

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

JORGE HENRIQUE SILVESTRE BARBOSA

**BIOPOLÍTICA E ANTITABAGISMO: A ESTATIZAÇÃO DA LUTA CONTRA O
HÁBITO DE FUMAR NO BRASIL E AS RELAÇÕES FUMANTES – NÃO
FUMANTES EM MACEIÓ**

**Maceió
2015**

JORGE HENRIQUE SILVESTRE BARBOSA

**BIOPOLÍTICA E ANTITABAGISMO: A ESTATIZAÇÃO DA LUTA CONTRA O
HÁBITO DE FUMAR NO BRASIL E AS RELAÇÕES FUMANTES – NÃO
FUMANTES EM MACEIÓ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Instituto de Ciências Sociais da Universidade Federal de Alagoas, como requisito à obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Área de concentração: Poder, Cultura e Sociedade.

Linha de pesquisa: Poder, conflito e ação coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Fernando de Jesus Rodrigues.

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecário responsável: Valter dos Santos Andrade

B223b Barbosa, Jorge Henrique Silvestre.
 Biopolítica e antitabagismo: a estatização da luta contra o hábito de fumar no Brasil e as relações fumantes - não fumantes em Maceió / Jorge Henrique Silvestre Barbosa, 2015.
 155 f.

Orientador: Fernando de Jesus Rodrigues.
Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Maceió, 2015.

Bibliografia: f. 149-155.

1. Luta antifumo. 2. Tabagismo passivo. 3. Diretrizes antifumo - Brasil.
4. Institucionalização. 5. Constrangimentos sociopsíquicos. 6. Fumantes – Maceió.
I. Título.

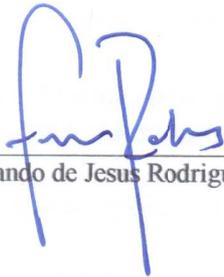
CDU: 316.644:613.84

Folha de Aprovação

AUTOR: JORGE HENRIQUE SILVESTRE BARBOSA

Biopolítica e antitabagismo: a estatização da luta contra o hábito de fumar no Brasil e as relações fumantes – não fumantes em Maceió

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Instituto de Ciências Sociais da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 30 de março de 2015



Dr. Fernando de Jesus Rodrigues - Universidade Federal de Alagoas (Orientador)

Banca Examinadora



Dr. Francisco Javier Guerrero Ortega - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Examinador Externo)



Dr. Fernando de Jesus Rodrigues - Universidade Federal de Alagoas (Examinador Interno)



Dr. Elder Patrick Maia Alves - Universidade Federal de Alagoas (Examinador Interno)

AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. Fernando de Jesus Rodrigues, orientador deste trabalho, por ter acreditado na relevância do estudo do tema proposto. Agradeço pelos grandes momentos de reflexão, discussão acadêmica, apoio e orientação em sentido amplo.

A todos os professores que de uma maneira ou de outra, contribuíram com o desenvolvimento de minha vida acadêmica até a presente etapa.

Ao Governo Federal, que por meio do MEC e da CAPES, fomentou esta e tantas outras pesquisas através da oferta de bolsas de estudos a alunos de mestrado de Universidades Federais. A manutenção desta iniciativa é indispensável à produção científica brasileira.

A todos os voluntários que gentilmente participaram das entrevistas que realizamos, apesar de todas as adversidades que se impuseram.

Aos servidores públicos que integram os núcleos de combate ao tabagismo que visitamos, tanto em esfera estadual quanto federal, que nos atenderam de maneira profissional e cordial, contribuindo para o bom andamento de nossa pesquisa.

À minha noiva, Cibely, pelo apoio incondicional oferecido nos momentos de dificuldade e incertezas. Agradeço pela enorme compreensão.

À minha irmã, Marina, pelo apoio oferecido nos momentos finais – e temporalmente decisivos – de produção deste trabalho.

Aos meus pais, pelo apoio e suporte.

Aos amigos e familiares, pela compreensão da ausência.

RESUMO

A pesquisa busca analisar a inter-relação de dois momentos da luta antifumo perpetrada no Brasil: 1 – a chegada e difusão, no país - especialmente a partir do início do século XX -, do debate científico-religioso e, posteriormente, da produção científica anglo-americana acerca dos malefícios do tabagismo ativo e passivo e sua importância para a institucionalização dos ideais antifumo no Brasil e; 2 - as medidas de combate ao tabagismo daí decorrentes, bem como sua resultante influência sobre a emergência de padrões simbólicos causadores de constrangimentos sociopsíquicos a fumantes ativos na sociedade brasileira pós-institucionalização de políticas antifumo. Buscamos destacar alguns dos principais atores aí inseridos, que através de esforços conjuntos conseguiram fazer com que o Governo Federal aderisse à agenda de ações e diretrizes antifumo propostas pelo movimento mais amplo - internacional -, capitaneado pela Organização Mundial de Saúde. A partir disso, buscamos compreender o impacto desta dinâmica simbólica sobre fumantes ativos, a exemplo do espaço que passaram a ocupar na nova configuração espacial desenhada por políticas antifumo e os papéis que passaram a desempenhar - especialmente após a sedimentação do conceito de fumo passivo - nos diferentes contextos sociais de convívio coletivo onde o uso de cigarros é restrito. Para tanto, utilizamos dados provenientes de entrevistas realizadas com participantes de grupos de apoio fomentados pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, presentes em um hospital público da cidade de Maceió-Alagoas.

Palavras-chave: Luta antifumo. Tabagismo passivo. Institucionalização. Diretrizes antifumo. Constrangimentos sociopsíquicos.

ABSTRACT

The research intends to analyze the inter-relationship between two moments of the anti-smoking fight perpetrated in Brazil: 1 – the arrival and diffusion in the country – specially from the beginning of the XX century -, of the scientific-religious debate and, afterward, of the works of the Anglo-American scientists about the health problems related to first and second hand smoking. Once we took these references, we tried to relate them to the process of the institutionalization of the anti-smoking precepts in the Brazilian State; 2 – the combat strategies against tobacco derivate from that dynamics, as well as from the resulting influence over the rise of symbolical templates that cause socio and psychological restraints to smokers in the Brazilian society at the post-institutionalization of the anti smoking policies era. Our intention was to evidence some of the main actors introduced in this dynamics, once they could make the Federal Government enjoy the anti-tobacco cause, including its agenda and directions proposed by the international movement, headed by World Health Organization. From there on, we intended to comprehend the impact of this symbolical dynamics lined by anti-smoking policies and the roles that they started to act – specially after the sedimentation of the concept of second hand smoke – on the different social contexts of mutual living, where the usage of cigarettes are restricted. In order to make that, we used data extracted from the interviews we made with volunteers of some mutual support groups promoted by the Programa Nacional de Controle do Tabagismo that work in a public hospital of the town of Maceió, Alagoas state.

Key-words: Anti-smoking cause. Second hand smoking. Institutionalization. Psychological restraints.

LISTA DE SIGLAS

ABIFUMO - Associação Brasileira da Indústria do Fumo

AMB - Associação Médica Brasileira

AMBr - Associação Médica de Brasília

Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CID-10 - 10ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CNI - Confederação Nacional das Indústrias

CQCT - Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

GACT - Grupo Assessor para Controle do Tabagismo

INCA - Instituto Nacional do Câncer

IPI - Imposto sobre Produtos Industrializados

JBM - Jornal Brasileiro de Medicina

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONGs - Organizações não Governamentais

PL - Projetos de Lei

PNCT - Programa Nacional de Controle do Tabagismo

SMBCF - Sociedade Médica Brasileira de Combate ao Fumo

SUS - Sistema Único de Saúde

RCP - *Royal College of Physicians*

SUMÁRIO

Introdução	9
Apresentação do desenho textual	17
1 Padrões morais e julgamentos sociais: proposta teórica para construção e análise do problema	21
2 A confluência entre diferentes fluxos e agentes na formação do hábito social do tabagismo e das estratégias para seu cerceamento	51
2.1 Da descoberta pelos colonizadores europeus no fim do século XV à disseminação cultural e mercantil na Europa do século XVI	51
2.2 O acirramento das estratégias de combate de agentes da saúde. as primeiras medidas estatais antifumo e a normatização da mercantilização do tabaco na Europa e em suas colônias (Século XVII)	56
2.3 A secularização do consumo de tabaco, seus usos sociais e o acirramento das disputas científico-religiosas em torno da demarcação do hábito enquanto prática danosa à saúde (Século XVIII)	64
2.4 A invenção do cigarro, sua industrialização, popularização e desenvolvimento sócio-cultural. A constante produção de pesquisas médicas e publicações envolvendo o tema dos malefícios do tabaco à saúde. (Século XIX)	70
2.5 O avanço institucional do movimento antifumo no Brasil e nos Estados Unidos, seus desdobramentos sociais e a integração com o cenário internacional (Século XX)	82
3 Aspectos das relações entre fumantes e não fumantes em Maceió	120
3.1 Apresentação do método utilizado para obtenção dos dados de campo	120
3.2 Estrutura e funcionamento do PNCT na instituição de saúde visitada	124
3.3 Percepções acerca das relações simbólicas entre tabagistas e não tabagistas em Maceió a partir da interpretação dos dados do campo	128
Conclusão	146
Referências	149

INTRODUÇÃO

O objetivo desta pesquisa, é analisar, fundamentalmente, a inter-relação entre dois momentos da luta antifumo perpetrada no Brasil, quais sejam: 1 – a chegada e difusão, no país - especificamente a partir do início do século XX -, do debate científico-religioso e, posteriormente, da produção científica anglo-americana acerca dos malefícios do tabagismo ativo e passivo e sua importância para a institucionalização dos ideais antifumo no Brasil e; 2 – a influência desta dinâmica na formulação e aprovação de leis e medidas de combate ao tabagismo no país, atentando para a emergência de padrões simbólicos causadores de constrangimentos sociopsíquicos a fumantes ativos na sociedade brasileira pós-institucionalização de políticas antifumo, ou seja, pós década de 1980.

Neste sentido, uma parte importante deste trabalho será composta pela busca das raízes históricas do debate anti-fumo que chega ao Brasil a partir do contato de diversos agentes locais – inicialmente colonos, representantes da coroa portuguesa e da Igreja, passando, posteriormente, aos operadores da saúde e agentes específicos da imprensa, bem como de algumas religiões protestantes - com as teses vigentes primeiro no mundo europeu e, mais tarde, no norte americano, reproduzindo e adaptando as lógicas de produção de conhecimento e proposição de modelos e medidas de combate.

Busquei expor a dinâmica de mobilizações de setores específicos da sociedade brasileira que tinham como finalidade a luta contra o tabagismo e que culminou com a adesão do Governo Federal à agenda de ações e diretrizes antifumo propostas pelo movimento mais amplo - internacional -, capitaneado pela Organização Mundial da Saúde. Para tanto, destaquei os principais atores envolvidos, bem como alguns dos canais de difusão de seus discursos, visando compreender algumas das dinâmicas de seu funcionamento e das estratégias desenvolvidas para sua institucionalização. Cumprida esta etapa, tracei o objetivo de entender seu impacto sobre fumantes ativos a partir de uma política pública federal – especificamente as ações baseadas em grupos de apoio ao fumante na busca pela cessação do hábito do tabagismo, fomentados e financiados pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) – posta em prática em um hospital público da cidade de Maceió, uma vez que a luta do movimento antitabaco consiste basicamente, em tese, em concentrar esforços para erradicar o hábito do consumo de tabaco do mundo. Para tanto, propõem e apoiam leis restritivas do consumo, da venda, da propaganda etc., de produtos derivados da referida planta, afetando direta ou indiretamente a vários segmentos sociais, sendo esta pesquisa focada no composto por fumantes ativos.

Ao longo do percurso de pesquisa, senti a necessidade de desenvolver uma compreensão – ainda que limitada pelo volume de dados os quais fui capaz de me debruçar sobre, durante o tempo que tive para finalizar o estudo aqui apresentado - do desenvolvimento sócio-histórico dos usos sociais do tabaco em algumas sociedades europeias pré século XX, na norte americana dos séculos XIX e XX e na brasileira do período colonial à contemporaneidade, para que fosse possível demonstrar as influências sofridas por esta última quando em contato com os costumes europeus e estadunidenses e os caminhos específicos que a figuração brasileira acabou tomando. Este percurso será o objeto de estudo do segundo capítulo.

Dando continuidade, o principal interesse com este trabalho, é entender o impacto da dinâmica simbólica - sobre fumantes ativos – gerada pela implantação de políticas antifumo no país, a exemplo de novas configurações espaciais que passaram a emergir em espaços de convívio coletivo, bem como os papéis que fumantes ativos passaram a desempenhar - especialmente após a sedimentação do conceito de fumo passivo - nos diferentes contextos sociais de contato mútuo onde o uso de cigarros é restrito, seja por normas legais ou morais. Para tanto, utilizei dados provenientes de entrevistas por mim realizadas com participantes de grupos de apoio fomentados pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, presentes em um hospital público da cidade de Maceió-Alagoas, além daqueles advindos de diferentes documentos com os quais tive contato.

É importante salientar que o objetivo, aqui, não é promover uma defesa do consumo de cigarros ou do ponto de vista das empresas do setor, dos ativistas antifumo, pró-fumo ou de quem quer que seja. Antes, a intenção é fazer um estudo sociológico de elementos que estão na gênese das políticas antifumo e mapear de maneira ainda exploratória, aspectos das estruturas sociopsíquicas de indivíduos fumantes ativos sujeitos a políticas públicas antifumo, buscando compreender quais condições sócio-históricas permitiram a emergência de um movimento antifumo largamente sedimentado e socialmente aceito, bem como em que nível – se é que há algum – ele se integra às estratégias biopolíticas modernas e contemporâneas nacionais e internacionais, destacando o estabelecimento de novas relações entre fumantes e não fumantes no espaço público mediadas por demandas relacionadas aos cuidados com a saúde individual e coletiva.

Ao pude notar, a linha que separa ciência de ativismo é bastante tênue quando se trata do tema do tabagismo, inclusive no que diz respeito ao conteúdo de artigos da área médica e pronunciamentos de instituições oficiais, associações, Organizações não Governamentais

(ONGs) e outras entidades que combatem o hábito. Tendo isso em vista, esforcei-me em expor argumentos com o intuito de demonstrar que a intenção não é demarcar posição contra ou a favor de políticas antifumo e/ou de resultados de pesquisas envolvendo os malefícios (ou a falta deles) do fumo ativo/passivo, mas apenas, como já disse, de analisar sociologicamente a relação simbólica estabelecida no binômio políticas antifumo → fumantes ativos.

Assim, nos últimos 50 anos, aquilo que aqui chamo de movimento antifumo¹ moderno vem atuando de maneira cada vez mais incisiva no Brasil, criando e desenvolvendo estratégias de combate ao tabagismo que têm mobilizado setores diversos: setores religiosos, frações da ciência médica, o Estado e ONGs, publicações científicas e leigas.

Não por acaso, o país é visto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como exemplo de luta antitabaco no mundo (JAQUES ; GONÇALVES, 2009 e 2010), demonstrando que o Estado brasileiro tomou para si esta missão, entrando em conflito com interesses da indústria do fumo e vendo-se pressionado a buscar alternativas para os plantadores de tabaco, já que a cultura de fumo no Brasil é bastante significativa e composta majoritariamente por agricultores familiares, tendo 97% de sua produção destinada à confecção de cigarros². Desta forma, também no que tange às políticas de substituição do plantio de fumo por outros tipos de culturas economicamente viáveis (medida prevista no artigo 17 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT), o Brasil mais uma vez cumpre papel de vanguarda, sendo considerado exemplo pela OMS³.

1 Aquilo que neste trabalho convencionamos chamar movimento antitabaco, antifumo ou antitabagismo consiste em uma série de mobilizações de caráter ideológico, científico, moral e/ou religioso provenientes de diferentes setores da sociedade, buscando produzir conhecimentos sobre o tema do tabagismo com a finalidade de expor supostos malefícios que a referida prática causa à saúde de fumantes ativos, passivos, ao meio ambiente, à economia, aos sistemas de saúde etc., visando gerar ou fortalecer argumentos que comporão campanhas em prol da aprovação de leis envolvendo o tema do tabagismo, campanhas de conscientização da população leiga etc.

Como veremos no capítulo 2, desde que o tabaco chegou à Europa, é possível identificar a existência de um movimento desse tipo, daí o uso do termo “moderno” no texto, para designar um recorte temporal sobre o qual estamos nos debruçando.

2 Sobre as alternativas à cultura do fumo, ver: “Governo Federal apoia alternativa ao cultivo do fumo”, em: <<http://www.agricultura.gov.br/vegetal/noticias/2013/09/governo-federal-apoia-alternativa-ao-cultivo-do-fumo>> [acessado em 10/01/2015];

Sobre a relevância da cultura do fumo no Brasil, ver: “Exportações de fumo e seus derivados”, em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/exportacao_de_fumo> [acessado em 10/01/2015].

3 Como é possível ver em: Diário da Manhã. “Encontro internacional debate alternativas ao plantio do fumo”, disponível em <<http://diariodamanhapelotas.com.br/site/encontro-internacional-debate-alternativas-ao-plantio-do-fumo/>> [acesso em 28/09/14];

Portal Brasil. “Metodologia brasileira para controle do tabaco é aprovada internacionalmente”, disponível em <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2014/02/metodologia-brasileira-e-aprovada-em-reuniao-internacional>> [acesso em 28/09/2014].

É possível notar que esta tomada de posição do Estado brasileiro, além de seus desdobramentos jurídico-normativos foram largamente influenciados pela mobilização de diferentes seguimentos da sociedade civil que concentravam esforços no objetivo de comprovar e popularizar a crença de que o hábito de fumar tabaco é individual e socialmente danoso, do ponto de vista da proteção à saúde, aliado ao discurso dos ônus econômicos provenientes dos tratamentos de doenças decorrentes do fumo incidentes naqueles que procuram o Sistema Único de Saúde (SUS) para realizar suas terapias. O êxito desta empreitada, por sua vez, parece ter criado novos tipos de tensões sociais não-intencionadas, decorrentes da formulação de diferentes rótulos depreciativos do valor humano de indivíduos fumantes, decorrentes das estratégias de diminuição da aceitação social ao hábito de fumar postas em prática pelo movimento antitabaco.

O interesse pelo estudo sociológico do tema do antitabagismo, ou, especificamente, da dinâmica anteriormente apresentada, surgiu em meados do ano de 2010, quando elegi o fenômeno da estigmatização⁴ da prática de consumo de derivados de tabaco como objeto a ser trabalhado na monografia de conclusão do curso de graduação em Ciências Sociais. Esta inquietação teve sua origem em diversas observações de situações do cotidiano as quais presenciei e que me levou a atentar para uma maior regularidade na externalização de atitudes verbais estigmatizantes⁵ (ou seja, repreensões ao ato de fumar) por parte de não fumantes em relação à fumantes, baseadas em argumentos que se repetiam. Exemplo disso seria o tão frequente “por que você fuma? Você não sabe que isso faz mal à saúde?!”, além de: “cigarro fede... não gosto que fumem perto de mim”; e: “não tenho nada contra fumantes, desde que fumem longe de mim”.

Inicialmente, a observação destas práticas se deu em círculos próximos - colegas, amigos e familiares -, que contam com uma quantidade significativa de fumantes. Desta forma, tanto em reuniões familiares, quanto em relações diárias corriqueiras entre membros fumantes e não fumantes da família, passou a ser perceptível um aumento na frequência de comentários neste sentido, que antes eram raros. Até então, o que era comum neste contexto

4 Aqui atribuímos o estigma à prática do uso de derivados do tabaco e não ao tabagista, uma vez que este cumpre o papel de socialmente estigmatizado, neste sentido, apenas enquanto mantiver ativo seu hábito. É diferente do processo de estigmatização vivenciado por outros tipos de dependentes químicos, a exemplo de dependentes de crack ou álcool, que mesmo quando estão com a dependência sob controle, há meses ou anos sem fazer uso de sua droga de escolha, continuam estigmatizados, mesmo que de forma mais branda do que quando estavam na ativa. Para uma discussão mais pormenorizada, ver as páginas 28-30.

5 Ou seja, que marcavam aqueles sujeitos de maneira social e individualmente depreciativa tendo como referência seu hábito de consumir tabaco.

eram alertas, aos mais jovens, sobre os possíveis danos causados pelo fumo à saúde individual. Situações de constrangimento público causado por atitudes ou comentários relacionados ao hábito de fumar eram acontecimentos recentes neste contexto e o que chamava bastante atenção era o fato de que frequentemente os tabagistas concordavam abertamente com as palavras que eram dirigidas a eles, limitando-se, quando muito, ao silêncio aquiescente, quase nunca rebatendo as críticas proferidas não em formas de conselhos, mas de pequenos ataques verbais – ou reprovações públicas. Assim, a maior parte passou a se afastar dos não fumantes nos momentos do uso em situações de convívio coletivo familiar ou fraterno - o que antes não acontecia.

Durante este mesmo ano, também estava em pauta, nas diferentes mídias jornalísticas, a discussão sobre a pertinência da entrada em vigor de leis que regulavam as propagandas de cigarros em locais de venda; a quantidade de advertências impressas nas carteiras de cigarros e aboliam os conhecidos “fumódromos”, existentes dentro de locais fechados, públicos ou privados, de convívio coletivo. Estas discussões culminaram, em 2011, na alteração dos textos de dois artigos da lei 9.294/1996, que versavam sobre esses assuntos, tornando-os mais rígidos, proibindo os fumódromos e estabelecendo porcentagens maiores do espaço destinado às advertências nos maços de cigarros. Portanto, manchetes de jornais e revistas sobre o tema do tabagismo⁶ e matérias jornalísticas divulgando resultados de pesquisas científicas⁷ passaram a ser comuns na grande mídia⁸.

Adicionalmente, parece ter havido maior veiculação através de televisão e revistas, de matérias jornalísticas com fins pedagógicos, no sentido de apresentar à população os efeitos nocivos do tabagismo à saúde individual e coletiva, métodos para parar de fumar, ilustrados

6 A exemplo da seguinte manchete: “Carro com cheiro de cigarro tem alto índice de rejeição na revenda”, cuja matéria traz dados de uma pesquisa espanhola que apontou nessa direção e, a partir daí, infere que no Brasil aconteceria o mesmo, porém, ao fim, cita que o custo para higienizar um “carro de fumante”, neste país, seria de cem reais (em 2011). Matéria disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/veiculos/cv1109201107.htm>> [Acesso em dezembro de 2011].

7 Exemplo disso é a seguinte matéria, veiculada em vários sites de mídias eletrônicas bastante conhecidas: “Fumantes têm QI mais baixo que não-fumantes”, onde é apresentado um estudo científico feito com membros do exército de Israel, fumantes e não-fumantes, onde eram submetidos a testes de QI (quociente de inteligência) durante os quais não podiam fumar e, ao fim, foram detectados resultados desfavoráveis aos fumantes. Disponível em <<http://www.minhavidade.com.br/bem-estar/materias/10993-fumantes-tem-qi-mais-baixo-que-naofumantes>> [Acesso em dezembro de 2011].

8 Coincidentemente, em 2015, estamos vivenciando os debates acerca da entrada em vigor da lei 12.546/2011, que além da existência de fumódromos, veta a criação de áreas para fumantes em ambientes que não sejam totalmente livres de barreiras à circulação de ar (embaixo de uma marquise, por exemplo, passa a ser proibido), em pontos de ônibus e áreas comuns de condomínios; acaba com a publicidade nos locais de venda, inclusive nos *displays* da vitrine onde os cigarros são postos em exposição; aumenta o tamanho da área ocupada pela advertência existente no verso das carteiras de cigarros, que passam a ocupar 100% do espaço etc.

por “casos de sucesso”, consequências do tabagismo ao meio ambiente etc. Essa profusão de publicização de resultados de pesquisas científicas, debates públicos acerca do tema do tabagismo, artigos de opinião em revistas e internet, vigência de leis regulatórias da venda e consumo em espaços públicos, dentre outros, pareceu apontar para uma possível articulação entre estas tentativas de “conscientização” e a ocorrência daquelas atitudes apresentadas anteriormente, inclusive no que dizia respeito àquelas de condescendência, por parte dos fumantes, também já citadas.

Até então, esta relação ainda apresentava-se apenas num nível raso, baseava-me em inferências feitas a partir de uma observação empírica bastante específica que, todavia, acabou por despertar o referido interesse pela compreensão da dimensão da singularidade histórica do fenômeno da estigmatização do consumo de tabaco, especialmente no que dizia respeito ao caso brasileiro. Além disso, esse primeiro exercício reflexivo levou-me à formulação, à época, da seguinte hipótese: há uma relação, neste caso, entre a divulgação, nas mídias de massa, dos resultados de pesquisas médicas sobre os malefícios individuais e coletivos do uso de produtos derivados de tabaco; o aparente aumento de regulamentações envolvendo sua venda e consumo em locais de convívio coletivo; e a estigmatização do tabagismo.

Desta forma, de maneira típico-ideal, o fenômeno da estigmatização do consumo de tabaco parece ter se dado a partir da formação de uma estrutura coercitiva formada pela inter-relação entre as produções científicas legítimas baseadas nos saberes médicos sobre a saúde dos corpos; a reprodução de seus resultados em larga escala a partir de veículos de mídia (em sentido amplo); a apropriação destas produções científicas, por parte dos Estados, para justificar políticas de controle da saúde das populações, onde entram regulação sobre hábitos de consumo de determinadas substâncias, para falar do nosso caso; por fim, conforme grupos humanos cada vez maiores creem nos argumentos – científicos - que servem de base para a elevação de determinada prática relativa, em nosso caso, à temática da saúde - especificamente a questão do tabagismo -, ao nível de potencialmente danosa à individualidade e à coletividade, grupos *outsiders*⁹ emergem, dada a impossibilidade de homogeneização de incorporação de crenças dentro das sociedades. É na relação entre grupos

9 Neste trabalho, utilizamos o termo *outsiders* no sentido empregado por Elias e Scotson em “Os Estabelecidos e os *Outsiders*”, ou seja, em contraposição ao termo “estabelecido” ou *established*, uma vez que queremos demonstrar que a figuração composta por tabagistas e não tabagistas pode ser pensada, quando considerada do ponto de vista dos padrões modernos de cuidados com o corpo e com a saúde, como uma relação estabelecidos – *outsiders*.

estabelecidos (conformes a estas crenças) e *outsiders* (alheios a elas) onde é possível observar dinâmicas de estigmatização, ou seja, depreciação do valor humano do outro, a partir da não conformidade a padrões aceitos em larga escala dentro de uma sociedade. No nosso caso, padrões de cuidados com a saúde.

A busca por dados mais robustos que me auxiliassem a confirmar ou refutar a referida hipótese teve como ponto de partida a procura por materiais que pudessem contribuir com a percepção que tinha de que passou a ocorrer, a partir de determinado momento histórico (que ainda buscava detectar qual), uma maior pressão exercida por diferentes segmentos sociais buscando a interposição de regulamentações relacionadas a diferentes aspectos da venda e consumo de tabaco, angariando esforços para inserir estes ideais nas casas do legislativo nacional - com vistas a institucionalizar as regras propostas -, e para ganhar o apoio da maior parte da população, com o intuito de comprovar a aceitação social das medidas propostas.

Neste sentido, um artigo fundamental para iniciar o tipo de discussão que me interessava foi o de Teixeira e Jaques (2011). O referido trabalho apresenta uma visão geral - porém rica em referências - pontuando momentos importantes do percurso que vai da entrada da discussão sobre o tema de maneira definitiva em determinadas entidades médicas brasileiras no início dos anos 1960, passa pelas primeiras criações de projetos de lei (PL) sobre esta temática, em meados da mesma década; pela discussão mais vigorosa do assunto dentro de seminários médicos, gerando produções científicas datadas do começo da década de 1970; apropriação e publicização, em forma de matéria jornalística, dos resultados destes debates por revistas de grande circulação no país, em especial a revista *Veja*, que, em 1980 publicou uma matéria intitulada “A epidemia do século”, que trazia um panorama geral sobre o tema, a situação em que o debate se encontrava nos Estados Unidos e a insinuação de que o legislativo brasileiro não aprovava leis antifumo porque as exportações de tabaco, à época, representavam 35,5% da arrecadação total de IPI, o dobro da parcela da indústria automobilística (GASPARI ; MACHADO, 1980 *apud* TEIXEIRA ; JAQUES, 2011) e por fim, desemboca em meados dos anos 1980, nas primeiras aprovações de PL que diziam respeito à venda e consumo de produtos derivados do fumo. Além disso, demonstra que na mesma época o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional do Câncer (INCA), passou a se interessar pelo tema, contribuindo na luta pela cessação do tabagismo no país.

Em contrapartida, as indústrias do setor do tabaco puseram em prática, diversas tentativas de barrar as investidas em favor da diminuição da aceitação social do tabaco. É possível citar como exemplos a criação de cigarros com filtros, marcas com menores teores de

alcatrão e nicotina, bem como a comercialização de piteiras para cigarros¹⁰. Porém, estas estratégias tiveram validade limitada, já que pesquisas de cientistas da saúde conseguiram demonstrar que estes artifícios não reduziam o risco do consumo de cigarros a um patamar aceitável, o que acabou desembocando na afirmativa de que não existem níveis seguros para consumo, por seres humanos, das substâncias presentes nos cigarros¹¹.

A exposição deste percurso fez-me perceber que era possível trabalhar com a hipótese anteriormente descrita, ou ao menos com a parte que pensava a inter-relação entre produções na área médica, apropriação e publicização dos resultados destes estudos pela mídia de massa e a aprovação de projetos de lei relacionados ao assunto. A segunda parte da hipótese formulada, voltada a entender como esta relação contribuía para a estigmatização do hábito de fumar, ainda necessitava de material mais robusto para ser refletida à luz do problema que inicialmente parecia coerente com minhas observações iniciais e exploratórias.

Sendo assim, dadas as várias limitações que se impuseram à época da monografia, limitei-me a construir um modelo da relação ciência → mídia de massa → regulamentações → políticas públicas, no que tange ao tema do tabagismo. É preciso dizer que o modelo apresentado nesta etapa anterior da pesquisa ainda apresentava consideráveis lacunas, desta forma, retomei este objetivo na etapa presente, buscando preencher estes espaços e avançar no estudo do objeto.

Assim, fui à busca de novas referências para a construção do percurso sócio-histórico que me interessava: o do desenvolvimento de estruturas coercitivas do consumo de produtos derivados do tabaco no Brasil e seus desdobramentos simbólicos sobre as estruturas sociopsíquicas e de personalidade de fumantes ativos, especialmente no que tange à percepção destes acerca da existência de dinâmicas de estigmatização ligadas ao hábito do tabagismo. Assim, fiz algumas descobertas que me permitiram relacionar de maneira mais robusta os desenvolvimentos das culturas antifumo modernas nos Estados Unidos e no Brasil. Por exemplo: grupos atuantes no primeiro país, a exemplo dos religiosos adventistas e batistas, chegaram ao Brasil pondo em prática seus ideais pró-temperança – incluindo campanhas

10 Segundo o dicionário Aurélio: s.f. Pequena peça, de madeira, de metal ou de outras substâncias, a que se adapta um cigarro ou um charuto, para fumar. O mesmo que boquilha. Fonte: <<http://www.dicionariodoaurelio.com/Piteira.html>> [Acesso em 28/01/2014]

11 A partir deste argumento, em 2003 a legislação brasileira determinou que os maços de cigarros devesses conter o seguinte aviso: “Este produto contém mais de 4.700 substâncias tóxicas, e nicotina que causa dependência física ou psíquica. Não existem níveis seguros para o consumo destas substâncias.” Fonte: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=2062>> [Acesso em 28/01/2014]

antifumo; além disso, os trabalhos científicos publicados no eixo Estados Unidos - Inglaterra acabaram reverberando fortemente na comunidade científica brasileira; por fim, publicações presentes em algumas revistas de circulação nacional, a exemplo da *Seleções do Reader's Digest* - que era lida pela classe média brasileira mais escolarizada, especialmente por mulheres -, passou a fazer campanha antifumo aberta: publicando artigos científicos, ficções envolvendo histórias de pessoas com câncer de pulmão etc.

Desta forma, é possível afirmar que o processo de formação do movimento antifumo brasileiro moderno está largamente eivado das contribuições destes três seguimentos sociais: o religioso, representado pelos adventistas e pelos batistas; o científico; e o jornalístico, representado por mídias impressas específicas, a exemplo da já citada revista.

Além disso, desenvolvi um estudo envolvendo fumantes e profissionais de saúde integrantes de grupos de apoio fomentados pelo Governo Federal em Maceió – Alagoas - através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), presentes em um hospital público da cidade. Realizei entrevistas, observações das reuniões e etnografia na tentativa de coletar dados que me auxiliassem a compor uma análise acerca da existência ou não da dinâmica de estigmatização a qual estava colocando como hipótese, a percepção dos indivíduos inseridos nesta estrutura relacional e os elementos sócio-simbólicos que a compõem.

Apresentação do desenho textual

Com isso a estrutura da dissertação se dará da seguinte maneira: no primeiro capítulo, será feita uma exposição teórica, trabalhando os principais conceitos inseridos no contexto do trabalho aqui proposto, demonstrando como as conceituações de grandes teóricos sociais podem se coadunar ao nível de análise em proposição, para que o problema de pesquisa possa ser melhor construído, apresentado e analisado. Também serão apresentados os caminhos utilizados para pensar a análise dos dados documentais e de campo através dos referenciais teóricos apresentados.

Já no segundo capítulo, demonstrarei o percurso de desenvolvimento sócio-histórico das tentativas de restrições ao tabagismo desde a descoberta do tabaco pelos europeus no final do século XV, fazendo um paralelo entre o cenário europeu e o brasileiro, inserindo o norte-americano a partir do século XIX e demonstrando como a partir do último quarto deste mesmo século a linha que o separa do percurso brasileiro se tornou bastante tênue, havendo um trânsito constante de informações entre os dois países – com algumas participações

secundárias de produções científicas inglesas – com a finalidade de construção, por parte dos agentes anteriormente citados, de um movimento antifumo brasileiro mais robusto, com possibilidades reais de institucionalização de suas bandeiras, tal qual ocorreu nos Estados Unidos. O segundo capítulo, portanto, apresentará este percurso de desenvolvimento, demonstrando os meios pelos quais a luta antifumo adquiriu legitimidade social no Brasil e obteve o apoio necessário dentro do legislativo federal para institucionalizar-se, vertendo suas demandas em leis e normas, apesar do constante embate com o *lobby* da indústria do fumo.

No terceiro capítulo, buscarei identificar os desdobramentos simbólicos das ações e estratégias de combate do movimento antifumo, em especial no que tange ao seu impacto sobre as estruturas de personalidade de fumantes ativos, bem como os novos padrões de relações sociais daí decorrentes. Além disso, tive como objetivo pensar teoricamente esta dinâmica, inserindo-a num contexto de demandas modernas de cuidados com o corpo e com a saúde e pensando a relação tabagistas → não tabagistas como vertical e mediada por uma noção de moralidade ligada ao cuidado com a saúde decorrente destas demandas. Para isso, tomei por base os dados apresentados no capítulo dois e aqueles obtidos através das entrevistas que realizei em um hospital público da cidade de Maceió, além de diferentes autores que ajudaram a pensar de maneira mais clara a questão sociológica envolvida no fenômeno estudado.

Assim, de maneira geral, nas entrevistas realizadas no referido hospital, coletei depoimentos que organizei como histórias de vida de usuários de cigarro que buscavam tratamento em grupos de reforço mútuo estimulados pelo governo federal, visando cessar o hábito de fumar. Em diversos desses registros, constatei a existência de um fenômeno sociológico aparentemente ainda não percebido – ao menos não de forma declarada - por investigadores e avaliadores de políticas públicas sejam estatais ou não-estatais, qual seja: a maior parte dos indivíduos que busca auxílio nesses grupos, visando parar de fumar, tem como principal motivo de sua procura não a preocupação direta com a saúde, mas a auto pressão causada por sofrimentos psíquicos decorrentes de práticas discursivas cotidianas, de restrições e avaliações depreciativas de familiares e de pessoas as quais se sentem afetivamente vinculados, de cujas relações eles extraem algum valor para si mesmos. Quero dizer, com isso, que apesar de declararem abertamente que o que os levou ao tratamento foi a preocupação com a saúde, quando em situação de entrevista ou de depoimento no momento do grupo, grande parte acabava por revelar que lá estavam por conta de pressões exercidas por familiares próximos, algumas inclusive constituindo-se em ameaças de separação conjugal.

Uma informante, “L”, relatou que o ex-marido havia pedido divórcio alegando que “não aguentava mais” o fato de ela ser tabagista. Relatou ainda que, após ter começado a participar do tratamento oferecido pelo hospital visitado, através dos grupos de apoio, havia conseguido parar de fumar¹² e, ao encontrar seu ex-marido no dia anterior ao do depoimento que deu a esta pesquisa, relatou que o mesmo havia dito “hoje você tem cheiro de mulher. Você hoje 'tá' cheirosa. É outra mulher. O rosto 'tá' diferente”. Então ela o indagou sobre o motivo pelo qual ele estava afirmando isso, no que se seguiu a resposta: “porque você 'num' fuma mais”. Então ela continua: “aí ele disse que hoje eu tinha cheiro de mulher e antes eu tinha cheiro de cinzeiro”. No que se encerrou o diálogo com o ex-marido.

Com isso, acredito que este aspecto esteja relacionado com a operacionalização de discursos aparentemente oriundos de setores médico-científicos que são reprocessados por diferentes agentes da comunicação social e micropoliticamente manuseados por indivíduos inseridos nas relações cotidianas dos fumantes em busca de tratamento, erigindo barreiras sociais e morais contra estes últimos, gerando, por exemplo, o tipo de constrangimento destacado no parágrafo anterior. Aliado a isso, busco a compreensão de como artefatos simbólicos usados hoje rotineiramente por pessoas comuns - como os referidos familiares destes mesmos indivíduos - estariam associados aos esforços médicos e comunicacionais de combate ao tabaco e ao hábito de fumar, também contribuindo para esta dinâmica.

Ao logo da investigação, ficou mais nítido que a conceituação médica de fumo passivo e a obrigatoriedade de propagandas de divulgação dos malefícios do cigarro, nas quais são mostrados indivíduos em situações de degradação extrema da saúde associados às aparências antiestéticas são exemplos de referências simbólicas que facilitaram a reprodução de discursos e práticas constrangedoras do hábito de fumar, favorecendo a transposição de fumantes ativos à categoria de *outsiders* dentro desta figuração onde o equilíbrio de poder que os define deste modo em relação aos estabelecidos (não fumantes) é determinado pelas prerrogativas morais que definem “a boa sociedade” - ou seja, o *establishment* - baseada em demandas de cuidados com o corpo e com a saúde.

Portanto, o terceiro capítulo trabalha a ideia de que, seja consciente ou inconscientemente, alguns agentes institucionais engendram medidas estigmatizantes do hábito do tabagismo, o que torna o tabagista também um estigmatizado. Podemos citar as estratégias de diminuição da aceitação social do consumo de cigarros, propostas pelo PNCT

12 A entrevista em questão foi realizada após pouco mais de três meses de início do grupo o qual a entrevistada frequentava.

(BRASIL, 2011) e pelo documento divulgado pelo Banco Mundial, demonstrando o quão oneroso é, para as empresas, contratar trabalhadores tabagistas (BANCO MUNDIAL, 1991 *apud* CARVALHO, 2000: 310-311) como expressões institucionais de medidas estigmatizantes.

Capítulo 1

Padrões morais e julgamentos sociais: proposta teórica para construção e análise do problema

A Organização Mundial de Saúde (OMS) já reconhecia, em 1970, a existência de danos causados a não fumantes pela inalação da fumaça do cigarro, ou seja, o fumo passivo. Porém, neste momento, como é possível ler no informe denominado “O hábito de fumar e a saúde”, aprovado na 23ª Assembleia Mundial de Saúde (ROSEMBERG, 1987: 303-310), a nomenclatura específica, bem como sua forma conceitual ainda não existiam. O que existia eram os debates inter-relacionados da exposição à poluição ambiental causada pelo tabaco e dos direitos dos não-fumantes em não respirar ar poluído por fumaça de tabaco.

Assim, considerando o fato de que a poluição ambiental causada pela fumaça do tabaco já era tomada como um dado pela Organização Mundial da Saúde e, conseqüentemente, se não por todos, pela maior parte de seus países membros – uma vez que o documento que continha esta conceituação inicial foi aprovado em assembleia -, os esforços institucionais da OMS se voltaram para a afirmação de que a luta pelo direito dos não-fumantes de não serem afetados por este tipo de poluição era um direito legítimo, portanto, a entidade deveria fomentar sua defesa entre os países membros. O trecho a seguir é demonstrativo deste esforço e faz parte das recomendações deste organismo internacional aos governos e às autoridades sanitárias: “nos programas de informação pública [contra o tabaco] se fará empenho particular em dar a conhecer o direito dos não-fumantes, em particular as crianças e mulheres grávidas, protegendo-as contra a exposição involuntária ao fumo do tabaco” (ROSEMBERG, 1987: 307). Mais à frente, lemos: “Deve ser examinada a possibilidade da adoção de outras disposições para a proteção dos direitos dos não-fumantes, por exemplo: [...] b) adoção de regulamentos de proteção aos não-fumantes contra a exposição involuntária ao fumo do tabaco em locais de trabalho [...]” (*id., ibid.*: 308). Dito isto, podemos perceber que a consolidação do conceito de fumo passivo foi consequência de uma agenda de pesquisas empreendidas por diversos pesquisadores de diferentes países e que, ao ser instituído de maneira definitiva em 1986, já possuía reconhecimento de um organismo internacional, a OMS, também já tendo indicações de formas de controle dentro do espaço público e laboral.

Como demonstração da importância de demarcar este momento como consolidador do fenômeno que estamos buscando aqui compreender - o da formação da dinâmica que permitiu

a transposição do hábito de consumir tabaco do patamar de socialmente estimulado para socialmente estigmatizado, e as consequências sociopsíquicas desta dinâmica sobre fumantes ativos -, é importante citar um caso ocorrido já em 1976, ou seja, seis anos após a publicação do informe anteriormente referido, abrindo o primeiro precedente para a proibição do fumo em locais de trabalho¹³: nos Estados Unidos, a corte superior de *New Jersey* proferiu uma sentença pioneira “histórica para a luta antitabagista” (*id., ibid.:* 270), ao decidir em favor de impetrante que reivindicava da empresa *New Jersey Bell Telephon Compan*, na qual estava empregada, o direito de trabalhar em recinto sem fumantes. Seu processo já havia tido sentença desfavorável em todas as outras instâncias menores do judiciário do referido estado norte-americano.

Um segundo exemplo, nos mostra Rosemberg (1987: 270): no mesmo ano, a *Action on Smoking and Health* proclama: “os não-fumantes são maioria e têm o direito de respirar ar puro” (*id., ibid.*). Segundo o autor, já nesta época, muitas empresas dos Estados Unidos passaram a não mais empregar fumantes, devido ao aumento no risco de aquisição de doenças ocupacionais por conta da associação do tabagismo ativo e passivo com a poluição com a qual já tinham contato dentro de empresas que trabalhavam com materiais radioativos e outros poluentes.

Longe de parecer uma iniciativa de um país isolado, esta prática permeou outros Estados e uma vez estabelecida a relação entre tabagismo e déficit financeiro causado a Estados e empresas, o Banco Mundial, como citamos ao final do capítulo um, também passou a publicar documentos no sentido de fazer recomendações sobre medidas a serem tomadas no sentido de evitar os impactos financeiros do tabagismo. Assim, em 1991 foi publicado um documento denominado *Novo desafio à saúde do adulto* (CARVALHO, 2000), onde é possível perceber recomendações expressas para que fosse estimulada a não contratação de fumantes ativos, uma vez que poderiam apresentar prejuízos a empresa causados por um maior tempo de intervalos feitos se comparados a um não fumante, maior possibilidade de adoecer. Além disso, lembrava que como a maioria dos fumantes ativos começa a fumar antes dos 18 anos, na idade produtiva tem uma grande chance de apresentar alguma doença tabaco-relacionada.

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde fez uma recomendação no mesmo sentido,

13 Ou no mínimo a separação entre fumantes e não fumantes em ambiente laboral.

desta vez utilizando o constrangimento como forma de estimular a cessação do hábito¹⁴. Várias empresas dos mais diversos ramos colocaram as recomendações em prática, alegando, além dos motivos já apresentados pelo Banco Mundial, o fato de que queriam proteger seus empregados não-fumantes dos efeitos do fumo passivo e cortar custos com plano de saúde.

Documento do Banco Mundial publicado em 2007 e intitulado “Controle do Tabagismo no Brasil” - produzido por membros dos departamentos de Desenvolvimento Humano e de Saúde, Nutrição e População para a região da América Latina e do Caribe -, teve o intuito de dar um parecer sobre as ações e metas da política antitabagismo vigente no Brasil, bem como sugerir “melhorias”. Sobre o estado do Programa brasileiro, diz o relatório:

O ponto de partida para o desenvolvimento de ações de educação é a divulgação de pesquisas, de base científica, que informem sobre as conseqüências do fumo para a saúde. Entretanto, considerando-se que o fato de as pessoas receberem essa informação não necessariamente irá resultar em mudanças comportamentais, o Programa desenvolveu também intervenções sociais e ambientais a fim de desencadear mudanças positivas de comportamento, após a disseminação do conhecimento. Para o desenvolvimento de ações de educação, o programa selecionou três canais: escolas, ambientes de trabalho e unidades de saúde, onde as informações são divulgadas juntamente com ações que possam promover um ambiente favorável para a mudança de comportamento. Informações contínuas sobre os riscos de fumar, em especial o fumo passivo, necessitam ser acompanhadas por restrições ao fumo e por medidas de apoio à cessação nesses locais. (IGLESIAS ; JHA et al., 2007, p. 74).

A citação demonstra os ideais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo e deixa claro que a simples estratégia de divulgação de resultados de pesquisas científicas não estava dando o resultado esperado, sendo iniciado um processo de intervenção social mais incisivo, envolvendo ações diretas em locais estratégicos, a exemplo de escolas, ambientes de trabalho e unidades de saúde.

Dando continuidade, segue o que os autores apresentam acerca do programa desenvolvido especificamente nas escolas públicas brasileiras, mencionadas na citação anterior como um dos três canais selecionados pelo poder público do país, para o desenvolvimento de ações de educação sobre o tema:

O Programa Saber Saúde visa promover uma consciência crítica entre as crianças sobre a manipulação de *marketing* usada para a promoção de estilos de vida inadequados, destacando-se o tabagismo. Fumar é descrito como um comportamento socialmente inaceitável e o Programa defende a inclusão no currículo escolar de estratégias que promovam estilos de vida saudáveis, focalizando professores, alunos e funcionários das escolas, sendo discutidos por várias disciplinas todos os aspectos

14 VARELLA, Drauzio. “Os fumantes e o trabalho”. In: Carta Capital. 21-09-2014 [Online]. Disponível em <<http://www.cartacapital.com.br/revista/818/os-fumantes-e-o-trabalho-324.html>> [Acesso em 22/09/2014].

relacionados ao fumo (saúde, ecologia, direitos dos cidadãos, história e economia). Um Módulo de Escolas Livres de Tabaco trata de estimular mudanças de comportamento relacionadas ao tabagismo entre professores, trabalhadores, alunos e membros da comunidade que interagem com a escola. (*id.*, *ibid.*)

Como percebemos a partir dos exemplos até aqui citados, mecanismos tanto internacionais quanto nacionais passaram a adotar como foco, a partir dos anos 1970, estratégias de diminuição da aceitação social do hábito do tabagismo, o que inclui, a exemplo do que vimos na citação acima, projetos de conscientização da população leiga cujas informações acerca dos malefícios do tabagismo são repassadas ao público-alvo buscando deixar claro que fumar é “[...] um comportamento socialmente inaceitável [...]” (IGLESIAS ; JHA *et al.*, 2007: 74), o que, a nosso ver, estimula o tensionamento das relações entre tabagistas e não tabagistas quando consideradas sob a mediação do elemento “consumo de tabaco e cuidados com a saúde”.

Sobre as recomendações da OMS envolvendo fumantes e as restrições de contratação no mercado de trabalho, Drauzio Varella - um conhecido médico brasileiro e declaradamente ativista antifumo com destaque em diferentes canais da mídia de massa do país, inclusive tendo protagonizado a série “Brasil sem cigarro”, apresentada em seis episódios durante o Fantástico, programa exibido aos domingos no horário nobre da TV Globo, maior emissora de televisão do país – resolveu se manifestar em artigo escrito na coluna que mantém na revista Carta Capital, por considerar os possíveis efeitos sociais causados por esse tipo de recomendação.

O médico, então, reconhece a existência daquilo que ele mesmo chama de “estigmatização” dos fumantes, e admite a existência de uma dinâmica de produção de estigmas em prol das “boas causas”, ainda que esta estratégia não seja fruto de um consenso: “De início justificadas para proteger contra o fumo passivo, medidas como essas estigmatizaram o fumante. Embora haja desacordo sobre o emprego de estigmas em nome de 'boas causas', eles contribuíram de fato para reduzir a prevalência do fumo” (VARELLA, 2014). Apesar de aqui não estarmos citando um teórico social, fazemos uso das palavras de um reconhecido médico ativista antifumo que declara que a produção de estigmas – ou, na falta do termo sociologicamente conceituado, de fortes constrangimentos sociais – é uma das estratégias utilizadas pelo movimento antifumo institucionalizado para reduzir de maneira rápida a prevalência de tabagismo nas sociedades modernas, sendo inclusive recomendada pela Organização Mundial da Saúde. Esta é a comprovação de que a produção de processos de estigmatização é parte componente da luta antifumo, ao menos a partir dos anos 1970, e o

estímulo à sua construção social é decorrente da compreensão, por parte do movimento antitabaco, de que a cultura de aceitação social do tabagismo deveria ser combatida de maneira incisiva, para que as estratégias de cessação da cultura do consumo nas sociedades modernas e contemporâneas dessem resultados em curto prazo.

A divergência detectada entre as opiniões de fumantes e profissionais da saúde que lidam com os mesmos, parece confirmar, por um lado, a existência do fenômeno do estigma relacionado ao tabagismo e, por outro, a crença de uma grande parcela dos profissionais de saúde na não existência deste fenômeno, acreditando que o que há, em verdade, são constrangimentos sofridos pelos tabagistas que são, porém, necessários à conscientização deles e da sociedade como um todo acerca dos malefícios do consumo dos derivados de tabaco.

Porém, não apenas Drauzio Varella reconhece a existência de estigmas relacionados ao hábito de fumar, mas acadêmicos que estudam a saúde sob o prisma da sociologia e disciplinas afins também o fazem. Exemplo disso é a publicação do trabalho “Riscos à saúde: fumaça ambiental do tabaco – pontos para um debate” (VERAS; CASTRO SANTOS *et al.* 2010) onde diferentes pesquisadores da epidemiologia, sociologia, história e saúde coletiva deram suas contribuições ao debate sobre a centralidade do conceito de fumo passivo na sustentação de estigmas relacionados aos fumantes.

A referida publicação – um dossiê composto por artigos e ensaios - pondera acerca da questão do fumo vista sob uma ótica academicamente crítica, já que, muitas vezes, os resultados das pesquisas envolvendo temas relacionados ao consumo de tabaco parecem verdades absolutas blindadas inclusive contra críticas da academia, sob o risco de sofrer a acusação de estar a serviço da indústria do fumo.

Assim, o trabalho nos mostra que as pesquisas aceitas como fundamento para o estabelecimento da relação entre fumo passivo e incidência de doenças em não fumantes poderiam ter seus resultados questionados, dada a dificuldade de se monitorar o efeito específico, em longo prazo, da poluição ambiental causada pelo cigarro sobre fumantes passivos, uma vez que estes sofrem a influência da ingestão de agentes poluentes provenientes de diversas outras fontes e que a exposição à fumaça específica do cigarro não ocorre por tempo tão prolongado quanto a inalação praticada pelo fumante ativo.

É importante salientar, e nós concordamos com os autores, que não há discussão acerca dos malefícios do fumo ativo, muito menos da exposição à fumaça do tabaco em ambientes totalmente fechados e/ou com pouca ventilação. Há, sim, uma tentativa de

questionamento sobre se a estratégia do constrangimento público de fumantes ativos é a mais efetiva, uma vez que a violência simbólica daí decorrente parece afetar estes sujeitos de maneira significativa.

Nas entrevistas que realizamos com voluntários participantes de grupos de apoio pertencentes ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo existentes em um hospital público da cidade de Maceió, boa parte alegava estar ali por pressão de familiares e/ou amigos, inclusive sofrendo ameaça de pedido de divórcio por parte do cônjuge ou enfrentando quadros de ansiedade/consternação por ter de lidar com tanta pressão. Reflexo disto é que a grande maioria solicita acompanhamento psicológico, exercícios de relaxamento etc. Boa parte dos membros dos grupos considera importante o acompanhamento psicológico e a existência de um profissional que os auxiliem em terapias de auto-relaxamento, ou seja, que possam colocar em prática por conta própria, fora das situações de reunião dos grupos aos quais pertencem.

O que se põe é que na trajetória da luta antifumo, como nos mostraram os autores - e nós tentaremos deixar claro no percurso que empreenderemos no segundo capítulo -, ciência e religião pareceram se unir contra o tabagismo, demonizando seu uso e, conseqüentemente, seus usuários; assumindo, boa parte dos cientistas, o papel de ativistas da causa antifumo, como nos mostra Castro Santos, quando, após elogiar os primeiros anos de pesquisa epidemiológica sobre os efeitos do fumo, diz que “[...] à medida que os primeiros passos foram dados, os defensores da velha moral das *Temperance Societies* nos Estados Unidos ganharam espaço, deixando pra trás a educação para a saúde e as medidas preventivas e transformando o fumo em uma questão de policiamento médico” (CASTRO SANTOS *et al*, 2010: 17).

Este fato, aliado à incorporação da causa por parte dos Estados, que, por sua vez, perceberam a causa como um aspecto componente da biopolítica, acabou gerando medidas estigmatizantes e excludentes. Para percebermos isso, basta levarmos em conta as restrições espaciais ao consumo, a cada ano mais severas, e as reações de não fumantes ao se depararem com fumaça de cigarro. O mesmo autor nos diz que “os espaços abertos de convívio foram fechados por políticas que coadunam ressentimento, medo social e exclusão” (*id.*, *ibid.*).

Desta forma, apesar de a maior parte dos defensores da causa antifumo alegar que não é possível falar em estigmatização relacionada a tabagistas, podemos ver que o uso do conceito não é exagerado de forma alguma, dadas as exemplificações anteriormente citadas e a comprovação de que uma das vertentes do movimento antifumo institucionalizado diz

respeito à criação de rótulos estigmatizantes com vistas a extinguir a aceitação social do fumo e coagir fumantes ativos a buscarem ajuda para cessar o hábito. Desta forma, a estigmatização do tabagista emerge como um desdobramento do estigma que o tabagismo porta.

Durante o momento de nossa pesquisa que compreendeu a observação de grupos de apoio mantidos pelo Instituto Nacional do Câncer, em um hospital público de Maceió, através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, bem como a realização de entrevistas com voluntários entre os tabagistas participantes e os profissionais atuantes nos referidos grupos, ficou clara a percepção, tanto por parte destes quanto daqueles da existência de, se não estigma, mas situações de constrangimento de formação de barreiras simbólicas espaciais separando fumantes de não fumantes na sociedade maceioense atual.

Durante as observações que realizamos nas reuniões dos grupos que acompanhamos, eram constantes as queixas, por parte dos participantes, da existência daquilo que eles denominaram preconceito, exclusão ou situações constrangedoras vivenciadas no dia a dia de cada um e que iam desde olhares de reprovação até a externação de palavras ofensivas relacionadas ao ato de fumar, além da iniciativa, por parte de desconhecidos, em aconselhá-los a “deixar o vício”.

Nas entrevistas com voluntários tabagistas, além da confirmação do exposto no parágrafo anterior, ficou clara a pressão por parte de membros da família para convencê-los a participar do programa. Os argumentos utilizados foram desde a alegação da preocupação com a saúde, passando por apelos emocionais feitos por crianças afetivamente mais próximas ao tabagista – na maior parte das vezes, dada a idade dos participantes, seus netos – e chegando a vários relatos de ameaça de divórcio por parte do cônjuge, mencionada por grande parte das mulheres ouvidas em situação fora das entrevistas ou durante as mesmas. Este dado é demonstrativo do nível de “incômodo” que um tabagista causa a um não tabagista, constituindo-se, o hábito de consumir tabaco, em um atributo depreciativo passível de ser usado como justificativa socialmente aceita para o rompimento de laços afetivos que costumam ser bem resguardados, a exemplo do casamento.

Entre os tutores entrevistados, todos reconheceram a existência de algum nível de constrangimento público ao fumante, cuja denominação do fenômeno oscilou entre os termos constrangimento, preconceito e exclusão social (no sentido estritamente espacial do termo). Porém, em consonância com o que Drauzio Varella apresentou no texto por nós citado anteriormente, todos também reconheceram ou que esse é um “mal necessário” para assegurar a efetivação das medidas antifumo e o interesse em parar de fumar, ou que o fenômeno

ocorre, mas não tem tanta importância, pelo fato de não chegar a ser nada além de um “simples constrangimento” ocasionado pelo incômodo que a fumaça do cigarro causa nas pessoas próximas ao fumante, aliado à tomada de consciência – por assim dizer – sobre os riscos de inalá-la.

Nossos voluntários participantes das entrevistas tinham a seguinte composição: um entrevistado do sexo masculino “I” (em tratamento em um dos grupos, graduação em nível superior, 52 anos, fumante desde os 18); cinco mulheres (“F”, 58, semi analfabeta, fumante desde os 9; “C”, 60, semi analfabeta, fumante desde os 5 anos; “E”, 36, ensino médio completo, fumante desde os 23; “H”, 54, ensino médio completo, fumante desde os 14; “L”, 37 ensino médio completo, fumante desde os 12). Dentre as tutoras entrevistadas, todas são profissionais da área da saúde, porém, não houve médicos ou médicas voluntárias. Não apresentaremos seus perfis porque, uma vez que as formações não se repetem, seriam facilmente identificadas.

Desta forma, fica claro que o argumento do fumo passivo fundamentou grande parte das estratégias da luta antifumo moderna, em especial aquelas referentes à sedimentação da aceitação social do movimento antifumo e, em consequência, da diminuição da aceitação social do tabagismo, contribuindo com a formação do fenômeno por nós estudado.

No que diz respeito aos referenciais teóricos que fundamentaram a análise proposta nos segundo e terceiro capítulos, num primeiro momento, buscamos pela tradição interacionista, em especial os trabalhos fundantes de Erving Goffman (2012) e Howard Becker (2008), sobre estigma, desvio e “rotulação”, de onde retiramos a essência do conceito de estigma que aqui estamos operacionalizando. Isso quer dizer que nos apropriamos de prerrogativas específicas apresentadas por estes autores, não do esquema teórico completo, adaptando-as às nossas percepções para que pudéssemos apresentar o estigma enquanto um tipo de rotulação valorativa moralmente orientada, portanto, socialmente construída.

Destes autores, pudemos depreender que relações de estigmatização são sempre moralmente orientadas e sua realização depende de sua inserção em um contexto sócio-histórico específico que permita aos indivíduos ou grupos identificarem uma prática e/ou característica individual ou coletiva enquanto dissonante em relação ao padrão moral dominante ao qual se refere, posto que, estas, por si, não portam um estigma, mas sim, se tornam estigmatizadas.

Exemplo disso é o que encontramos no trabalho de Goffman (2008) quando este

demonstra que todas as acepções do termo nos diferentes momentos históricos nos quais foi utilizado, fossem positivas ou negativas, eram sempre associadas ao status moral do indivíduo estigmatizado: na Grécia antiga, a palavra estigma servia para designar sinais corporais gravados através de fogo ou de cortes em áreas visíveis dos corpos daqueles que possuíam um “*status moral*”¹⁵ em dissonância com o padrão estabelecido. Estas marcações cumpriam a função de indicar a inferioridade dos estigmatizados em relação aos moralmente ajustados. Assim, escravos, criminosos e traidores recebiam estas marcas, devendo, portanto, serem evitados, especialmente em locais públicos. Já em outros momentos da história do ocidente, diferentes significados, inclusive de cunho religioso, foram integradas ao termo, mas, até a era medieval, todos ainda se referiam a marcas cravadas no corpo, publicamente perceptíveis, que apontavam para a diferença destes sujeitos em relação aos “normais”, ainda que no caso religioso isto fosse positivo.

Na contemporaneidade, porém, ainda segundo o mesmo trabalho de Goffman, o termo passou a ser aplicado de maneira majoritária - especialmente quando do estudo de fenômenos sociais - em significado negativo e passou a se referir a questões para além daquelas relativas a marcas físicas, sendo usado também para descrever processos de rejeição social baseados em práticas, características ou posições sociais nem sempre perceptíveis sob um primeiro olhar.

Acreditamos, então, que seja possível relacionar esta mudança de acepção ao desenvolvimento dos sistemas legais - no Ocidente - inspirados pelo liberalismo, que acabaram por abolir, ao menos legalmente, a prática de punição através da gravação de marcas físicas. Isso transpôs as dinâmicas de atribuição de estigmas e identificação dos estigmatizados a um nível relativamente abstrato, que opera a partir da relação com um padrão moral dominante, seja ele secular ou religioso, porém que não mais exclui baseado apenas nos atos, mas também no “ser”, através do estabelecimento, no senso comum, de tipos gerais que abarcam grandes contingentes populacionais - estereótipos. Isto não significa que este tipo de classificação social seja próprio da contemporaneidade, mas que só agora o significado de estigma passou a também referir-se a eles.

Não estamos, porém, afirmando que o modelo apresentado por Goffman segue esta linha de desenvolvimento argumentativo, estamos fazendo uso de seus argumentos e dados basilares para, através dos elementos que colhemos durante nossa pesquisa, fazer a afirmação do parágrafo anterior, uma vez que queremos demonstrar, com isso, que na

contemporaneidade o estigma passou a operar como marca simbólica que se expressa como violência física, simbólica ou ambas.

Assim, o conceito de estigma aqui operado designa uma rotulação valorativa moralmente orientada, portanto, socialmente construída. A estigmatização daí decorrente será sempre, primeiramente, referida a uma prática e, apenas, por conseguinte, a seu praticante. Isto significa dizer que o estabelecimento social de valores morais, devido à sua lógica particular de funcionamento – e.g.: o estabelecimento de um mecanismo simbólico que define maiores ou menores graus de prestígio aos indivíduos que os seguem com maior ou menor observância, de onde emergem dinâmicas de premiação, reconhecimento, degradação e punição públicas -, estimula o surgimento de práticas simbolicamente marcadas de maneira depreciativa por serem consideradas agressoras destes preceitos.

Desta forma, seus adeptos passam automaticamente a ser parcamente prestigiados em relação ao padrão de moralidade ao qual um estigma específico se refere - no caso do problema do tabagismo, o principal deles, na contemporaneidade, é a moralidade da saúde, que apresentaremos a seguir -, passando, em decorrência da externalização social de sua prática, a serem estigmatizados.

Como o aparecimento de padrões de moralidade depende de processos sociais diversos que concorrem para tal, o surgimento do estigma a ele relacionado também é dependente de uma construção social: aquela que estabelece a regra tácita de que indivíduos moralmente deficitários devem sofrer algum tipo de punição.

Quando falamos em relações de estigmatização, queremos descrever situações onde determinado indivíduo ou grupo de indivíduo é – ou passa a ser – considerado moralmente inferior por outros indivíduos ou grupos, passando, por isso, a sofrer sanções e ataques de diferentes tipos. No caso do tabagismo, as sanções – agora em forma de lei - vêm em maior número que os ataques, que se limitam às agressões verbais.

Dito isto, afirmamos que a estigmatização, nos moldes aqui apresentados, é sempre moralmente orientada e sua realização – ou existência - depende da ocorrência de sua inserção em um contexto sócio-histórico específico que permita a indivíduos ou grupos identificarem determinada prática e/ou característica individual ou coletiva enquanto dissonante em relação a um ou mais padrões de moralidade dominantes dentro da figuração que compõem.

No caso do tabagismo, historicamente concorrem três padrões morais para definir o estigma relacionado ao consumo de tabaco: a moralidade religiosa, a moralidade da saúde e as sanções morais sofridas pela apreciação, por parte do tabagista, de um “fruto proibido”, por

assim dizer. Na contemporaneidade, a moralidade da saúde é o padrão simbolicamente mais forte na definição de atitudes estigmatizantes em relação aos tabagistas, mas é importante salientar que, em consonância com o que afirmamos, a estigmatização dos tabagistas é decorrente da estigmatização do hábito de consumir tabaco, uma vez que este é que se constitui em prática moralmente depreciativa por “agredir” determinados padrões morais e, aí sim, faz com que o tabagista seja visto como alguém que foi afetado por este descrédito moral, portanto, passa a ser estigmatizado. Isto fica muito evidente no fato de que um ex-tabagista é socialmente bem aceito, diferente de um ex-dependente de alguma droga ilícita, que comumente continua sendo alvo de desconfianças diversas, demonstrando que são lógicas estigmatizantes diferentes.

Destacando a questão da moralidade - que aqui apresentaremos, em conjunto com o conceito de fumo passivo, como mais um elemento fundante do movimento antifumo moderno que contribui com a formação da dinâmica de estigmatização que intentamos destacar -, pensamos, então, que o padrão, ou antes, os padrões morais que orientam aquilo que chamamos de estigma, como conceito, ou relações de estigmatização, como prática¹⁶, são constituídos a partir da confluência entre diferentes fluxos de ação provenientes de fontes relativamente independentes entre si¹⁷, mas que, ao convergirem por diferentes motivos, formam uma moralidade secular característica¹⁸, que se transmuta a depender dos elementos que a compõe nas diferentes singularidades históricas¹⁹. Assim como a moralidade religiosa, que possui regras de observância e punição aos transgressores, a moralidade secular também carrega esta característica, em maior ou menor grau, sendo igualmente socialmente legitimada, o que faz com que coaja os sujeitos inseridos em seu raio de ação a reproduzirem suas prerrogativas. Desta forma, no que tange ao nosso problema, estamos tratando de uma moralidade secular ligada à saúde, identificada e conceituada por diferentes autores, podendo ser reconhecida como *healthism* ou *secular morality*, a depender da fonte consultada. Neste sentido, não se pode falar em estigma ou processo de estigmatização em sentido homogêneo e

16 Prática, nesse contexto, também diz respeito a um aspecto discursivo.

17 “Ação” no sentido de prática, o que nos faz retomar a afirmação da nota anterior. No caso desta pesquisa, é possível citar como exemplo desses fluxos, diferentes dinâmicas sociais que levaram à constituição da legitimidade do saber científico no tratamento de questões seculares, a legitimação do saber médico enquanto fonte de conhecimento sobre a vida etc.

18 “Característica”, mas não autônoma, já que normalmente está em relação com outras estruturas do tipo.

19 Segundo Weber (2004: 41): “[...] um complexo de conexões que se dão na realidade histórica e que nós encadeamos conceitualmente em um todo, do ponto de vista de sua *significação cultural* [grifo do autor].”.

unívoco, mas, antes, sempre no plural, já que cada caso se refere a diferentes padrões de moralidade e estruturas discursivas. No nosso caso, como se sabe, estamos tratando do estigma específico relacionado ao consumo de derivados do tabaco atravessados pelos padrões morais relacionados aos cuidados com a saúde.

Outra questão importante para o nosso trabalho é o processo de estabelecimento da ciência enquanto discurso de verdade e a subsequente instauração do saber médico como produtor de padrões sociais de normalidade. Desta forma, consideramos a história do desenvolvimento social da cultura do tabagismo nas sociedades ocidentais como um aspecto de suma importância para entender nosso fenômeno de estudo, que diz respeito à formação de estruturas simbólicas de constrangimento público de fumantes ativos e seus desdobramentos sociais. Além deste fator, outros aspectos sócio-históricos também concorreram para que fosse possível o surgimento do modelo moderno de combate ao fumo – a exemplo da ascensão da burguesia e do modo de produção capitalista, da concepção liberal republicana do Estado etc. -, como buscaremos demonstrar no segundo capítulo. Uma vez que fizemos esta exposição histórica, mantendo o foco no desenvolvimento de políticas de saúde e no destaque dos segmentos sociais envolvidos na construção da luta antifumo, nos esforçando para deixar clara a inter-relação entre os elementos envolvidos nesta teia, o modelo que buscamos apresentar ficará mais claro, sendo exposto e exemplificado no capítulo três, com nossos dados de campo.

A principal consequência de a ciência médica ter alcançado o patamar de prestígio que a permitiu operar - de maneira legalmente exclusiva e socialmente reconhecida pela maior parte dos indivíduos - saberes capazes de produzir padrões de classificação social baseados na prerrogativa da “normalidade” foi a de exercer um importante papel na uniformização dos estilos de vida quando vistos sob o prisma dos cuidados com a saúde. A publicização de suas pesquisas também permitiu ao leigo reconhecer o desviante, facilitando o aparecimento de dinâmicas de vigilância mútua, permitindo o isolamento e classificação de formas sociais de doentes, estabelecidas a partir destes padrões de comportamento normal disseminados, o que, num movimento cíclico, legitima a mesma ciência a apontar a cura, bem como as instituições e agentes que estariam aptos a realizá-la.

Neste cenário, a Medicina Social, como primeiro ramo da medicina a buscar destaque enquanto ciência socialmente útil, autonomia em relação às outras práticas de cura e lutar pela institucionalização da ciência médica - em sua acepção completa - perante o Estado, cumpre

papel fundamental na colocação da medicina em relação direta com o Estado e, reflexivamente, enquanto autoridade na administração da vida das populações. Foucault (2013: 143-170) nos mostrou os desenvolvimentos deste ramo da medicina na Alemanha, França e Inglaterra, demonstrando a importância de cada uma no esquadramento e administração do corpo social, onde na Alemanha se desenvolveu de maneira pioneira os conceitos fundantes de Medicina Social e sua inter-relação com o Estado; na França colocou-se em prática conceitos ligados ao mundo urbano como um espaço que deveria ser tornado salubre e, na Inglaterra, surgiu, finalmente, a noção da necessidade do trato das classes mais pobres, uma vez que, pelas condições em que viviam, atuavam como vetores de doenças para os estratos abastados. Desta forma, fica claro que “a medicina é uma estratégia biopolítica” (*id.*: 144), como nos disse Foucault.

No Brasil, a prática médica foi normatizada também através dos esforços da Medicina Social, em especial dos médicos que compunham o movimento higienista e já haviam tido contato com o processo de institucionalização da medicina ocorrido na França do século XIX. Miranda (2002) nos mostra que durante todo o período colonial a estrutura médica vigente no Brasil era basicamente uma extensão daquela atuante em Portugal, onde os serviços de saúde eram prestados pelas Santas Casas, hospitais militares e enfermarias de ordens religiosas. Além disso, os operadores da medicina eram físicos, cirurgiões-barbeiros, barbeiros sangradores, boticários, curandeiros e parteiras. Apenas em 1808, com a chegada da corte portuguesa, foi que se iniciou um movimento de normatização da prática médica.

Até este momento histórico brasileiro, quem regulava a prática médica eram as câmaras municipais, não havendo uma profissão médica unificada e estabelecida segundo regras gerais válidas em todo o território. D. João, então, estabeleceu em 1808 a fundação da Escola de Cirurgia, em Salvador, para promover o ensino da prática no país e suprir a falta de médicos. Ao lado da referida Escola, foi fundado o Hospital Real Militar, para que os alunos praticassem os ensinamentos teóricos. Ao transferir a corte para o Rio de Janeiro, D. João ordenou também a fundação de uma Escola de Anatomia, Cirurgia e Medicina, funcionando junto a um hospital militar, nos moldes de Salvador. Estas duas ações podem ser consideradas como o início do processo de institucionalização da medicina no Brasil.

Em 1813 e 1815, foi introduzida a disciplina de Introdução à Higiene nas escolas do Rio de Janeiro e Bahia, respectivamente, quando se tornaram Academias Médico-Cirúrgicas. Com a regulamentação do ensino da medicina em solo brasileiro, inicia-se o debate sobre a construção e afirmação de um novo perfil de médico, além da busca pelo reconhecimento

deste saber como prática oficial de cuidado da população no Brasil, deixando aquelas que citamos anteriormente relegadas ao rótulo de charlatanismo ou não seguras por conta da falta de embasamento científico de suas práticas.

Com a proclamação da independência política do Brasil, em 1826, essas escolas adquirem mais autonomia e passam a poder proferir certificados de médicos e cirurgiões a seus egressos. Com a administração das ações de saúde centradas nas câmaras municipais, os representantes médicos, incomodados com este fato – considerado uma usurpação de função - e já interessados em institucionalizar sua profissão enquanto única capaz de realizar tal feito, fundaram através de Cruz Jobim e Soares Meirelles, em 1829, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, nos mesmos moldes da Academia de Paris, fundada em 1820. O objetivo desta Sociedade brasileira era promover o desenvolvimento da ciência médica no Brasil, servindo como um órgão ao qual os governos do país deveriam consultar para tratar de assuntos relativos à higiene pública nas cidades.

Jobim deixa claro que é necessário criar uma doutrina nosográfica de alcance nacional, seguindo modelos estatísticos já bem estabelecidos na Europa. Isto seria conseguido, de acordo com ele, a partir da criação de associações médicas em cada capital do país, que promoveria estudos sobre as populações presentes em seus territórios, demonstrando índices de natalidade, mortalidade, as doenças mais comuns que as afetavam etc. Entre 1830 e 1832 a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro conseguiu estabelecer relações com o governo e passou a ter autoridade para listar os problemas de higiene que deveriam ser sanados nas cidades, a exemplo de reformas em hospitais, proibição de sepultamentos em igrejas, implantação de um sistema de saneamento básico etc., o que deu origem, em 1832, ao Código de Posturas da cidade do Rio de Janeiro que regulava ações sanitárias na cidade, incluindo a extinção de focos de desordem social que não contribuía com a higiene pública.

Porém, as câmaras municipais ainda detinham o poder legal para tratar do tema, sendo a Sociedade apenas um órgão consultivo. Isto ainda gerava protestos e críticas por parte dos médicos, que consideravam que os vereadores não podiam ter essa autoridade, por serem leigos no assunto. O conceito de polícia médica, vindo da Alemanha, passa a ser usado pelos médicos da Sociedade com bastante frequência, a fim de fundamentar a necessidade de controlar e fiscalizar, sob o prisma da medicina higienista, a vida social no Brasil. Desta forma, através do recurso de apelo às causas da higiene pública, a medicina ganhou um estatuto político próprio no país, passando a ter legitimidade para intervir de maneira mais direta na sociedade.

A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro ainda elaborou um plano para uma ampla reforma do ensino da medicina no país, fazendo com que em 1832 as duas Escolas Médicas Cirúrgicas existentes no Brasil fossem transformadas em Faculdades de Medicina (da Bahia e do Rio de Janeiro). Seus estatutos copiaram o da Faculdade de Medicina de Paris e inicialmente foram compostas pelos cursos de farmácia, medicina e obstetrícia. Assim, o curso de medicina passou a ter duração de seis anos e os únicos que poderiam, a partir de então, por lei, exercer a cura, realizar partos e criar, manipular e comercializar medicamentos em território brasileiro eram aqueles egressos destas duas Faculdades.

Em 1835, apesar de não ter obtido a autoridade que desejava para decidir sobre as políticas de saúde do Império, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro foi transformada em Academia Imperial de Medicina, passando a ser um órgão consultivo oficial do Estado para assuntos da saúde. Um dos papéis declaradamente assumidos pela Academia foi o de ser difusora das “luzes da civilização”, do conhecimento e da informação do progresso das ciências. Meirelles, um dos fundadores da Sociedade, justifica este papel da Academia afirmando que o médico deve ser reconhecido como autoridade responsável pelo combate à ignorância do povo, uma vez que

O povo geralmente não entende o que lhe é útil, e muitas vezes é incapaz desta inteligência. É preciso que a autoridade, como mais instruída, e mais capaz desta inteligência, faça o que entender que é útil e conveniente, sem se importar com o que diz ou pensa o povo erradamente, e sem lhe dar satisfação em matéria que não pode ser juiz, e cumpre por mais que tudo instruir e persuadir a autoridade, isto se faz com representações e propostas (Meirelles, 1835 *apud* Miranda, 2002).

Aqui fica claro que a medicina no Brasil buscou legitimar seu monopólio das práticas de cura e seu poder junto ao Estado através do apelo aos preceitos do higienismo, apresentando-se como ferramenta civilizatória que através do conhecimento científico expiaria as populações das mazelas que historicamente assolaram grandes aglomerados humanos, a exemplo da varíola e da bubônica. Desta forma, a administração das populações logo foi transferida a cargos públicos criados para serem ocupados por representantes da medicina, bem como a autoridade para projetar e reprojetar os sistemas de saneamento, ventilação e iluminação solar das cidades brasileiras no século XIX, uma vez que eram necessários fazer valer os preceitos sanitaristas para que estas se mostrassem de fato funcionais aos olhos do governo da época. Além disso, como é possível perceber pela citação, o papel civilizador ao qual a medicina se impunha no Brasil pode, na verdade, ser considerado uma cruzada civilizatória, uma vez que seus representantes passavam a ser instruídos desde a formação acadêmica a considerarem-se portadores de um conhecimento superior e salvador,

livre de qualquer questionamento por parte do público leigo e que, ainda que este ousasse questionar, deveria ser ignorado, pois as ações realizadas culminariam com a melhora de seu bem-estar, que seria percebida de maneira prática tão logo fosse possível - percebemos aqui certo grau de semelhança com as políticas de estigmatização do consumo de cigarros com vistas a acelerar o processo de cessação da incidência do tabagismo no Brasil contemporâneo.

Após este processo, a medicina se estabeleceu como um mecanismo relativamente autônomo, menos propenso a ações diretas por parte do Estado, já que as normas que lhe asseguram a existência e a sobrevivência foram negociadas diretamente dentro dos campos institucionais estatais, sob os auspícios dos principais representantes médicos do país²⁰. Isto se expressa também no modelo regulatório da ética profissional baseado em conselhos federal e estaduais altamente corporativistas. O prestígio social conferido aos médicos decorre da crença em sua profissão enquanto prática altruísta, com dedicação a salvar vidas, exaltando sua dedicação ao bem da coletividade e princípios éticos inabaláveis - daí decorre a necessidade do corporativismo, com o qual muitas vezes percebemos a condescendência por parte de representantes do poder público, expresso em privilégios extra legais oferecidos a médicos ocupantes de cargos públicos, por exemplo. Toda esta dinâmica está intimamente ligada à relação simbólica que a profissão, e conseqüentemente seus ocupantes, guarda com a sociedade leiga em geral.

Assim, contemporaneamente, apesar de resultados de produções científicas da medicina serem divulgados publicamente em meios de comunicação de fácil acesso, tais como revistas e televisão, as possibilidades de questionamento por parte dos indivíduos que têm contato com os mesmos são praticamente nulas, dado que, além de não terem o domínio do método – exclusividade do ofício -, o prestígio social da ciência, ainda mais da ciência médica, por si, já faz com que questionar suas conclusões seja tarefa relegada apenas a seus pares – isso quando o tema tratado não está envolto em uma aura de defesa política/político-econômica/cultural etc., que impede qualquer tipo de crítica, ainda que “cientificamente fundamentada”. De fato, isto contribui para a concepção disseminada de que pesquisas científicas são livres de influências externas, portanto representam a neutralidade pura e a verdade em si, quando sabemos que o campo científico está eivado de batalhas internas envolvendo a busca pelo poder e posições hierárquicas privilegiadas – que se expressa, por

20 Como afirmamos, a medicina teve e ainda tem grande apoio por parte do Estado para consolidar e manter sua posição dentro do campo social. É tanto que o saber médico é legalmente normatizado, lhe assegurando o monopólio das práticas de cura sob a justificativa da proteção da saúde da população, o que impede a formação de mercados paralelos concorrentes.

exemplo, na discussão que estamos vivenciando em âmbito federal sobre a regulamentação das regras de ética em pesquisa envolvendo seres humanos -, sofrendo ainda influências de elementos externos a depender da conjuntura onde está inserido, podendo ser tomado como exemplo o capital financeiro, cultural, político etc.

Isto demonstra que a institucionalização da medicina no Brasil é fruto de uma dinâmica de lutas de agentes das classes mais escolarizadas do país que, atentos aos processos ocorridos na Europa, passaram a demandar a exclusividade de seu ofício para a realização da cura e do cuidado das populações, uma vez que julgavam pertencer à vanguarda científica do país, detentora dos conhecimentos mais avançados sobre saúde, higienismo e sanitarismo, obtidos na Europa ou a partir de conhecimentos de lá advindos. Tomaram para si, portanto, a missão de civilizar a vida pública do Brasil a partir da medicina social, para isso, necessitavam da prerrogativa da exclusividade do exercício do ofício. Este momento histórico é um dos aspectos fundamentais para se entender o problema abordado por este trabalho, uma vez que demonstra o papel social da medicina e de seu operador, o médico, na produção de padrões simbólicos de crenças e comportamentos baseados na observância da boa saúde

Grande parte da crença no poder de salvação da vida terrena que é atribuído ao médico pela maioria leiga, provém, sob diversas circunstâncias, deste constante trabalho de luta pela institucionalização da profissão, da atuação pública pedagógica destes profissionais – tal qual presente na citação de Meirelles -, bem como pela relação estabelecida entre médico e paciente no momento da clínica. Este momento, característico de uma fração das profissões da área da saúde, permite que a ação do profissional seja dotada de pessoalidade ao mesmo tempo em que trabalha com a oferta de restauração de um aspecto que passou a ser considerado um bem universal. Ou seja: o reconhecimento da legitimidade do poder de cura dos profissionais da medicina, bem como de sua exclusividade em operar as técnicas a ele relacionadas, perpassa uma dimensão pessoal e universal ao mesmo tempo. O médico é capaz de restituir a vida e faz isso, em teoria, de acordo com os problemas específicos de cada indivíduo, mantendo, no momento da clínica, uma relação aparentemente pessoalizada, ainda que sua finalidade seja manter a saúde do corpo geral (ou corpo social) através da ação pontual de tratar um indivíduo em específico. Daí nasce uma relação de confiança entre médico e paciente, onde o segundo confia totalmente no primeiro, a ponto de seguir suas determinações sem fazer questionamentos - nem se interessa em o fazer, dada a dinâmica que apresentamos anteriormente, que diz respeito ao não conhecimento da técnica – e a crença na atuação do médico como restaurador da saúde individual e coletiva.

Um processo que nos ajuda a compreender melhor esta relação, bem como o percurso de institucionalização dos ideais médicos é aquele que Foucault destaca enquanto representativo da passagem das sociedades disciplinares para as biopolíticas; quando a forma de vigilância se deslocou de um patamar onde se mostrava de maneira mais evidente à população constituinte de um Estado, e passou a ocupar níveis mais abstratos, agindo simbólica e psicologicamente, no inconsciente.

Esta política de gestão da coletividade – a biopolítica - instaurada pelos Estados Liberais, nasceu do impasse formado a partir do momento em que as estruturas desta nova etapa da constituição territorial europeia – mais tarde ocidental - foram instauradas, gerando a falta de um poder central concretamente visível e temido. Concomitantemente, os ideais de lucro da classe burguesa geraram a necessidade de aperfeiçoamento dos corpos, visando tornar sua produção ótima²¹.

Podemos definir a biopolítica, grosso modo, como fruto da preocupação liberal com contenção de gastos por parte do Estado e da necessidade de, para isso, controlar campos da vida de sua população que antes não faziam parte das estratégias de dominação absolutistas – diziam mais respeito à Igreja. Assim, nasceu de algumas concepções e observações por parte de economistas que ligaram a baixa natalidade, alta mortalidade e invalidez por acometimento de doença(s) à perda de receita por parte do poder central estatal. Consiste na regulação da vida dos indivíduos com vistas a mantê-los saudáveis e produtivos durante o maior tempo possível²². Desta preocupação é que surgem as primeiras medidas sanitaristas e higienistas, geradas a partir da observação de que a falta de saneamento trazia moléstias perigosas que acabavam por dizimar a força de trabalho de um Estado; nascem também os interesses em planejar os espaços urbanos, incentivar o cultivo da instituição familiar (aos moldes

21 É importante lembrar que o poder, para Foucault, não emana de um só ponto ou núcleo (apesar de o autor reconhecer o papel basilar do Estado enquanto principal elo entre as várias fontes de poder), sendo algo que está disseminado no tecido social, possuindo várias fontes e transpassando os corpos dos indivíduos, modelando-os. Isto significa que os discursos não são frutos de algum projeto previamente pensado por algo ou alguém, meticulosamente planejado e posto em prática.

O poder, cuja “materialização” ou forma de ação, por assim dizer, se dá na forma de discursos legitimadores de práticas, nasce a partir do desenvolvimento histórico, fruto de transformações decorrentes de jogos políticos, econômicos etc. e a partir daí passa a agir sobre os indivíduos, em conjunto com outros (poderes-discursos) já atuantes. Assim, não é possível falar que um poder suplanta outro, tornando-se o novo dominador durante as mudanças históricas; há, na verdade, uma sobreposição e coexistência de poderes, ou seja, o nascimento de uma nova prática discursiva não faz com que as antes existentes percam seu valor - age concomitantemente a elas.

22 Exemplos atuais seriam: políticas de incentivo ou controle de natalidade; ideia de que manter-se saudável é um dever; busca constante por melhor “qualidade de vida” e tudo o que está ligado a políticas públicas controladoras da vida privada ou coletiva nos modos de ser ou estar de cada indivíduo.

burgueses, com todos os seus deveres e direitos) etc. Para resumir:

[nos Estados modernos absolutistas] O corpo do rei não é uma metáfora, mas uma realidade política: sua presença física era necessária ao funcionamento da monarquia (...). [porém] Não há um corpo da República [Estado liberal]. Em compensação, é o corpo da sociedade que se torna, no decorrer do século XIX, o novo princípio. E é esse corpo que será preciso proteger de um modo quase médico: em lugar dos rituais através dos quais se restaurava a integridade do corpo do monarca, serão aplicadas receitas terapêuticas como a eliminação dos doentes, o controle dos contagiosos, a exclusão dos delinquentes. A eliminação pelo suplício é, assim, substituída por métodos de assepsia: a criminologia, a eugenia, a exclusão dos degenerados (FOUCAULT, 1977 b, apud MOURA, 2007, p. 45).

Aqui fica bastante evidente a associação entre biopolítica, constituição da ciência médica e políticas antifumo formando a base das políticas antitabaco, bem como de sua aceitação social²³ e auxílio na fiscalização – através da vigilância mútua. Medicina e Estado se associaram no Brasil, no que tange às políticas antifumo, como veremos no capítulo dois, mais pela iniciativa dos médicos que do Estado, mas a chegada dos ideais biopolíticos ao Estado brasileiro foi um facilitador para que esta tentativa por parte dos representantes da ciência médica inseridos institucionalmente no legislativo nacional - seja através de cargos políticos ou de influências externas - desse certo.

O medo da morte, operado de maneira ampla, no caso do tabagismo, desde o estabelecimento do conceito de fumo passivo, contribui para o auxílio à vigilância coletiva. Este conceito conseguiu tornar caduco o argumento de direitos individuais que envolvia o tema antes dos anos 1980, invertendo o fluxo e pondo em evidência o direito dos não tabagistas de não serem afetados pela fumaça danosa à saúde.

Neste sentido, é possível afirmarmos que a questão do antitabagismo se insere, de um lado, dentro da preocupação, por parte do Estado, em manter a força de trabalho o mais ativa possível, além de preservar as contas públicas; e, do outro, da preocupação, por parte da população, com o dever de se manter saudável - pensamento derivado da ação dos discursos médico, religioso e liberal sobre seus corpos.

Acreditamos ser possível fazer um paralelo entre o antitabagismo e as campanhas anti-masturbatórias europeias. Moura (2007) apresenta alguns pontos levantados por Foucault em “Os Anormais”, especificamente no que diz respeito a este tema, que pensamos ser demonstrativo dos discursos biopolíticos operados pelo movimento antifumo. O objeto

23 É importante deixar claro que aqui estamos trabalhando em um nível amplo de análise, que compreende diferentes Nações, sem levar em conta especificidades de como esta questão se desenvolve socialmente em cada local. O que está sendo levado em conta aqui é apenas a demonstração dos aportes ideológicos que possibilitam a promulgação de leis restritivas das liberdades de consumir uma substância legalmente permitida, contanto com a adesão popular e a vigilância coletiva com vistas a coibir infrações a estas regras.

analisado por Foucault se deu na Europa do século XIX e a citação a seguir é ilustrativa de seu funcionamento:

Qualquer discurso poderá ser científico se, por virtude, servir a algum tipo de aparelho de poder. Esse discurso deverá também ser legitimado por regras de direito. A campanha anti-masturbatória no século XIX, por exemplo, baseou-se em numerosos estudos médicos, que associavam a masturbação à quase todas as doenças possíveis. Essa etiologia polimorfa e aleatória instaurou uma nova relação entre os pais, a criança e o espaço familiar, dando lugar a uma vigilância constante, legítima e sem intermediários por parte dos pais, na nova família burguesa (MOURA, 2007, p. 51).

Ora, consideradas as devidas ressalvas²⁴, o exemplo foucaultiano se mostra emblemático, sendo representativo da confluência entre as ações de diferentes segmentos, com base no discurso científico, para a constituição de um aparelho de poder específico. Assim, com a ressalva de que o tabagismo é de fato danoso a saúde, podemos dizer que a constituição do discurso que fundamenta seu combate se deu sob mecanismos semelhantes àqueles apresentados por Foucault na citação anterior e seu efeito foi instaurar uma nova relação entre tabagistas, não tabagistas e o espaço público, dando lugar, também, “a uma vigilância constante, legítima e sem intermediários” na nova sociabilidade mediada por critérios de saúde.

Esta “medicina social” socializada, institucionalizada, guiada pela busca da salvação dos seres humanos dos inimigos insalubres, estabeleceu uma nova divisão entre normais e anormais, baseada no conhecimento médico-científico. Estes padrões opostos regraram inicialmente questões ligadas à psiquiatria, passando, logo após, a nortear ações na maioria dos aspectos da vida: alimentação, sexualidade, hábitos de diversão etc., sob a alegação de que o anormal é danoso ao Homem.

Assim, continuando com Foucault, podemos considerar o conceito de “ficção da doença total” (FOUCAULT, 2001, p. 301) como relacionado aos discursos médicos antifumo, uma vez que, além de considerar 50 doenças como causas diretas do tabagismo, ainda

24 Sabemos que ao expor a questão das campanhas citadas em “Os Anormais”, ocorridas na Europa durante quase cem anos desde o século XVIII até o XIX, Foucault queria demonstrar a evolução das estratégias de modelação dos corpos exercidas pelo então jovem Estado liberal burguês. Pretendeu, com isso, demonstrar como através dos discursos médicos, enquanto substituto dos discursos religiosos no regramento da vida terrena, o ideal de família burguesa nuclear paternalista composta por pai, mãe e filhos, foi sendo formado e estabelecido enquanto modelo padrão normal. Assim, conseqüentemente, todos os agregados, a exemplo dos empregados domésticos, foram postos de lado, sendo instaurada a legitimidade da vigilância constante e intensa por parte dos pais para com seus respectivos filhos, evitando influências externas em sua educação. Porém, ao fazer uma correlação tal qual a exposta neste parágrafo, a intenção deste trabalho foi apenas demonstrar a existência de alguns padrões que persistem ainda na configuração atual, agora envolvendo a questão (anti)tabagista.

considera várias outras como indiretas²⁵. Frequentemente se associava, nas reuniões dos grupos que frequentamos, o tabagismo à maior parte das queixas apresentadas pelos participantes, que incluíam, por exemplo: insônia, hipertensão, problemas para controle do diabetes etc. Além disso, uma das entrevistadas, H²⁶, atribuía a morte da mãe por complicações do diabetes ao tabagismo: “[...] mamãe fumava muito, muito 'mermo'... morreu 'tá' com dois anos, mamãe morreu... foi quando conseguiu parar de fumar – foi quando morreu.”. Então nós perguntamos: “Mas ela morreu por causa de algum problema de cigarro?”; ao que a entrevistada responde: “Foi, porque ela era diabética e fumava muito, aí cortou uma perna, aí... sarou e tudo, mas o problema passou 'pra' outra perna, já ia cortar a outra perna quando ela faleceu... e faleceu de uma parada cardíaca devido a fumar muito, que o médico sempre vinha recomendando que ela parasse, parasse, parasse e ela 'num' conseguiu”. Aqui fica clara a associação entre tabagismo e a causa de todos os males que acometem o corpo, uma vez que em nenhum momento da fala da entrevistada percebemos algum tipo de referência a outros descuidados por parte de sua mãe com o trato do diabetes ou do problema de hipertensão ou cardíaco que a levou à parada, a exemplo de questões alimentares, muito comum entre portadores destas doenças²⁷.

Uma vez que estes elementos apontados por Foucault tenham contribuído largamente para a formação das condições que possibilitaram o surgimento do movimento antifumo e a luta por sua institucionalização, em momento mais recente, podemos identificar novas dinâmicas que, por sua vez, facilitaram a instauração da estrutura que pretendemos analisar neste trabalho.

Continuando com nossa apresentação teórica, apresentaremos agora um conceito exposto e desenvolvido por Solomon Katz em artigo publicado em 1997: *moralidade secular* – *secular morality*, no original. Desta forma, o autor nos diz que:

Um novo tipo de moralidade está complementando o código moral tradicional. A ética judaico-cristã tradicional lida com pecado e redenção do pecado, que são definidos por códigos morais básicos a exemplo dos dez mandamentos, a regra de ouro, várias fontes bíblicas e suas derivações. O código moral secular, expresso no contexto da saúde, é construído sobre muitos dos mesmos princípios, mas as especificidades de suas aplicações depende da associação dos novos

25 <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=2588> [Acessado em 10/04/2012]

26 54 anos. Ensino médio completo. Fumante desde os 14.

27 Como já pontuamos em momentos anteriores do texto, não estamos afirmando que o tabagismo é um hábito benéfico. Pelo contrário, reconhecemos seus malefícios à saúde de fumantes ativos e passivos. Nossa exposição é no sentido de expor os mecanismos que levaram o tabagismo ao patamar de prática estigmatizada – e estigmatizante.

comportamentos morais prescritivos e proscritivos com o movimento saúde e *fitness*. Em outras palavras, o novo código é um sincretismo complexo de crenças contemporâneas sobrepostas ao antigo quadro. Assim, as mesmas pressões sociais inerentes ao pecado e ao sacrifício redentor relativos à estrutura do código tradicional, se tornam um importante meio para a aplicação do novo código moral secular. Por exemplo, quaisquer atos que tendem a violar o código prescrito são tomados em termos morais [...]. Neste sistema, [...] fumar um cigarro em um local reservado – *in private*, no original – é pecaminoso, mas no pensamento dos fumantes isto pode ser compensado fazendo exercícios físicos – *jogging*, no original – todos os dias. (KATZ, 1997: 298. Tradução nossa)

Esta descrição da moral secular associada à saúde e ao movimento *fitness*, como bem demarca o autor, nos mostra sua inter-relação com o aspecto ambivalente presente na moral religiosa tradicional, deixando claro que muitas vezes os transgressores destes códigos buscam encontrar saídas para compensar os “pecados” cometidos – a exemplo do fumante que pratica exercícios físicos. Porém, num momento posterior de seu artigo, Katz pondera sobre o impacto gerado aos fumantes ativos quando da inter-relação entre esta nova moralidade e o surgimento socialmente sedimentado da noção de fumo passivo nos Estados Unidos – lembremos que o artigo foi publicado em 1997 -, que podemos utilizar como exemplo para a dinâmica relacional entre fumantes e não fumantes que queremos destacar como vigente no Brasil.

Numa discussão acerca dos preceitos liberais fortemente arraigados na sociedade norte-americana, onde muitas vezes é socialmente vedado ao outro intervir nas ações alheias sem que haja uma motivação bem fundamentada, o autor demonstra que o fumo passivo surgiu como a motivação suficiente que passou a permitir intervenções diretas de não fumantes na vida de fumantes com quem guardavam proximidade ou não. Assim,

O conceito de moralidade secular difere moralmente do paradigma de responsabilidade individual porque traz consigo o foco em outra dimensão do controle social dos comportamentos que são nocivos à saúde dos outros. Existem elementos de ostracismo para o potencial transgressor e culpa e vergonha para o transgressor de fato.

Considerados o risco à saúde causado pelo fumo e os tremendos investimentos emocionais coletivos e individuais do movimento saúde e *fitness*, não surpreenderia ver uma nova força surgindo entre os não fumantes, especialmente com os recentes registros de que o cigarro é diretamente danoso à saúde do não fumante em um ambiente poluído por fumaça de tabaco. À medida que fica claro que fumar é prejudicial aos outros [...], esta moralidade secular guiada pela saúde desencadeou uma enorme tendência de opinião pública contra o hábito. Não é surpreendente, dada a magnitude do movimento saúde e *fitness* e da nova moralidade que o acompanha, que as descobertas sobre a fumaça do tabaco – *sidestream smoke*²⁸, no

28 Este é um conceito sem tradução direta para o português, até onde sabemos. De acordo com nossos conhecimentos, o termo “fumaça do tabaco” é utilizado em trabalhos da área da saúde e se assemelha ao conceito apresentado, que quer dizer a fumaça exalada por derivados do tabaco quando em uso e que solta no ambiente, provoca o fenômeno do tabagismo passivo em quem a inala.

original – poderiam produzir uma resposta incisiva: parece como se a maioria imediatamente aproveitou-se – *seized upon*, no original – da concepção de “prejudicar o inocente” e mudou sua atitude em relação aos direitos dos fumantes. (KATZ, 1997: 303-304. Tradução nossa)

Numa expressão de um dos argumentos que aqui tentamos expor, Katz nos mostra como o conceito de fumo passivo, aliado à força que o “movimento saúde e *fitness*” vinha ganhando na constituição da moralidade secular impulsionou uma dinâmica de tratar o tabagismo como um comportamento nocivo ao outro, portanto, o tabagista passou a ser jogado no ostracismo, cultivando sentimentos de culpa e vergonha.

Na modesta etnografia que desenvolvemos durante nossas observações dos grupos que frequentamos, esta questão ficou clara em algumas falas. Inicialmente, em uma conversa sobre formas de evitar recaídas ocorridas em um dos grupos visitados, uma participante afirmou que fazia questão de ficar perto de fumantes, para testar sua força de vontade e não romper amizades. Em resposta, a tutora do referido grupo falou: “Não pode. Você vai inalar a fumaça e isso faz mal. Você tem que ser uma pessoa saudável. Quando eu vejo alguém fumando, eu saio de perto. Quando tem alguém fumando na rua, eu desvio”. No que a maioria consentiu e a participante discordante não mais se manifestou.

Ortega (2008: 31) cita Crawford (1980), que numa definição anterior à de Katz (1997), chamou de *healthism*²⁹ “[...] a ideologia ou a moralidade da saúde [...] a forma que a medicalização adquire na biossociabilidade” (*id.*). Desta feita, Crawford parece se preocupar em definir a saúde, na contemporaneidade, como um elemento que ocupa um lugar para além das preocupações individuais, cumprindo, também, um papel de referência moral para julgar a conduta do outro. Além disso, todos os elementos relacionados com os aspectos positivos da vida são expandidos para serem relacionados à ideia de saúde.

Semelhante ao conceito de *secular morality*, Crawford parece ter atentado para a existência de dinâmica semelhante ao descrever o conceito de *healthism* ainda nos anos 1980, uma vez que diz que

a saúde tornou-se não só uma preocupação; tornou-se também um valor absoluto ou

29 Vários autores apontam para a existência de uma moralidade referenciada por ideais de saúde, que age como meio para julgamentos sociais daqueles que agem em concorrência com este padrão. Ver Metzl, J. M. *Introduction. Why against health? In: Metzl, J. M. e Kirkland, A. (eds.). Against Helath: how health became the new morality.* New York University Press. New York, NY. 2010. P. 06., para detalhes sobre o conceito de *biomedicalization*, no qual a saúde é apresentada como decorrente de processos ocorridos na junção entre medicina e tecnociência os quais forjaram-na enquanto uma “obrigação moral, uma mercadoria (*commodity*, no original) e uma marca distintiva (*mark*) de status e auto-estima (*self-worth*)” (tradução nossa). Ou seja: é notório que apesar de utilizarem diferentes caminhos, vários autores contemporâneos apontam para o mesmo problema: o ideal ou conceito de saúde como construção sociocultural, ferramenta de apelo moral-valorativo modeladora dos corpos e geradora de dinâmicas sociais estigmatizadoras.

padrão para julgar um número crescente de condutas e fenômenos sociais. Menos um meio para atingir outros valores fundamentais, a saúde assume a qualidade de um fim em si. A boa vida é reduzida a um problema de saúde, da mesma maneira como a saúde se expande para incluir tudo o que é bom na vida (Crawford, 1980 *apud* Ortega, 2008).

Considerado este conceito, percebemos que o tabagismo, ao compor o leque de práticas cientificamente declaradas como prejudiciais à saúde, afetando fumantes ativos e passivos, se desloca da situação de prática individualmente danosa, no sentido de afetar somente ao tabagista, para o patamar de prática socialmente danosa, no sentido de afetar a coletividade. Porém, diferente do que Katz aponta ao dizer que a moralidade secular, em relação do tabagismo, só passou a apresentar um cunho coercitivo após a instauração do conceito de fumo passivo; ao menos no caso brasileiro estamos com Crawford, quando o autor afirma que a moralidade da saúde – ou *healthism* – em si já é demonstrativa do lugar que esta passou a ocupar na biossociabilidade, servindo de padrão de referência moral tanto para o auto julgamento quanto para o do outro, pelo simples motivo de este não viver em consonância com os padrões de normalidade vigentes.

Tendo em vista o exposto, acreditamos ser possível trabalhar também com a noção de biossociabilidade (ORTEGA, 2008: 30) para designarmos a forma de sociabilidade mediada por critérios de saúde na contemporaneidade. Um desdobramento daquelas decorrentes da biopolítica clássica, uma vez que a formação de grupos de interesse orientados por critérios ligados à saúde, a exemplo de associações de combate ao fumo, que tomam referência em - e ganham força a partir de - medidas médico-jurídicas postas em prática pelo aparelho de poder estatal, mas que não se encontram diretamente ligadas a ele. Decorrente desta dinâmica, podemos falar em bioascese (ORTEGA, 2008: 31-2) como um conceito que expressa o *ethos* dos sujeitos biossociais, que agora norteando-se por regras e preceitos de cuidados com a saúde, auxiliados pelo acúmulo de conhecimento proveniente das constantes tentativas de “conscientização” e publicização de resultados de pesquisas científicas por parte do Estado em associação com ciência médica e mídia de massa, podem, neste sentido, se autocontrolar, auto-vigiar e auto-governar. Os indivíduos e grupos que não observam os preceitos da boa saúde, apresentando pouca disposição para introjetar esta ética bioascética, passam a ser estigmatizados.

Isso não quer dizer que deixaremos de lado a noção clássica de biopolítica. Nossa intenção é demonstrar que as transmutações das estratégias biopolíticas permitem o uso dos dois conceitos uma vez que levaram o problema do antitabagismo, ao menos no Brasil, a manter sua base de governança das populações no nível estatal, porém, através da intersecção

entre os fluxos das estratégias de educação voltada ao tema, advinda de agentes midiáticos, estatais e médicos; e preceitos morais relacionados à saúde, permitiu o governo de si, a autovigilância e a vigilância mútua, especialmente no período pós década de 1980, com a coletivização do problema dos danos causados pelo tabagismo.

Nesse contexto, também são construídas as bioidentidades dos desviantes, ou “novos desviantes”, nos termos do autor aqui em questão. Estas dizem respeito àqueles que não se vigiam nem se controlam, portanto se demonstram inábeis no cuidar de si. Os tabagistas, por sua vez, poderiam ser utilizados como exemplos de componentes deste “grupo”, por assim dizer.

Outro aspecto teórico importante a ser incorporado à análise diz respeito ao discurso do risco na contemporaneidade. Aqui, mais uma vez, nos apropriaremos da visão de Ortega (2008), já que este é um elemento básico da estrutura da biossociabilidade e das práticas de cuidado com a saúde na contemporaneidade. O autor nos diz que:

O indivíduo se constitui como autônomo e responsável, interiorizando o discurso do risco. O corpo e o *self* são modelados pelo olhar censurador do outro que leva à introjeção da retórica do risco, resultando na constituição de um indivíduo responsável, que orienta suas escolhas comportamentais e estilos de vida para a procura da saúde e do corpo perfeito e o afastamento dos riscos. (*Id.*: 33).

Assim, a introjeção da retórica do risco resulta na autogestão do risco pelos indivíduos, ao tempo em que, como com a saúde, também opera enquanto referencial valorativo moral que engendra julgamentos das condutas públicas, criando, concomitantemente, um leque de comportamentos desviantes da norma. Com isto, o ideal de saúde e a observância do risco agem em simbiose, reforçando os referenciais simbólicos que promovem processos de censura, ostracismo e estigmatização daqueles que agem em divergência. Reflexo da incorporação do discurso do risco é o fato de que a grande maioria dos participantes dos três grupos que visitamos nunca havia apresentado doenças tabaco-relacionadas, mas decidiram parar por receio de desenvolvê-las, já que todos fumavam há mais de uma década.

Considerando o exposto, continuando com nossa exposição teórica e retomando a questão do papel civilizador ao qual a medicina se propôs quando de seu esforço para institucionalização, a partir do século XIX – inclusive no Brasil –, pensamos em Elias, uma vez que este autor fundou uma teoria dos processos civilizatórios ocorridos nas sociedades ocidentais europeias que podemos utilizar de maneira ponderada para pensarmos a dinâmica verificada no cenário brasileiro pós século XIX.

O desenvolvimento progressivo da relação entre Estado e medicina na administração das populações no Brasil, iniciada, como mostramos, no século XIX, com os preceitos higienistas e sanitaristas da medicina social, acabou fomentando, a partir da confluência dos diferentes fluxos já apresentados, o gradativo acirramento dos constrangimentos sociais relacionados ao hábito de consumir produtos derivados de tabaco.

Uma vez que uma das principais características apresentadas por Elias quando da definição do conceito de “civilização” (2006: 21) e da ideia de “processos de civilização” (*id.*, *ibid.*) diz respeito à disposição inata dos seres humanos à auto-regulação dos impulsos – ou seja, uma disposição para auto regular-se e não uma auto-regulação inata do corpo *per se* -, podemos dizer que aprendem a controlar seus afetos e pulsões num sentindo específico de um modelo de civilização a partir da conformação a mecanismos externos ao corpo humano, emergidos a partir das figurações nas quais estão inseridos, sendo, neste caso, a medicina social um dos mecanismos que podemos citar como exemplo e a relação entre práticas higienistas por ela fomentadas e impostas pelo Estado, outro.

Desta forma, a ação de indivíduos com a finalidade declarada de cumprimento de papel civilizatório na sociedade brasileira se mostra claramente como um dos componentes daquilo que Elias denomina processo civilizador, se ponderarmos o conceito e aplicarmos-lo ao Brasil. Especificamente no caso do tabagismo, podemos citar a gênese da medicina social higienista como a gênese da luta pela institucionalização da ciência médica no país, da sua tentativa declarada em se aliar ao Estado, passando a exercer papel consultivo e normativo; além do início da massificação de ideais como os de higiene pública e coletiva, saneamento básico, bem como da noção de que as ações do “outro” poderiam afetar a “minha” saúde. Dado que as pressões que os indivíduos fumantes inseridos nesta figuração passam a sofrer para que se auto regulem e controlem sua vontade de consumir e os não fumantes, por sua vez, controlem-se para que não ponham em prática a vontade de criar o hábito do consumo, podemos afirmar que os aspectos que formam aquilo que aqui chamamos de movimento antifumo estão diretamente relacionados com o que Norbert Elias chama de “processo civilizador”.

Quando Elias (2006: 22) afirma que em todas as sociedades humanas, é possível encontrar uma dinâmica de conversão de coações exteriores em autocoações, parece ficar bastante evidente que o caso do tabagismo se enquadra nesta afirmação, o que reforça nossa tese de que o discurso antifumo compõe uma faceta do processo civilizador. Destarte, uma vez que um número cada vez maior de seres humanos passa a considerar válida uma conduta

baseada no autocontrole relativo ao uso de tabaco, aqueles que de alguma forma não incorporam essa crença ou falham na tentativa de agir na direção desta auto-regulação, passam a sentir-se páreas e, além disso, são vistos e tratados como tal. Daí decorrem sofrimentos psíquicos experimentados por tabagistas inseridos em dinâmicas de estigmatização, o que se mostra como um dos principais motivadores para que busquem ajuda para parar de fumar.

Outra importante contribuição de Elias ao nosso trabalho, diz respeito a uma etapa específica: aquela que esboça - dadas as nossas várias limitações - o desenvolvimento processual das estruturas que fundamenta(ram) os diferentes momentos do movimento antitabaco no Brasil. Para tanto, nos concentraremos, no capítulo segundo, em entender configurações pontuais que se deram em momentos históricos do Brasil e de alguns países-chave para entendermos os modelos passado e contemporâneo brasileiro.

Para trabalhar com o conceito de configuração, guiaremos-nos pela noção que diz que

[...] as configurações não são apenas amontoados de átomos individuais 'orientados para os outros': as ações [sic.] de uma pluralidade de pessoas interdependentes interferem de maneira a formar uma estrutura entrelaçada de numerosas propriedades emergentes, tais como relações de força, eixos de tensão sistemas de classes e de estratificação [...] (Elias e Dunnig, 1992: 26).

Com isso, queremos dizer que buscaremos destacar os elementos e suas inter-relações que, dentro de uma época histórica, concorreram e contribuíram para a emergência e desdobramento do fenômeno do antitabagismo. Dadas nossas limitações de material, ainda não será possível, neste trabalho, demonstrar de maneira satisfatória estes elementos inter-relacionados e encadeados na longa duração, tal qual demanda a sociologia configuracional, mas buscaremos demonstrar minimamente como ocorreu a transmutação do fenômeno de uma conjuntura sócio-histórica para outra.

Por fim, para finalizar nossa exposição geral introdutória, é importante salientar que pensamos a relação entre ativistas/apoiadores de políticas antifumo e tabagistas dentro de um modelo estabelecidos e *outsiders*, a exemplo do teorizado por Elias e Scotson em livro homônimo (2000), onde os primeiros podem ser definidos como, a partir das palavras de Federico Neiburg:

[...] indivíduos que ocupam posições de prestígio e poder. [Uma vez que] Um *establishment* é um grupo que se autopercebe e que é reconhecido como uma “boa sociedade”, mais poderosa e melhor, uma identidade social construída a partir de uma combinação singular de tradição, autoridade e influência: os established fundam seu poder no fato de serem um modelo moral para os outros. (*in*: Elias e Scotson, 2000: 7)

Esta posição “de prestígio e poder” e todas as referências à superioridade aí presentes, no que tange à nossa pesquisa, podem ser interpretadas como concernentes à relação dos indivíduos com os padrões contemporâneos de cuidados com o corpo e com a saúde, ou seja, à saúde como valor e padrão para julgar, tal qual citamos anteriormente.

Continuando, o termo *outsiders*, por sua vez, nas palavras do mesmo autor, é usado para completar a relação com o *establishment*, significando “[...] os não membros da 'boa sociedade'³⁰, os que estão fora dela. Trata-se de um conjunto heterogêneo e difuso de pessoas unidas por laços sociais menos intensos do que aqueles que unem os *established*. Os *outsiders* [...] existem sempre no plural, não constituindo um grupo social.” (*id.*). Isso quer dizer que os *outsiders*, enquanto tal, não possuem identidade de grupo, o que facilita a aceitação das características depreciativas que lhes são atribuídas pelos estabelecidos e a condescendência.

Como demonstramos, ainda que de maneira introdutória até aqui, os fumantes ativos no Brasil não se veem enquanto pertencentes a um grupo social cujo pertencimento se dá pelo fato de “ser fumante”, ou, se o fazem, não acham que são suficientemente merecedores de fazer valer suas vontades de viverem sob leis de restrições de convívio coletivo menos rígidas. Em outros países, a exemplo dos Estados Unidos, apesar de não conseguirem muitas vitórias de suas demandas no campo judicial, é possível notar a existência de grupos de fumantes atuando em prol de sua causa, buscando abrandar as leis de proibição do consumo em espaços públicos. Exemplo disso é o *site* estadunidense, especificamente nova-iorquino, chamado *New York City C.L.A.S.H.* (significado da sigla, em inglês: *Citizens Lobbying Against Smoker Harassment*³¹).

Este segundo movimento surgiu após a criação e implementação, no início de 2011, de uma lei idealizada pelo prefeito nova-iorquino Michael Bloomberg, do partido republicano norte americano, que proíbe o consumo de cigarros em parques e praias de Nova Iorque, restringindo as áreas onde são permitidas o consumo de cigarros às calçadas, dentro do próprio carro ou dentro de propriedades privadas. Ou seja, a partir desta lei, o único ambiente público onde o consumo é permitido na cidade de Nova Iorque são as calçadas. Esta decisão gerou bastante polêmica e deu vida ao *New York City C.L.A.S.H.*, grupo que alega que a lei é

30 Neste sentido, a “boa sociedade” seria o *establishment*, ou aqueles que atendem aos preceitos da moralidade secular mediada pelos preceitos da boa saúde, ou seja, agem de acordo com as demandas contemporâneas de cuidados de si. No caso do fenômeno que estamos estudando, seriam os não fumantes que consideram o tabagismo um hábito moralmente condenável.

31 Tradução aproximada: Cidadãos agindo politicamente [ou fazendo lobby] contra a perseguição aos fumantes.

de cunho autoritário e cerceador de liberdades individuais.

No Brasil, surgiram alguns *sites* do tipo, porém, com pouco destaque, a exemplo do “Eu Fumo”³², criado sob o lema “Defendemos o fumante, não o fumo”, oferecendo, assim, adicionalmente, vários contatos de grupos de apoio para quem quer parar de fumar, dietas para ajudar aqueles que estão largando o vício a não ganhar peso e ainda defende uma mudança nos discursos antitabaco, considerando que são “preconceituosos” e tratam o fumante como uma “criança bobinha”. Já o “fumantesunidos.org”, também brasileiro, atua sob o *slogan* “Contra o preconceito e o desrespeito”, tentando desmistificar os argumentos do discurso antitabagista, bem como apresentar uma postura crítica perante as leis antifumo do Brasil. Porém, lá também são expostos *links* que podem ser acessados por quem quer parar de fumar, *links* para os órgãos brasileiros que tratam do tema, comunidades em redes sociais etc., mas estes exemplos brasileiros, diferente do norte-americano, ficaram apenas no campo da internet, não travaram batalhas judiciais, o que demonstra que há uma diferença entre os dois países no que tange ao aspecto de percepção de direitos, talvez apontando para o fato de que aqui o grau de dominação dentro desta relação estabelecidos – *outsiders* no que tange ao tema do tabagismo seja maior.

Concorrendo para reforçar esta dinâmica, como demonstramos, estão as estratégias de alguns segmentos mais destacados do movimento antifumo institucionalizado, inclusive de influência internacional e o desenvolvimento de questões simbólicas, a exemplo da socialização do problema dos malefícios do tabagismo a partir do conceito de fumo passivo.

Porém, é necessário fazer uma ressalva para que o leitor seja avisado que aqui não aplicaremos o modelo de Elias e Scotson de maneira integral, uma vez que ao *outsider* é relegado o patamar desta subposição social e a mudança é muito difícil, uma vez que a relação com o grupo estabelecido constitui uma disputa de poder entre ambas as partes, limitando de maneira extrema as possibilidades de “ascensão”. Porém ao fumante, ao contrário, as regras do jogo que possibilita sua mudança de condição são mais claras, uma vez que, como já dissemos, o estigma recai sobre o hábito e não sobre a pessoa. O fumante é estigmatizado por ter o hábito de consumir tabaco. Uma vez que este cesse, não mais o será. Desta forma, todos sabem o caminho para livrar-se de sua condição.

Em suma, podemos dizer que nosso trabalho busca demonstrar como se deu a

construção do modelo atual de combate ao tabagismo no Brasil, tendo como foco as relações entre fumantes e não fumantes daí decorrentes, com destaque, no terceiro capítulo, para o caso concreto de nosso trabalho de campo desenvolvido em Maceió, Alagoas.

Desta forma, demonstraremos os agentes envolvidos no processo de chegada dos ideais antifumo em solo brasileiro, sua institucionalização e canais de popularização, apresentando as dinâmicas que engendraram, bem como as forças sociopolíticas que mobilizaram com vistas a conseguirem alcançar seus objetivos.

Para tanto, será necessário que retomemos alguns percursos de países-chave da Europa desde o final do século XV, bem como dos Estados Unidos dos séculos XIX e XX, para entendermos a influência destes processos sobre o movimento brasileiro. Assim, demonstraremos como religião, mídia (leiga e especializada), ciência médica e política se articularam na formação de uma frente de combate ao tabagismo institucionalizada que, quando em confluência com outros fluxos que vinham se desenvolvendo cada um a sua maneira, a exemplo dos processos já citados sob os conceitos de *healthism* e *secular morality*; das estratégias biopolíticas etc., permitiram a emergência de referenciais simbólicos e práticas discursivas que, por sua vez, afetaram as relações entre tabagistas e não tabagistas de maneira a transpô-las a um modelo semelhante ao que Elias descreveu como estabelecidos – *outsiders*, guardadas as ressalvas que fizemos anteriormente. Feita esta exposição, demonstraremos alguns de seus aspectos observados durante nossa pesquisa de campo, bem como a dinâmica das inter-relações entre fumantes e não fumantes – leigos e representantes estatais – em Maceió.

Capítulo 2

A confluência entre diferentes fluxos e agentes na formação do hábito social do tabagismo e das estratégias para seu cerceamento

2.1 – Da descoberta do tabaco pelos colonizadores europeus no fim do século XV à disseminação cultural e mercantil na Europa do século XVI

Acredita-se que o tabaco não existiu na Europa pré-colonial e que o povo desse continente apenas teve contato com a planta, bem como com formas de consumi-la, a partir do momento em que expedições colonizadoras chegaram às Américas através de espanhóis e portugueses, no final do século XV. A partir daí, o tabaco torna-se conhecido das populações daquele continente e os índices de consumo da substância alternam entre ascensão e estabilidade³³ até a chegada do último quarto do século XIX, quando se percebem os primeiros relatos, por parte principalmente de tisiologistas³⁴, do aumento na incidência de doenças pulmonares, em especial o câncer, ocorrido logo após a massificação do consumo de cigarros, que se deu a partir da invenção da máquina de enrolar cigarros em 1881 (BOEIRA, 2002: 49). Desta forma, a partir do início do século XX os relatos destes médicos se espalham dentro das comunidades médicas e o interesse pelo desenvolvimento de pesquisas cientificamente fundamentadas acerca dos supostos males causados pelo consumo de derivados do tabaco cresce, acompanhado pelo início das primeiras campanhas antitabagistas modernas, postas em prática nos Estados Unidos a partir do uso e divulgação dos resultados de pesquisas científicas por parte de segmentos religiosos protestantes, em especial os adventistas (GONÇALVES ; ABREU, 2011. GONÇALVES, 2009. JAQUES ; GONÇALVES, 2010).

Retornando ao período de descoberta da planta, o contato com indígenas consumindo tabaco – costume até então desconhecido pelo povo europeu – ocorreu já durante a primeira

33 *Id.*

34 Tisiologia, segundo o dicionário Michaelis, é um termo médico que designa o estudo ou o tratado acerca da tísica. Como sabemos, a tísica é a doença que se convencionou chamar tuberculose. Desta forma, a tisiologia se desenvolveu como um ramo do ofício da saúde responsável pela investigação e desenvolvimento de tratamentos da tuberculose. Quando, a partir do século XIX, os profissionais da medicina começaram a reivindicar de maneira incisiva seu estatuto científico e, com isso, passaram a colocar em prática uma agenda constante de busca pelo desenvolvimento de métodos de investigação e aperfeiçoamento das teorias e práticas de suas especialidades, a tisiologia acabou, quando aliada às descobertas da microbiologia e de outros ramos das ciências da natureza, dando origem ao que atualmente denominamos pneumologia, que é o ramo da medicina que trata das várias doenças que acometem o sistema respiratório como um todo, não se restringindo aos pulmões e nem à tísica, como acontecia com a tisiologia.

expedição de Cristóvão Colombo às Américas. A partir dos primeiros contatos de colonizadores com indígenas consumindo tabaco, a planta foi levada para a Europa e seu uso foi difundido rapidamente, tanto por este continente quanto por algumas partes da Ásia e África, através da influência do povo europeu, tornando-se também moeda de troca por escravos durante o tráfico negreiro. O que demonstra que logo adquiriu potencial mercantil e cultural.

Inicialmente, na Europa, o tabaco ficou conhecido pelas funções que lhe eram atribuídas pelos índios: erva para curar males do corpo e do “espírito”. Relatos de povos nativos das Américas utilizando a planta para entrar em estado alterado de consciência e ter contato com seus deuses; para combater o cansaço, a fome e a sede difundiram-se rapidamente pelo continente, fazendo com que se disseminasse a crença social, fomentada pelos navegantes que a traziam das Américas, de que o tabaco era uma planta que guardava propriedades sobrenaturais. Sendo assim, por conta da fama adquirida, Jean Nicot³⁵, que à época era embaixador de França em Portugal, fez alguns estudos e, coincidentemente ou não, confirmou suas propriedades medicinais, referendando as afirmações e comentários sobre seu uso. Porém, por conta das afirmações sobre seu uso ritualístico indígena e seus supostos poderes de facilitação de contato destes povos com o sobrenatural, logo criou-se um ranço moral por parte de setores religiosos envolvendo o uso do tabaco, uma vez que passou a ser visto como prática pagã a depender da forma como era utilizado. De início, a Igreja Católica, bastante influente – social e politicamente – na época, não impôs sanções para além das recomendações de se observar o tipo de uso da planta que era posto em prática, mas, como veremos, com o passar das décadas, medidas mais drásticas foram sendo tomadas com vistas a proibir o consumo de tabaco entre membros e seguidores da instituição.

Em suma, seu reconhecimento na Europa enquanto produto com potencial curativo foi tão significativo que os habitantes deste continente passaram a denominá-la, na linguagem comum, como “erva santa” ou “erva divina”, sendo plantada, nos primeiros anos, mesmo nos domínios da Igreja Católica – cujos membros chegaram a aderir ao hábito de origem indígena. Seu uso era justificado pelos jesuítas através do argumento de que o pecado estava na forma de consumo e não na planta em si. Ou seja, o delito seria cometido a partir do momento em que a planta fosse utilizada visando subverter as ordens de Deus – precisamente, na realização de rituais religiosos.

Em outra frente de “julgamento” do tabaco, por assim dizer, encontravam-se os

35 Daí o nome de sua principal substância ativa: nicotina.

representantes daquilo que podemos denominar área médica. Estes indicavam o consumo de tabaco para cura de dores de cabeça, males do estômago, úlceras cancerosas e até para a cura da asma, porém, já nestes tempos primevos, a opinião de que a erva possuía tamanhas qualidades curativas não era corroborada pela totalidade dos indivíduos pertencentes a este grupo de ofício.

É importante lembrar que a medicina europeia do século XV ainda tinha sua prática largamente restrita aos mosteiros. No campo teórico, predominavam os pensamentos filosóficos baseados nas teses de Hipócrates e Galeno – que desenvolveram a medicina humoral (SOLON, 2011) –, bem como a tradição teológica desenvolvida pelos próprios monges, até então os maiores operadores da medicina prática e disseminadores dos conhecimentos teóricos. Desta forma, a medicina humoral era a grande teoria médica do século XV na Europa e o conhecimento médico ficava bastante restrito ao campo filosófico. Não foi diferente com o tabaco, de forma que as conclusões sobre seus benefícios ao corpo humano foram baseadas em poucas observações empíricas e muitas deduções baseadas em relatos de viajantes e consumidores europeus.

Assim, estas eram as frentes que exerciam influência sobre a opinião pública em relação ao tabaco na Europa do século XV: a ala da Igreja Católica preocupada em administrar a observância de seus membros aos preceitos da instituição; segmentos internos à Igreja que exerciam o papel de operadores da medicina, que chegavam às conclusões acerca dos benefícios de seu consumo baseado em relatos obtidos de usuários europeus e relatos de viajantes vindos das Américas; e segmentos laicos que também operavam legitimamente os conhecimentos considerados como pertencentes à área da saúde, ainda que não necessariamente da medicina, a exemplo de botânicos, boticários etc., que buscavam produzir os mais diferentes tipos de medicamentos a partir da folha do tabaco, atribuindo-lhes propriedades específicas para a cura de diversas doenças.

É possível afirmar que os espanhóis foram os primeiros a apresentar o tabaco e suas formas de consumo à Europa, porém, os primeiros a consumirem-no em larga escala foram os ingleses, em 1585. Concomitantemente, começaram a surgir as primeiras casas de venda do produto, visto que já existia uma rede mercantil das principais colônias defendendo suas exportações e mercados internos (BOEIRA, 2002).

Nesta fase de estabelecimento em larga escala, nas sociedades europeias, do hábito de fumar, ainda no terceiro quarto do século XVI, as desconfianças acerca de sua perniciosidade ao organismo eram baseadas em suposições de cunho principalmente religioso, devido ao fato

de o produto ser de origem ritual indígena; porém algumas investigações “científicas” – aspas para as limitações do uso do termo relacionado à época – também começaram a ser feitas, incluindo observações de relatos de intoxicação aguda por nicotina causada pelo contato direto da pele com as folhas de tabaco, pelo uso de chás e de soluções concentradas do sumo da folha. Com isso, estratos religiosos e médicos começaram a buscar dar relevância social a seus argumentos, para conseguirem convencer as populações a não darem continuidade ao consumo da planta. Porém, como dissemos, seu uso havia se disseminado pelos países europeus colonizadores, inclusive entre nobres e plebeus, estabelecendo-se um mercado promissor. Desta feita, dadas as limitações em se estabelecer mecanismos legais para regular a prática ante aos lucros por ela gerados, o aparato desenvolvido na busca pelo cumprimento do objetivo de extinguir este hábito – ainda que recentemente adquirido – da cultura das diferentes nações europeias foi a condenação moral dos fumantes, baseada numa moralidade religiosa, uma vez que a prática é de origem indígena e, de acordo com as recentes descobertas de médicos e boticários da época, era danosa ao corpo – templo de Deus –, cumprindo, assim, uma dupla infração ao código religioso cristão católico: por cultivar hábito pagão e por danificar de maneira dolosa o corpo, que segundo a doutrina, pertence a Deus.

Destarte, apesar de os governos europeus terem por conta destas investidas, terem começado a nutrir alguma desconfiança em relação à ação da planta sobre o organismo humano, obtinham grandes proventos advindos dos impostos cobrados por sua comercialização, exportação e importação, portanto não foram empreendidos maiores esforços Estatais no sentido de se promover alguma restrição ao consumo, mantendo a venda livre, desde que os impostos fossem devidamente pagos.

Interessados nos potenciais grandes lucros a ser obtidos através da instauração deste novo gosto entre a população, logo os Estados daquele continente criaram monopólios para controle de exportação e importação, além de regulamentar sua venda. Todos os principais países colonizadores europeus à época: Portugal, Inglaterra, Espanha, França, Itália e Holanda, criaram leis para garantir ao Estado exclusividade na importação, exportação e cultivo do produto e seus derivados dentro de suas fronteiras. Obviamente, estas leis também passaram a valer nas colônias desses países, fazendo com que o tabaco se tornasse uma das mais importantes rendas aos cofres dessas nações, que faziam comércio com países da Ásia e com territórios colonizados por outras nações, de maneira ilegal, oferecendo aos locais preço menor que o produto advindo de suas metrópoles. O comércio de fumo foi bastante aquecido durante o século XVI, após o descobrimento da planta em 1492, transformando-o em produto

da moda, dada sua origem exótica e os rumores em torno de seus benefícios. Membros da corte e da plebe faziam uso, cada um a sua maneira, de derivados do tabaco, fosse com finalidade medicinal – a mais popular – fosse com finalidade estética. Angariou com isso, como já demonstramos, inimigos que buscavam demonstrar seus malefícios à saúde do corpo e do espírito, além de seu potencial causador de dependência.

Segundo Ribeiro Fernandes (2007), mesmo com o aval dos governos para venda e consumo, o enraizamento do hábito de fumar fez com que alguns profissionais da área médica percebessem este novo costume como um fenômeno passível de análise, dados os relatos de malefícios à saúde e mortes relacionadas à intoxicação por nicotina ou fumaça do tabaco, surgindo assim grupos de médicos empenhados em provar que a “erva santa” causava males ao organismo, ao tempo em que outros se dispuseram a provar que a planta fazia jus ao epíteto. O principal argumento proferido pelos que eram contra a indicação do tabaco para cura de todos os males dizia respeito, além destes relatos já citados, à possibilidade de que isto poderia fazer com que as farmácias da época se tornassem estabelecimentos para a venda de uma droga só.

Assim, ambos os lados (a favor e contra esta possibilidade) trataram desenvolver suas próprias literaturas formadas por trabalhos pretensamente científicos, no intuito de estabelecer seus ideais enquanto dominantes. Porém, a maior parte destes médicos do século XVI sequer tinha tido contato direto com a planta e escreviam tratados a partir de conclusões tiradas através de dados nada ou pouco embasados cientificamente, já que limitavam-se, quando muito, a boatos de casos ocorridos e relatos de conhecidos. Como podemos perceber, o nascimento das discussões entre tabagistas e antitabagistas remonta aos primeiros anos da popularização do uso do tabaco na Europa. Após muito alarde, autoridades governamentais determinaram que o consumo de tabaco deveria ser feito apenas após recomendação médico-farmacêutica expressa. Em 1591, foi relatada pela primeira vez a suspeita de toxicidade da nicotina no corpo humano (CARVALHO, 2000: 25).

No cenário brasileiro, uma vez que colonos e índios mantinham algumas relações pacíficas de trocas de produtos diversos, o tabaco era obtido diretamente dos nativos, para consumo próprio, não havendo, nos primeiros anos de colonização, a sociedade local brasileira tendo vivido essas disputas de poder e legitimidade para classificação do tabagismo como danoso ou não à saúde, observadas pelos europeus. Desta forma, os colonos que viviam no Brasil passaram a plantar a erva em seus quintais, visando diminuir a dependência em relação aos índios, enviando o excedente à Portugal.

Isto fez com que por volta do ano de 1550 o tabaco já ficasse famoso na metrópole, pois cerca de vinte anos antes, tinha sido levado por um donatário português chamado Luis de Góis, que passara doze anos explorando as terras brasileiras, levando consigo algumas sementes de tabaco para seu país. Por conta da fama da planta enquanto detentora de propriedades medicinais, logo foi cultivada nos jardins do palácio da infanta D. Maria. A partir daí, tornou-se bastante consumida em solo português. Porém, já em 1555, influenciado pelas crescentes disputas ocorridas em Europa, as quais já citamos, o segundo Governador Geral do Brasil, Duarte da Costa, determina que bispo Fernandes Sardinha excomungue todos que fossem pegos em flagrante consumindo tabaco no Brasil. Desta feita, a partir de 1560 o plantio sai dos quintais e passa às lavouras, tornando-se agora produto de exportação da colônia, o qual os portugueses comercializavam em África, muitas vezes utilizando como moeda de troca por escravos negros (BOEIRA, 2002; CARVALHO, 2000; NARDI, 1996), em lugar de dinheiro.

Neste primeiro século de descoberta, é possível notar, os agentes envolvidos nas dinâmicas concernentes à aprovação e desaprovação do uso de tabaco em larga escala eram basicamente representantes da Igreja e do que poderíamos denominar como a área médica da época, em sentido amplo. De outro lado, interessados nos lucros, estavam os Estados e os mercadores. Desta forma, desde o primeiro século de existência econômica e cultural do tabaco no ocidente, fez-se notar o trinômio representado por posicionamentos pró e antitabaco (sejam provenientes da Igreja ou da “ciência”), além dos interesses econômicos dos Estados e dos comerciantes envolvidos no processo de plantio e venda do produto. Isso demonstra que o apelo moderno à extinção do hábito de consumo de tabaco é uma luta que se trava há pelo menos 500 anos, daí a necessidade de emprendermos essa reconstrução sócio-histórica - ainda que aqui só tenhamos condições de fazê-la de maneira parcial, já que um trabalho desta feita não teria condições de ser posto em prática neste âmbito - do desenvolvimento da cultura do consumo de tabaco e da constituição dos discursos antifumo, em especial nas sociedades coloniais ocidentais, para que assim possamos compreender a dinâmica atual.

2.2 – O acirramento das estratégias de combate de agentes da saúde. as primeiras medidas estatais antifumo e a normatização da mercantilização do tabaco na Europa e em suas colônias (Século XVII)

No esteio destas disputas pela legitimidade em determinar o estatuto da perniciosidade da qual o tabaco era portador, o século XVII é de grande relevância para se entender a sociogênese da cultura de consumo de tabaco no mundo “civilizado”, bem como o efetivo

início de medidas abrangentes de restrição ao hábito, pois foi neste período que o consumo de derivados da planta - feito majoritariamente por recomendação médico-farmacêutica desde as imposições citadas no ponto anterior, decorrentes das primeiras suspeitas de malefícios à saúde causados pelo consumo indiscriminado -, passou a ser estudado com mais afinco por cientistas e os resultados de suas pesquisas passaram a despertar interesse de monarcas e outros chefes de Estado, bem como de líderes eclesiásticos, incluindo o papa.

Assim, surgiram os primeiros relatos de complicações clínicas em seres humanos, observadas por médicos da época, causadas pelo consumo constante da planta em larga escala populacional. As descrições destes problemas foram publicadas em trabalhos científicos ingleses e chineses. Desde as preocupações surgidas ainda no século XVI, estadistas de diferentes locais onde o tabaco chegou de maneira incisiva já se preocupavam com os impactos social e econômico deste novo hábito. Desta forma, logo no início do século XVII surgiram as primeiras medidas restritivas em relação ao uso da substância em questão. Com os relatos científicos dos incidentes de morte ou hospitalização por intoxicação que citamos anteriormente, estas medidas se acirraram em diferentes países da Europa, Ásia e Oriente Médio. Porém, é importante salientar que todos os incidentes contidos nestes relatos foram provenientes do uso do tabaco com finalidade médica e não recreativa, ou seja, foram causados por intoxicação nicotínica, visto que era comum que se usasse o sumo da planta em feridas ou bebesse chá feito a partir de suas folhas ou, ainda, utilizassem-na em outras formas concentradas. Além disso, foram relatados casos de mortes de contrabandistas de tabaco que tentaram levar uma grande quantidade de folhas embaixo das roupas, em contato com a pele (CARVALHO, 2000: 23). Desta forma, o impacto social da divulgação destes casos médicos foi o de diminuir a crença na planta enquanto medicamento, não afetando seu uso recreativo – apesar de este ser condenado pela Igreja Católica. Neste período, dá-se início a uma leve queda do prestígio do tabaco enquanto erva medicinal, enquanto há uma manutenção, seguida por uma alta de seu uso social recreativo, bem como em momentos de ócio – para aqueles que tinham esse direito.

Porém, aqueles relatos, ainda que esporádicos, geraram alarde entre alguns setores médicos e preocupação por parte de chefes de Estado apreensivos com o fato de que o vício em tabaco, aliado ao potencial danoso ao organismo, poderia degenerar, diminuir ou até dirimir suas populações. Desta forma, a crença nas propriedades terapêuticas da folha do tabaco começaram a ser abaladas por estes relatos médicos, sendo definitivamente desacreditada por alguns de seus seguidores - mais conectados ao ramo ligado à virada

científica, que buscava romper com crendices populares/religiosas e o método aristotélico - em 1671, quando testes de laboratório feitos na Itália e na França comprovaram que apenas duas gotas de nicotina pura eram necessárias para provocar a morte de um ser humano³⁶. Como mencionamos anteriormente, o fato de o tabaco ter sido desacreditado enquanto erva medicinal não fez com que o hábito de fumar tabaco de forma recreativa parasse de se expandir, chegando à Ásia e África, através dos europeus, pois ainda não haviam relatos sobre malefícios causados pela ingestão de tabaco nas formas recreativas tradicionais: cachimbo, rapé e charuto. Porém, assim como chefes de Estado europeus, asiáticos e africanos também não viam com bons olhos a chegada e crescimento deste hábito entre seus povos, logo baixando medidas restritivas baseadas em relatos de seus agentes médicos e/ou crenças religiosas.

Então Turquia, China, Índia, Pérsia e Rússia adotaram castigos físicos a fumantes pegos em flagrante fazendo uso de tabaco que variavam desde a perda do nariz, passando pela castração e chegando ao derramamento de chumbo líquido na garganta do fumante. Como nenhuma dessas medidas pareceu surtir grande efeito, foi instituída nesses países a pena de morte aos tabagistas³⁷. Na Europa, porém, não há registro de penas tão severas, apesar de, segundo vários autores, ser possível notar em diferentes monarcas a realização do papel de ativistas antifumo, a exemplo do rei Jaime I, da Inglaterra - anglicano obstinado que perseguiu católicos e outras denominações que não o aceitavam como autoridade máxima -, que em 1604 já considerava relevantes as evidências de que o fumo causava problemas à saúde humana, publicando em anonimato o que pode ser considerado o primeiro tratado sobre o tema, intitulado “Contra-ataque ao Tabaco”³⁸, onde fazia vários ataques ao hábito do tabagismo, tanto no que se referia aos malefícios ao corpo quanto ao cheiro desagradável que deixava no fumante e no ar.

Porém, constatando que seus escritos contra o tabagismo não surtiram grande efeito social, o referido rei decidiu elevar as tarifas sobre o produto em dois mil por cento, causando aumento dos preços. Porém, a medida conseqüentemente elevou o contrabando – apesar de esta ser uma prática muitas vezes passível de pena de morte (Rosemberg, 2000: 16) -, a sonegação de impostos e o cultivo doméstico. Destarte, em 1615, o monarca mais uma vez

36 *Id.*

37 *Id.*, p. 24.

38 No original: *Couterblast to tobacco*. Tradução nossa.

muda de ideia, revoga o aumento e estabelece o mercado de fumo no território do qual era líder como exclusividade da coroa (BOEIRA, 2002; ROSEMBERG, 1987; RIBEIRO FERNANDES, 2007).

À mesma época, o rei Filipe III, de Espanha – católico -, colocou em prática algumas proibições baseadas em pressupostos religiosos, por considerar que o fumo fazia mal ao corpo e ao espírito; além do que, seu consumo diário seria considerado vício, portanto constituindo infração aos preceitos do cristianismo. Para o cenário da Espanha católica da época, era motivo suficiente para designar os esforços de controle do hábito aos tribunais da Santa Inquisição^{39,40}.

Assim, durante todo o século XVII vários estudos foram apresentados condenando o tabaco como prática de consumo causadora de males ao organismo, não só se restringindo à intoxicação por nicotina, mas também descrevendo os efeitos de seu uso na boca e no sistema respiratório em geral e apresentando considerações sobre o possível encurtamento da vida decorrente do uso da planta por um período prolongado (CARVALHO, 2000: 25).

Podemos apontar como um dos aspectos principais para o fracasso destas tentativas de diminuição do consumo de tabaco na Europa o fato de que as populações dos principais países europeus tomavam o tabaco como item de uso para obtenção de auto-satisfação em situações sociais, ou seja, era principalmente um símbolo de distinção – dado seu preço e sua origem – e de uso em situações de lazer, contemplação, ócio dos cortesãos e da emergente burguesia. Em outras palavras, os ataques às propriedades medicinais da planta não afetaram seu consumo por parte da população em geral porque esta era apenas uma das finalidades para a

39 *Id.*

40 Ainda segundo Boeira (2002: 43), o rei Jaime I, da Inglaterra, pode ser considerado como o autor da primeira obra antitabagista de que se tem conhecimento no mundo. Publicada anonimamente (a necessidade do anonimato se dava pelo objetivo de isso não afetar os interesses comerciais do país e, conseqüentemente, prejudicar a imagem do rei entre os estratos da população que se beneficiavam desse tipo de comércio) em 1603, a obra intitulada *Counterblast to tobacco* nega o valor medicinal do fumo e apresenta o hábito como prática depreciável.

Em 1621, Robert Burton, clérigo e acadêmico britânico, escreveu *A anatomia da melancolia*, onde afirmava que o fumo era “um flagelo, uma desgraça, uma violenta alienação dos bens da terra e da saúde: infernal, diabólico e maldito tabaco, a ruína e o aniquilamento do corpo e da alma” (BURTON *apud* ROSEMBERG, 1987: 226).

Também no século XVII, Luiz XIV, da França, proibiu o uso de rapé (fumo picado, em pó) em Versalhes, ameaçando caçar o título de nobreza daqueles que não obedecessem a ordem. Por sua vez, a Igreja Católica, em 1642, através do papa Urbano VIII (que ocupou esse posto de 1623 a 1644), proíbe o uso de tabaco entre os eclesiásticos e ameaça excomungar quem quer que fumasse no interior das igrejas. Os membros da igreja que era tabagistas, foram excomungados e o a prática de “beber tabaco” - o que hoje poderíamos pensar como o ato de tragar a fumaça e depois soltá-la – passou a ser considerado algo demoníaco, podendo inclusive indicar um sintoma de possessão demoníaca (RIBEIRO FERNANDES, 2007).

qual era utilizada e o aumento dos preços, aliado ao monopólio do comércio, apenas beneficiou o aspecto simbólico de ícone de distinção, acelerando sua transição de substância de uso medicamentoso e recreativo para estritamente recreativo, ou seja, acelerou seu processo de secularização, tornou um consumo de derivados de tabaco um hábito distintivo dos estratos sociais mais abastados e com isso criou uma série de formas de consumo mais acessíveis para que as camadas sociais mais baixas pudessem emular os costumes dos ricos, estimulando novas formas de comercialização da planta e fazendo com que seu mercado e comércio crescessem nem vários países europeus.

Este movimento alavancou o consumo durante o século XVII, onde praticamente todos os habitantes da Europa faziam uso diário de tabaco, já que mesmo os mais pobres tinham condições de cultivar um pouco de tabaco em seus quintais. A maior parte destes consumidores era constituída por homens, mas já havia algum nível de consumo por parte da população feminina, ainda que inexpressivo estatisticamente. O nascimento desta característica se deu, em grande medida, pelo fato de que o tabagismo se constituiu primeiramente enquanto costume majoritariamente ligado ao universo de práticas relativas à masculinidade, especialmente em momentos de ócio e diversão; já o consumo por parte das mulheres ficava restrito a situações privadas específicas, daí a quantidade praticamente nula de tabagistas entre este estrato populacional. Em meio aos nobres cortesãos, primeiro estrato social a incorporar o costume, houve a criação de clubes voltados para o consumo da substância⁴¹. Rosemberg (2000: 14 e 17) cita que em tapeçarias do século XVII pintores reproduziam pessoas fumando tabaco, haviam peças, balés, poemas e músicas voltadas à planta ou que ao menos a citavam, demonstrando a inserção cultural do hábito.

Desta forma, é possível notar que o tabagismo passava, no século XVII, por um sistema de transição, como já citamos, de prática de consumo com finalidade médica e recreativa para estritamente recreativa, compondo os gostos de classe de diferentes estratos sociais. Por óbvio, entre as faixas menos abastadas, portanto, menos propensas aos momentos de ócio, o tabaco, além de utilizado em momentos de lazer, também servia como forma de estímulo à realização do trabalho braçal ou à resistência à fome durante os longos períodos de expediente laboral. Assim, considerado o ainda baixo nível de industrialização do setor fumígeno, não existiam grandes diferenças entre as qualidades do fumo vendido, já que os

41 Especialmente a partir de cachimbos. Rosemberg (2000: 13), aponta que em praticamente toda a Europa se fumava cachimbo no século XVII, não importando a classe social. A diferença é que a nobreza se reunia em clubes voltados para a prática. Os cachimbos eram feitos de todo tipo de material, desde argila até marfim.

piores exemplares das folhas nem chegavam à Europa, pois eram utilizados como moeda de troca por escravos na África, prevalecendo, então, a diferença na forma como era consumido, ficando para os mais abastados os cachimbos produzidos a partir de materiais mais caros. Logo, fábricas de cachimbo se espalharam pelo continente europeu (Rosemberg 2000: 16).

Apesar de que todas as formas mais conhecidas atualmente de se consumir tabaco já eram praticadas desde o século XVI, Rosemberg (2000), nos apresenta uma divisão histórica dos modos predominantes de consumo em cada século, sendo: cachimbo no século XVII, rapé no século XVIII, charuto na primeira metade do século XIX e cigarros da segunda metade do século XIX até a atualidade. Assim, adotaremos esta divisão como forma de compreensão do desenvolvimento sócio-histórico da cultura do consumo de tabaco nos países europeus e em suas colônias.

No Brasil, segundo Souza (2004), do descobrimento até os anos anteriores à vinda da família real portuguesa, em 1808, e ao estabelecimento daquilo que a historiografia oficial convencionou chamar de período imperial (1822-1889), os habitantes locais costumavam consumir tabaco das mais variadas formas, de acordo com sua posição dentro da estrutura social da colônia, a saber: índios não catequizados mantinham os costumes antepassados; colonos - ricos ou não - fumavam cachimbos ou cheiravam rapé (fumo em pó), negros eram proibidos de fumar tabaco, sendo substituído por derivados da *cannabis sativa* (chamada de “fumo de negro”). Não havia entre os estratos sociais brasileiros preocupação com a diferenciação de modos de consumo de acordo com o poder aquisitivo, algo que na Europa já se mostrava bastante presente entre as classes já nos séculos XVII e XVIII. A maior diferenciação se dava a partir da etnia e por questões religiosas, como mostramos.

Esta discrepância em relação aos costumes da metrópole se dava porque a vida social no Brasil só começou a se desenvolver sob os moldes Europeus de conduta a partir da chegada da família real portuguesa, em 1808. Antes disso, existia, obviamente, uma “nobreza” ou uma camada mais rica da população que buscava se portar tal qual seus pares da metrópole, influenciada pela descendência de sua família e pela proximidade mantida em relação aos representantes da coroa que viviam em terras brasileiras. Porém, dada a distância entre os dois continentes, o que prevalecia no Brasil enquanto última moda na Europa, de fato já se encontrava obsoleto para os portugueses.

Além disso, no século XVII o cultivo do tabaco se desenvolveu de maneira notável em solo brasileiro. Inicialmente ocupando apenas algumas áreas entre Salvador e Recife, a produção era relativamente baixa e servia para abastecer apenas os consumidores da colônia e

de sua metrópole. Os fumicultores, em geral, eram basicamente pequenos agricultores que, quando muito, possuíam quatro ou cinco escravos e plantavam em terrenos arrendados. Mas a partir do final do referido século surgiram produtores com maior capacidade, pois empregavam mão de obra escrava mais numerosa em suas terras, aumentando a produção, depois de terem passado por um longo período de supressão do plantio por parte da metrópole no Brasil. A atividade agrícola de plantar fumo estava ligada a um sistema de rodízio de culturas nas terras utilizadas para tal, sendo assim, não era a única atividade nem dos pequenos produtores, nem dos senhores de grandes terras: o período entre o plantio e a colheita do tabaco não dura os doze meses do ano, então o mesmo solo era utilizado para o cultivo da planta, criação de gado e plantação de cana, ocupando as terras o ano inteiro e garantindo uma boa renda familiar aos colonos no Brasil. Este sistema de rodízio e de agricultura familiar ainda perdura até a atualidade no país.

Durante o domínio holandês em Pernambuco, na primeira metade do século XVII, o tabaco se tornou um item importante na carteira comercial de produtos oferecidos pela Companhia das Índias Ocidentais e foi após a expulsão dos holandeses que começaram a surgir as primeiras leis regulamentadoras da produção no país. Mas estas normas diziam respeito apenas à tributação sobre o produto, não restringindo seu consumo, como se tentava na Europa. A primeira lei de taxaço data de 1674, quando o monopólio da metrópole portuguesa foi garantido através da criação da Junta de Administração do Tabaco, que estabeleceu determinações sobre o plantio e comércio do produto em todas as colônias de Portugal. Com isto, uma grande tributação sobre o produto começou a vigorar, surgindo taxas aduaneiras, dízimos, donativos, direitos locais etc. e na colônia brasileira, a lei incidiu especialmente sobre os produtores da Bahia e Pernambuco, já que no Rio de Janeiro a cultura foi proibida e seu comércio passou a ser direito de apenas uma pessoa.

Queremos demonstrar com isso que, diferente do ocorrido na Europa, a dinâmica brasileira, enquanto colônia, até o século XVII, era muito mais focada nas regulamentações da produção e de seu escoamento do que necessariamente do consumo da população. Havia uma preocupação por parte de representantes da Igreja e da Coroa portuguesa aqui estabelecidos, bem como certa estratificação das formas de consumo baseada em divisões étnicas da sociedade de então, mas não se percebia um embate tão rígido em torno da legitimidade para definir parâmetros classificatórios da planta e de seu consumo em relação aos malefícios causados ao corpo e ao “espírito”.

No final do século XVII, uma legislação especial teve como finalidade regular o

comércio tendo em vista o controle das cargas transportadas através do vasto território brasileiro, assim como das extensas áreas produtivas. Algum tempo depois, já no século XVIII, em 1751, surgiu então a Mesa de Inspeção do Tabaco, órgão regulador específico e detentor de regimento, funcionários especializados etc. com sedes nos estados que possuíam os portos mais importantes do Brasil⁴² (Novais, 2013). Sua função era fiscalizar a destinação do fumo plantado, bem como suas comercializações e tributações. Depois de sua criação, a legislação envolvendo a questão se estabilizou e durou até depois da proclamação da independência, sendo extinta a cinco de novembro de 1827.

De acordo com Ribeiro Fernandes (2007), o tabaco produzido no Brasil tinha vários destinos, decididos de acordo com sua qualidade: o produto de primeira e segunda qualidade era comercializado junto a diferentes países da Europa e o de terceira era utilizado como principal moeda de troca nas negociações de escravos africanos. Sabe-se que as negociações do produto entre Bahia e África corresponderam a trinta por cento das exportações de fumo durante o período colonial, perdurando até o fim legalmente estabelecido do tráfico negreiro, no século XIX.

Depois que Portugal deu mais liberdade comercial aos brasileiros através da abertura dos portos e autorização para que os habitantes locais pudessem produzir os produtos que quisessem, o mercado de fumo cresceu vertiginosamente, pois estas duas medidas garantiram a extinção dos monopólios da cultura agrícola em questão e a possibilidade de comércio direto com várias nações estrangeiras. Este crescimento começa de fato a partir de 1850 e, segundo Ribeiro Fernandes (2007), os estados (províncias) que mais se destacaram foram Minas Gerais, Bahia, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (por iniciativa dos imigrantes alemães), além de Goiás que era reconhecido pelo fumo de ótima qualidade, típico da região, com sabor considerado diferenciado (é tanto que ganhou o prêmio de primeiro lugar em exposição ocorrida em Filadélfia, nos Estados Unidos, no ano de 1875).

Porém, apesar deste bom período para os fumicultores, a produção da especiaria decaiu em algumas províncias antes conhecidas por seu grande potencial produtivo e aumentou em outras que não possuíam tanta visibilidade, mas que apostaram nesta fonte de renda e conseguiram se sobressair. Grande parte desta queda de lucros sofrida pelas províncias antes estabelecidas enquanto grandes produtoras de fumo se deu por conta das restrições legais ao tráfico negreiro. Como este produto era largamente utilizado como moeda

42 Os estados que tinham sede da Mesa de Inspeção do Tabaco eram Rio de Janeiro, Bahia, Pernambuco e Maranhão.

de troca por escravos, especialmente na Bahia, a porcentagem destinada a esse tipo de comércio passou a não mais ser lucrativa, tendo como consequência a diminuição da produção, pois este fumo destinado a este tipo de comércio era de baixa qualidade, portanto recusado pelos europeus. Isto fez com que a riqueza gerada pelo mercado de fumo nesta região, por exemplo, caísse da correspondência de 25% das exportações entre os anos de 1796 e 1807, para aproximadamente 7,5% no ano de 1840. Foi este fato que fez com que muitas plantações de fumo na Bahia começassem a ser substituídas por cacau, que era produzido em ilhéus desde o ano de 1783, culminando no apogeu da produção baiana deste fruto, em 1920 (RIBEIRO FERNANDES, 2007).

Podemos notar que o século XVII foi fundamental para a secularização do consumo de tabaco nos países europeus e em suas colônias, além de fundamental para o estabelecimento das redes de comércio internacionais. No cenário brasileiro, percebemos uma diferenciação simbólica do acesso ao consumo de tabaco baseada muito mais em etnia do que em *status* econômico, como se via na Europa de então. Porém, notamos uma consonância no plano econômico, através da expansão e estabelecimento do mercado interno e externo da planta, com ressalva apenas para os tipos produzidos com a finalidade de servir de moeda de troca no tráfico negreiro, que acabou por declinar gradativamente, seguindo a tendência da referida prática, porém, este fato já se deu no início do século XIX. Na literatura que consultamos, não encontramos relatos da chegada ao Brasil das advertências médicas acerca dos malefícios do consumo de tabaco feitas ao europeus.

2.3 – A secularização do consumo de tabaco, seus usos sociais e o acirramento das disputas científico-religiosas em torno da demarcação do hábito enquanto prática danosa à saúde (Século XVIII)

Como citado anteriormente, de acordo com Rosemberg (2000) o consumo de tabaco em forma de rapé foi uma moda que surgiu durante o século XVIII e acabou se tornando hábito que perdurou por duzentos anos, estabelecendo e movimentando um grande mercado de tabaqueiras⁴³. Assim como ocorreu com o cachimbo, fábricas e artesãos produziam recipientes deste tipo a partir de diversos materiais, a fim de atender aos mais diversos seguimentos populacionais. Mas mesmo durante esse tempo, fumar cachimbo e mascar fumo ainda eram as formas mais comuns de se consumir tabaco. Nesta época, a popularidade do

43 Recipiente para armazenar tabaco em pó, pequeno o bastante para ser carregado no bolso. Assim como os cachimbos, as tabaqueiras eram feitas de vários materiais, de acordo com a classe social do tabagista.

tabaco como facilitador de contatos sociais entre membros da alta classe se espalhou, tornando a tabaqueira um ótimo presente a ser ofertado como símbolo de amizade e respeito. Napoleão, por exemplo, presenteava os novos embaixadores dos países que mantinham representantes na França com exemplares dos mais variados valores, a depender da importância estratégica do contato a ser travado (ROSEMBERG, 2000: 17). Foi também neste século que o botânico Lineu classificou a variação mais consumida de tabaco como *Nicotiana Tabacum*, em homenagem a Jean Nicot.

O uso do tabaco como ferramenta de sociabilidade passou a se sedimentar no século XVIII, após os desdobramentos de sua dinâmica de secularização - no sentido de paulatina diminuição da importância curativa-medicinal da planta -, forçados por conta dos ataques dos médicos ao uso medicinal da planta. Então, a disseminação de seu uso em diversos momentos do dia a dia, desde o labor ao recreio, fez com que servisse de ferramenta facilitadora para o início de contatos sociais tanto entre cidadãos comuns quanto entre representantes políticos. Aliado ao consumo de tabaco socialmente disseminado, a existência de cachimbos e tabaqueiras dos mais diversos tipos e preços fez com que estes passassem a ser importantes presentes a serem ofertados a homens aos quais se queria agradar por algum motivo, fosse pessoal ou político.

Porém, ainda no século XVIII, operadores da saúde, mantendo a insistência em conseguir provar que estão corretos acerca das consequências danosas do tabagismo à saúde humana, começam a trilhar um caminho de destaque na legitimidade para discutir o tema, à medida que a ciência vai ganhando legitimidade social enquanto ferramenta válida de observação empírica e apresentação de resultados confiáveis. Um dos pioneiros no relato de doenças associadas ao tabagismo (até então só eram relatados casos de intoxicação nicotínica e danos causados pelo tabagismo ao corpo), John Hill, médico londrino, associou tumores no nariz ao consumo de rapé (Jaques ; Gonçalves, 2010: 318) e em 1798 o médico norte-americano Rush publicou observações sobre os perigos do tabaco para a saúde.

Porém, Rosemberg (2002: 6) *apud* Jaques e Gonçalves (2010: 317), afirma que apesar de todas estas investidas antifumo por parte de governantes, religiosos e parte dos profissionais da área de saúde durante estes duzentos primeiros anos de descoberta da planta, “até o fim do século XVIII o tabaco [ainda] figura[va] nas farmacopeias de todos os países como medicamento isolado ou associado a mais de três dezenas de outros medicamentos”, mesmo tendo sido demonstrado que a nicotina guardava potencial tóxico ao corpo humano. Aqui, vemos o embate que se deu durante ao menos dois séculos entre opositores e defensores

do tabaco. Enquanto uns continuavam com suas certezas acerca da infalibilidade do tabaco como erva medicinal e recreativa, outros acreditavam que o ideal a ser seguido seria o de seu banimento. Este conflito é expresso em uma publicação de um periódico português do século XIX, denominado “O Panorama”. Segue:

Esta planta, como um pomo da discórdia, acendeu vivíssima guerra entre os médicos [...]. Apesar de muitos deles nunca terem visto o tabaco, começaram a discorrer largamente sobre as suas propriedades e virtudes, como se fosse coisa conhecidíssima desde o tempo de Hipócrates ou Galeno [...] Chegou a tal auge essa mania que estiveram a ponto de abandonar todos os outros medicamentos para ficar o tabaco sendo o remédio universal, e isto teria acontecido se os médicos estivessem entre si concordantes a tal respeito.

Mas apesar dos tão consideráveis proveitos que se tiraram do tabaco, segundo se cria, esta planta não deixou de ser atacada por adversários poderosíssimos. (Sociedade propagadora de Conhecimentos Úteis, 1839 *apud* Jaques e Gonçalves, 2010: 317)

Assim, o hábito de consumir tabaco se manteve vivo, apesar de todas estas tentativas de controle da venda e consumo por parte de diferentes estratos da sociedade, porém, neste ínterim, ocorreu uma mudança em seu regime valorativo e seu consumo foi secularizado, como buscamos demonstrar até aqui, o que levou aos representantes da área médica opositores do fumo a continuarem o desenvolvimento de suas pesquisas, agora sim, buscando comprovar os malefícios do fumo em geral.

Aqui já podemos perceber o seguinte movimento: os representantes da Igreja Católica condenaram moralmente o consumo de tabaco, apontando-o como transgressão aos preceitos da doutrina cristã. Feito isso, enquanto possuíam influência sobre alguns Estados europeus, ainda praticaram punições. Passado este período, esta instituição se retirou da disputa pública incessante pela cessação do tabagismo, apenas mantendo seus posicionamentos estabelecidos.

Já os representantes da área médica que se colocaram contra o uso de tabaco, ao que parece, costumavam centrar seus esforços de combate sobre as formas mais disseminadas de uso, com o intuito de comprovar que estas eram danosas e assim buscar convencer a população de que o hábito do tabagismo e do uso do tabaco como erva medicinal eram prejudiciais a saúde. Sendo assim, em um primeiro momento, conseguiram demonstrações o suficiente para que o uso medicinal da planta fosse drasticamente diminuído entre as populações europeias, o que provocou um aumento do uso recreativo e em situações corriqueiras. Porém, diferente do seguimento religioso, os seguimento médico continuou em atividade social constante no que tange ao combate ao tabagismo, agora para comprovar que o uso secular também era prejudicial. Assim, manteve o foco na forma mais disseminada (assim

como antes focaram na outra forma mais disseminada: o uso medicinal), o rapé, e apresentou relatos de indivíduos que adoeceram por conta de seu uso constante, buscando, mais uma vez, minar a aceitação social do tabaco.

Em grande parte, segundo Rosemberg (1987) esta sobrevivência, bem como sua crescente popularização se deu por conta da insistência, primeiro dos nobres e depois da alta burguesia, em fazer uso da planta, ainda que o rei, rainha ou papa desaprovassem a atitude. Isto demonstra que o ato de fumar tabaco, como já dissemos, havia se tornado uma característica distintiva de classe - da alta classe -, com dinheiro para comprar o produto vindo das colônias e relevar os altos impostos. Mais tarde, a partir do século XIX, a demanda dos estratos cada mais baixos pela emulação do gosto das camadas superiores, aliada ao crescente capitalismo industrial, popularizou o cigarro – industrializado e dividido em diversas marcas direcionadas a todos os segmentos sociais – e manteve elitizado o charuto – manufaturado – trazendo para todos os estratos sociais o gosto por fumar tabaco, transformando-o em símbolo de apelo estético, erótico, ideológico etc.

Além disso, a técnica científica e a crença social em seus resultados já vinham se desenvolvendo de maneira paulatina desde o Renascimento Cultural, sendo possível percebermos, desde o estabelecimento da Ciência e do Empirismo enquanto saberes produtores de resultados confiáveis, já durante o período histórico correspondente ao Renascimento, mudanças relativamente profundas nos hábitos e crenças sociais do ocidente.

Desta forma, o conceito estabelecido por Weber para descrever um fenômeno básico caracterizador desta passagem de eras, por assim dizer, se mostra bastante caro à nossa análise: o conceito de “desencantamento do mundo”. O significado deste conceito diz respeito ao momento em que a cultura e o pensamento ocidental começaram a caminhar para a racionalização da vida terrena, deixando de lado não a religião, mas as crenças provenientes de sua visão mágica de mundo. O gosto pelas especializações e a obsessão pela busca de dados confiáveis através do uso de técnicas possíveis de serem entendidas por todos os que nutrissem interesse em fazê-lo, exclusividade do Ocidente segundo Weber, gerou um panorama favorável ao nascimento da ciência moderna, colocando-a, após algum tempo de desenvolvimento, num patamar dentro da hierarquia de crenças sociais onde é quase intocável e seus resultados praticamente não podem ser refutados a não ser por outros cientistas, ficando lado a lado com a fé religiosa.

Por esta trilha seguiu a medicina, como um ramo da ciência. Praticada, sob um ponto de vista relativo, desde os primórdios da humanidade, passou a ser considerada ciência

quando da incorporação dos métodos e técnicas científicos em seu *modus operandi*. Recebeu tal “reconhecimento” através da criação de metodologias de pesquisas empíricas com a criação de uma rede de associados que passaram a reproduzir e discutir amplamente os resultados dos experimentos, publicando, quando a conjuntura histórico-social permitia, seus resultados. Posteriormente passou a gozar de vasto prestígio social, estabelecendo-se como ciência mor para produção de conhecimentos sobre a vida. Além disso, a confluência de uma série de acontecimentos – o fim da Idade média, a diminuição da influência da Igreja no governo das principais nações europeias, a ascensão da burguesia e do capitalismo etc. - fez com que os Estados passassem a voltar as atenções para a manutenção de suas populações vivas pelo maior tempo possível, para que se tornassem mais produtivas, o que fez com que fosse deixado de lado, por parte dos governantes, a crença de que o papel da Igreja enquanto salvadora de almas era o suficiente para o “povo”. Assim, a medicina emerge como a ferramenta de salvação mundana, uma vez que o discurso da saúde se tornou a promessa de salvação na Terra e, como nos ensinou Weber (2004), levar uma vida terrena plena estava paulatinamente se tornando um valor caro à humanidade, à medida que o “espírito” do capitalismo se espalhava pelas sociedades ocidentais.

Segundo Ruivo (1987), a medicina, então, se estabeleceu enquanto ofício e ciência não apenas pelo fato de ter tido a capacidade de conseguir dar respostas satisfatórias a determinadas necessidades sociais práticas, ou ainda, de saber criar a necessidade de que um dado fenômeno, antes desimportante, passasse a requerer uma resposta, mas porque se relacionou com universos simbólicos acerca dos quais as sociedades se organizam e as práticas se legitimam. Ou seja, um saber profissional/científico, especificamente a medicina, goza de grande aceitação social, antes de tudo, pelo fato de conseguir fazer parte daquilo que um autor como Norbert Elias (1997) chamaria de “sistema de crenças” de uma determinada sociedade. Isto foi facilitado quando na transição que se colocou entre os séculos XVIII e XIX - da preocupação dominante com a salvação das almas para a da saúde dos corpos -, os médicos passaram a desempenhar o papel social outrora concernente ao clero, o que conferiu legitimidade ao seu discurso científico e junto com a aceitação social de sua ação prática, fez com que a ciência médica fosse considerada enquanto produtora de saberes verdadeiros sobre a vida.

Foucault, atento a esta dinâmica, mostra que a consolidação da medicina fez parte do processo de mudança das formas de pensar e estar em sociedade iniciado desde a transição da Idade Média para a Modernidade e o conseqüente desencantamento do mundo. Neste cenário,

o caminho para salvação da alma retomou e ressignificou o ideal da Grécia antiga, tendo necessariamente que passar pela preocupação com a salvação do corpo concreto, já que é morada da alma e também pertence a Deus. O trabalho cotidiano como obrigação divina e consequente caminho para salvação, bem como a manutenção da saúde física para que ele possa ser realizado, se tornaram o centro da busca pela salvação, sendo o Homem, a partir de então, dono e realizador de seu próprio destino. Isso recolocou o ser humano na posição central do universo e fez crescer a importância e a crença popular no saber médico, visto que agora este passou a desempenhar o papel de auxiliar na busca pela salvação. Sobre isso Foucault (1977: 35) nos diz:

Os anos anteriores e imediatamente posteriores à Revolução viram nascer dois grandes mitos, cujos temas e polaridades são opostos; mito de uma profissão médica nacionalizada, organizada à maneira do clero e investida, ao nível da saúde e do corpo, de poderes semelhantes aos que este exercia sobre as almas; mito de um desaparecimento total da doença em uma sociedade sem distúrbios e sem paixões, restituída à sua saúde de origem.

Assim, no próximo ponto veremos que no século de XIX alguns fluxos ganharão destaque e sua confluência contribuirá para a construção do movimento antitabagismo no Brasil. Desta forma, a industrialização do setor do fumo; a popularização do consumo de cigarros; o estabelecimento social do conhecimento científico enquanto forma válida de produção de saber sobre a vida no mundo moderno europeu e, em grande parte, estadunidense; o acirramento da luta da medicina por reconhecimento jurídico e social como operadora legítima das formas de cura na Europa; e a percepção das religiões protestantes sediadas nos Estados Unidos, especialmente a Adventista do Sétimo Dia e a Batista, da oportunidade de se preencher um espaço há muito deixado em aberto pela Igreja Católica no que tange à atuação religiosa dentro do movimento de combate ao tabagismo, fez com que as bases da dinâmica contemporânea de combate ao fumo fossem fundadas, rumando para sua institucionalização dentro das nações onde atuaram – incluindo a brasileira – e de organismos internacionais, a exemplo da Organização Mundial de Saúde e o Banco Mundial.

Além disso, ainda no século XIX a imprensa começa a desempenhar papel fundamental dentro do movimento antifumo. Primeiramente ocorre nos Estados Unidos, quando editoras protestantes publicam e divulgam pesquisas médico-científicas acerca dos malefícios do tabaco, depois associam-se a médicos de maneira direta como forma de estes publicarem seus livros sobre temas concernentes ao cultivo da boa saúde, incluindo o antitabagismo. A mesma lógica chega ao Brasil nos primeiros anos do século XX.

2.4 – A invenção do cigarro, sua industrialização, popularização e desenvolvimento sócio-cultural. A constante produção de pesquisas médicas e publicações envolvendo o tema dos malefícios do tabaco à saúde. (Século XIX)

O século XIX em particular é de suma importância para se compreender a composição moderna do movimento antifumo, visto que foi a partir desta época que começou a ocorrer a massificação do consumo de cigarros e, conseqüentemente, uma maior incidência do uso constante, visto que as carteiras de cigarros eram mais fáceis de transportar quando comparadas aos cachimbos, tabaqueiras e charutos. Além disso, como veremos adiante, as primeiras carteiras de cigarros já contavam com diferentes estratégias de *marketing* para garantirem o escoamento da produção, especialmente após a invenção da máquina de enrolar cigarros, que fez com que a capacidade produtiva do setor aumentasse drasticamente.

Desta forma, logo no início do século XIX, houve um relativo aumento no consumo de charutos entre as camadas sociais economicamente privilegiadas, impulsionado pela elevação no número de indivíduos pertencentes a esse estrato social, visto que muitos burgueses haviam ascendido socialmente no período pós primeira revolução industrial. Então, o consumo de charutos - que antes era privilégio apenas da elite da nobreza cortesã (e de alguns príncipes) -, se difunde entre outros segmentos abastados, se estabelecendo enquanto hábito destes estratos sociais, tornando-se o novo gosto de classe, ou, em outras palavras, a nova moda, tendo seu uso estendido ao dia a dia, não mais ficando restrito à ocasiões especiais e encontros em clubes voltados para o consumo de charutos.

Porém, o consumo ritualizado do cachimbo em situações sociais da alta classe europeia continuou. Exemplo disso, nos mostra Rosemberg (2000: 13), é que Frederico Guilherme fundou em sua corte o “Tabak Collegium”, no início do século XVIII, onde diariamente reuniões de representantes do alto escalão político-intelectual de seu reinado se reunia para discutir medidas governamentais enquanto fumavam grandes cachimbos com hastes de mais de meio metro.

Porém, na Inglaterra, a rainha Vitória estabeleceu durante seu reinado a proibição do uso de tabaco em determinados locais, demonstrando as preocupações biopolíticas, por assim dizer, do período vitoriano. Apesar destas medidas, seu filho e sucessor, Eduardo VII, foi um entusiasta da prática de fumar charutos e assim que assumiu o trono, revogou todas as proibições ao hábito que foram impostas por sua mãe e ainda estimulou seus cortesãos a reproduzirem o hábito, sendo autor de famosa frase “*Gentlemen, you may smoke*”⁴⁴, dita aos

44 “Cavalheiros, vocês podem fumar”, em tradução livre. Fonte:

convidados homens presentes a um jantar que o rei ofereceu logo após sua coroação, em 1901, demarcando, assim, o fim do reinado antitabaco de sua mãe. Os atos deste soberano inglês em relação ao fumo fizeram nascer várias marcas de cigarros e charutos que portavam seu nome nos EUA e Inglaterra e ainda tornou a Philip Morris & Co., Ltd, sua fornecedora de tabaco oficial⁴⁵.

No Brasil, Souza (2004) demonstra que com a chegada da família real portuguesa, sua corte e costumes, os hábitos envolvendo o consumo de tabaco começaram a se modificar, obedecendo às restrições sociais observadas pelos portugueses. O processo de absorção dos costumes europeus de consumo da substância pela população local brasileira, fez com que no início do período imperial brasileiro, em 1822, o uso de tabaco se estabelecesse enquanto moda entre os mais abastados. O hábito de fumar era quase requisito fundamental para a sobrevivência social daqueles que pretendiam frequentar os altos círculos imperiais. A esta época, o charuto já havia chegado ao Brasil e, respeitando a tradição europeia, era o mais consumido nas reuniões sociais dos habitantes ricos, ficando o cachimbo (antes preferência entre os colonos) relegado aos negros (aos quais agora havia sido dado o “privilégio” do consumo de tabaco), passando a ser marca distintiva, carregando consigo estigma étnico e econômico, ficando definitivamente fora dos costumes da população brasileira economicamente privilegiada – o que pareceu não correr na Europa, onde o cachimbo continuou sendo largamente consumido principalmente em círculos intelectuais.

A soberania do charuto nos altos salões imperiais durou até a República Velha e diferente da Europa, o hábito de cheirar rapé era o costume diário da classe alta⁴⁶, enquanto o charuto ficava reservado para eventos sociais. Foi também neste processo de sofisticação, diferenciação ou distinção dos hábitos de consumo de tabaco entre a classe alta brasileira que a expressão “beber fumo”, usada para designar o ato de engolir fumaça para depois soltar através do nariz ou boca, nascida no descobrimento do hábito pelos colonizadores

<http://www.charutosebebidas.com.br/materias/celebridade_amavam_charutos.html > [Acessado em 09/08/2012]

45 De acordo com o site da própria empresa: <http://www.pmi.com/pt_pt/about_us/philip_morris_international_overview/pages/pmi_history.aspx> [Acessado em 09/08/2012]

46 Como visto anteriormente, o consumo diário na Europa - e na maior parte do mundo tabagista antes da invenção da máquina de cigarros - se dava através dos cachimbos; porém, como no Brasil este dispositivo acabou ficando associado às populações negras e aos pobres, a classe economicamente privilegiada optou pelo uso do rapé em seu dia a dia, estabelecendo um marco distintivo para afirmar seu distanciamento em relação aos estratos considerados inferiores.

portugueses, foi definitivamente deixada para trás (coisa que já havia acontecido no continente europeu).

Ainda considerando o trabalho de Souza (2004), verifica-se que foi também no período imperial, através dos hábitos cortesãos anteriormente citados, que surgiu no Brasil, trazida da Europa, uma atribuição simbólica à prática de consumir tabaco que a tornou um dos marcos da iniciação de jovens rapazes à vida adulta. Sendo considerada característica denotativa de masculinidade e modernidade, passou a compor o leque de ritos de passagem pelos quais jovens abastados da época eram levados a cumprir para serem aceitos enquanto adultos em seus círculos sociais. É quando se pode detectar, pela primeira vez em terras brasileiras, a associação entre tabagismo, masculinidade e vida adulta, pois fumar na presença de adultos sem por isso ser repreendido significava que um mancebo havia finalmente sido socialmente aceito enquanto adulto, podendo gozar das benesses do uso da planta tanto em contexto de divertimento, quanto em situações corriqueiras ou de negócios, tal como demonstramos anteriormente os diferentes usos sociais do tabaco.

O acontecimento mais marcante para a sociedade brasileira do ano de 1808 também afetou os hábitos de consumo da planta por parte das camadas mais pobres da sociedade, que acabaram adquirindo, mantendo ou perdendo alguns costumes⁴⁷. No tempo que se passou entre a vinda da família real ao Brasil até a chegada das primeiras máquinas de enrolar cigarros, o consumo de rapé enquanto hábito cotidiano de uso de tabaco se socializou, apesar do uso do cachimbo. Para exemplificar este fato, pode-se considerar um dito popular recorrente da época, que previa: “até o mais indigente dos escravos possui consigo sua caixa de rapé”. Assim, o que passou a diferenciar o consumo de classe foi o material do qual as tabaqueiras eram feitas, tal como se notava na Europa: os escravos fabricavam as suas com folhas de Flandres (material metálico com alta resistência à corrosão) ou com chifre de qualquer animal (que era tornado oco por dentro e tampado com uma rolha); enquanto a elite fazia uso de caixas feitas em ouro e outros metais valiosos, com gravações artísticas na parte externa, reproduzindo o costume europeu. Alguns recipientes eram tão valiosos que passavam a fazer parte dos inventários de seus donos, junto com outras posses relevantes. Outro ditado popular da época, que expressava o gosto dos brasileiros pelo produto dizia: “não há brasileiro que recuse uma pitada de rapé”.

Resumindo, a prática do consumo de tabaco esteve muito ligada, em princípio, na

47 Por exemplo: as mulheres adquiriram o hábito de fumar cachimbo, os homens o de prender cigarro de papel à orelha para fumá-lo depois.

Europa, a poder econômico, já que era produto raro, portanto de valor elevado. Isto fez com que o hábito de uso do produto, ao menos durante os primeiros anos que seguiram à descoberta, passasse a integrar o rol de práticas distintivas (no sentido de Bourdieu: demarcadoras de diferenciação de classe) dentro do campo econômico nas variadas sociedades das primeiras nações europeias a estabelecer este tipo de cultura de consumo. No Brasil, por sua vez, a questão inicialmente girou em torno das relações étnicas estabelecidas no sistema escravocrata; dada a relativa facilidade para obtenção do produto na colônia portuguesa. Com o aumento da produção e o conseqüente barateamento do produto na Europa, a característica distintiva passou a ser não mais a iguaria em si, mas a qualidade do fumo consumido, o modo como este consumo era realizado (se por cachimbo, charuto etc.) e, no caso daqueles que cheiravam rapé, também contava o recipiente onde era armazenado. Apesar de todos estes processos, o hábito de fumar charutos continuou mantendo sua posição enquanto prática rara, ligada aos estratos sociais economicamente mais elevados. É a única forma de consumo que consegue resistir inclusive às tentativas de popularização por parte do próprio mercado, visto que apesar de terem sido criados charutos de custo relativamente baixo, ainda não se tornaram gosto das classes média e baixa.

Na segunda metade do século XIX, o surgimento do cigarro pode ser destacado como marco mais importante da história do consumo de tabaco no mundo, pois foi a partir da popularização desta modo de uso que o tabagismo foi massificado, o setor fumígeno se industrializou e os setores médico e religiosos começaram a empreender um embate mais contundente contra o hábito. Uma série de fatores confluíram para elevar os cigarros à categoria de produto mais consumido entre os tabagistas, o principal foi a facilidade para produção e a facilidade de ser transportado pelo usuário, além de se mostrar uma alternativa mais barata aos charutos, podendo ser consumido pelas classes mais baixas. Por isso, rapidamente bem aceitos tanto por conta de seus preços, quanto pela referida praticidade em carregá-los. Mas só a partir da invenção da máquina de enrolar cigarros e o conseqüente surgimento de indústrias especializadas na venda deste produto é que todas as outras formas de utilização de tabaco vão perdendo espaço entre a maior parte de seus consumidores e o cigarro vai se tornando a forma dominante.

A invenção do cigarro tem suas raízes em uma tradição que começou no século XVI, através do costume de trabalhadores mais pobres da região de Sevilha (agora parte do território espanhol), de picar restos de charutos que os nobres jogavam no chão e então

enrolá-los em pedaço de papel para serem fumados⁴⁸. Desta forma, os primeiros cigarros eram enrolados a mão⁴⁹, seguindo o costume citado, e seu conteúdo era pedaços de fumo de rolo (fumo de corda)⁵⁰ ou porções de fumo em pó. Porém, o uso de tabaco desta maneira era bastante restrito nestes primeiros anos.

Então, com a combinação de duas invenções: a máquina de enrolar cigarros, em 1881, criada por James A. Bonsack (GONÇALVES, 2009: 35). e a caixa de fósforos (primeira patente datada de 1892)⁵¹, aliado ao estilo de vida moderna, que demandava praticidade no dia a dia, a cultura de consumo de cigarros ganhou força na Europa e nos Estados Unidos do século XIX. Com a união destas duas invenções, foi possibilitado um alto nível de conveniência aos fumantes em carregar fumo consigo, fazendo com que o hábito tomasse proporções globais massificadas, sendo responsável pela criação e movimentação de um grande mercado consumidor, bem como de uma cadeia produtiva que envolvia desde o plantio da *nicotiana tabacum*, passando pelas grandes indústrias - agora mecanizadas – especializadas em desenvolver propagandas de marketing para diversos segmentos sociais, até chegar ao consumidor final.

A partir daí, o marketing e as propagandas trataram de tornar o negócio mais lucrativo, criando vários empregos de um lado e fiéis consumidores do outro; gerando uma lógica de movimentação de quantias milionárias de dinheiro, tendo como efeito para os Estados o arrecadamento de quantidades generosas em impostos sobre as vendas de produtos ligados ao ramo. Logo vários homens de negócios começaram a notar o potencial lucrativo do setor e, adquirindo máquinas de enrolar cigarros (as quais conseguiam produzir, no início, cerca de cinco mil unidades por hora. Atualmente, produz-se dezesseis mil unidades por minuto, já inseridas nas embalagens e devidamente lacradas), estabeleceram solidamente suas empresas.

Esta explosão de consumo gerou o interesse de vários países no plantio e cultivo da planta e, aos últimos anos do século XIX, a produção anual de cigarros no mundo ocidental

48 Cf. <<http://www.historiadomundo.com.br/curiosidades/a-invecao-do-cigarro.htm>> [acesso em 05/08/2011]

49 Similar ao que hoje conhecemos por cigarro de palha.

50 Consiste em várias folhas de fumo enroladas juntas, depois de colhidas e tratadas, de maneira a formar algo parecido com uma corda de navio, bastante grossa e estocada em formato da espiral. Ainda é costume, principalmente em cidades do interior brasileiro, comprar pedaços dessas cordas para depois cortar pequenas partes que servem para ser mascadas ou fumadas enroladas em papel ou palha seca de milho.

51 Cf. <<http://www.fernandodannemann.recantodasletras.com.br/visualizar.php?id=246059>> [acesso em 05/08/2011]

chegava a 2,4 bilhões de unidades, sendo Inglaterra e Estados Unidos responsáveis por oitenta por cento dessa produção.

Desta forma, continuando no cenário europeu, enquanto a cultura social do consumo de tabaco continuava crescendo vertiginosamente - assim como as indústrias do setor - e o uso medicinal da planta, apesar de ter sofrido grandes abalos, continuava em voga; seguimentos da área médica continuavam desenvolvendo pesquisas buscando comprovar a perniciosidade do tabaco à saúde humana. No século XIX, as ciências da natureza já haviam passado por um período de maturação considerável, portanto, dispunha de ferramentas e de uma rede de contatos entre pares que possibilitava a produção e circulação do conhecimento, ainda que tivesse pouca inserção social, exemplo disso são as criações das associações médicas em diversos países da Europa, a exemplo da França e da Alemanha. Também no Brasil houve este movimento, além da criação das faculdades de medicina de Salvador e do Rio de Janeiro. Ainda no Século XIX, no Brasil, como já mostramos na introdução, foi estabelecida a Academia Imperial de Medicina como órgão consultivo do Império. Constantes pesquisas eram desenvolvidas sobre diversos temas da medicina social, sanitária e higienista no Brasil e em diversos países da Europa, tal como nos mostra Foucault (2013: 143-170). Pesquisas envolvendo o tema do tabagismo continuavam a ser produzidas em laboratório e publicadas, na Europa, o que demonstra relativo nível de organização científica da ciência médica da época. Além disso, a farmácia e a bioquímica também buscavam o reconhecimento de seus estatutos por parte dos Estados.

Assim, diversos estudos foram produzidos durante o século XIX, inclusive no Brasil (GONÇALVES, 2009: 34-5), buscando colocar o tabagismo como causador de doenças ao organismo humano. É importante notar que o maior volume de pesquisas veio de países de maioria religiosa protestante. Uma obra traduzida para o português e frequentemente encontrada na biblioteca de pesquisadores médicos brasileiros intitulava-se “O tabaco é o veneno e a ruína da humanidade: Influência physica e moral do tabaco sobre o organismo humano resultado de indagações scientificas em vários paizes”, escrita no original por Lundahl, em alemão, datada de 1876.

Em meados do século XIX pesquisas já começavam a surgir de maneira mais frequente, justamente nos países onde a produção e o consumo de tabaco eram maiores: entre os anos de 1856 e 1857 o periódico britânico “The Lancet” publica trabalhos de cinquenta médicos sobre o tema. Porém, boa parte ainda fazia a ressalva de que as evidências científicas acerca dos malefícios causados pelo fumo à saúde não eram suficientes para fazer afirmações

substanciais (JAQUES ; GONÇALVES, 2010). É em 1859, agora segundo Rosemberg (1987: 229), que Bouisson, clínico francês, elaborará o primeiro estudo largamente reconhecido pela comunidade científica. Sua amostragem foi composta por 68 doentes do Hospital Montpellier, portadores de câncer dos lábios, da mucosa bucal e da língua, dos quais 66 fumavam cachimbo. Jaques e Gonçalves (*idem*) demonstram que nesta época também houve produção de estudos desse tipo no Brasil.

Os mesmos autores (2010: 319) nos mostram que as fábricas de tabaco estabelecidas na Virgínia (Estados Unidos) no começo do século XIX contribuíram largamente para a massificação do uso de cigarros, já que, como principal centro produtor de tabaco nos Estados Unidos, conseguiram estabelecer em seu território cinquenta fábricas de produção manufaturada e, mais tarde, neste mesmo estado norte-americano foi inventada, em 1881, a primeira máquina de enrolar cigarros - a qual já citamos -, sendo aperfeiçoada em 1884 para garantir a produção de cerca de 200 unidades por minuto, aumentando a produção das indústrias do setor e fazendo com que se estabelecessem definitivamente em determinados países, sendo Estados Unidos e Inglaterra os principais. Destarte, já na segunda metade do século XIX, como nos mostra Boeira (2002: 51-53), ocorre um crescimento repentino do consumo de cigarros⁵². Este fenômeno se deu por conta da praticidade em carregá-los e consumi-los, especialmente após a invenção das caixas de fósforos portáteis em 1889, popularizadas em 1897⁵³, como havíamos apontado. Além disso, o consumo de cigarros se tornou uma parte dos objetos individuais de exposição em interações públicas com funções de gratificação estética, perpassando todas as classes sociais. A diferenciação dos cigarros de acordo com o estilo do maço, o brinde que portava e, conseqüentemente, o preço e o público para o qual era direcionado, estabelecia uma lógica distintiva que operava entre os fumantes, oferecendo ganho de prestígio a quem consumisse as marcas mais cobiçadas e, portanto, mais caras⁵⁴.

52 Antes disso, os modos mais populares de consumo de tabaco eram: mascar suas folhas, aspirá-las em forma de rapé ou fumá-las em cachimbos ou charutos.

53 Fonte: <<http://www.agracadaquimica.com.br/index.php?&ds=1&acao=quimica/ms2&i=9&id=205>> [Acesso em 10/07/2014]

54 Isto ocorre ainda na atualidade. Os maços de cigarros não mais trazem brindes consigo, mas ainda possuem preços diferenciados e são direcionados a públicos-alvo específicos. Desta forma, especialmente entre os jovens inseridos em situações de divertimento, existem marcas de cigarros específicas que são apreciadas e que garantem o ganho de prestígio aos fumantes que as estão consumindo naquele ambiente. Em verdade, grande parte dos jovens inseridos nestes contextos sequer são fumantes diários, fazem uso apenas esporadicamente, em situações de lazer, sob as condições aqui citadas. Desta forma, já sabem as marcas que devem ser compradas e mostradas em público, a fim de ganharem prestígio com os amigos e em eventuais situações de paquera. O

Neste momento, a indústria do fumo consolida o território dos Estados Unidos como seu principal centro produtor e paulatinamente transforma-o em principal centro consumidor. Na Europa, a Inglaterra como país e Paris, como cidade, são os maiores centros de consumo de tabaco (ROSEMBERG, 1987).

Este quadro colocou os setores médico e religioso norte americano em maior interesse sobre o tema, fazendo com que estes últimos fizessem uso de sua influência entre a população para tentar reverter o quadro de alto consumo.

Os segmentos religiosos de cunho protestante começaram a se organizar internamente para combater o tabagismo, primeiro entre seus adeptos, depois, publicamente, através da constituição de ligas antitabaco. É neste momento onde o apelo e a argumentação saem do âmbito puramente religioso, dogmático e vão para a tentativa de estruturação de “lobby” atuante no sistema de câmaras estadunidense, buscando a aprovação de leis que limitassem ou proibissem o consumo de tabaco, seu uso em público por menores de 16 anos e a produção e venda de fumo.

Assim, a Igreja Adventista, fundada em 1830 nos Estados Unidos, “iniciou uma tradição cristã antitabagista e de combate ao consumo de álcool”. Seguindo este exemplo, as Igrejas Metodista e Mórmon passaram a defender a abstinência dessas e de outras drogas. Aliado a isso, em 1860, como demonstra Boeira (2002: 51-52), “o movimento antitabagista socialmente explícito [sic.] (ou seja, superando o âmbito de grupos religiosos como o dos adventistas e mórmons) surge [...]”. O autor continua: “Aparecem nos periódicos da época anúncios com receitas para deter o vício (ou dependência) de fumar”. Ainda segundo Boeira (2002), é em 1880 que a assembleia geral da Igreja Metodista Episcopal decide que seus líderes devem ser abstêmios em relação ao fumo, para servirem de exemplo aos seguidores. Assim, o autor afirma que “Médicos e religiosos são os atores sociais pioneiros do movimento [antitabaco]” (p.52).

Podemos identificar, aqui, o início da configuração moderna do movimento antitabaco, que, posto em prática por frentes muito semelhantes àquelas já citadas anteriormente como historicamente presentes na configuração deste tipo de ativismo nos séculos anteriores, começa a criar novas estratégias e a estabelecer resultados científicos mais robustos, no sentido de terem uma aceitação mais ampla por parte de setores da comunidade

fenômeno que estamos abordando neste trabalho parece ser abrandado em situações de lazer. Ainda não nos debruçamos sobre esta questão em específico, mas é corriqueiro perceber que é raro presenciar atitudes estigmatizantes do hábito do tabagismo quando inserido em situações de divertimento onde o público presente está na faixa etária entre os 18 e os 35 anos.

científica e da sociedade civil “leiga”, por assim dizer.

A influência religiosa na institucionalização do movimento antifumo estadunidense demonstra o caráter salvacionista do mesmo, visando libertar os fumantes de um mal maior que os assola, afetando seus corpos – templo de Deus -, e sua saúde: dádiva. Esse *ethos*, está presente também em parte dos agentes que compõem a comunidade médico-científica, o que ajuda a explicar a aliança indireta e não declarada entre estes dois segmentos profissionais. Porém, uma vez que neste contexto ciência e religião fizeram uso uma da outra para impulsionar seus interesses institucionais envolvendo o combate ao fumo, se faz importante citá-lo e, além disso, seu desdobramento acabou por influenciar o caso brasileiro, que é nosso foco e será apresentado a seguir.

A frente religiosa foi responsável pela criação de Ligas Antitabaco nos EUA, as quais conseguiram pressionar vários estados norte-americanos a aprovarem leis restritivas da venda do produto (Jaques ; Gonçalves, 2010). Assim, em 1911, 11 estados já possuíam alguma regulamentação contra o fumo.

Estas ligas, faziam uso dos resultados dos trabalhos publicados por médicos da época, citando-os em suas publicações com o intuito de demonstrar que álcool e tabaco eram substâncias enfraquecedoras do organismo humano e que causavam impactos no funcionamento regular do cérebro de seus usuários. Esta associação indireta entre a frente de combate religiosa e a médica, ganhou força nos Estados Unidos entre o final do século XIX e início do XX.

Com isso, podemos ver que os segmentos protestantes contrários ao consumo de tabaco ajudaram a massificar a crença nas pesquisas científicas antifumo, criando, para além disso, o modelo de combate que encontramos em voga ainda na atualidade: o uso de publicações científicas como forma de embasar leis restritivas do uso de derivados do tabaco. Aqui, percebemos que através da ação destes segmentos, os discursos da ciência médica sobre o problema do tabagismo passaram a compor o sistema de crenças da sociedade norte americana, abrindo caminho para sua sedimentação mais tarde, no fim do primeiro terço dos anos 1900.

Na prática, o que as referidas ligas religiosas buscavam era proibir ou ao menos desestimular o consumo de tabaco, já que a maior parte das leis aprovadas sob sua influência eram restritivas ou inibidoras da venda e compra do produto. Desta forma, em 1898 o valor dos impostos sobre cigarros em Nova York foi dobrado e logo depois, menores de 16 anos foram proibidos de fumar em público. Até aqui, as medidas antitabaco ainda continuavam

seguindo a mesma linha imposta desde as primeiras restrições ao fumo, no século XVII. Já em 1899, um membro do movimento antialcoolismo cria a Liga Antitabágica de Chicago, com ramificação em várias cidades norte-americanas e a partir do apoio desta liga, são organizadas clínicas para curar fumantes, como nos diz Boeira (2002: 52).

Em relação à industrialização do setor fumageiro em terras brasileiras e da chegada da cultura do consumo de cigarros ao país, é sabido que durante o período colonial era proibida a instalação de qualquer sistema industrial no Brasil, visto que as funções da colônia eram: produzir matéria-prima (produtos de base), especialmente gêneros agrícolas e minerais não cultivados na Europa; e consumir os produtos da metrópole. Este cenário, como citado anteriormente de forma genérica, foi modificado com a chegada da corte portuguesa nos primeiros anos do século XIX. Esta nova configuração econômica da colônia proporcionou o surgimento dos primeiros empreendimentos ligados ao setor tabaqueiro no Brasil: as fábricas de rapé. Segundo o *website* da empresa Souza Cruz, estas indústrias pioneiras surgiram no Rio de Janeiro e em 1850 a cidade já era a maior produtora de rapé do então Império, contando com cinco fábricas.

Mas a hegemonia do consumo de rapé entrou em decadência durante o relativamente curto período em que os estratos economicamente superiores da sociedade brasileira passaram a consumir apenas charutos. Logo as vendas de tabaco em pó caíram drasticamente e então, para fins de conhecimento de mercado, os consumidores da planta passaram a ser divididos em três grandes denominações: tabaquistas (os que faziam uso de tabaco em outras formas que não rapé e charuto); consumidores de rapé e fumistas (aqueles que apreciavam os charutos). Como a produção de charutos era artesanal (ainda é até a atualidade) e feita em pequenas propriedades familiares, os próprios plantadores de fumo os confeccionavam ao final do dia, ao voltarem do trabalho na roça. Este cenário proporcionou o surgimento de cooperativas de produtores, em vez de fábricas. As primeiras apareceram em São Leopoldo do Sul e Pelotas, no Rio Grande do Sul, através dos imigrantes alemães; e na Bahia. Algumas marcas de charutos brasileiros ganharam prêmios internacionais de qualidade e a maior parte dos setenta milhões de charutos produzidos por ano no fim do século XIX, era consumida pelo mercado interno brasileiro. Isto fez com que se reforçasse uma cultura de consumo deste item de classe que perdura até os dias atuais.

Segundo a empresa Souza Cruz, atualmente a maior em atuação no Brasil, apesar de o cigarro já ser conhecido dos brasileiros ao final do século XIX, a indústria cigarreira do país só se tornou de fato produtiva no início do século XX; antes disso, a maioria dos cigarros em

circulação no país era importada e conseqüentemente custavam muito caro, pois além de contarem com pesada carga tributária que incidia sobre sua importação, ainda era agregado o valor da diferença cambial. Ainda assim, a primeira fábrica de cigarros do Brasil surgiu em 1874, chefiada por um português chamado José Francisco Correia e situada no Rio de Janeiro. Os cigarros vendidos por este empreendimento ainda eram enrolados a mão, pois a revolucionária máquina já citada neste trabalho ainda não havia sido inventada. Mesmo com todas as dificuldades enfrentadas, o surgimento do cigarro na sociedade brasileira fez com que a produção de charutos sofresse uma leve queda, mas a classe alta manteve seu consumo e as fábricas de charutos conseguiram manterem-se ativas.

Dois anos depois, a fábrica de José Francisco foi expandida, ganhando o nome de Imperial Estabelecimento de Fumo e lançando uma famosa marca: o fumo Veado. Este foi o marco partir do qual o cigarro começou a ganhar, no Brasil, características de produto multifacetado, democrático, presente nos hábitos de consumo diários de todas as classes sociais, ocupando o lugar que antes pertencia ao rapé aspirado ou fumado em cachimbo. É claro que esta era a intenção do empreendedor português em questão, tanto assim que o *slogan* deste produto era: “para chique ou pé-rapado”. Este estabelecimento industrial foi líder do mercado nacional durante anos e foi em seu quadro de funcionários que trabalhou outro importante personagem desta indústria: Albino Souza Cruz, o português que viria, mais tarde, a ser dono de uma das maiores fábricas de cigarros do mundo.

Com a solidificação destas produções, as primeiras tributações sobre a indústria fumageira começaram a surgir, incidindo sobre a renda das famílias produtoras de tabaco e empresas do ramo. Baseando-se em experiências de outros países, o governo brasileiro estabeleceu um imposto sobre a produção de tabaco. Era o início do processo que daria origem ao IPI (Imposto sobre Produtos Industrializados). Esta medida causou um grande impacto aos pequenos produtores e industriais brasileiros, que foram dando lugar às grandes indústrias. Desta forma, nas primeiras décadas do século XX, apenas cinco delas tomavam conta do mercado cigarreiro do país: Suerdieck & Cia., Costa Ferreira & Penna, Stender & Cia., Viera de Mello e Dannemann & Cia., que juntas produziram cerca de 61 milhões de charutos em 1919, o que correspondia a 48% da produção nacional. No ano seguinte, a participação cresceu para 75%.

O mesmo ocorreu com as empresas de cigarros, que devido à grande demanda, cresceram rapidamente e em 1920 o Brasil já tinha 80% da produção de cigarros concentrada em quatro grandes fábricas, dentre elas a Souza Cruz. Isso correspondia a trezentos milhões

de maços.

Este aumento no consumo interno de derivados do tabaco, em especial de charutos e cigarros, aliado à já citada chegada das pesquisas estadunidenses e europeias ao Brasil, possibilitou o desenvolvimento de um movimento antifumo semelhante ao observado nos Estados Unidos, inclusive por conta da chegada de adventistas e batistas ao país, trazendo consigo seus ideais de temperança.

Gonçalves (2009) e Gonçalves e Abreu (2011) nos mostram detalhadamente o desenvolvimento desta dinâmica, demonstrando como se deu a articulação entre agentes religiosos, da ciência e da mídia no Brasil entre o final do século XIX e durante todo o século XX com o intuito de institucionalizar suas demandas a partir de influências dentro do congresso nacional, levando a questão para um embate entre parlamentares defensores do combate ao fumo e outros pró indústrias do setor. Assim, teremos como guia este trabalho para apresentar os dados dos parágrafos seguintes.

Como dissemos, os médicos do século XIX já recebiam trabalhos advindos da Europa e dos Estados Unidos sobre o tema dos malefícios causados pelo tabagismo, desta forma, realizavam suas próprias discussões e produções acadêmicas em solo brasileiro. Porém, outra parte que deve ser destacada é a existência desta discussão entre setores leigos da sociedade, advinda de segmentos religiosos protestantes existentes no Brasil do referido século, especialmente adventistas do sétimo dia e batistas, sendo os primeiros os mais ativos, por buscarem disseminar seus ideais de temperança e eugenia estabelecidos na Reforma Pró-Saúde de 1863⁵⁵, tanto entre seus seguidores quanto de forma ampla, através de publicações feitas por suas editoras, especificamente a Casa Publicadora Brasileira, fundada em 1900 e, por parte dos batistas, a Casa Publicadora Batista, fundada em 1901.

Assim, é possível notar que os percursos norte-americano e brasileiro de composição da dinâmica antifumo moderna são bastante semelhantes, uma vez que os agentes envolvidos dizem respeito a representantes da ciência, da religião e, de uma maneira ou de outra, da mídia, ainda que de início as publicações fossem patrocinadas pelas igrejas protestantes envolvidas. Apesar de, obviamente, ter havido diferenças de desenvolvimento entre as duas conjunturas – por exemplo a não existência, no cenário brasileiro, de ligas antitabaco lideradas por entidades protestantes, bem como a rápida institucionalização, como ocorreu nos EUA, onde no início do século XX já existiam leis antifumo vigorando em vários estados -, é

55 Diretrizes estabelecidas entre os adventistas dos EUA no referido ano, ficando decidido que tabaco, álcool e jogos eram práticas adversárias de uma vida correta, comprometendo a salvação da alma. Para mais detalhes, ver Gonçalves e Abreu, 2011: 131.

na confluência dos esforços antifumo desta tríade comum aos dois países onde podemos identificar o surgimento da dinâmica moderna de combate ao fumo cujas demandas posteriormente foram absorvidas inclusive pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

As condições sócio-históricas que permitiram a formação desta configuração se deram apenas no fim do século XIX, mas como tentamos demonstrar durante o percurso que percorremos até aqui neste trabalho, ciência e religião desenvolviam lutas paralelas contra o consumo de tabaco desde o século XVI.

Queremos dizer com isso, que algumas questões conjunturais do Ocidente - aqui resumido às Américas e Europa -, tais como o aumento da crença social nos resultados apresentados pelas produções científicas, o aumento das redes de contatos e debates entre cientistas, a facilitação da confecção e distribuição de material impresso e a paulatina centralidade que a preocupação em atender às demandas de cuidados com a saúde foram tomando nas vidas dos indivíduos, acabaram favorecendo a interdependência entre estes segmentos, tanto nos Estados Unidos, quanto no Brasil, guardadas as já apresentadas especificidades. Com isso, religião, mídia, ciência médica, acirramento da industrialização do setor do fumo, bem como da modernização do ritmo de vida nas grandes cidades europeias e norte americanas concorreram juntos para o estabelecimento de dois elementos de uma rede de tensões: a massificação do consumo de cigarros e a intensificação do combate ao hábito a partir da associação entre ciência médica e religião - através de seus mecanismos midiáticos -, numa tentativa de institucionalizar a luta a partir da normatização do consumo. Desta forma, dada a proximidade entre os desdobramentos das figurações apresentadas nos dois países, o caminho que seguiremos no próximo tópico, referente ao desenvolvimento destas estruturas no século XX no Brasil, abordará, ainda que de maneira indireta, também o cenário norte-americano.

2.5 – O avanço institucional do movimento antifumo no Brasil e nos Estados Unidos, seus desdobramentos sociais e a integração com o cenário internacional (Século XX)

Com o estabelecimento de uma estrutura de editoras religiosas preocupadas em disseminar os ideais protestantes adventistas e batistas no Brasil, Gonçalves e Abreu (2011: 131) nos mostram que na primeira década do século XX já era possível perceber a recepção destes escritos por operadores da educação em colégios públicos, quando, por exemplo, um diretor de um Grupo Escolar em Lavras – Minas Gerais, sugeriu que apenas alunos que atendessem aos ideais de temperança pudessem entrar no Grêmio Estudantil e que, uma vez

compondo esta entidade, seu papel seria o de convencer os “meninos viciados” (*id.*) a deixar de sê-lo.

As mulheres eram outro seguimento para o qual as publicações protestantes eram direcionadas, umas vez que eram vistas como ferramentas responsáveis pela modernização do homem dentro dos lares. Esta iniciativa valia tanto para o álcool, quanto para o fumo. Exemplo citado pelos referidos autores (p. 132) é a dedicatória de um livro publicado pela Casa Publicadora Batista em 1934, de autoria de um médico chamado Joaquim Nogueira Paranaguá, intitulado *Fumo e seus efeitos no organismo humano*. Citaremos na íntegra, visto que consideramos de suma importância para exemplificar o esforço para angariar adeptos entre a população leiga que estes agentes empreenderam em conjunto, com vistas a sedimentar socialmente a luta antifumo da qual faziam parte. Segue:

Às mães e filhas brasileiras

Exmas. Sras. Vós sois as flores mimosas, tão meigas quão delicadas e belas, que encheis os pátrios lares de inigualáveis perfumes e inestimáveis encantos.

As nobilíssimas missões educativas e civilizadoras da nossa querida pátria, muito têm merecido de vós; mas muito tendes a fazer para que se torne vencedora a propaganda contra a existência dos vícios tolerados na sociedade. [...] E pela pureza de sentimentos, amor à virtude e prática dos bons preceitos que desaparecerão os males engravados em nossa pátria. Deus vos confiou os elementos primordiais da vida humana: sede fiéis.

Aceitai, com os respeitos da mais justa admiração, os humildes traços com que eu me destino a cooperar na grande obra de perfectibilidade civilizadora, da qual sois as fontes límpidas, para glória e virtude e honra do saber. (PARANAGUÁ, 1934: 3 *apud* GONÇALVES ; ABREU, 2011: 132)

Esta citação expressa de maneira clara a inter-relação entre ciência e religião no combate ao tabagismo, pois ainda que não apresente, na citação, dados científicos, ela compõe um livro de cunho pretensamente científico, escrito por um médico e publicado por uma editora protestante. No texto supracitado podemos notar o apelo religioso e o uso do recurso da tentativa de convencimento da mulher enquanto ferramenta fundamental para a conversão do homem em um ser de costumes “moderno” e “civilizado”.

Se pensarmos com Elias, fica claro que o movimento antifumo é, também, uma faceta daquilo que o mesmo autor denomina processo civilizador, posto que, como já citamos na introdução, busca erigir barreiras simbólicas de contenção do hábito do tabagismo, criando padrões de etiqueta, ou seja, de controle das pulsões num sentido específico de um modelo civilizatório baseado na observância dos cuidados com a saúde do corpo.

Paranaguá, no caso da citação apresentada, apresenta-se como um cooperador na missão civilizadora, convocando as mulheres para agirem em conjunto com ele. Estes livros

publicados pelas referidas editoras protestantes, cujos autores eram médicos, muitas vezes continham partes dedicadas a servirem de manuais para auxiliar o fumante a largar o hábito, indicando dietas, medicamentos, tratamentos terapêuticos etc.

Além disso, o hábito do tabagismo é associado, por estes grupos religiosos, aos indígenas, onde teve sua origem, sendo considerado selvagem, inferior e degenerativo da raça e da civilização, evidenciando os ideais eugênicos que sobreviveram aos argumentos historicamente utilizados por religiosos para se posicionarem contra o hábito, tal qual demonstramos no início do trabalho. Porém, na conjuntura histórica do início do século XX, estes argumentos eram utilizados para compor teorias científicas e, portanto, compunham também o livro citado.

Paranaguá argumentava que o hábito do tabaco enfraquecia a humanidade e encurtava a vida, afirmando que a nação mais temperante seria a que dominaria o mundo. Continuava dizendo que a ciência auxiliaria no aperfeiçoamento da humanidade e o progresso só viria com atendimento aos preceitos morais religiosos e, conseqüentemente, com fé em Deus.

Além de apresentar alguns dados científicos sobre os malefícios do fumo, Paranaguá fez, em essência, uma apresentação sobre como o tabaco estava contribuindo para a degeneração da raça brasileira. Aponta como saída para esta situação - vício em tabaco - a melhora da educação e uma maior fé em Deus, além de uma mudança na dieta dos brasileiros, que deveria ser composta por mais frutas e menos temperos. Por fim, indica um remédio para ajudar a combater o tabagismo, vendido na Casa Publicadora Batista, chamado Tabagil e depois faz uma oração pedindo o fortalecimento da luta contra o tabagismo, o alcoolismo e o jogo.

Em uma publicação da Casa Publicadora Brasileira, editora adventista, o livro *Inimigos da humanidade*, de George Thomason, também médico, publicado em 1944, aponta como os três maiores inimigos da humanidade os jogos, o álcool e o fumo. Na obra em questão, ele busca falar sobre a manutenção da saúde e a salvação moral da alma, porém, sem se “aproximar desses problemas com uma atitude farisaica, ou de excessivo puritanismo” (THOMASON, 1944: 82 *apud* GONÇALVES ; ABREU, 2011: 134), mas, pelo contrário, “[...] simplesmente como os que desejam saber o que é que os laboratórios e os consultórios médicos têm descoberto quanto aos efeitos do uso do fumo” (*id.*). Neste livro o autor ainda apresenta várias receitas, dietas e métodos ensinando a parar de fumar. Ou seja: mais uma vez vemos que ciência e religião agem em simbiose na produção de trabalhos para alcançar o público leigo.

Porém, todos estes esforços aparentemente conseguiram pouca inserção social, pois o consumo de cigarros no Brasil continuou crescendo em larga escala e em 1903, essa produção chegou a três bilhões de cigarros por ano, tendo atingindo, em 1912, a marca de treze bilhões⁵⁶.

No lado norte-americano da luta antifumo, ao tempo em que cientistas e religiosos buscavam e, em muitos casos, conseguiam interpor proibições à venda e ao consumo do produto, a indústria do fumo estava atenta e começava a desenvolver suas primeiras estratégias de *marketing*, bem como formas de burlar a legislação vigente. Exemplo de campanha de incremento de vendas foi o que James Duke, filho de Washington Duke - o primeiro a plantar tabaco em suas terras e depois vendê-lo aos ex-soldados da Guerra Civil Norte Americana em forma de cigarros enrolados manualmente -, fez ao comprar uma das máquinas de enrolar cigarros de James Bonsack: pai e filho se associaram e fundaram uma empresa de produção de cigarros chamada *American Tobacco Company*, começando a produzir cigarros com a marca *Duke of Durham*, em 1892⁵⁷. A estratégia de vendas consistia em adicionar cartões de *baseball* a seus maços de cigarros⁵⁸.

56 Até 1912, os cigarros ainda não eram produzidos nos moldes atuais: enrolados, com filtro de algodão para reter parte das substâncias químicas da fumaça e dispostos em embalagens com 10 ou 20 unidades. O modelo “contemporâneo” de cigarro só começou a ser vendido em 1913 (porém ainda sem filtro), pela empresa *RJ Reynolds* e seu nome era *Camel*. Esta marca ainda é vendida, inclusive seu pacote sofreu poucas alterações desde o ano de seu lançamento. (RIBEIRO FERNANDES, 2007) Os filtros só foram adicionados aos cigarros em 1950, em resposta às alegações do movimento antifumo de que cigarro poderia causar câncer de pulmão. (TORRES, 2005, p.94)

57 Cf. < http://healthliteracy.worlded.org/docs/tobacco/Unit1/2history_of.html >

58 Aliás, quando as empresas privadas do setor fumageiro iniciaram suas atividades em larga escala, a partir da segunda metade do século XIX com a invenção da máquina de enrolar cigarros, e começaram a procurar meios de conseguir o maior mercado consumidor possível, seus produtos tinham, na maior parte dos países, toda a liberdade para serem ofertados através de diversos tipos de estratégias de *marketing* e comércio, que consistiam em oferecer brindes, patrocinar concursos etc. Mas nas primeiras décadas, o próprio maço de cigarro era seu maior *outdoor*, desta forma, as empresas estampavam imagens de mulheres em poses sensuais, carros, barcos, corrida de cavalos, enfim, várias ilustrações que atendiam ao tipo de cliente para o qual os produtos eram voltados. Como exemplo extremo, é possível citar a existência de uma marca onde o cliente poderia colocar o próprio nome bordado no maço e assim personalizar o produto. Além disso, durante vários momentos da história houve associação direta do setor com diversos governos, além de um sem número de peças publicitárias pensadas com a intenção de criar uma cultura de consumo do produto associada a diferentes estereótipos, principalmente nas sociedades urbanas do começo do século XX, como a sexualidade expressa no cinema, a associação à prática de esporte, a estilos de vida rebeldes, libertários, dentre outros.

A maior parte do *marketing* produzido no intuito de aumentar as vendas dos primeiros cigarros era voltada ao público masculino, já que o incentivo à popularização deste costume entre as mulheres só ocorreu a partir de meados dos anos 1920, intensificando-se apenas a partir do pós Segunda Guerra.

No *marketing* voltado às mulheres, as estratégias consistiam em criar cigarros com design diferenciado, a exemplo dos *long size* e *super long size* (mais longos), bem como os *slims* e *extra slims* (mais finos). Além disto, houve a criação de *slogans* específicos, a exemplo do da marca Charm: “O importante é ter Charm”.

Como dissemos, o avanço institucional do movimento antifumo nos Estados Unidos se deu de maneira mais rápida que no Brasil, visto que no início do século XX já existiam várias leis reguladoras, porém, tal qual citamos no parágrafo anterior, as indústrias do setor se esforçaram em bolar meios de burlar estas regras e conseguir manter o consumo, se não em alta, ao menos constante. Por conta disso, em 1920 quase todas as leis estaduais antitabagismo norte americanas já haviam sido revogadas, dada a ineficácia das mesmas, gerada pelo uso de diversas estratégias por parte das indústrias do setor fumageiro para burlá-las, a exemplo da comercialização dos componentes do cigarro separadamente (papel e tabaco picado) e da introdução de cigarros contrabandeados nos locais onde a legislação era mais rigorosa. Os fumantes, por sua vez, começaram a consumir outros derivados de tabaco, que não o cigarro, já que a maior parte das leis era voltada ao consumo de cigarros (BOEIRA, 2002: 52).

Estas leis acabaram surtindo dois efeitos: 1 – abriram margem para que a estratégia de *marketing* girassem em torno do culto ao fruto proibido e; 2 - concentraram o setor, tal qual ocorreu com o mercado interno brasileiro, criando mais poder para as grandes companhias em relação aos pequenos fabricantes, já que não tinham capital para investir em métodos para burlar as restrições legais. Mesmo com o desmembramento da *American Tobacco Company* em 1911 por conta da lei antitruste norte-americana, os pequenos industriais não conseguiram se manter no mercado por muito tempo.

Apesar destes constantes embates, no período de guerra as diferenças foram deixadas de lado e, na Primeira Guerra mundial, o uso de cigarros por parte dos soldados no *front* foi defendido e estimulado, sob a alegação de que melhorava as capacidades de concentração, diminuição da ansiedade e ajudava-lhes a suportar fome e sede, ou seja, foram novamente postos em evidência os supostos benefícios do tabagismo, atribuídos desde sua descoberta.

Desta forma, a Associação Cristã de Moços e o Exército da Salvação, ainda que contrariados, foram incumbidos de distribuir cigarros aos militares estadunidenses acampados (Jaques e Gonçalves, 2010: 320). Além disso, em 1917, as comemorações da independência dos EUA abstiveram-se de fogos de artifício para que o dinheiro fosse doado a um fundo para compra de cigarros para os soldados⁵⁹. Aqui percebemos uma clara vitória da indústria do fumo, depois de vários anos de ataques por parte de estadistas, religiosos e seguimentos da área médica. Ao conseguir convencer boa parte da população de que os cigarros traziam benefícios aos militares em batalha, as empresas do setor conseguiram não só lucrar com a venda de cigarros como também desenvolver campanhas de *marketing* visual e ideológico que

59 *Id., Ibid.*

aumentaram drasticamente o número de fumantes nos Estados Unidos, além de conseguir contratos com o governo norte americano.

Podemos perceber este movimento quando Carvalho (2001: 40) *apud* Jaques e Gonçalves (2010: 320) nos diz que nos Estados Unidos, o cigarro transformou-se em “símbolo de civismo, de democracia e, sobretudo, de heroísmo, imagem plasmada no soldado que triunfara na Europa”. E continua: “Em 1900, o consumo anual [nos EUA] era de cerca de 2 bilhões de cigarros; em 1930, chegaria a 200 bilhões” (Carvalho, 2001: 39 *apud* Jaques ; Gonçalves, 2010: 320). Jaques e Gonçalves (2010: 320) completam: “a Segunda Guerra e o Cinema levaram o cigarro da América para o mundo”, demonstrando a continuidade do movimento iniciado nas campanhas da Primeira Guerra.

Este aumento do consumo de cigarros, iniciado ainda no século XIX, gerou uma observância - por parte de médicos especialistas no trato do aparelho respiratório - do aumento de casos de doenças pulmonares, em especial câncer. Isto acirrou a prática que já vinha sendo desenvolvida entre alguns cientistas desde o século XIX, que consistia no desenvolvimento sistemático de pesquisas que associavam o hábito à incidência desta e de outras doenças. Porém, durante muito tempo os resultados destes estudos não se sustentaram, mesmo entre a comunidade acadêmica, já que o modelo científico majoritário da época, muito relacionado aos métodos herdados da revolução bacteriológica do final do século XIX, requeria uma associação comprovadamente direta entre ingestão da fumaça do cigarro e incidência de câncer, análoga àquela estabelecida entre micro-organismos e doenças infecciosas, o que a tecnologia científica da época não era capaz de fazer.

Porém, em 1938 esta realidade mudou, com o surgimento dos primeiros conceitos basilares de epidemiologia. Desta forma, surgiu um método de estabelecimento da relação fumo e doenças que foi largamente aceito pela comunidade científica, impulsionando várias pesquisas de estratos médicos que buscavam demarcar posições antifumo. O estudo que apresentou o referido método foi publicado por Raymon Pearl, pesquisador da Universidade Johns Hopkins. Baseado em dados estatísticos, concluiu que tabagistas morriam mais cedo que não tabagistas⁶⁰. As metodologias de produção e análise consistiram na comparação de curvas de mortalidade entre fumantes e não-fumantes, gerando a referida conclusão por parte

60 Rosenberg (1987: 31) divide os tipos de estudos científicos surgidos a partir da pesquisa de Pearl como retrospectivos e prospectivos. Os primeiros, do tipo publicado por Raymon Pearl, consistem em: relacionar casos de determinada doença, “à medida que ocorrem, em função de sua vida pregressa quanto ao vício de fumar; dividindo-os em dois grupos de fumantes e abstêmios, sabe-se em qual deles houve maior incidência da doença”.

do pesquisador, o qual ressaltou a dificuldade em se avaliar riscos provocados pelo fumo, pelo fato de que as consequências deste costumavam surgir apenas a longo prazo, destacando, portanto, a necessidade da utilização de métodos estatísticos coletados sobre grandes grupos e num espaço temporal duradouro. Neste momento, as pesquisas científicas norte americanas e europeias não alcançavam as massas no Brasil, ficando restritas a publicações na revista *Seleções do Readers Digest*, lida majoritariamente pela classe média mais escolarizada, como veremos adiante, e em periódicos científicos, que tinham saída bastante restrita aos profissionais da área.

Destarte, este se tornou o novo padrão metodológico de desenvolvimento de pesquisas antitabaco nos Estados Unidos, na Europa – excetuando-se a Alemanha nazista, da qual falaremos adiante – e nos países influenciados por seus modelos de ciência. Isto provocou uma grande mudança na maneira como a comunidade científica passou a aceitar os resultados de pesquisas relacionadas aos efeitos do tabagismo no organismo humano, fazendo com que mais profissionais aderissem à causa, ainda que de maneira reticente.

Assim, após o estudo de Pearl, outras pesquisas do tipo foram desenvolvidas e publicadas, relacionando tabagismo não só ao câncer pulmonar, mas a doenças coronárias e diversas outras. Porém, segundo Rosemberg (1987: 31) a “metodologia [destas primeiras grandes pesquisas] foi muito usada, apesar de estar sujeita a erros estatísticos [...]” e o autor continua: “contudo, ofereceu numerosas informações concordantes da maior prevalência de doenças e óbitos dos indivíduos tabagistas”.

Apesar destes esforços, o período de maior expansão do hábito se deu entre as duas Grandes Guerras mundiais. Até este momento, os maiores consumidores e público-alvo eram os homens (principalmente os combatentes e ex-combatentes da Primeira Guerra). Aliás, ao longo das duas Grandes Guerras, especialmente durante a Primeira, os governos dos Estados Unidos e de vários outros países forneciam cigarros gratuitamente aos militares entinchados, junto com os equipamentos necessários para uso no *front*⁶¹.

No Brasil, durante a expedição do país na segunda grande guerra, houve um esforço de guerra com itens leiloados para arrecadar fundos em prol de “Cigarros para o Soldado Desconhecido”, algo impensável no cenário histórico contemporâneo.

Os níveis de consumo de cigarros continuaram elevando-se, especialmente entre membros das forças armadas em guerra, sobretudo os aliados, muitas vezes com o aval e fornecimento gratuito por parte dos Estados aos quais representavam, pelos motivos que

61 Cf. <http://healthliteracy.worlded.org/docs/tobacco/Unit1/2history_of.html>

demonstramos. Esta relação foi transposta a cartazes de alistamento e/ou em produções audiovisuais, que associavam a figura dos soldados no campo de batalha e uso de cigarros. Foi neste período que as mais importantes fábricas do setor fumageiro ganharam milhões de dólares vendendo cigarros aos governos para que fossem enviados aos soldados em guerra e com isso ainda garantiam o contato com o produto por parte dos habitantes de várias regiões do globo onde seus produtos ainda não haviam chegado.

Enquanto Estados Unidos e Europa travavam seus embates contra a indústria do fumo através dos esforços conjuntos entre ciência e religião, não sendo certo, ainda, o apoio do Estado; durante o período em que viveu sob o regime nazista a Alemanha já havia desenvolvido suas próprias políticas antifumo e foi o primeiro país a apresentar pesquisas cientificamente consistentes contra o câncer - relacionando-as ao tabagismo - além de pôr em prática de maneira sistemática uma campanha estatal voltada ao combate do uso de tabaco entre seus cidadãos⁶² (Robert Proctor, 1999 *apud* GONÇALVES, 2009).

Desta forma, as primeiras campanhas antitabaco apresentadas nos moldes daquelas que vemos na contemporaneidade - envolvendo propaganda antifumo direta por parte do Estado baseada em resultados de pesquisas científicas -, nasceram na Alemanha nazista das décadas de 1930 e 1940, fruto da preocupação do regime político com a saúde física e genética de sua população.

Segundo Gonçalves (2009: 38), desde o século XIX a Alemanha desenvolvia uma agenda de pesquisas relacionadas à prevenção, tratamento e combate ao câncer e suas causas. Foi o primeiro país colocar em prática este tipo de agenda e possuía um Comitê Central para

62 Acreditamos que este pioneirismo da Alemanha no desenvolvimento de políticas estatais antifumo seja reflexo do processo apontado por Foucault (2013: 141-151) quando, ao nos mostrar as dinâmicas que permitiram o nascimento da Medicina Social na Europa, apontou para sua gênese na Alemanha. Segundo o autor, a ideia de ciência do Estado – *Staatswissenschaft* -, emergida como conceito para designar a produção de conhecimentos sobre o funcionamento do Estado, bem como modos de assegurar seu funcionamento, fez com que aparecesse na Alemanha do século XVIII a noção de Estado “[...] como objeto de conhecimento e como instrumento e lugar de formação de conhecimentos específicos [...]” (*id.*: 145), antes de se surgir na França e na Inglaterra. Desta forma, o autor nos mostra também que apesar de na França e na Inglaterra já existirem políticas de monitoramento dos índices de natalidade e mortalidade, foi na Alemanha que se desenvolveu uma prática médica efetivamente centrada na melhoria do nível de saúde da população, ainda no século XVIII, quando, a partir de Rau cunhou a noção de *Medizinichepolizei*, ou polícia médica. Então, o que na França e na Inglaterra era apresentado apenas como tabelamento dos índices de natalidade e mortalidade, na Alemanha se tornou uma prática mais específica e especializada, havendo monitoramento dos hospitais e contato direto com os médicos para que estes repassassem as informações ao Estado. Além disso, surgiu um movimento para a normalização do ensino médico, atribuindo às Universidades e às corporações médicas o dever de definir como se daria a formação de novos médicos e ao Estado a responsabilidade de fiscalizar se esta padronização estava de fato sendo levada a cabo. Foram criadas instâncias estatais fiscalizadoras da prática médica, sendo escolhidos médicos para exercerem o papel de funcionários estatais responsáveis por administrar regiões territoriais com até 50 mil habitantes etc., demonstrando que os reinos que compunham a Alemanha do século XVIII fundaram práticas e conceitos que podem ser reconhecidos como os primeiros relativos à Medicina Social na Europa.

Pesquisa e Combate ao Câncer, já em 1900. Em 1928, a doença foi declarada como principal inimiga do país, superando a tuberculose em número de óbitos relacionados. Assim, vários governos antes do período nazista já vinham implementando medidas visando diminuir os índices de incidência e morte por câncer, o que incluía restrições ao tabagismo e à adulteração de alimentos e produtos industrializados.

Em 1931, o *reich* cria seu Comitê Anti-Câncer e divulga seu material de propaganda através de um jornal impresso mensalmente pela Casa Editorial Antisemita J. F. Lehman. Gonçalves (*idem*: 39) continua, afirmando que neste momento, foram feitas alianças com grupos religiosos, visando propagar o retorno a hábitos mais naturais. Deste estes grupos, é possível citar como um dos principais, assim como no Brasil e nos Estados Unidos, os Adventistas do Sétimo Dia – aliança ocorrida em 1933 -, que viam em Hitler um perfeito seguidor dos preceitos de temperança e defensor de seus princípios de vegetarianismo e abstenção em relação ao álcool e fumo.

A principal ferramenta discursiva utilizada pelo regime nazista para demonstrar os malefícios do tabagismo à saúde da raça ariana era a demonstração dos resultados de pesquisas estatísticas. Proctor (1999: 40) *apud* Gonçalves (2009: 40), nos mostra que:

A nazificação da ciência e da medicina alemã era acompanhada pelo aumento do foco sobre estatísticas. Isto era praticamente devido a elevação da noção de população nas ciências da época, mas refletia o esforço nazista para controlar e gerenciar esferas da vida humana incontroláveis até o momento. Nunca houve um governo tão obsessivo em contar, classificar, e separar como o regime nazista. Foi uma era de exames em massa. No campo do câncer, isso pressionava para um controle estatístico refletido nos esforços para estabelecer registros de câncer.

Aqui percebemos duas semelhanças entre os percursos norte-americano e alemão de pesquisas científicas antifumo: o uso de dados estatísticos e a associação, ainda que indireta, com religiosos protestantes buscando a publicização dos resultados. Além disso, fica claro o aspecto biopolítico - no sentido foucaultiano de esquadramento e gerenciamento de aspectos os mais variados da vida da população - das medidas de combate ao câncer que traziam de arrasto as políticas antifumo na Alemanha nazista.

Segundo Proctor (*idem*), a pesquisa sobre câncer desenvolvida sob o domínio do 3º *reich* estava cientificamente mais avançada do que as postas em evidência nos outros centros científicos do mundo ocidental. Sendo assim, a relação fumo → câncer de pulmão foi estabelecida pela primeira vez em 1929, por meio de ferramentas estatísticas, por um médico alemão – Fritz Lickint – que percebeu que a maior parte de seus pacientes que apresentavam a doença era fumante. Antes disso, em 1912, Isaac Adler já havia levantado essa suspeita

através de observações anatômicas. Com isso, Lickint recomendou às autoridades e à sociedade alemã que desenvolvesse ações no sentido de coibir o fumo. A partir deste estudo, outros foram desenvolvidos e levados ao conhecimento do público alemão durante o regime nazista.

Baseado nessa premissa, o Estado alemão promoveu propagandas antifumo na mídia (rádio e cartaz), aprovou leis restringindo o uso em determinados locais e controlou a propaganda das indústrias do setor. Mas, tal como ocorrido na maior parte dos países onde as indústrias do setor fumígeno atuava, as medidas acabaram não surtindo grande impacto social no sentido de diminuir o consumo, pois o Estado não podia enfrentar os empresários do ramo com afinco, visto que contribuíam com o financiamento da guerra, tinham boas relações com os altos funcionários da burocracia governamental alemã e passaram a bolar novas estratégias de *marketing*.

Mas isso não significa que durante as campanhas o Estado alemão tenha poupado esforços no sentido de convencer sua população a reduzir o consumo de derivados do tabaco: Ribeiro Fernandes (2007: 50), nos mostra que as estratégias alemãs eram baseadas não apenas no combate ao vício através da demonstração de dados científicos, mas também da humilhação pública dos fumantes. Além das pesquisas citadas, que buscavam ligar tabagismo à incidência de câncer de pulmão, várias outras haviam sido desenvolvidas no sentido de demonstrar que o hábito também era responsável por causar infertilidade, impotência, câncer, enfarte e várias outras enfermidades. Então, quando Hitler chegou ao poder em 1933, o tabaco já era amplamente conhecido pela sociedade como causador destes males.

Como o novo Chefe de Estado alemão era ela mesmo um abstinente e um ativista antifumo, se empenhou pessoalmente no caso, bradando com orgulho sua condição de não fumante e ativista. Hitler frequentemente comparava os tabagistas a indivíduos como Winston Churchill (à época, Primeiro Ministro Inglês) e Franklin Roosevelt (à época, Presidente dos Estados Unidos) - conhecidos fumantes -, pois os considerava exemplos de ruína pessoal e moral. Além disso, parte da campanha antifumo da Alemanha nazista consistia em expor nas ruas grandes figuras e cartazes que associavam a imagem dos fumantes a pessoas débeis, sem dignidade ou vergonha. As mulheres eram retratadas como indivíduos masculinizados e os homens, como seres sexualmente arruinados, com traços efeminados, numa tentativa de barrar o consumo principalmente por parte da burguesia e dos jovens.

O cigarro também passou a ser relacionado a tudo o que era moralmente condenável na Alemanha nazista: *jazz*, álcool, jogo, devassidão etc. Adolf Hitler ainda atribuiu aos judeus

a culpa de os cigarros terem chegado ao país, dizendo que seu apetite voraz por dinheiro fez com que trouxessem o produto para lucrar com o vício dos alemães. Além disso, associou o hábito aos negros, tentando provar que o fumo era típico do consumo por parte desta população. Assim, também criou frases para cartazes de propaganda que tinham como finalidade estimular a aversão ao hábito, como por exemplo: "*Du hast die Pflicht gesund zu sein für Volk und Staat*" (“pela Nação e pelo Estado, você tem o dever de estar saudável”)^{63,64}.

É neste ponto onde fica relativamente clara a semelhança entre as estruturas das políticas estatais nazistas e as ações de saúde pública das “democracias ocidentais” pós anos 1970. O que queremos dizer com isso é que as bases das dinâmicas de combate se assemelham: discurso baseado em resultados de pesquisas científicas e foco na redução da demanda, em vez da oferta. Ou seja: o objetivo primário é reduzir o consumo através de estratégias de desestímulo do fumante em querer manter o hábito e de não fumantes a quererem iniciarem-se nesta prática, não de concentrar esforços em aprovar medidas que afetem diretamente a produção das indústrias do setor. Isto se revela não apenas em relação ao tabagismo, mas de maneira geral em relação a hábitos considerados nocivos à saúde da população, a exemplo do *fast-food*.

Talvez esta dinâmica tenha ocorrido pelo motivo de que após o fim da Segunda Guerra, em 1945, muitos trabalhos científicos alemães começaram a ser conhecidos por cientistas estadunidenses e ingleses – os dois polos científicos mais ativos do movimento antitabagismo do século XX – que, após citá-las em alguns trabalhos lançados nos anos que se seguiram à primeira década pós segunda guerra, começaram a retomá-las com o intuito de aperfeiçoá-las. Mesmo esta prática tendo gerado bastante polêmica de início, depois começou a render frutos, sendo então aceita pelas comunidades científicas dos dois países, que passaram a, junto com a comunidade científica alemã, negar o conhecimento sobre a existência destas pesquisas iniciais desenvolvidas sob o regime nazista (PROCTOR, 1999 *apud* GONÇALVES, 2009: 44-6).

Isso gerou o desenvolvimento de outros métodos menos sujeitos a erros⁶⁵, então a

63 Retirado de <<http://www.nacional-socialismo.com/guerrancancer.htm>> [acessado em 13/03/2012]

64 Além das campanhas antifumo, existiam outras ações de saúde do Estado alemão que estavam ligadas a este *slogan*, mas não serão abordadas aqui por não serem objeto de estudo deste trabalho. Exemplo disso são as campanhas para fomentar o consumo de alimentos saudáveis, a manutenção da forma física, a cessação do alcoolismo e do consumo de drogas em geral etc. Por conta disso, muitos estudiosos do tema consideram a Alemanha nazista o berço deste tipo de campanha de saúde pública.

65 O que Rosemberg (1987: 31) chama de estudos prospectivos. Consiste em: determinar “previamente o

relação entre tabagismo e ocorrência de várias doenças foi sendo sedimentada nos EUA e na Inglaterra, gerando relatórios que foram publicados e mais tarde serviram de base para o fortalecimento dos argumentos antitabaco, facilitando o endurecimento da legislação envolvendo o tema e a definitiva entrada do Estado no trato da questão.

Um dos estudos mais importantes desta segunda vertente metodológica, iniciado em 1951 na Inglaterra, distribuiu questionários para todos os médicos do Reino Unido, buscando coletar informações sobre saúde e comportamento destes indivíduos. Depois de vários anos de coleta de dados, em 1962 foi gerado um relatório denominado Fumo e Saúde, produzido pelo *Royal College of Physicians* (RCP) (JAQUES ; GONÇALVES, 2010: 321).

Nos Estados Unidos, Hammond e Horn foram os pioneiros nesses estudos de amostragem mais abrangente, trabalhando para a *American Cancer Society*. Em 1952, tiveram uma amostragem de 187.782 homens de nove estados norte-americanos, os quais foram entrevistados ao longo de 44 meses. Em 1959, colocaram em exercício outro estudo, dessa vez com 1.078.894 homens e mulheres, envolvendo cerca de 68 mil voluntários e abrangendo 25 estados dos EUA. Nesse segundo estudo, passaram três anos observando os participantes e ao final, concluíram que entre os fumantes havia maior índice de casos de câncer de pulmão e mortalidade⁶⁶.

A revista *Readers Digest*, que no Brasil ficou conhecida como *Seleções do Readers Digest* pode ser apontada como um dos primeiros veículos de imprensa leiga a fazer campanha antifumo. Esta publicação, que consistia em um periódico mensal de bolso contendo cerca de 30 textos contendo de 4 a 6 páginas cada, condensados ou importados de periódicos de várias áreas do conhecimento, foi fundada em 1922 nos Estados Unidos, se internacionalizou em 1938 e chegou ao Brasil em 1942. De início, ela se empenhava em divulgar o *american way of life*, incluindo o consumo de cigarros. Porém, desde 1924 o periódico já vinha fazendo publicações constantes de textos contrários ao hábito de fumar e após a divulgação do já referido relatório do RCP em 1962, a postura editorial da revista mudou definitivamente, passando a não mais renovar seus contratos de publicidade com companhias de tabaco (Gonçalves, 2011).

estado de saúde e outros dados pessoais, familiares e sociais de grande número de tabagistas, registrando-se o consumo do tabaco, a modalidade de fumar, o tempo do hábito de fumar, etc.: esse grupo é comparado com outro de número igual e semelhante, constituído de abstêmios. Acompanhando os dois grupos durante alguns anos, confronta-se a prevalência de doenças ou óbitos. Os estudos prospectivos requerem rigorosa organização de pesquisa, grandes equipes e são muito custosos. São, porém, mais valiosos pelo seu rigor estatístico.”

Apesar de esta questão provavelmente ser proveniente da filiação religiosa de seus fundadores, que eram presbiterianos, o fato é que o periódico desempenhou importante papel na divulgação de artigos científicos para o público leigo - inclusive no Brasil – divulgando em português os resultados de pesquisas sobre tabagismo, inclusas as publicações de maior impacto nos EUA e na Inglaterra. Apesar de sua inserção social não se dar entre as massas, a revista chegou a vender 100 mil exemplares em seu primeiro ano de existência no país, chegando ao ápice de 500 mil, na década de 1970, sendo lido majoritariamente pela classe média mais escolarizada, sobretudo por mulheres (Gonçalves, 2009: 162; 2011).

Além de artigos científicos, *Seleções* também publicava uma seção contendo sugestões de terapias para o abandono do fumo e outra contendo narrativas sobre fumantes que conseguiram abandonar o hábito, bem como de outras sobre tabagistas acometidos por câncer de pulmão. Estes relatos sobre a vida de fumante eram feitos de forma dramática e na maior parte das vezes trágica e costumavam ser publicados revezadamente uns que diziam respeito a indivíduos com câncer e outros que versavam sobre tabagistas que conseguiram deixar o costume através da força de vontade ou por terapias medicamentosas, passando a viver normalmente.

As narrativas se davam de maneira detalhada, fazendo o leitor pensar que estava realmente passando pela mesa de cirurgia para a retirada do tumor cancerígeno, deixando sempre, ao final, uma dúvida sobre se aquilo seria o suficiente para que o personagem ficasse curado, já que o câncer poderia retornar. Além disso, os personagens apresentados seguiam os perfis dos fumantes que começavam a apresentar doenças tabaco-relacionadas identificados pelas pesquisas científicas, ou seja: homens acima de 50 anos, de classe média e que fumam excessivamente. Adicionado a isso, colocava-se o sujeito em uma vida confortável e estável, que subitamente era abalada pela doença. Várias ponderações científicas eram feitas em meio à narrativa, tal como apresentar as chances estatísticas de sobrevivência ao câncer de pulmão.

Neste sentido, podemos demarcar a entrada em atividade da revista *Readers Digest – Seleções do Readers Digest*, no Brasil – como um demonstrativo do início das atividades da imprensa leiga no movimento antifumo, completando a tríade que compõe sua estrutura e que consiste em três segmentos: o científico, o religioso e o de imprensa⁶⁷, sendo o religioso-protestante, de início, o aporte moral que fomenta as primeiras pesquisas científicas e o interesse em continuar o combate ao tabagismo durante o início do século XX.

67 Não denominaremos o segmento de imprensa como jornalístico porque seu papel na luta antifumo consiste basicamente em publicizar para o público leigo os resultados de pesquisas científicas.

Mais tarde, como mostraremos neste trabalho, esta moralidade-guia que impulsiona o movimento antifumo, até aqui religiosa, será secularizada concomitantemente ao aumento da crença social no progresso da ciência e no desenvolvimento da mesma, que conseguirá definir internamente pontos de consenso sobre os resultados envolvendo as relações tabagismo e doenças tabaco-relacionadas, o que fará com que emergja uma moralidade secular baseada no culto à saúde.

Desta forma, o ininterrupto trabalho científico buscando compreender a relação entre o aumento do tabagismo e a incidência de várias doenças fez com que em 1962 o Estado norte-americano financiasse uma comissão para averiguar as evidências até então apresentadas acerca dos malefícios do hábito de consumir tabaco. Porém, seu objetivo ainda não era desenvolver políticas sociais ou leis regulatórias, mas confirmar o que um segmento da ciência – correspondente aos clínicos⁶⁸ nos Estados Unidos e aos fisiologistas no Brasil - já tentava demonstrar por conta própria há anos.

As conclusões as quais esta comissão chegou foram divulgadas em 1964, em cadeia nacional de televisão. A cobertura afirmava que após a análise de milhares de publicações e relatórios de pesquisas sobre a relação tabagismo → doença, foi redigido o Relatório Terry, o qual demonstrava que a taxa de morte por câncer de pulmão era dez vezes maior entre fumantes em relação a não-fumantes, citando também, entre as doenças relacionadas ao tabagismo com mais incidência entre os fumantes, bronquite crônica e enfisema (Jaques ; Gonçalves, 2010: 322).

Isto fortaleceu o movimento antifumo, modificando o rumo das ações estatais relacionadas à questão nos EUA. Além disso, legitimou a epidemiologia como disciplina científica, ao demonstrar que o método de inferências causais a partir de dados estatísticos era confiável quando relacionados a estudos epidemiológicos. Assim, o foco se deslocou da tentativa de provar definitivamente a relação entre tabagismo e ocorrência de determinadas doenças, para o debate sobre formular políticas de saúde pública que pudessem conciliar interesses públicos e econômicos⁶⁹(das empresas do ramo). A divulgação do Relatório através de rede de televisão foi o primeiro grande passo do movimento antifumo para a desconstrução da aceitação social do tabaco/tabagismo na sociedade norte-americana.

Os resultados destes relatórios reverberaram em algumas associações médicas do

68 *Clinicians e Physicians*

69 Id.

Brasil através de revistas e artigos, dando início ao movimento médico antitabaco de caráter mais incisivo em terras brasileiras. Já em 1963 foram publicados artigos que apresentavam os resultados de pesquisas realizadas nos Estados Unidos e Europa e, em 1965 tramitavam no Congresso Nacional vários projetos de lei que buscavam impor algum tipo de restrição à venda de cigarros no país, adição de advertência nos maços, ou maior taxaço do produto para que o dinheiro fosse dirigido ao combate ao câncer, todos fundamentados a partir destes relatórios⁷⁰.

Diferente do que ocorreu nos Estados Unidos e na Europa, onde setores religiosos já haviam entrado na luta institucional antitabaco desde antes de as pesquisas científicas sobre o tema se tornarem mais robustas, o movimento moderno antifumo mais combativo a nível institucional no Brasil foi capitaneado por entidades médicas, especialmente as compostas por fisiologistas. Desta forma, quando o carioca formado em direito, Ivan Luz, deputado federal pelo PRP do Paraná entre 1963 e 1966, apresentou um Projeto de Lei (PL) de sua autoria em 1965, que versava sobre a obrigatoriedade da impressão dos dizeres “O uso desse produto pode causar câncer” nos maços de cigarros, seu Projeto ganhou notoriedade por meio do periódico “O Médico Moderno”, gerando debates entre os médicos brasileiros.

O próprio deputado, como demonstram Jaques e Gonçalves (2010: 324), admite que o impacto causado por seu Projeto se deveu, em grande parte, à atitude da Associação Médica de Brasília (AMBr), que por meio de seu presidente em exercício, tomou a iniciativa de fazer uma campanha nacional de esclarecimento acerca do Projeto, especialmente para os médicos. Para tanto, recebeu apoio da Associação Médica Brasileira (AMB) e das entidades federadas, além do periódico O Médico Moderno, que publicou o Projeto em suas páginas. O então deputado ainda admitiu que se espelhou no exemplo norte-americano para propor seu PL. Porém, neste momento, a intenção declarada da criação destes projetos era apenas gerar um debate entre os médicos e membros do legislativo brasileiro e não fazer valer mudanças concretas, visto que a influência das indústrias de produtos derivados de tabaco era muito forte dentro do Congresso Nacional e na contratação de espaços publicitários na imprensa. Sobre isso, o deputado Luz redige o texto de seu Projeto já incluindo os seguintes dizeres: “Não seria praticável qualquer medida que extirpasse a causa radicalmente, para impedir-lhe os danosos efeitos, por motivos óbvios”. E continua: “O projeto em tela persegue um fim educativo”. (O Médico Moderno *apud* Jaques ; Gonçalves, 2010: 324).

Os médicos entrevistados pela revista para que opinassem sobre o PL em questão

70 Cf. Jaques e Gonçalves (2010: 323).

apresentaram, segundo Jaques e Gonçalves (2010), diversos pontos de vista, todos concordantes em relação ao reconhecimento da relação tabagismo → câncer de pulmão. Porém, alguns levantaram a questão de que esta relação apesar de bem fundamentada, ainda precisava de mais pesquisas para ser comprovada de maneira indubitável, mas reconheciam que a quantidade de trabalhos internacionais envolvendo o tema já seria o suficiente para justificar medidas restritivas ao consumo de cigarros, mesmo que nem todos demonstrassem resultados cientificamente confiáveis quando submetidos a uma avaliação mais apurada. Além disso, Lauro Valente, presidente da Associação Médica do Paraná, sugeriu que fosse dado início a uma ampla campanha de esclarecimento, patrocinada pelos poderes públicos, defendeu o aumento de impostos que incidiriam sobre o fumo e seus derivados; e o controle das atividades de expansão das indústrias do setor.

Mas Francisco Fialho, diretor do Instituto Nacional do Câncer (INCA) à época, quando entrevistado pela revista para opinar sobre o Projeto de Lei do deputado Ivan Luz, levantou dúvidas sobre as conclusões às quais as interpretações sobre as estatísticas utilizadas nas pesquisas haviam chegado, apesar de considerá-las significativas. Seu argumento era o seguinte:

até o momento, as estatísticas foram feitas tomando-se um grupo de pessoas com câncer pulmonar e verificando-se quantas delas fumavam [...] entretanto, não se faz o contrário, isto é, relacionar todas as pessoas que fumam e constatar quantas estão atingidas pela enfermidade, [assim], fica-se sem saber a porcentagem de pessoas que fumam cigarros e não têm câncer. Daí o caráter relativo dos estudos feitos até agora. [Por isso] não devemos ficar excessivamente vinculados à ideia de que o fumo produz o câncer de pulmão, pois ela é passível de críticas, como se vê. (O Médico Moderno, 1965: 28 *apud* Jaques ; Gonçalves, 2010: 326)

Completando sua fala, Fialho defendia que, apesar do que disse, a ideia da advertência deveria ser mantida e ampliada, abarcando outros males que para ele já eram conhecidos e comprovadamente causados pelo fumo. Defendia também que a campanha de advertência teria efeito positivo sobre quem não fumava, em especial os jovens, já que achava que quem já era fumante dificilmente cederia à campanha de advertência.

Aqui fica clara a ambivalência presente no discurso antifumo da época, inclusive a nível institucional estatal. Se por um lado, reconhecia a existência de um elemento de fragilidade em suas bases científicas, por outro, aparecia como se colocava como missão a ser posta em prática e propagada principalmente por profissionais da área da saúde, ainda que estes dados não se mostrassem resistentes a uma análise pormenorizada. Além disso, apontava como principal meta o desenvolvimento de campanhas de cunho educativo, voltadas à diminuição da iniciação de jovens ao hábito do tabagismo.

Esta crença na “missão” de extinguir ou no mínimo diminuir o número de fumantes, acabou por fomentar um modelo de contrapropaganda, por assim dizer, por parte de entidades antitabaco contra as peças publicitárias da indústria do fumo. Assim, buscavam divulgar, através de suas campanhas educativas, os resultados das diversas pesquisas realizadas, com o intuito de barrar o avanço do tabagismo. Esse embate forçou as empresas do ramo a bolarem novas estratégias, partindo para peças de marketing mais agressivas, divulgadas em *outdoors*, cartazes, televisão, rádio etc. Se no início do século XX as empresas se fortaleceram através das guerras e, logo após, do cinema; no pós década de 1960 imperaram os apelos à iniciação dos jovens veiculados em grandes espaços públicos, como nos mostra Brandt (2009: 1-15).

Voltando para o caso brasileiro, o período mais ativo de formação do movimento antifumo compreende os anos de 1963 a 1986, quando o Estado brasileiro apresenta o Programa Nacional de Combate ao Fumo. Segundo Jaques e Gonçalves (2010: 326-333), desde os anos 1940 existiam iniciativas isoladas de médicos brasileiros, em específico os que se dedicavam a conscientizar seus pacientes sobre higiene, distribuindo cartilhas em suas clínicas, onde explicavam os malefícios do fumo para mulheres grávidas ou em período de amamentação, por exemplo.

Porém, ainda na década de 1960, boa parte dos médicos brasileiros fora dos círculos das especialidades que lidavam com o tratamento de doenças do sistema respiratório não dava credibilidade aos resultados de pesquisas estadunidenses e europeias sobre doenças tabaco-relacionadas, incluindo os relatórios anteriormente citados. Além disso, até meados da referida década, mesmo os médicos que consideravam o tabagismo um hábito pernicioso ao organismo não o tratavam como um problema de saúde pública, mas sim enquanto uma escolha individual que poderia prejudicar a saúde de seus usuários. Adicionalmente, havia um alto índice de tabagismo entre os próprios profissionais de saúde, tanto no Brasil, quanto nos EUA, inclusive, se de um lado havia campanhas antifumo fazendo uso de dados científicos, por outro, as indústrias do setor, nos Estados Unidos, utilizavam-se de ferramentas para tentar rebater estas críticas, bolando artifícios para argumentar que os problemas constatados haviam sido contornados e associar o uso de cigarros à aprovação médica⁷¹.

71 Cf.:

<http://tobacco.stanford.edu/tobacco_main/images.php?token2=fm_st001.php&token1=fm_img0002.php&theme_file=fm_mt001.php&theme_name=Doctors%20Smoking&subtheme_name=More%20Doctors%20Smoke%20Camels> [Acesso em 28/01/2015] e <http://tobacco.stanford.edu/tobacco_main/slogans.php> [Acesso em 28/01/2015].

Aliado a isso, a indústria do tabaco também criou cigarros com filtros, com sabores, com teores menores de alcatrão etc., sempre buscando demonstrar que havia resolvido o problema o qual a ciência médica havia encontrado em seu produto, criando, neste momento de embate mais direto entre descobertas científicas e indústrias do setor – compreendido entre os anos 1950 e 1970 – uma estrutura relacional bastante tensa cujos ganhos, ainda que momentâneos, de um lado ou de outro, estavam diretamente ligados ao nível de crença social na validade dos discursos relacionados à saúde proferidos por um e outro polo, já que a figura que era operada enquanto propagadora dos mesmos, nos dois casos, como demonstramos, era a do médico, portanto, socialmente reconhecida enquanto legítima para abordar a temática em questão. Ou seja: cabia ao cidadão leigo escolher um dos lados. Assim, percebendo que estava perdendo a batalha, o segmento científico do movimento antifumo começa a fechar o cerco, buscando comprovar que não importa os artifícios que as indústrias do setor do tabaco utilizem para diminuir o impacto de seus produtos à saúde humana, nunca será seguro utilizá-los.

É bastante provável que esta estratégia de vendas tenha ocorrido em tão larga escala por conta da baixa adesão dos médicos, considerados de maneira ampla, ao movimento antifumo, inclusive no Brasil. Desta forma, percebendo que o sucesso social das campanhas necessitava primeiramente da adesão destes profissionais em larga escala, para que exercessem papel pedagógico, associações médicas brasileiras, lideradas por tisiologistas iniciaram uma campanha de conscientização de profissionais e estudantes da área da saúde, ainda na década de 1970 no Brasil.

A articulação entre estes tisiologistas/pneumologistas⁷², a maior parte pertencente ao quadro profissional do Serviço de Doenças Torácicas da Policlínica Geral do Rio de Janeiro e integrada à equipe editorial da Revista do Serviço Nacional de Tuberculose, viabilizou a formação do coletivo antitabagista brasileiro na comunidade médica do país no início da década de 1970.

Este coletivo passou a publicar artigos de cunho panfletário e pedagógico de maneira sistemática no Jornal Brasileiro de Medicina (JBM) desde o início dos anos 1970. Esta publicação era distribuída nacionalmente de maneira gratuita até meados da referida década, pois era mantida pela indústria farmacêutica e os médicos que compunham seu conselho

72 O interesse deste ramo em especial se explica pela proximidade que já tinha no trato de doenças do aparelho respiratório, a exemplo da tuberculosa. Desta forma, os médicos especialistas já vinham observando um paulatino aumento na incidência de câncer de pulmão entre brasileiros tabagistas. Cf.: nota de rodapé presente em Jaques e Gonçalves (2010: 332).

científico e editorial eram todos fisiologistas, alguns ligados à Policlínica e ao Serviço Nacional de Tuberculose. Depois deste período de distribuição gratuita, o jornal passou a ser distribuído para assinantes, passando a contar com uma média superior a 44 mil em 1980 (GONÇALVES, 2009). Assim, o foco dos artigos aqui publicados era o convencer os médicos leitores, através de dados científicos e palavras de apelo moral, a pararem de fumar e recomendarem o mesmo a seus pacientes. Também no início dos anos 1970 a OMS adotou a proibição do tabagismo por seus servidores dentro de suas instalações. O JBM endossou a medida e o Conselho Federal de Medicina a reproduziu, proibindo o uso de derivados do tabaco em suas dependências.

Neste momento, a noção de que os custos com gastos da previdência tratando tabagistas seriam maiores do que os ganhos com impostos arrecadados com o setor já era bastante disseminada por médicos sanitaristas, a exemplo de Carlos Luiz Campana. A intenção destes sanitaristas era tentar sedimentar as teses de que o custo-benefício de deixar a indústria do fumo operar sem restrições não era viável, pois os custos com tratamento de fumantes era maior do que a arrecadação de impostos referentes ao setor e a segunda tese consistia em disseminar a crença social de que o fumo era um elemento tóxico ao organismo humano, com alto poder de gerar dependência.

Porém, as políticas de saúde pública vigentes durante o período ditatorial brasileiro não dava margem ao Ministério da Saúde para financiar campanhas antifumo de abrangência nacional. Assim, estas movimentações de grupos antitabaco acabaram se arrastando por várias décadas, obtendo avanços dentro da comunidade científica, porém, pouca inserção institucional. Este tipo de terreno só foi sendo conquistado no início dos anos 1980, sendo consolidado com a redemocratização, que trouxe consigo o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS), aliado à implantação da reforma sanitária, o que fez com que paulatinamente o país passasse a ocupar as paradoxais posições de um dos maiores exportadores de fumo do mundo e referência mundial em combate ao seu consumo através da criação de leis, controle de produção e programas de educação sobre o tema.

Retomando o percurso histórico, é possível identificar a proposição de uma gama de projetos de lei entre 1964 e 1970 visando regulamentar a venda – inclusive a menores -, o consumo e a propaganda de produtos derivados de tabaco, a criação de imposto adicional e obrigação de impressão de avisos sobre o risco de câncer. Porém, todos foram “engavetados”. (TEIXEIRA ; JAQUES, 2011).

Ainda segundo os autores, durante a década de 1970 houve uma escalada no número

de projetos do tipo apresentados no legislativo federal, atingindo a marca de setenta e nove entre 1970 e 1980. A maior parte rerepresentava as propostas dos projetos anteriores, mas alguns apresentavam novos temas, a saber: a regulamentação do consumo de tabaco em transportes coletivos aéreos ou terrestres e em locais públicos; controle sanitário sobre a produção de tabaco no Brasil; inserção da abordagem do tema do tabagismo e seus malefícios no currículo escolar e, por fim, a criação da Semana Nacional de Controle do Tabagismo. Mesmo com tantas proposições, os PL continuaram não sendo aprovados.

Muito desse fracasso institucional pode ser explicado pela falta de articulação entre os ideais de saúde pública do governo federal durante o regime ditatorial e as novas demandas da saúde pública da época. Outro ponto importante é que os resultados das pesquisas científicas acerca das consequências sociais do tabagismo ainda não se apresentavam de maneira a serem bem aceitas pelos parlamentares, no sentido de que a maioria ainda ficava com receio de perder as verbas provenientes das indústrias do fumo. Sendo assim, optavam por não arriscar. Foi necessário que o movimento antifumo médico mais combativo e panfletário adentrasse o legislativo federal para que esta mentalidade começasse a mudar, como mostraremos adiante.

Ao contrário do que possa parecer, a articulação entre os segmentos científico e religioso do movimento antifumo ainda esboçou uma última aliança, com a criação da Sociedade Médica Brasileira de Combate ao Fumo (SMBCF), através de uma convocação do médico Ajax Walter César Silveira, atuante em campanhas pró-temperança e criador de um método para parar de fumar em cinco dias, além de escritor de livros antifumo com publicações pela Casa Publicadora Brasileira, uma editora Adventista, como já mostramos. O referido médico convocava seus pares para uma “cruzada patriótica contra o tabagismo” (GONÇALVES, 2009: 113). Obteve adeptos, dentre eles o médico e deputado federal Pedro Lucena, que assumiu a vice-presidência da entidade e utilizou sua influência para tentar interpor projetos na câmara federal, inclusive um que a tornava entidade de utilidade pública, para que assim pudesse receber verbas federais. Porém, não obteve êxito. A entidade durou de 1970 a 1973 e suas reuniões eram apoiadas pelo governo do estado de São Paulo, que cedia espaços para que os ciclos de palestras acontecessem. Nestes ciclos, participavam médicos associados, que apresentavam trabalhos científicos sobre tabagismo e pastores adventistas, que apresentavam palestras e vídeos pedagógicos e de conscientização sobre a cessação do hábito. Além disso, entre 1970 e 1973, o médico Ajax Silveira escreveu artigos periódicos em nome da SMBCF no JBM.

Após o fim da SMBCF, Silveira acertou um convênio com a prefeitura de São Paulo

para fundar o Centro de Recuperação de Fumantes, cujo foco era a realização de seus cursos ensinando a parar de fumar em cinco dias. Seguindo esta linha, várias comunidades religiosas, principalmente as protestantes, realizaram cursos no mesmo sentido (TEIXEIRA ; JAQUES, 2011).

Segundo Gonçalves (2009) e Teixeira e Jaques (2011), A Organização Mundial de Saúde (OMS), nos anos 1970, já reconhecia a validade das pesquisas que relacionavam consumo de tabaco e incidência de várias doenças, recomendando aos Estados-Membros que criassem programas governamentais voltados especificamente ao combate do hábito. Para tanto, deveriam ter como mentores, órgãos permanentes, responsáveis pela regulamentação das questões envolvendo a saúde da população em cada país - no caso do Brasil, este órgão seria o Ministério da Saúde.

Os mesmos autores nos mostram que todas estas mobilizações internas à área médica, além do início da institucionalização da luta em nível internacional, expressa pelo apoio da OMS, as reuniões de entidades médicas brasileiras começam a ocorrer com bastante frequência e em 1979 foi elaborado um documento como resultado de um seminário ocorrido no Instituto Brasileiro para a Investigação do Tórax, que tinha o tabagismo como tema e ocorreu em Salvador, Bahia. Este documento ficou conhecido como Carta de Salvador e pode ser indicado como um manifesto do movimento médico antifumo brasileiro (BOEIRA, 2002). Dentre seus signatários estavam os mais importantes nomes da fisiologia/pneumologia da época - que também eram bastante reconhecidos enquanto líderes do movimento médico para o controle do tabagismo no Brasil. Seus trabalhos eram desenvolvidos principalmente na luta contra a tuberculose e, por extensão, acabaram incluindo este novo tema como uma das causas de problemas no aparelho respiratório. Boa parte era constituída por professores universitários ativistas pró-vacinação em massa (em específico a BCG, a exemplo de José Rosemberg, seu principal expoente) e/ou compunham a Divisão Nacional de Tuberculose.

Foi nesta Carta que pela primeira vez se reconheceu publicamente o impasse econômico que o Estado deveria enfrentar caso apoiasse a luta contra a cultura de consumo de tabaco, visto que poderia afetar tanto o cultivo de fumo, quanto os investimentos das empresas do setor no país. Apesar de tudo, os médicos redatores do documento utilizaram as recomendações da OMS como apoio e seguiram com a defesa da criação de um Comitê Nacional de caráter multi-institucional para planejar e promover uma campanha antitabagista em todo o território brasileiro.

Seguindo a iniciativa dos pneumologistas redatores da Carta, a Associação Brasileira

de Cancerologia ainda em 1979 reuniu na cidade de São Paulo várias associações científicas e instituições ligadas à saúde, com o intuito de elaborar um Programa Nacional Contra o Fumo, que passou a ser coordenado pela Associação Médica Brasileira a partir de uma comissão nacional composta pelas diferentes Sociedades Médicas presentes no Brasil. Também se previu que a comissão reunida para criar tal programa enviaria ao Congresso Nacional uma solicitação para que se criasse uma CPI sobre fumo e saúde, com intuito de fomentar a criação e aprovação de novas leis envolvendo o controle da propaganda de cigarros, proibição de fumar em determinados locais, regulamentação de sua comercialização, taxaço de produtos derivados do fumo e vinculação de advertência sobre os riscos do hábito de fumar em embalagens de cigarros e outros derivados.

Seguindo o caminho deixado por estas mobilizações, a década de 1980 começou com a ocorrência de aquecidos debates dentro de Associações Médicas regionais de Pneumologistas de todo o país. Por isso, logo em 1980 a Liga Espírito-santense contra a Tuberculose realizou a primeira Conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo, ocorrida em Vitória-ES, contando com a participação da maior parte dos médicos participantes do evento que resultou na redação da Carta de Salvador, no ano anterior. Neste evento, apresentou-se pesquisas internacionais sobre o tema, resoluções e recomendações da OMS, bem como novos trabalhos escritos por médicos brasileiros.

Foi então que a discussão se tornou pública, pois ainda no ano de 1980 a revista *Veja* – de grande circulação nacional - publicou matéria de capa sobre o tema, influenciada pela campanha do Dia Mundial da Saúde, apresentando um panorama feito pelos jornalistas da equipe que informava aos leitores os malefícios do tabaco e apresentava o nível da discussão sobre o tema em países estrangeiros, principalmente nos EUA. A referida revista já tinha feito outras publicações sobre o tema desde o ano de 1976, como nos mostra Gonçalves (2009: 128), reproduzindo artigos de associações médicas, mas essa foi a primeira vez que a questão ganhou destaque de capa. Gonçalves (2009: 169) continua, afirmando que as publicações sobre o tema continuaram consistentes na revista até 1986, o abordando sobre vários aspectos: econômico, social, as estratégias de propaganda das empresas do setor, etc. Este episódio foi fundamental para a definitiva popularização do tema no Brasil, visto que a revista *Veja* estava entre as de maior circulação nacional.

No mesmo ano de 1980, Teixeira e Jaques (2011) observam que a OMS intensificou sua campanha antifumo a nível mundial, criando, para tanto, o *slogan* “Tabaco ou Saúde”, dando início ao programa Tabaco e Saúde, que recomendava maior rigidez nas campanhas

antitabaco já existentes em alguns dos países-membros e sua criação naqueles onde ainda não tinham sido criadas. Recomendava ainda que os governos bolassem estratégias para controlar este problema através de um plano que desse ênfase às medidas educacionais, especialmente no que dizia respeito aos jovens e também solicitava a proibição, restrição ou limitação das propagandas de produtos derivados do fumo.

Assim, o Ministério da Saúde (MS), buscando acatar as recomendações da OMS, numa tentativa brasileira de aumentar seu destaque dentro de órgãos internacionais, criou em 1981 a Comissão para Estudos das Consequências do Fumo, cujo objetivo era elaborar pareceres acerca dos diversos Projetos de Lei já existentes no Congresso Nacional. Porém, esta Comissão funcionou por apenas um ano, sendo exemplo da frágil situação a nível institucional, do movimento antitabaco da época. Mas esta iniciativa já sinalizou que o MS estava disposto apoiar a luta.

Apesar da tentativa falha por parte do Estado brasileiro em apoiar a luta neste momento, a atuação de médicos e entidades médicas dentro do congresso nacional buscando levar o combate ao tabagismo ao âmbito da formação de políticas públicas federais – ou seja, institucionalizá-lo -, foi bastante intensa, envolvendo médicos com mandatos de senador, deputado federal, professores universitários com influência na casa etc. Assim, em 1981, o senador Lourival Baptista, médico com longa carreira política em Sergipe e no Congresso Nacional, um dos mais atuantes neste processo, lançou um livro contendo sua palestra proferida no XI Congresso do Hemisfério Ocidental e XII Congresso Nacional do *International College of Surgeons* (secção brasileira), além da transcrição de 21 discursos feitos no senado federal e de cartas e menções de apoio enviadas por outros médicos à sua campanha contra o tabagismo. A obra, denominada Mobilização Nacional Contra o Tabagismo (BAPTISTA, 1981), buscava convencer o leitor da legitimidade da campanha e demonstra a atuação do senador na tentativa de incorporar a luta à agenda do governo federal, expondo, mesmo que de maneira bastante discreta, os meandros da luta política enfrentada, inclusive a questão do *lobby* da indústria do fumo dentro do congresso nacional. Por seu ativismo institucional, o senador acaba por se mostrar, a nosso ver, um dos principais expoentes da tentativa de institucionalização da luta antifumo no Brasil.

Desta forma, fica claro que os esforços da frente médico-acadêmica do movimento antifumo, instalada e com influência dentro do congresso nacional, exerceu papel fundamental na institucionalização de medidas voltadas ao combate do tabagismo, incluindo a criação de apoio para que o governo federal gozasse de uma base sólida para que pudesse designar ao

Ministério da Saúde o papel de desenvolvedor de políticas educativas do gênero.

Representativo desta dinâmica é a proposta do PL que versava sobre a criação do Dia Nacional de Combate ao Fumo, a ser comemorado em 29 de agosto e previa que, uma semana antes da data, fossem feitas campanhas educativas em larga escala, para divulgar os malefícios do hábito. Este documento foi aprovado pela Câmara dos Deputados em 1981, sendo enviado ao Senado Federal, onde permaneceu engavetado até 1986, quando foi votado e aprovado quase por unanimidade (registrando apenas dois votos contra e uma abstenção) após longos debates para se entender os prós e contras do Projeto; sendo sancionado em onze de junho daquele mesmo ano pelo então presidente José Sarney e dando origem à Lei Federal nº 7.488/86, que estabeleceu o dia vinte e nove de agosto como “Dia Nacional de Combate ao Fumo”, endossado pelo Grupo Assessor para Controle do Tabagismo, que apresentaremos a seguir. Esta é considerada a primeira legislação de combate ao fumo em âmbito federal Teixeira e Jaques (2011). Desde então, o Ministério da Saúde é o órgão governamental responsável pelo planejamento das ações envolvendo este dia.

Esta mobilização, aliada às recomendações da OMS, fez com que em 1985 o Ministério da Saúde tivesse força institucional para criar o Grupo Assessor para Controle do Tabagismo (GACT) – através da portaria ministerial nº 655/GM -, cujos principais membros eram os médicos militantes não parlamentares que faziam parte do movimento pela institucionalização do movimento dentro do congresso nacional, além daqueles pertencentes às entidades médicas de combate à tuberculose. Além desses, compunham o grupo membros de diversos seguimentos da sociedade civil e do governo, a exemplo de juristas, parlamentares do legislativo federal, bem como representantes de diversos grupos e instâncias sociais relacionadas ao controle do consumo de derivados de tabaco, tal qual descrito na citação a seguir. O Grupo foi o primeiro responsável pela coordenação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) até 1989, quando passou para o Instituto Nacional do Câncer (INCA), e sua primeira ação foi publicar um manual com diretrizes para a formação de multiplicadores sobre o combate ao tabagismo, denominado *Tabagismo e saúde: informação para profissionais de saúde*, em 1987 (JAQUES ; GONÇALVES: 2009). Assim, o Grupo Assessor foi constituído da seguinte forma:

Art. 2º. Serão membros natos do Grupo Assessor ao Ministério da Saúde para o Controle do Tabagismo no Brasil: Presidente da Comissão de Saúde da Câmara; Presidente da Comissão de Saúde do Senado; Presidente da Associação Brasileira de Imprensa; Representante da Ordem dos Advogados do Brasil; Representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil; Representante do Movimento Brasileiro Evangélico; Representante da Associação Médica Brasileira.

Art. 3º. Farão parte, outrossim, do Grupo Assessor ao Ministério da Saúde para o Controle do Tabagismo seis (6) professores de notório saber e reconhecida atuação na luta contra o tabagismo. (Brasil, 1985 *apud* Baptista, 1987: 154)

Desta feita, é possível perceber que dentre os atores envolvidos na constituição da primeira ação institucional do Estado brasileiro com a finalidade de tomar para si a responsabilidade de propagar os ideais antifumo, criando campanhas de conscientização em massa, aprovando leis etc., estavam alguns diretamente ligados às entidades historicamente combativas do hábito, a exemplo da religião. Além disso, foi incorporado um representante da imprensa leiga, que havia passado a desempenhar importante papel a partir dos anos 1940 com a revista *Seleções* e, de maneira mais robusta, a partir dos anos 1970 com a revista *Veja*. Afora estes, os “seis professores de notório saber...” era, basicamente, médicos docentes ativistas antifumo. Desta forma, o caráter panfletário o movimento foi mantido, com vistas a convencer o maior número possível da população leiga em um tempo tão curto quanto fosse viável. Seus membros foram empossados pelo ministro da saúde, o médico Carlos Sant’anna, em 11 de dezembro de 1985.

Sobre esta mobilização estatal em prol das campanhas antifumo, a Associação Brasileira da Indústria do Fumo (ABIFUMO) ficou surpresa e publicou uma nota repudiando a ação, afirmando que o setor havia tomado providências em relação aos produtos, passando a produzir apenas cigarros com “baixos teores” - de alcatrão e nicotina - e com filtros, não havendo provas científicas de que a relação fumo-doenças era válida. Deixou claro ainda que o setor era um dos maiores contribuintes de impostos do país e que os ativistas antifumo eram fanáticos que trabalhavam com generalizações apressadas (Gonçalves, 2009: 189). Na época a entidade era presidida pelo ex-Ministro da Agricultura, o gaúcho Nestor Jost - o que provavelmente deve ter facilitado no fortalecimento do *lobby* do setor dentro do congresso, em especial no que tange aos subsídios fornecidos aos produtores de tabaco, cuja maior parte se concentra na região sul, em especial no Rio Grande do Sul. Porém, com esta ameaça vinda do próprio Estado, os lobistas se viram em uma situação delicada e decidiram contra-atacar de maneira bastante direta, como é possível perceber a partir das declarações e ações supracitadas e descritas.

Em um espectro mais amplo, o Ministério da Educação distribuiu a professores da rede pública de ensino, em 1986, trezentas mil cartilhas sobre os males do tabagismo, estimulando-os a trabalharem o material em sala de aula e solicitarem a seus alunos que participassem das mobilizações referentes ao dia 29 de agosto.

Também a partir da segunda metade dos anos 1980, surge uma importante questão

dentro do movimento antifumo, que vai impulsionar sua popularização: a preocupação com a manutenção de ambientes livres da poluição ambiental causada pela fumaça do tabaco, surgida por conta do grande número de estudos acumulados até então que tentavam demonstrar os malefícios causados pela fumaça de cigarros quando inalada por não fumantes.

No ano de 1986 a relação entre tabagismo passivo e incidência de câncer de pulmão em não fumantes saudáveis veio a público como um fato científico pela primeira vez. O estudo final foi desenvolvido e publicado pelo governo dos Estados Unidos, em conjunto com a *US National Academy of Sciences* e o *US National Research Council*⁷³. O relatório publicado do estudo trouxe consigo a criação do conceito de tabagismo passivo, bem como a comprovação científica de sua relação com a incidência de câncer de pulmão em não tabagistas saudáveis. Esta descoberta, longe de ter sido repentina, foi fruto de uma longa série de publicações envolvendo a incidência de doenças do sistema respiratório em mulheres, crianças e jovens de famílias onde o pai ou os pais eram tabagistas^{74,75}. O referido relatório foi, desta forma, o momento de reconhecimento, por parte do Estado norte-americano, da existência de danos causados pelo cigarro aos fumantes passivos. Sendo um marco da mundialização do referido conceito. No Brasil, essa discussão já era conhecida: havia chegado ao país através de médicos atentos às publicações estadunidenses e europeias, fossem acadêmicos, pesquisadores ou apenas leitores dos artigos publicados.

Isto fez com que o movimento antitabaco de todo o mundo ganhasse mais um forte argumento para justificar suas lutas e reivindicações. Toda força apelativa passou a basear-se em uma questão: o tabagismo parou de ser problema apenas do fumante e do Estado e passou a ser um problema de saúde pública em sentido amplo, visto que o primeiro, ao fazer uso de sua substância em lugares fechados, prejudicaria não só a si, mas também a quem estivesse inalando a fumaça por ele exalada, assim, o problema se desvencilhou definitivamente da esfera privada e passou à esfera pública. Antes, mesmo com o argumento de que o tabagismo causava problemas aos cofres públicos, os não fumantes tinham dificuldades em se sentirem

73 Cf. TEIXEIRA, L.A.; JAQUES, T.A., 2011: 299.

74 Cf. ROSEMBERG, J., 1987: 216-224 e 270-271.

75 Diversas tentativas de consolidação do conceito já vinham sendo postas em prática pela comunidade científica e, como nos mostra Rosenberg (1987: 213-224), pesquisas sobre tabagismo passivo eram constantes em países como Inglaterra, Estados Unidos, Grécia, Alemanha e Japão (inclusive utilizando como amostra alguns voluntários sobreviventes de Hiroshima e Nagasaki), além da região de Hong Kong. Dado este fato, o mesmo autor demonstra (p. 282) que até 1986, 47 países já possuíam proibições severas contra o fumo em locais públicos ou privados, visando proteger os fumantes passivos, sendo a Finlândia o país com medidas mais enérgicas, já que proibia o fumo na maior parte dos espaços públicos, com exceção de alguns poucos locais listados na mesma lei de proibição.

suficientemente incomodados com fumantes a ponto de apoiarem em larga escala medidas antifumo, visto que não havia argumentos o suficiente para embasar políticas restritivas do uso em locais públicos. Com o estabelecimento da relação fumo passivo e câncer de pulmão, a relação se tornou bem mais direta, facilitando o apoio da população em geral às demandas do movimento antifumo. Este foi o principal motivo pelo qual a maioria dos Projetos de Lei interpostos, à época, no Legislativo Nacional dizia respeito a restrições ao ato de fumar em ambientes fechados, fossem públicos ou privados. No Brasil, a portaria ministerial nº 428 do MS institucionalizou os fumódromos no país.

A partir deste ponto, a evolução das políticas antifumo se deu de maneira relativamente rápida, pois um argumento social e juridicamente fundamentado havia se tornado consenso, diferente do ocorrido em períodos anteriores.

Os anos 1980 foram de elevada combatividade por parte do movimento antifumo não só nos Brasil, mas também nos EUA, onde os primeiros processos contra as indústrias do setor começaram a ser impetrados, dossiês foram feitos levando a público documentos internos que revelavam que as corporações tinham conhecimento que seus produtos causavam malefícios aos consumidores e, além disso, comprovavam que estas os manipulavam os componentes dos cigarros para que se tornassem potencialmente mais sujeitos a causar dependência em seus clientes (TEIXEIRA ; JAQUES, 2011). Com isso, o objetivo do movimento antifumo era diminuir, se não acabar com, a aceitação social do tabagismo.

Em nível internacional, a Organização Mundial da Saúde instituiu o “Dia Mundial Sem Tabaco”, em 1988, que naquele primeiro ano foi comemorado juntamente com o “Dia Mundial da Saúde”.

Porém, no Brasil, apesar deste significativo aumento de força política por parte dos grupos antitabagismo, adquirido a partir da adesão do Ministério da Saúde à causa, suas possibilidades de ação dentro da esfera estatal ainda se mantinham relativamente restritas, visto que o MS por si só não poderia – nem pode - colocar em pauta as votações de algum PL que lhe interessasse, ficando esta questão dependente da força política do Ministro da Saúde em exercício para exercer *lobby* dentro do congresso nacional.

Desta forma, uma parte desta questão foi resolvida concedendo autonomia a este Ministério para desenvolver campanhas antitabaco através de seu Grupo Assessor, como dissemos, e mais tarde, do INCA. Mas ainda faltava aporte legal ao Estado brasileiro para regulamentar a prática fora do âmbito estatal, desta forma, com a reabertura, durante a constituinte que gerou a Carta Magna de 1988, foram recebidas 410 sugestões envolvendo o

tema (JAQUES ; GONÇALVES, 2009). Assim, no texto final foi instituído um marco legal significativo para o movimento antitabagismo, pois o Estado passou a reconhecer a importância do desenvolvimento de um programa de medicina preventiva, bem como se pôs enquanto responsável, em conjunto com as unidades da federação e os municípios, pela promoção de todos os meios de prevenção e cuidados com a população, criando assim um sistema de saúde pública descentralizado e ao mesmo tempo unificado, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Desta forma, os artigos 196 e 220 passaram a dar aporte às leis posteriores, já que possuem as seguintes letras: “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”; e o art. 220 dá competência à esfera federal para impor restrições e advertências sobre os malefícios decorrentes do uso de derivados de tabaco, álcool e medicamentos, entre outros.

Com isso, logo em 1989 a portaria nº 490 do MS instituiu que as companhias de cigarros deveriam passar a estampar nas embalagens de seus produtos a advertência: “O Ministério da Saúde Adverte: Fumar é Prejudicial à Saúde” (*id.*). No mesmo ano, o Instituto Nacional do Câncer passou a ser o responsável pela coordenação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, passando a desenvolver uma agenda de ações incisivas de desconstrução dos ideais que a indústria do fumo havia sedimentado socialmente⁷⁶.

A partir deste aporte legal, inúmeras leis foram aprovadas entre o final da década de 1980 e de 1990, tanto regulamentando a propaganda, quanto adicionando outros dizeres sobre os malefícios do cigarro, desta vez nomeando as doenças que poderia causar. Apesar disso, as normas vigentes até o fim da década de 1990 não deixavam muito claras quais seriam as punições tanto aos fumantes quanto aos estabelecimentos que não as cumprissem, deixando este quesito relativamente em aberto, dependendo da criação de leis estaduais e municipais baseadas na norma federal que servia de base legal.

Mas o Estado brasileiro continuou agindo de maneira firme, criando diversas medidas, incluindo a descentralização do PNCT, que passava a ter representantes a nível estadual e municipal, treinados por agentes federais. Pelos esforços empreendidos, a OMS condecorou⁷⁷

76 Um exemplo disso foi o uso de atletas brasileiros de renome nacional em campanhas antifumo que buscavam desvincular o uso de cigarros da prática de esportes (JAQUES e GONÇALVES, 2009).

77 Em 1994 a Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo (CNCT) do INCA, responsável pelo

o programa antitabaco brasileiro e faz com que as celebrações do Dia Mundial sem Tabaco de 1998 ocorressem no Brasil (JAQUES ; GONÇALVES, 2009). Neste momento, a Organização Mundial da Saúde já reconhecia a agenda brasileira colocada em prática pelo INCA como uma das mais avançadas do mundo no que dizia respeito ao combate ao fumo (*id.*).

Impulsionada por este cenário de crescimento do apoio de alguns Estados à causa antitabaco e preocupada com a estratégia das indústrias do setor de expandir seus negócios para países de terceiro mundo, a OMS dá início, durante a 52ª Assembleia Mundial da Saúde, ocorrida em maio de 1999, à adoção daquele que seria o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade: a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). Este documento é basicamente um conjunto de medidas cujo objetivo é deter a expansão do consumo de tabaco no mundo, baseando-se nos argumentos de diminuição/cessação de seus danos sociais e à saúde gerados por pesquisas científicas.

Durante quatro anos, a partir de 1999, os 192 países que propuseram a CQCT deliberaram em busca de um texto cujo conteúdo fosse consenso. Desta forma, em maio de 2003, na 56ª Assembleia Mundial da Saúde, o texto do documento foi aprovado por unanimidade. O Brasil foi o segundo país a assinar a aprovação da Convenção. Para que entrasse em vigor em solo brasileiro seria necessário ainda, legalmente, que o texto fosse aprovado pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal. Para que fosse aplicável a nível mundial, a CQCT necessitou da aprovação mínima de quarenta países, destes 192. Esta adesão global aconteceu noventa dias após a redação final do texto e foi considerada a aprovação de um tratado mais rápida da história⁷⁸.

Continuando com a exposição do cenário brasileiro, é possível dizer que a principal preocupação do INCA para com a questão do tabagismo nos anos 1990 era contribuir com o

PNCT, foi reconhecida internacionalmente, recebendo da OMS a medalha “Tabaco ou Saúde”. Esta foi a primeira vez que uma instituição da América Latina recebia uma condecoração por algo desenvolvido em relação a este tema (JAQUES e GONÇALVES, 2009).

78 Alguns pontos importantes do texto da CQCT estabelecem as seguintes obrigações a serem seguidas pelos países que a adotarem: 1 - elaboração e atualização de políticas de controle do tabaco seguindo as sugestões da Convenção e de seus Protocolos; 2 - estabelecimento de mecanismo de coordenação nacional para as campanhas; 3 - aplicação de políticas tributárias e de preços com vistas à redução do consumo de tabaco; 4 - proteção contra a exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados; 5 - regulamentação das análises e das mensurações dos conteúdos e emissões dos produtos derivados de tabaco; 6 - obrigatoriedade da divulgação de informações relativas a estes produtos; 7 - regulamentação de suas embalagens (obrigatoriedade da inclusão de mensagens de advertências sanitárias, recomendando sempre o uso de imagens); 8 - desenvolvimento de programas de educação e conscientização sobre os malefícios causados pelo tabagismo; 9 - proibição de publicidade, promoção e patrocínio; 10 - criação e implementação de programas de tratamento da dependência em nicotina etc. Como se pode perceber, a maior parte, se não todas as recomendações citadas já são seguidas pelo Brasil, daí seu papel de liderança em âmbito global.

avanço das restrições às propagandas de produtos derivados do fumo. A grande meta do Instituto durante toda a referida década foi fazer com que os comerciais de derivados do tabaco fossem proibidos de serem veiculados em quaisquer meios de comunicação, visto que uma vez que se constatou que a maior arma das companhias do setor eram as peças de *marketing* focadas na desconstrução dos argumentos médico-científicos antifumo – exemplo da criação dos cigarros com filtros e baixos teores - e na construção da associação do uso de cigarros a estilos de vida específicos, criando, assim, uma cultura do fumo ou culturas do fumo que variavam de acordo com cada marca – exemplo de propagandas e *slogans* diferentes para cada marca vendida por uma mesma empresa, o que demonstra diferentes público-alvo, assim, diferentes estilos de vida a serem associados ao tabagismo. Além disso, o INCA buscava desconstruir a imagem das próprias companhias de tabaco frente à população, buscando demonstrar que elas não agiam de forma honesta para com o consumidor⁷⁹.

Outro momento importante foi a criação, 1999, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), criada através da Lei Federal nº 9.782 para desempenhar papel fiscalizador das empresas afetadas pelas restrições previstas em lei. Quando fundada, a Agência tinha como finalidade a promoção da proteção à saúde da população por intermédio do controle sanitário de produtos e serviços. Dentre suas atribuições, consta o controle e fiscalização dos cigarros e de outros derivados do fumo. Assim, a autarquia aqui referida se transformou em instrumento de grande eficácia para o controle do tabagismo, pois tinha (e ainda tem) autoridade para trabalhar no cumprimento da lei (fiscalizando e aplicando sanções), expedir multas e normatizar diversos aspectos relacionados à produção e ao consumo também de

79 Exemplo disso foi que em 1995 o INCA encomendou a um laboratório canadense responsável por análises de produtos derivados de tabaco, um estudo sobre os teores das substâncias presentes nas cinco marcas mais consumidas pelos brasileiros. O resultado foi divulgado em 1996 através de ampla cobertura midiática e diziam que os teores dos cigarros brasileiros analisados estavam bastante acima do máximo estipulado por outros países. O Instituto, então, elaborou um documento com várias recomendações destacando a necessidade de fiscalização mais rígida sobre os produtos produzidos pela indústria fumageira no Brasil, tornando este momento importante para a história do movimento antitabaco, principalmente no que tange a elaboração de leis para controle e fiscalização da produção de derivados do fumo em solo brasileiro.

Mais tarde, com a criação da Anvisa, foi publicada em 2001 uma resolução estabelecendo os teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono presentes na fumaça dos cigarros comercializados em território brasileiro. Esta determinação vetou ainda a utilização de qualquer adjetivação em embalagens ou material publicitário de cigarros, como por exemplo: baixos teores, *light*, suave, teores moderados ou quaisquer outras que pudessem induzir o consumidor a uma interpretação equivocada, segundo o entender da Agência, quanto aos reais riscos causados pelo consumo do produto. A maior preocupação da autarquia brasileira em questão, bem como de outros órgãos mundiais que possuem finalidade semelhante, era reduzir principalmente o teor de alcatrão presente nos cigarros, que passou a ser medido através de método padronizado, com utilização de maquinário específico. Segundo o *website* da empresa Souza Cruz, os teores máximos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono permitidos na fumaça de cigarros após a publicação da referida resolução da Anvisa são de, respectivamente, dez miligramas (mg), um miligrama e dez miligramas. Ainda segundo esta fonte, em 2004, a Comunidade Europeia também adotou esta mesma padronização e outros países adotaram medidas semelhantes.

produtos fumígenos, promovendo, desta forma, ações de maior amplitude e efetividade que as postas em prática pelo Ministério da Saúde (TEIXEIRA ; JAQUES, 2011).

No ano 2000, foi promulgada a Lei 10.167 que estabelece proibições à propaganda de derivados de tabaco em áreas externas aos pontos de venda dos mesmos, incluindo meios de comunicação, *merchandising*, *internet* etc. Também ficou proibido o uso desses produtos em aeronaves e demais meios de transporte públicos^{80,81}.

Continuando com o objetivo de combater a aceitação social do fumo, em 2001 a Anvisa publicou uma norma técnica regulamentando a impressão de imagens ilustrativas das advertências constantes nas embalagens de cigarros. Estes avisos também passaram a trazer consigo o “Disque Pare de Fumar” que é um serviço de orientações oferecido pela ouvidoria do MS. As características das imagens e das advertências foram determinadas pela Anvisa e respaldadas tecnicamente pelo INCA⁸². A intenção do uso destas imagens é, assumidamente, combater a aceitação social do tabagismo, quebrando a “aura positiva” que foi criada em torno dos cigarros durante os anos de sua ascensão, fazendo com que as embalagens do produto passassem a ter a finalidade de servir como ferramenta para conscientizar o fumante que a comprasse, tentando fazer - através de seus avisos escritos e imagéticos - com que o indivíduo refletisse sobre as consequências do hábito, tanto para ele quanto para seus entes afetivamente mais próximos⁸³ (TEIXEIRA ; JAQUES, 2011).

Além disso, o PNCT continuava ativo – como ainda continua – com suas ações de treinamento de gestores estaduais e municipais, que se tornavam aptos a treinar equipes para compor os grupos de ajuda mútua utilizados para tratamentos de fumantes, contando também

80 Esta lei ainda previu para o ano de 2003 a proibição de divulgação, no Brasil, do patrocínio a atividades culturais e esportivas internacionais pelas companhias de tabaco, mas este prazo foi posteriormente alterado para o ano de 2005 por conta da defesa de interesses econômicos, revelados através da realização do Grande Prêmio Brasil de Fórmula 1, em 2003, que foi televisionado (TEIXEIRA & JAQUES, 2011).

81 A aprovação desta lei provocou fortes reações contrárias por parte das indústrias do setor tabaqueiro, que levantaram a questão da possibilidade de sua inconstitucionalidade. Por conta disso, a Confederação Nacional das Indústrias (CNI) impetrou uma Ação Direta de Inconstitucionalidade com o objetivo de liberar totalmente a publicidade envolvendo o tema. Mas o pedido foi indeferido e o ato legal continuou, expandindo-se em momentos posteriores (*id.*).

82 A utilização de imagens das supostas consequências do cigarro com a intenção anteriormente citada tem base na psicologia cognitivo-comportamental. Este ramo da psicologia, quando aplicado com finalidades antitabaco, diz que um dos fatores que podem contribuir para a cessação do ato de fumar está ligado ao mal-estar criado pela visão da imagem na embalagem do produto.

83 Em 2004 e 2010 a Anvisa solicitou a modificação das figuras constantes no verso dos maços de cigarros, para que se tornassem ainda mais chocantes aos consumidores, na tentativa de que causassem um impacto a curto prazo.

com terapia medicamentosa através de adesivos de reposição de nicotina de uso de bupropiona, quando necessário.

Ainda assim, apesar de o Brasil ser uma das referências em políticas públicas de combate ao fumo no mundo, paradoxalmente ocupou durante muito tempo a posição de segundo maior produtor de tabaco e maior exportador de fumo em folhas do mundo, sendo, ainda em 2015, um dos três maiores.

Desta forma, todo este esforço por parte do Estado brasileiro para promover o controle do consumo e produção do tabaco em território nacional fez com que, segundo números oficiais, a prevalência de tabagismo caísse de 35% em 1989, para 16% em 2006 (BRASIL 1989 e 2006 *apud* BRASIL 2008, pp. 110-11). Já em 2013, este número caiu para 11,3%⁸⁴.

No fim do ano de 2011 o congresso aprovou Lei Federal 12.546 banindo fumódromos de dentro de locais fechados, estabelecendo novas regras para advertências nos maços de cigarros (a partir de 2016 passarão também a ocupar 30% da parte frontal das embalagens) e aumentando os preços, que a partir de janeiro de 2012 já subiram 20% e continuarão subindo gradualmente até chegar a um aumento de 55% em 2015. Assim, com a entrada em vigor da referida lei – ocorrida em 3 de dezembro de 2014 - só é permitido fumar, no Brasil, dentro da própria casa ou carro e em locais totalmente abertos – embaixo de uma marquise, por exemplo, não é mais permitido.

Esta lei é representativa de uma série de outras voltadas a desestimular o consumo através de restrições ao mesmo. Ou seja: dentre as medidas legais existentes, algumas atacam as companhias do setor e outras atacam o consumo, através do consumidor. As que atacam a indústria dizem respeito às proibições da propaganda, aumento de preços, restrições de tipo de mão de obra a ser empregada etc.; já as que atacam o consumo através do consumidor, visando desestimular que este compre os produtos e, aí sim, acabe afetando as empresas, são aquelas que: tratam das restrições espaciais; atribuem o consumo de cigarros ao aumento da pobreza; à poluição do meio ambiente; ao aumento de prejuízos no sistema público de saúde; à incidência de doenças em terceiros não tabagistas etc. Ou seja, são as de cunho pedagógico-civilizatório, por assim dizer. Estas, de maneira indireta acabam criando um contrafluxo que insere o fumante numa relação simbólica tensa com não tabagistas, ainda que esta não seja a intenção – ao menos declarada – dos idealizadores das referidas medidas. Como já dissemos, o objeto de estudo de nossa pesquisa é primordialmente essa relação que se constitui a partir

84 Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/08/cigarro-mata-mais-de-5-milhoes-de-pessoas-segundo-oms>> [Acesso em 26/01/2015]

desse modelo de combate ao fumo.

Através da exposição feita nos parágrafos anteriores acerca do processo de evolução do movimento antifumo no Brasil, o que é possível notar é que nos primeiros oitenta anos de mobilização, período em que foram despendidos esforços no sentido de legitimar socialmente e, após os anos 1950, institucionalizar as reivindicações dos grupos inseridos no movimento, a liderança dos trabalhos foi exercida majoritariamente por médicos - especialmente tisiologistas/pneumologistas - e entidades religiosas protestantes, em especial Adventistas do Sétimo Dia.

Através da produção de trabalhos e artigos científicos relacionando o fumo à incidência de doenças, bem como da promoção de palestras, debates e distribuição de material informativo sobre o assunto, estes grupos conseguiram paulatinamente fazer seu discurso ganhar notoriedade dentro do cenário institucional federal brasileiro. Uma vez que a inserção social de seus ideais era bastante difícil de se conseguir com as ferramentas que tinham disponíveis, decidiram primeiro buscar apoio entre profissionais da área médica, para que estes pudessem disseminar os ideais de combate ao fumo entre seus pacientes e buscar a institucionalização dentro do congresso nacional, uma vez gozavam de boa representação da classe no legislativo nacional, além do que, este é um seguimento social bem querido.

Esta etapa de luta por legitimidade, largamente baseada em tentativas de estabelecimento de discursos fundamentados em descobertas científicas, ganhou terreno gradativamente, mas o que fica claro é que a dinâmica seguida, ao menos no Brasil, foi a de institucionalização das medidas antifumo antes de haver demanda social solicitando as mesmas por parte do Estado. Ou seja, o movimento antifumo brasileiro ganhou notoriedade mais por ter conseguido se inserir institucionalmente do que socialmente⁸⁵. Talvez isso explique o porque de até hoje o movimento ainda continuar panfletário, apesar de ter baixado a prevalência de tabagismo no Brasil para 11,3%, como já apontamos. Além disso, constantemente percebemos que as leis antifumo brasileira demandam a existência de uma rede de vigilância mútua entre os cidadãos para que funcionem, o que reforça a relação simbólica a qual nos referimos anteriormente, onde fumantes e não fumantes são inseridos, atravessadas por estes discursos e práticas.

Para tanto, o descolamento do discurso médico-científico do religioso enquanto ferramenta de legitimação das ações antifumo foi fundamental para seu avanço. Isso não

85 Mesmo com o apoio da imprensa leiga na divulgação de pesquisas e alertas sobre o tema, as estratégias das companhias de tabaco pareciam ser mais convincentes ao público em geral.

significou que as entidades religiosas foram colocadas de lado no combate, mas que os argumentos utilizados foram gradativamente tornando-se exclusivamente de cunho científico, sem apelo religioso. Acreditamos que isto facilitou a institucionalização das demandas, bem como a posterior aceitação social dos dados apresentados.

Assim, percebemos que a base do movimento antifumo moderno se formou a partir de uma tríade composta por segmentos da área médica, religiosa e da imprensa leiga. Desta forma, as pesquisas produzidas inicialmente giravam em torno do diálogo entre ciência e religião, sendo constituídos trabalhos que buscavam construir um argumento moral de base religiosa, mas com um apelo secular: o cuidado com a saúde, para convencer seus leitores a aderirem à causa. Ou seja, a associação entre os ideais das sociedades protestantes pró-temperança e os resultados de pesquisas científicas relacionando o uso de derivados de tabaco à incidência de diversos tipos de doença, em especial ao câncer de pulmão, ocorreu em larga escala pelo menos durante as cinco primeiras décadas do século XX, quando os maiores canais de publicação dos trabalhos médicos que tratavam do tema no Brasil eram as editoras evangélicas adventistas e batistas, como demonstramos.

Desta feita, não é estranho que o discurso antifumo tenha tomado características de ativismo panfletário, partindo para um movimento de maior secularização apenas após a década de 1950, quando começaram a ser publicados de maneira sistemática resultados de pesquisas que acabaram resultando nos relatórios Terry e do RCP. Neste ponto, a crença social na ciência como fonte de conhecimentos confiáveis sobre a vida já começava a dar sinais de sedimentação, o que contribuiu para que houvesse uma menor participação dos segmentos religiosos dentro do movimento mais amplo, passando a fazer um trabalho essencialmente “de base”, por assim dizer, entrando também a imprensa leiga como nova ferramenta de divulgação em larga escala dos resultados das pesquisas científicas e mantenedora do debate fora dos âmbitos acadêmico e religioso. Porém, não significa que ciência e religião tenham se separado neste campo - a constituição do GATC é demonstrativa disso.

Mas apesar de todos os esforços empreendidos no Brasil – e também em outros países combativos do mundo – até meados dos anos 1980, o consumo de tabaco parecia não estar tendo a queda esperada pelos governos nacionais e mecanismos internacionais, a exemplo da OMS. Desta forma, uma leva de estudos foi produzida para analisar os porquês de o consumo estar aumentando apesar de todas as medidas postas em prática. Assim, se chegou à conclusão de que a manutenção do costume de consumir tabaco estava assentada sobre dois pilares: dependência química em nicotina e cultura de consumo e aceitação social criada e alimentada

pelas peças publicitárias das empresas do setor. Esta foi a base para as medidas de regulamentação dos teores de nicotina, alcatrão e monóxido de carbono nos cigarros, além do controle da propaganda dos produtos nas diferentes mídias.

Aliado a isso, o estabelecimento do conceito de fumo passivo, cuja comunidade científica aceitou como ponto pacífico em 1986, desempenhou papel fundamental na intensificação do combate a nível social, no sentido de estimular a vigilância mútua entre os cidadãos, uma vez que transpôs definitivamente o problema do tabagismo da relação tabagistas → preocupações econômicas do Estado e empresas do setor; para a relação tabagistas → não tabagistas → preocupações econômicas do Estado e empresas do setor. Ou seja: retirou o problema de um patamar social apenas abstratamente perceptível pela população não fumante – a questão dos problemas econômicos causados ao Estado – e trouxe para um nível palpável à população em geral. Além disso, campanhas conectaram o tabagismo ao aumento de grandes problemas sociais, a exemplo da devastação do meio ambiente e ao aumento da pobreza⁸⁶, reforçando esta ligação.

Esta lógica também se refletiu nas leis aprovadas, que de início atacaram as estratégias da indústria do tabaco - limitando a propaganda dos produtos, divulgação, associação com estilos de vida ou eventos culturais etc. -, partiram para restrições ao consumo – em especial nos ambientes de convívio coletivo.

Ao ser transposto à categoria de doença crônica gerada pela dependência à nicotina e, por isso, inserido na 10ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – válida desde 1992 -, feita pela OMS, o tabagismo passou a ser considerado, dada a sua prevalência nas sociedades, como uma epidemia nacional e global⁸⁷. Desta forma, ao serem considerados enfermos, os tabagistas passaram a perceber os ônus e os bônus desta condição dentro de um país que oferece um sistema público de saúde constitucionalmente sedimentado: oferta de opções de tratamento multidisciplinar – psicológico, nutricional, medicamentoso, psiquiátrico etc. - através do PNCT aos interessados em parar de fumar e restrições envolvendo questões de emprego,

86 Cf.: “Meio ambiente e tabaco”. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/dia_mundial_sem_tabaco/site/2012/meio_ambiente_tabaco> [Acesso em 28/01/2015] e “Tema de 2004: 'Tabaco e probreza, um círculo vicioso'”, sobre o tema do Dia Mundial sem Tabaco do ano de 2004. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=31maio2004&link=tema.htm>> [Acesso em 28/01/2015]

87

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/doencas> [Acesso em 28/01/2015]

plano de saúde, seguro de vida etc., pelo fato de ser fumante e o país adotar as resoluções da OMS como válidas em território nacional. Ainda segundo a OMS (2001) *apud* Martins e Seidl (2011: 55), a forma de transmissão da doença tabagismo é a publicidade.

O reconhecimento deste “modo de transmissão” se deu pelo fato de a Organização Mundial da Saúde ter se dado conta de que as companhias de tabaco conseguiram transformar, principalmente a partir da segunda metade do século XIX, seu produto em um fenômeno cultural de massa⁸⁸, associando-o a diversos estilos de vida, como já dissemos. Para tanto, além de proibir as propagandas, passou-se a buscar reverter este quadro de aceitação através de contrapropaganda, fazendo com que o tabagismo passasse a ser visto enquanto um péssimo hábito social.

Este emaranhado de ações advindas do embate entre movimento antifumo e companhias de tabaco, acabou desdobrando-se numa luta social contra o fumo, uma vez que as campanhas de conscientização pré fumo passivo e as medidas de ataque direto à indústria do fumo não estavam surtindo o efeito desejado de erradicação do hábito. Desta forma, pensando sociologicamente, identificamos as medidas de combate à aceitação social do tabagismo como marco do surgimento de uma configuração específica que colocou fumantes e não fumantes numa inter-relação direta constituída e mediada pelos diferentes discursos que compunham as estratégias de reversão do quadro social de larga concordância com o hábito do tabagismo. A emergência desta estrutura tensa também é corolário da confluência de diferentes fluxos discursivos que permitiram a aceitação social das prerrogativas do movimento antifumo, a exemplo da crença no conhecimento produzido pela ciência médica acerca da vida como legítimo e do surgimento das estratégias de administração das populações através do esquadrinhamento e gerenciamento de aspectos cada vez mais específicos de suas vidas. Além destes, podemos citar dinâmicas mais contemporâneas que também contribuíram para a sedimentação social do movimento antifumo e a constituição da dinâmica que estamos buscando destacar neste trabalho: a exemplo da moralidade secular mediada pelo aos cuidados com a saúde.

Neste capítulo procuramos demonstrar, em suma, que desde a descoberta do tabaco pelos europeus, seu consumo, ao ser disseminado socialmente, passou a integrar uma tensa rede de inter-relações composta por diferentes elementos variáveis de acordo com a

88 O consumo de tabaco sempre foi um fenômeno cultural, mas durante muito tempo esteve ligado aos hábitos dos altos estratos sociais, como mostramos, visto que as condições de produção não eram favoráveis à massificação. O surgimento de condições ideais só se deu com a invenção da máquina de enrolar cigarros, que marcou o início da efetiva industrialização do setor.

conjuntura histórica de cada época, mas que sempre conteve os operadores da ciência médica e da religião como componentes, ainda que estes últimos tenham passado algum tempo sem ocupar papel de destaque.

Assim, a ressignificação do consumo do tabaco por parte dos colonizadores europeus – ou seja, os usos sociais concedidos de formas diferenciadas daqueles postos em prática pelos indígenas americanos -, bem como sua mercantilização, provocou um embate entre defensores e opositores de seu consumo que já perdura por pelo menos cinco séculos.

Com o passar do tempo, os ataques sociais passaram a ser direcionados ao fumante ativo e não mais ao tabaco em si, uma vez que, quando da emergência das noções de saúde coletiva, a evolução dos conhecimentos da microbiologia e da pneumologia demonstraram que a fumaça do cigarro do fumante ativo afeta a saúde do não fumante que a inala: fumante passivo. Isso, aliado ao ideal liberal de individuação, os ataques foram deslocados do tabaco como substância para o tabagismo como prática e, conseqüentemente, para o fumante, enquanto praticante.

Nesta dinâmica, baseados em prerrogativas morais constituídas por noções liberais de direitos e deveres, regras de civilidade e observância da boa saúde, fumantes ativos passaram então a serem percebidos enquanto possíveis ameaças à coletividade, uma vez que se fizerem uso de derivados do tabaco em público podem causar mal à saúde de outrem. Isso, aliado ao fato de que o tabagismo passou a ser considerado uma doença, popularmente um “vício”, transpôs o fumante à categoria de indivíduo imprevisível, que pode fazer uso da substância danosa à coletividade a qualquer momento, uma vez que é muito difícil controlar uma dependência. Sendo assim, passou a ser colocado no ostracismo, passou a ser estigmatizado por conta de seu hábito e todo este percurso está diretamente ligado com tentativas, por parte do movimento antifumo de normatizar o tabagismo, ou seja, de proibi-lo legalmente de modo parcial ou total. Como demonstramos, apenas a partir do início do século XX foram conseguidas regulamentações duradouras e robustas neste sentido, visto que nos momentos históricos anteriores costumavam ser passageiras.

Como foi possível perceber, em cada ponto que desenvolvemos, apresentamos aspectos mais específicos que nos permitiram traçar caminhos mais claros a partir do movimento antifumo europeu e norte americano – que exerceram influência sobre o brasileiro - para chegarmos até o caso do Brasil, que era nosso objeto de interesse. Feito isso, no capítulo que se seguirá, buscaremos demonstrar exemplos concretos das relações entre fumantes e não fumantes mediadas pelos elementos que descrevemos até este momento do

trabalho, tendo como base nosso trabalho de campo, incluindo as entrevistas que realizamos com integrantes de alguns grupos presentes em um hospital público de Maceió, mantido com recursos do governo federal através do PNCT.

Capítulo 3

Aspectos das relações entre fumantes e não fumantes em Maceió

Apresentação do método utilizado para obtenção dos dados de campo

Neste capítulo, nossa intenção é expor de maneira sociológica aspectos da dinâmica apresentada nos capítulos anteriores do trabalho, com a finalidade de elucidar questões que o problema formulado nos ajudou a pensar, como por exemplo a da existência de uma estrutura simbólica coercitiva do “ser fumante” fundamentada em estratégias de desconstrução da aceitação social do consumo de tabaco, reforçada por agentes institucionais e indivíduos comuns, fundamentada numa moralidade baseada na observância de cuidados com a saúde.

Como já afirmamos anteriormente, construímos a análise do problema a partir do estudo de um esboço, construído por nós, do desenvolvimento sócio-histórico das bases que permitiram a emergência de um movimento comprometido com a popularização da rejeição do hábito de consumir produtos derivados de tabaco, buscando institucionalizar sua bandeira para que as demandas se tornassem leis com a finalidade de desestimular o consumo e a produção destes itens. Aliado a isso, também nutrimos interesse em entender o desdobramento simbólico destas ações sobre as estruturas de personalidade de fumantes ativos, ou seja, a visão de “eu” destes quando confrontados com a campanha impetrada pelos indivíduos e entidades componentes ou reprodutores do movimento antifumo.

Assim, buscamos apreender determinados aspectos concernentes ao percurso de formação e reprodução daquilo que aqui chamamos movimento antitabaco brasileiro, ou seja: procuramos demonstrar o modo como diferentes figurações ao longo das diferentes conjunturas sócio-históricas brasileiras, consideradas a partir da chegada dos colonizadores portugueses, permitiram a emergência de estruturas que de alguma forma coagiam os tabagistas a pararem de fumar. Este percurso, dadas nossas limitações, foi feito a partir da exposição de diferentes figurações pontuais que consideramos importantes para entender as modificações estruturais pelas quais o movimento antitabaco passou durante o desenvolvimento histórico brasileiro e os elementos que permitiram sua reprodução para gerações posteriores. Isso significa, tal qual demonstramos no primeiro capítulo, que posicionamentos censurando a prática do uso de derivados do fumo remontam à descoberta do tabaco pelos europeus, ainda no século XV, apresentando diferentes agentes, estruturas e dinâmicas de funcionamento ao longo dos séculos, de acordo com a conjuntura histórica da

época.

Uma vez que nosso foco seja a feição contemporânea do problema, nos detivemos por mais tempo na demonstração da confluência de fluxos de ação distintos que contribuíram para sua formação, temporalmente demarcada por nós a partir do final do último quarto do século XIX e início do século XX, com a popularização do uso de cigarros e a associação entre ciência médica moderna e religião protestante nos Estados Unidos, seguindo um modelo de publicações que depois reverberou no Brasil. Assim, construímos toda nossa argumentação durante a primeira parte do trabalho.

Neste terceiro capítulo, buscamos acessar a dimensão dos sujeitos, ou seja, identificar como se manifesta a relação entre a estrutura coercitiva que emerge da percepção de conexões entre os agentes envolvidos no combate ao tabagismo, e as subjetividades por ela afetadas. Nossa fonte de dados, neste momento, foram as falas de voluntários entrevistados e os diários de campo produzidos a partir das observações das reuniões dos grupos visitados, das falas de suas tutoras e seus participantes e do material expositivo apresentado. Antes de descrever quem são estes entrevistados, bem como de detalhar nossa pesquisa de campo, é necessário apresentar os critérios para a escolha do *locus* da pesquisa, assim como expô-lo.

Na procura por locais que pudessem atender aos nossos anseios, descobrimos a existência de grupos de apoio ao fumante existentes em um determinado hospital público de Maceió. Esta descoberta se deu a partir das próprias ações de divulgação empreendidas pelo referido hospital através de mídia televisiva e avisos nos murais da Universidade Federal de Alagoas. Estes grupos de ajuda mútua fazem parte do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), ligado ao Ministério da Saúde através do Instituto Nacional do Câncer (INCA), sendo financiados por verbas federais através do repasse ao estado de Alagoas e seguindo suas diretrizes básicas. Existem a nível nacional e são instituídos por opção de cada centro de saúde, seja ele federal, estadual ou municipal. Seu corpo profissional é composto por funcionários voluntários, de formação escolar de nível superior, das próprias unidades de saúde onde são implantados. A capacitação destes agentes se dá a partir de cursos padronizados repassados por membros do INCA ao (à) coordenador(a) estadual do programa, que por sua vez, realiza o treinamento daqueles voluntários.

Dentro de cada hospital ou unidade de saúde, a organização destes profissionais se dá a partir da divisão de suas funções de acordo com a área de atuação enquanto funcionário do local, visto que precisam conciliar as duas funções; daí, ainda é designado um tutor pra cada grupo e um líder que coordenará o programa dentro daquela instituição de saúde em

específico. A seleção de participantes se dá por entrevista realizada a partir de um questionário padrão, onde são identificados aqueles que aparentam ter mais necessidade de deixar de fumar, segundo critérios de saúde a exemplo de doenças já adquiridas ou risco de desenvolvê-las por conta do consumo excessivo de cigarros. A duração de cada grupo é de um ano e a forma de tratamento, apesar de seguir recomendações e exigências básicas do Ministério da Saúde, varia de local para local onde é aplicado.

Como é possível notar, frequentar esses grupos pareceu a melhor opção para que pudéssemos ter acesso aos voluntários a serem entrevistados. Com isso, por limitações diversas, restringimo-nos a frequentar apenas dois dos quatro grupos existentes no hospital que escolhemos. Neste grupo, conseguimos travar contatos com alguns membros que se dispuseram a ser entrevistados. As entrevistas, então, foram feitas com dois grupos de entrevistados: 1 – profissionais da saúde envolvidos com os grupos e/ou com o programa; e 2 – participantes dos grupos.

Ao todo, acabamos realizando dez entrevistas, sendo seis com participantes dos grupos e quatro com profissionais ligados ao Programa. O quantitativo de entrevistas acabou prejudicado por conta de alguns fatores, a saber: 1 – a falta de estrutura adequada para a realização das entrevistas, o que fazia com que houvessem voluntários, mas estes só se dispunham a ser entrevistados no mesmo dia das reuniões dos grupos - apesar de durarem 12 meses, os grupos só fazem uma média de 10 reuniões durante esse tempo⁸⁹; 2 – Grande índice de voluntários que não compareciam às entrevistas; 3 – Em relação aos profissionais entrevistados, os índices foram melhores, pois conseguimos entrevista com 4, de 7 possíveis.

Com isso, ao entrevistarmos estes tabagistas, tentamos detectar aspectos específicos do problema a nível individual, a exemplo das causas mais recorrentes de cessação e iniciação do hábito de fumar; porque procurou um grupo de apoio; se alguma vez sofreu qualquer tipo de coação por conta de seu hábito; se aprova ou desaprova as leis antitabaco etc.

Nas entrevistas feitas com os profissionais de saúde, a intenção foi identificar de maneira mais clara as estratégias de reprodução dos discursos antifumo, bem como detectar o posicionamento dos representantes das instituições acerca da questão, do modelo de tratamento, esclarecer o funcionamento do programa, bem como outras questões institucionais nas quais ele está inserido.

Acreditamos que as pequenas etnografias de nossas idas a campo, as quais já citamos,

89 A frequência das reuniões se dá da seguinte maneira: 4 semanais, 2 quinzenais e 8 mensais. Podendo as mensais variarem para menos, chegando a 6 ou 7.

nos auxiliariam a entender a dinâmica existente entre os participantes no momento da reunião, tanto no nível de interação tutor-participante, quanto participante-participante, assim como suas relações com os ensinamentos formais⁹⁰ repassados durante os encontros e os constrangimentos sofridos, neste contexto, por aqueles que não conseguiram parar de fumar, além de, captar declarações e opiniões não emitidas durante as entrevistas ou por sujeitos não entrevistados.

Com isso, objetivamos compreender o problema proposto através do uso de ferramentas para além da teoria e dos documentos de arquivos, já que o contato direto com os sujeitos inseridos nesta dinâmica torna possível a observação de nuances que aqueles, por suas declarações, talvez não mostrem com tanta clareza. A realização de entrevistas e observação foi de suma importância para vislumbrar claramente diversos aspectos do problema, como por exemplo, algumas dinâmicas institucionais de estruturação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo em Maceió, os perfis dos participantes e dos profissionais envolvidos, a ação de discursos e práticas antitabagismo provenientes inclusive de representantes institucionais – ainda que de maneira não intencionada - e sua recepção pelos participantes do grupo. Entrevistar membros do corpo profissional associado ao PNCT em Alagoas, bem como frequentar os grupos foi fundamental para entendermos melhor sua estrutura interna e percebermos como se expressam, na prática, tanto durante as entrevistas realizadas, quanto durante as reuniões de apoio por nós frequentadas, os discursos antifumo proferidos por operadores socialmente legitimados.

Por outro lado, entrevistar os participantes dos grupos pertencentes ao programa, nos permitiu buscar identificar, ao nível do sujeito, a extensão da modelação dos referidos discursos sobre seus corpos. Neste aspecto, buscamos expressões verbais de aceitação, concordância e reprodução ou não de práticas discursivas antitabagismo, além de declarações acerca da percepção sobre já ter sofrido algum tipo de constrangimento, sem sentido amplo, por conta do hábito de fumar.

As entrevistas⁹¹ foram feitas de maneira aberta, sem roteiro a ser seguido, com a

90 Nas primeiras quatro semanas de reunião dos grupos, são distribuídas cartilhas informativas, preparadas pelo Ministério da Saúde, contendo informações sobre tabagismo, testes de nível de dependência, questionários para responder, lista de metas a ser preenchidas, estratégias para parar de fumar etc. Estas cartilhas são distribuídas aos participantes e os tutores repassam seu conteúdo em forma de aula, gerando debate sobre o tema. Além disso, é utilizado um material feito em formato de apresentação de slides e apresentado em projetor multimídia, a fim de complementar e acrescentar informações ao conteúdo das cartilhas.

91 O projeto de pesquisa obteve parecer favorável do conselho de ética da Universidade Federal de Alagoas em 05-07-2013.

tentativa de seguir um modelo de história de vida e mantendo algumas perguntas que se repetiam em todas elas, sendo as principais: “por que decidiu entrar no programa de apoio ao tabagista?” E “você acha que exista algum tipo de preconceito contra fumantes?” As duas foram feitas tanto aos tutores quanto aos participantes. Os principais objetivos eram: detectar quais os principais fatores que motivavam tutores e tabagistas a participarem dos referidos grupos de apoio e testar nossa hipótese de que o modelo de combate ao tabagismo adotado pelo movimento antifumo e reproduzido, com mediações⁹², pelo Estado brasileiro resultam em ferramentas simbólicas causadoras de constrangimentos e, conseqüentemente, sofrimento sociopsíquico de fumantes ativos, engendrando uma dinâmica de transposição do fumante à categoria de *outsider*.

Apresentadas nossas técnicas de obtenção de dados para a pesquisa: levantamento bibliográfico, observação do campo com produção de etnografia e realização de entrevistas, esmiuçaremos, a seguir, o modo como os grupos de apoio mútuo funcionam, para que fique clara sua dinâmica de funcionamento e em que momentos foram possíveis a nossa entrada para observação e contato com o material institucional utilizado pelos tutores para debate e conscientização dos participantes.

Estrutura e funcionamento do PNCT na instituição de saúde visitada

O PNCT é representativo das estratégias de combate ao tabagismo postas em prática pelo Governo Federal, já que desde 1989 é coordenado e financiado pelo INCA (JAQUES ; GONÇALVES, 2009: 5) e em 2013 a portaria nº 571 do Ministério da Saúde foi publicada, visando atualizar as diretrizes do programa e regras de adesão e obtenção de medicamentos por parte das unidades de saúde associadas⁹³. Os grupos de apoio financiados com recursos do Programa e estruturados de acordo com suas diretrizes funcionam de modo a oferecer aos participantes alternativas medicamentosas de tratamento ao tabagismo, aliadas à dinâmica de apoio mútuo inerente ao funcionamento de grupos de apoio. Os encontros dos referidos grupos são marcados pelo compartilhamento de experiências entre os participantes, com as falas sendo mediadas pelo(a) tutor(a). Nos primeiros quatro encontros (semanais), o foco é o

92 Mediações entre dois interesses econômicos do Estado: promover a luta antifumo e receber os lucros gerados pelas empresas do setor fumageiro.

93 De acordo com documento disponível no endereço <http://dab.saude.gov.br/portaldab/doencas_cronicas.php>, do Departamento de Atenção Básica (DAB), ligado à Secretaria de Atenção à Saúde, do Governo Federal brasileiro. [Acesso em 22/01/2015]

repassa das informações das cartilhas aos participantes, tendo um espaço reduzido para debates e compartilhamentos de experiências. A partir dos dois encontros quinzenais e, depois, nos mensais, não há mais cartilhas a seguir e a ideia é que a maioria dos membros do grupo já tenham parado de fumar, utilizando estas reuniões apenas como forma de manutenção. Neste momento, o espaço para compartilhamento de experiências é maior e a participação do tutor diminui, fazendo com que os indivíduos desenvolvam uma proximidade tal que consigam auxiliarem-se mutuamente mesmo fora das reuniões. A troca de números de telefones e outras formas de contato extra-encontro é estimulada. É neste momento onde se observa o início das desistências, pois aqueles que não conseguem parar de fumar, costumam desistir do tratamento por sentirem-se envergonhados, apesar de serem estimulados pelos tutores a ficar, mas, por outro lado, também pressionados por estes e pelos outros participantes a se esforçarem ainda mais para conseguirem parar.

Os medicamentos utilizados são receitados por médico(a) pneumologista associado ao Programa dentro da instituição de saúde e consistem em adesivos de reposição de nicotina e/ou comprimidos cuja substância ativa é a bupropiona.

Hughes e outros (2010) descrevem os efeitos da bupropiona da seguinte forma: “*This antidepressant has both dopaminergic and adrenergic actions, and appears to be an antagonist at the nicotinic acetylcholinergic receptor. It may work by blocking nicotine effects, relieving withdrawal or reducing depressed mood.*”, ou seja, esta substância é um antidepressivo que bloqueia os efeitos da nicotina no cérebro, ao tempo em que evita os possíveis quadros depressivos que venham a ser causados pela abstinência da nicotina. Este medicamento vem sendo utilizado como método de cessação do tabagismo há mais de 20 anos em vários países. Apesar disso, na instituição de saúde onde desenvolvemos parte de nossa pesquisa de campo, a prioridade é dada ao uso dos adesivos de reposição de nicotina.

A decisão sobre os participantes que vão usar adesivos de nicotina e os que vão usar “o bup” - tal qual se fala nos grupos, por conta do nome comercial do medicamento distribuído pelo governo federal - é tomada pelo(a) pneumologista responsável pelo tratamento dos participantes dos grupos existentes na instituição. Esta escolha é feita com base no perfil do fumante, traçado a partir das entrevistas iniciais feitas pelos profissionais de saúde que compõem o programa, consultas com o (a) pneumologista, exames médicos e o resultado de um questionário formulado com base no teste de Fagerström⁹⁴, que mede o grau

94 Cf.: Pietrobon R. C. *et al.* “Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência” (pp. 32-33), disponível em

de dependência em nicotina, sendo apenas os casos mais graves e urgentes tratados com bupropiona.

A existência dos grupos em determinado local está ligada à manifestação da vontade das secretarias de saúde dos estados e dos municípios em aplicar o programa em suas “jurisdições”. O mesmo acontece com hospitais, postos de saúde e profissionais que compõem o programa dentro destes locais e instituições. Ou seja: todos são voluntários. O governo federal não obriga que o programa seja posto em prática em nenhum local do país, porém, uma vez que haja a demanda, as diretrizes federais devem ser seguidas e há treinamento e fiscalização⁹⁵ constantes.

Assim, constatada a existência desse interesse, o Ministério da Saúde (MS), capacita representantes das referidas secretarias de saúde e estes capacitam os profissionais das unidades de saúde e hospitais que aplicam o programa em sua área de atuação. Não há ganhos extras ou financiamento direto de nenhuma parte, consistindo a contrapartida do governo federal apenas em prestar o treinamento inicial (depois que um coordenador estadual recebe treinamento, ele fica responsável por repassá-lo a novos voluntários) e enviar os medicamentos e adesivos de reposição de nicotina que serão utilizados pelos participantes do programa a partir da orientação de um médico da equipe. As ações do PNCT, incluindo a existência destes grupos de apoio, são mantidas com dinheiro dos contribuintes, utilizado para a compra das medicações a serem distribuídas gratuitamente aos participantes. Sendo desta forma, os profissionais de saúde que se voluntariam a serem tutores não recebem nenhum tipo de bônus monetário em seus vencimentos.

Desta forma, é comum que o interesse em aplicar o programa em alguma secretaria estadual ou municipal de saúde ou ainda instituição surja por conta de demandas internas (muitos funcionários fumantes) e, a partir disso, o programa é comunitarizado. Além disso, por ser um serviço totalmente voluntário e não remunerado, sendo horas de trabalhos extras não pagas a serem cumpridas pelos servidores municipais, estaduais ou federais envolvidos no Programa, incorre que uma parte do perfil dos profissionais nele inserido, ao menos aqueles por nós observados, consiste em indivíduos que acreditam que estão fazendo sua parte para ajudar a maior quantidade de pessoas possível a se livrar das ações nefastas da indústria do fumo, enquanto uma outra parte acredita que está ajudando tabagistas a melhorarem a saúde e

<<http://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/461/1647>>. [Acesso em 05/09/2014]

95 No sentido de que é exigido o envio, para o Ministério da Saúde, de planilhas contento cada passo do desdobramento do programa em determinada instituição, demonstrando o quantitativo de pessoas atendidas, de casos de sucesso, índice de evasão, números caixas de bupropiona e de adesivos de nicotina distribuídos etc.

livrarem-se de um hábito repugnante.

A estrutura hierárquica que rege o funcionamento deste tipo de auxílio aos tabagistas se dá da seguinte forma: Ministério da Saúde fornece treinamento aos representantes das secretarias de saúde, que por sua vez treinam os profissionais de saúde atuantes dentro das instituições e unidades de saúde aplicadoras do sistema em suas “jurisdições”. Dentro das unidades de saúde, onde o programa entra em prática, existe um coordenador que é responsável pela administração e funcionamento dos grupos naquele local. Cada unidade/instituição de saúde comporta vários grupos, que possuem um tutor cada, podendo o coordenador também ser tutor ou ter outra função além da de coordenação. Estes tutores seguem, no primeiro mês de reuniões (quando ocorrem reuniões semanais), cartilhas oferecidas pelo Ministério da Saúde e, durante todo o tratamento, atendem a diretrizes básicas aprendidas no treinamento, o que não os impede de adaptarem alguns pontos às demandas de seus grupos. Além disso, existe um ou mais médicos que fazem o acompanhamento dos participantes do grupo, solicitando exames clínicos e laboratoriais, analisando os resultados e receitando os medicamentos necessários.

Os grupos possuem duração de um ano e seguem o seguinte calendário: dois encontros para apresentação da equipe e palestras motivacionais; quatro encontros semanais (uma vez por semana), após os quais o MS recomenda que todos os participantes ou a maior parte já tenha parado de fumar; dois encontros quinzenais e oito mensais, a fim de manutenção da cessação. Nos encontros semanais, são apresentados slides e distribuídas cartilhas que tratam sobre conscientização acerca dos malefícios do fumo, benefícios de parar de fumar, estratégias para tal, apresentam testes que medem o nível de dependência e atividades que buscam focar o participante no objetivo de parar de fumar. Além disso, são apresentados slides e curtos filmes educativos, além da promoção da conversa em grupo com a finalidade de compartilhamento de experiências, medos, anseios etc. Aqui notamos as estratégias de moralização médica do tabagismo repassada pelos representantes institucionais do Estado aos tabagistas através do ensino de práticas de cuidado de si e do reforço de que é necessário manter a vigilância mútua e a confissão.

Já nos encontros quinzenais e mensais, a discussão gira em torno do andamento do tratamento medicamentoso, das estratégias de manutenção, do compartilhamento de casos de recaída ou não e exercícios de conscientização dos participantes, motivando-os a tentar manterem-se abstermidos mesmo após pararem de tomar a medicação receitada. Relatórios sobre o andamento dos grupos são enviados regularmente ao representante da secretaria de

saúde a qual o programa de determinada unidade/instituição de saúde está vinculado, de lá, são enviados ao governo federal. Não há critérios específicos de avaliação. A única variável importante é o quantitativo de frequentadores, para que a medicação continue sendo enviada, e de casos de sucesso, para que o tabelamento seja feito.

Percepções acerca das relações simbólicas entre tabagistas e não tabagistas em Maceió a partir da interpretação dos dados do campo

Ao darmos início à nossa coleta de dados de campo, quando da primeira visita ao *locus*, percebemos, ao apresentar-lhes nosso objetivo de pesquisa, o receio por parte dos profissionais de saúde em fornecerem informações sobre o Programa, apesar de se mostrarem bastante receptivos ao fato de ser um representante de um programa de pós-graduação buscando dados para pesquisa. Após algumas apresentações mais pormenorizadas acerca de nossos objetivos dentro do hospital, a maior parte destes representantes institucionais com quem tivemos contato passaram a nos receber de maneira amistosa, mais por se mostrarem simpáticos à causa da pesquisa científica que ao tema proposto em si. É tanto que, como citamos, alguns não se dispuseram a serem entrevistados. Não apresentaram explicações para tal, apenas não se dispuseram. Apesar de recorrentes tentativas.

Por outro lado, os participantes dos grupos pareciam ser mais compreensivos à nossa proposta. Quando de nossa apresentação em busca de voluntários a serem entrevistados, devido ao perfil educacional dos componentes dos grupos – que não chegava ao nível de ensino médio completo. Apenas alguns possuíam ensino médio completo ou graduação - apresentávamos nossa proposta de estudo como interessada em entender melhor os aspectos gerais das vidas dos entrevistados enquanto fumantes: como começou a fumar, por que começou, se se recordava de ouvir alertas acerca dos malefícios do fumo em sua infância/juventude etc., aliado a isso, afirmávamos que nosso principal interesse era detectar se o entrevistado já havia sofrido alguma situação de “preconceito” por causa do cigarro, se achava que existia “preconceito contra fumantes” e o que achava do modelo de tratamento oferecido pelo governo federal, ao qual eles estavam voluntariamente se submetendo. Ao concluirmos nossa apresentação, percebíamos uma grande manifestação em favor das questões que apresentamos: defendiam o modelo do Programa federal e concordavam que existia “preconceito”, onde prontamente muitos começaram a relatar suas experiências, já naquele momento, fora do contexto de entrevista.

Um destes participantes, já de idade avançada, por volta do início dos 70 anos, que

frequentava um dos grupos que passamos a visitar, já havia parado de fumar há mais de um ano e continuava frequentando as reuniões apenas porque alegava gostar do ambiente receptivo do local. Desta forma, em uma conversa que tivemos fora do contexto de entrevista – o participante não se voluntariou a ser entrevistado, desta forma, relatamos o momento de conversa em nossa etnografia -, começou a me contar a história de sua vida: morava no interior, havia sido caminhoneiro, adoeceu, teve que amputar uma perna por conta do diabetes, ouviu de vários médicos que precisava parar de fumar e após apresentar outras complicações de saúde relacionadas a problemas cardíacos, resolveu finalmente parar. Começou a frequentar um dos grupos e parou havia mais de um ano. Nunca havia recaído, segundo ele. Porém, após relatar todo este percurso de vida, alegou que o que mais lhe havia motivado a tomar a decisão de parar de fumar teria sido o “preconceito”⁹⁶ vivido. Disse que antes, quando começou a fumar, não tinha problemas, tudo ficava bem. Conseguia fumar em paz. Mas hoje, depois que começaram a divulgar todas as informações sobre os malefícios do fumo, não conseguia mais fumar tranquilamente. Passara a sofrer muito “preconceito”, inclusive dentro da própria família, gerando conflitos. Então, pensando em diminuir estes conflitos e que talvez conseguisse melhorar das doenças que o estavam acometendo, resolveu parar.

Este relato nos parece bastante representativo do tipo de tensionamento das relações entre fumantes e não fumantes ocorrido no período pós acirramento da luta antifumo como um dos efeitos não intencionados da publicização dos perigos do consumo de cigarros à saúde da coletiva. Notemos que o informante relata que no início, quando começou a desenvolver o hábito do tabagismo, conseguia não sentia nenhum tipo de pressão social para que moderasse ou largasse o hábito, porém, com o passar do tempo, à medida que as estratégias de combate foram sendo direcionadas à divulgação em massa dos malefícios do fumo à coletividade, através do fumo passivo, da poluição atmosférica, ambiental etc., muitos dos fumantes ativos passaram a ser tratados de maneira diferenciada por boa parte da população em geral, passando a sofrer frequentes ataques verbais relacionados ao hábito, segundo constatamos a partir de nossos dados de campo e apresentaremos mais adiante neste capítulo.

Aqui é importante fazermos um corte para apresentarmos categorias específicas que utilizamos em nossa pesquisa de campo, quando do contato com os entrevistados: o conceito de estigma, que buscamos definir e apontar durante o desenvolvimento deste trabalho, teve

96 O uso do termo será justificado adiante.

sua utilização inviabilizada durante a fase de entrevistas. O termo, ao que parece, para nossos entrevistados, ainda está bastante ligado à sua acepção religiosa ou é desconhecido, tornando-se, desta forma, uma categoria confusa e portanto, inviável de ser utilizada para que atingíssemos nossos objetivos de pesquisa. Desta forma, tivemos que adotar várias categorias nativas, traçando a seguinte estratégia: apontávamos o fenômeno que nos interessava e esperávamos que o entrevistado o conceituasse de acordo com sua categorização particular, ou, em alguns casos, apresentávamos um leque de termos que na semântica nativa poderiam ser considerados sinônimos.

Assim, dizíamos, quando entrevistando um representante institucional: “você acredita que os fumantes sejam, de alguma forma, socialmente excluídos, sofram preconceito ou *algo do tipo*?”. Com isso, evidenciávamos o fenômeno que tínhamos interesse, deixando a conceituação em aberto para ser apresentada pelo próprio entrevistado.

Ao entrevistarmos um participante de um dos grupos, ao contrário, mudávamos o foco da pergunta da categoria geral “os fumantes” para o termo específico “você”. Por exemplo: “você acredita já ter sofrido algum tipo de preconceito, exclusão ou *algo do tipo* por ser tabagista?”. Assim, buscávamos obter uma resposta direta, seguida de, em caso afirmativo, um possível relato ou possíveis relatos. Acreditamos que assim conseguimos respostas mais satisfatórias à nossa pesquisa do que se tivéssemos insistido em utilizar nossa conceituação, bastante distante dos termos nativos empregados para reconhecimento e definição do fenômeno por nós investigado.

Dito isto, retomemos nossa discussão. Um ponto importante a ser aqui exposto é o fato de que, apesar de os grupos serem regidos de acordo com algumas diretrizes propostas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, seus tutores possuem liberdade para aplicar estratégias terapêuticas e pedagógicas complementares que considerem convenientes. Desta forma, alguns recorrem ao estímulo a exercícios de relaxamento, outros à introdução de técnicas próprias da psicologia e da terapia de grupo e outros recorrem ao reforço do aspecto religioso/espiritual. Estas técnicas paralelas utilizadas por cada profissional em particular costumam ser bem recebidas pelos participantes.

Sobre o recurso às questões religiosas, durante nossas visitas encontramos dois tipos distintos de abordagem terapêutica apresentados: no primeiro, os participantes do grupo realizavam uma “oração não religiosa” - assim denominada pela tutora responsável pelo grupo - antes do início das reuniões. Nesta “oração”, buscava-se não citar entidades ligadas a religiões específicas, recorrendo-se a um poder superior heterodoxo - por assim dizer -, ou à

própria capacidade interior de “vencer a luta contra o tabagismo”. No outro tipo, encontramos uma abordagem mais incisiva e direta, recorrendo ao Deus cristão. Em entrevista, a tutora⁹⁷ que costuma aplicar esta segunda técnica nos a apresenta da seguinte maneira:

Entrevistador: Eu queria saber assim... é... qual é sua... porque existem os manuais, 'né'? Que os tutores têm que seguir, mas cada tutor coloca um pouco de si.

P3: É verdade.

Entrevistador: Eu queria saber assim... o que é que... qual é esse *plus* que você traz? Qual é a sua característica no tratamento? O que você acha que é muito importante e que você traz além das cartilhas... do que as cartilhas pedem 'pra' o tratamento com fumante?

P3: O que eu trago, além de falar sobre a mudança de comportamento dele [do fumante], é falar sobre Deus. Porque... eu digo: “para Deus nada é impossível. Ponha Deus em sua vida e tudo lhe será acrescentado, tudo será modificado. Com Deus”. Entendeu? Então eu faço com que eles orem, faço com que eles se voltem para Deus, porque muito deles 'diz': “foi... eu estava bem distante de Deus, por isso que eu caí numa dessa”, não é? Os amigos ofereceram e você não tinha uma edificação bem estruturada, moral, não é? O que é que 'tá' certo, o que é que 'tá' errado... e aí você cai na tentação de fazer coisas que a maioria das pessoas... que algumas pessoas... vão achar errado. 'Né'?

Este trecho nos permite assinalar a existência de diferentes métodos de abordagem. Ademais, também nos permite mostrar a expressão das estruturas discursivas religiosa e moral envolvendo o tema do tabagismo enquanto prática condenável, que permeiam o tecido social. Quando a entrevistada nos disse que estimulava a abordagem religiosa como uma forte estratégia para a cessação do hábito, ela nos dá o exemplo de que muitos participantes, ao ouvirem suas palavras, relacionam sua iniciação ao hábito com a “distância” que estavam mantendo de Deus, ou seja, “caíram na tentação” de fazer “coisas erradas” porque não tinham “uma edificação bem estruturada, moral”. Destarte, a relação entre uma possível deficiência na formação moral religiosa do indivíduo e a iniciação ao tabagismo emerge, sendo a reaproximação a Deus uma alternativa terapêutica adicional, além daquela já proposta pelo PNCT - que consiste na divulgação, aos participantes dos grupos, do maior número possível de informações envolvendo os malefícios do tabagismo à saúde e os benefícios de praticar a mudança de hábito desejada.

Como já citamos durante o trabalho, o fumante também é visto enquanto moralmente transgressor ou deficiente no que se refere à moralidade da saúde, só que contemporaneamente, no que tange ao fenômeno do tabagismo, a moralidade da saúde pode ser lida como uma moralidade social – no sentido de conjunto de regras de civilidade a serem

97 Aqui a chamaremos de P3.

observadas -, visto que uma vez que o fumante ativo, ao fumar num local de uso coletivo, expõe os indivíduos que ali se encontram à fumaça do cigarro, considerada prejudicial à saúde, ele passa a ser visto tanto como um vetor de possíveis doenças que a inalação da fumaça possa causar, quanto como um praticante de ato anticivilizatório, uma vez que sobrepõe sua vontade à da maioria – ou, para ser mais específico, seu direito individual de ser fumante, sobre o direito da coletividade de não ser prejudicada pelos atos de outrem.

Continuando no tema das estratégias utilizadas pelos tutores para auxiliar os tabagistas em tratamento, saindo do campo religioso e entrando no científico, percebemos a importância do conceito de fumo passivo – como já buscamos evidenciar em outros momentos deste trabalho – como ferramenta discursiva. O poder persuasivo do conceito, torna seu uso um dos recursos mais utilizados para convencimento dos tabagistas participantes do grupo a deixarem o hábito. Como já citamos na introdução e em outros momentos anteriores a este capítulo, boa parte dos participantes dos grupos lá estão por pressões familiares; a outra parte está por conta de preocupações com a saúde. Desta forma, o conceito de fumo passivo se mostrou, segundo nossas observações, uma forma de convencer estes tabagistas de que parando de fumar, pouparão não só a sua saúde, como a de seus entes queridos mais próximos, que convivem com ele diariamente, como veremos na citação a seguir.

Assim, ao entrevistarmos uma das tutoras, P4, abordamos o tema da seguinte forma:

Entrevistador: A senhora percebe que quando toca nesse assunto da questão do... do fumo passivo, o pessoal do grupo se sensibiliza mais? Assim... em relação a se conscientizar de não fumar perto de outras pessoas? A senhora percebe uma reação nesse sentido?

P4: Sim. E eu faço *questão* [frisado pela entrevistada] de... assim... dar bem ênfase ao fumante passivo. A gente diz: “olhe, o fumante passivo... 'tá' vendo essas doenças aqui? [sobre as doenças mostradas durante as reuniões do grupo] O fumante passivo pode ter também. Adquirir essas mesmas doenças”. Porque é verdade, entendeu? Isso tá lá na literatura, no material que você pesquisa no INCA [Instituto Nacional de Câncer], ele vai dizer que o fumante passivo tem a possibilidade de ter as mesmas doenças 'do que' o fumante ativo. 'Né?' Aí eu dou ênfase: “quem são os fumantes passivos?”. Aí eu faço com que eles digam quem são esses fumantes passivos. 'Pra' ver se eles sabem mesmo, 'né'? Aí uns dizem, outros ficam assim... aí as vezes eles não dizem. Aí eu digo: “olhe, pode ser seu pai – que é um idoso -, sua avó – que é uma idosa -, sua mãe – que é uma idosa -, seu filhinho, que é pequenininho, que vai sofrer no futuro, não vai ter um desenvolvimento, não vai crescer como uma criança normal. Já vai tá com o crescimento comprometido. Aí eu dou ênfase sobre o que pode acontecer com o fumante passivo. Aí eles se sensibilizam.

Então ela continua, dando um exemplo prático de como aquele tipo de recurso acaba atuando como uma forma de motivar o fumante a deixar o hábito de lado:

P4: Teve uma paciente, que ela veio [participar de um dos grupos], parou de fumar e

voltou a fumar. Não foi desse grupo agora, foi do grupo do ano passado. E aí ela contou uma história, assim, muito triste, 'né'? Ela chorou na época que ela contou: que o netinho dela disse assim: “ô' vovó, porque é que você fuma?”. Aí ela foi e explicou 'pra' ele, né? Porque era vontade de fumar, porque tinha aprendido tudinho... aí ele disse: “porque essa fumaça é tão fedorenta. Esse cigarro é tão fedorento”. Aí, na escola – ele pequenininho -, aí deram umas aulas lá – porque a escola 'tá' muito assim... dentro desse assunto agora, 'né'? -, aí disse que quem fumava era usuário de drogas. Aí quando ele chegou em casa, aí disse “vovó”... Aí começou a chorar na escola... Quando chegou em casa ele disse 'pra' vó, 'né'? Que... ou foi lá a escola que chamou ela e disse, 'né'? Disse assim: “olhe, o seu neto disse que você era usuária de drogas”. Aí ela disse: “vige' meu Deus do céu! É porque eu fumo!”. Aí eles 'disse': “ah... é porque a gente falou aqui sobre usuários de drogas, aí falou que o cigarro, quem fumava, também era usuário de drogas”. Aí ela disse: “vou parar de fumar agora. Vou mesmo”. Aí veio, entrou no meu grupo 'pra' parar de fumar e parou de fumar. E aí o neto dela convidou ela 'pra' dar uma palestra na escola. Dar um depoimento: que era fumante, que era considerada uma usuária de droga por conta da nicotina, 'né'? E aí agora parou de fumar definitivamente, em favor do sentimento do neto dela. Não é? Muito preocupada... muito sensível ao neto. Aí parou até hoje. 'Num' quer fumar mais de jeito nenhum.

Neste caso, a pressão sofrida por conta das reclamações do neto se somaram a um mal entendido ocorrido durante a abordagem do tema feita pela escola onde o garoto estudava, numa somatória que motivou a protagonista do relato a procurar ajuda terapêutica para conseguir parar de fumar. Assim, “[...] [ela] agora parou de fumar definitivamente, em favor do sentimento do neto dela”. Ou seja: o conceito de fumo passivo atuou como peça central não apenas na socialização do problema do tabagismo, tornando-o uma questão coletiva e tensionando as relações sociais entre fumantes e não fumantes, mas também como recurso persuasivo para dissuadir fumantes em relação a manterem o hábito do tabagismo. Não temos condições de afirmar com certeza, mas é possível que o papel inicial da massificação do conceito tenha sido justamente este último. Porém, o desenvolvimento de outras dinâmicas não intencionadas, a exemplo da que buscamos demonstrar durante todo o trabalho, acabou dando origem às tensões nas relações entre tabagistas e não tabagistas no Brasil. Aqui, recaímos mais uma vez na questão da moralidade, uma vez que, socialmente falando, um indivíduo que se mantém alheio ao bem estar de seus familiares é mal visto. Desta forma, o fumante que não cumpre ao menos a regra de boa conduta que consiste em não fumar em ambientes fechados que estejam sendo compartilhados com outros – ainda que seja dentro da própria casa -, de alguma forma acaba sendo julgado como sem educação, maldoso, insensível etc.

Assim, estas foram as estratégias que mais se destacaram em nossa pesquisa, uma vez que as outras que observamos seguiam as diretrizes estritas do Programa, que consiste em apresentar cartilhas educativas que possuem informações sobre os malefícios do fumo e os benefícios de parar de fumar, seguidas da apresentação de slides sobre o tema e, ao final, a

apresentação de um curto vídeo educativo; realizar testes de nível de dependência; definir uma data para parar de fumar e traçar estratégias para conseguir cumprir e manter o objetivo, além de fazer uso das medicações indicadas (adesivo ou bupropiona), quando necessário.

Durante a realização de parte da pesquisa que deu origem ao capítulo 2, aliado às nossas experiências vivenciadas em círculos familiares e de amizade mais próximos, onde indivíduos de meia idade relatavam que seus pais os alertavam a não fumar, atentamos para o fato de que seria interessante tentar descobrir, através dos relatos dos entrevistados, se antes da massificação das campanhas antifumo, da questão do fumo passivo etc., já existiam alertas de algum tipo sobre os malefícios do tabagismo, para que pudéssemos constatar se este era um fenômeno relativamente disseminado, ou se estava restrito à nossa rede de contatos.

Sendo assim, apesar de quando perguntados, muitos afirmarem acreditar que o repasse da informação, entre as gerações, de que o tabagismo é pernicioso à saúde, seja algo recente, ao serem questionados sobre se já haviam visto ou ouvido seus pais se referirem ao tabagismo ou ao tabaco de alguma forma deplorável, a grande maioria dos nossos entrevistados relataram que sim, apesar de eles mesmos – os pais – na maior parte das vezes serem tabagistas. Por diferentes meios, os quais buscamos destacar alguns no capítulo anterior, o movimento antifumo conseguiu disseminar conhecimentos sobre os malefícios do fumo à saúde, e dirimir a aceitação social à prática, ainda que de início tivesse tido pouca expressão social no sentido de haver diminuição nos índices de tabagismo do país. Porém, ao que parece, muitos acabaram tendo contato com estas informações. O fato é que há muito, “ser fumante” não é socialmente tão prestigioso quanto a indústria do fumo fez os olhares externos pensarem. É possível notar este fenômeno em uma das entrevistas que realizamos:

Entrevistador: ...E alguma vez eles [os pais] já falaram 'pro' senhor que fumar não era legal, que fazia mal?

I⁹⁸.: Não. Minha mãe nunca chegou a falar isso. O pessoal do interior geralmente 'num'... eu fumava escondido de minha mãe... depois foi que... agora depois de uns quarenta e poucos anos... depois que meu pai faleceu foi que eu vim a fumar assim, às vezes, na presença dela. Mas eu não fumava na presença da minha mãe. Nunca fumei.

Entrevistador: Mas porquê não fumava?

I.: Porque eu tinha vergonha de fumar na vista dela. 'Mermo' com a idade de meus quarenta e poucos anos eu não fumava na vista dela com vergonha, assim...

Entrevistador: 'unhum'... Mas o senhor tinha vergonha porque sab... achava que era errado, ou porque sabia que ela não ia gostar?

I.: Não, eu achava que era errado. Eu achava que era errado fumar... porque no interior os... as... os meninos e as meninas... assim... a gente como garotão nunca fumava na vista dos pais, porque achava vergonhoso aquilo dali... era vergonhoso 'pra' os pais da gente... e eles não aceitavam também.

Entrevistador: Entendi... Entendi... Então apesar de eles não falarem nada de que aquilo fazia mal, mas eles não aceitavam.

I.: Não aceitavam. Exatamente. Aí por essa razão a gente também não fumava na presença deles.

Entrevistador: 'unhum'...

I.: Fumava escondido.

Entrevistador: Entendi. Certo. E mesmo depois de adulto continuou fumando escondido também?

I.: Continuei fumando escondido. Mantive o mesmo costume. Mesma postura.

Aqui fica clara a relação de desprestígio social que o tabagismo guardava já há pelo menos 34 anos, portanto antes do estabelecimento definitivo do conceito de fumo passivo e, mais ainda, da chegada desta informação a uma cidade do interior de Alagoas, de onde o entrevistado é natural. Com isso, fica claro que nosso recurso teórico de utilização dos conceitos apresentados até agora parece corresponder à realidade, já que é bastante provável que a existência desta dinâmica de repulsa ao tabagismo existente em pequenas cidades do interior do Brasil seja proveniente das estratégias biopolíticas colocadas em movimento no país desde o início do século XX, com os movimentos sanitarista e higienista – cujos ensinamentos à população já foram disseminados através da prática da clínica médica – em relação com setores religiosos dos mais diversos, presentes no país. Além disso, dava sua parcela de contribuição, também, o movimento religioso – em especial o de cunho protestante.

Segundo relato do mesmo entrevistado, na cidade interiorana onde morou, era comum entre os adolescentes e adultos jovens que costumavam jogar futebol amador com certa frequência comentar que cigarro afetava os pulmões:

Entrevistador: e o senhor lembra... assim... de quando o senhor era pequeno... no interior, 'né'? É... criança. Começo da adolescência. O senhor lembra de alguma coisa assim do pessoal falando que... é... que... uma pessoa que fuma... não é certo fumar ou alguma coisa desse tipo assim? Criticando alguém que fumava? O senhor lembra?

I.: Ouvi muitas pessoas às vezes falar com relação ao fumo. Principalmente colegas meus que jogavam bola, eram adolescentes, mas eram adolescentes com uma idade mais um pouquinho do que a minha, que não era bom, na verdade, pra o atleta ele... ele... fumar. Porque aquilo desgastava a saúde, principalmente os 'pulmão da pessoa'.

Então eles criticavam muito nesse sentido aí. [...]

Apenas para demonstrar que esta prática de crítica ao tabagismo não era inerente apenas à família do entrevistado, em um outro momento da entrevista, ouvimos o seguinte:

Entrevistador (durante um momento da entrevista em que a conversa gira em todo do uso de cigarros em contextos de diversão): Mas o senhor já percebia alguma coisa assim... é... por exemplo: quem 'tava' fumando as meninas não queriam dançar muito... alguma coisa desse tipo assim? Ou não fazia diferença?

I.: Não... as meninas as vezes 'excluía' porque elas 'num'... 'num' gostavam do cheiro. O fumante, geralmente... aquelas pessoas que eram fumantes elas 'num' se aproximavam muito porque elas 'num' tinham... elas 'num' gostavam. Principalmente aquelas que não 'fumava'. As que fumavam se aproximavam, mas as que 'num' fumavam 'num' se aproximavam devido ao... ao fedor do cigarro na... na pessoa.

Entrevistador: Entendi. Isso já lá no interior?

I.: Isso já no interior. Isso já... digamos... já aos... hum... 1980... 80... 82... 83. Quando eu já tinha... em 80 eu já tava com 20 anos, eu nasci em 61, em 81 eu tava com 20 anos de idade. Então, quer dizer, nesse período aí a gente já sentia essa... essa... essa questão dessa diferença do fumante com as pessoas que não fumavam.

Este relato demonstra que antes da disseminação social do conceito de fumo passivo no Brasil, bem como da massificação das campanhas antifumo, já havia algum tipo de constrangimento público causado ao fumante, ainda que em situações bastante raras e específicas. O conceito de fumo passivo, portanto, como afirmamos em momento anterior deste nosso trabalho, apenas impulsionou o espraiamento desta dinâmica no tecido social, permitindo que se tornasse mais aberta – no sentido de mais facilmente detectável –, institucionalizada (como demonstramos nos exemplos das recomendações da OMS e do Banco Mundial) e legalmente suportada – as diversas leis de proteção contra o tabagismo passivo, que implicam em um reordenamento do espaço público ocupado por tabagistas e não tabagistas.

No que tange à questão da estigmatização, obtivemos relatos que demonstram a existência da dinâmica apresentada por nós nos momentos anteriores do texto. “F” (58, semi analfabeta, fumante desde os 9 anos) relata que sempre observou regras de etiqueta ao fazer uso de cigarros, ou seja, sempre procurou fumar em locais abertos e longe de indivíduos não fumantes. Porém, como poderemos ver na citação a seguir, relata situação de constrangimento público vivenciada por conta do hábito de consumir tabaco:

Entrevistador: [...] alguma vez, na vida da senhora, a senhora já sofreu algum tipo de humilhação ou preconceito ou alguém já falou alguma coisa ruim pra senhora relacionada ao cigarro?

F.: Já. Quando assim. Quando eu ia passando na rua aí as pessoas diziam: “ô, 'mulé', larga de fumar, isso fede!”, aí, como eu era ignorante, a resposta vinha em cima,

como uma vez mesmo... eu tava na feirinha do tabuleiro, *na rua* [frisado pela entrevistada], não estava no 'coisa', aí eu fui passando, aí fui comprar verdura na banca, mas a banca era na rua. Aí veio uma mulher, que ela tava um pouco assim... melhorzinha um pouco de situação 'de que' eu, aí ela olhou pra mim e disse: “ih, mulher, larga de fumar que isso é nojento!”. Aí eu parei, contei até cinco, respirei, aí cheguei 'pra' ela e disse: “a senhora já foi dependente de alguma coisa?”. Ela disse: “graças a Deus não”. Eu disse: “Então cale sua boca que eu não fumo com o seu dinheiro. Se a senhora quer me dar um conselho saiba dar. Não venha me repreender. Quando eu quiser parar, eu paro de fumar. Não é a senhora quem vai mandar”.

Às vezes também quando a gente passa pelas pessoas depois de ter fumado e elas ficam fazendo [tapou o nariz]. Mas pelo menos não dizem nada. Aí eu não falo nada.

Entrevistador: Isso que aconteceu na feirinha tem quantos anos mais ou menos?

F.: Uns 8 anos [...]

Outra entrevistada, “L” (37, ensino médio completo, fumante desde os 12 anos), nos relatou experiências do tipo:

Entrevistador: [...] você já sentiu algum... tipo... alguém que fala mal ou que falou mal?

L.: Várias... várias pessoas. É horrível 'num' canto que você chega, o povo fica criticando você, fica falando mal, que você 'tá' fedendo, que você 'tá' incomodando, entendeu? Muita gente falou isso. Mas muita gente mesmo. Dizia que eu 'tava' incomodando, que eu tava fedendo... Quando eu fumava 'num' ponto, 'pra' pegar ônibus, quando eu entrada dentro do ônibus e eu jogava o cigarro, era muito comentário que tinha dentro do ônibus. Que... “é um povo ignorante”... dizia assim: “é um povo ignorante que fuma e entra dentro do ônibus, não respeita ninguém”. O povo dizia. E isso era alto, 'pra' eu escutar. “Fedendo a cigarro, 'num' tem nem a capacidade de 'botar' um confeito na boca” [risos]

Como é possível perceber de maneira bastante clara, a relação entre fumantes e não fumantes nos espaços públicos da cidade de Maceió se mostra deveras tensa. Outros entrevistados também deram seus relatos, além de indivíduos dentro das situações dos grupos de apoio pós nós frequentados, os quais fizemos anotações em nosso diário de campo. Porém, para não nos delongarmos, escolhemos estes dois, os mais expressivos, para serem representativos da relação que queremos demonstrar.

A existência de uma dinâmica de atribuição de estigmas parece não ser um exagero a ser apontado, dados os níveis dos constrangimentos públicos causados aos fumantes nestas situações de interação e a recorrência a estereótipos para designar os tabagistas, a exemplo da designação dos mesmos como pessoas mal cheirosas e da prática como causadora de asco.

É importante salientar que estes “ataques”, por assim dizer, aqui relatados, são provenientes de desconhecidos do tabagista e boa parte dos participantes dos grupos de apoio afirmam que é bastante comum passarem por situações deste tipo, demonstrando que a transgressão moral e das regras de convivência mútua posta em prática pelo fumante no

momento do uso do tabaco chega a níveis tão elevados que autoriza intervenções deste tipo.

Porém, operadores da saúde inseridos no âmbito institucional do tratamento oferecido pelo governo federal por nós utilizado como ferramenta para obtenção de dados de campo, não consideram estes exemplos como representativos de uma dinâmica de estigmatização. Ao menos não os reconhecem de maneira aberta e consciente.

Porém, em algumas falas é possível notar que há uma percepção, por parte destes agentes institucionais, de que o fumante passa por situações sociais altamente constrangedoras devido ao hábito do tabagismo. P3, uma das tutoras dos grupos, entrevistada por nós, relata um caso de uma colega de trabalho que resolveu parar de fumar após passar por uma situação de constrangimento público:

P3: (em um momento da entrevista em que era discutido o fato de nos anos 1970 e 1980 ainda não ser bem aceito socialmente, em alguns locais do Brasil, incluindo Maceió, segundo o relato da entrevistada, que mulheres fumassem em público): [...] Tinha uma colega, fumante também, na época, 1981, que parou de fumar porque ela se perfumava muito e ela achava que ela super cheirosa, perfumada, e um dia um colega disse a ela: você está *fedendo* [frisado pela entrevistada] porque você acabou de fumar. Aí ela resolveu parar de fumar. Nesta época não existia, que a gente soubesse, remédio para ajudar a controlar os sintomas. Ela parou porque... é... na marra. Porque ela disse: “eu não...” ... E ela tinha tido já duas pneumonias, essa minha colega. E ela disse: “eu não quero ser chamada de mal cheirosa com tanto perfume que eu uso”. E ela parou de fumar.

Este trecho, além de demonstrar que a entrevistada tem percepção do fenômeno – apesar de não considerá-lo como uma expressão de uma dinâmica de estigmatização –, também evidencia o fato de que antes da intensificação e popularização das políticas, campanhas e medidas institucionais antifumo fumantes ativos já passavam por constrangimentos sociais, tal qual também demonstramos em citações anteriores deste capítulo, com a exposição de trechos da entrevista de “T”. Além disso, todas as situações até aqui relatadas demonstram a aceitação, por grande parte dos tabagistas, da pecha que lhes é atribuída, uma vez que raramente reagem aos ataques e, como veremos na citação a seguir, quando param de fumar, boa parte dos tabagistas ativos passa a reproduzir esta lógica, agora invertendo seu papel dentro do jogo de poder. Destarte, pensamos que isto expressa a existência de uma dinâmica que se assemelha, dadas as ponderações que devemos fazer por conta das especificidades do nosso caso, àquela que Elias (2000) descreve como forma por estabelecidos e *outsiders*.

Desta feita, em entrevista, P4, outra tutora dos grupos, nos relata sua percepção acerca do fenômeno, reconhece a existência de “atritos” causados pelo tabagismo e traça um esboço das atitudes de alguns ex-tabagistas quando conseguem deixar o hábito de lado:

P4: [...] tem um lado muito negativo do cigarro que muita gente pede pra sair de perto ou sai de perto, não é nem pela noção do mal que tá fazendo a ele, mas é porque o cheiro do cigarro que as vezes aborrece. Realmente deixa um mal cheiro muito grande e até eles mesmos dizem aqui. São eles que verbalizam aqui 'pra' gente que depois que parou de fumar, realmente, é insuportável o cheiro. Não tem vontade mais de ficar perto das pessoas que fumam, entendeu? E... não quer mais voltar a fumar porque realmente agora que entende porque que as pessoas se mantêm distantes de quem é fumante. [...] Tem uma série de fatores que faz com que a pessoa não fique perto, não goste e aí as vezes causa até atrito, conflito mesmo com a pessoa. Causa muitos problemas. Isso eu realmente, eu reconheço. Mas eles mesmos, os tabagistas, 'diz' que só depois que parou de fumar é que percebeu.

Outro fator importante a destacar de maneira mais detida, é o fato já citado de que as expressões de atitudes coercitivas direcionadas a fumantes ativos, ainda que percebidas enquanto existentes, são consideradas - mais pelos representantes institucionais entrevistados do que pelos tabagistas com os quais tivemos contato -, como justificáveis a partir dos mais diversos pontos de vista. Não queremos dizer, com isso, que o programa institucional o qual representam tenha sido “conscientemente” pensado e construído afim de fomentar atitudes estigmatizantes ou algo semelhante; nem estamos afirmando que os agentes institucionais em si o também as suscite de maneira premeditada; queremos, por outro lado, afirmar que o fato de estas questões permearem o tecido social de maneira já bastante estabelecida, integrando diferentes instâncias da vida destes indivíduos, para além da profissional, faz com que sejam facilmente reproduzidas por eles ou qualquer outro, seja ele um representante institucional ou não. Aqui vemos, em verdade, agentes biopolíticos reproduzindo discursos – portanto práticas – que integram as estratégias biopolíticas contemporâneas.

Ainda mais que não há o fomento a um debate em larga escala sobre o problema por nós aqui exposto, fazendo com que dificilmente seja reconhecido de maneira clara. É tanto que, como veremos nas citações a seguir, grande parte dos representantes institucionais, quando entrevistados, afirmaram acreditar que não havia “preconceito” relacionado aos fumantes, mas, depois, durante suas falas, passam a oscilar entre a justificativa dos constrangimentos pelos quais os fumantes passam e a afirmação de que não tem outra saída a não ser essa, uma vez que o tabagismo passivo é considerado um efeito de um hábito desprestigiado, indicando baixo valor humano de quem o porta e que a fumaça do cigarro é, de fato, mal cheirosa – e isso por si só já parece ser motivo suficiente para que se solicite a um fumante que se afaste enquanto for fazer uso de derivados do tabaco.

Desta forma, vejamos um exemplo através da entrevista concedida por P3, que considera que a maior parte das falas de não tabagistas sobre o tabagismo são, na verdade, uma preocupação com a saúde do próprio tabagista:

Entrevistador: [...] você acha que existe, ou já existiu, preconceito contra fumantes ou que na verdade é uma consequência...? O que é que você acha sobre isso?

P3: Olhe... é porque eu sou da área da saúde desde jovem, 'né'? Aí quando eu cheguei aqui, alguns... Nesse setor tinha uma auxiliar que fumava. E aí a gente reclamava, sabe? Não do cheiro do fumo – eu nunca reclamei do cheiro do fumo, nem vi ninguém reclamar -, mas reclamava porque ela poderia ter um enfarto. E ela teve. Não é?... E ela, depois do enfarto, ela ainda fumou um ano 'pra' poder parar. 'Tá' entendendo? Teve outra moça aqui fumante, e ela preferiu sair de perto da gente do que parar de fumar, porque a gente reclamava, né? Aqui no ambulatório. Quase ninguém fuma no ambulatório, mas as que fumam são, assim... eu tenho certeza que elas se sentem discriminadas mas o que nós queremos é poupá-las - não é? - de problemas de saúde mais tarde. E aí se fala muito: “não fume! Não fume!”, “você com esse cigarro?!”. 'Tá' entendendo? Então realmente *parece* [frisado pela entrevistada] um preconceito da nossa parte. Pelo menos da minha não é. É uma tentativa de ajuda, vendo que ela poderá sofrer mais tarde com isso.

Entrevistador: mas... de maneira geral. Tomando de maneira geral, você acha existe? Por exemplo: algumas pessoas que eu entrevistei, elas falaram que quando elas estão em um ponto de ônibus e acendem um cigarro – acendiam, 'né'? Antes de parar de fumar -, todo mundo se afastava. Você acha que isso é um preconceito ou é o medo da doença que o fumo passivo pode causar?

P3: Você me fez uma pergunta que eu nunca atentei 'pra' isso. Sobre o preconceito. Eu vejo muito falar sobre o preconceito racial, sobre o preconceito... 'né'? Contra as mulheres, 'né'? Contra os alcoólatras, às vezes, chamam eles de... de... de... como é... que ele não para porque não quer, que ele devia ter vergonha, de fraco... mas isso não é verdade, ele está viciado, não é? Mas, eu já vi algumas pessoas se afastarem de outras porque elas dizem que não 'suporta' o cheiro do cigarro. O mal cheiro do cigarro. Então 'prefere' se afastar. Enquanto isso eu digo: eu gosto. Eu acho muito cheiroso, mas eu sei que não é saudável. Entendeu?

Entrevistador: Entendi.

Outro exemplo pode ser demonstrado a partir da fala de P4, que também reconhece a existência de atitudes constrangedoras do hábito de fumar e as considera um reflexo do medo dos não fumantes em adoecerem por conta do contato com a fumaça ambiental do tabaco, o que justificaria – em parte – o comportamento:

Entrevistador: Saindo um pouco dessas questões e indo mais... um pouco para a percepção mesmo da senhora sobre a questão... é... vamos dizer assim... de preconceito contra os tabagistas. A senhora acredita que existe esse tipo de preconceito ou acredita que não existe?

P4: Eu não sei bem se seria preconceito, sabe? Porque antigamente, quando não tinha essa campanha do tabagismo, que ninguém sabia que fazia tanto mal assim, 'né'? Aos poucos foram descobrindo. Aí essa campanha, essa divulgação do mal... dos males que 'acontece', 'né'? Com o... o... o... cigarro... as pessoas... os males que 'leva', 'né'? Aí as pessoas que não fumam ficam com medo, 'né'? Eu não sei se é preconceito, mas na verdade é medo. Porque eu até digo 'pra' eles: “olhe, você parou de fumar, mantenha distância da fumaça. Porque se... por dois motivos: primeiro porque você 'tá' perto da fumaça, continua fazendo mal a você; e segundo, você corre o risco de voltar a fumar”. Então eu não sei se eu 'tô' é... criando um preconceito naquela pessoa de ficar distante da pessoa.

Em uma atitude dissonante das apresentadas pelas outras representantes institucionais entrevistadas, P1 negou a existência de qualquer tipo de preconceito, estigma, exclusão ou qualquer outro termo que possa ser designado para descrever as situações de constrangimento público as quais fumantes ativos são submetidos - ao menos em Maceió, de acordo com os relatos vistos até aqui -, deixando claro que o que pode acontecer é que, algumas vezes, por desconhecimento em relação à abordagem correta para tentar convencer um tabagista ativo a procurar auxílio para cessar seu hábito, alguns indivíduos agem de maneira ríspida:

Entrevistador: [...] Eu queria que a senhora falasse um pouco sobre se acredita que exista algum tipo de estigma ou exclusão ligada ao uso de tabaco, com base na sua experiência e conhecimentos na área.

P1.: Olha... Eu acredito assim... Que não há. Certo? Não há até por conta de todo o embasamento da própria política do controle do tabagismo, tanto nacional como mundial e local, que nós não trabalhamos dessa forma. Não contribuimos para isso. E, como eu tava dizendo a você anteriormente, isso é um discurso muito de indústria. Certo? Isso só favorece a indústria do tabaco. Esse tipo de discriminação. Que em momento nenhum a política do controle do tabagismo ela tende a discriminar o fumante. Até porque nós o vemos muito mais como uma vítima, certo? Do que como um algoz... da questão. Quer dizer... Se... Tem os comportamentos dele... dos... do... fumante, que ele faz... 'né?' Por exemplo: jogar uma ponta de cigarro aleatoriamente na cidade. Isso ocorre. Às vezes há problemas até ambientais por conta desse comportamento. 'Né?' Que na verdade aí eu não eximo muito não o fumante porque ele não é um simples ser que não esteja com a lucidez necessária das suas faculdade mentais 'pra' saber que ele pode contribuir 'pra' o entupimento de bueiros. Então nós não vamos tratá-lo aqui, também, como o Estado-babá mesmo. É... não. Coitadinho. Ele é uma vítima então ele pode jogar a ponta de cigarro onde ele quer que seja. [...] Então eu não vejo, como eu reforço 'pra' você: não vemos na nossa ação diária essa estigmatização nem discriminação alguma ao fumante. E recomendo sempre às pessoas, que o fumante ele é uma pessoa, ele é um cidadão que tem que ser bem tratado. [...] Inclusive, certa vez, na [nome de uma instituição do governo do estado de Alagoas] uma pessoa [nome do setor] chegou 'pra' uma profissional de saúde e disse 'pra' ela “poxa, você ainda não parou de fumar!? Não tem vergonha?! Não parou de fumar!? Eu vou dizer isso à [nome da entrevistada P1]”. Aí ela chamou ele e disse: “olha 'fulano', você sabe, aqui [...] a única pessoa que poderia falar comigo sobre a questão do meu uso do tabaco seria a [nome da entrevistada P1] e com certeza ela não falaria comigo como você falou”. [...] O estigma, então, está muito longe da realidade que eu vivo. Eu não vejo fumante ser discriminado. E eu trabalho muito por isso. Para que a população saiba intervir corretamente junto ao fumante, daí a população precisar de mais informação.

Notemos, primeiramente, que nesta entrevista em específico, o termo utilizado para a realização da pergunta foi “estigma”, diferente das outras, onde procuramos utilizar “preconceito”. Isso, aliado ao fato de que a entrevistada estava bastante preocupada em demarcar a posição institucional do Programa, bem como seu posicionamento pessoal, em relação não só à existência mas às medidas que eram tomadas para evitar que dinâmicas estigmatizantes ocorressem, fez com que a resposta obtida fosse mais “institucional”, por

assim dizer. Este foi um dos motivos que nos fez mudar o termo utilizado na hora da entrevista, como citamos anteriormente, pois, como visto, evitava a obtenção de opiniões e relatos. De qualquer maneira, ainda conseguimos extrair o relato sobre a fala do rapaz que perguntou à moça se ela “não tem vergonha” de ainda não ter parado de fumar. Para nós, demonstrou que a entrevistada reconhece a existência do fenômeno, uma vez que ela se posicionou contra a fala, ao dizer que a moça respondeu a seu “agressor” - verbal – dizendo que “[...] com certeza ela [P1] não falaria comigo como você falou”. Ou seja, implicitamente ficou reconhecida a atitude constrangedora, mas que ao final foi apontada como uma falta de “tato” causada pelo desconhecimento acerca da correta abordagem junto ao fumante.

De acordo com a entrevistada, portanto, o fato de ela, enquanto representante institucional do Programa Nacional de Controle do Tabagismo não fomentar atitudes estigmatizantes, nem haver nada neste sentido diretamente informado na estrutura do programa idealizado pelo governo federal, significa que as mesmas inexistem. O que há, é, em verdade, uma falta de informação da população leiga para que saiba intervir junto ao fumante, e assim não agir de maneira ríspida.

Outra representante institucional do Programa, profissional da área de saúde que aqui chamaremos de P2, reconhece a existência de algum tipo de “exclusão”, em suas próprias palavras, ligada ao consumo de cigarros em ambiente público. Durante a entrevista, conversamos sobre os comentários que haviam ocorrido em uma das reuniões de um do grupo do qual a entrevistada era tutora, que giravam em torno do fato de haver situações de constrangimento público envolvendo o uso de cigarros em locais coletivos, a exemplo de pontos de ônibus, o que gerava comentários e gestos depreciativos por parte de não fumantes presentes no local. Diante disso, surge o seguinte trecho:

Entrevistador: [...] o que você acha sobre essas questões? Se existe mesmo algum tipo de preconceito ou se os fumantes atualmente eles... em alguns círculos eles são realmente excluídos. O que você acha sobre isso?

P2.: Eu não acredito em preconceito, 'né'? Que eles são excluídos de alguma forma, são. Porque tem gente que realmente não tolera. Não tolera fumante. Eu mesma sou alérgica a qualquer tipo de fumaça, então a fumaça do cigarro me incomoda. Então eu saio de perto. Não vou fazer cara feita, não vou brigar, não sei o que... mas me incomoda. Agora se você 'tá' 'num' ambiente fechado, muitas vezes em casa de show, você vê uma pessoa fumando, lógico que você vai falar. Porque às vezes você sabe que aquilo ali tá lhe prejudicando, então eu acredito que eles são sim excluídos. Só o fato de você colocar um fumódromo num cantinho lá longe... eu já acho isso um meio de exclusão, mas que é... olhando pelo lado que se ele fumar junto de todo mundo em um ambiente fechado o que vai prejudicar, eu acho que isso tem que acontecer. Tem uma faca de dois gumes. Eu acho que a exclusão vai continuar acontecendo e a tendência é piorar, porque a lei que proíbe o tabagismo [em locais públicos fechado de uso coletivo], a tendência é ela proibir em qualquer local. [...]

Agora preconceito eu não vejo. Eu vejo pessoas que se incomodam saírem de perto, e tudo, até porque você não vai ficar respirando uma fumaça que você não tolera pelo simples fato pra você não ser indelicado, não agredir psicologicamente uma pessoa.

Entrevistador: mas na maior parte das vezes, as pessoas se incomodam hoje em dia porque elas sabem que a fumaça é prejudicial, 'né'?

P2: É... Hoje a informação... hoje a população tem informação de várias formas, 'né'? Tem acesso a muitas coisas. É internet, é jornal, a própria carteira de cigarro mesmo pra quem não fuma, vê... vê propaganda na televisão. [...] O cigarro deixou de ser aquele charme, aquela coisa bonita e hoje é sinal de doença. Então o pessoal já 'tá' consciente disso e já não quer ficar perto de quem fuma. Já não quer ficar perto do cigarro.

Na fala desta entrevistada, a dinâmica que queremos destacar volta a se expressar, agora emergem a importância da questão do fumo passivo e da relação direta entre normatização do consumo de tabaco em espaços públicos e sua reorganização simbólica. Percebemos a primeira – a questão do fumo passivo – pela afirmativa da situação do uso de cigarro dentro de uma casa de show fechada, onde a entrevistada afirma que pediria para o fumante apagar o cigarro por achar que poderia ter sua saúde afetada, seguida do reconhecimento do fato de que a maior parte das pessoas atualmente dizem se incomodar com a fumaça do tabaco justamente por reconhecerem nela um potencial agente maléfico à saúde do organismo. O segundo ponto, sobre os espaços públicos, aparece na afirmação de que os fumódromos em locais desconfortáveis e reclusos denotam em si uma forma de exclusão, segundo P2. Porém, ainda de acordo com a mesma entrevistada, estas são medidas necessárias. Neste sentido, fumantes e não fumantes concordam, uma vez que buscam o mesmo ideal: a preservação da saúde.

Em posicionamento semelhante, P4 nos relata sobre a mudança que percebeu entre a reação dos indivíduos à exposição à fumaça do tabaco antes e depois do acirramento das políticas antifumo. Apesar de afirmar que em sua adolescência costumava não se incomodar com o cheiro da fumaça do cigarro, atribui este fato à imaturidade da juventude aliada à influências externas e diz que atualmente, além de saber que faz mal à saúde, considera a fumaça mal cheirosa.

Entrevistador: A senhora lembra... assim... quando a senhora era criança e adolescente... um adulto jovem, entre os 20 e 30 anos. A senhora lembra como era a reação das pessoas com o cigarro em contextos de família, de diversão, se as pessoas já falavam alguma coisa sobre fazer mal ou se algumas pessoas já se incomodavam com alguém fumando perto, como a gente vê tão frequentemente hoje em dia? A senhora consegue é... é... a senhora tem esse tipo de lembrança sobre a questão do tabagismo?

P4: Tenho. Eu, quando era pequena, não é? A minha infância, a minha adolescência... eu não tinha... não tinha despertado em mim o mal que o cigarro fazia às pessoas. Aí eu não me incomodava não, sabe? Até porque é... tinha uns que o pessoal dizia “ah, como é cheiroso”. Como adolescente imaturo, 'né'? Que as vezes

a gente não tem noção, 'né'? Maturidade 'pra' é... dizer o que... se é bom mesmo... aí vai na onda dos outros, 'né'? Aí tinha uns cigarros que 'era' com sabor de hortelã, [tinham] os charutos, que tinham uns cheiros assim... aí o povo dizia que era cheiroso e aí eu também ia na onda e dizia que era cheiroso também. Agora eu fazia a distinção do cigarro industrializado e o cigarro que chamava “mata rato”. Você sabe? Acho que você conhece. Aquele do fumo mesmo. Primitivo mesmo, né? Minha mãe fumava esse. É o mata rato. Eu achava horrível, fedorento. Quando ela 'tava' fumando eu saía de perto dela. Mas também não sabia o mal que causava.

Entrevistador: E... por exemplo: quando a senhora saía assim 'pra' uma situação de lazer... uma festa, alguma coisa assim... percebia muitos fumantes?

P4: Percebia, mas não tinha relevância. 'Pra' mim, eu achava que aquilo ali 'num' tinha efeito nenhum. Foi só isso. Mas hoje, se eu tiver 'num' ambiente e 'tiverem' fumando, eu saio de perto. Hoje eu corro. Corro, se eu ver alguém que tá fumando pergunto se tem interesse em parar de fumar – se não tiver, também, cortei o assunto. Não falo mais. Se tiver, aí eu digo “olhe, lá no hospital...” e digo onde é que tem os tratamentos, entendeu? Antigamente eu 'num' tinha essa visão não.

A partir destes relatos, é possível questionar até que ponto o discurso antifumo passou a influenciar a dinâmica dos gostos para além daqueles referentes às práticas de consumo, uma vez que, P2 afirma que o fato de os indivíduos declararem não gostar do cheiro do cigarro pode ser, em alguns casos, por conta de uma modelação discursiva e P4, relata que na juventude gostava do cheiro dos cigarros industrializados, mas que agora não gosta mais, sendo seu gosto anterior consequência de imaturidade em conjunto com influência dos amigos.

Com isto, estamos apenas fazendo inferências, uma vez que não temos ferramentas para realizar constatações desta magnitude. Porém, nos parece plausível que ocorra este tipo de mudança relacionada aos gostos, já que o tabaco e tudo o que está relacionado a ele se tornou alvo de ataques depreciativos corriqueiros. Diferente de P3, que afirma gostar do cheiro apesar de saber que faz mal, P4 afirma que o que ela achava, na adolescência, que era algo de seu agrado, na verdade era apenas fruto de uma tentativa de se enquadrar a seu círculo de amizades; mas podemos pensar que, assim como P4, o cheiro de tabaco lhe agradava, porém, as influências das campanhas antifumo, bem como de sua profissão, causaram uma mudança específica em seu padrão de gostos.

Desta forma, tomando como base as falas aqui transcritas, pudemos notar que a dinâmica local da relação entre tabagistas e não tabagistas dentro dos espaços públicos de convívio coletivo parece seguir o modelo por nós proposto para o caso Brasileiro, uma vez que nos foi possível detectar vários aspectos em atuação a partir das falas dos entrevistados.

Além disso, percebemos que ao menos em algumas situações específicas ocorridas no interior do estado de Alagoas, os tabagistas já eram socialmente mal vistos, como nos relatou

um de nossos informantes. Dado o fato de muitos dos entrevistados terem relatado que só tiveram contato com as primeiras informações acerca dos malefícios do fumo de modo recente, é curioso que algo do tipo já estivesse em voga no período pré anos 1980, como também ficou evidente no caso relatado por P3, onde em 1981 sua colega de trabalho deixou de fumar por ter ouvido de um rapaz, também colega de trabalho, que por conta do cigarro ela estava mal cheirosa. Porém, considerando o fato de que o movimento antifumo vem atuando há muito tempo e que antes das propagandas antifumo muitos pais já diziam aos filhos que não fizessem uso de álcool e tabaco – por diversas motivações – acaba sendo possível tentar fazer um paralelo entre estes fluxos.

Estes últimos relatos, oferecidos por P2 e P4, deixaram evidentes o papel do risco dentro desta dinâmica. A noção de que inalar a fumaça do tabaco pode ser prejudicial a saúde desperta comportamentos de alerta nos indivíduos. Assim, estas profissionais da área da saúde declaram que ao se depararem com alguém fumando perto delas em local fechado, logo dão um jeito de se afastar, pedir para apagar o cigarro, ou sair do recinto, pois não consideram o risco à saúde, causado pela exposição à fumaça como um fator que possa ser relevado. Assim, o controle do risco se mostra como um aspecto importante da questão, como já abordamos no capítulo um.

No ponto que se segue, que será escrito à guisa de conclusão, buscaremos mais uma vez explicitar o percurso que intentamos empreender durante este trabalho, procurando esclarecer seus principais aspectos.

Conclusão

Tendo em vista o exposto, concluímos que apesar de guardar grande importância - no sentido de operar como limitadora das vontades das indústrias do setor do fumo – a luta antifumo, ao confluir com diferentes fluxos históricos, a exemplo do desenvolvimento dos ideais liberais, fez emergir uma rede de relações tensas entre as frentes de combate ao tabagismo e as indústrias do setor, jogando tabagistas, não tabagistas e, no início, também o Estado dentro desta dinâmica. De início mais partidário das indústrias do setor, o Estado brasileiro começou a mudar de lado a partir da segunda metade do século XX, aderindo oficialmente às demandas do movimento antifumo a partir dos anos 1980. Neste ínterim, as relações simbólicas envolvendo fumantes e não fumantes não pararam de se modificar, sendo mediadas por diferentes aspectos. Atualmente, a moralidade da saúde, conceito apresentado no início do trabalho, é o principal mediador desta relação.

Para entendermos esta dinâmica, é fundamental compreendermos as lógicas européia até o século XIX e norte-americana a partir do mesmo século - quando ocorre a institucionalização ou estatização da luta antifumo nos Estados Unidos. Estas dinâmicas são importantes porque ao que parece, por conta das influências que mostramos no decorrer do trabalho, o modelo adotado pela comunidade médica brasileira e, conseqüentemente, pelo Estado, foi e ainda é, largamente inspirado nas lógicas e medidas estadunidenses, sugeridas pela OMS a seus países membros. E a história da institucionalização da medicina enquanto ciência no Brasil, por sua vez, está relativamente ligada à dinâmica europeia.

Entender a relação entre as culturas médicas norte americana e brasileira se mostra fundamental para conhecermos a modelagem das políticas de combate ao hábito de fumar postas em prática no Brasil no século XX, visto que o debate emergiu de maneira mais forte a partir do momento em que artigos sobre os malefícios do tabagismo foram chegando ao conhecimento de médicos brasileiros e estes, atentos ao fenômeno, passaram a observar os desdobramentos da luta antifumo nos EUA e, em segundo plano, na Inglaterra, enquanto avançavam na questão brasileira.

Neste sentido, é importante entender a articulação entre ciência médica e religião protestante nos primórdios da luta pela institucionalização dos ideais do movimento antitabaco nos Estados Unidos, no fim do século XIX, posto que esta relação é fundamental para compreendermos os rumos posteriores tomados pelo movimento - inclusive quando de sua chegada ao Brasil. O ideal salvacionista presente em grande intensidade nas medidas

adotadas por governos e referendadas por profissionais da saúde, demonstram que este é um campo onde a união entre os ideais de defesa da vida cultivados pela medicina e a crença na salvação através do ascetismo mundano, presente na cultura das religiões protestantes tradicionais é de fato possível.

A dicotomia entre puro e impuro no estabelecimento da periculosidade social passou a ser socialmente reconhecida em larga escala na relação tabagista → não tabagista a partir da consolidação do conceito de fumo passivo, contribuindo para a atualização de modelos de governança e agregando mais esse elemento às demandas das biopolíticas contemporâneas⁹⁹, impulsionada pelo “sobrevivente capital”, por assim dizer, já que crises financeiras passaram a ser constantes. Desta forma, garantir o mínimo de ônus para os empregadores e, por tabela, para os Estados, passou a ser essencial. Operadores das ciências médicas demarcaram suas posições dentro desse campo, tomando para si o dever de garantir a produção e reprodução de saberes transmutados pelos sujeitos em práticas de cuidados de si e de fundamento para a vigilância do outro, constituindo padrões de ação onde desviantes passam a cumprir o papel de *outsiders*.

O Brasil, por sua vez, parece absorver parte desta dinâmica e luta para aplicá-la de maneira integral à sociedade. A participação do Ministério da Saúde, do INCA, de setores específicos da Fundação Oswaldo Cruz e várias outras entidades públicas estaduais e municipais em ações de conscientização, combate e controle do tabagismo, demonstra o nível de institucionalização e ativismo da causa no país. Além do que, o Brasil é considerado exemplo de cumprimento das diretrizes da OMS para o combate ao tabagismo, sendo o que mais apresentou resultados positivos de redução do consumo de cigarros, aprovação de leis e sua consequente implementação.

A validade da existência de grupos como os que foram por nós visitados é inquestionável, visto que o tabaco é, sem dúvida, uma substância de efeito pernicioso ao organismo humano, ao menos quando utilizada em grande quantidade e/ou com muita frequência. Porém, durante nossos momentos de observação, percebemos a reprodução de falas, por parte dos tutores, que reforçam aquilo que aqui estamos chamando de estigmatização do tabagismo que, por sua vez, reverbera em práticas estigmatizantes direcionadas ao tabagista, a exemplo de: “quando eu vejo alguém fumando, eu saio de perto” e “quando tem alguém fumando na rua, eu desvio” (na tentativa de convencer que o fumo passivo deve ser uma preocupação real, mas que acaba legitimando uma atitude ofensiva para

99 Vide os argumentos para não contratação de fumantes por parte de diferentes empresas, já citados.

com os fumantes ativos).

Mais uma vez, deixamos claro que com isso, não queremos dizer que o programa institucional por nós analisado ou quaisquer dos profissionais que dele fazem parte sejam, em si, fomentadores de atitudes estigmatizantes ou algo semelhante; nem estamos afirmando que os agentes institucionais anti fumo, governamentais ou não, em si o sejam; queremos, sim, afirmar que o fato de estas questões permearem o tecido social, faz com que sejam facilmente reproduzidas por qualquer indivíduo, seja ele um representante institucional ou não, uma vez que o tema não é tratado de maneira clara no debate público e institucional nacional, posto que - como já citamos em algum momento deste trabalho -, alguns debates científicos parecem estar blindados contra argumentos externos ao seu campo de produção e reprodução, inclusive também cientificamente embasados, ficando limitados às produções endógenas.

Assim, estes agentes estatais aparecem também como agentes da biopolítica, por estarem reproduzindo, ainda que de maneira não intencionada - como é típico neste tipo de dinâmica - discursos específicos que contribuem para a produção, sedimentação e reprodução de políticas de controle da saúde das populações que são disseminadas e fomentadas majoritariamente, em geral, por representantes da ciência médica, do Estado e de profissões que trabalham com assistência à saúde.

Desta forma, nossa intenção com este trabalho foi colocar em pauta um assunto ainda pouco debatido na sociologia e na área da saúde pública em geral, tanto no Brasil quanto em outros países: o percurso que levou o Estado brasileiro a aderir aos ideias da luta antifumo e as decorrentes mudanças simbólicas nas relações entre tabagistas e não tabagistas do ponto de vista da instauração de uma dinâmica estigmatizadora do hábito de fumar.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 153 p.
- ANDRADE, T. M. de; ESPINHEIRA, C. G. D'A. *A Presença das Bebidas Alcoólicas e Outras Substâncias Psicoativas na Cultura Brasileira*. Artigo disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Veja_tambem/326817.pdf> [Acessado em 14/07/2011]
- ÂNGELO, Miguel. *Biopolítica e Sociedade de Controle: notas sobre a crítica do sujeito entre Foucault e Deleuze*. Artigo disponível em <http://www.revistacinetica.com.br/cep/miguel_angelo.pdf> [Acessado em 15/10/2011]
- BOURDIEU, P. *A Distinção: crítica social do julgamento*. Trad. Daniela Kern e Guilherme J. F. Teixeira. 2ª ed. Porto Alegre: Zouk, 2013. 556 p.
- _____. *A Economia das Trocas Linguísticas: o que falar quer dizer?* Parte II: Linguagem e Poder Simbólico. Sérgio Miceli (trad.). São Paulo: Edusp, 1996.
- BATISTA, F. *Michel Foucault: sociedade disciplinar e biopolítica*. Artigo online disponível em: <http://www.mundofilosofico.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=247:michel-foucault-sociedade-disciplinar-e-biopolitica&catid=3:filosofia&Itemid=2> [Acessado em 18/08/2011]
- BAPTISTA, L. *Mobilização nacional contra o tabagismo*. Brasília: Senado Federal Centro Gráfico, 1981.
- BOEIRA, S. L. *Atrás da cortina de fumaça: tabaco, tabagismo e meio ambiente: estratégias da indústria e dilemas da crítica*. Itajaí: Univali, 2002. 476 p.
- BECK, U. *Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade*. Trad. Sebastião Nascimento. São Paulo: Ed. 34, 2010. 384 p.
- BECKER, H. S. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Maria Luiza X. de Borges (trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008. 1ª ed.
- BRANDT, A. M; ROZIN, P. Introduction. In: _____. *Morality and health*. New York: Routledge, 1997. p. 1-11.
- BRANDT, A.M. Introduction: The Camel Man and Me. In: _____. *The cigarette century: the rise, fall and deadly persistence of the product that defined America*. New York: Basic Books, 2009. p. 1-15.
- BRASIL. *Prevalência de Tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras*. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância (orgs.). Rio de Janeiro, 2004. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf> [Acessado em 20/01/2012]

BRASIL. *Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. Instituto Nacional do Câncer (org.). 3 ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/enfermagem/>> [Acessado em 25/06/2011]

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Controle do Tabaco: relatório de gestão e progresso 2011-2012. PP. 54-55. Rio de Janeiro, RJ. 2014. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_controle_tabaco_relatorio_gestao.pdf> [acesso em 26/01/2015]

CANGUILHEM, G. *Escritos sobre a medicina*. Trad. Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. 88 p.

_____. *O conhecimento da vida*. Trad. Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012. 221 p.

_____. *O normal e o patológico*. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014. 277 p.

CAVALCANTE, T; PINTO, M. *Considerações Sobre Tabaco e Pobreza no Brasil: consumo e produção de tabaco*. Publicação online do site do Instituto Nacional do Câncer. No prelo. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/tabaco_pobreza.pdf> [Acessado em 10/04/2012]

CARVALHO, J. T. *O tabagismo visto sob vários aspectos*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000. 378 p.

C.L.A.S.H.'S RESPONSE to NYC smoking ban on beaches and in parks. NYC C.L.A.S.H. Disponível em: <<http://www.nycclash.com/>> [Acessado em 10/04/2012]

COELHO, M. T. A. D; FILHO, N. A. Normal-patológico, saúde-doença: Revisitando Canguilhem. *Physis: Revista saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p.13-36, 1999.

DANNER, F; FERNANDES DE OLIVEIRA, N. *Michel Foucault e a Modernidade: a emergência do Estado liberal e a instauração da biopolítica*. Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Filosofia – PUC-RS. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/edipucrs/online/III mostra/Filosofia/62758%20-%20FERNANDO%20DANNER.pdf>> [Acessado em 10/04/2012]

DANNER, F. *O Sentido da Biopolítica em Michel Foucault*. Revista Estudos Filosóficos, nº 4, p. 143-157, versão eletrônica, 2010. Disponível em: <<http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistaestudosfilosoficos/art9-rev4.pdf>> [Acessado em 25/10/2011]

ELIAS, N; SCOTSON, J. L. (1994). *Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Trad. de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2000. 224 p.

ELIAS, N. *A sociedade dos indivíduos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994. 201 p.

_____. *O Processo Civilizador*. Volumes 1 e 2. Ruy Jungman (trad.). 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994-1993. 2v.

_____. *Os Alemães: a luta pelo poder e a revolução do habitus nos séculos XIX e XX*. Álvaro Cabral (trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

_____. Conceitos sociológicos fundamentais. In: idem. *Escritos e ensaios*. Trad. Sérgio Benevides (inglês), Antônio Carlos dos Santos (alemão) e João Carlos Pijnappel (holandês). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006. p. 21-33.

_____. Sobre a sociogênese da economia e da sociologia. In: (id.ibid. p. 167-196).

_____. Para a fundamentação de uma teoria dos processos sociais. In: (id.ibid. p. 197-231).

_____; DUNNING, Eric. *A busca da excitação*. Maria Manuela Almeida e Silva (trad.). Coleção Memória e Sociedade. Lisboa: DIFEL - Difusão Editorial, 1992.

EMPRESA, A. Souza Cruz. Disponível em <http://www.souzacruz.com.br/group/sites/SOU_7UVF24.nsf/vwPagesWebLive/DO7V4L37?opendocument&SKN=1> [Acessado em 05/08/2011]

ESTANQUEIRO ROCHA, A. da S. *Biopolítica*. Artigo disponível em <<http://pt.scribd.com/doc/7392949/Biopolitica>> [Acessado em 10/03/2012]

FOUCAULT, M. *Nascimento da biopolítica curso no Collège de France (1978-1979)*. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 474 p.

_____. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Trad. Maria Ermantina Galvão. 2ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010 (Coleção obras de Foucault). 269 p.

_____. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010 (Coleção obras de Foucault). 330 p.

_____. *O governo de si e dos outros: curso no Collège de France (1982-1983)*. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010 (Coleção obras de Foucault). 380 p.

_____. (1969). *A arqueologia do saber*. Trad. Luiz Felipe Baeta Neves. 8ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

_____. *A verdade e as formas jurídicas*. Trad. Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Moraes. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. 158 p.

_____. *Microfísica do poder*. 26ª ed. São Paulo: Graal, 2013. 431 p.

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Trad. Raquel Ramallete. 35ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. 288 p.

_____. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

_____. Direito de morte e poder sobre a vida. In: Idem. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A Guilhon Albuquerque, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988. p. 125-149.

_____. A cultura de si. In: Idem. *História da sexualidade III: o cuidado de si*. Trad. De Maria Thereza da Costa Albuquerque, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 43-73.

FREUD, S. *Totem e Tabu e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

GIACOMINI FILHO, G; CAPRINO, M. P. *A Propaganda de Cigarro: eterno conflito entre público e privado*. UNÍrevista, nº 1, v. 3, p. 01-13, julho, 2006. Disponível em <http://www.unirevista.unisinos.br/_pdf/UNÍrev_Giacomini_e_Caprino.PDF> [Acessado em 11/09/2011]

GUERRA nazista contra o câncer, A. Disponível em: <<http://inacreditavel.com.br/wp/a-guerra-nazista-contra-o-cancer/>> [Acessado em 04/04/2012]

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Trad. de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2012. 158 p.

_____. *Ritual de interação: Ensaio sobre o comportamento face a face*. Trad. Fábio Rodrigues Ribeiro da Silva. Rio de Janeiro: Vozes, 2011. (Coleção Sociologia). 255 p.

GONÇALVES, H.S. Antitabagismo no Brasil: da mobilização da comunidade médica à política de saúde pública (1950-1986). 2009. 226 f. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciência Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2009.

GONÇALVES, H. S; ABREU, D. M. Entre manuais e artigos: campanhas para o público leigo sobre o fumo e seus males no Brasil da primeira metade do século XX. *Fronteiras*, Dourados - MS, v. 13, n. 23, p. 127-145, jan./jun. 2011.

IGLESIAS, R. J.H.A, Prabhat et. al. *Controle do Tabagismo no Brasil*. Banco Mundial. 2007. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf>> [Acessado em 21/12/2011]

JAQUES, T. A; GONÇALVES, H. S. “Agora é oficial”: a influência dos Relatórios Terry (1964) e do RCP (1962) nas origens da luta contra o tabagismo no Brasil (década de 1960). In: NASCIMENTO, D. R; CARVALHO, D. M; LACERDA, A. L. et al Org (s). *Uma história brasileira das doenças*. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2010. p. 315-335.

_____. O Ministério da Saúde adverte: Origem e consolidação do Programa Nacional de Combate ao Fumo no Brasil (1985-1998). In: ANPUH – XXV SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 2009. Fortaleza.

KABAT, G. C.; SFEZ, L; CASTRO SANTOS, L. A. de, et al. *Risco à saúde: fumaça*

ambiental do tabaco – pontos para um debate. Renato Veras (Org.). Rio de Janeiro: Uerj, Unati, 2010.

KATZ, S; GOSTIN, L; LEICHTER, H. M; ROZIN, P. Contemporary Perspectives on Morality and Health. In: BRANDT, A. M; ROZIN, P. *Morality and health*. New York: Routledge, 1997. p. 297-401.

LANDINI, T. S. *Jogos Habituais – sobre a noção de habitus em Pierre Bourdieu e Norbert Elias*. Artigo apresentado no X Simpósio Internacional Processo Civilizador. Campinas, SP, 2007. Disponível em <http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/sites/anais/anais10/Artigos_PDF/Tatiana_Landini.pdf> [Acessado em 14/04/2012]

LEVI-STRAUSS, C. *Antropología Estructural*. Barcelona, Espanha: Ediciones Paidós, 1995.

MARTINS, K. C; SEIDL, E. M. F. *Mudança do Comportamento de Fumar em Participantes de Grupos de Tabagismo*. Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa, nº 01, p. 55-64, jan/mar, 2011. Disponível em: <<http://www.revistapt.unb.br/index.php/ptp/article/view/679/136>> [Acessado em 04/04/2012]

MELO, Z. M. de. *Os Estigmas: a deterioração da identidade social*. Artigo disponível em <<http://www.sociedadeinclusiva.pucminas.br/anaispdf/estigmas.pdf>> [Acessado em 10/01/2012]

MEDEIROS PEREIRA, J.C e col(s). Tabagismo como problema de saúde pública. *Pulmão*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 69-72, 2004.

METZL, J. M; KIRKLAND, A. *Against health: how health became the new morality*. New York University Press, 2010. 217 p.

MIRANDA, C. A. C. *Da polícia médica à cidade higiênica*. Revista do Instituto Arqueológico Histórico e Geográfico Pernambucano, Recife, v.59, p. 67-90, 2004.

MIRRA, A. P; ROSEMBERG, J. *A História da Luta Contra o Tabagismo no Brasil: Trinta Anos de Ação*. Artigo disponível em <http://www.amb.org.br/teste/downloads/historia_comissaotabagismo.pdf> [Acessado em 14/02/2012]

MOURA, J. C. A. Q. *O Poder na Obra de Foucault e as Estratégias do Contemporâneo*. Dissertação de mestrado defendida na PUC-RIO, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=9999@1&msg=28#> [Acessado em 20/12/2011]

NARDI, J. B. *O fumo brasileiro no período colonial*. São Paulo: Brasiliense, 1996. 432 p.

NUNES, E. D. Goffman: contribuições para a sociologia da saúde. *Physis* (online), v. 19, n. 1, p. 173-187, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco*.

Genebra, 2003. Disponível em <<http://actbr.org.br/pdfs/CQCT.pdf>> [Acessado em 20/11/2011]

ORTEGA, F; ZORZANELLI, R. *Corpo em evidência: a ciência e a redefinição do humano*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. 189 p.

ORTEGA, F. Introdução. In: _____. *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008. p. 11-14.

_____. Do corpo submetido à submissão ao corpo. (id.ibid. p.17-53).

PARSONS, T. Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna. In: _____. *El sistema social*. Madrid: Alianza Universidad, 1984. p. 275-306.

RABINOW, P; ROSE, N. *O conceito de biopoder hoje*. Política e Trabalho, n. 24, 2006.

RIBEIRO FERNANDES, B. *O Mundo de Marlboro: a comunicação corporativa da Philip Morris Brasil*. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade Metodista de São Paulo, 2007. Disponível em:

<http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_busca/processaPesquisa.php?listaDetalhes%5B%5D=368&processar=Processar> [Acessado em 04/12/2011]

RIO GRANDE DO SUL. *Relatório de Atividades da Comissão de Representação Externa de Fumicultura da Assembleia Legislativa do RS*. Porto Alegre, 2006. Disponível em:

<<http://www.al.rs.gov.br/download/ComRepresentacaoExterna/Fumicultura.pdf>> [Acessado em 18/11/2011]

ROSEMBERG, J. *Tabagismo, sério problema de Saúde Pública*. 2ª ed. São Paulo: ALMED, 1987.

RUIVO, F. *A Construção de um Projecto Profissional: o caso da medicina*. Revista Crítica de Ciências Sociais, nº 23, p. 129-139, setembro, 1987. Disponível em:

<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/23/_Fernando%20Ruivo%20-%20A%20Construcao%20de%20um%20Projecto%20Profissional,%20O%20Caso%20da%20Medicina.pdf> [Acessado em 16/03/2012]

SENADO aprova fim dos fumódromos em locais fechados. Disponível em:

<<http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,senado-aprova-fim-dos-fumodromos-em-locais-fechados,802063,0.htm>> [Acessado em 07/02/2012]

SOLON, L. R. *De Galeno a Lavoisier: esclarecendo particularidades da História da Medicina*. In: Revista do Instituto Salus. Edição online. Publicado em 14/12/2011. Disponível em <<http://www.institutosalus.com/colunistas/luiz-ricardo-solon/de-galeno-a-lavoisier-esclarecendo-particularidades-da-historia-da-medicina>> [Acesso em 26/02/2015]

SOUZA, R. L. de. *O Uso de Drogas e Tabaco em Ritos Religiosos e na Sociedade Brasileira: uma análise comparativa*. Saeculum: Revista de História da Universidade Federal da Paraíba, nº 11, p. 85-102, agosto/dezembro, 2004. Disponível em

<http://www.cchla.ufpb.br/saeculum/saeculum11_art06_souza.pdf> [Acessado em

10/10/2011]

SPINK, M. J. P. A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. *Saúde e sociedade* [online], 1992, vol. 1 n. 2, pp. 125-139.

_____. Ser fumante em um mundo antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social. *Saúde e sociedade* [online], 2010, vol. 19, n. 3, pp. 481-496.

_____; GIMENES, Maria da Glória G. Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. *Saúde e sociedade* [online], 1994, vol. 3, n. 2, pp. 149-171.

_____; MEDRADO Benedito; MELLO Ricardo Pimentel. Perigo, probabilidade e oportunidade: a linguagem dos riscos na mídia. *Psicologia: reflexão e crítica* [online], 2002, vol. 15, n. 1 pp. 151-164.

TEIXEIRA, L. A.; JAQUES, T. A. *Legislação e Controle do Tabaco no Brasil entre o Final do Século XX e Início do XXI*. Revista Brasileira de Cancerologia, nº 53, p. 295-304, 2011. Disponível

em:<http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v03/pdf/02_artigo_legislacao_controle_tabaco_brasil_entre_final_seculo_xx_inicio_xxi.pdf> [Acessado em 06/01/2012]

TRALDI, M. T. F. *Reorganização Simbólica do Novo Espaço Público: um modelo segregador oriundo do proibicionismo das leis antifumo*. Revista da Faculdade de Direito da UERJ-RFD, nº 20, v. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rfduerj/article/viewFile/1550/1648>> [Acessado em 06/01/2012]

TORRES, B. S. *Tabagismo: o que você precisa saber*. Recife: Editora Universitária UFPE, 2005. 247 p.

VARELLA, D. *Os fumantes e o trabalho: fica mais difícil conseguir trabalho. Mas discriminar o fumante é socialmente injusto*. In: Carta Capital. Edição online. Publicado em 21/09/2014. Disponível em <<http://www.cartacapital.com.br/revista/818/os-fumantes-e-o-trabalho-324.html>> [Acesso em 21/09/2014]

WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. Trad. de Maria Irene de Q. F. Szmrecsányi. 14ª ed. São Paulo: Editora Pioneira, 1999. 224 p.

_____. Introdução. In: *A Ética Protestante e o "Espírito" do Capitalismo*. M. Irene de Q.F. Szmrecsányi & Tamás J.M.K. Sznrecsányi (trad.). 13ª edição. São Paulo: Pioneira, 1999, p. 1-15

_____. *Economia e Sociedade*. Volume 1. Brasília: UNB, 1994. 2v.