

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS CURSO DE
GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS

OCTAVIO HENRIQUE LINDOLPHO

**TABACO E POLÍTICAS PÚBLICAS: CONTEXTUALIZAÇÃO DO CASO BRASILEIRO
(1979-2016)**

Florianópolis, 2016

OCTAVIO HENRIQUE LINDOLPHO

**TABACO E POLÍTICAS PÚBLICAS: CONTEXTUALIZAÇÃO DO CASO BRASILEIRO
(1979-2016)**

Monografia submetida ao curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito obrigatório para a obtenção do grau de Bacharelado.
Orientador: Eva Yamila da Silva Catela

Florianópolis, 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS

A Banca Examinadora resolveu atribuir a nota 9,5 ao aluno Octavio Henrique Lindolpho na disciplina CNM 7107 – Monografia, pela apresentação deste trabalho.

Banca Examinadora:

Prof^a Eva Yamila da Silva Catela

Prof. Helberte João França Almeida

Prof. Liana Bohn

AGRADECIMENTOS

A contextualização deste trabalho vai além da razão acadêmica, na medida em que me influenciou pessoalmente a rever meus hábitos diários. Desde os 16 anos era fumante esporádico, com alguns momentos de maior intensidade no consumo. A vinda para Florianópolis trouxe a liberdade da primeira moradia longe da casa dos pais, o que permitiu o crescimento gradual da dependência em nicotina. No final da graduação, decido escrever sobre Economia da Saúde, e me deparo com um dilema à respeito de um tema específico para análise. Após a pesquisa sobre diversos assuntos, decidi olhar para minha família e constatar a tragédia anunciada que é causada pelo vício do meu pai, que causará sofrimento desnecessário a ele e aos demais, observando o histórico de mortes também. Percebi que algumas delas tiveram relação com o tabagismo, e a partir desta reflexão, pude analisar com mais frieza meus costumes e decidir explorar este tema. Dedico este trabalho ao meu pai, que já tentou parar de fumar a muitos anos atrás, mas desde que foi vencido em sua primeira batalha, nunca mais tentou empreitar uma nova tentativa de interrupção do consumo, em prol de sua qualidade de vida e de seus pares.

Agradeço a minha mãe e meu pai (Vânia e Henrique) por todo o suporte prestado para que eu pudesse ingressar e permanecer na UFSC, pois sem eles o sonho da universidade pública não seria factível. Agradeço à instituição pela qualidade do serviço prestado à sociedade, reconhecendo a excelência da estrutura oferecida aos alunos e a qualidade do ensino. Agradeço a todos os professores que estiveram envolvidos em minha formação, sem exceção, por proporcionarem grandes momentos que só a academia pode oferecer. Em especial, minha orientadora Eva, que tive o prazer de ser aluno durante a graduação e desde então reconhecer sua competência. A todas as pessoas que tive a oportunidade de morar e compartilhar o tempo e o espaço no dia a dia, e que não foram poucas! Minha tia Rosana, que além do importante apoio financeiro, sempre acreditou e me incentivou, sendo um anjo em minha vida. Minha irmã, que de surpresa apareceu em minha vida e veio com tudo para somar. Também deixo meu reconhecimento por todos os lugares que passei como estagiário, lugares que aprendi de tudo um pouco e pude tatear minha reinserção no mercado de trabalho.

Não poderia deixar de citar as pessoas que conheci e pude experimentar relações de intensa amizade e companheirismo, as quais estão guardadas e assim permanecerão. Sem ordem de preferência, obrigado Deyvid, Chai, Leonardo, Sheyla, Raphael, Ludmilla, Dakini, Thiago Bertotto, Maíra, Rafael Toledo, Denis Christino, Bruna e Bruno (que é amigo de longa data e que esteve presente desde meu desembarque na ilha), e todos os demais que de alguma

forma marcaram com sua presença. Um agradecimento especial para minha amada companheira, Mônica, que ilumina meu caminho com sua presença e faz a vida ser mais bela do que já é. Amo você!

RESUMO

O consumo do tabaco é um hábito de âmbito privado que provoca efeitos socioeconômicos de esfera pública, relacionados com a carga econômica para os sistemas de saúde e perda de produtividade, principalmente nos países em desenvolvimento a partir de meados do século XX, após a expansão da atuação da grande indústria do fumo em mercados alternativos, visto o amplo combate ao tabaco estabelecido pelas nações de origem dos holdings tabaqueiros. A instrumentalização estatal é fundamental para corrigir essas falhas de mercado e suplantar as externalidades presentes no ato de fumar, no intuito de reduzir os custos sociais desse hábito. Nesse contexto, este trabalho buscou analisar a estrutura e os resultados das políticas públicas para controle do tabaco estabelecidas no Brasil, desde a criação do primeiro programa nacional vinculado a esta questão em 1979, até a ratificação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT), que a partir de 2005 norteou as ações em prol da mitigação dos impactos socioeconômicos do tabagismo, dentro do *mainstream* de políticas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Adicionado a isto, um estudo dos custos de três doenças relacionadas ao tabaco incorridos ao sistema de saúde, que estimam uma fatia da carga econômica resultante do consumo do tabaco. O Brasil é considerado um país referência no âmbito das políticas de controle do tabaco, e apresenta resultados cuja evolução é percebida através dos dados disponíveis, especialmente pela redução da prevalência de fumantes. As evidências científicas que comprovam o relacionamento do tabagismo com custos sociais e diversos problemas de saúde também atestam a sua evitabilidade, dando importância ao controle do tabaco na tomada de decisão das políticas públicas que almejam avançar na dissolução dos dilemas envolvidos com o tema.

Palavras-chave: Controle do Tabaco, Externalidades, Política Pública na Saúde, Impacto Socioeconômico

ABSTRACT

The tobacco consumption is a private habit that causes public socioeconomic effects, related with the economic burden for the health system and loss of productivity, mainly in developing countries, starting at the middle of twentieth century, after the expansion of the great tobacco industry at alternative markets, in face of the tobacco battle imposed for the tobacco holding's countries of origin. The state-owned instrumentalization is fundamental to correct market failures and supplant smoking's externalities, in order to reduce the social costs present in this habit. In this context, this study aimed to analyze the public policy's results and structure established in Brazil, since the creation of the first national program in this area in 1979, up to the Framework Convention of Tobacco Control (FCTC) ratification in 2005, that still guiding the relieve actions of the smoking's socioeconomic impacts, inside the World Health Organization (WHO) proposed policies' mainstream. Added to this, a study of three tobacco-related diseases incurred to the Brazilian's health system that estimates an economic charge's section resultant of tobacco consumption. Brazil is considered a reference country within the tobacco control policies, and shows results which evolution is perceived through the available database, especially by the reduction of smokers prevalence. The scientific evidences that proves smoking relationship with social costs and health problems attest his preventability feature as well, giving importance for the tobacco control's public policies and their decision-making process, that look for advances on dilemma's dissolution involved with the subject.

Key Words: Tobacco Control, Externalities, Health Public Policy, Socioeconomic Impact

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

FIGURA 01 : Estrutura do Programa de Apoio a Diversificação das Áreas Cultivadas com Fumo.....	34
TABELA 01 : Estratégia de atuação estatal no mercado do tabaco proposta pelo PNCT.....	29
TABELA 02 : Principais abordagens cognitivo-comportamentais utilizadas no processo de cessação de fumar no SUS.....	31
TABELA 03 : Total de Óbitos x Óbitos Atribuíveis ao Tabagismo, de 2003 a 2014:.....	37
TABELA 04 : Estimativa do custo médio do tratamento das doenças, por sexo (preços de 2006).....	39
TABELA 05 : Estimativa do custo de tratamento de três tipos de Câncer relacionados ao tabagismo, de 2003 a 2014.....	40
GRÁFICO 01 : Total de Óbitos Atribuíveis ao Tabagismo, por sexo: 2003 a 2014.....	38
GRÁFICO 02 : Comparativo entre a evolução do consumo de cigarros per capita e a prevalência de fumantes.....	42
GRÁFICO 03 : Evolução da prevalência de fumantes, por sexo.....	42
GRÁFICO 04 : Produção de cigarros no Brasil (maço e box), de 2000 a 2015.....	44
GRÁFICO 05 : Produção de Tabaco na Região Sul, em toneladas, 2005 a 2015.....	45
GRÁFICO 06 : Evolução do número de famílias produtoras de tabaco e área plantada em hectares.....	45

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

INCA – Instituto Nacional do Câncer

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNF – Programa Nacional contra o Fumo

PNCT – Programa Nacional Contra o Fumo

CQCT – Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

SUS – Sistema Único de Saúde

AFUBRA – Associação dos Fumicultores do Brasil

ACTbr – Aliança para o Controle do Tabaco no Brasil

CONICQ – Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

PRONAF – Programa Nacional de Agricultura Familiar

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

ITC – International Tobacco Control Policy Evaluation

SINDITABACO – Sindicato dos Produtores de Tabaco

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 OBJETIVOS	11
1.1.1 Objetivo Geral	11
1.1.2 Objetivos Específicos	11
1.2 JUSTIFICATIVA	11
2 METODOLOGIA.....	14
3 IMPACTO SOCIOECONÔMICO DO TABAGISMO E POLÍTICAS PÚBLICAS	9
3.1 Efeitos socioeconômicos do Tabagismo.....	16
3.2 As externalidades como determinantes do Custo Social.....	19
3.3 O Estado e as Diferentes Políticas Públicas Antitabaco.....	20
3.3.1 Estratégias de Controle: Políticas de Oferta e de Demanda.	22
4 O BRASIL E A POLÍTICAS NACIONAL CONTRA O TABAGISMO	25
4.1 Convenção Quadro para o Controle do Tabaco – Marco Mundial no Combate ao Tabagismo.....	25
4.2 Evolução das Ações Governamentais no Brasil.....	26
4.3 Ações de Regulação do Mercado	29
4.4 Restrições de Publicidade e Propaganda	30
4.5 Intervenções na Saúde Primária	31
4.6 Políticas de alternativas ao fumeiro.....	32
5 ESTIMATIVA DOS CUSTOS DOS CÂNCERES DE LARINGE, PULMÃO E ESÔFAGO (2003-2014).	36
6 RESULTADOS DAS POLÍTICAS ANTITABACO	42
7 CONCLUSÕES.....	56
8 REFERÊNCIAS	42

1. INTRODUÇÃO

Calcula-se que o tabaco mate um de cada dois consumidores assíduos (PETO et al, 1992). O tabagismo é a mais grave causa evitável de deficiências, doenças e mortes prematuras da humanidade, caracterizado por uma toxicomania que provoca dependência física e psicológica, causando custos em termos de produtividade, mortes prematuras, baixa qualidade de vida, assim como gasto público e privado em saúde que poderia ser destinado a outros usos.

A pandemia provocada pelo vício em nicotina gera enormes custos socioeconômicos à administração pública, vinculados a perda de produtividade gerada por este hábito, bem como os exorbitantes custos relacionados ao tratamento das dezenas de doenças provocadas direta e indiretamente pela cultura e consumo do tabaco, o que fere a premissa fundamental para o crescimento socioeconômico dos países: uma população saudável é determinante para a redução da pobreza e evolução das condições de vida (ROSEMBERG,1981).

Em diversos países, a dependência do tabaco tem sido concentrada de maneira mais importante nos grupos de baixa renda e de menor escolaridade. Na China, indivíduos com nenhuma escolaridade têm uma probabilidade cerca de sete vezes maior de serem fumantes do que indivíduos que têm o terceiro grau. No Brasil, entre os grupos de indivíduos com baixo nível de escolaridade essa probabilidade é cinco vezes maior (BANCO MUNDIAL, 2003)

O consumo condena uma fatia considerável da renda familiar e reduz o acesso do trabalhador e de sua família a bens de suma necessidade, como alimentos e vestuário. Ele também agrava o empobrecimento de indivíduos e suas famílias porque usuários estão propensos a sofrer de doenças e perdas de produtividade e renda. Além disso, os danos causados à saúde das famílias envolvidas no plantio e beneficiamento do tabaco devido ao contato com a folha. “A dependência do tabaco fomenta um círculo vicioso, pois contribui com a exclusão social e amplia as desigualdades entre pobres e ricos” (BRASIL, 2004).

Com o avanço da sociedade contemporânea, os esforços para combater o tabagismo se mostraram cada vez mais indispensáveis diante dos alarmantes impactos documentados, fomentando um ambiente ideal para que a diplomacia e governança em saúde global pudessem agir contra os dilemas impostos pelo uso do tabaco. Conforme os efeitos do tabaco à saúde foram sendo descobertos e explicitados a partir da década de 1970, os países desenvolvidos aceleraram a implementação de políticas perseguidoras da redução do consumo e oferta, numa combinação de legislação restritiva e intervenção no mercado, o que forçou a grande indústria do tabaco buscar novas oportunidades em países de baixa renda.

Neste contexto, o Brasil teve a oportunidade de ser um dos protagonistas na luta contra o tabagismo, presidindo as negociações e sendo o segundo país a aderir às negociações da “Convenção Quadro para o Controle do Tabaco” (INCA, 2016), promulgada pela OMS e com o seguinte objetivo:

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

Este reconhecimento vem do crescente aparato legislativo proposto pelo governo, que no final da década de 1980, oficializou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e criou o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto). Isso é um tanto quanto paradoxal, vista a posição que o Brasil ocupa no ranking de exportadores desta mercadoria. Desde 1993, diante do atendimento dos padrões de qualidade internacionais, o Brasil é líder em exportações, perdendo em produção apenas para a China, que é o maior consumidor mundial (SINDITABACO, 2016).

As receitas resultantes das atividades da Indústria Fumageira são apenas um dos argumentos utilizados por seus lobistas quando precisam defender seu mercado. A cada avanço conquistado pelos atores públicos que defendem um país livre do tabagismo, a grande indústria responde com argumentos em defesa dos agricultores ou com o ingresso de ações que visam redução da fiscalização e regulação. Principalmente no Sul do país, sobretudo no Rio Grande do Sul, centenas de famílias são envolvidas diretamente com a cultura do tabaco, o que gera uma massa de postos de trabalhos e dinamiza a economia local.

Atualmente a carga tributária do cigarro é de 63,3% (INCA,2016), o que traz aos cofres públicos uma importante fonte de financiamento, mas não há dúvida que o recolhimento destas taxas, bem como a renda da cultura do tabaco como um todo são insuficientes para cobrir os gastos tangíveis e intangíveis do tabagismo.

Apesar das barreiras estabelecidas pela grande indústria e seus interesses, o Estado brasileiro conseguiu alcançar ótimos resultados com as políticas contra o tabagismo implantadas, sobre tudo após a ratificação da Convenção Quadro. O sucesso se apresenta através de alguns aspectos chave como expressiva redução da prevalência¹ de fumantes,

¹ Proporção de casos existentes numa determinada população e num determinado momento temporal

consumo per capita de cigarros (que é a forma de consumo do tabaco mais comum), redução da área plantada, entre outros avanços (CAVALCANTE, 2005). Os processos que induziram estes resultados serão revistos neste trabalho, através da exposição das estratégias em políticas públicas estabelecidas pelo poder estatal, com enfoque no caso brasileiro.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar as ações governamentais relacionadas ao tabagismo previstas pela Organização Mundial da Saúde e seus resultados, traçando o histórico das políticas públicas antitabaco e sua importância no Brasil a partir da criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo (1979), até a ratificação a Convenção Quadro para Controle do Tabaco (2005), que vigora até o momento como norte das Políticas Públicas nacionais.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Delimitar o impacto socioeconômico provocado pelo tabagismo;
- Descrever o funcionamento das políticas públicas contra o tabaco e sua contextualização mundial;
- Estudar o modelo de atuação governamental utilizado no Brasil desde a primeira intervenção até os dias atuais;
- Estimar o impacto de três doenças cujo o tabaco tem o alto fator de atribuição;
- Demonstrar os resultados das políticas no Brasil através dos dados disponíveis.

1.2 Justificativa

O cigarro é a maior epidemia do século XX. Apesar de o tabaco ser responsável pela morte de mais de 100 milhões de pessoas no período e a previsão para o século XXI ser de alarmantes um bilhão de óbitos relacionados ao seu uso, a quantidade de pessoas fumantes no Brasil é grande o suficiente para darmos importância à luta contra o tabagismo (OMS, 2016).

Mais de 90% dos fumantes iniciaram antes dos 18 anos, caracterizando o tabagismo como uma doença predominantemente pediátrica. Tal situação é sustentada pelo altíssimo grau de adição provocado pela nicotina, que é sensivelmente mais acentuado do que o observado em outras drogas como álcool, cocaína e maconha (VARELLA, 2009).

A OMS estima que em 2050 haja de 1,5 a 2,2 bilhões de fumantes no planeta, abastecidos pela produção mundial de cigarros que beira a quantidade de 5,4 trilhões de

unidades/ano, sendo o Brasil o maior mercado latino-americano, responsável por 42% do total consumido na América Latina (SOUZA CRUZ, 2016).

No quesito mercado, a grande indústria não mede esforços para a expansão massiva de suas atividades, apesar da extensa pesquisa científica que comprova os impactos negativos do consumo de derivados de tabaco. Costa e Silva; Koifman (1998) compreendem que:

[...] Embora o tabagismo tenha sido identificado como fonte de doenças faz muito tempo, as empresas de cigarros conseguiram escapar dos regulamentos e continuar a gerar lucros vultosos. Em geral, isso tem sido conseguido influenciando as autoridades governamentais encarregadas de tomada de decisões, incluindo os legisladores, e empregando um amplo leque de estratégias. A indústria do fumo tem repetidamente repudiado as preocupações de saúde levantadas pela comunidade científica, questionando os resultados que mostravam os efeitos do tabagismo na saúde e insistindo nos 'direitos' e 'escolhas' das pessoas, inclusive na América Latina. [...] (1998. p.45).

No mesmo trabalho, Costa e Silva (2004) menciona o estudo do Advocacy Institute, organização que fomenta a capacitação de entes da sociedade civil para defensoria de causas públicas, onde há uma análise das estratégias da indústria do tabaco, divididas em: relações públicas, propaganda e promoção, filantropia, financiamento científico, grupos de frente, intimidação, financiamento político, criação de alianças, lobbying legislativo de políticas públicas. (COSTA E SILVA, 2004)

Além do mercado tributado, existe um enorme mercado ilegal de derivados do tabaco, estimado em 29% (4,8 bilhões em evasão fiscal) do volume consumido e sustentado pelo contrabando que se consolidou através da enorme fronteira marítima/terrestre existente no país. Devido a extensão geográfica, a fiscalização é insuficiente para coibir este tipo de crime e, além disso, as penalidades judiciais para tais contravenções ainda são brandas e incapazes de tornar a atividade menos atrativa (SOUZA CRUZ, 2016).

Apesar do grande avanço no controle do tabagismo observado nos últimos 20 anos no país, com o arrocho da política tributária, promulgação de leis para ambientes livres de fumo, oferta de tratamento para os dependentes no SUS e ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, pesquisas relacionadas ao tema ainda são escassas e existe uma importante margem de melhora a ser conquistada.

Diante de todas essas evidências, fica nítido que o tabagismo é um problema de saúde pública, com importantes contornos socioeconômicos e ambientais, que dizem respeito ao bem estar privado e público. Este trabalho está alinhado com as demandas desenvolvimentistas do Brasil, por defender que as políticas públicas implementadas nos países tenham foco nos assuntos que de fato geram riqueza e evolução diretas, como educação, transporte, saúde (tratar e prevenir doenças de causa não-evitável). Uma população

mais saudável é chave primária para o desenvolvimento sustentável, e a perseguição deste ideal deve estar consorciada ao combate deste hábito que causa morte precoce, debilidades físicas e mentais, além do sofrimento completamente evitável.

2 METODOLOGIA

Um trabalho de pesquisa tem duas nuances. A primeira delas se refere às razões de ordem intelectual, como o simples fato de conhecer mais sobre o assunto discutido e a segunda são as razões de ordem prática que é o fato de tornar algo mais eficiente e eficaz, segundo o autor citado abaixo.

Esse trabalho tem como objetivo expor todas as faces do tabagismo no Brasil. Segundo Gil (2002)

Entre as pesquisas descritivas, salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade estado de saúde e mental etc. Outras pesquisas deste tipo são as que se propõem a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, as condições de habitação de seus habitantes, o índice de criminalidade que aí se registra etc. São incluídos neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitude e crenças de uma população. Também são pesquisas descritivas aquelas que visam descobrir a existência de associações entre variáveis, como, por exemplo, as pesquisas eleitorais que indicam a relação entre preferência político-partidário e nível de rendimentos ou de escolaridade.

Algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, e pretendem determinar a natureza dessa relação. Nesse caso, tem-se uma pesquisa descritiva que se aproxima da explicativa. Há, porém, pesquisas que, embora definidas como descritivas com base em seus objetivos, acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias. (2002, p.42)

O estudo realizado neste trabalho busca analisar as características das Políticas Públicas brasileiras que miram o combate ao tabagismo. A pesquisa desenvolvida tem caráter descritivo, aliado a uma revisão bibliográfica. Como classifica Gil (2002), é fundamentado em material já elaborado na área, principalmente teses de doutorado, revistas, artigos científicos e outros.

Para atingir os objetivos do trabalho, foram utilizadas as bases de dados institucionais disponibilizadas pelo Ministério da Saúde (DATASUS), Instituto Nacional do Câncer (INCA), Associação dos Fumicultores do Brasil (AFUBRA), Aliança para o Controle do Tabagismo (ACTbr), empresas do setor (Ex.: Souza Cruz), Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros atores de relevância nacional e internacional responsáveis pela produção de material científico relacionado a área.

O trabalho foi estabelecido a partir da junção de dois métodos de pesquisa: bibliográfica e documental. A primeira se realiza na pesquisa de autores que previamente já escreveram sobre o tema do tabagismo. Já a documental se utiliza de materiais das mais diversas espécies (Periódicos, Boletins, Sites, Documentos Oficiais, Pesquisas etc.) produzidos pelos órgãos que lidam diretamente com o tema, citados anteriormente.

O primeiro objetivo específico está baseado na análise sintética do impacto econômico gerado pelo consumo do tabaco. A diferenciação dos efeitos que se estabelecem na esfera microeconômica e macroeconômica será utilizada para facilitar o entendimento, trazendo as características presentes desde a produção do tabaco até os custos incorridos para a sociedade.

O segundo objetivo se apresenta com a descrição das estratégias governamentais utilizadas como instrumento de combate aos efeitos do tabagismo, em âmbito mundial. Serão demonstrados os modelos de atuação que visam atacar especificamente a oferta do tabaco ou seu consumo.

O terceiro objetivo específico visa o estudo da estrutura de políticas públicas anti-tabaco existente no Brasil, com uma breve contextualização histórica das ações instauradas. O protagonismo do Brasil é reconhecido internacionalmente, e por ser referência mundial na intervenção estatal a favor do controle do tabaco, a demonstração do caminho percorrido até tal prestígio é essencial.

Lançando mão dos dados referentes à proporção de casos de câncer atribuídos ao tabagismo e o gasto médio de tratamento destas doenças, o quarto objetivo se baseia na análise estimativa dos custos incorridos para o SUS desde o início das negociações da CQCT em 2003 até o ano de 2014, último que possui dados de mortalidade disponíveis.

O último objetivo específico é destinado para a demonstração dos resultados observados desde o início das ações governamentais no Brasil. A disponibilidade de dados que corroborem a efetividade da política brasileira combatente do tabagismo é limitada, principalmente no tocante da homogeneidade nos períodos amostrais. Apesar do primeiro programa de controle do fumo ser datado no final da década de 70, a coleta de dados se iniciou gradualmente até chegar no montante de dados existentes hoje em dia.

Como toda pesquisa acadêmica, esta também possui suas limitações, que em suma estão relacionadas com a qualidade dos dados, ou seja, seu grau de fidelidade com a realidade. As pesquisas utilizadas são amostrais e normalmente apresentam um percentual de erro, e além disso, os dados coletados do SUS podem estar subnotificados, vista a complexidade de classificação e apontamento do montante de informações. A indústria do tabaco é mundialmente conhecida por suas atitudes lobistas, onde os interesses de mercado transcendem facilmente a idoneidade esperada de empresas com enorme poderio econômico. Este aspecto pode trazer uma leve tendência na divulgação dos dados, e principalmente uma tentativa de omitir informações que seriam de suma relevância para o consumidor, bem como para sociedade civil.

3 IMPACTO SOCIOECONÔMICO DO TABAGISMO E POLÍTICAS PÚBLICAS

3.1 Efeitos socioeconômicos do Tabagismo

A abordagem analítica que comumente é utilizada para tratar as consequências provenientes do tabagismo como um todo, está atribuída a uma perspectiva embasada na medicina. Com a difusão do consumo pelo mundo, as doenças decorrentes deste hábito se transformaram num extenso problema para a nações e direcionou a ciência médica ao aprofundamento de estudos que constatassem tais consequências. Juntamente com a expansão do consumo e a explicitação de seus efeitos diretos na saúde pública, outras áreas da ciência se uniram na caminhada de descobertas sobre o tema, a fim de contribuir para a sociedade que necessita de ações para conter o avanço de desequilíbrios sociais. Este cenário contribuiu para que a análise do tabagismo não falhe ao contextualizar tal problema com a esfera político-social, histórica e ética Boeira (2002) descreve com perfeição este aspecto:

(...) O desenho da obra vai do particular (composição química da fumaça, análise do tabaco, efeitos da nicotina, do monóxido de carbono, etc) ao geral (tabagismo como fenômeno social universal) e deste aos aspectos normativos – seguindo uma orientação positiva, quantitativa. (...) não há na sua obra um questionamento teórico sobre a relação destas com as inúmeras abordagens sociológicas e psicossociais que atestam a complexidade, as diversidades e dificuldades conceituais do tabagismo também várias vezes observadas pelo autor. Ou seja, o problema médico epidemiológico, quando contextualizado pelas ciências sociais e humanas, troca as certezas pelas incertezas, politiza-se, volta-se para a educação, para as medidas paliativas, sempre reconhecendo a complexidade da ação antitabagista diante da força econômica das indústrias, e suas sofisticadas estratégias de propaganda, de suas manipulações tecnológicas e mercadológicas. (BOEIRA, 2002, p.117)

Segundo Hodgson (1982), o tabagismo gera uma substantiva carga econômica para as finanças nacionais, caracterizada pelos custos de assistência médico-hospitalar e a perda de produtividade devido à morbidade e à morte prematura dos usuários. Segundo um estudo realizado pela Sociedade Americana do Câncer, em 2008 o governo americano arcou com um custo de 500 bilhões de dólares atribuíveis às doenças tabaco relacionadas, por produtividade, adoecimento e morte prematura. Para Kabra (1998), podemos estratificar a abordagem dos custos e benefícios do tabaco baseando-se em duas esferas:

- Micro: Diz respeito aos custos e benefícios incorridos diretamente ao consumidor;
- Macro: Diz respeito ao impacto estrutural na economia, ligado ao efeito das externalidades associadas à produção do tabaco, processamento, comércio, consumo, etc.

Enquanto os macro benefícios ocorrem na forma de geração de empregos diretamente relacionados ao ramo produtivo, na distribuição, nos incrementos na arrecadação e ganhos na balança comercial com as exportações, os malefícios se apresentam nos exorbitantes gastos com cuidado médico dos portadores de doenças tabaco relacionadas, e como citado

anteriormente, na queda da produtividade dos usuários devido aos impactos do vício na vida profissional. Em complemento a estes efeitos, está o impacto ambiental relatado por Luthra et al. (1992), caracterizado pela degradação das florestas resultante do uso de madeira para a secagem e cura do tabaco.

Porém, quando focalizamos o lado extremo da demanda, ou seja, o consumidor final, a satisfação gerada por este bem de consumo, além de ser dicotômica por trazer uma satisfação no curto prazo e prejuízos no longo, é obscura por ter poucas referências na literatura. A metodologia utilizada nos estudos da contribuição econômica gerada pelo tabaco frequentemente menciona os ganhos em emprego, impostos, exportações e etc, mas o ganho direto que o usuário tem não é relatado.

No lado dos benefícios ao consumidor, o consumo de qualquer mercadoria deve gerar algum benefício, alguma satisfação para pessoa que paga e depois usufrui o bem. Existe um sacrifício feito pelo consumidor, em termos da partição de renda utilizada para a obtenção do bem, que lhe serviria para comprar qualquer outro tipo de objeto ou serviço útil, ou uma porção deles. O retorno deste movimento é um ganho de utilidade obtido após o consumo.

Para Reekie e Wang (1992), a teoria econômica é mal equipada para lidar com os benefícios de fumar, advindos da perspectiva do consumidor. O fato de a teoria econômica reconhecer e manusear o estudo do bem-estar gerado pelos bens consumíveis, mas não ter esclarecido de maneira concisa os benefícios atribuídos ao uso do tabaco deve-se principalmente à característica especial deste produto e os supostos benefícios gerados por ele (KABRA, 1998).

Neste sentido, podemos citar o trabalho de Musgrave (1991), que versou a respeito dos “bens de mérito” e dos “bens de demérito”. Vistas as consequências provocadas pelo tabaco, é impossível equipará-lo com qualquer outra *commodity*, a qual o consumo é tido como direito individual irrestrito, ou tenha até algum grau normativo que encoraje seu uso.

Baseado nisso, produtos de tabaco podem ser considerados bens de demérito, mantendo o pressuposto de que “escolhas racionais requerem informação correta” e “uma escolha qualitativa é impedida onde a informação é imperfeita ou mal conduzida”, segundo Musgrave (1991). A presença de um bem de demérito consumido em larga escala, como o tabaco, exige que os gestores administrativos do Estado usem esforços redobrados para conter a expansão da demanda e oferta de tal, fortalecendo o ambiente fomentador de políticas públicas robustas e de caráter nacional.

A contenção do consumo do tabaco certamente tem efeitos distributivos, incluindo um grande número de usuários que estão na linha da pobreza e são um dos geradores de receitas

mais importantes dos holdings tabaqueiros. Estes efeitos podem adquirir distintos contornos regionais, numa região onde exista concentração de produção, por exemplo, e outra que apresenta concentração de consumo.

Mesmo regiões ou até grupos de pessoas que não se beneficiam da produção e processamento do tabaco (a não ser pelos gastos públicos que são financiados pela receita resultante da atividade fumageira), devem compartilhar os custos impostos pelo uso de derivados do tabaco. Uma possível função que explicaria este movimento poderia ser derivada da prevalência de fumantes (KABRA, 1998).

Se utilizarmos a teoria convencional da demanda para estudar a procura por tabaco, se sabe que dadas as preferências, caso os indivíduos decidam alocar sua renda e riqueza com tabaco, existe um custo de oportunidade intrínseco à escolha, que tem seus reflexos na sociedade como um todo.

Geralmente uma perspectiva individualizada é automaticamente transformada em uma perspectiva social: o que é assumido como um caso de jurisdição privada é também tomado como verdade social, ou seja, uma escolha individual por produtos derivados do tabaco é tranquilamente responsável pela geração de impactos socioeconômicos a níveis coletivos e públicos. As políticas públicas entram em sintonia com este contexto, onde a manutenção do bem estar social deve prevalecer em detrimento da individualidade.

Ainda segundo Musgrave (1991), a sociedade deve vir a rejeitar ou penalizar determinadas atividades ou produtos que são classificados como bens não meritórios. Os valores da sociedade devem ser observados para a reflexão dos resultados vindos do processo histórico de interação entre os indivíduos, nos levando à formação de valores comuns que serão passados à diante. É evidente que quando consideramos a existências destes bens, a soberania do consumidor é substituída por uma norma alternativa, regida pela indispensável instrumentalização do estado.

Stiglitz (2000) destaca que, mesmo em situações econômicas de Pareto eficiente², uma intervenção do Estado na economia poderia ser justificada por razões de distribuição de renda, para reduzir as diferenças sociais ou econômicas existentes; ou, ainda, para evitar que os indivíduos tomem decisões equivocadas. Nesse último caso, está-se diante dos chamados bens meritórios e não-meritórios.

² São os casos em que não é possível melhorar a situação ou a utilidade de um agente, sem degradar a situação ou utilidade de qualquer outro agente econômico.

3.2 As externalidades como determinantes do Custo Social

O tabagismo é uma atividade de âmbito privado que gera um custo social, por exemplo, via o fumo passivo gerado pela poluição do ar. Essas externalidades negativas não teriam seus impactos mitigados apenas pela manutenção do preço de mercado, mas pela intervenção do setor público. Os produtores e consumidores agem em prol do escape destes efeitos, apesar de atuarem em mercados perfeitamente competitivos. Todos os efeitos não refletidos nos preços são chamados externalidades:

As externalidades são efeitos positivos e negativos – em termos de custos ou benefícios – gerados pelas atividades de produção ou consumo exercidas por um agente econômico e que atingem os demais agentes, sem que eles tenham oportunidade de impedi-los ou a obrigação de pagá-los. Portanto, externalidades referem-se ao impacto de uma decisão sobre aqueles que não participaram dessa decisão. (SOUSA, [s.d.]

As externalidades positivas são encontradas quando os demais agentes são beneficiados de maneira compulsória, por exemplo, quando o Estado age a favor da infraestrutura dos transportes, reformando uma estrada ou construindo uma linha férrea para escoamento da produção, a fim de expandir a atividade econômica de determinada região. A negatividade destes efeitos externos pode ser encontrada também, como numa indústria que lança os rejeitos de sua produção nos rios, poluindo o ambiente que é utilizado não só pela indústria em sua atividade econômica, mas por seus funcionários e por toda sociedade.

De maneira sintética, as externalidades se realizam a partir da negligência dos efeitos gerados pela produção ou consumo (positiva/negativa) na formação do preço de mercado. Partindo do pressuposto que as externalidades afetam a alocação dos recursos, um ótimo exemplo deste efeito são os custos com as internações em hospitais públicos, resultado de doenças relacionadas ao fumo passivo, por representarem um custo social não contabilizado pela indústria.

Á princípio, os custos diretos incorridos através do tabagismo se manifestam nas despesas com tratamento médico de doenças relacionadas ao fumo, sendo estes apenas uma parte dos custos totais. O fardo gerado pela morte, doenças e incapacitação causado pelo largo uso do tabaco supera qualquer benefício econômico proveniente da manufatura e venda. Pesquisas também demonstram a ligação entre tabaco e pobreza³.

Por vezes, incêndios florestais ou urbanos também são causados pelos usuários que descartam seus cigarros de maneira incorreta, danos ao meio ambiente causados pela cadeia

³ Efrogmson D, Ahmed S, Townshend J, *et al.*, “Hungry for Tobacco: An Analysis of the Economic Impact of Tobacco Consumption on the Poor in Bangladesh,” *Tobacco Control* 10:212-217 (2001)

produtiva (agrotóxicos, poluição por resíduos industriais); além do sofrimento intangível das vítimas e suas famílias. Indiretamente, existem as perdas laborais que prejudicam a produtividade dos indivíduos, a poluição das vias públicas com as cinzas, filtros resultantes do término do consumo (“chepe”), embalagens e eventuais fósforos utilizados para acendê-los.

Entre 2003 e 2008, algo como 3% do total gasto com cuidados em saúde no mundo foram direcionados ao tratamento de doenças tabaco-relacionadas. Conforme as economias apresentam desenvolvimento e seus sistemas de saúde também, os custos com os tratamentos das doenças relacionadas ao tabaco também crescem (THE TOBACCO ATLAS, 2015).

O preço de mercado do cigarro não reflete o real custo econômico que o produto inflige na sociedade. Quando o custo da vida, perda de produtividade e os custos com tratamentos são levados em conta, o preço social do cigarro é muitas vezes maior do que o preço de mercado. Uma vez que o mercado não corrige estas externalidades, que deveriam ser formadoras de preço, pessoas consomem mais cigarro do que consumiriam se seu preço considerasse estas externalidades negativas.

O dinheiro gasto com cigarro é desviado dos recursos destinados a necessidades básicas, como nutrição, saúde, educação, vestimenta, moradia e transporte. Estes custos de oportunidade impõe um enorme fardo para os usuários de tabaco e suas famílias, mergulhando várias delas num círculo vicioso que pode se perpetuar por gerações.

Na Venezuela e em Singapura, são necessários mais de 60 minutos de trabalho para se adquirir um pacote de cigarros, e mais de 45 minutos no Kenya, Índia e Romênia. Pelo custo de uma carteira de Marlboro, uma pessoa pode comprar 81 porções de arroz no Camboja e mais de 40 na China, Indonésia, Tailândia e Vietnam⁴.

3.3 O Estado e as Diferentes Políticas Públicas Antitabaco

A instrumentalização do Estado, para minimizar qualquer falha de mercado, se realiza principalmente via políticas públicas. De modo geral,

Trata-se de um fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade. Decisões condicionadas pelo próprio fluxo e pelas reações e modificações que elas provocam no tecido social, bem como pelos valores, ideias e visões dos que adotam ou influenciam na decisão. É possível considerá-las como estratégias que apontam para diversos fins, todos eles, de alguma forma, desejados pelos diversos grupos que participam do processo decisório [...] Com uma perspectiva mais operacional,

⁴ Tobacco, The Atlas. Brazil. The Tobacco Atlas. World Lung Foundation, 2015, www.thetobaccoatlas.org/country-data/Brazil

poderíamos dizer que ela é um sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos para atingir os objetivos estabelecidos. (SARAVIA E FERRAREZI, 2006, p.29)

A partir do pressuposto de que o mercado não é infalível e possui lacunas a serem preenchidas, a existência do Estado é de extrema importância, para direcionar os sistemas de mercado, que sozinhos são incapazes de anular e/ou corrigir suas falhas. Giambiagi e Além (2008) exploram estas condições, relacionando às externalidades que podem ser sanadas pelo governo:

Um programa antipoluição que vise à melhoria do ar atmosférico, por um lado, acaba criando uma externalidade positiva porque traz benefícios para a sociedade como um todo. Por outro, todos os indivíduos da sociedade têm acesso de forma homogênea a um ar mais limpo, ou seja, não há rivalidade no consumo, nem se pode aplicar o princípio da exclusão, tendo em vista que é impossível impedir que qualquer indivíduo usufrua dos benefícios gerados pelo programa antipoluição. Sendo assim, o ar mais limpo também constitui um bem público (GIAMBIAGI; ALÉM, 2008, p. 8)

É através dos gastos públicos que o governo estabelece as prioridades na prestação de serviços públicos básicos e aos investimentos a serem realizados. Eles “constituem-se na principal peça de atuação do governo” (RIANI, 1997, p. 69).

Podem ser entendidos como o “conjunto de dispêndios do Estado ou de outra pessoa de direito público, para o funcionamento dos serviços públicos. A despesa, como parte do orçamento, compreende as autorizações para gastos com as várias atribuições e funções governamentais” (BALEIRO, 1996, p. 69).

No caso específico dos gastos com saúde, o Estado é constitucionalmente responsável pela manutenção destes dispêndios, e deve ofertar estes serviços para toda sociedade. No entanto, uma considerável parte da população se utiliza de serviços privados para atender suas respectivas demandas em saúde. Isso ocorre porque,

Além de uma parcela significativa da população não ter condições necessárias para poder pagar esses serviços em forma privada, o fato é que é plausível considerar que o Estado tem a obrigação de colocar à disposição da população esse tipo de serviço, mesmo que em alguns casos as pessoas com mais recursos escolham utilizar-se dos serviços particulares” (GIAMBIAGI; ALÉM, 2008, p. 34).

Dentro dos tipos de políticas públicas orientadas ao combate do tabagismo ou estratégias de controle, encontramos as relacionadas à demanda quanto à oferta, detalhadas a seguir.

3.3.1 Estratégias de Controle: políticas de Oferta e de Demanda.

Apesar de não existir nenhuma intervenção-chave para o controle do tabagismo, o consenso atual sobre esses programas sugere que as intervenções mais eficazes são aquelas que visam à redução da demanda consumidora, como é o caso do aumento de preços e impostos dos produtos, da informação ao consumidor sobre os prejuízos do tabagismo, das restrições ao fumo em ambientes fechados, das proibições às propagandas e patrocínios e a regulamentação dos produtos do tabaco.

As intervenções relacionadas à tentativa de diminuição da disponibilidade de derivados do tabaco, como a proibição do seu uso, restrições à venda a menores geram poucos resultados, pois o mercado ilegal absorve esta capacidade de oferta com facilidade (IGLESIAS et. al., 2007).

Segundo Iglesias et al. (2007), o mercado ilegal de derivados do tabaco fica numa esfera de difícil alcance, onde a intervenção governista se mostra ineficiente, apesar de ser a melhor política de redução da oferta,

O mercado ilegal do tabaco fica fora do âmbito das políticas públicas existentes dirigidas ao controle do consumo funcionando sem os benefícios dos controles de saúde pública aplicados aos produtos legais, opera livre de impostos, que poderiam ser utilizados para financiar os altos custos sociais associados ao fumo e que poderiam ajudar a regular os preços, e não fornece qualquer informação aos consumidores sobre os riscos associados ao consumo de cigarros. A falta de informações sobre os produtos do tabaco vendidos no mercado ilegal agrava a assimetria de informações de que os consumidores dispõem. (2007, p. 34).

A fiscalização é limitada, pois a fronteira brasileira possui uma extensão consideravelmente grande para que a supervisão necessária se instale de maneira incompleta. Apesar de desafiadoras, as medidas relacionadas ao fim do mercado ilegal são instrumentos que tem efeitos mais observados na população de baixa renda, pois os cigarros contrabandeados, que possuem preço inferior ao tributado, são mais absorvidos pelos que possuem menor poder aquisitivo.

Neste campo, as estratégias mais utilizadas são o cadastro de produtores, selos de controle, declarações especiais, penalidades mais severas, massiva supervisão das fronteiras e fiscalização permanente. Essas atitudes são de extrema importância pois a ampla disponibilidade de produtos advindos do contrabando enfraquece as políticas tributárias adotadas pelos governos para redução da demanda pelo consumo e também prejudica os cofres públicos (SOGOCIO, 2008).

A política mais eficaz para a redução da demanda por tabaco é o aumento dos preços dos produtos de tabaco através da elevação dos impostos e taxas. Preços elevados desencorajam os fumantes a continuarem consumindo os produtos derivados do tabaco,

reduzem a quantidade de tabaco consumida por usuários contínuos, e mais importante que isso, evitam a iniciação de novos usuários potenciais (OMS, 2016).

Segundo Chaloupka (*et al* 1998) impostos mais altos são particularmente eficazes na redução do fumo entre populações vulneráveis, como juventude, gestantes e fumantes de baixa renda, implicando diretamente na preservação da vida e incrementos na receita tributária. Embora não exista uma nivelção tributária ideal, nos países centrais onde as políticas públicas de controle foram pioneiras e eficazes, geralmente cobram um imposto entre 2/3 a 4/5 do preço do tabaco no varejo. É importante também adotar aumentos regulares do imposto para assegurar que o tabaco não se tome mais acessível em resultado da inflação e da elevação da renda (BANCO MUNDIAL, 1999).

Ainda pertencente às ações que atacam a demanda, o fornecimento constante de informações mais claras a respeito do tabagismo, principalmente a respeito dos perigos à saúde, também apresenta resultados importantes. O impacto da informação diverge através da idade e o nível de educação da população. De maneira geral, quanto mais alto o nível de escolaridade, mais acelerada é a mudança de comportamento (IGLESIAS et al. 2007).

A divulgação pública de informações de saúde é comprovadamente eficiente como geradora de maior impacto quando iniciada em locais onde são baixos os níveis de conhecimento sobre a interação de hábitos humanos e suas consequências para a saúde, Porém, segundo evidências constatadas em países em desenvolvimento, atestam que os mais jovens parecem responder menos que os adultos às informações sobre os efeitos do fumo para a saúde, pois, aparentemente, a promoção da saúde é contra-atacada pela propaganda comercial (INCA, 2016).

Outra importante frente de atuação são as proibições de propagandas, patrocínios e promoções. A divulgação em escala é fator preponderante para a promoção do hábito de fumar, em particular entre os jovens. Logo, a sua proibição se comprova como uma medida eficaz no combate ao uso do produto. Existe consenso de que restrições parciais à propaganda não funcionam, já que a indústria do tabaco tende a explorar outros meios e táticas alternativas de promoção (BANCO MUNDIAL, 1999).

A proibição do ato de fumar em locais públicos também se mostra como precursora da redução da procura por tabaco. Essa medida geralmente é imposta para proteger os não-fumantes dos danos causados pela inalação da fumaça, mas também cria um obstáculo para os fumantes, forçando-os a reverem seus hábitos, proporcionando um incentivo para a cessação de fumar, podendo também, pela influência que exercem sobre as percepções da

aceitabilidade social do tabagismo, dissuadir os iniciantes. Dessa forma isso pode ajudar a criar empecilhos para o fumante e também a estigmatizar a prática, conduzindo a mudanças nas normas sociais.

4 O BRASIL E AS POLÍTICAS NACIONAIS CONTRA O TABAGISMO

4.1 Convenção Quadro para o Controle do Tabaco – Marco Mundial no Combate ao Tabagismo

A luta contra os resultados sistêmicos relacionados ao tabagismo possui alguns marcos históricos fundamentais nas políticas de âmbito internacional. Desde 1970 o tabagismo e os efeitos provocados pelo hábito de fumar se tornaram temas de discussão nas Assembléias Mundiais de Saúde, órgão máximo de decisão da OMS, formada por representantes dos Estados Membros da organização (ROSEMBERG, 1981).

A OMS encabeçou a articulação deste movimento, definindo o problema como de extrema importância dentre as prioridades da humanidade. Na tentativa de diminuição dos impactos e mitigação das alarmantes consequências provocadas pelo consumo do tabaco, entre 1999 e 2003 as negociações da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). Este fato configurou a instauração do primeiro tratado de saúde pública de escala global da história. Atualmente o tratado possui 180 assinaturas e 173 ratificações (ACTbr,2016).

Os dispositivos gerais da convenção são estruturados em:

A) Redução da Oferta:

- Mitigação do contrabando e comércio ilegal dos produtos do tabaco;
- Restringir as vendas principalmente aos menores de idade;
- Estimular o desenvolvimento de alternativas econômicas aos produtores de tabaco.

B) Redução da Demanda:

- Regulamentação do teor substancial dos derivados de tabaco;
- Regulamentação das informações disponibilizadas a respeito de produtos feitos de tabaco;
- Proteção contra a exposição à fumaça ambiental do tabaco;
- Controle das propagandas, anúncios, embalagens e rótulos;
- Educação, comunicação, treinamento e difusão massiva de informações ao público.

O Brasil teve a oportunidade de ser um dos líderes no processo de desenvolvimento do tratado, que consistiu em audiências públicas e seis rodadas de negociações que envolveram os 192 países membros da OMS (ACTbr,2016).

O sucesso apresentado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que será apresentado na próxima sessão, é o fator primário que ajuda explicar o protagonismo do Brasil durante o processo negociador da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco, durante os três anos do processo (SOGOCIO,2008).

Segundo Paula Johns (2014), Diretora-Executiva da Aliança para o Controle do Tabaco, o fato da existência de diversas medidas com relação ao controle do tabagismo, legislação e regulamentos já implementados ajudam a explicar a liderança brasileira no período.

A legitimidade do Brasil como líder do processo é explicada por Sabóia (2004):

Nossa singular posição de país grande produtor e exportador de tabaco, ao mesmo tempo dotado de uma política das mais avançadas de controle do tabagismo, aliada à tradicional capacidade de aproximar posições entre o mundo desenvolvido e o mundo em desenvolvimento, permitiu-nos angariar confiança e engendrar consensos junto a países com as mais variadas posturas negociadoras. (in BRASIL, 2004, p. 22-24).

Apesar desta importante posição adquirida na definição do acordo mundial, que foi de 1999 a 2003, o Brasil foi um dos últimos países a ratificar, em outubro de 2005. Isto demonstra que as pressões contrárias vindas principalmente da grande indústria tabaqueira tiveram intensidade suficiente para coibir a ratificação do país.

Durante o processo negociador da ratificação Convenção Quadro, a atuação dos atores que eram totalmente contrários ao tratado foi nitidamente observada. O papel da indústria como *stakeholder*, no entanto, sempre é mais nebuloso. Segundo Aversa (2006), como a indústria de tabaco é uma típica “empresa de negócio controverso”, tem grande preocupação em não manifestar animosidade ainda maior da sociedade com relação a sua imagem, que seus dirigentes preferem ver associada a iniciativas de responsabilidade social.

4.2 Evolução das Ações Governamentais no Brasil

As políticas contra o tabagismo se iniciam no Brasil em 1979, e o motivo principal deve-se ao forte aumento do consumo aliado as primeiras evidências dos prejuízos à saúde. Romero (2011) cita o grande avanço da epidemia de tabagismo a partir da década de 1970. Entre 1970 e 1986, o número de cigarros vendidos no mercado interno cresceu 132%, num período em que a população adulta cresceu apenas 69% , e o consumo anual de cigarros passou de cerca de 780 unidades per capita para mais de 1.200. No entanto, seu enfrentamento estava limitado apenas com iniciativas de algumas organizações médicas.

Em julho de 1979, um primeiro Programa Nacional contra o Fumo (PNF) foi elaborado por 46 entidades, entre associações médicas, centros universitários, secretárias de saúde e demais atores da sociedade civil, que se reuniram em São Paulo sob a organização da Sociedade Brasileira de Cancerologia. Em abril de 1980, foi realizada a 1º Conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo. A partir 1989, o Instituto Nacional de Câncer, órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer, administra as

ações do então promulgado, Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) .(ROMERO, 2011).

Considerando a dimensão continental do Brasil, as grandes dificuldades geradas pelas diferenças regionais que envolvem ângulos socioeconômicos e culturais, assim como o amplo alcance das estratégias da indústria do tabaco para expandir o consumo de seus produtos em todo o território nacional, um dos componentes operacionais vitais para o programa foi a sua descentralização, seguindo a lógica estrutural do SUS (BRASIL, 2016).

Duas grandes frentes foram estabelecidas pelo programa, sendo uma delas a redução do consumo de produtos derivados do tabaco e a redução da prevalência do tabagismo. Segundo Romero (2011), a partir desta classificação primária, existiam 5 campos de atuação:

- A) ação educativa junto a profissionais de saúde e educação;
- B) ação educativa junto a grupos populacionais de risco e à população em geral;
- C) ação legislativa e na esfera econômica;
- D) ação médico-social;
- E) ação de pesquisa e informação.

As ações educativas eram destinadas tanto para os extratos populacionais considerados fundamentais para a implementação das estratégias (profissionais de saúde e educação, legisladores, autoridades sanitárias e formadores de opinião) como para a população de risco (crianças, adolescentes e jovens; gestantes e pacientes de risco; fumantes passivos; trabalhadores).

Foram propostas ações educativas diretas a estes grupos; a produção e divulgação em escala de informação técnico-científica; a integração de ações de educação para a saúde nos currículos escolares, nos serviços de saúde e nos ambientes de trabalho; a realização de campanhas de comunicação social; bem como a sensibilização e mobilização de formadores de opinião.

A ação legislativa procurou estimular a produção de leis classificadas como indispensáveis, encaminhando anteprojetos de lei, atuando junto a legisladores e oferecendo-lhes informação, apoio técnico e assessoramento. O foco foi dado para a proibição do consumo de tabaco em locais públicos fechados, limitação da propaganda e patrocínio e a obrigatoriedade das advertências nos maços de cigarro (JAQUES, 2010).

As ações de esfera econômica se estabeleceram através do estímulo à taxação e a exclusão do cigarro nos cálculos de índice de custo de vida. A ação médico social concentrou-se na implementação de programas para parar de fumar por parte das organizações governamentais e não-governamentais.

Muitas das ações comprovadamente eficazes e recomendadas pela OMS para o controle do tabagismo fogem ao escopo da governabilidade direta do Ministério da Saúde. Dessa forma, embora o Ministério da Saúde não tenha o poder direto de realizar muitas dessas ações, tem se esforçado para mobilizar ações intersetoriais para controle do tabaco através de medidas legislativas e econômicas (ACTBR,2016).

O Programa também previu o estímulo e o financiamento de estudos e inquéritos destinados à produção da informação epidemiológica de interesse para o diagnóstico, o acompanhamento e a avaliação da ação do governo e da evolução do problema, além da busca por colaboração técnica internacional, em busca do desenvolvimento científico. Dessa forma, o governo investiu no fortalecimento de uma base geopolítica na rede SUS, através da qual são articulados núcleos gerenciais nas secretarias de saúde estaduais, regionais e municipais para a expansão das ações do PNCT de forma equitativa e racional em todo o País. Através da organização e articulação dessa rede nacional para gerenciamento regional do programa, as ações para o controle do tabagismo vêm sendo descentralizadas (CAVALCANTE, 2005).

Dois etapas foram fundamentais para essa descentralização. Uma delas foi o estabelecimento de convênios para repasse de recursos financeiros para as Secretarias Estaduais de Saúde, instituídos desde 1996 entre o Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, sendo o Instituto Nacional do Câncer o mediador dos mesmos. A outra foi o desenvolvimento de um processo de capacitação para gerenciamento regional do programa, tendo como público-alvo, recursos humanos das Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios.

Essas duas etapas permitiram uma terceira que foi a articulação de um plano nacional com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Nesse processo cabe ao INCA o papel de fornecer suporte técnico às Secretarias Estaduais de Saúde na elaboração de planos de trabalho, visando alinhá-los ao Plano Nacional para Controle do Tabagismo. Dessa forma com o apoio dessa rede, o plano nacional para controle do tabagismo tem sido executado em todo o País.

O marco subsequente ao PNCT mais importante ocorreu em agosto de 2003, com a criação da Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos (CONICQ), que até hoje possui caráter permanente. Atualmente é composta pela Casa Civil da Presidência da República, Advocacia Geral de União, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e por de 13 Ministérios: da Saúde; das Relações Exteriores; do Planejamento; da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; da Fazenda; da Ciência, Tecnologia e Inovação; da Justiça, do Trabalho e Emprego; da Educação; do

Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; das Comunicações e do Meio Ambiente. Essa nova Comissão representou um importante impulso para o controle do tabaco no Brasil, realizando a intersetorialidade necessária para tratar de um assunto de tamanha magnitude (CAVALCANTE, 2005).

A seguir se tratam as políticas específicas de demanda e oferta dentro do marco CONICQ.

4.3 Ações de Regulação no Mercado

Em 1995, após enviar para o Canadá amostras das cinco marcas de cigarros mais vendidas e produzidas no país, para uma análise bioquímica dos teores de substâncias tóxicas, o Ministério da Saúde deu um importante passo no sentido de mobilizar ações legislativas para regulamentar os derivados do tabaco (SILVA et al, 2014).

Os resultados foram demonstrados no ano seguinte, e mostraram que os níveis de várias das substâncias analisadas estavam muito acima dos teores máximos estipulados em outros países. Nessa ocasião, foi elaborado um documento onde foram feitas uma série de recomendações no sentido de que fossem criados mecanismos legislativos que obrigassem os fabricantes ou importadores de cigarros a informar ao Ministério da Saúde sobre os conteúdos dos seus produtos e a divulgarem essas informações nas embalagens dos derivados do tabaco.

Também foi recomendado que fossem criados mecanismos pelo governo para fiscalizar e inspecionar e normatizar as metodologias de análise, dentre outras (BRASIL, 2003)

Segundo Silva et al. (2014), essas ações estão balizadas da forma apresentada na Tabela 01, que demonstra de maneira sintética o leque de políticas promulgadas inicialmente pelo PCNT, que foram mantidas após o surgimento da CONICQ e tiveram sua intensificação após tal fato.

Tabela 01: Estratégia de atuação estatal no mercado do tabaco proposta pelo PNCT:

ÁREAS	AÇÕES
Fiscalização	A regulamentação , o controle e a fiscalização de todos os produtos derivados do tabaco por meio da ANVISA
Restrição à disponibilidade	Proibição da venda para menores de 18 e manobrar a carga tributária sobre a comercialização dos produtos derivados de tabaco
Controle da Promoção e Comercialização	Veto à propaganda comercial, inclusive Internet, bem como distribuição de amostras; Restrição da exposição do produtos no interior dos estabelecimentos, devendo estar acompanhada de advertências; Proibição do uso de descritores como light e suave nas embalagens; Inserção de ilustrações com advertências sanitárias nas embalagens, juntamente com o número do Disque – Saúde – Pare de Fumar;
Outras	Suspensão do financiamento à cultura do fumo em regime de parceria ou integração com a indústria do tabaco por meio do Programa de Fortalecimento da Agricultura Familiar

Fonte: Elaboração própria, a partir de SILVA Et. al 2014

4.4 Restrições de Publicidade e Propaganda

O Ministério da Saúde através do INCA tem desempenhado importante papel nesse processo e em especial na mobilização da sociedade civil para a conversão do Projeto de Lei que deu origem a Lei Federal 10.167 aprovada em dezembro de 2000, que propunha o banimento de toda propaganda e patrocínio de produtos de tabaco. Apesar de toda a pressão contrária que houve naquela ocasião, hoje a legislação brasileira proíbe a propaganda na TV, radio, revistas, jornais e outdoors; proíbe a distribuição de amostras grátis e proíbe a propaganda de cigarros relacionando cigarros a esportes. (CAVALCANTE, 2005)

A propaganda ainda é mantida nos pontos internos de venda devido a impedimentos constitucionais. Em represália, as companhias de tabaco aderiram ao uso da internet como ponto de venda, realizando propaganda e divulgação através dela. O governo contra-atacou esta estratégia promulgando na legislação uma restringia a distribuição aos pontos internos de venda, deixando claro que a internet não é considerada ponto de venda e portanto não pode ser veículo de propaganda:

[...] parte interna do local de venda: área fisicamente delimitada localizada no interior do estabelecimento comercial destinada à venda de produtos derivados do tabaco e seus acessórios[...]. A rede mundial de computadores (internet) não é considerada local de venda de produtos derivados de tabaco, sendo portanto, vedada a oferta e venda de qualquer destes produtos por este meio em todo o território nacional. (ANVISA Resolução – RDC, no 15 de janeiro de 2003 – <http://www.anvisa.gov.br>)

A promoção de eventos culturais e esportivos financiados em forma de patrocínios, relacionados a produtos de tabaco está proibida desde janeiro de 2003, sendo permitido apenas para eventos internacionais que tenham sede em mais de um país. Além disso, todos os eventos internacionais ocorridos ou transmitidos para o Brasil, que por ventura tenham patrocínio de produtos de tabaco, devem divulgar contrapropagandas e mensagens de advertências em forma de compensar a negatividade gerada pela ampla divulgação do tabaco e seus derivados (BRASIL, 2003).

4.5 Intervenções na Atenção Primária à Saúde

Na articulação da promoção da cessação de fumar, o que mais surte efeito é a ampliação do acesso a abordagens terapêuticas para interrupção do vício (INCA, 2016). Estas atividades tiveram seu início a partir da divulgação de métodos eficazes para interromper o hábito de fumar através de campanhas, da mídia, e eventos cujo o público alvo são os profissionais de saúde e reuniões com sociedades científicas para elaboração de consenso sobre métodos eficazes para cessação de fumar , a partir de 2000.

No SUS, o tratamento do tabagismo é feito por meio da abordagem cognitivo-comportamental e apoio medicamentoso, quando indicado. A abordagem cognitivo-comportamental associa intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais (INCA, 2016). Na Tabela 02 segue a estratégia terapêutica sintetizada por Rosenberg (2003).

Tabela 02: Principais abordagens cognitivo-comportamentais utilizadas no processo de cessação de fumar no SUS

Abordagens cognitivo-comportamentais	Características
Abordagem breve/mínima	Consiste em perguntar, avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que deixe de fumar, sem acompanhá-lo neste processo. Realizada por qualquer agente de saúde
Abordagem básica	Consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante para que deixe de fumar. Realizada por qualquer agente de saúde mas prevê retorno e acompanhamento
Abordagem específica/intensiva	Atendimento ambulatorial específico para atender usuários que pretendem deixar de fumar. Individual ou em grupo, com periodicidade semanal, acompanhado de tratamento medicamentoso.

Fonte: Elaboração Própria, a partir de Rosemberg (2003)

O Disque Pare de Fumar da Ouvidoria do Ministério da Saúde, cujo funcionamento teve início a partir de maio de 2001, e teve seu número inserido nas embalagens dos produtos derivados de tabaco em 2002 (INCA, 2016)

Após a disponibilização de um canal remoto, houve a inclusão do financiamento de atendimento para cessação de fumar na rede do SUS. A Portaria 1.575, em 2002, criou os Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante no âmbito do SUS, e incluiu os procedimentos relativos a essa atividade no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS).

Através dessa iniciativa objetivou-se universalizar o acesso dos fumantes brasileiros aos métodos eficazes para cessação do tabagismo disponíveis internacionalmente. Entretanto, observou-se uma concentração dos atendimentos em hospitais de alta complexidade e clínicas particulares. (CAVALCANTE, 2005)

No ano seguinte, a fim de ampliar a abrangência do tratamento, o Ministério da Saúde resolveu, através da Portaria 1.798, criar um Grupo de Trabalho no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde, revisando as lacunas encontradas pelo INCA, expandindo as ações para as unidades de saúde da atenção básica e de média complexidade.

A atual proposta de Portaria deverá ser pactuada entre os gestores municipais e estaduais da rede SUS e pretende alinhar essa ação com as propostas do programa que é permitir um amplo acesso a esse tratamento no nível da atenção básica.

4.6 Políticas de alternativas ao fumicultor

Segundo o Banco Mundial (1999), existem 5 fatores principais que impossibilitam a migração dos produtores de fumo para outra cultura: (1) estabilidade do preço garantido pela compradora, o que facilita o planejamento; (2) fornecimento gratuito de assistência e orientações técnicas; (3) indústria fumageira se posiciona como abalizadora dos produtores junto às instituições financeiras; (4) tabaco é pouco perecível comparado a outros produtos; (5) indústria se responsabiliza pelo transporte e comércio.

A tendência mundial de expansão da produção e manufatura de tabaco em países em desenvolvimento torna clara a desigualdade social na exposição aos riscos socioambientais decorrentes dessa atividade, regida por uma lógica que extrapola a racionalidade abstrata das tecnologias (ACSELRAD, 2002).

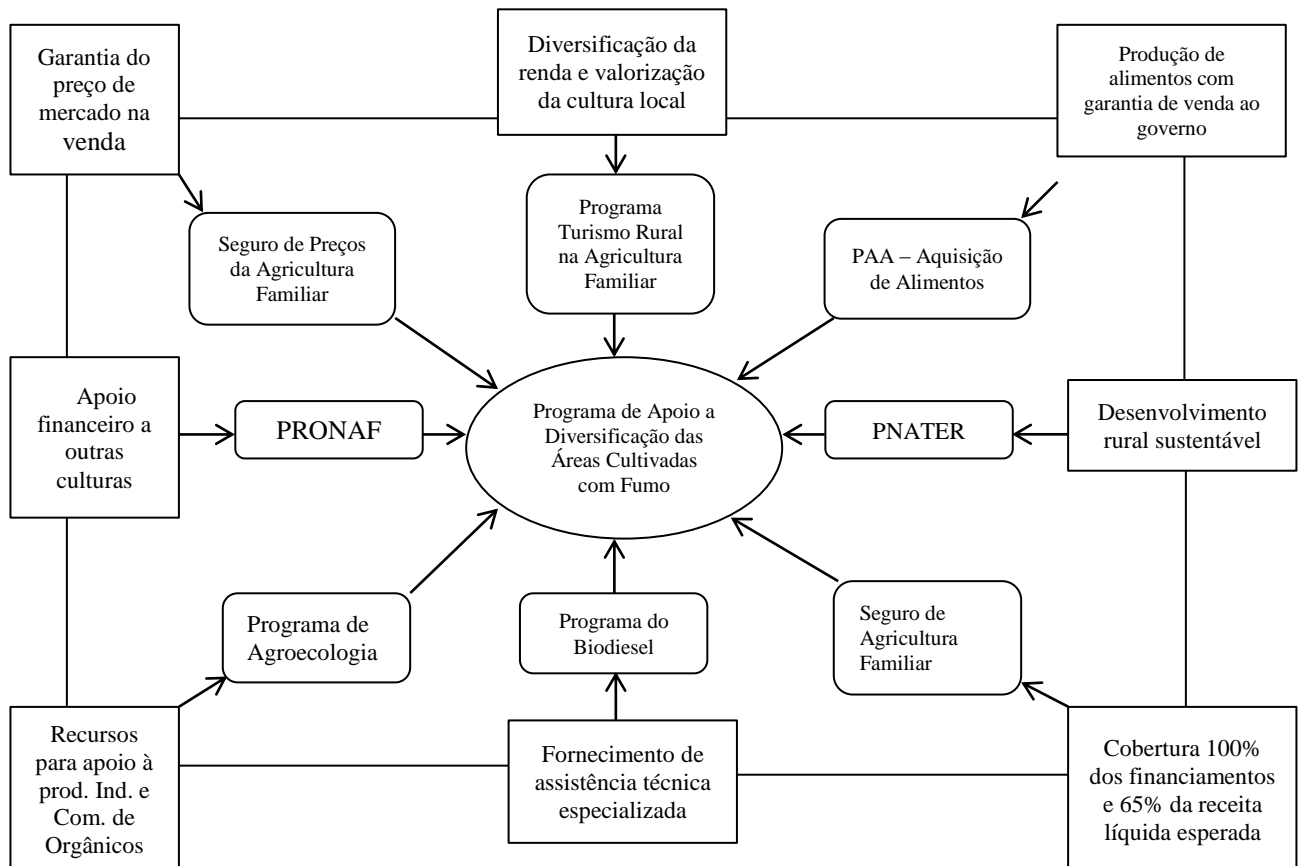
A indústria do tabaco explora a força de trabalho do fumicultores se valendo do sua expressão econômica que se realiza a partir de sua escala monopolística, aumentando a área de alcance dos impactos negativos da atividade, se aproveitando da situação econômica e hierárquica deles para argumentar contra esforços de controle do tabaco (MACKAY; ERIKSEN, 2002).

A presença das grandes empresas multinacionais do ramo gera situações de alienação que fogem da regulação local ou nacional em todos os domínios da vida, influenciando o comportamento da moeda, do crédito, do gasto público e do emprego, incidindo sobre o funcionamento da economia, por intermédio de suas relações determinantes com o comércio, a indústria, os transportes e os serviços (SANTOS, 2003) .

Um olhar sobre as condições de vida, a liberdade de fazer escolhas que define o que é viver bem e o acesso aos bens materiais e culturais que a sociedade capitalista é capaz de produzir, indicam que os fumicultores encontram-se no cerne de uma sofisticada engenharia de produção agrícola que aprofunda as contradições entre capital e trabalho, através de mecanismos de reprodução, controle, homogeneização, individualização e normalização das relações socioeconômicas que as indústrias do tabaco comandam (ALMEIDA, 2005).

O Programa de Apoio a Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco foi lançado em 2005, mesmo ano que o Brasil ratificou a CQCT. (INCA, 2016). O organograma abaixo sintetiza as principais políticas e programas que favorecem a diversificação.

Figura 01: Estrutura do Programa de Apoio a Diversificação das Áreas Cultivadas com Fumo



Fonte: Elaboração própria, a partir de Bonato (2007)

De início, no médio prazo a diminuição da produção de fumo deve estar coligada na disseminação de alternativas produtivas que combinassem rentabilidades próximas ou superiores às proporcionadas pela fumicultura. Deve-se fornecer aos agricultores, quanto mais possível, os mesmos benefícios encontrados nos sistemas de integração existentes nas indústrias fumageiras (SOUZA, 2009)

A PNAD 2001 mostra ainda que 46.524 crianças de 5 a 15 anos se machucaram ou ficaram doentes em decorrência dos trabalhos no cultivo do tabaco durante o período pesquisado (KASSOUF, 2004); mas este número pode ser maior em face da subnotificação,

ausência de integração e precariedade dos sistemas de informações toxicológicas e registro de atendimentos no Sistema Único de Saúde.

Ainda segundo Kassouf (2004), a fumicultura extensiva deve ser combatida de forma veemente graças a grande quantidade de agrotóxicos utilizados na cultura e os perigos relacionados à absorção transdérmica da nicotina em fumicultores.

Uma análise dos diversos indicadores que compõem o Índice de Desenvolvimento Humano IDH (expectativa de vida, taxa de alfabetização, taxa de frequência escolar e renda per capita), mostra que as principais áreas produtoras de fumo na região Sul apresentam média abaixo do índice estadual; e, inclusive, a taxa de frequência escolar e renda nos municípios onde predomina a atividade agrícola com o fumo são inferiores a dos municípios onde não se produz tabaco (BONATO, 2007).

5 ESTIMATIVA DOS CUSTOS DOS CÂNCERES DE LARINGE, PULMÃO E ESÔFAGO (2003 – 2014)

O objetivo deste capítulo é estimar o custo incorrido pelo SUS como consequência da existência das principais doenças associadas ao tabagismo. Inicialmente, a afirmação de Pinto (2007) nos demonstra a importância da abordagem de custos incorridos ao Sistema Único de Saúde:

Sob a perspectiva da política de saúde, é fundamental que sejam implantadas estratégias pelos gestores do SUS, em todos os níveis, que visem à estruturação das etapas da atenção à saúde, mas com ações que permitam a sua articulação. As questões relacionadas ao tabagismo estão presentes em cada uma dessas etapas, desde a promoção até os cuidados paliativos. A adoção de estratégias de prevenção e assistenciais, como a ampliação da oferta de tratamento do fumante do SUS, bem como a articulação entre a política de saúde e a política econômica, através do aumento dos preços dos cigarros, são estratégias oportunas para reduzir os danos causados pelo tabaco e deveriam ser o foco dos gestores de saúde, caso se pretenda uma redução maior na prevalência desse fator de risco e da incidência de doenças tabaco-relacionadas para as próximas décadas (p. 183).

O tabagismo reconhecido como uma doença epidêmica gerada da dependência à nicotina, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) na Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10) (OMS, 1997). As evidências que relacionam o tabagismo aos diversos problemas de saúde alcançavam, ainda na primeira metade da década passada, 70 mil artigos científicos.(PINTO, 2007)

Esta análise se atém a três tipos de cânceres: Pulmão, Laringe e Esôfago. A escolha dessas doenças é fundamentada a partir dos altos fatores de atribuição de mortes e eventos crônicos ao tabagismo, sendo 81%, 83% e 68%, respectivamente, correspondentes ao ano de 2011 (PINTO, 2015). Ainda que existem outras doenças, estas em especial apresentam alta correlação com o consumo do tabaco.

Os custos médios destas doenças foram estimados por Ugá e Pinto (2011), num estudo longitudinal não corrente de três cortes com histórico de tabagismo em um hospital especializado, na cidade do Rio de Janeiro, entre 2000 e 2006. Os principais componentes que contribuem para a composição dos custos são os gastos com radioterapia e a hospitalização. Além deste, existem os custos com quimioterapia, que no caso destas doenças teve uma presente discreta. Nos custos de hospitalização, está inclusa a dieta dos pacientes, consultas, medicamentos, procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais.

A amostra foi composta por 242 pacientes, os quais eram fumantes pesados e que foram diagnosticados em estágios avançados da doença, tendo intervalos distintos de sobrevivência. Os custos estimados foram de R\$ 37.529,00 para o câncer de laringe, R\$ 28.901,01

para o câncer de pulmão e R\$ 33.164,00 para o câncer de esôfago (a preços de 2006). Estas estimativas são utilizadas para inferir o custo que representa para o SUS estas doenças.

Uma hipótese principal foi assumida para a construção da estimativa. A base de dados disponibilizada pelo SUS não fornece informações a respeito do número de episódios de câncer que obtiveram sucesso no tratamento, e que por consequência disso não fazem parte da contagem de óbitos. Diante disso, para cada óbito, é assumido que o paciente teve acesso ao tratamento, por mais breve que possa ter sido. Outro pressuposto é o da integralidade de absorção dos custos pelo Sistema Único de Saúde, que segundo o INCA, disponibiliza atendimento para toda a população brasileira.

Tabela 03 – Total de Óbitos x Óbitos Atribuíveis ao Tabagismo, de 2003 a 2014:

	Câncer de Laringe		Câncer de Pulmão		Câncer de Esôfago	
	Total Óbitos	Atrib. Tabagismo	Total Óbitos	Atrib. Tabagismo	Total Óbitos	Atrib. Tabagismo
2003	2.233	1.853	12.369	10.019	4.697	3.194
2004	2.463	2.044	13.074	10.590	5.025	3.417
2005	2.583	2.144	13.244	10.728	5.037	3.425
2006	2.694	2.236	13.638	11.047	2.052	1.395
2007	2.784	2.311	14.391	11.657	5.437	3.697
2008	2.948	2.447	14.883	12.055	5.587	3.799
2009	2.839	2.356	15.131	12.256	5.773	3.926
2010	2.911	2.416	15.396	12.471	5.913	4.021
2011	3.157	2.620	15.854	12.842	5.929	4.032
2012	3.492	2.898	16.479	13.348	5.971	4.060
2013	3.271	2.715	17.122	13.869	6.109	4.154
2014	3.286	2.727	17.749	14.377	6.225	4.233

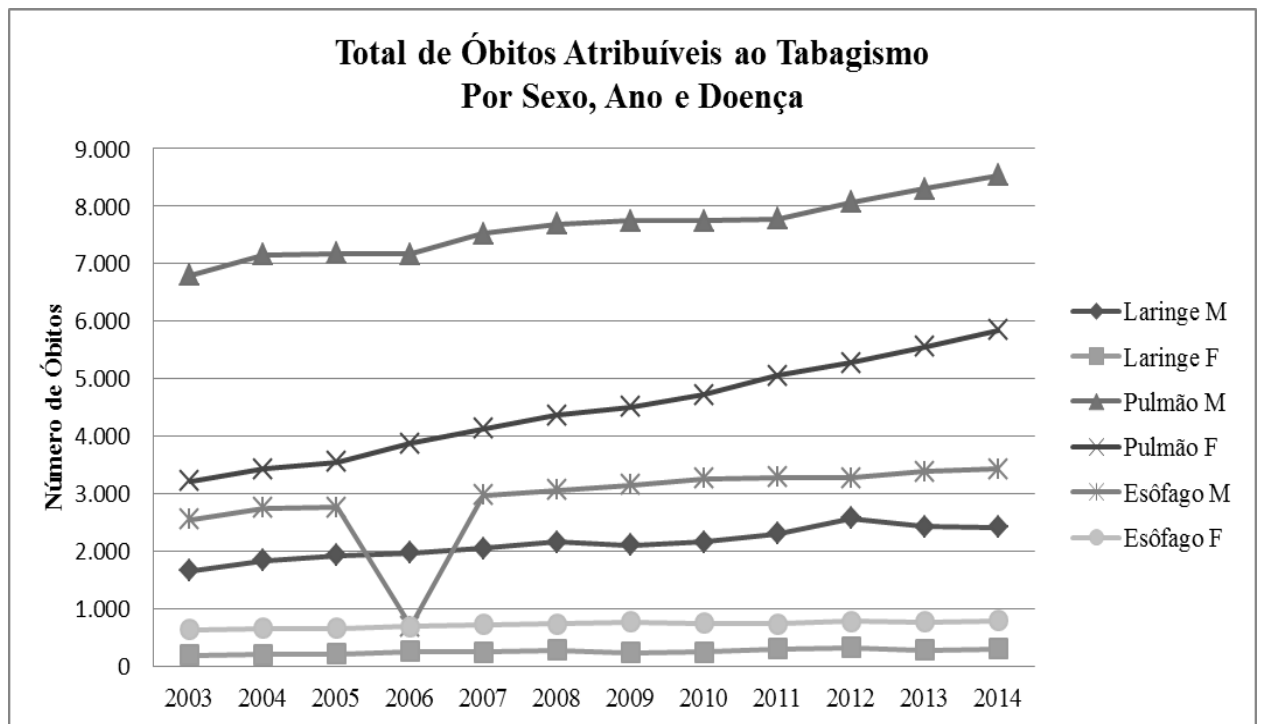
Fontes: Elaboração própria a partir de dados do MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, e PINTO (2015).

Para o cálculo, também foram utilizadas as informações de mortalidade disponibilizadas pelo SIM/SUS (Sistemas de Informações sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde), mais especificamente através do Atlas On-line de Mortalidade. O período é de 2003, ano que o texto da CQCT iniciou sua tramitação no Congresso Nacional, até 2014, por ser o último ano disponível na amostra, como pode ser observado na Tabela 03. Através

do número total de óbitos, foi extraída a proporção de mortes atribuídas ao tabagismo se valendo das estimações citadas anteriormente, conforme a Tabela 03.

No período, houve um aumento de 47% nos óbitos por neoplasias da laringe, 43% nos óbitos apontados como resultado do câncer de pulmão e 32% nas mortes relacionadas ao câncer de esôfago. Essas estatísticas de óbito desconsideram a co-morbidade de doenças que puderam influenciar o sucesso do tratamento, bem como seu desfecho. Existe uma diferença do número de óbitos entre os sexos, que segundo o INCA (2016), é observado predominantemente no sexo masculino. A tabela a seguir demonstra esta distinção, que por si atesta o alegado pelo Instituto Nacional do Câncer.

Gráfico 01 – Total de Óbitos Atribuíveis ao Tabagismo, por sexo: 2003 a 2014



Fontes: Elaboração própria a partir de dados do MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, e PINTO (2015)

A brusca queda nos casos de óbitos relacionados ao Câncer de Esôfago no sexo feminino em 2006, não está relacionada com algum fator específico nas literaturas utilizadas, sendo um provável fruto de erros de apontamento cometidos pelos DATASUS. É possível observar um importante aumento nos casos de câncer de pulmão masculinos, sobretudo na incidência no sexo feminino.

No caso dos custos financeiros ao sistema de saúde, os valores monetários foram corrigidos para valores de 2006, a fim de ajustar a estimativas para os valores do preço do mesmo ano do estudo de Ugá e Pinto (2011). Para tal correção, foi utilizado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor – IPCA. (IBGE, 2016)

$$\text{Valor real do Ano X} = \frac{\text{Valor real ano base}}{\left(\frac{\text{IPCA de Dez/Ano x}}{\text{IPCA de Dez/2006}} \right)}$$

Elaboração: o autor (2016)

Neste item, é importante ressaltar que os custos das hospitalizações demais procedimentos envolvidos no tratamento incorporam os salários pagos a servidores públicos que atuam em instituições de saúde vinculada a qualquer esfera (federal, estadual e municipal). Abaixo segue a estimativa do custo médio dos tratamentos ajustados pelo IPCA, por sexo:

Tabela 04: Estimativa do custo médio do tratamento das doenças, por sexo (preços de 2006):

	Câncer de Laringe (A)		Câncer de Pulmão (B)		Câncer de Esôfago (C)	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Femenino
2003	R\$ 73.071.756,77	R\$ 8.512.859,66	R\$ 230.539.202,82	R\$ 109.091.502,24	R\$ 99.510.539,02	R\$ 24.732.151,51
2004	R\$ 75.109.425,33	R\$ 8.522.814,54	R\$ 225.510.607,90	R\$ 108.123.621,78	R\$ 99.709.834,94	R\$ 23.821.210,57
2005	R\$ 74.600.340,74	R\$ 8.385.309,62	R\$ 213.950.909,24	R\$ 105.828.556,05	R\$ 94.551.817,23	R\$ 22.608.700,21
2006	R\$ 74.290.531,95	R\$ 9.625.062,63	R\$ 207.059.769,45	R\$ 112.203.219,33	R\$ 23.137.859,52	R\$ 23.137.859,52
2007	R\$ 73.923.296,39	R\$ 9.095.040,50	R\$ 208.106.804,87	R\$ 114.407.197,81	R\$ 94.322.993,88	R\$ 23.057.211,60
2008	R\$ 73.435.364,07	R\$ 9.573.628,75	R\$ 201.014.949,48	R\$ 113.934.570,80	R\$ 91.838.164,46	R\$ 22.057.468,14
2009	R\$ 68.699.351,36	R\$ 7.936.192,26	R\$ 194.085.650,72	R\$ 112.876.822,48	R\$ 90.524.083,19	R\$ 22.298.786,47
2010	R\$ 66.472.321,42	R\$ 7.722.819,55	R\$ 183.257.533,51	R\$ 111.655.499,41	R\$ 88.629.149,15	R\$ 20.482.689,06
2011	R\$ 66.673.168,01	R\$ 8.878.587,70	R\$ 172.786.804,98	R\$ 112.355.487,74	R\$ 83.823.651,93	R\$ 18.902.770,62
2012	R\$ 70.049.869,06	R\$ 8.908.860,04	R\$ 169.338.622,10	R\$ 110.694.609,57	R\$ 78.953.958,83	R\$ 18.793.104,86
2013	R\$ 62.489.761,49	R\$ 7.344.201,56	R\$ 164.557.227,24	R\$ 110.164.774,01	R\$ 76.881.643,74	R\$ 17.543.358,59
2014	R\$ 58.486.089,32	R\$ 7.443.684,10	R\$ 158.855.175,31	R\$ 108.778.475,06	R\$ 73.341.557,63	R\$ 17.082.525,60
Total	R\$ 837.301.275,92	R\$ 101.949.060,91	R\$ 2.329.063.257,64	R\$ 1.330.114.336,27	R\$ 995.225.253,52	R\$ 254.517.836,74

Fontes: Elaboração própria a partir de dados IBGE ; UGÁ e PINTO (2011)

O câncer que apresentou o custo médio mais alto no sexo masculino em relação ao feminino foi o de laringe, sendo oito vezes mais custoso, seguido pelo de esôfago, com superioridade do sexo masculino de quatro vezes, e finalmente o de pulmão, que tem custos incidentes no sexo feminino duas vezes menor que o outro sexo. Segundo Ugá e Pinto (2011), somados os custos com radioterapia e hospitalização, eles são responsáveis por 84% dos custos totais do tratamento de neoplasias na laringe, 77% no câncer de pulmão e 82% no câncer de esôfago.

Abaixo na Tabela 05, segue a estimativa do custo total médio das três doenças por ano, no período de 2003 até 2014.

Tabela 05 – Estimativa do custo de tratamento de três tipos de Câncer relacionados ao tabagismo, de 2003 a 2014

	Câncer de Laringe (A)	Câncer de Pulmão (B)	Câncer de Esôfago (C)
2003	R\$ 81.584.616,44	R\$ 339.630.705,05	R\$ 124.242.690,53
2004	R\$ 83.632.239,87	R\$ 333.634.229,68	R\$ 123.531.045,51
2005	R\$ 82.985.650,36	R\$ 319.779.465,29	R\$ 117.160.517,44
2006	R\$ 83.915.594,58	R\$ 319.262.988,78	R\$ 46.275.719,04
2007	R\$ 83.018.336,88	R\$ 322.514.002,68	R\$ 117.380.205,47
2008	R\$ 83.008.992,83	R\$ 314.949.520,28	R\$ 113.895.632,60
2009	R\$ 76.635.543,61	R\$ 306.962.473,20	R\$ 112.822.869,66
2010	R\$ 74.195.140,98	R\$ 294.913.032,92	R\$ 109.111.838,20
2011	R\$ 75.551.755,71	R\$ 285.142.292,72	R\$ 102.726.422,55
2012	R\$ 78.958.729,11	R\$ 280.033.231,67	R\$ 97.747.063,68
2013	R\$ 69.833.963,05	R\$ 274.722.001,26	R\$ 94.425.002,34
2014	R\$ 65.929.773,42	R\$ 267.633.650,37	R\$ 90.424.083,23

Total do período: (A) + (B) + (C) = **R\$ 5.848.171.021,00**

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do DATASUS, IBGE, UGÁ e PINTO (2011) e PINTO (2015)

Neste mesmo período, o Brasil implementou políticas mais severas do que as anteriormente estabelecidas, e aderiu a um processo de adequação às recomendações da OMS presentes na CQCT, o que contribuiu para uma queda na prevalência de fumantes. (INCA, 2016). Diante do fato das neoplasias estudadas serem tratadas em estágios terminais, geralmente associadas a idade avançada, os resultados não apresentam uma melhora como o da redução da prevalência (tratada no próximo capítulo), no tocante do número de casos atribuídos ao tabagismo, bem como na estimativa de custo total por ano, justamente por dizerem respeito a fumantes que iniciaram o consumo do tabaco em períodos históricos onde as políticas antitabaco ainda não possuíam destaque e alcance. Assim, podemos supor que no médio ao longo prazo, existe uma tendência de redução da carga econômica para o sistema de saúde, pois a prevalência de fumantes atuais vem apresentando uma trajetória de queda ao longo do tempo.

A cifra de gastos estimada em aproximadamente R\$ 6 Bilhões em 11 anos com apenas 3 doenças relacionadas ao tabaco, mostra uma face da magnitude dos gastos incorridos ao estado provenientes do consumo do tabaco, mais ainda através das subestimações presentes na análise. Este estudo não considera todo o gasto com perda de produtividade provocada pelas aposentadorias precoces, que apesar de gerar um impacto mais sutil por se apresentar no sistema previdenciário, não é menos importante.

As outras doenças que têm o tabagismo como fator de risco preponderante, não relatadas aqui, como doenças cardíacas e outros cânceres que apresentam taxas menores de relacionamento com o tabaco, também representam outra fatia da carga econômica que recai sobre os cofres públicos, nos permitindo concluir que uma das externalidades resultantes do ato de fumar que mais gera custo social, é o gasto gerado ao SUS, que invariavelmente é pago por toda sociedade. Estes custos exclusivamente direcionados ao tratamento destas doenças, são de natureza evitável, partindo do pressuposto que o tabagismo é um fator de risco também evitável.

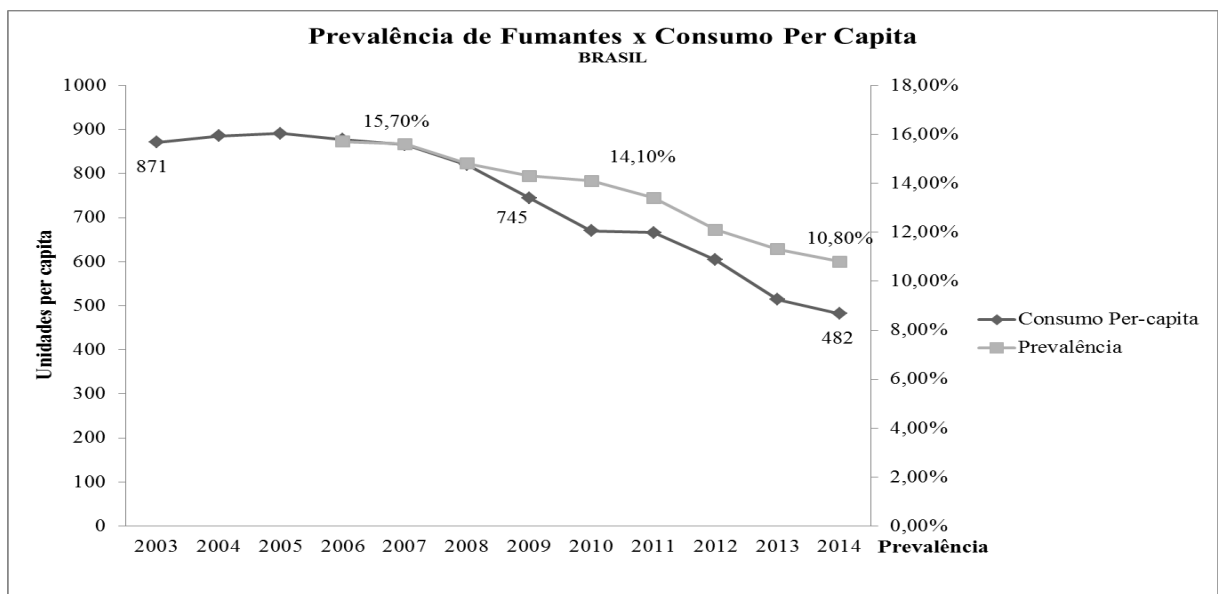
Ainda que o tabagismo seja responsável por uma carga de morbidade e mortalidade mensurável pela utilização de recursos nos serviços de saúde, não podemos afirmar que o custo hospitalar dos cânceres de pulmão, de laringe e de esôfago observado neste trabalho seja atribuível ao tabagismo. Nesse sentido, seria necessária a realização de estudos de coorte de base populacional para mensurar a utilização adicional de recursos de saúde por pacientes fumantes em comparação com não-fumantes, sendo uma sugestão para trabalhos futuros na área.

6 RESULTADOS DAS POLÍTICAS ANTITABACO

Um estudo do Instituto Nacional de Câncer mostrou que, entre 1989 e 2008, a prevalência de fumantes no Brasil caiu 50% na população acima de 15 anos, passando de 32%, em 1989, para 17%, em 2008, evitando algo em torno de 420.000 mortes. (INCA, 2016)

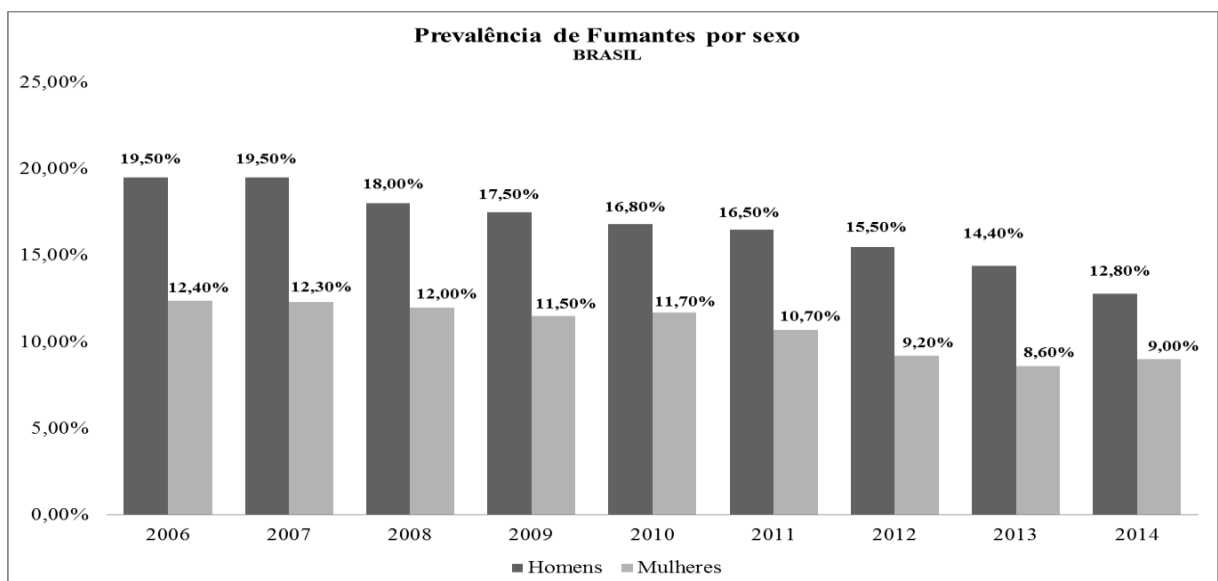
O gráfico abaixo demonstra a importante redução do consumo per capita de cigarro (44%), de 2003 a 2014, juntamente com a redução da prevalência de Fumantes, de 2006 a 2014. O Gráfico 03 demonstra a prevalência distribuída por sexo.

Gráfico 02: Comparativo entre a evolução do consumo de cigarros per capita e a prevalência de fumantes:



Fonte: Elaboração Própria a partir de dados disponibilizados pela VIGITEL

Gráfico 03: Evolução da prevalência de fumantes, por sexo:



Fonte: Elaboração Própria a partir de dados disponibilizados pela VIGITEL

A prevalência do tabagismo tem diminuído ao longo das décadas no Brasil, em grande parte como uma resposta às políticas governamentais estabelecidas para reduzir o uso do tabaco que já refletem na redução das mortes por doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer de pulmão. (ITC-BRASIL, 2014)

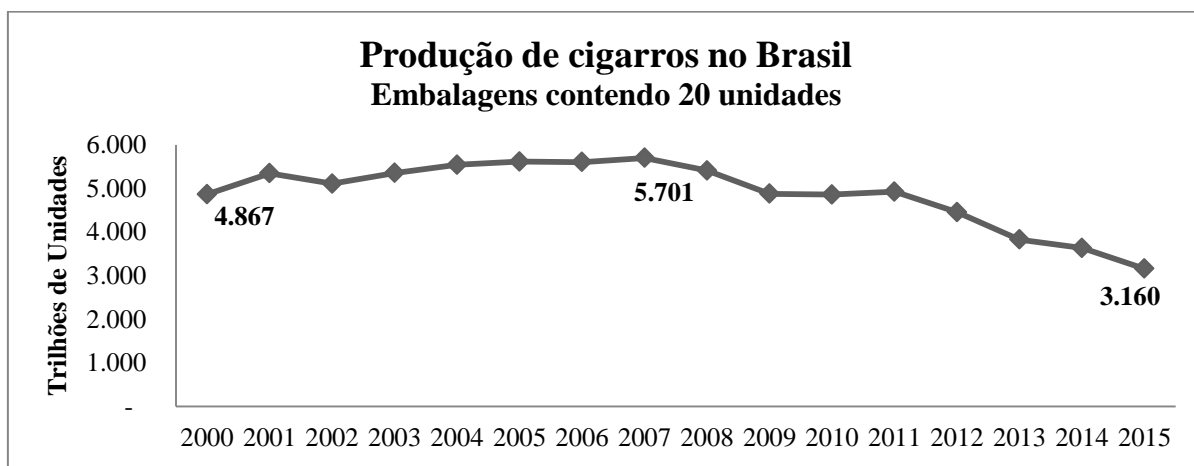
O Projeto ITC realiza pesquisas de coorte longitudinal em mais de 20 países para avaliar o impacto e identificar os determinantes de políticas eficazes de controle do tabaco nas áreas de: advertências sanitárias e descritores; preços e tributação; legislação de ambientes livres do fumo; publicidade, promoção e patrocínio; educação e apoio para a cessação do tabagismo. O estudo realizado no Brasil foi realizado em duas fases: Onda 1 em 2009, e Onda 2 em 2013/2013.

Neste período, as políticas que se destacaram no Brasil foram o aumento do imposto de venda de cigarros no varejo para 65%, lançamento de um novo grupo de advertências sanitárias ilustradas nas embalagens, sendo mais contundentes que as anteriores, e proibição de uso de aditivos em produtos derivados do tabaco (medida ainda em tramitação no legislativo). Abaixo seguem os principais avanços apontados pela pesquisa:

- 1) 85% dos homens e 89% das mulheres se arrependem de ter começado a fumar, indicando que as campanhas midiáticas que se utilizam de testemunhos de fumantes podem enfatizar o poder de dependência da nicotina;
- 2) 88% dos fumantes e 95% dos não fumantes apoiam a lei nacional de proibição de fumo em locais públicos fechados;
- 3) 56% dos fumantes afirmam que as advertências sanitárias estampadas nas embalagens de cigarro os levaram a pensar em interromper o consumo nos 6 meses anteriores a pesquisa, e 54% dos ex-fumantes relataram uma forte influência das ilustrações na tomada de decisão;
- 4) Cerca de 50% dos fumantes consideram parar de fumar ou reduzir o consumo de cigarros como uma forma de economizar o dinheiro gasto com tabagismo;
- 5) Há um alto nível de conhecimento do dano e do perigo do tabagismo passivo, de acordo com o percentual de fumantes que acreditam que a fumaça do tabaco causa doenças em não fumantes, como por exemplo, asma em crianças (88%) e câncer de pulmão em não fumantes (79%), e;
- 6) Um importante número de fumantes (84% na Onda 1 e 85% na Onda 2) concordou que o governo deveria fazer mais para ajudar os fumantes a deixar de fumar e 48% dos fumantes apoiam uma proibição total da venda de produtos de tabaco dentro de 10 anos, se o governo oferecer assistência com clínicas de cessação e ampliação da qualidade e extensão do

tratamento. Outro avanço importante foi a redução na produção total de cigarros (maço e box), que após 2007 assumiu uma trajetória de queda, sobre tudo após 2011. A redução do consumo impacta negativamente a arrecadação no curto prazo, no entanto existe um efeito na direção inversa, que se traduz através da redução dos custos totais com tratamentos de doenças pelo SUS, se manifestando no longo prazo. O Gráfico 04 demonstra a trajetória da produção de cigarros no Brasil. No período, houve uma redução de 35% na produção de cigarros, mostrando que o beneficiamento industrial do tabaco apresentou retração no país.

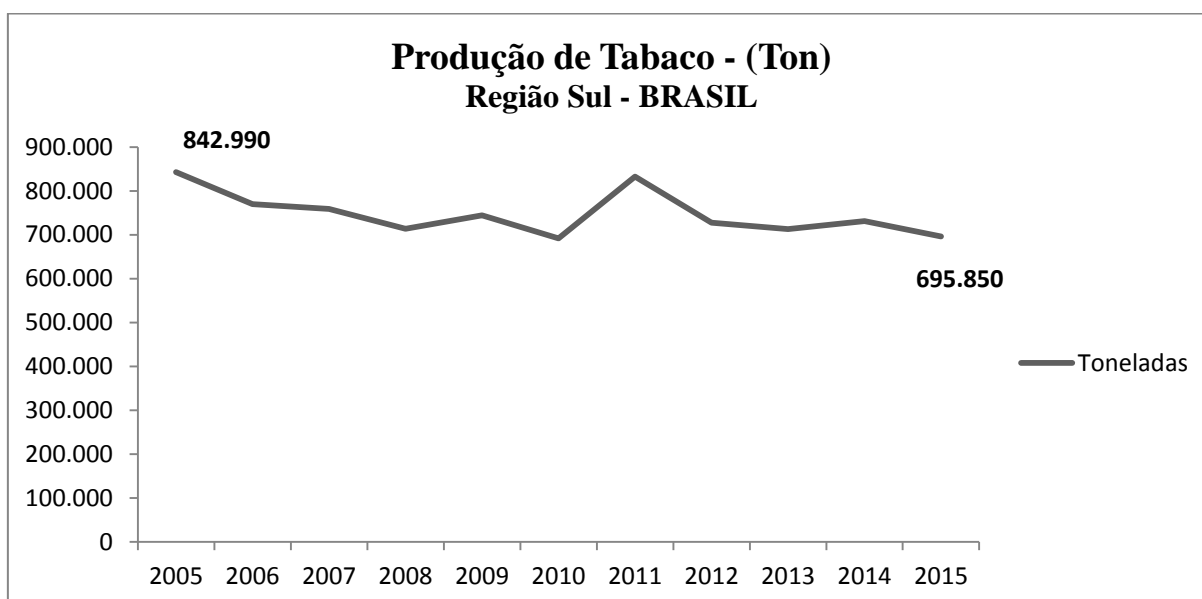
Gráfico 04: Produção de cigarros no Brasil (maço e box), de 2000 a 2015:



Fonte: Elaboração Própria a partir do Scorprios.

A Região Sul concentra 96% da produção total de tabaco, distribuídos com 19% no Paraná, 28% em Santa Catarina e 53% no Rio Grande do Sul (SINDITABACO, 2016). Como resultado das políticas de fomento à alternativas aos fumicultores, observamos uma redução na quantidade de tabaco produzida na região

Gráfico 05: Produção de Tabaco na Região Sul, em toneladas, 2005 a 2015

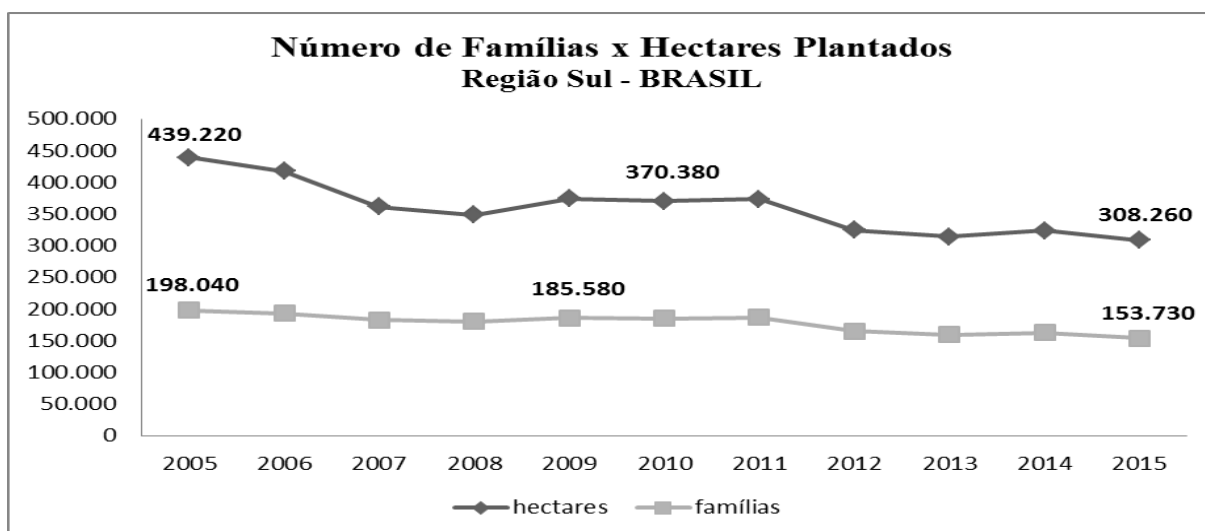


Fonte: Elaboração própria a partir de dados da AFUBRA.

De 2005 a 2015, houve uma queda de 17% na quantidade de tabaco produzida no Brasil, o que não foi suficiente para que o Brasil perdesse o posto de maior exportador. A queda na arrecadação é um dos fatores negativos relacionados a este resultado, mas observa-se um esforço do estado em ajustar essas taxas através do aumento dos impostos sobre o produto.

Outro dado relevante é a redução gradual do número de famílias envolvidas na produção de tabaco, juntamente com a diminuição da área plantada, comprovando que as políticas públicas que buscam reduzir a oferta também apresentam bons resultados.

Gráfico 06: Evolução do número de famílias produtoras de tabaco e área plantada em hectares, 2005 a 2015



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da AFUBRA

A política de alternativa ao fumicultor, juntamente com o efeito das políticas de redução de demanda, resultaram numa queda de 29% na quantidade de hectares plantados e 22% no número de famílias envolvidas com a cultura do tabaco. Existe um ônus destas políticas que recaem sobre os produtores de tabaco, que quando não amparados pelos incentivos estatais que dão alternativas à fumicultura, tem dificuldade na reinserção nas cadeias produtivas do agronegócio. Isto demonstra que as políticas de alternativas ao produtor de fumo devem estar alinhadas com as demais políticas que estimular a queda da procura, para que os agricultores possam absorver a retração da demanda por tabaco de maneira mais branda.

7 CONCLUSÕES

Este trabalho buscou fornecer uma análise (de natureza exploratória e descritiva) social e econômica a respeito do tabagismo contextualizado através das políticas públicas implantadas no Brasil, buscando fugir de atribuições proibicionistas, ao mesmo tempo em que almejou mostrar as influências deste hábito privado responsável por uma carga de externalidades observadas em âmbito social. É importante frisar que o autor não buscou estudar a perspectiva médica relacionada ao tema.

Apesar de o tabaco ser uma importante fonte de renda para economias que produzem, industrializam e exportam este produto, existe um substantivo impacto econômico incorrido às mesmas. Tais consequências basicamente se traduzem através da carga econômica gerada pelas doenças evitáveis relacionadas ao seu consumo (ativo e passivo), perda de produtividade provocada por aposentadorias precoces, dias de trabalho perdidos em decorrência de problemas na saúde do trabalhador e o redirecionamento da renda da população, sobretudo a com menos poder aquisitivo, de itens de consumo de primeira necessidade para a manutenção do vício.

A atuação estatal para o controle do tabaco se faz necessária a partir da constatação destes fatores. Ciente disso, a Organização Mundial da Saúde teve um importante papel articulatório na construção de um modelo de políticas que visam controlar a oferta e a demanda do tabaco pelo mundo. Nesse contexto, o Brasil teve a oportunidade de protagonizar a fomentação do maior tratado de saúde pública do mundo, pois antes do início das negociações, a estrutura de regulação brasileira já apresentava bons resultados, que se tornaram mais nítidos após a ratificação, cujo processo tramitou por mais de dois anos no Congresso Nacional.

O Estado brasileiro foi capaz de se instrumentalizar adequadamente para combater as externalidades acima mencionadas, com um importante aparato legislativo de cunho regulatório, sobretudo após a ratificação da CQCT. Tal fato corrobora a trajetória de melhora dos indicadores, que atestam a redução do consumo per capita, prevalência de fumantes, área plantada, famílias produtoras e produção de cigarros, mesmo que os intervalos de tempo não estejam homogeneizados, dada a escassez de dados.

No tocante dos custos médios de tratamento do câncer de laringe, pulmão e esôfago, relacionados com o tabagismo, no período de 2003 a 2014, a estimativa resultou na cifra de R\$ 9.059.110.887,07. Este valor é um dos resíduos do ato de fumar, e tal carga econômica de natureza evitável poderia ser direcionada para outras áreas do Sistema Único de Saúde, como

e investimentos em infraestrutura, ampliação da cobertura e outras políticas que possam atingir uma fatia maior da população.

Apesar do sucesso das políticas, existem alguns desafios a serem conquistados pelos gestores das políticas públicas antitabaco. Um deles é fortalecimento das políticas que fortalecem a coibição do contrabando, no sentido de permitir que a política de preços e impostos seja validada de maneira robusta, impedindo que a evasão fiscal aumente. Isto causará um efeito positivo na absorção das políticas redutoras da demanda. Outro avanço seria a destinação exclusiva de parte da receita da indústria do tabaco para o tratamento das doenças, pois atualmente, o montante arrecadado não possui um destino específico para correção direta das externalidades ligadas ao tabagismo. Com a redução do mercado, muitas famílias que dependem do tabaco para sua sobrevivência vem sendo prejudicadas pela políticas antitabaco como um todo, o que implica a necessidade de um foco específico dos gestores para reduzir os impactos da retração da demanda para estes produtores, a fim de permitir a rápida reinserção dos mesmos em outras cadeia produtivas.

8 REFERÊNCIAS

- ACSELRAD, H. Justiça Ambiental – novas articulações entre meio ambiente e democracia. IBASE/CUT-RJ/IPPURUFRJ. **Movimento sindical e defesa do meio ambiente – o debate internacional**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2000.
- ALMEIDA, Guilherme E. G. de. **Fumo: Servidão moderna e violações de direitos humanos**. Curitiba: Terra de Direitos, 2005.
- ALIANÇA DE CONTROLE DO TABAGISMO + SAÚDE. **Documentos e publicações**. Disponível em: <<http://actbr.org.br/>>. Acesso em: 20 jun. 2016.
- AVERSA, M. B. **O processo de accountability como estratégia de negócio: o caso Souza Cruz e a implantação da norma AA 1000**. Dissertação de Mestrado, apresentada à UDESC, em agosto de 2006. Orientador: HEIDEMANN, Francisco G.
- BALEEIRO, A. **Uma introdução à ciência das finanças**. Rio de Janeiro: Forense, 1996.
- BANCO MUNDIAL. **A epidemia do tabagismo: Os governos e os aspectos econômicos do controle do Tabaco**. Washington, DC: Banco Mundial, 1999.
- BANCO MUNDIAL. **Economic Analysis of Tobacco Demand**. Washington, DC: Banco Mundial, 2003
- BOEIRA, S. L. **Atrás da cortina de fumaça: tabaco, tabagismo e meio ambiente: estratégias da indústria e dilemas da crítica**. Itajaí: Univali, 2002
- BONATO, Amadeu. **Perspectivas e desafios para a diversificação produtiva nas áreas de cultivo de fumo – a realidade da produção de fumo na região Sul do Brasil**. Curitiba: DESER. 2007.
- BRASIL. **Abordagem e tratamento do fumante: consenso**. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Inca). Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Inca, 2001
- BRASIL. **Tabaco e pobreza, um círculo vicioso – a convenção-quadro de controle do tabaco: uma resposta**. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. **Por Um Mundo Livre de Tabaco - Ação Global para Controle do Tabaco: 1o Tratado Internacional de Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003
- CAVALCANTE, T. M. **O controle do Tabagismo no Brasil: avanços e desafios**. Revista de Psiquiatria Clínica. 32(5); 283-300, 2005.
- CHALOUPKA F.; RANSON M. K.; JHA P.; NGUYEN S. N. **Global and Regional Estimates of the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Price Increases and Other Tobacco Control Policies**. Nicotine and Tobacco Research: Pub-Med, 2002
- COSTA E SILVA, V. L. **Uso e Controle do Tabagismo: Determinantes do Consumo, Estratégias de Intervenção e Papel da Indústria do Fumo**. In: Brasil. Ministério da Saúde.

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

COSTA E SILVA, V. L.; KOIFMAN S. **Smoking in Latin America: a major public health problem.** Cad. Saúde Pública. 14(3); S109-S115, 1998

EFROYMSON, D.; AHMED S.; TOWNSHEND J., et al., “**Hungry for Tobacco: An Analysis of the Economic Impact of Tobacco Consumption on the Poor in Bangladesh,**” Tobacco Control 10:212-217 (2001)

GIL, A C. **Técnicas de pesquisa em economia e elaboração de monografias.** São Paulo: Atlas, 2002.

GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C. **Finanças Públicas: Teoria e Prática no Brasil.** 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2008.

IGLESIAS R.; JHA P.; PINTO M.; COSTA E SILVA V. L.; GODINHO J. **Controle do Tabagismo no Brasil.** Washington, DC: Banco Mundial; 2007.

INCA - OBSERVATÓRIO DO CONTROLE DO TABACO. **Documentos e publicações.** Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco>. Acesso em: desde 01 jun 2016 até 10 jul. 2016.

JAQUES, T.A. **Impasses e estratégias: Convenção-Quadro e controle do tabagismo no Brasil (1986-2005).** Rio de Janeiro: s.n., 2010. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) Orientador: Luiz Antonio Teixeira. Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2010.

JOHNS, P. **As desigualdades em torno do hábito de fumar: problema de saúde pública que atinge principalmente os pobres [entrevista na internet].** Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2014. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/entrevistas/as-desigualdades-em-torno-do-habito-de-fumar-problema-de-saude-publica-que-atinge-principalmente-os-pobres>>. Acesso em: 23 jun 2016

KABRA, K. **Some Neglected Aspects of the Economics of Tobacco.** The Economics of Tobacco Control. Towards an optimal policy mix. Cape Town: Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town; 1998

KASSOUF, A. L. **O trabalho infantil no ramo agrícola brasileiro.** Brasília: OIT, 2004.

LUTHRA, U.K.; SREENIVAS, G.R.; MENON, G. R.; PRABHAKAR, A. K.; CHAUDHRY, K. **Tobacco control in India: Problems and solutions.** In: Control of tobacco-related cancers and other diseases. Bombay: Oxford University Press, 1992

MUSGRAVE, P. A. “**Merit goods**”, In: New Palgrave Dictionary of Economics, Vol.3. London Macmillan, 1991. Disponível em: <<http://www.palgraveconnect.com/pc/doi/finder/view/10.1057/9781137336583.1168>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** – Décima Revisão. São Paulo: Edusp, 1997

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Documentos e Publicações** - Disponível em: <http://www.who.int>. Acesso em: 15 jun. 2016

PETO, R.. **Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics**. WHO. Oxford University Press, 1994.

PINTO, M. F. T. **Custos de Doenças Tabaco - Relacionadas: uma análise sob a perspectiva da economia e da epidemiologia**. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

REEKIE, W. D. and L.F.S. Wang. “**The benefits and costs of cigarette smoking: a state dependent approach**”. Journal of Studies in Economics and Econometrics, University of Stellenbosch; 1992

RIANI, F. **Economia do Setor Público: uma abordagem introdutória**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

ROMERO, L. C., et al. **23 anos de Controle do Tabaco no Brasil: a atualidade de Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988**. Revista Brasileira de Cancerologia, 2011; 57(3): 305-314

ROSEMBERG, J. **Tabagismo. Sério Problema de Saúde Pública**. São Paulo: Edusp, 1981

ROSEMBERG, J. **Nicotina: Droga Universal**. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf>>. Acesso em: 24 jun 2016

SANTOS, M. **Por uma outra globalização – do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SABÓIA, G. V.. in BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Panamericana de Saúde. **Tabaco e pobreza, um círculo vicioso- a Convenção Quadro de Controle do Tabaco: uma resposta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. **O conceito de política pública**. Políticas Públicas, Coletânea. Vol. 1. Brasília: ENAP, 2006.

SILVA, S. T.; et. al . **Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais**. Ciência e saúde coletiva, v.19, n. 2, p. 539-52, :Rio de Janeiro, 2014.

SINDITABACO. **Exportações**. Disponível em: <<http://sinditabaco.com.br/sobre-o-setor/exportacoes/>>. Acesso em: 25 jun. 2016

SINDITABACO. **Dimensões do setor**. Disponível em: <<http://sinditabaco.com.br/sobre-o-setor/dimensoes-do-setor/>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

SOGOCIO, M. P. de S. C. **O Brasil Adverte: Fumar é Prejudicial à Saúde: Análise do Processo de Ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.** Brasília: IRBr, 2008.

SOUSA, M. da C. S. **Bens públicos e externalidade.** Disponível em <<http://e-groups.unb.br/face/eco/inteco/textosnet/1parte/externalidades.pdf>>. Acesso em: 15 mai 2016

SOUZA CRUZ. Concorrência desleal. Disponível em: <http://www.souzacruz.com.br/group/sites/sou_7uvf24.nsf/vwpagesweblive/do7v9jq4?opendocument>. Acesso em: 21 jun. 2016.

SOUZA CRUZ. O mercado de cigarros. Disponível em: <http://www.souzacruz.com.br/group/sites/sou_7uvf24.nsf/vwpagesweblive/do7v9knx?opendocument>. Acesso em: 21 jun. 2016.

SOUZA, R. P. **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: reflexões sobre o futuro da fumicultura brasileira.** In: 47º Congresso da Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural, Porto Alegre: UFRGS, 2009.

STIGLITZ, J. E. **Economics of the Public Sector.** 3. ed. New York: W.W. Norton, 2000. Disponível em : < https://www.hse.ru/data/476/077/1225/BSc3_public_en.pdf>. Acesso em 05 jul. 2016.

UGÁ, M. A. D.; PINTO, M. **Custo do tratamento de pacientes com histórico de tabagismo em hospital especializado em câncer.** Revista saúde pública, Rio de Janeiro, v. 3, n. 45, p. 575-582, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2061.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

VARELLA, D. **Cigarros: Guia Prático de Saúde e Bem Estar.** São Paulo: Gold, 2009.