm mais poder de articulação nesta esfera, ou se os países ricos estariam em alto grau de desenvolvimento e não precisariam ser, portanto, “cuidados” que nem os países mais pobres.

Como Foucault (2008) coloca há um combate pela verdade ou ao menos em torno da verdade. A verdade está circularmente ligada a sistemas de poder que a produzem que a apoiam e a efeitos de poder que ela induz e que reproduz como regime da verdade.

³⁹ Fonte: www.inca.gov.br/tabagismo, consultada em 01/2011.

O combate pela verdade se mostrou bem nítido nas argumentações do MPOWER criticando as indústrias de tabaco, dizendo que essas sempre davam falsas informações a sociedade. Um exemplo dessa disputa é a argumentação defendida pelas indústrias que se os governos banirem o fumo em ambientes fechados eles estarão violando um direito básico do ser humano de liberdade, do ir e vir; em contrapartida a OMS alega que um direito básico das pessoas é o direito a um ambiente livre de tabaco, e que assim zelaria pela saúde dos fumantes e não fumantes, já que os governos adotando essa medida estariam protegendo ambos.

Outro ponto de divergência entre as indústrias de tabaco e a OMS diz respeito à proibição de propagandas. Enquanto as indústrias afirmam que as restrições vão contra o direito de expressão e de se promover um produto legal; por outro lado a OMS alega que os cigarros geram estragos para saúde e para economia, e que as pessoas têm direito de viver livres de vícios e isso é mais importante que os interesses financeiros das indústrias, que estariam na razão de ser desta defesa do direito de expressão.

Em relação aos impostos, as indústrias de tabaco afirmam que os altos preços ferem os mais pobres, que vão ter mais gastos em uma renda que já é pequena, e que com o aumento das taxas aumentará, em consequência, o contrabando. A OMS afirma que o aumento dos preços beneficiaria justamente os mais pobres, que ao pararem de fumar aumentariam a sua renda; e quanto ao contrabando, a OMS afirma que não há uma relação de causa e efeito, e que o governo deve tomar medidas de segurança em suas fronteiras e identificar os cigarros com selos de impostos, assim, o contrabando poderá ser combatido.

Todas as políticas apresentadas mostraram uma profunda preocupação em proteger todos da exposição da poluição ambiental tabagística. Porém, vendo o relato abaixo surge a questão de quem é esse “todo mundo” que se quer proteger:

Laurita Vaz nega pedido de transferência a preso fumante passivo,
A presidente em exercício do STJ ministra Laurita Vaz, negou o pedido do preso Donizete de Lima Ferreira para que fosse transferido para uma unidade prisional reservada a não fumantes. O preso sofre de insuficiência respiratória provocada pela fumaça do cigarro dos colegas de cela. Ele foi condenado à 23 anos e 6 meses de reclusão, em regime fechado. Mas, a ministra Laurita Vaz disse que não verificou constrangimento ilegal ao direito de ir e vir de Ferreira.
(Coordenadoria da Rádio STJ 14/07/2009)

Com a passagem acima pode-se perceber que “todas as pessoas” que as

políticas públicas e o governo querem proteger, não incluem realmente toda a população. Primeiro, presídios são ambientes fechados, e pelo que a lei prega não deveria ser permitido fumar nesse ambiente, ou deveria haver um espaço restrito para o ato de fumar. Segundo, as políticas públicas de saúde alegam que todos devem ser protegidos da fumaça do cigarro. Tendo em vista isso, das duas uma ou a lei não se aplica em presídios, ou a saúde dos presos é menos importante, em qualquer uma das possibilidades há algo errado. Se for a primeira, presídios são lugares que tem vigilância 24h e supostamente deveria se fazer cumprir as leis. E se for a segunda, hierarquizar vidas, decidir qual vida é mais importante, de quem se deve cuidar ou não, foge de vários preceitos humanitários vigentes em nossa sociedade.

Assim ao analisar essas políticas se vê muito presente uma idéia de gestão de pessoas. No sentido dado por Foucault (2008) em seu texto sobre governamentalidade. Gostaria aqui de destacar algumas observações sobre um conceito foucaultiano que julgo interessante para se pensar as políticas públicas: a categoria estatística.

A categoria estatística aparece constantemente em todas as políticas públicas estudadas, dados, números, porcentagens são continuamente acionados nos documentos. Foucault (2008) define estatística como a ciência do Estado, se trata dos conhecimentos a respeito desses em seus diversos elementos, dimensões e nos fatores de sua força. Foi através do desenvolvimento da ciência do governo que a economia pode centralizar-se em certo nível de realidade que nós caracterizamos hoje como econômico, foi através do desenvolvimento dessa ciência do governo que se pode isolar os problemas específicos da população (Foucault 2008:288).

E a estatística é um dos principais fatores técnicos da nossa sociedade, a maioria das pesquisas que são feitas hoje leva em consideração dados estatísticos. E ela carrega um poder de legitimidade, de verdade imenso. A maioria das pessoas não tenta refutá-las. Ela revela que através de seus deslocamentos, de sua atividade, a população produz efeitos econômicos específicos. A estatística pode servir para a manipulação de idéias através de dados. A população vira um dado nas mãos da estatística, aparece como um sujeito de necessidades nas mãos do governo, (Foucault 2008).

O fenômeno das políticas públicas é complexo e envolve vários setores da

nossa sociedade. As políticas públicas são fundamentais na nossa sociedade contemporânea, através dela se tentaria sanar os problemas que afligem as populações. Muitas vezes para se sanar esse problema se passa por cima de certas demandas, vontades e hábitos individuais, mas para o governo o esforço é válido almejando se melhorar a qualidade de vida da maioria da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As fontes desse estudo foram todas documentais, e analisar documentos muitas vezes acaba sendo um trabalho árido. As imagens, por outro lado, são mais interessantes, tentar captar o que se diz quando não existe uma fala expressa por palavras é estimulante.

A antropologia visual é um campo que tem muito a contribuir às ciências sócias. Poderia ser realizado um trabalho só com propagandas e fotografias de cigarro. Seria frutífero também um estudo a respeito da mudança da relação homem e cigarro através das décadas a partir de filmes. Outra possibilidade são os desenhos animados que antigamente traziam seus personagens fumando como Os Flintstones, Tom e Jerry, Pica-pau, Manda-Chuva, entre outros. Enfim, há uma gama de possibilidades para se estudar o tabagismo, seja a partir de imagens, fotografias, filmes, seriados e desenhos.

Como o foco principal do trabalho são as políticas públicas, as imagens desempenharam um papel coadjuvante apesar de importante. Futuramente gostaria de explorar melhor esse campo.

O tabagismo, como foi discutido, é uma desordem no mundo contemporâneo, e foi classificado como uma morbidade, comorbidade e fator de risco para várias outras. Tentei explicar um pouco desse fenômeno do tabagismo visto como doença, porém mais estudos são necessários para uma compreensão maior acerca do tema, há a possibilidade de se pesquisar médicos e fumantes, para ver o que cada um entende como tabagismo, se é uma doença ou não. E como cada um lida com essa desordem.

O problema foi classificado como uma doença epidêmica, então se viu necessário saná-lo através de planos de ações: as políticas públicas.

Entender o fenômeno de políticas públicas requer a atenção de vários atores e campos sociais. No caso das políticas públicas antitabagismo existem sujeitos de âmbito nacional e internacional, o que deixa mais complexo as relações estabelecidas para a criação e adoção das políticas. Muitos fatores estão em jogo, questões relativas à saúde, à política e à economia.

Esses três campos estão em constante diálogo em todos os processos de execução das políticas públicas antitabagismo. A questão da saúde é evidente já

que o tabagismo é tratado como uma epidemia e todos os textos elaborados pela OMS apontam que o cigarro traz vários prejuízos à saúde. A questão política está presente em todo o processo de elaboração e de aplicação das políticas públicas, as articulações políticas que são feitas em âmbito nacional e internacional para a aplicação das políticas públicas. A questão econômica também norteia as decisões acerca das políticas públicas, na sua elaboração são considerados os impactos econômicos que estas terão na sociedade, como o custo para a sua aplicação, as verbas que serão arrecadas com os impostos, o que fazer com esse dinheiro, quem sofrerá prejuízos econômicos e como reparar esses prejuízos.

Durante o estudo algumas questões surgiram como: por que se trata justamente acerca do tabagismo o primeiro tratado internacional de saúde pública? Para se responder tal questão deve-se levar em consideração os pontos citados acima, pois além de ser uma questão de saúde pública ela abarca outros campos que tiveram um maior peso nas agendas governamentais. O tabagismo apesar de gerar gastos aos governos pode gerar muito lucro também com os aumentos exorbitantes de impostos, já outras doenças só geram gastos.

Existem vários atores nesse campo das políticas públicas antitabagismo, como por exemplo: as ONG's, governo e as organizações de saúde de um lado, indústrias de cigarro e fumicultores de outro, e os fumantes no meio. Ambos os lados disputam força, se há ganhadores nessa "guerra" é difícil de dizer, mas há perdedores: os fumantes. Não que eles sejam meras vítimas das circunstâncias, mas são eles os mais prejudicados em todos os sentidos, não tem a liberdade de fumar onde querem, tem que pagar um absurdo no maço de cigarro, e ainda sofrem dos danos físicos.

Seria necessário uma experiência de campo com fumantes para se ter uma idéia melhor sobre o impacto das políticas públicas na vida de cada um, se houve efeitos positivos ou só negativos. Como se sentem, como acham que são vistos pelas organizações de saúde e pelas indústrias de tabaco.

Em relação ao alerta que os médicos fazem dos malefícios do cigarro, este é o trabalho deles e não deve ser questionado. Mas a suspeita aqui é que os usos que essas informações sugerem são extremamente desproporcionais ao perigo que o tabaco apresenta – particularmente se estivermos considerando o perigo gerado por outra pessoa fumando.

O discurso que norteia todas as políticas públicas é o biomédico. Foi através dele que aconteceu o consenso de que o cigarro faz mal:

“O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalistas. O corpo é uma realidade bio-médica. A medicina é uma estratégia bio-política.” (Foucault, 2008:80)

O poder do discurso biomédico e a sua hegemonia é uma arma poderosa nas mãos dos Estados, pois ela tem o poder de dizer o que é certo e errado, e o que faz bem ou mal. Com sua consolidação todos passaram a saber de onde vem os perigos que ameaçam a saúde e a administração da vida passou a ser responsabilidade de cada um e de todos via instâncias governamentais. E como ciência, a medicina tem papel fundamental nesse processo. Impulsionada nos séculos 18 e 19, pela incorporação da tecnologia e os avanços nas pesquisas científicas, participa dessas relações de poder, caracterizando o fenômeno denominado “medicalização da sociedade”. A medicina passou a ser um instrumento de controle social, que tem como objetivo o desaparecimento dos grandes surtos epidêmicos, a baixa taxa de morbidade e o aumento da duração média de vida, considerados problemas de saúde pública.

Ela passou a controlar os comportamentos que influenciam o adoecer, como o consumo do cigarro. Passou ainda a controlar o estilo de vida, e definir o que é o prazer saudável e produtivo.

Mesmo o cigarro tendo suas desvantagens, o cigarro oferece também benefícios. Tais benefícios estão ligados à natureza do alívio e o consolo propiciado pelos cigarros com o mecanismo que oferecem para regular a ansiedade e mediar à interação social. Servem também para incitar a concentração e conseqüentemente, permitir a produção eficaz de vários tipos de trabalho⁴⁰.

Além dos benefícios fugazes citados acima, existem pesquisas que relatam os efeitos positivos do cigarro em relação ao Alzheimer e inflamações no intestino. Um estudo de Gopalaswamy e Morgan (1986) mostra que o cigarro pode não ter apenas fatores negativos:

⁴⁰ Klein, Richard. Cigarros são sublimes – Uma história Cultural de estilo e fumaça. (1997:36)

“O consumo de tabaco pode ainda melhorar a concentração, reduzir a hiperestimulação desagradável experimentada por esquizofrênicos e promover um dos poucos prazeres disponíveis para muitos portadores da doença” (Gopalaswamy e Morgan 1986:523).

Nos fumantes, principalmente nesse caso acima, a significação do cigarro não é de algo que faz mal e pode matar. É sim como um alívio de tensões, de incomodo, um hábito que não entra na dicotomia morte x vida, ou bem x mal. Porém, a OMS e as organizações governamentais de saúde, dificilmente, vão reconhecer algum dos benefícios trazidos pelo cigarro, mesmo com estudos que provêm isso, e essa é a função destas.

Apesar de haver uma divulgação massiva do cigarro como vilão, ainda existem certas pessoas que trabalham na mídia que contestam as campanhas antitabagismo, e trazem uma discussão que vai além do “politicamente correto”. É o caso de Trey Parker e Matt Stone criadores do desenho *South Park*, em um dos episódios o tema é exatamente a luta entre os antitabagistas e as indústrias de cigarro. Trarei algumas passagens do episódio:

“Kevin Harris [vice-presidente da Industria de tabaco *Big Tobacco Co.*]: And so for centuries, tobacco production flourished. Nobody was even aware of any dangers back then, until, in 1965, when Congress passed an act forcing all tobacco companies to put the Surgeon General's warning on their packages. So now, everyone knows the dangers of smoking. And some people still choose to do it, and we believe that's what being an American is all about.

Kyle: That sound perfectly reasonable.

...

Rob Reiner [Líder do grupo anti-tabagista *Smoke Stoppers*]: You kids need to understand something, okay? Sometimes lying is okay. Like, when you know what's good for people more than they do.

...

Kyle: [saying to Rob Reiner] You just hate smoking, so you use all your money and power to force others to think like you. And that's called fascism, you tubby as****e!” (South Park, Season 7ª, episode 13 – “Butt Out”)

Mesmo se tratando de um desenho, as passagens mostram algumas idéias nada ortodoxas em relação ao cigarro e aos grupos antitabagistas. Muitas vezes parece que a OMS, Banco Mundial e governos nacionais trabalham com a lógica do personagem Rob Reiner, de que eles sabem o que é melhor para a população mais do que a própria população em si.

É um exagero chamar o personagem, que é antitabagista, de fascista, mas as organizações de saúde e o governo são autoritários na hora que criam medidas que vão contra o tabagismo, passando por cima dos direitos de uma parcela da

população sem antes consultá-la.

Nada é simples quando se trata de cigarros; eles são em vários aspectos, contraditoriamente duplos. Tanto aumentam, quanto diminuem a pulsação, tanto acalmam quanto excitam, são ocasião para devaneios, e uma ferramenta para concentração, são superficiais e profundos, detestáveis e deliciosos. Os cigarros são uma amante cruel, também são companheiros leais. Há que se entendê-los em contextos de uso diferenciados.

Muitas questões referentes ao tabagismo merecem um estudo mais aprofundado como a questão gênero e tabagismo, como as interações sociais podem ter sido afetadas a partir de leis que restringem as áreas para fumantes, as relações estabelecidas entre fumantes e cigarro, entre outras coisas. Mas estes já seriam desafios para outros estudos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV), Fourth Edition. Washington, D.C.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. 2009. Glossário temático: economia da saúde. 2ª edição. Editora do Ministério da Saúde – Brasília.
- Carvalho, Marcelino de. 1962. Guia de Boas Maneiras. Companhia Editorial Nacional – São Paulo.
- DOUGLAS, Mary. 1976. Pureza e perigo. Ed. Perspectiva - São Paulo.
- Evans-Pritchard, Edward Evan (2005) [1976]. Bruxaria, oráculo e magia entre os Azande. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Foucault, Michel. 2008 [1979]. Microfísica do Poder. Ed. Graal – Rio de Janeiro.
- Goffman, Erving. 1988. Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Ed. LTC – Rio de Janeiro.
- Goffman, Erving. In: WINKIN, Y. 1999 [1988], Os Momentos e os Seus Homens. Ed. Relógio d'Água – Lisboa.
- Gopalaswamy, A.K. e Morgan, R. 1986. In: Rondina, Regina de Cássia, Ricardo Gorayeb e Clovis Botelho. 2003. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. Rev. Psiqu. Clín. 30 (6): 221-228.
- Jenkins R., Jessen H. e Steffen V. 2005. Managing Uncertainty – Ethnographic Studies of Illness, Risk and the Struggle for Control. Museum Tusculanum Press – Copenhagen.
- Kaufert, P., & O'Neil, J. (1993). Analysis of a dialogue on risks in childbirth: Clinicians, epidemiologists, and Inuit women. In S. Lindenbaum & M. Lock (Eds.), Knowledge, power and practice: The anthropology of medicine and everyday life (pp. 32-54). Berkeley: University of California Press.
- Klein, Richard. Cigarros são sublimes – Uma história Cultural de estilo e fumaça. 1997. Ed. Rocco – Rio de Janeiro.

- Koury, Mauro Guilherme pinheiro. Fotografia e Interdito - 2004. Revista Brasileira de Ciências Sociais – vol. 19 – Nº. 54.
- Lacerda, A. L. e Mello, M. T. V. B. 2003. Produzindo um imunizante: imagens da produção da vacina contra a febre amarela. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, vol. 10 (suplemento 2): 537-71.
- Lawn S.J e BARBER, J.G. 2002. In: Rondina, Regina de Cássia, Ricardo Gorayeb e Clovis Botelho. 2003. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. Rev. Psiq. Clín. 30 (6): 221-228.
- Mauad, Ana Maria. In: 2003. Produzindo um imunizante: imagens da produção da vacina contra a febre amarela. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, vol. 10 (suplemento 2): 537-71.
- Mauss, Marcel. “A expressão obrigatória dos sentimentos”. In: OLIVEIRA, Roberto Cardoso (org.). Mauss. Antropologia. São Paulo: Ática, 1979. pp. 147-53.
- Malbergier, André e Hercílio Pereira da Oliveira Jr. 2005. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. Rev. Psiq. Clínica. 32 (5); 276-282.
- Rondina, Regina de Cássia, Ricardo Gorayeb e Clovis Botelho. 2003. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. Rev. Psiq. Clín. 30 (6): 221-228.
- Shore, C. and Wright, S. 1997. Anthropology of Policy, Critical Perspectives on Governance and Power. Introduction: pp3–34. London: Routledge.
- Souza, Dyego L. Bezerra de. 2006. Os significados do tabagismo construídos na dinâmica social. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Dissertação.
- Stotz, Eduardo Navarro e José Wellington Gomes Araújo. 2004. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. Saúde e Sociedade – vol. 13.
- Teixeira, Carla C. 2008. Do Museu aos Manuais: Reflexões sobre o Agente indígena de saneamento. Universidade de Brasília – Brasília.
- WHO. 2008. WHO report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package. Geneva.
- WHO. 2006. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Geneva.

- WHO. 2003. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva

Sites:

- Rádio STJ:
http://www.stj.jus.br/portal_stj/publicacao/engine.wsp?tmp.area=448&tmp.texto=92850
- Página da OMS:
<http://www.who.int/en/>
- Página do INCA:
<http://www.inca.gov.br>

Séries:

- House, M.D. 2004. Criação: David Shore. Produtora: Fox. – Estados Unidos da América.
- South Park. 2003. Criadores: Trey Parker e Matt Stone. Produtora: Comedy Central. – Estados Unidos da América