

TABAGISMO, SAÚDE E EDUCAÇÃO

Luci Lucas Coutinho
Área de Concentração: Direito do Consumidor
Vinculado a trabalho de conclusão
2016/2017

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DO CONSUMIDOR E
RESPONSABILIDADE CIVIL**

Luci Lucas Coutinho

TABAGISMO, SAÚDE E EDUCAÇÃO

**PORTO ALEGRE
JULHO DE 2017**

Luci Lucas Coutinho

TABAGISMO, SAÚDE E EDUCAÇÃO

Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção grau de Especialista, pelo Programa de Pós-Graduação em Direito do Consumidor e Responsabilidade Civil, da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Professora Doutora Fernanda Nunes Barbosa

PORTO ALEGRE
JULHO DE 2017

Luci Lucas Coutinho

TABAGISMO, SAÚDE E EDUCAÇÃO

Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção grau de Especialista, pelo Programa de Pós-Graduação em Direito do Consumidor e Responsabilidade Civil, da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovado em: _____

BANCA EXAMINADORA

Professor Doutor

Professor(a)

Professor(a)

"O homem é do tamanho do seu sonho."
Fernando Pessoa

RESUMO

A Convenção Quadro sobre controle do tabaco foi ratificada pelo Brasil. Dessa forma, deve ser considerada no momento da aplicação e interpretação das normas internas. Devendo constantemente ser entendida como parte do ordenamento jurídico brasileiro. Dessa forma, a interpretação das normas infraconstitucional ganha nova contornos, pois, o art. 8º uma da convenção determina que a exposição à fumaça do tabaco é, em qualquer nível, prejudicial à saúde. Ora, se a Constituição Federal, em seu art. 196, protege a saúde, todas as normas que trazem a possibilidade de exposição à fumaça do tabaco devem ser entendidas como inconstitucionais por força da vinculação brasileira à convenção. Logo, o que se espera, especificamente com relação às normas estaduais sobre o controle do tabaco, é a realização de uma interpretação conjunta do Tratado e de outros dispositivos internos, especialmente a complementariedade entre a Constituição Federal e a Convenção Quadro.

PALAVRAS-CHAVES: Convenção Internacional. Direito à Saúde. Controle do Tabaco. Interpretação Conjunta.

ABSTRACT

The Framework Convention on Tobacco Control has been ratified by Brazil. Thus, it should be considered at the time of application and interpretation of internal rules. Must constantly be understood as part of the Brazilian legal system. Thus the interpretation of rules infra new contours, therefore the art. 8. 1 of the Convention determines that exposure to tobacco smoke is, at any level is detrimental to health. Well, if the Federal Constitution, in its art. 196, protects the health, all the rules that bring the possibility of exposure to tobacco smoke should be construed as unconstitutional under the agreement linking Brazil. Hence what is expected, specifically with respect to state rules on tobacco control, is conducting a joint interpretation of the Treaty and other internal devices, particularly the complementarity between the Constitution and the Framework Convention.

KEYWORDS: International Convention. Right to Health. Tobacco Control. Interpretation.

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
1 TABAGISMO	19
1.1 ORIGEM DO TABAGISMO	19
1.2 CONCEITO DO TABAGISMO.....	33
2 AS LEIS QUE PROTEGEM	40
2.1 A PROTEÇÃO SOBRE O CONSUMIDOR.....	40
2.2 DIREITO DO CONSUMIDOR.....	41
2.3 PROPAGANDA DO CIGARRO	43
2.4 CONSULTA PÚBLICA DA ANVISA – PROIBIÇÃO TOTAL	50
2.5 O QUE PODE E O QUE NÃO PODE.....	51
2.6 COMO DEVE SER A PROPAGANDA DE CIGARROS	54
3 HISTÓRICO DA CONVENÇÃO	56
4 METODOLOGIA	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

OBJETIVO GERAL

O trabalho a ser desenvolvido tem como objetivos identificar as omissões do legislador federal, no que toca à adequação da Lei Federal n. 9.294/96 ao Tratado Internacional, discorrer sobre a hierarquia da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco e, por conta da falta de norma expressa federal, sobre a competência dos demais entes federativos. É natural, também, que se discuta a limitação a direito fundamental, como acima já exposto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sensibilizar os fumantes sobre os riscos do tabagismo ativo e passivo.
- Aumentar a divulgação sobre os riscos e os maléficos do tabagismo na comunidade.
- Conscientizar a população sobre os maléficos do tabagismo.
- Estimular a prática de hábitos de vida saudáveis.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O tabaco era e ainda é usado em rituais religiosos como forma de obtenção de experiências transcendentais em tribos indígenas. Após as grandes navegações o uso de fumo passou a ser disseminado na Europa através de marinheiros, soldados e piratas. Seu cultivo obteve importância econômica a partir do século XVII e seu uso podia ser visto em todas as camadas da sociedade. Podia ser mascado, usado na forma de rapé¹ ou fumado em cachimbos, charutos e cigarros. Mas foi na forma de cigarro que o hábito de fumar se difundiu maciçamente, a partir das décadas finais do século XIX, aliado ao processo de urbanização e industrialização da sociedade.

À medida que o cigarro e suas virtudes foram se popularizando, um movimento antitabagista foi se fortalecendo, identificando-se ora através de um discurso moral, ora através de um discurso acerca dos riscos à saúde que o hábito de fumar provoca. Ao longo do século XX foi crescente o número de pesquisas acerca dos riscos envolvendo o hábito de fumar. A partir do final da II Guerra mundial, o constante aumento de casos de câncer de pulmão chamou a atenção dos médicos.

Nas décadas de 1950 e 1960 uma série de estudos cada vez mais consistentes, envolvendo análises estatísticas, revelou a prevalência de câncer de pulmão e de doenças coronárias entre fumantes. Em 1964 foram divulgadas nos EUA as conclusões da Comissão Consultiva sobre fumo e saúde patrocinada pelo governo federal em torno da análise de milhares de publicações e relatórios de pesquisas sobre o tema tabagismo. O chamado Relatório Terry reconheceu a associação entre o tabagismo e uma série de doenças, repercutindo nas políticas de saúde pública.

¹ O rapé (do francês *râper*, "raspar") é o tabaco (ou fumo) em pó para inalar. O hábito de consumir rapé era bastante difundido no Brasil até ao início do século XX. Era visto de maneiras contraditórias: às vezes como hábito elegante, às vezes como vício. Várias populações indígenas do Brasil usavam o tabaco moído como rapé. As folhas de tabaco eram moídas usando um pilão feito de caviúna, onde também adquiria o delicado aroma da madeira. O tabaco resultante era então hermeticamente armazenado em frascos ou tubos de ossos ornamentados para preservar o seu sabor para o consumo posterior.

No Brasil, este relatório daria fôlego a um movimento antitabagista na comunidade médica sob liderança dos pneumologistas, que levou à intervenção do Estado em 1985, com a formação do Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo - GACT, iniciando a campanha oficial contra o tabagismo. Em 1998, esta campanha ganhou reconhecimento mundial pela Organização Mundial de Saúde - OMS, tornando-se referência internacional, o que será abordado nas páginas seguintes.

O início da campanha estatal brasileira: do GACT ao INCA (1986-1989) a edificação da campanha oficial do Estado brasileiro teve seu início em setembro de 1985, quando foi criado o GACT através da Portaria Ministerial n. 655/GM responsável pela coordenação do Programa Nacional de Combate ao Fumo – PNCF. (BAPTISTA, 1987) O GACT teve à frente os médicos militantes antitabagistas José Rosemberg, Mário Rigatto, Antônio Pedro Mirra, Edmundo Blundi, José Silveira, Jayme dos Santos Neves.

O primeiro ato do grupo foi à produção de material que possibilitasse a formação de multiplicadores sobre o assunto, como o manual Tabagismo e Saúde: Informação para Profissionais de Saúde (1987). Este manual continha em seu bojo dados estatísticos sobre as doenças tabaco-associadas, como o câncer de pulmão, no Brasil e no mundo, e eram embasados.

Alguns fatores foram determinantes para o início e desenvolvimento da campanha antitabagista no Brasil. O primeiro foi a grande circulação de notícias sobre os males do tabagismo, principalmente as que anunciavam resultados de pesquisas e das campanhas internacionais, tendo os Estados Unidos um importante papel. O segundo foi o desenvolvimento deste discurso desde a década de 1960 no Brasil, onde os médicos em ações isoladas e, após 1979, sob a liderança da Associação Médica Brasileira - AMB realizaram seminários e pesquisas sobre o tema. E, por último, a mudança do quadro epidemiológico na década de 1980, com o aumento de casos de doenças crônico-degenerativas, como o câncer, acompanhando o aumento de fumantes (GONÇALVES, 2009), em estudos oriundos dos EUA e Inglaterra, e de integrantes do próprio programa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987).

O GACT participou da criação do “Dia Nacional de Combate ao Fumo”, implementado pela Lei Federal Ordinária n. 7.488, de 11 de junho de 1986, que guarda todo o dia 29 de agosto de cada ano para essa comemoração. Em termos legais, foi a primeira lei de abrangência nacional a colocar na agenda da saúde pública os problemas relativos aos males do tabagismo: “O Poder Executivo, através do Ministério da Saúde, promoverá, na semana que anteceder aquela data, uma campanha de âmbito nacional, visando a alertar a população para os malefícios advindos com o uso do fumo”. (BAPTISTA, 1987, p. 188)

Fruto de uma espera de seis anos, tempo em que seu projeto tramitou no Congresso Nacional, esta lei representou uma vitória para o movimento antitabagista, consequência do aumento do lobby antitabagista, proporcionado pela formação do GACT, com a consequente incorporação governamental desta demanda pública. (GONÇALVES, 2009) Como primeiro ato prático, no dia 29 de agosto de 1986, a campanha “Cigarro, Apague Esta Ideia” ganhou as ruas, sendo dirigida principalmente à população jovem.

Na televisão e no rádio, um filme publicitário de trinta minutos foi levado ao ar no “horário nobre” durante aquele mês (VEJA, set. 1986). No ano posterior, a data foi marcada pela exibição de cinco filmes em todas as emissoras de televisão e a produção de cartazes sobre o tema, incitando todos os fumantes a apagarem seus cigarros por uma hora naquele dia. Manteve-se o mesmo slogan de 1986.

Além do MS, o Ministério da Educação desempenhou um importante papel naquele ano: distribuiu uma cartilha sobre os males do tabagismo a 300.000 professores da rede pública e “estimulou os alunos a sair às ruas no dia 28 de agosto e tentar trocar os maços de cigarros dos fumantes por balas ou flores”. (VEJA, ago. 1987, p. 88) Ainda assim, 700 mil professores ficaram sem receber o material devido a restrições orçamentárias. Afora a campanha, aquele ano foi marcado pela institucionalização dos “fumódromos” no MS pela Portaria Ministerial n. 428, seguindo uma tendência mundial, principalmente norte-americana, de adotar tais espaços em repartições públicas. (VEJA, ago. 1987)

Atualmente, pode-se dizer que a maioria das pessoas sabe que o cigarro traz malefícios à saúde, mas muitas delas não sabem as proporções desses prejuízos.

Além do câncer - pois cerca de 30% de todos os casos são causados pelo tabaco -, outras doenças graves estão intimamente ligadas ao uso do cigarro, tais como enfisema pulmonar, bronquite e doenças cardiovasculares. Além disso, úlceras do estômago e do duodeno, osteoporose, infecções respiratórias - inclusive pneumonias - e diversos problemas dentários podem ter como origem ou agravamento o uso do cigarro.

O tabagismo afeta o desenvolvimento da gravidez, uma vez que filhos de mães fumantes nascem com cerca de 200 gramas a menos do que quando comparados com outros bebês e estão sujeitos a apresentar morte súbita e outras doenças Peri e neonatais.

A cadeia epidemiológica é bastante extensa, indo desde a agregação de fatores de risco e a morbidade frequente no domínio da psicopatologia até as intoxicações por agrotóxico nas áreas de produção e manipulação do produto bruto e manufaturado, sem contar as relações obscuras com o tráfico e a comercialização de outras substâncias aditivas. Economicamente, o tabagismo leva a altos custos sociais, tanto em gastos com a saúde quanto em perda da produtividade e morte precoce. O custo social do tabagismo nos Estados Unidos foi estimado em mais de 100 bilhões de dólares, devido à perda de produtividade e à morbimortalidade.

Os efeitos farmacológicos da nicotina são diversos e dependem do número de cigarros e da frequência do fumo, bem como do desenvolvimento da tolerância. A nicotina promove um rápido estado de alerta, melhorando a atenção, a concentração e a memória, semelhante àquele descrito pelos usuários de cocaína. Esse efeito, associado aos sintomas desagradáveis da falta da substância no cérebro, contribui para a dificuldade de alcançar a manutenção da abstinência dessa droga, pois, entre os fumantes que já tentaram parar de usar tabaco, cinco a sete tentativas são necessárias até se atingir o objetivo.

De um modo geral, é possível se dizer que o início do consumo de tabaco se dá na adolescência, por volta dos 13 aos 15 anos em 90% dos casos. Os fatores que motivam tantos jovens a experimentar o cigarro são socioculturais. Fatores individuais que podem contribuir para o início do consumo de cigarros ainda são

pouco conhecidos, mas incluem fatores hereditários (genéticos), eventualmente relacionados à modulação dos efeitos da nicotina e do humor.

Quando a dependência da nicotina já se encontra instalada, a manutenção do comportamento de fumar começa a ser gradativa e fortemente associada a causas psicológicas, como condicionamentos e crenças acerca da substância e do uso, além das bases neuroquímicas e genéticas envolvidas.

O termo "fator de risco" relacionado ao desenvolvimento de DIC, entre outras doenças cardiovasculares, foi usado pela primeira vez no estudo de Framingham. Atualmente, os principais fatores de risco são: dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo e intolerância à glicose. Eles podem ser classificados de acordo com as possibilidades de modificação, quer seja através de mudanças de comportamentos, quer seja por outros tipos de tratamento. No grupo dos modificáveis temos a hipertensão arterial sistêmica, a intolerância à glicose e Diabetes mellitus não insulino dependente, sedentarismo, alcoolismo e uso de anticoncepcionais hormonais. Os não modificáveis são: raça, sexo e idade, história familiar positiva e ocorrência da menopausa. (KANNEL, 1995)

O modelo conceitual denominado de *Campo de Saúde*, proposto por Lalonde (1974), possibilita análise mais ampla dos problemas da área da saúde por considerar, além dos aspectos biológicos, outros fatores que podem contribuir para a determinação de doenças, como o IAM. Ele é composto por quatro elementos, sendo que, cada um tem o mesmo valor na determinação da saúde do indivíduo e precisam estar em equilíbrio para que tal condição se estabeleça. São eles: *biologia humana* (inclui todos os aspectos da saúde, física e mental, os quais pertencem ao corpo humano e a constituição orgânica do indivíduo); *meio ambiente* (aspectos relacionados à saúde e que estão externos ao corpo humano, quer pertençam ao ambiente físico quer pertençam ao ambiente social que envolve os indivíduos, e sobre os quais eles têm pouco ou nenhum controle); *estilo de vida* (consiste no conjunto de decisões tomadas pelo indivíduo, sobre as quais ele possui maior ou menor controle, e que afetam a sua saúde, os chamados riscos autocriados); e, *organização dos serviços de saúde* (refere-se à qualidade, quantidade,

administração, natureza e relações de pessoas e recursos no oferecimento do cuidado de saúde, sendo comumente definido como *sistema de atenção à saúde*).

Com relação ao estilo de vida, a presença de hábitos destrutivos pode acarretar enfermidade como, por exemplo, as doenças cardiovasculares. Tais hábitos estão presentes no uso de drogas (ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, fumo e abuso de medicamentos) e na relação dieta-exercícios (superalimentação; alta ingestão de gorduras e carboidratos; falta de exercícios físicos e de recreação e relaxamento das tensões diárias). (LALONDE, 1974)

O tabaco se diferencia, no entanto, dos demais produtos – e isso deve ficar claro – pela forma que se dá o seu uso, o qual, se feito no mesmo ambiente em que se encontram outras pessoas, causa danos diretos à saúde daqueles que não consomem ativamente o produto, ou seja, causa danos aos chamados fumantes passivos, além, por claro, de causar dependência química.

É apropriado identificar que o consumo do tabaco tem que passar por restrições não apenas absolutas, como exigem os males por ele causados às pessoas que dele se utilizam, mas também restrições relativas, tendo-se em vista as consequências trazidas a quem se encontra no mesmo ambiente em que existem pessoas utilizando o tabaco.

As restrições absolutas são tidas, no presente trabalho, como aquelas que recaem diretamente sobre a comercialização e divulgação do produto, visando, com isso, diminuir a decisão impensada de consumir ou comprar o produto, que é potencializada pelo alto grau de dependência causada pelo tabaco. Entende-se que as restrições relativas referem-se à proteção do fumante passivo, diminuindo o contato que esse teria com a poluição tabagista ambiental.

Dessa forma, para demonstrar que há claros erros nesse posicionamento, é necessário que seja feita uma separação entre o que busca a Convenção e as possíveis limitações a direitos fundamentais. Por isso, o que se quer deixar evidenciado, já na introdução, é que não se podem confundir os controles trazidos pela Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco - CQCT, com a busca impensada e exagerada da chamada saúde total, que seria representada pelo

afastamento de qualquer produto que pudesse trazer danos à saúde, por menores que pudessem ser tais danos. Muito menos se pode identificar na CQCT a defesa de que existem padrões de saúde que devem ser seguidos por todos.

No entanto, claramente identificar que há duas preocupações trazidas pelo uso do tabaco que o afastam dos demais produtos causadores de danos à saúde e que o tornam extremamente único e prejudicial. Tais preocupações são o fato de o tabaco conter elementos desencadeadores de dependência química e de seu uso causar danos imediatos àqueles que estão próximos aos consumidores de tabaco, ou seja, o dano causado à saúde do fumante passivo. Não há, ressalte-se, em nenhum outro produto essa combinação representada pela soma da dependência com os danos diretos a terceiros.

Logo, ficam bastante compreensíveis os motivos pelos quais a Organização Mundial da Saúde - OMS escolheu o controle do tabaco para ser o objeto da primeira Convenção Internacional liderado por ela. Convenção que ficou aberta para assinaturas de 16 a 22 de junho de 2003.

Esse Tratado Internacional reforça a possibilidade de se proteger o direito à saúde daquele que não quer fumar por meio da criação de restrições ao uso do tabaco, o que indiretamente atinge também a saúde do fumante, além de permitir que se restrinja o acesso ao tabaco, trazendo possibilidade de se realizarem controles da publicidade e da venda do produto.

Nesse passo, as limitações ao uso do tabaco se refletem no cotidiano do fumante, pois a Convenção busca trazer uma proteção maior para quem consome ativamente o produto. Quanto a esse ponto, antes que se possa pensar em intervenções indevidas no dia a dia das pessoas, não é incomum no Direito a proteção do indivíduo que enfrenta situações que o levam a decisões impensadas. É assim, por exemplo, nos casos de superendividamento na França. A situação do dependente químico do cigarro é muito parecida com a do superendividado. Enquanto esse piora a sua saúde financeira, se não tiver proteção do Estado, aquele tem sua saúde física cada vez mais comprometida, se o Estado não agir. Em ambos os casos, no entanto, a decisão final é do indivíduo. Porém, não será uma decisão

puramente impulsionada pela gana do consumo ou pela força da dependência química.

O Estado se legitima a agir para evitar ou controlar decisões impensadas, que, no caso do tabaco, são potencializadas pelo efeito viciante do produto. Dessa maneira, a possibilidade de limitação a direitos fundamentais é plenamente fundamentada, e o controle do uso do tabaco é o objetivo.

De fato, a questão do tabaco ultrapassou as fronteiras e tornou-se uma preocupação mundial. Por conta disso, como dito, em 2003 foi celebrado um Tratado Internacional sobre o controle do tabaco, batizado de Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco. O Brasil é um dos signatários (expressou sua concordância com o texto em 16 de novembro de 2003), tendo efetivado a ratificação em 03 de novembro de 2005. O Decreto Presidencial que deu publicidade interna à ratificação é o de número 5.658, de 02 de janeiro de 2006.

1 TABAGISMO

1.1 ORIGEM DO TABAGISMO

O tabagismo é a principal causa evitável de doença e morte não só nos Estados Unidos da América como também no Brasil. Fazendo uma breve retrospectiva, nos Estados Unidos, em 1900, mais ou menos 3.200 gramas de tabaco eram consumidos, por cada adulto, por ano. Destes, a maioria era consumida por mastigação ou inalação; cada indivíduo consumia menos de 500 gramas sob a forma de cigarros ou cigarrilhas. Em 1918, o consumo do cigarro tinha disparado em relação às outras formas de utilização, e a epidemia havia começado. O consumo aumentou sensivelmente na década de 50 e atingiu o pico em 63. Em 1990, o consumo foi avaliado em 2.800 cigarros, por cada adulto.

A empresa de cigarro Souza Cruz se instalou no Brasil em 25 de abril em 1903, no Rio de Janeiro. Ela começou divulgar seus produtos com propagandas impressas, influenciando inicialmente através do prazer de fumar.

A primeira marca feita por ela foi *Dalila*, criada principalmente para mulheres, que desejavam ter direitos a trabalhar e votar. E a empresa utilizou esse momento vivenciado pelas mulheres para influenciá-las, uma vez que queriam a mesma autonomia conquistada pelos homens.

O tabagismo é considerado um vício, pois ocorrem alterações no comportamento do fumante quando o mesmo não supre a sua necessidade de fumar. Esse fator indica que ao decidir parar de fumar, na maioria das vezes é necessário e indicado procurar tratamento médico, para ter um procedimento mais correto e indicado para cada tipo de fumante. Partindo desse princípio, busca-se abordar os mitos e as verdades relacionados ao cigarro, de forma clara e objetiva, já que se trata de um tema que está presente no cotidiano da população brasileira.

Em 1988, a OMS instituiu o “Dia Mundial sem Tabaco”, comemorado naquele ano juntamente com o “Dia Mundial da Saúde” em 07 de abril, com o slogan “Tabaco

ou Saúde”. Em agosto, através de um acordo entre o Governo e as companhias de tabaco, os maços de cigarro passaram a estampar a seguinte mensagem: “O Ministério da Saúde adverte: fumar faz mal a saúde”, imposição regulamentada pela Portaria n. 490 do MS. Segundo Cavalcante (2004), tal acordo permitiu por um tempo considerável que as companhias definissem o local, o tamanho e a visibilidade dessa advertência em seus produtos. Esta advertência começou a ser estampada nas peças publicitárias de revistas em maio de 1989.

É também na Constituição de 1988 que se instituiu um conceito ampliado de saúde, como podemos ver em seu artigo 196:

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

Tal concepção envolve a questão da democratização da sociedade e a ideia de que a saúde da população é resultado da forma como a sociedade se organiza, envolvendo dimensões políticas, econômicas e culturais, reflexo do momento político pelo qual o país estava passando.

Em outubro de 1988 assistiu-se o advento da nova Constituição brasileira que, ao longo de seu processo de elaboração recebeu sugestões da população, de instituições e de parlamentares em relação a leis. No que tange ao tema do tabagismo, chegaram à comissão de trabalhos da Constituição aproximadamente 410 sugestões nas quais podemos destacar as que propunham os seguintes pontos: proibição da propaganda de cigarro nos meios de comunicação e em espaços públicos, banimento do fumo do brasão das armas do Estado brasileiro e aumento do preço dos cigarros, o que geraria aumento da arrecadação a ser destinada para a saúde pública.

É importante observar que algumas das sugestões recorreram a valores morais que associavam o hábito de fumar como um símbolo de rebeldia e, junto com outras drogas, como deturpador dos valores familiares. O argumento da saúde

também foi fortemente aludido como justificativa para estas ações, uma vez que cada vez mais na mídia os males ocasionados pelo cigarro eram divulgados.

Pode-se dizer que este foi um período de transição nas justificativas e mesmo na incorporação de discursos, à medida que as leis relacionadas ao tema passaram a se pautar prioritariamente nos resultados desenvolvidos pela medicina. Como consequência deste processo, foi promulgado na Constituição brasileira o parágrafo 4º do inciso II, do artigo 220, que dá competência à lei federal de impor restrições e advertências sobre os malefícios decorrentes do uso de produtos como bebidas alcoólicas e tabaco entre outros. Este artigo foi fundamental para a justificação da constitucionalidade das leis antitabagistas posteriores.

Diante do caráter de emergência que pedia a questão do tabagismo, foi aprovada pelos 192 países signatários da OMS, na Assembleia Mundial de Saúde em 1989, a resolução WH42.19, que reservava, a partir de 1990 o dia 31 de maio de cada ano para a comemoração do “Dia Mundial sem Tabaco”. Esta data consistiu em uma reflexão mundial das múltiplas problemáticas ligadas ao tabaco, e deste modo, da promoção do engajamento dos diferentes setores da sociedade no controle do tabagismo. A cada ano a OMS define qual o tema a ser trabalhado.

Em 1989 o Instituto Nacional de Câncer - INCA, vinculado ao MS, passou a coordenar as ações do então Programa Nacional de Controle do Tabagismo - PNCT, tendo por objetivos a redução da iniciação ao tabagismo, a promoção da diminuição do número de fumantes e a restrição da exposição ao fumo pela população. Dentre as diretrizes, buscou-se acompanhar as orientações do Sistema Único de Saúde - SUS, criado através da Constituição de 1988, no intuito de descentralizar o programa, contando com setores da sociedade civil, como as associações médicas, e setores do próprio Estado, como outros ministérios, secretarias estaduais e municipais de saúde.

A última campanha promovida pelo Governo Sarney, o “Dia Nacional de Combate ao Fumo”, buscou desvincular o hábito de fumar da prática de esporte, relação constante nas campanhas publicitárias das companhias tabagistas, que objetivavam atingir um público consumidor jovem. Para isso, a campanha contou com profissionais de várias modalidades esportivas como o pugilista Adilson

“Maguila”, do jogador de futebol Biro Biro, da jogadora de vôlei Ana Richa, do campeão brasileiro de saltos ornamentais Reginaldo Augusto de Oliveira Lima e de todos os integrantes da seleção olímpica de basquete. (PETROLLI, abr. 1989, p. 07)

Dos governos Collor (1990-1992) e Itamar (1993-1994), raros são as informações sobre as campanhas do Estado, e pouco foi produzido em termos de normas jurídicas sobre o assunto, o que nos sugere a manutenção do quadro anterior. Entretanto, houve algumas ações que devem ser destacadas. No período Collor, assumiu o MS o médico pediatra Alcení Guerra que, nas comemorações do “Dia Mundial sem Tabaco” de 1990, editou a Portaria n. 731, reeditada posteriormente pela Portaria n. 1.050, de 08 de agosto do mesmo ano, contemplando alguns pontos do projeto de lei apresentado pelo Deputado José Elias Murad (PTB-MG) em abril daquele ano. Através dessa medida ficou proibida a venda de cigarros para menores de 18 anos; fumar em instituições de saúde fosse elas públicas ou privadas; a publicidade de cigarros entre 06h00min e 21h00min horas nas emissoras de rádio e televisão.

No mesmo ano também foi marcado pela aprovação do Regimento Interno da Câmara dos Deputados em junho, que passou a proibir o fumo no plenário. Esta ação deveu-se à iniciativa do Deputado Federal José Elias Murad (PTB-MG), que desde sua chegada a Brasília em 1986, se lançou politicamente contra as drogas, principalmente o tabaco, conseguindo a aprovação do artigo 220 da Constituição brasileira em 1988. (GONÇALVES, 2005)

Em termos de resultados das campanhas antitabagistas no governo José Sarney, no que se refere à diminuição do número de fumantes ou cigarros fumados per capita, pouco pode dizer, uma vez que nesse período não encontramos pesquisas financiadas pelo Estado voltadas para esse fim. Muitos resultados divulgados na mídia eram fruto de pesquisas patrocinadas pela Associação Brasileira das Indústrias de Fumo - ABIFUMO e grupos ligados a empresas tabagistas, que vinculavam a diminuição do hábito de fumar a recessão econômica, subtraindo o poder de compra da população. Negava-se a eficácia das ações governamentais.

Os Estados que celebraram a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco demonstraram-se conscientes da necessidade do trabalho sobre controle do tabaco conduzido em conjunto, destacando a liderança da Organização Mundial de Saúde, bem como os esforços de outros organismos e entidades do sistema das Nações Unidas e de outras organizações intergovernamentais internacionais e regionais no estabelecimento de medidas de controle do tabaco. Além de destacar o trabalho do 3º setor no controle do tabagismo.

Por outro lado, a força da indústria não é descartada, as Partes reconhecem a necessidade de manter a vigilância ante qualquer tentativa da indústria do tabaco de minar ou desvirtuar as atividades de controle do tabaco, bem como a necessidade de manterem-se informadas sobre as atuações da indústria do tabaco que afetem negativamente as atividades de controle do tabaco.

As partes também identificaram a Convenção como sendo um tratado de proteção aos direitos humanos, fazendo as seguintes referências em seu preâmbulo:

- Recordando o Artigo 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966, pelo qual se declara que toda pessoa tem direito de gozar o mais elevado nível de saúde física e mental;
- Recordando ainda o preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, que afirma que o gozo do mais elevado nível de saúde que se possa alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política, condição econômica ou social;

Determinadas a promover medidas de controle do tabaco fundamentadas em considerações científicas, técnicas e econômicas atuais e pertinentes:

- Recordando que a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, adotada pela Assembleia Geral da ONU em 18 de dezembro de 1979, dispõe que os Estados Participantes daquela convenção devem tomar as medidas cabíveis

para eliminar a discriminação contra as mulheres na área da atenção médica;

- Recordando ademais que a Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral da ONU em 20 de novembro de 1989, dispõe que os Estados Participantes daquela convenção reconhecem o direito da criança de desfrutar o mais elevado nível possíveis de saúde.

Identifica-se, portanto, e esse é um grande avanço trazido pela Convenção, que o controle do tabagismo é tido como um meio de efetivação de direitos humanos, não só diretamente, pois o direito à saúde é incrementado, mas também indiretamente, como forma de política pública de saúde e, portanto, permitindo que os recursos escassos para efetivação de direitos sociais sejam distribuídos de uma forma melhor.

Como a Convenção em tela tem viés protetivo aos direitos humanos, há que se discutir se a não aplicação de tal Tratado no Brasil viola a Constituição Federal, tendo-se em vista os parágrafos 2º e 3º, do art. 5º da CF. No mínimo, no entanto, pode-se sustentar que ela trouxe uma nova conformação interpretativa à Lei Federal n. 9.294/96, impedindo que sua exegese resulte na possibilidade de criação de norma permissiva da existência dos conhecidos autódromos ou, em uma alternativa possível e que adiante será discutida, na constitucionalidade da norma de um Estado da Federação brasileira em que se restrinja o consumo do tabaco.

De início, a Convenção, objetivando dar maior clareza aos seus propósitos, traz alguns conceitos fundamentais para o controle do uso do tabaco. Esclarece, então, que para os fins da Convenção:

- a) "comércio ilícito" é qualquer prática ou conduta proibida por lei, relacionada à produção, envio, recepção, posse, distribuição, venda ou compra, incluída toda prática ou conduta destinada a facilitar essa atividade;
- b) "organização regional de integração econômica" é uma organização integrada por Estados soberanos, que transferiram àquela organização regional competência sobre uma diversidade de assuntos, inclusive a

faculdade de adotar decisões de natureza mandatória para seus membros em relação àqueles assuntos;

- c) "publicidade e promoção do tabaco" é qualquer forma de comunicação, recomendação ou ação comercial com o objetivo, efeito ou provável efeito de promover, direta ou indiretamente, um produto do tabaco ou o seu consumo;
- d) "controle do tabaco" é um conjunto de estratégias direcionadas à redução da oferta, da demanda e dos danos causados pelo tabaco, com o objetivo de melhorar a saúde da população, eliminando ou reduzindo o consumo e a exposição à fumaça de produtos de tabaco;
- e) "indústria do tabaco" é o conjunto de fabricantes, distribuidores atacadistas e importadores de produtos de tabaco;
- f) "produtos de tabaco" são todos aqueles total ou parcialmente preparados com a folha de tabaco como matéria-prima, destinados a serem fumados, sugados, mascarados ou aspirados;
- g) "patrocínio do tabaco" é qualquer forma de contribuição a qualquer evento, atividade ou indivíduo com o objetivo, efeito ou possível efeito de promover, direta ou indiretamente, um produto do tabaco ou o seu consumo.

Nesse passo, a Convenção estabelece conteúdos de expressões para auxiliar em sua interpretação, também trazendo a sua relação com outros acordos e instrumentos jurídicos, ressaltando que, para melhor proteger a saúde humana, as partes são estimuladas a programar medidas que vão além das requeridas pela presente Convenção e de seus protocolos, e que nada naqueles instrumentos impedirá que uma parte imponha exigências mais rígidas, compatíveis com suas disposições internas e em conformidade com o Direito Internacional. A permissão para a criação de maiores obstáculos para o uso do tabaco demonstra que a Convenção traz regras mínimas de proteção e controle do uso do tabaco.

A partir do art. 4º, a Convenção elenca os seus princípios básicos e deles se consegue constatar a importância da informação levada ao consumidor. Diz-se que toda pessoa deve ser informada sobre as consequências sanitárias, a natureza aditiva e a ameaça mortal imposta pelo consumo e a exposição à fumaça do tabaco.

Medidas legislativas, executivas, administrativas e outras medidas efetivas serão implementadas pelos órgãos governamentais competentes para proteger toda pessoa da exposição à fumaça do tabaco. A cooperação em todos os níveis é tratada como princípio, ressaltando-se a ideia do trabalho em rede, demonstrando-se:

- a) a necessidade de tomar medidas para proteger toda pessoa da exposição à fumaça do tabaco;
- b) a necessidade de tomar medidas para prevenir a iniciação, promover e apoiar a cessação e alcançar a redução do consumo de tabaco em qualquer de suas formas;
- c) a necessidade de adotar medidas para promover a participação de pessoas e comunidades indígenas na elaboração, implementação e avaliação de programas de controle do tabaco que sejam social e culturalmente apropriados as suas necessidades e perspectivas;
- d) a necessidade de tomar medidas, na elaboração das estratégias de controle do tabaco, que tenham em conta aspectos específicos de gênero.

Uma parte importante da Convenção é a cooperação internacional, especialmente no que tange à transferência de tecnologia, conhecimento e assistência financeira, bem como à prestação de assessoria especializada com o objetivo de estabelecer e aplicar programas eficazes de controle do tabaco, tomando em conta os fatores culturais, sociais, econômicos, políticos e jurídicos locais, dando especial espaço para a discussão da responsabilidade e havendo claro destaque para a importância da participação da sociedade civil para atingir o objetivo da Convenção e de seus protocolos.

A Convenção, em seu art. 5º, traz obrigações gerais das partes, envolvendo ações internas a serem tomadas para a implementação da Convenção.

Havendo um claro foco nas políticas públicas de saúde, determinando que as Partes, ao estabelecerem e programarem suas políticas de saúde pública relativas ao controle do tabaco agirá para proteger essas políticas contra os interesses

comerciais ou outros interesses ligados à indústria do tabaco, em conformidade com a legislação nacional e ressaltando sua preocupação com o poder econômico das empresas de tabaco.

Há também especial atenção para a implementação de medidas relacionadas a preços e impostos para reduzir a demanda de tabaco, especialmente visando à proteção dos jovens, para que eles reduzam o consumo de tabaco, juntamente com medidas não relacionadas a preços para reduzir a demanda de tabaco, tais como sensibilização e restrição de acesso, além de outras.

Destacando-se, além disso, a proteção contra a exposição à fumaça do tabaco, pois, como se depreende do art. 8º da Convenção, houve reconhecimento de que a ciência demonstrou de maneira inequívoca que a exposição à fumaça do tabaco causa morte, doença e incapacidade. Deixando, em tal dispositivo, bastante evidente que cada Parte adotará e aplicará, em áreas de sua jurisdição nacional existente, e conforme determine a legislação nacional, medidas legislativas, executivas, administrativas e/ou outras medidas eficazes de proteção contra a exposição à fumaça do tabaco em locais fechados de trabalho, meios de transporte público, lugares públicos fechados e, se for o caso, outros lugares públicos, e promoverá ativamente a adoção e aplicação dessas medidas em outros níveis jurisdicionais.

A Convenção adentra a necessidade de regulamentação da divulgação das informações sobre os produtos de tabaco, sendo incisiva em face da publicidade, para demonstrar que deve haver controle dela e informação sobre o produto.

Estabelecendo que, no mínimo, e segundo sua Constituição ou seus princípios jurídicos fundamentais, cada Parte se compromete a:

- a) proibir toda forma de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco, que promova um produto de tabaco por qualquer meio, que seja falso, equivocado ou enganoso ou que possa induzir ao erro, a respeito de suas características, efeitos para a saúde, riscos e emissões;
- b) exigir que toda publicidade de tabaco, e quando aplicável, sua promoção e seu patrocínio, venham acompanhados de advertência ou mensagem sanitária ou de outro tipo de mensagem pertinente;

- c) restringir o uso de incentivos diretos ou indiretos, que fomentem a compra de produtos de tabaco pela população;
- d) exigir, caso não se tenha adotado a proibição total, a divulgação para as autoridades governamentais competentes, de todos os gastos da indústria do tabaco em atividades de publicidade, promoção e patrocínios, ainda não proibidos. Essas autoridades poderão divulgar aquelas cifras, de acordo com a legislação nacional, ao público e à Conferência das Partes, de acordo com o artigo 21;
- e) proceder, em um prazo de cinco anos, a proibição total ou, se a Parte não puder impor a proibição total em razão de sua Constituição ou de seus princípios constitucionais, à restrição da publicidade, da promoção e do patrocínio do tabaco no rádio, televisão, meios impressos e, quando aplicável, em outros meios, como a Internet;
- f) proibir, ou no caso de uma parte que não possa fazê-lo em razão de sua Constituição ou de seus princípios constitucionais, restringir o patrocínio do tabaco a eventos e atividades internacionais e/ou a seus participantes.

Evidencia, ainda, que as partes que tenham proibido determinadas formas de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco terão o direito soberano de proibir as formas de publicidade, promoção e patrocínio de além-fronteiras de produtos de tabaco que entrem em seus respectivos territórios, bem como aplicar as mesmas penalidades previstas para a publicidade, promoção e patrocínio que se originem em seus próprios territórios, em conformidade com a legislação nacional. Nesse ponto, o objetivo é coibir a publicidade em eventos esportivos que são transmitidos de e para várias partes do planeta.

Além disso, preocupa-se com a dependência trazida pelo consumo do tabaco, determinando que cada Parte elabore e divulgará diretrizes apropriadas, completas e integradas, fundamentadas em provas científicas e nas melhores práticas, tendo em conta as circunstâncias e prioridades nacionais, e adotará medidas eficazes para promover o abandono do consumo do tabaco, bem como o tratamento adequado à dependência do tabaco. Incitando cada um a:

- a) criar e aplicar programas eficazes de promoção do abandono do consumo do tabaco como as instituições de ensino, as unidades de saúde, locais de trabalho e ambientes esportivos;
- b) incluir o diagnóstico e o tratamento da dependência do tabaco, e serviços de aconselhamento para o abandono do tabaco em programas, planos e estratégias nacionais de saúde e educação, com a participação, conforme apropriado, de profissionais da área da saúde, agentes comunitários e assistentes sociais;
- c) estabelecer nos centros de saúde e de reabilitação, programas de diagnóstico, aconselhamento, prevenção e tratamento da dependência do tabaco; e
- d) colaborar com outras Partes para facilitar a acessibilidade e exequibilidade dos tratamentos de dependência do tabaco, incluídos produtos farmacêuticos, em conformidade com o artigo 22. Esses produtos e seus componentes podem incluir medicamentos, produtos usados para administrar medicamentos ou para diagnósticos, quando apropriado.

O comércio ilícito de produtos de tabaco aparece como foco da Convenção, devendo as partes combatê-lo e extingui-lo, pois, sem controle, o produto pode ser muito mais danoso à saúde, havendo clara preocupação com a venda de tabaco a menores, que são tidos como não detentores de capacidade para decidir.

Deve, no entanto, haver apoio a atividades alternativas economicamente viáveis, para que não haja desamparo àqueles que porventura se valem dele para subsistência.

A vinculação entre proteção ao meio ambiente e à saúde também fica clara na Convenção que, explana sobre a proteção ambiental. Permeia todo o Tratado Internacional a necessidade de cooperação, trazendo também aspectos sobre a responsabilidade civil pelo uso do tabaco.

Logo, a preocupação mundial com o uso do tabaco, que é identificada como uma grave questão de política pública de saúde é demonstrada pelo texto da Convenção, ao explicitar que a propagação da epidemia do tabagismo é um

problema mundial com sérias consequências para a saúde pública, que exige a mais ampla cooperação internacional possível e a participação de todos os países em uma resposta internacional eficaz, apropriada e integral.

A celebração da Convenção, no contexto global, é motivada pelo aumento do consumo e da produção mundial de cigarros e outros produtos de tabaco, identificados pela Organização Mundial da Saúde, particularmente, nos países em desenvolvimento, assim como o ônus que se impõe às famílias, aos pobres e aos sistemas nacionais de saúde, o que denota a atenção das Partes contratantes com a fuga de recursos familiares para um produto que causa diminuição da saúde.

A Convenção reconhece formalmente que o tabaco causa danos à saúde, evidenciando, em seu texto, que a ciência demonstrou de maneira inequívoca que o consumo e a exposição à fumaça do tabaco são causas de mortalidade, morbidade e incapacidade e, também, que as doenças relacionadas ao tabaco não se revelam imediatamente após o início da exposição à fumaça do tabaco e ao consumo de qualquer produto dele derivado.

O mundo desenvolvido de há muito enfrenta o tabagismo passivo, definido como a inalação da fumaça de derivados do tabaco por indivíduos não fumantes, que convivem com fumantes em ambientes fechados.

É denominada de Poluição Tabagista Ambiental - PTA e, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, é a maior em ambientes fechados e o tabagismo passivo, a 3ª maior causa de morte evitável no mundo, subsequente ao tabagismo ativo e ao consumo excessivo de álcool. (IARC, 1987; Surgeon General, 1986; Glantz, 1995)

O ar poluído contém, em média, três vezes mais nicotina, três vezes mais monóxido de carbono, e até cinquenta vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça que entra pela boca do fumante depois de passar pelo filtro do cigarro. Os dois componentes principais da PTA são a fumaça exalada pelo fumante (corrente primária) e a fumaça que sai da ponta do cigarro (corrente secundária), sendo esta o principal componente, pois é formada continuamente, em 96% do tempo total da queima dos derivados do tabaco.

A absorção da fumaça do cigarro por aqueles que convivem em ambientes fechados com fumantes, causa um risco 30% maior de câncer do pulmão e 24% maior de infarto do coração do que o não fumantes que não se expõem.

Seguidamente foi editado o Decreto-lei n. 5.402, de 01 de maio de 1943 na era Vargas, aprovando a CLT - Consolidação das Leis do Trabalho, dispondo em seu art. 28: “São deveres dos estivedores: não andar armado, não fumar no recinto do trabalho nem fazer uso de álcool durante o serviço”. Somente em 1971, o Conselho Federal de Medicina, pela Resolução n. 440, de 11 de junho de 1971, preocupou-se com o assunto. Considerando o efeito do fumo no desenvolvimento de doenças pulmonares e cardíacas, passou a não admitir o uso do fumo durante as reuniões da Diretoria, Pleno e Comissão do Conselho.

Em 1977, a Lei n. 6.437, secundada pela Portaria n. 490, de 25 de agosto de 1988, obrigou as empresas de tabaco a inserirem nos maços de cigarros a frase: “O Ministério da Saúde adverte: Fumar é prejudicial à saúde.” Merece menção a Lei n. 6.514, de 22 de dezembro de 1977 – Segurança e Medicina do Trabalho – determina que as empresas criem o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO e o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, duas importantes exigências para a prevenção do tabagismo como fator de risco.

Relevante a Lei n. 6.437/77 - Código Sanitário -, que configura o tabagismo como infração à legislação sanitária federal, estabelece as sanções e dá outras providências. Em 11 de junho de 1986, a Lei n. 7.488 instituiu o “Dia Nacional de Combate ao Fumo” (instrumento educativo apenas).

Diz a Lei n. 9.294/96, expressamente em seus artigos 2º:

Art. 2º. É proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto famífero, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público (salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente).

§ 1º Incluem-se nas disposições deste artigo as repartições públicas, os hospitais, os postos de saúde, as salas de aulas, as bibliotecas, os recintos de trabalho coletivo e as salas de teatro e cinema.

§ 2º é vedado o uso dos produtos mencionado no caput nas aeronaves e veículos de transporte coletivo, salvo quando transcorrida uma hora de viagem e houver nos referidos meios de transporte parte especialmente referidos meios de transporte parte especialmente reservada aos fumantes.

Invariavelmente entra em discussão a possibilidade de violação da soberania do Estado quando se levanta a hipótese de prevalência do tratado sobre a Constituição. Mas, deve-se ter presente que o Direito Internacional tem como principal característica o consentimento, ou seja, nenhum país se vincula, em tese, a um tratado se assim não desejar. Além disso, especificamente no que diz respeito aos direitos fundamentais, a sua internacionalização pode evitar exageros totalitários ou pressões econômicas internas. Realmente, a internacionalização da proteção dos direitos fundamentais traz benefícios incomensuráveis aos indivíduos, criando mais uma fonte de proteção contra atos ou, como no presente caso, omissões do Estado.

Importante posição foi tomada recentemente, como explicitada pelo STF no tocante à hierarquia de tratados internacionais de direitos humanos. No entanto, é importante dizer que, mesmo que se entenda a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco com hierarquia de lei federal, ou seja, como não sendo um tratado de direitos humanos, ele teria trazido uma disposição diferente da Lei Federal 9.294/96, ao reconhecer que a exposição à fumaça do cigarro é danosa à saúde. Logo, tendo-se em vista que a proteção à saúde é imperativo constitucional, a Lei Federal que, em tese, permite a existência dos fumódromos, torna-se inconstitucional, pois é contrária aos dispositivos da Convenção, que condena a exposição à poluição tabágica ambiental.

1.2 CONCEITO DO TABAGISMO

A partir das Grandes Navegações, após a chegada dos europeus às Américas, o tabaco foi levado para várias partes do mundo. Seu uso, muitas vezes apropriado pela medicina, não ficou livre de críticas, geralmente de cunho moral. O uso do fumo teve sua origem nas Américas Central e do Sul, sendo cultivado a partir do século IX. Nas tribos indígenas, particularmente nas da América do Sul, o fumo era, e ainda é usado em rituais religiosos como forma de obtenção de experiências transcendentais. (Boeira, 2002, p. 40)

O tabagismo é um comportamento que foi socialmente tolerado e até exaltado durante muito tempo. Hoje em dia, o tabaco é um problema de saúde pública que atinge milhares de pessoas em todo o mundo.

O artigo 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966, pelo qual se declara que toda pessoa tem direito de gozar o mais elevado nível de saúde física e mental.

O Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde afirma que o gozo do mais elevado nível de saúde que se possa alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política, condição econômica ou social.

O tabagismo é uma das principais causas de morte prematura em todo o mundo, além de ser uma das dependências de mais difícil tratamento. Apresentam-se, no decorrer do texto, resultados de algumas das mais importantes pesquisas realizadas na Europa e nos Estados Unidos acerca do assunto. Os resultados indicam que, apesar de a entrevista motivacional breve apresentar bons resultados no tratamento de comportamentos aditivos, quando comparada a outras modalidades de intervenção, esse sucesso não parece se estender aos resultados encontrados no tratamento do tabagismo.

O cigarro esteve por décadas impregnado à cultura, visto como charme, virilidade dos homens, inteligência através dos escritores e admiração pelos cantores, por isso, até hoje, ainda é difícil para muitos associá-lo a uma droga.

A partir das propagandas citadas e analisadas evidencia-se que o cigarro sempre esteve relacionado à virilidade dos homens, a sedução das mulheres, a inteligência e ao estilo de vida através dos formadores de opinião, profissionais e artistas admirados em geral.

O cigarro também utiliza esportes radicais, jovens bonitos e saudáveis, ambientes de luxo mostrando elegância a quem fuma e integração a um grupo social, aos jovens, independência financeira e social da mulher e diversão e juventude a quem fuma.

O tabagismo se desenvolve a partir da dependência química à nicotina, ela é uma das substâncias tóxicas presentes na fumaça do cigarro, mas que se encontra também em outras formas de uso do tabaco, como charuto, cachimbo, rapé, narguilé e cigarro eletrônico. Existem diversos fatores que levam o indivíduo, geralmente jovem, a iniciar-se no consumo de tabaco e, em pouco tempo de experimentação vir a tornar-se dependente da nicotina. Há fatores genéticos, ambientais, familiares, comportamentais e emocionais, que em grau maior ou menor influenciam a pessoa a experimentar o tabaco, emantes dependente da nicotina. Em 90% dos casos, o fumante começa na adolescência (antes dos 20 anos de idade), contudo podem ocorrer em qualquer faixa etária, desde que haja vulnerabilidade, fatores genéticos e socioambientais que induzam dependência química à poderosa nicotina.

Fatores relacionados com a Dependência à Nicotina Genética: metabolizadores rápidos e lentos da nicotina. Condicionamentos: associações comportamentais, automatismo. Psicológicos: ansiedade, depressão, tipo de personalidade. Assertividade e autoestimas Socioambientais: influência dos ambientes que frequenta/trabalha. Cultural: influência do grupo, líderes, ídolos. Aspectos físicos: comportamentais e emocionais da dependência. Gatilhos mais frequentes: estresse consome de álcool. Medo do ganho de peso. Manejo da fissura/craving.

O tabagismo é um gravíssimo problema de saúde pública, com sólidas evidências científicas de ser a principal causa evitável de 55 doenças relacionadas ao tabaco, as quais estão entre as primeiras causas de morte no mundo. É fundamental a prevenção entre as crianças e os adolescentes, pois o tabagismo se comporta como doença pediátrica, iniciando em 90% dos casos, antes dos 20 anos; Todo médico deve registrar o tabagismo como sinal vital nos prontuários, assim como anotar o CID F 17, nos boletins de atendimento e nos atestados de óbito.

Todo paciente fumante deve ser abordado e encorajado a parar de fumar, por seu médico ou outro membro da equipe de saúde, em cada consulta, intervenção ou procedimento de saúde. Parar de fumar é um direito do paciente. Reforçar aos pacientes abstinentes que sigam as orientações e o protocolo de tratamento, incluindo as sessões de manutenção e consultas médicas subseqüentes, pois isto é fundamental para evitar os lapsos e prevenir as frequentes recaídas.

No tabaco e na fumaça que dele se desprende, podem ser identificadas cerca de 4.700 substâncias tóxicas. Dentre estas, 60 apresentam ação carcinogênica conhecida. O fato de o cigarro brasileiro ser o sexto mais barato do mundo e a facilidade de acesso físico aos produtos, provavelmente facilitam a experimentação e a iniciação entre crianças e adolescentes, o amplo mercado ilegal de cigarros, que hoje responde por aproximadamente 35% do consumo nacional de cigarros, insere no mercado brasileiro cigarros ainda mais baratos que os legais e assim abrem o acesso, potencializando a iniciação de jovens brasileiros no tabagismo. (BRASIL, 2003)

Apesar de a legislação brasileira para controle do tabaco ser uma das mais incisivas do mundo, essas companhias constantemente a desafiam, reagindo às restrições que às leis impõem à promoção, à venda e ao consumo de seus produtos. Apesar de a legislação brasileira para controle do tabaco ser uma das mais incisivas do mundo, essas companhias constantemente a desafiam, reagindo às restrições que às leis impõem à promoção, à venda e ao consumo de seus produtos.

Embora considerado uma riqueza nacional por sua elevada participação na renda pública, em termos de tributo, o fumo, em contrapartida, contribui, poderosamente, para a existência de grandes males, responsável que é por gastos

incalculáveis com consultas médicas, internações hospitalares, ausências ao trabalho, pensões por invalidez e morte, conforme pesquisas exaustivamente comprovada. (Discurso Dep. Ítalo Conti, 1981)

Diante das pesquisas da Organização Mundial da Saúde, considera-se o tabagismo como pandemia, pois atualmente morrem, no mundo, cerca de cinco milhões de pessoas por ano em decorrência das doenças provocadas pelo tabaco, correspondendo a, aproximadamente, seis mortes por segundo. Desse total de mortes, quatro milhões são pessoas do sexo masculino. Nos países semiperiféricos, entre outras causas de doenças evitáveis de morte como cocaína, heroína, álcool, incêndios, suicídios e AIDS, o cigarro é o que mata mais.

Ressalta-se que não há necessidade de se aprofundar o estudo com intuito de conhecer as consequências nocivas para o organismo humano, pois qualquer pessoa, principalmente o fumante, tem acesso às advertências acerca dos riscos do cigarro no próprio maço, muitas vezes reforçadas por imagens e dizeres como: Substâncias tóxicas, Letalidade do câncer do pulmão, Malefícios para o feto, Fumo passivo, Acidente vascular cerebral, Mutilação, Dependência, Doenças Cardiovasculares, Impotência, Envelhecimento precoce entre outras.

O tabagismo é o ato de se consumir cigarros ou derivados do tabaco, ocorre entre as pessoas de ambos os sexos e de todas as idades e é considerado um grande problema de saúde pública mundial, sendo classificado como uma doença crônica causando danos tanto à saúde de quem fuma, como também aos não fumantes. (INCA, 2007)

O Ministério da Saúde disponibiliza os medicamentos para o tratamento do tabagismo na Rede do SUS: Terapia de Reposição de Nicotina, através do adesivo transdérmico, goma de mascar e pastilha, e o Cloridrato de Bupropiona. (BRASIL, 2015)

O tabagismo é também uma das principais causas de mortalidade precoce por doenças isquêmicas do coração, doença cérebro-vascular e doença pulmonar

obstrutiva crônica. Com o câncer, as doenças isquêmicas e respiratórias são as principais causas de mortalidade no Brasil.

Além dos danos à saúde pública, a produção e o consumo de produtos do tabaco geram importantes impactos socioambientais pouco conhecidos pela população, como o uso de lenha para aquecer as estufas que secam as folhas de tabaco que serão utilizadas na fabricação de cigarros, o que leva ao desmatamento e ao desequilíbrio da biodiversidade em tempos de severas mudanças climáticas.

No Ministério da Saúde, em Brasília, a equipe da Coordenação de Atenção à Saúde do Servidor – CAS lançou em 2007 o Programa de Controle do Tabagismo utilizando basicamente a metodologia do INCA/MS, obedecendo à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco - CQCT que é o 1º Tratado Internacional de Saúde Pública, em vigor desde 2005. Este órgão mantém o programa em nível nacional, mas com algumas adaptações em relação ao número de especialistas participantes do tratamento, reverberando numa abordagem cognitivo-comportamental mais completa. O programa oferece orientação, tratamento, acompanhamento e apoio aos trabalhadores que desejam parar de fumar, sob a coordenação de uma equipe multiprofissional de saúde.

O trabalhador tem acesso ao programa, por intermédio de inscrições e entrevista que são divulgadas por meio da rede de computadores interna (intranet), cartazes colocados em todos os setores do órgão e indicação de participantes de grupos anteriores.

Para o INCA, o conceito de tabagismo está relacionado ao rol de doenças identificadas na Classificação Internacional de Doenças – CID, conforme descrição:

O tabagismo integra o grupo dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa na Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 1997) e é a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo. (BRASIL, 2015)

As defesas do organismo são diminuídas com o uso do tabaco e em consequência disso, o fumante tende a aumentar a incidência de adquirir outras doenças como: a gripe, tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrintestinal, podendo também lhe causar: impotência sexual, infertilidade em mulheres e homens, complicações na gravidez, aneurismas arteriais, osteoporose, catarata, entre outras doenças. (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2013)

O tabagismo passivo pode agravar sintomas respiratórios e desencadear crise asmática e, em longo prazo, elevar o risco de câncer de pulmão, doenças respiratórias (especialmente asma), doenças cardíacas e acidente vascular cerebral. Apesar das drásticas consequências do consumo de tabaco, o sistema de saúde e os médicos muitas vezes negligenciam-nos. Já se sabe que até mesmo pequenas intervenções podem ser eficazes para abandono do hábito de fumar, mas a muitos médicos falta conhecimento sobre um modo de identificar fumantes rápida e facilmente, e sobre os tratamentos eficazes e disponíveis e sua realização.

O tabagista é mais ansioso e depressivo, além de apresentar história de uso abusivo de álcool ou outras drogas e de doenças psiquiátricas. Uma adequada avaliação psiquiátrica, com controle e tratamento dos sintomas antes do início da cessação tabágica, é recomendada, visto que a falta de nicotina pode causar agravamento e surgimento de doenças psiquiátricas.

Vale salientar que a Convenção-Quadro pode ser definida como uma espécie de tratado internacional, em que os países edificam e se organizam sobre uma engrenagem normativa em relação a determinado tema comum a todos e que cria obrigações e direitos para os signatários. Seu processo de negociação foi desenvolvido por mais de quatro anos, devido às dificuldades encontradas para se discutir um problema global com peculiaridades locais. Deram-se assim, por meio dessa Convenção, o exercício e a concretização da diplomacia, em especial no âmbito da saúde, pois foi sopesada uma série de fatores e singularidades de cada Estado-nação para a formação de uma legislação global sobre o tabaco que pudesse vincular todos os signatários.

Os apontamentos para o ato de fumar enquanto fator social se manifesta pela citação de expressões como “cultura”, “sociedade”, “relacionamento”, “grupos

sociais”, “camadas da sociedade”, “populares”, “ambientes sociais”, “história”, etc. A seguinte citação ganha destaque por apontar enunciações sobre a vida social do tabagismo:

Fumar é um ato complexo e traz consigo um ritual que envolve vários sentidos, além de aspectos sociais, culturais e comportamentais. Fumantes descrevem desde o prazer de sentir um cigarro entre os dentes, até o sabor e aspectos visuais associados ao consumo do produto. Além disso, especialmente em ambientes sociais, o ato de fumar envolve uma ‘sensação de compartilhamento’ com outros fumantes. [grifos do autor] (SOUZA CRUZ, 2011)

Se primariamente essa identidade é marcada pelo ato de consumir derivados de tabaco, a alteridade é marcada pelo não consumo. Neste aspecto, a SC se posiciona como ponto de convergência entre ambos os grupos e explora a zona natural de conflito entre os jogos interesses: “A Souza Cruz tem trabalhado no desenvolvimento de programas que visam acomodar os interesses de fumantes e não-fumantes”. Os grupos detêm interesses, muitas vezes, divergentes e em processo de disputa de espaço, mas as particularidades devem ser levadas em consideração para a construção de uma sociedade “justa” e sem privilégios, como enunciação do senso comum – aquilo que é socialmente acordado.

2 AS LEIS QUE PROTEGEM

2.1 A PROTEÇÃO SOBRE O CONSUMIDOR

Nas entrevistas sobre a proteção do consumidor, feitas por telefone, o jurista e professor Joaquim Falcão, Diretor da Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas e ex-Conselheiro do Conselho Nacional de Justiça - CNJ aborda os problemas estruturais que marcam a atuação das agências reguladoras, do excesso de judicialização dos conflitos de consumo e da necessidade de mobilizar a opinião pública para influenciar de modo mais efetivo a regulação e o comportamento das empresas fornecedoras de produtos e serviços.

As agências têm por finalidade garantir a prestação de um serviço ao cidadão, ao consumidor. Mas, existem interesses públicos e do consumidor que vão além de um mero equilíbrio setorial ou de uma concorrência legal.

Em seu campo de atuação, as agências têm poder para legislar, normatizar, fiscalizar e executar políticas necessárias ao desenvolvimento desse setor. E elas cresceram no Brasil desempenhando bem o seu poder, mas não resolvem os conflitos entre os meios e os fins, ou seja, o consumidor e todas as entidades que ela regula. É como se faltasse – e ela deveria existir – uma função de resolução de conflitos, uma função de “pré-judiciário”, ou talvez de uma justiça pré-administrativa, que trabalhasse com a conciliação e a mediação de conflitos, porque isso faz parte da sua função. Elas criam os problemas e quem tem de resolver isso é o Poder Judiciário. As agências reguladoras estão terceirizando os custos do conflito que elas próprias geraram.

É uma situação em que todos os lados perdem: a empresa, o consumidor e o judiciário. É preciso criar, cada vez mais, mecanismos de prevenção e resolução de conflitos antes que estes sejam levados à Justiça e se transformem em processo. Nesse sentido, as agências reguladoras deveriam ter uma atuação mais efetiva, com o objetivo de criar nas empresas setores de conciliação e mediação de conflitos.

Mais ainda, deveriam criar canais por meio dos quais o consumidor pudesse requerer a intervenção das agências antes de recorrer aos tribunais. Outra medida importante seria fortalecer os PROCON, dando a eles também capacidade para atender um número maior de demandas.

A liberdade de fumar se contrapõe ao direito à integridade física e à vida daqueles que não fumam.

A união entre a opinião pública e a mídia exerce um poder muito mais forte que uma audiência pública. A divulgação que os meios de comunicação fazem da insatisfação dos consumidores, os rankings de empresas mais reclamadas, os baixos índices de resolução de reclamações, o uso de sites para divulgar más práticas de consumo, tudo isso, somado à pressão da própria opinião pública, tem maior impacto e efetividade nas decisões tomadas pelas agências e no comportamento das empresas.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 dá sustentação a essa limitação. Os princípios nela identificados (e vale lembrar que tanto a liberdade de fumar quanto o direito à integridade física e à vida são princípios) devem ser entendidos como se vivessem constantemente em colisão, tendo que ser harmonizados continuamente através da ponderação.

Como o caso envolve limitação de direitos, há que se identificar a limitação que se quer impor, ou seja, a impossibilidade de fumar em locais fechados coletivos, públicos ou privados, é ou não constitucional.

2.2 DIREITO DO CONSUMIDOR

O Direito do Consumidor é um ramo da dogmática. Sua apresentação, especialmente no Brasil, será feita com autores como Claudia Lima Marques e do ministro Benjamin. Por outro lado, a ideia de sociedade de consumo, a colonização das corporações e os problemas das identidades culturais vão ao encontro das pesquisas de Kaul, Grunberg e Stern. Por fim, a ideia de massificação de produtos e

serviços e os conflitos emergentes que surgem dessa realidade em uma sociedade pós-moderna são temas que exigem a consulta a Baudrillard, Lipowetsky, Erik Jayme - com eles será possível desenvolver a temática atual e procurar fazer a unificação da parte teórica com a dogmática do Direito do Consumidor.

São Direitos Básicos do Consumidor:

- A informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços; especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço; bem como sobre os riscos que apresentem; asseguradas à liberdade de escolha e a igualdade nas contratações (Lei n. 12.741/2012);
- A privacidade e a segurança das informações e dados pessoais prestados ou coletados, por qualquer meio, inclusive o eletrônico, assim como o acesso gratuito ao consumidor a estes e suas fontes (Art. 6º do CDC, na proposta de atualização – PL 281);
- A liberdade de escolha, em especial frente a novas tecnologias e redes de dados, sendo vedada qualquer forma de discriminação e assédio de consumo;
- A informação ambiental veraz e útil, observados os requisitos da Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei n. 12.305/2010) (NR);
- O fornecedor do produto ou serviço é solidariamente responsável pelos atos de seus prepostos ou representantes autônomos. (Art. 34, da Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990.)

Conforme Judith Martins-Costa:

Entre esses outros fatores estão o hoje alargado conceito de dano indenizável e a valorização jurídica do 'contato social' decorrendo, ainda, da incidência de princípios e diretrizes constitucionais, de

modo muito especial o princípio da dignidade da pessoa humana e a diretriz da solidariedade social.

Relativamente à alegação de inexistência de ato ilícito, cabe esclarecer que a conduta contrária ao princípio da boa-fé objetiva é o ato ilícito, que fundamenta o dever de indenizar na hipótese.

Por fim, resta analisar a insurgência relativa aos juros de mora. Para tanto, é necessário definir a responsabilidade civil por ruptura de tratativas deriva de ilícito contratual (relativo) ou extracontratual (absoluto). A efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos, então vejamos:

APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. EFICÁCIA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS NAS RELAÇÕES PRIVADAS. CONCENTRE SCORING. ART. 43 DO D.C. OBRIGAÇÃO DE FAZER DIREITO À INFORMAÇÃO. Necessidade de exibição, ao consumidor, das informações e dados reunidos a seu respeito pela demandada, bem como da pontuação que lhe é conferida em razão do seu comportamento no mercado de consumo. Comunicação ao consumidor acerca da abertura do cadastro necessidade de dano moral ausência de demonstração apelo provido em parte por maioria. (TJRS. Ap. Cível n. 70053497335. Rel. p/ acórdão Des. Antônio Corrêa Palmeiro da Fontoura. J. 25/04/2013.)

2.3 PROPAGANDA DO CIGARRO

A relevância da propaganda institucional das empresas socialmente responsáveis está focada na ética e na atuação sobre conservação do meio ambiente, da saúde pública, do bem-estar da população e da prevenção de doenças. As empresas fabricantes de cigarros reconhecem e tem consciência de que a nicotina gera dependência orgânica e dirigem o foco da publicidade principalmente para os jovens, pois as pesquisas revelam que se uma pessoa não começar o uso do cigarro quando jovem ou adolescência terá futuramente pouca chance de se tornar um fumante na vida adulta.

A lei estabelece, em todo o país, a implementação de regras sobre a comercialização, a publicidade e o consumo de cigarros, foi à assinatura da Convenção-Quadro para o

Controle do Tabaco (CQCT), um acordo internacional que estabelece compromissos de criação de políticas de controle do tabaco e cooperação entre governos.

Art.3º A propaganda comercial dos produtos referidos no artigo anterior somente será permitida nas emissoras de rádio e televisão no horário compreendido entre os vinte e uma e às seis horas. § 1º a propaganda comercial dos produtos referidos neste artigo deverá ajustar-se aos seguintes princípios:

I - não sugerir o consumo exagerado ou irresponsável, nem a indução ao bem-estar ou saúde, ou fazer associação a celebrações cívicas ou religiosas;

II - não induzir as pessoas ao consumo, atribuindo aos produtos propriedades calmantes ou estimulantes, que reduzam a fadiga ou a tensão, ou qualquer efeito similar;

III- não associar ideias ou imagem de maior êxito na sexualidade das pessoas, insinuando o aumento da virilidade de pessoas fumantes;

§ 2º A propaganda conterá, nos meios de comunicação e em função de suas características, advertência escrita e/ou falada sobre os malefícios do fumo, através das seguintes frases, usadas sequencialmente de forma simultânea ou rotativa, nesta última hipótese devendo variar no máximo a cada cinco meses, todas precedidas da afirmação.

O Ministério da saúde adverte:

I – fumar pode causar doenças do coração e derrame cerebral;

II – fumar pode causar câncer do pulmão, bronquite crônica e enfisema pulmonar;

III – fumar durante a gravidez pode prejudicar o bebê;

IV – quem fuma adoece mais de úlcera de estômago;

V – evite fumar na presença de crianças;

VI – fumar provoca diversos males à sua saúde;

§ 3º- As embalagens, exceto se destinada à exportação, os pôsteres, painéis ou cartazes, jornais e revistas que façam difusão ou propaganda dos produtos referidos no art. 2º conterão a advertência mencionada no parágrafo anterior.

§ 4º Nas embalagens, as cláusulas de advertência a que se refere o § 2º deste artigo serão sequencialmente usadas, de forma simultânea ou rotativa, nesta última hipótese devendo variar no máximo a cada cinco meses, inseridas, de forma legível e ostensivamente destacada, em uma das laterais dos maços, carteiras ou pacotes que sejam habitualmente comercializados diretamente ao consumidor.

§5º Nos pôsteres, painéis cartazes, jornais e revistas, as cláusulas de advertência a que se refere o § 2º deste artigo serão sequencialmente usadas, de forma simultânea ou rotativa, nesta última hipótese variando no máximo a cada cinco meses, devendo ser escritas de forma legível e ostensiva.

Art. 6º É vedada a utilização de trajes esportivos, relativamente a esportes olímpicos, para veicular a propaganda dos produtos de que trata esta lei.

Art. 9º Aplicam-se aos infratores desta lei, sem prejuízo de outras penalidades prevista na legislação em vigor, especialmente no Código de Defesa do Consumidor, as seguintes sanções:

I – advertência;

II – suspensão, no veículo de divulgação da publicidade, de qualquer, outra propaganda do produto, por prazo de até trinta dias;

III – obrigatoriedade de veiculação de retificação ou esclarecimento para compensar propaganda distorcida ou de má fé;

IV – apreensão do produto;

Em complementação à Lei n. 9.294/96, acompanha-se a evolução no enfrentamento aos malefícios do fumo, observando-se dentre outras leis, a Resolução RDC n. 335, de 21 de novembro de 2003, que determinou que as advertências passassem a constar dessa forma:

Art. 2º Para os produtos fumiguetos derivados do tabaco, as advertências abaixo transcritas serão usadas de forma simultânea ou sequencialmente rotativa, nesta última hipótese devendo variar no máximo a cada cinco meses, de forma legível e ostensivamente destacada, e serão acompanhadas por imagens, todas precedidas da afirmação "O Ministério da Saúde Adverte":

1. Esta necrose foi causada pelo consumo do tabaco.

2. Fumar causa impotência sexual.

3. Crianças que convivem com fumantes têm mais asma, pneumonia, sinusite e alergia.

4. Ele é uma vítima do tabaco. Fumar causa doença vascular que pode levar a amputação.

5. Fumar causa aborto espontâneo.

6. Ao fumar você inala arsênico e naftalina, também usados contra ratos e baratas.

7. Fumar causa câncer de laringe.

8. Fumar causa câncer de boca e perda dos dentes.

9. Fumar causa câncer de pulmão.

10. Em gestantes, fumar provoca partos prematuros e o nascimento de crianças com peso abaixo do normal.

Vê-se assim efetiva mudança que se observa nos termos usados, do “pode causar” para o “causa.” Igualmente observa-se avanço na legislação, nos artigos 3º, 8º e 9º da Resolução n. 335/2003:

Art. 3º Para as embalagens de cigarros, denominadas "maços" ou "box", em seus diferentes tamanhos, as imagens padrão disponibilizadas pela ANVISA, em sua página eletrônica, contendo as advertências, as imagens, a logomarca e o número do serviço "Disque Pare de Fumar", deverão ser impressas em toda extensão da maior face visível ao consumidor, sem alterar a proporcionalidade entre os seus elementos, bem como seus parâmetros gráficos.

Art. 8º Nas embalagens dos cigarros deverá ser impressa a seguinte frase adicional: este produto contém mais de 4700 substâncias tóxicas, e nicotina que causa dependência física ou psíquica. Não existem níveis seguros para consumo destas substâncias.

Art. 9º Todas as embalagens dos produtos fumígenos derivados do tabaco deverão apresentar a seguinte frase: venda proibidos os menores de 18 anos.

Não resta dúvida que a experiência científica comprovou à sociedade que tal preceito (art. 2º, da Lei n. 9.294/96), como redigido, está em desconformidade com os princípios constitucionais relativos à saúde (art. 24, XVI, § 1º, 2º e 4º da Constituição Federal), pois conspira contra ela, e paulatinamente aniquila o direito à vida.

O conteúdo positivo da lei deveria proibir o tabagismo em ambientes fechados de qualquer natureza, sem ressalvas ou exceções. A tendência é que se estenda também a determinados espaços ao ar livre como praias, parques e reservas florestais, onde haja aglomeração humana, tudo em defesa de um meio ambiente seguro e saudável.

Esta lei apresenta lacunas e omissões. Mario Albanese e Rodolfo Brumini, incansáveis defensores de ambientes livres do tabaco, na obra "Legislação sobre Tabagismo", editada pelo Governo do Estado de São Paulo, 2002, afirmam em síntese que:

- 1) O final do caput do art. 2º se constitui em perigosa brecha, por onde escoam a possibilidade de efetivo enfrentamento da epidemia do tabaco e de proteção da saúde dos não fumantes e dos trabalhadores de

todos os setores. O “fumódromo” deve ser totalmente excluído do texto legal.

Está sobejamente comprovado que nos recintos onde se fuma as substâncias químicas, tóxicas, do fumo do tabaco, se dispersam na atmosfera ambiente, atingindo as pessoas posicionadas distantes dos tabagistas.

- 2) A logomarca do cigarro ou o slogan a ela vinculado impregna os adolescentes e as crianças. Ilegal é o art. 3º, § 1º, I quando sugere que o “consumo moderado” não é nocivo à saúde. Ademais, a lei só prevê penalidades às empresas, deixando de lado, os infratores fumantes e os estabelecimentos.
- 3) Como a lei enumera alguns locais alcançados pela interdição de fumar, isto permite interpretar que nas demais se pode fumar. É o caso das “salas de aulas”, entendendo-se que na demais dependência de Ensino está autorizada fumarem.
- 4) É justamente nas escolas que a interdição total de fumar tem um alto papel educativo para a juventude. Também a propaganda indireta fica totalmente liberada e os “eventos alheios à programação rotineira”, são justamente os jogos esportivos, corridas de automóveis, shows musicais os que mais arrebanham a mocidade.

Conclui-se que para combatê-la, educação e legislação tornam-se indispensáveis. Programas educativos permanentes para a juventude especialmente no âmbito municipal, nas unidades básicas de saúde rendem melhor pelo impacto educacional e envolvimento da coletividade, pois toda a publicidade já veiculada, onde os atores esbanjavam saúde, vigor, sucesso, atitude, já está internalizado no subconsciente de quem a recebeu.

Com a restrição da publicidade a indústria do fumo passou a fazer publicidade institucional, patrocinando programas para jovens universitários, programas de

Responsabilidade Social Empresarial, que na realidade são uma nova forma de promover o seu produto.

Portanto, a fiscalização do tabagismo depende da eficiente atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA a quem incumbe, regulamentar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública (Art. 8º, da Lei Federal n. 9.782/99, dentre eles, cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco).

A ANVISA tem se dedicado ao assunto e, no momento, vem formulando estudos e pesquisa para definir estas áreas, denominada “SALAS”, popularmente “fumódromo”, públicos ou privados, é ou não constitucional.

Em 1940, uma propaganda impressa, utilizou um dentista recomendado uma marca de cigarro (Viceroy) relacionando-o à intelectualidade e elegância. Nesta época o produto tinha até apoio de estudos científicos. Outra propaganda impressa do cigarro da marca Viceroy, em 1947 trazia em seu rótulo a frase: “Como seu dentista, eu recomendo Viceroy”.

Em 1950 veiculou uma propaganda impressa abusiva que relacionava bebês ao cigarro, levando o indivíduo a prejudicar sua saúde, além disso, induzindo crianças ao consumo da droga. A campanha inseriu bebês dizendo para seus pais que o Marlboro é “o mais legal”. Na propaganda do cigarro da marca Marlboro em 1951 o texto era: “Meu pai fuma Marlboro... ele sabe que é bom”.

Já na década de 1970, a propaganda televisiva do cigarro da marca Pall Mall continuava a veicular o cigarro como símbolo de elegância e estilo. A partir da década de 1980, as propagandas televisivas, além de continuarem vinculadas a jovens, elegância e virilidade, incluíram também os esportes radicais.

As propagandas foram permitidas até o início da década de 1990, mas um pouco antes disso, o ministério da saúde obrigou o uso da expressão: “Fumar é prejudicial à saúde”, como advertência aos fumantes. E a propaganda continuava relacionada à juventude e a esportes radicais.

Seja quem for o divino designer que o aperfeiçoou, imaginou o cigarro como um complemento capaz de confundir-se de corpo e alma com quem o fuma. Tornou-o masculino em mãos masculinas; feminino, em mãos femininas. Sofisticado, entre sofisticados; rústico, entre rústicos. Um símbolo de rebeldia, para os jovens; um instrumento de quietude, para os idosos. Fez dele um caloroso aliado nos momentos de ação e um companheiro solidário nos momentos de reflexão. Empréstou-lhe uma eloquência extra como sedutor e, no meio da mistura de fumos, incluiu ingredientes que permitem ao fumante exibir segurança, altivez e independência. (BARROS, 1996)

Conforme pode ser percebido na citação acima, o hábito de fumar é claramente relacionado ao glamour e à beleza, aos desejos íntimos, à personificação da alta sociedade. Um estado puramente psicológico que, infelizmente, afeta principalmente o corpo físico.

A propaganda de cigarro sempre foi criativa e de muita beleza. As restrições ao fumo e à propaganda de cigarro foram aumentando gradativamente, até que o governo proibiu a sua associação com diversos esportes e eventos, e obrigou as indústrias a colocarem um aviso sobre os males do fumo em toda propaganda de cigarro. No início deste ano a propaganda de cigarro foi definitivamente proibida no Brasil.

Quando se fala em Publicidade de Cigarros é bom lembrar-se das propagandas antigas, que fez muito sucesso, mas não seriam permitidas atualmente. Hoje, há muita regulamentação sobre o tema, além da legislação aplicável que estabelece uma série de restrições.

Antigamente até o Papel Noel era garoto propaganda da “Lucky Strike”. E o mote da campanha era: “Luckies are easy on my throat”. Isso seria completamente absurdo nos dias de hoje. O mais hilário é que o Papai Noel recomendava os cigarros “Lucky Strike” para combater a dor de garganta e tosse. Imagine se existisse ANVISA naquela época.

E quem não lembra do maravilhoso mundo de “Marlboro”? E dos seus cowboys? “E a mensagem publicitária “Come to where the flavor is. Come to Marlboro Country”.

Ironia do destino ou não, todos os três cowboys de “Marlboro” morreram de problemas relacionados ao tabaco. Em 1995, David McLean, que atuou nos anos 60, morreu de câncer no pulmão. Wayne McLaren, que interpretou o famoso cowboy na década de 70, morreu em 1992, após desenvolver, também, câncer no pulmão. Eric Lawson, um dos cowboys mais famosos das propagandas da marca na década de 1970, foi vítima de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC, enfermidade que tem forte relação com o fumo e morreu em 10 de janeiro de 2014.

Anúncio da Marlboro com a foto do ator Eric Lawson em ponto da cidade de Los Angeles, em 1997. Lawson morreu de doença que tem relação com fumo.

Aliás, até os bebês faziam propaganda de cigarro. O mais engraçado eram os diálogos entre os bebês e as mães nas propagandas de Marlboro, o bebê perguntava “Just on question, mom... Can you afford not to smoke Marlboro?” e a mãe responde “Yes, you need never fell over – smoked – that’s the miracle of Marlboro”!

Realmente é muito interessante ver como eram as propagandas de cigarros de antigamente. Elas até podem ser consideradas abusivas nos dias de hoje, mas não se pode falar que elas não eram engraçadas. O bom humor era vital para as propagandas de cigarro. As brincadeiras e sátiras faziam bem para a fantasia e o lado lúdico.

É claro que sabemos dos malefícios do cigarro à saúde. Aliás, não faltam estudos que comprovem as inúmeras doenças causadas pelo hábito de fumar.

2.4 CONSULTA PÚBLICA DA ANVISA – PROIBIÇÃO TOTAL

No Brasil e no mundo a proibição de publicidade de cigarro tornou-se cada vez mais rígida. Inclusive, para fabricantes de cigarro e agências de publicidade que trabalham com esse setor, o alerta é o seguinte: a ANVISA abrirá uma Consulta Pública, para receber sugestões de pessoas sobre as frases de advertências que

serão inseridas nos maços de cigarro. A Consulta Pública ficou disponível no site da Agência por 10 dias.

Em cumprimento à Lei n. 12.564/2011 e ao Decreto n. 8.262/2014, uma advertência sanitária ocupará 30% da parte inferior da face frontal dos maços. O Relator Renato Alencar Porto apresentou a proposta de maço genérico e frase de advertência.

O pacote deverá ser quase todo coberto por imagens e frases de advertência (ainda não foram definidas todas as frases de advertência e este tema será discutido na Consulta Pública). Os nomes do fabricante e do produto deverão constar em tamanho reduzido e com um formato-padrão. A frase deverá ser escrita em letra branca, dentro do fundo preto.

Além das mensagens de advertência, a ANVISA pretende desenvolver um estudo para substituir as imagens que constam na parte de trás do maço de cigarros, pois as imagens usadas atualmente já estão ultrapassadas e não surtem o mesmo impacto que causavam no início da campanha de conscientização.

A proposta de maço genérico apresentada pela ANVISA foi inspirada nos maços de cigarro da Austrália. Elogiada pela Organização Mundial da Saúde - OMS, a iniciativa australiana, no final de 2012, implantou os maços genéricos.

De acordo com dados do Australiano Bureau of Statistics, o volume de consumo de tabaco está caindo no país. Os números apontaram que o total de consumo no primeiro semestre de 2014 foi o mais baixo já registrado.

Já a Associação Brasileira da Indústria do Fumo - ABIFUMO rebate que a experiência australiana não serve de exemplo para o Brasil. A medida é inconstitucional e viola “vários princípios e direitos fundamentais garantidos pela Constituição”, além de violar disposições de tratados internacionais sobre comércio exterior e propriedade intelectual.

2.5 O QUE PODE E O QUE NÃO PODE

A publicidade de cigarros tem regras específicas e a Lei n. 9.294/96 prevê a restrição do uso da propaganda de cigarros, cigarrilhas, charutos, fumos para cachimbos, narguilés e outros tipos de produtos fumiguemos, derivados ou não do tabaco. Como medida de saúde referida Lei foi alterada pela Lei n. 12.546/11, que por sua vez, foi regulamentada pelo Decreto n. 8.262/2014. O Local público ou privado, acessível ao público em geral ou de uso coletivo foi regulamento pelo referido Decreto. A definição do local em que é proibido fumar é aquele total ou parcialmente fechado em qualquer de seus lados por parede, divisória, teto, toldo ou telhado, de forma permanente ou provisória.

Assim, os fumódromos não são mais permitidos. O que pode:

- Estabelecimentos destinados especificamente à comercialização de produtos fumiguem desde que essa condição esteja anunciada, de forma clara, na entrada, e desde que em local reservado para experimentação de produtos;
- Estúdios e locais de filmagem ou gravação de produções audiovisuais, quando necessário à produção da obra;
- Locais destinados à pesquisa e ao desenvolvimento de produtos fumígenos;
- Instituições de tratamento da saúde que tenham pacientes autorizados a fumar pelo médico que os assista;
- Os produtos comercializados somente poderão ficar expostos no interior dos estabelecimentos de venda, cujos locais deverão manter mensagens de advertência sobre os malefícios do produto. As advertências sanitárias devem ocupar 20% do espaço visível ao público em cada um dos lados;
- É permitido fumar em casa, ao ar livre, em parques, praças, em áreas externas abertas e vias públicas, considerando sempre a definição legal de recinto coletivo fechado no intuito de evitar o fumo passivo. Isto deve ser observado em relação aos locais em que as emissões

produzidas pelo consumo desses produtos possam invadir o interior de outros recintos coletivos fechados;

- Será permitido o uso de produtos fumigáveis derivados ou não do tabaco, nos estabelecimentos destinados especificamente à sua comercialização, desde que essa condição esteja anunciada de forma clara na entrada (tabacarias); nos cultos religiosos, caso isso faça parte do ritual, os estúdios e locais de filmagem quando necessário à produção da obra nos locais destinados à pesquisa e desenvolvimento de produtos fumigáveis e nas instituições de tratamento de saúde que tenham pacientes autorizados a fumar pelo médico que os assista, desde que sejam adotadas condições de isolamento, ventilação e exaustão do ar e medidas de proteção ao trabalhador em relação à exposição das emissões desses produtos.

Porém, nesses locais devem ter condições de isolamento, ventilação e exaustão do ar e medidas de proteção ao trabalhador em relação à exposição ao fumo. A Portaria Interministerial n. 2.647/14 da ANVISA estabelece construção e condições de isolamento e ventilação. Para evitar o fumo passivo e preservar a saúde de pessoas que trabalham em ambientes fechados onde o fumo é permitido – tabacarias, locais de pesquisas e sets de filmagens – a portaria regulamenta as condições de trabalhos nesses locais.

Dentre as causas de morte prematura evitáveis em todo o mundo, podemos citar o tabaco como certamente sendo uma das principais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, quatro milhões de pessoas morrem a cada ano devido a doenças causadas diretamente pelos derivados do cigarro, o que corresponde, em média, a 10 mil mortes a cada dia. Caso mantenha-se a tendência atual, no ano 2025 já serão 10 milhões de mortes anuais causadas pelo tabaco. A menos que se faça alguma coisa a esse respeito, do 1,1 bilhão de fumantes, 500 milhões morrerão por causa dos cigarros ao longo das próximas décadas. Porém, muitas dessas mortes poderiam ser potencialmente evitáveis se essas pessoas pararem de fumar.

O que não pode:

- É proibido, em todo Território Nacional, propagandas de produtos derivados ou não do tabaco, sendo vedado, inclusive, em locais de venda qualquer tipo de propaganda;
- É proibida a venda de cigarros e produtos derivados do tabaco a menor de 18 anos e a tabela de preços, sem alusão à propaganda, também deverão ficar visíveis;
- Proibição de fumar em local, público ou privado, que seja acessível ao público geral ou de uso coletivo, total ou parcialmente fechado, incluindo áreas com toldos, divisórias, teto ou parede em qualquer um dos lados, eliminando o conceito de utilização de fumódromos (áreas exclusivas para fumar);
- Não se pode fumar em ambientes de uso coletivo: interior de bares, boates, restaurantes, lanchonetes, escolas, universidades, museus, bibliotecas, espaços de exposições, áreas comuns de condomínios, casas de espetáculo, teatros, cinemas, hotéis, pousadas, casas de shows, açougues, padarias, farmácias e drogarias, supermercados, shoppings, praças de alimentação, centros comerciais, bancos e similares, em ambientes de trabalho, estudo de cultura de culto religioso, de lazer de esporte, etc. Os responsáveis pelo estabelecimento e serviços deverão garantir os ambientes livres de tabaco, devendo orientar seus clientes sobre as restrições estabelecidas na lei, tendo em vista que a atuação da vigilância sanitária é direcionada aos responsáveis pelos locais.

2.6 COMO DEVE SER A PROPAGANDA DE CIGARROS

A partir de janeiro de 2016 houve o aumento do espaço para os avisos sobre os danos causados pelo tabaco e a presença de advertências em 30% da parte frontal das embalagens dos maços de cigarros. Os cigarros só podem ficar expostos nos locais de venda, ou seja, em área ou espaço físico, fisicamente delimitado localizado no interior do estabelecimento comercial. A exposição do produto deverá manter mensagens de advertência sobre os malefícios do produto.

Enfim, o tema é polêmico, pois existem várias restrições na propaganda de cigarros. Por isso, é sempre recomendável consultar um advogado especializado em Direito do Marketing antes de fazer qualquer ação publicitária.

3 HISTÓRICO DA CONVENÇÃO

A Convenção, objetivando dar maior clareza aos seus propósitos, traz alguns conceitos fundamentais para o controle do uso do tabaco. Esclarece, então, que para os fins da Convenção:

- a) "comércio ilícito" é qualquer prática ou conduta proibida por lei, relacionada à produção, envio, recepção, posse, distribuição, venda ou compra, incluída toda prática ou conduta destinada a facilitar essa atividade;
- b) "organização regional de integração econômica" é uma organização integrada por Estados soberanos, que transferiram àquela organização regional competência sobre uma diversidade de assuntos, inclusive a faculdade de adotar decisões de natureza mandatória para seus membros em relação àqueles assuntos;
- c) "publicidade e promoção do tabaco" é qualquer forma de comunicação, recomendação ou ação comercial com o objetivo, efeito ou provável efeito de promover, direta ou indiretamente, um produto do tabaco ou o seu consumo;
- d) "controle do tabaco" é um conjunto de estratégias direcionadas à redução da oferta, da demanda e dos danos causados pelo tabaco, com o objetivo de melhorar a saúde da população, eliminando ou reduzindo o consumo e a exposição à fumaça de produtos de tabaco;
- e) "indústria do tabaco" é o conjunto de fabricantes, distribuidores atacadistas e importadores de produtos de tabaco;
- f) "produtos de tabaco" são todos aqueles total ou parcialmente preparados com a folha de tabaco como matéria-prima, destinados a serem fumados, sugados, mascarados ou aspirados;

- g) "patrocínio do tabaco" é qualquer forma de contribuição a qualquer evento, atividade ou indivíduo com o objetivo, efeito ou possível efeito de promover, direta ou indiretamente, um produto do tabaco ou o seu consumo.

Nesse passo, a Convenção estabelece conteúdos de expressões para auxiliar em sua interpretação, também trazendo a sua relação com outros acordos e instrumentos jurídicos, ressaltando que, para melhor proteger a saúde humana, as partes são estimuladas a programar medidas que vão além das requeridas pela presente Convenção e de seus protocolos, e que nada naqueles instrumentos impedirá que uma parte imponha exigências mais rígidas, compatíveis com suas disposições internas e em conformidade com o Direito Internacional. A permissão para a criação de maiores obstáculos para o uso do tabaco demonstra que a Convenção traz regras mínimas de proteção e controle do uso do tabaco.

A partir do art. 4º, a Convenção elenca os seus princípios básicos e deles se consegue constatar a importância da informação levada ao consumidor. Diz-se que toda pessoa deve ser informada sobre as consequências sanitárias, a natureza aditiva e a ameaça mortal imposta pelo consumo e a exposição à fumaça do tabaco. Medidas legislativas, executivas, administrativas e outras medidas efetivas serão implementadas pelos órgãos governamentais competentes para proteger toda pessoa da exposição à fumaça do tabaco. A cooperação em todos os níveis é tratada como princípio, ressaltando-se a ideia do trabalho em rede, demonstrando-se:

- a) a necessidade de tomar medidas para proteger toda pessoa da exposição à fumaça do tabaco;
- b) a necessidade de tomar medidas para prevenir a iniciação, promover e apoiar a cessação e alcançar a redução do consumo de tabaco em qualquer de suas formas;
- c) a necessidade de adotar medidas para promover a participação de pessoas e comunidades indígenas na elaboração, implementação e

avaliação de programas de controle do tabaco que sejam social e culturalmente apropriados as suas necessidades e perspectivas;

- d) a necessidade de tomar medidas, na elaboração das estratégias de controle do tabaco, que tenham em conta aspectos específicos de gênero.

Uma parte importante da Convenção é a cooperação internacional, especialmente no que tange à transferência de tecnologia, conhecimento e assistência financeira, bem como à prestação de assessoria especializada com o objetivo de estabelecer e aplicar programas eficazes de controle do tabaco, tomando em conta os fatores culturais, sociais, econômicos, políticos e jurídicos locais, dando especial espaço para a discussão da responsabilidade e havendo claro destaque para a importância da participação da sociedade civil para atingir o objetivo da Convenção e de seus protocolos.

A Convenção adentra a necessidade de regulamentação da divulgação das informações sobre os produtos de tabaco, sendo incisiva em face da publicidade, para demonstrar que deve haver controle dela e informação sobre o produto.

Estabelece que, no mínimo, e segundo sua Constituição ou seus princípios jurídicos fundamentais, cada parte se compromete a:

- a) proibir toda forma de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco, que promova um produto de tabaco por qualquer meio, que seja falso, equivocado ou enganoso ou que possa induzir ao erro, a respeito de suas características, efeitos para a saúde, riscos e emissões;
- b) exigir que toda publicidade de tabaco, e quando aplicável, sua promoção e seu patrocínio, venham acompanhados de advertência ou mensagem sanitária ou de outro tipo de mensagem pertinente;
- c) restringir o uso de incentivos diretos ou indiretos, que fomentem a compra de produtos de tabaco pela população;

- d) exigir, caso não se tenha adotado a proibição total, a divulgação para as autoridades governamentais competentes, de todos os gastos da indústria do tabaco em atividades de publicidade, promoção e patrocínios, ainda não proibidos. Essas autoridades poderão divulgar aquelas cifras, de acordo com a legislação nacional, ao público e à Conferência das Partes, de acordo com o artigo 21;
- e) proceder, em um prazo de cinco anos, a proibição total ou, se a Parte não puder impor a proibição total em razão de sua Constituição ou de seus princípios constitucionais, à restrição da publicidade, da promoção e do patrocínio do tabaco no rádio, televisão, meios impressos e, quando aplicável, em outros meios, como a Internet;
- f) proibir ou no caso de uma parte que não possa fazê-lo em razão de sua Constituição ou de seus princípios constitucionais, restringir o patrocínio do tabaco a eventos e atividades internacionais e/ou a seus participantes.

Ainda que as partes que proibiram determinadas formas de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco terão o direito soberano de proibir as formas de publicidade, promoção e patrocínio de além-fronteiras de produtos de tabaco que entrem em seus respectivos territórios, bem como aplicar as mesmas penalidades previstas para a publicidade, promoção e patrocínio que se originem em seus próprios territórios, em conformidade com a legislação nacional. Nesse ponto, o objetivo é coibir a publicidade em eventos esportivos que são transmitidos de e para várias partes do planeta.

Além disso, preocupa-se com a dependência trazida pelo consumo do tabaco, determinando que cada parte elabore e divulgará diretrizes apropriadas, completas e integradas, fundamentadas em provas científicas e nas melhores práticas, tendo em conta as circunstâncias e prioridades nacionais, e adotará medidas eficazes para promover o abandono do consumo do tabaco, bem como o tratamento adequado à dependência do tabaco. Incitando cada um a:

- a) criar e aplicar programas eficazes de promoção do abandono do consumo do tabaco em locais tais como as instituições de ensino, as unidades de saúde, locais de trabalho e ambientes esportivos;
- b) incluir o diagnóstico e o tratamento da dependência do tabaco, e serviços de aconselhamento para o abandono do tabaco em programas, planos e estratégias nacionais de saúde e educação, com a participação, conforme apropriado, de profissionais da área da saúde, agentes comunitários e assistentes sociais;
- c) estabelecer, nos centros de saúde e de reabilitação, programas de diagnóstico, aconselhamento, prevenção e tratamento da dependência do tabaco; e
- d) colaborar com outras Partes para facilitar a acessibilidade e exequibilidade dos tratamentos de dependência do tabaco, incluídos produtos farmacêuticos, em conformidade com o artigo 22. Esses produtos e seus componentes podem incluir medicamentos, produtos usados para administrar medicamentos ou para diagnósticos, quando apropriado.

O comércio ilícito de produtos de tabaco aparece como foco da Convenção, devendo as partes combatê-lo e extingui-lo, pois, sem controle, o produto pode ser muito mais danoso à saúde, havendo clara preocupação com a venda de tabaco a menores, que são tidos como não detentores de capacidade para decidir.

Deve, no entanto, haver apoio a atividades alternativas economicamente viáveis, para que não haja desamparo àqueles que porventura se valem dele para subsistência. A vinculação entre proteção ao meio ambiente e à saúde também fica clara na Convenção, que, na sua parte, explana sobre a proteção ambiental. Permeia todo o Tratado Internacional a necessidade de cooperação, trazendo também aspectos sobre a responsabilidade civil pelo uso do tabaco.

A Convenção reconhece formalmente que o tabaco causa danos à saúde, que a ciência demonstrou de maneira inequívoca que o consumo e a exposição à fumaça do tabaco são causas de mortalidade, morbidade e incapacidade e, também, que as doenças relacionadas ao tabaco não se revelam imediatamente após o início da exposição à fumaça do tabaco e ao consumo de qualquer produto dele derivado.

A chamada convenção-quadro é um tipo de tratado internacional em que os Estados-Partes estruturam grandes molduras normativas, no entanto, vale dizer que a grande maioria dos textos doutrinários a respeito da terminologia dos tratados entende que não se deve levar em consideração o nome que lhes é dado, o que importa, na verdade, é o conteúdo da convenção. Nesse sentido, deve ser entendida a CQCT da Organização Mundial da Saúde, que como mencionado, aberto à assinaturas em junho 2003, em Genebra. Tendo sido definida como depositária das cartas de ratificações a ONU, para receber os documentos em sua sede de Nova York, no período compreendido entre 30 de junho de 2003 e 29 de Junho de 2004, e também aceitaria assinaturas nesse período.

A Convenção, que não mais comporta assinaturas, tem 168 signatários, incluindo a Comunidade Europeia, o que a torna um dos tratados mais amplamente adotados na história das Nações Unidas. Os Estados que assinaram a Convenção concordaram em se empenhar, de boa-fé, a ratificar, aceitar, ou aprová-la, e mostrar o compromisso político de não prejudicar os objetivos nela definidos. A Convenção abriu a possibilidade para que os países que desejam se tornar parte, mas que não assinaram a Convenção até 29 de junho de 2004, possa fazê-lo por meio de adesão, o que, na prática, pode ser tido como equivalente a um processo de ratificação.

A Convenção entrou em vigor em 27 de Fevereiro de 2005, exatamente noventa dias depois de quarenta Estados terem depositado os seus respectivos documentos de ratificação, adesão ou aprovação, nomenclatura que depende da Constituição de cada membro, conforme art. 36, parágrafo 1º, do Tratado. A partir dessa data, as partes passaram a ser legalmente vinculadas às disposições do Tratado. Para as organizações regionais de integração econômica, a Convenção entra em vigor no nonagésimo dia seguinte à data do depósito do seu instrumento

de confirmação formal ou adesão. Nessa última hipótese, amolda-se a União Europeia, uma das signatárias da Convenção.

Durante o seu longo período de negociações, a Convenção-Quadro da OMS permitiu a criação e o desenvolvimento de uma grande rede global, que será, segundo a própria OMS, relevante para a implementação das políticas públicas saudáveis necessárias para controle do uso do tabaco.

Segundo declarou Jong-Wook Lee, Diretor-Geral da OMS, em 2005, as negociações da CQCT pela OMS teriam desencadeado um processo que resultou em diferenças internas visíveis nos países parte. Lee ressalta ainda que o sucesso da Convenção-Quadro da OMS como uma ferramenta para a saúde pública depende do empenho político e da energia que é dedicada à sua aplicação nos próximos anos, concluindo que ganhos globais serão alcançados se houver um resultado positivo na implementação da Convenção.

Como se pode perceber, a conjugação de elementos internacionais e nacionais é essencial para que o objetivo da Convenção seja alcançado. Dessa maneira, são necessários o desenvolvimento de políticas públicas e a reconfiguração do ordenamento jurídico, inclusive com alterações na interpretação.

As longas negociações, no entanto, demonstram claramente que há muitos obstáculos para a concretização da Convenção. Os interesses que fomentam o surgimento do supercapitalismo, como delineado por Robert Reich, podem trazer novas conformações e desafios para a criação de políticas públicas saudáveis. Como destaca Reich, o novo capitalismo faz com que as empresas procurem controlar a regulação se aproximando cada vez mais dos centros decisórios estatais. Daí, entende-se a importância dada por Lee para a criação das redes internas de implementação da Convenção.

A preocupação mundial com o uso do tabaco, que é identificado como uma grave questão de política pública de saúde é demonstrada pelo texto da Convenção, ao explicitar que a propagação da epidemia do tabagismo é um problema mundial com sérias consequências para a saúde pública, que exige a mais ampla

cooperação internacional possível e a participação de todos os países em uma resposta internacional eficaz, apropriada e integral.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, no século XX, foram 100 milhões de mortes causadas pela epidemia do tabaco e, segundo a mesma fonte, tal número poderá chegar a um bilhão de pessoas no século XXI.

Também se ocupa a Convenção da drenagem de recursos que se identifica pelo consumo do tabaco, tanto no âmbito familiar, pois os recursos utilizados para o tabaco poderiam servir para incremento da saúde e da educação, quanto no âmbito nacional, já que há remessa de lucros e pagamento de royalties aos detentores dos direitos de uso das marcas. Nesse passo, a Convenção deixa evidente que leva em conta a preocupação da comunidade internacional com as devastadoras consequências sanitárias, sociais, econômicas e ambientais geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, em todo o mundo.

Diz o art. 8º da Convenção:

1. As Partes reconhecem que a ciência demonstrou de maneira inequívoca que a exposição à fumaça do tabaco causa morte, doença e incapacidade.
2. Cada Parte adotará e aplicará conforme determine a legislação nacional, medidas legislativas, executivas, administrativas e ou outras medidas eficazes de proteção contra a exposição à fumaça em locais fechados de trabalho, meios de transporte público, lugares públicos fechados e, se for o caso, outros lugares públicos e promoverá ativamente a adoção e aplicação dessas medidas em outros níveis jurisdicionais.

É preciso então urgentemente adaptar a obrigação internacional já assumida pelo Brasil na esfera internacional e adequá-la à nossa legislação nacional. Ao ratificar a CQCT, os Estados-Partes assumem o compromisso da construção de uma Agenda de Estado com vistas à implementação de medidas legislativas, executivas e administrativas adequadas para prevenir e reduzir o consumo de tabaco e derivados. De nada adiantaria comprometer-se na esfera internacional e esvaziar a proteção à saúde humana na esfera interna. Seria um contrassenso jurídico, lógico, além de configurar uma conduta politicamente irresponsável.

Assim, a recente Consulta Pública adotada pela Diretoria Colegiada da ANVISA publicada no D.O.U. de 04/4/2007, ressalvada a louvável e democrática iniciativa, se constitui num retrocesso, pois o encaminhamento de críticas e sugestões relativas à proposta de Resolução que dispõe sobre o funcionamento das salas destinadas exclusivamente para o uso de cigarros e derivados, que produza Fumaça Ambiental do Tabaco - FAT nos recintos coletivos, públicos ou privados, posiciona-se na contramão tanto do que determina nossa Constituição Federal quanto ao que dispõe a Convenção-Quadro.

Os artigos 196 e 197 da nossa Constituição de 1988 declaram expressamente ser a saúde direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação, serviços e ações que são de relevância pública.

E, não obstante saibamos que, do ângulo estritamente técnico-jurídico, a Constituição alcance a todos, imediatamente após sua promulgação (1988), algumas normas, sabidamente, levam tempo razoável para serem efetivamente aplicadas pelos entes e órgãos estatais e seus agentes e, muita vez, nunca o são. O avanço é lento, mas constante. Não deixa a Constituição Federal brasileira dúvidas sobre o dever que tem o Estado de reduzir o risco de doenças bem como oferecer acesso universal à sua recuperação.

4 METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento das principais propagandas televisivas entre as décadas 1940 e 1990, e analisando a publicidade utilizada pelas marcas de cigarro: Dalila, Viceroy's, Chesterfields, Marlboro e Pall Mall.

Rizzo (2003) diz que a publicidade, pela sua credibilidade, pode ser usada para que a empresa atinja seu objetivo de comunicação sem muitos custos. Para que possa se utilizar corretamente dos pontos positivos da publicidade deve estar atento às mudanças ocorridas na organização e analisá-las para tirar proveito da divulgação do fato, quando este apresentar um diferencial junto ao mercado.

Toda empresa deve monitorar o que os clientes dizem sobre ela, porém as indústrias do fumo ficam de mãos atadas, com as leis que as restringem e assim a única saída é incentivar essa publicidade boca a boca e tentar utilizar da frase “ter liberdade de expressão”, de tentar ir contra as leis, apesar de que é uma atitude em vão.

A entrevista motivacional, conforme proposta por Miller & Rollnick, é uma alternativa viável no tratamento de comportamentos aditivos, dentro das intervenções breves, uma vez que o impacto inicial parece ter influência na motivação para a mudança de comportamento. Segundo Miller & Rollnick, tudo indica que o aconselhamento relativamente breve pode ter um impacto substancial, uma vez que aqueles que recebem um aconselhamento breve tecnicamente bem planejado mostram muito mais melhoras do que os que não recebem nenhuma orientação.

O tratamento do tabagismo no Brasil está vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, e é regulado pela Portaria do Ministério da Saúde n. 571, publicada em 05 de abril de 2013.

O modelo de tratamento baseado na abordagem cognitivo comportamental possibilita que o tratamento seja realizado em grupo ou individualmente, e tem como objetivo auxiliar o fumante a

desenvolver habilidades que o auxiliarão a permanecer sem fumar. O apoio medicamentoso, quando necessário, é outro recurso usado no tratamento do tabagismo e disponibilizado na rede SUS. (BRASIL, 2015).

A metodologia do INCA consegue garantir uma recuperação da saúde à longo prazo, no qual pode reduzir a incidência de doenças crônicas desde que as manutenções sejam feitas com a frequência prevista. Contribui ainda diretamente na adoção de hábitos saudáveis na medida em que incentiva a prática de exercícios físicos, reeducação alimentar, estratégias psicossociais de convivência com fumantes próximos, reflexões em relação à disponibilidade do tabaco na sociedade e tolerância na sua aquisição.

A Constituição Federal Brasileira 1988, dá sustentação a essa limitação. Os princípios nela identificados (e vale lembrar que tanto a liberdade de fumar quanto o direito à integridade física e à vida é princípios) devem ser entendidos como se vivessem constantemente em colisão, tendo que ser harmonizados continuamente através da ponderação. Como o caso envolve limitação de direitos, há que se identificar se a limitação que se quer impor, ou seja, a impossibilidade de se fumar em locais fechados coletivos, públicos ou privados, é ou não constitucional.

Determinadas a promover medidas de controle do tabaco fundamentadas em considerações científicas, técnicas e econômicas atuais e pertinentes;

Indubitavelmente, um dos principais obstáculos encontrados na tentativa de interromper o uso do tabaco é a motivação. Heather resumiu isso quando comentou que "os transtornos aditivos são essencialmente problemas motivacionais". Durante muito tempo acreditou-se que a resistência era o resultado de traços de personalidades nocivos e que os pacientes são em si mesmos desmotivados para a mudança, principalmente quando falamos de comportamentos aditivos. Contudo, crê-se atualmente que a motivação não deve ser pensada como um problema de personalidade, e sim como um estado de prontidão ou de avidez para a mudança, que pode oscilar de tempos em tempos ou de uma situação para outra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aprimorar a qualidade e aumentar o quantitativo de pesquisas pode fortalecer os argumentos dos gestores acerca da carga econômica, e os prejuízos a saúde que o tabagismo impõe ao país. Subsidiar a implantação de novas ações e estratégias, como à responsabilização da indústria do tabaco, é um importante fator a considerar no combate ao fumo no mundo.

Para cessar o tabagismo é preciso tomar uma grande decisão de vida, fazer uma tentativa e se permitir mudar de comportamento, para viver melhor, com mais qualidade de vida, 80% dos fumantes querem parar de fumar, mas, hesitam em buscar ajuda para fazer uma tentativa séria para abandonar o tabaco. Parando por conta própria, sem apoio terapêutico, em cada tentativa, menos de 3% mantêm-se abstinente após 12 meses. A maioria dos fumantes só consegue a cessação efetiva na enésima tentativa. Isto acontece devido, sobretudo às recaídas. Mas lembrem-se cada passo/tentativa tem a sua história, cada recaída tem seu aprendizado.

Nesse ponto, ou seja, na distância entre a exposição ou uso e a revelação da doença, talvez esteja o maior desafio do controle do uso do tabaco. Assim como acontece no tocante à verificação do respeito ao não retrocesso em direitos sociais, há vários outros fatores que podem dificultar a identificação da doença desenvolvida como consequência do uso ou, principalmente, à exposição à fumaça do cigarro.

De fato, de acordo com Christian Courtis, a proibição de retrocesso em matéria de direitos sociais é tema que faz parte tanto do direito internacional dos direitos humanos quanto do direito constitucional interno de cada país. Se a busca pela saúde deve ser constante e progressiva, a restrição ao uso do tabaco é o caminho natural para se coibir o retrocesso e disponibilizar mais recursos para a saúde. O planejamento de política pública saudável é a forma de conseguir superar a escassez de recursos ou de, pelo menos, diminuir tal problema.

É interessante observar que os necessários e frequentes argumentos relacionados a tabaco e saúde utilizados pelo Inca e outros representantes pró-tratado, argumentos esses que geraram a demanda para a criação dessa

convenção, acabaram sendo relegados para segundo plano. A preocupação com o futuro da produção, expressada pela maciça presença dos fumicultores durante as assembleias, polarizou a discussão acerca desse impasse. O embate praticamente saiu do campo da saúde, para ir para o sócio-político e o econômico.

As ações para promover a cessação do tabagismo têm como objetivo motivar fumantes a deixarem de fumar e aumentar o acesso dos mesmos aos métodos eficazes para tratamento da dependência à nicotina. Essas ações são parte integrante do Programa Nacional de Controle do Tabagismo desde 1996 e uma das medidas descritas na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.

Com o uso somente de UM MEDICAMENTO específico de primeira linha, isoladamente, após 12 meses, a maioria dos estudos demonstra que 30% dos fumantes mantêm-se abstinente. A associação das técnicas COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS em grupo ou individual aos MEDICAMENTOS, após 12 meses, as taxas de abstinência continuada ultrapassam a 35% na maioria dos centros de tratamento no Brasil, podendo chegar a patamares superiores a 50%.

Apresentam-se, no decorrer do texto, resultados de algumas das mais importantes pesquisas realizadas na Europa e nos Estados Unidos acerca do assunto. Os resultados indicam que, apesar de a entrevista motivacional breve apresentar bons resultados no tratamento de comportamentos aditivos, quando comparada a outras modalidades de intervenção, esse sucesso não parece se estender aos resultados encontrados no tratamento do tabagismo.

A construção normativa, tanto interna quanto internacional, tem relevante importância no incremento das restrições acima especificadas. A nomeação internacional, construída por tratados internacionais e demais fontes é responsável pelos mais recentes diálogos entre fontes do direito, pois permite que sejam cotejadas as disposições internacionais com os dispositivos internos. A Convenção-Quadro sobre Controle.

Um dos grandes desafios do Programa Nacional de Controle do Tabagismo nesse campo é mobilizar a sociedade para que as leis de combate ao tabaco sejam respeitadas em todo o País. Isto porque os efeitos imediatos da exposição da

poluição tabagistas ambiental não se limitam apenas aos efeitos de curto prazo como irritação nasal e nos olhos, dor de cabeça, irritação na garganta, vertigem, náusea, tosse e problemas respiratórios, se relacionam também ao aumento, entre os não fumantes, do risco de câncer de pulmão e de várias outras doenças relacionadas ao uso do tabaco.

Todo esse cenário mostra claramente que as ações para o controle global do consumo do tabaco têm de lidar com os determinantes transnacionais, que vêm contribuindo para a expansão global do consumo do tabaco. As pessoas que fumam devem ser repetidamente estimuladas a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas. (<https://twitter.com/blogmaktdigital>)

É importante salientar que o apoio fármaco-terápico tem um papel bem definido no processo de cessação de fumar, que é minimizar os sintomas da síndrome de abstinência quando estes representam uma importante dificuldade para o fumante deixar de fumar. Sem dúvida, vários avanços alcançados no Brasil foram decorrentes do compromisso do governo brasileiro na formulação de sua política de controle do tabagismo, visando atender às propostas da convenção-quadro. Nesse sentido, o Estado tem a responsabilidade de proteger e promover a saúde de seu povo, particularmente das crianças, a qualidade do meio ambiente e a segurança e bem-estar público de seus cidadãos.

Os grupos ligados à saúde demonstraram preparo para discutir tais questões. Apoiaram-se em estudos de instituições de referência como o Banco Mundial, OMS e Opas, e no próprio texto do tratado, que de fato, não propõe em nenhum momento a erradicação da produção de fumo. Ao longo do processo, esse grupo realizou importantes conquistas, como, por exemplo, o apoio da Feltra-Sul, que se tornou o primeiro órgão representante de agricultores a apoiar a aprovação do tratado. Essa instituição, junto com o Descer, ampliou a discussão sobre o tema ao participar e organizar eventos sobre a Convenção nas áreas produtoras.

A ação legislativa visa estimular a produção. Pelos legislativos federal, estaduais e municipais, as leis identificadas como necessárias, encaminham anteprojeto de lei, atuam junto à legisladores oferecendo-lhes informação, apoio

técnico e assessoramento. As prioridades nessa área eram obter leis nacionais (i) proibindo o uso de tabaco em locais públicos fechados; (ii) proibindo a publicidade de produtos de tabaco e o patrocínio de eventos culturais e esportivos pelos produtores de tabaco, e (iii) obrigando a existência de advertências nos maços de cigarro.

Novas áreas que não foram contempladas pelo programa de 1988, como a regulamentação dos produtos de tabaco, o controle do contrabando e o apoio a alternativas ao cultivo do tabaco, devem ser objeto de crescente apoio governamental e constituem as atuais prioridades no controle do tabagismo no Brasil. Finalmente, o programa de 1988 deu lugar a um programa muito mais abrangente, consubstanciado na CQCT da OMS, que o país deverá honrar como forma de avançar no seu compromisso com a saúde Pública.

Por ser um hábito antigo e muito enraizado na cultura mundial, a luta contra o tabagismo não é, e nunca será fácil, porém é uma luta extremamente necessária. Acredito que o Brasil está no caminho certo, como endurecimento das leis com produtores, indústrias, propaganda e também com a instauração dos ambientes livres de cigarro, livrando as pessoas não tabagistas da fumaça reduzindo assim, os fumantes passivos, que também podem desenvolver complicações relacionadas ao tabagismo. A educação da população sobre os malefícios desse hábito deve ser sempre debatida, para evitarmos cada vez mais novas pessoas a desenvolver esse vício.

O tabagismo, incluindo o passivo, é o fator de risco mais comum para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC. No Brasil, estima-se que a doença atinja cerca de 6 milhões de pessoas. Somente 12% dos pacientes são diagnosticados e, desses, apenas 18% recebem tratamento. Já no cenário mundial, a estimativa é de que aproximadamente 210 milhões de pessoas tenham DPOC e a previsão é que a doença se torne a terceira principal causa de morte por volta de 2020. Outros fatores que contribuem para o desenvolvimento da doença são a inalação de poeiras e produtos químicos em fábricas ou ambientes profissionais similares, poluição do ar, desenvolvimento pulmonar prejudicado e fatores genéticos.

Deve-se ressaltar que o cultivo do tabaco expõe trabalhadores rurais a uma grande variedade de agrotóxicos, aumentando o risco de manifestação de efeitos agudos e crônicos à saúde, como transtornos mentais e câncer. Durante a colheita das folhas de tabaco pode haver absorção dérmica da nicotina presente nas folhas úmidas, podendo ocasionar a denominada Doença da Folha Verde do Tabaco, cujos sintomas são muito semelhantes aos quadros de intoxicação por agrotóxicos e outras doenças.

Reconhecendo que a propagação da epidemia do tabagismo é um problema global com sérias consequências para a saúde pública, que demanda a mais ampla cooperação internacional possível e a participação de todos os países em uma resposta internacional eficaz, apropriada e integral.

Tendo em conta a preocupação da comunidade internacional com as devastadoras consequências sanitárias, sociais, econômicas e ambientais geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, em todo o mundo. Profundamente preocupadas com o elevado aumento do número de fumantes e outras formas de consumo de tabaco entre crianças e adolescentes em todo o mundo, particularmente com o fato de que se começa a fumar em idades cada vez menores.

Alarmadas pelo aumento do número de fumantes e de outras formas de consumo de tabaco por mulheres e meninas em todo o mundo e tendo presente a importância da participação plena das mulheres em todos os níveis de elaboração e implementação de políticas, bem como da necessidade de estratégias de controle específicas para cada gênero.

Conscientes do valioso trabalho sobre controle do tabaco conduzido por vários Estados, destacando a liderança da Organização Mundial de Saúde, bem como os esforços de outros organismos e entidades do sistema das Nações Unidas e de outras organizações intergovernamentais internacionais e regionais no estabelecimento de medidas de controle do tabaco.

Enfatizando a contribuição especial de organizações não governamentais e de outros membros da sociedade civil não vinculado à indústria do tabaco –

incluindo as associações de profissionais da saúde, de mulheres, de jovens, de ambientalistas e de grupo de consumidores e instituições docente e de atenção à saúde – às atividades de controle do tabaco no âmbito nacional e internacional, bem como a importância decisiva de sua participação nas atividades nacionais e internacionais de controle do tabaco.

Entretanto, a relevância do tabagismo reporta a construção de novos estudos, em que na sociedade possa ser apontado não só como um problema a nível curativo, mas sim de repercussão também prelecionista e inteiramente social. Outro fator de grande relevância também observado é o fato do hábito de fumar ser, atualmente, critério para inserção e aceitação de indivíduos em determinados grupos sociais.

As propagandas e os ideais de sensualidade e elegância disseminados por elas influenciam de maneira direta no estilo de vida de muitos indivíduos e dos grupos sociais nos quais estão inseridos. Em especial, tornou-se possível relacionar o estilo de vida dos jovens com o consumo de tabaco. As causas do uso do cigarro e os principais motivos ligados a esta utilização também foram descritos nesta categoria, tendo o stress e os grupos sociais influência expressiva no processo de iniciação e manutenção do tabagismo.

Ao longo prazo espera-se que a ciência possa contribuir mais no desenvolvimento de métodos de abordagem e tratamento do tabagismo e que as políticas se mantenham firmes na determinação de combater o tabagismo da sociedade, seja em países ricos e pobres. O Brasil vive um cenário contraditório, pois, ocupa o lugar de segundo maior produtor mundial e o maior exportador de tabaco. Entretanto possui uma das mais fortes legislações do mundo para o controle do tabaco, nos avanços da significativa redução do consumo nacional, além de estar conseguindo desenvolver ações para controle do tabagismo fortes e abrangentes, o que tem lhe conferido o reconhecimento de liderança internacional nessa área.

Estratégias de combate ao tabaco podem ser desenvolvidas na atenção primária em saúde e se mostram custo-efetivo na redução do número de fumantes e prevenção de novos casos de dependentes do cigarro, permitindo o melhor controle

de doenças crônicas e evitando o surgimento de neoplasias relacionadas ao tabagismo. (Nunes, Castro, 2011.)

Os medicamentos para o tratamento do tabagismo, principalmente, a terapia de substituição à nicotina, são consideradas de primeira linha e possuem um recurso importante e de muita valia para quem deseja abandonar o cigarro, pois serve para amenizar os sintomas da síndrome de abstinência à nicotina. Desse modo, o tabagista sente menos ânsia ao parar de fumar, e isso facilita com que ele siga todas as orientações recebidas pela equipe de profissionais nas diversas sessões da abordagem intensiva.

O Ministério da Saúde disponibiliza os medicamentos para o tratamento do tabagismo na Rede do SUS: Terapia de Reposição de Nicotina, através do adesivo transdérmico, goma de mascar e pastilha, e o Cloridrato de Bupropiona. (BRASIL, 2015)

Para que o controle do tabagismo seja mais eficaz, a sociedade e os profissionais de saúde devem promover ações com estratégias na prevenção do uso de drogas, principalmente para os adolescentes; e o Governo deve disponibilizar o tratamento medicamentoso gratuito na rede do Sistema Único de Saúde/SUS a quem deseja parar de fumar, bem como, fazer campanhas publicitárias em rede nacional que incentivem a população tabagista a abandonar o tabaco, aumento de impostos para reduzir a demanda de tabaco e eliminar o comércio ilegal de produtos de tabaco.

Não se pode deixar de destacar que a fiscalização da venda de cigarros os menores de idade deve ser uma preocupação e ação das autoridades públicas. Além disso, a busca de soluções para o problema das drogas não deve ser restringir-se a instalação de câmaras e reforço da segurança e da vigilância nas escolas, mas, sobretudo requer o desenvolvimento de estratégias de ação e prevenção envolvendo a cooperação entre a escola, a família, a comunidade e as instituições de saúde e governamentais.

Um ponto importante que foi destacado é que existem instituições informais criadas dentro da cadeia produtiva do fumo, e que muitas destas não serão rompidas facilmente com a CQCT. Nesse sentido, um elemento chave é a chamada “cultura do fumo”, que garante o sucesso do sistema de integração que se formou, bem como, a formação de um cluster em torno da indústria tabacaleira no centro do estado do Rio Grande do Sul, que acaba fortalecendo economicamente o desenvolvimento das atividades associadas ao fumo depondo contra as medidas que venham a fragilizar tal sistema. Assim, a CQCT, em termos de Brasil, para conseguir obter sucesso na redução da produção de fumo precisa gerar novas instituições que consigam sobrepor às antigas e já consolidadas ou somente conseguirá isso através da redução da demanda mundial, dado que a grande maioria da produção brasileira tem como destino o mercado internacional.

Nesse cenário, faz-se importante também a leitura das políticas internacionais relativas ao tabaco como produto de um longo desenvolvimento diplomático durante os séculos e principalmente na última década. Nesse sentido, ao se pensar o controle dos riscos à saúde ocasionados pelo uso do tabaco frente à globalização da saúde, podemos perceber que não há mais espaço ou possibilidade de se tratar a saúde apenas do ponto de vista nacional ou mesmo regional. Os problemas de cada país demandam um empenho global e a atuação conjunta das nações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Evidências Científicas sobre Tabagismo para Subsídio ao Poder Judiciário. 2013. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes12/tabagismojudiciario.pdf>. Acesso em: 23 de junho 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 300/GM, de 09 de fevereiro de 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Derivados do tabaco. Assuntos de interesse. Danos à saúde. 2015. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Derivados+do+Tabaco>. Acesso em: 23 de novembro de 2015.

BRASIL. Decreto n. 8.262, de 31 de maio de 2014. Brasília, 31 de maio de 2014; 193º da Independência e 126º da República.

BRASIL. Lei n. 10.167, de 27 de dezembro de 2000. Altera dispositivos da Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

BRASIL. Lei n. 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.

BRASIL. Medida Provisória n. 118, de 03 de abril de 2003. Altera a Lei n. 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.

BRASIL. Ministério da Saúde - Organização Pan-Americana da Saúde. Tabaco e Pobreza, um círculo vicioso - a Convenção-Quadro de Controle do Tabaco: uma resposta. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar. Agência de notícias. 2015. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/progra_ma-nacional-controle-tabagismo/tratamento-do-tabagismo. Acesso em: 24 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001 [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 571, de 05 de abril de 2013. Diário Oficial da União de 08 de abril de 2013, p. 56-57. Brasília, Distrito Federal.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. Modelo Lógico e Avaliação, RJ, INCA: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Por que aprovar a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco? RJ: INCA, 2004.

BRASIL. Por Um Mundo Livre de Tabaco - Por que aprovar a Convenção Quadro para Controle do Tabaco? 2004b.

BRASIL. Tabagismo: um breve histórico das políticas de promoção, prevenção e controle do tabagismo.

MONTEIRO CA; CAVALCANTE TM; MOURA EC; CLARO RM; SZWARCOWALD CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). Bulletin of the World Health Organization. Geneva: WHO, 2007.

CAVALCANTE, T. Experiencia brasileña con políticas de control del tabaquismo. Salud Publica de Mexico. 2004.

COMITÊ CIENTÍFICO DA COMISSÃO DE TABAGISMO DA SBPT. 1. Luiz Carlos Corrêa da Silva (RS) (Coordenador da Comissão) 2. Alberto José de Araújo (RJ) 3. Antonio Dórea (BA) 4. João Paulo Becker Lotufo (SP) 5. Keyla Medeiros Maia (MT) 6. Luis Suárez Halty (RS) 7. Vera Cruz de Oliveira (SP).

CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO. Decreto (1º de agosto de 2003) Cria a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos. A Comissão Nacional é composta pelos Ministérios da Saúde; das Relações Exteriores; da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; da Fazenda; da Justiça; do Trabalho e Emprego; da Educação; do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; do Desenvolvimento Agrário; das Comunicações; do Meio Ambiente; da Casa Civil; da Ciência e Tecnologia; Planejamento e Orçamento; da Secretaria Nacional Antidrogas; e da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Decreto n. 1.012 (28 de outubro de 2005) Aprova o texto da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, assinada pelo Brasil, em 16 de junho de 2003. Decreto n. 5.658 (02 de janeiro de 2006) Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Fatores associados à doença pulmonar em idosos. Rev. Saúde Pública. v. 40, n. 3, p. 428-35, 2006.

INFORME-SE EM PROMOÇÃO DA SAÚDE, v.5, n.1.p.10-12, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. Ministério da Saúde. Goldfarb, L.M.C.S, Monteiro, A.M.F.C, Ferreira, M., Costa e Silva, V.L. Implantando e Avaliando o Programa de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco nas Escolas. 2. Ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. Vigescola: vigilância de tabagismo em escolares, [monografia na Internet]; 2004 [citado 20 de junho 2017]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/vigescola/>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2006 [citado em 20 de junho 2017] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/atlas/>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. Goldfarb, L.M.C.S, Monteiro, A.M.F.C, Costa e Silva, V.L. Saber Saúde – Prevenção do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 1998.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. Manual de Orientações para comemoração do Dia Nacional de Combate ao Fumo – 29 de agosto. Rio de Janeiro (Brasil): Instituto Nacional de Câncer; 2007.

JORNAL O ESTADO DE SÃO PAULO. Dados preliminares do Inquérito sobre Fatores de Risco de Doenças Não transmissíveis e morbidade. Jornal O Estado de São Paulo, 27 de março de 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informações de Saúde / Mortalidade. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003. [citado em 10 out 2007]. Disponível em: www.datasus.gov.br.

NUNES, Sandra O.V; CASTRO, Márcia R.P (Organizadores). Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento (Online). Londrina: EDUEL, 2011. Acesso em 24 de junho 2017.

NUNES, SOV., and CASTRO, MRP., orgs. Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento [online]. Londrina: EDUEL, 2011. 224p.

OLIVEIRA, K.C.N.; ANDRADE, L.H.P.; ANDRADE, M. Tabagismo: um breve histórico das políticas de promoção, prevenção e controle do tabagismo. Informe-se em promoção da saúde, v.5, n.1.p.10-12, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Manual de Orientações para comemoração do Dia Mundial sem Tabaco. Genebra: OMS 2007.

PROTEÇÃO CONTRA OS RISCOS DA EXPOSIÇÃO À POLUIÇÃO TABAGÍSTICA AMBIENTAL. Portaria Interministerial n. 3.257 (22 de setembro de 1988) Recomenda medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho. Lei n. 9.294 (15 de julho de 1996) Proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, ou de qualquer outro produto fumígeno derivado do tabaco, em recinto coletivo privado ou público, tais como, repartições públicas, hospitais, salas de aula, bibliotecas, ambientes de trabalho, teatros e cinemas. Permite o tabagismo em fumódromos, ou seja, áreas destinadas exclusivamente ao fumo, devidamente isoladas e com

arejamento conveniente. Decreto n. 2.018 (1º de outubro de 1996) Regulamenta a Lei n. 9.294/96, definindo os conceitos de “recinto coletivo” e “área devidamente isolada e destinada exclusivamente ao tabagismo”. Lei n. 10.167 (27 de dezembro de 2000)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for the conduct of tobacco smoking among health professionals. Report of a WHO. Meeting Winnipeg, Canadá. 7-9 de julho, 1983.