

HUENER SILVA GONÇALVES

**ANTITABAGISMO NO BRASIL:
DA MOBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE MÉDICA
À POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA (1950-1986)**

**Belo Horizonte
2009**

HUENER SILVA GONÇALVES

**ANTITABAGISMO NO BRASIL:
DA MOBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE MÉDICA
À POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA (1950-1986)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito à obtenção do título de Mestre em História.

Área de concentração: História da Ciência.

Linha de Pesquisa: Ciência e Cultura na História.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Anny Jaqueline Torres Silveira.

Belo Horizonte
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG
2009



**Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-graduação em História**

Dissertação intitulada “*Antitabagismo no Brasil: da mobilização da comunidade médica à política de Saúde Pública (1950-1986)*”, de autoria da mestranda Huener Silva Gonçalves, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof.^a. Dr.^a. Anny Jackeline Torres Silveira - Coltec/História/PPGH UFMG

Prof.^a. Dr.^a. Renata Palandri Sigolo Sell – História/UFSC

Prof.^a. Dr.^a Rita de Cássia Marques – Escola de Enfermagem/UFMG

Prof. Dr. Bernardo Jefferson de Oliveira – Fae/UFMG

**Prof. Dr. Eduardo França Paiva
Coordenador do Programa de Pós-graduação em História – FAFICH/UFMG**

Belo Horizonte, 30 de abril de 2009

Ao maior Mestre dos mestres: DEUS

AGRADECIMENTOS

A todos que colaboraram com a formação deste trabalho.

A Anny Jaqueline Torres da Silveira, minha orientadora, exemplo de pesquisadora e de ser humano.

Aos professores da Linha Ciência e Cultura na História e colegas do Grupo Scientia & Technica pelas contínuas colaborações e incentivos.

Aos colegas da pós, pela amizade e apoio nessa caminhada.

À Universidade Federal de Minas Gerais e a Fafich, pelo seu papel de produção do conhecimento em nossa sociedade, e ao CNPq pelo fomento a nossa pesquisa.

Aos funcionários da “Biblioteca Pública Estadual Luiz de Bessa”, Sônia, Maria do Carmo e Cibeli; a Biblioteca da Fafich (UFMG), Vilma, Sindier, Carol, Cláudio e Márcio, a Flávio Paiva, Felipe e as “Adrianas” da Secretaria Estadual da Saúde, aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Medicina (UFMG), a Ethel e demais colegas do CEMEMOR (UFMG), e à Paulínia da Biblioteca da ABRAÇO, pelo apoio no que diz respeito a pesquisa das fontes.

Aos meus professores de Graduação e Pós-Graduação, que contribuíram na minha formação de pensamento crítico.

A todos amigos que souberam entender a minha falta de tempo e a minha missão de pesquisador. Em especial, agradeço a Allan Rodrigo, Bráulio Silva, Carol Vimieiro, Carol Lara, Adriano Toledo, Francismery, Raquel, Valéria, Ana Cecília, Clayton Ribeiro, Tiago Jaques, Lúcio, Bruno e Gustavo Melo, Paola Cunha, Bruna, Emerson Nogueira, Gabriela Dias, Luciano Moreira, Aender dos Santos, pelas discussões em torno da temática desenvolvida no projeto e no compartilhar experiências.

A minha família, especialmente ao meu pai, Rafael Gonçalves Carneiro, exemplo de ser humano.

A Deyse Marinho de Abreu, por seu amor, carinho e paciência, e a sua família, minha segunda família.

E por último, e mais importante, a Deus, pois sem Ele nada seria possível.

A ciência é uma função da vida. Justifica-se apenas enquanto órgão adequado à nossa sobrevivência. Uma ciência que se divorciou da vida perdeu a sua legitimação (Rubem Alves, 1981).

RESUMO

Este trabalho analisa o processo que levou a formação do coletivo antitabagista brasileiro sob a liderança médica na década de 1950, a partir da divulgação em periódicos como *Brasil-Médico* e *Revista Brasileira de Medicina (RBM)* de dados de pesquisas produzidas na Inglaterra e EUA que ligavam o tabagismo ao câncer de pulmão. Entre os autores destes textos e editores dessas revistas, destaque coube aos fisiologistas/pneumologistas da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, que estariam na linha de frente da propagação de um discurso contra o hábito no país, buscando principalmente apoio na própria comunidade médica. Isso foi favorecido pelo lugar ocupado pelos médicos do movimento na comunidade científica/profissional e na própria máquina estatal. Estratégias como a divulgação de artigos e a promoção de simpósios sobre o tema, além de campanhas realizadas para médicos pelo *Jornal Brasileiro de Medicina (JBM)*, foram preponderantes para a expansão do coletivo, pois permitiu a integração de novos aliados na comunidade médica e em outras esferas, como a política e a imprensa. Foi por meio da atuação deste coletivo médico que se originou, através da Portaria 655/GM, o Grupo Assessor ao Ministério da Saúde para o Controle do Tabagismo no Brasil (GACT). Este grupo foi responsável pelo Programa Nacional de Combate ao Fumo em 1986, em um momento que o país passava por uma transição epidemiológica, na qual as doenças crônico-degenerativas começaram a se tornar objeto de políticas de saúde pública. O Programa também se constituiu como importante marco de institucionalização da luta contra o tabagismo no país. Assim, nosso estudo procurou perceber como a promoção da luta antitabagista, por meio da divulgação científica entre especializados e leigos, e a implementação de políticas de saúde pública governamentais, legitimou socialmente no Brasil a relação tabagismo-males a saúde, sobretudo, o câncer de pulmão.

Palavras-chave: antitabagismo, divulgação científica, Medicina Contemporânea, História da Saúde, História da Ciência.

ABSTRACT

This present work analyzed the process that promoted the development of the Brazilian medical anti smoking collective under medical leading during 1950's decade, through the divulgation in national periodicals such as *Brasil-Médico* and *Revista Brasileira de Medicina (RBM)*, of researches produced in England and USA connecting smoking habits to lung cancer. Among those text' authors and those periodical' editors, it could be underscored the pulmonologists/phthisiologists that worked in the *Policlínica Geral do Rio de Janeiro*. These physicians were responsible for the propagation of a discourse against smoking habits in Brazil, in order to find support within medical community. Their place within the medical community and their participation in State administration contributed to reach such support. We observed that the strategies to make public some articles referring to these themes, the promotion of symposiums and the campaigns held by the physicians in the *Jornal Brasileiro de Medicina (JBM)* about the harmful effects of smoking were important to the expansion of these collective. Those initiatives contributed to integrate new allies in the medical community and in other spheres, like the political sphere and the press. By means of the action of this medical collective, it was created the Portaria 655/GM and the *Grupo Assessor ao Ministério da Saúde para o Controle do Tabagismo no Brasil (GACT)*. That group was responsible for the *Programa Nacional de Combate ao Fumo* created in 1986, when Brazil underwent an epidemiological change, in which chronic and degenerative diseases became an issue of the public health policies. The Program also consisted of a landmark in the institutionalization of the struggle against smoking in the country. Therefore, this study tried to notice that the anti-smoking campaigns - by means of scientific popularization to other specialists and to laymen – and the implement of governmental public health policies, legitimated in Brazil the relationship between smoking and illnesses, mainly, lung cancer.

Key words: anti-smoking, scientific divulgation, contemporary medicine, history of Health, history of science.

SIGLAS

1ª. CONBAT – 1ª. Conferência Brasileira Contra o Tabagismo
ABRESI – Associação Brasileira de Hospedagem, Gastronomia e Turismo
ACAMED – Associação Catarinense de Medicina
AI – Ato Institucional
AMB – Associação Médica Brasileira
AMBr – Associação Médica de Brasília
AMIRGS – Associação Médica do Rio Grande do Sul
AMS – Assembléia Mundial de Saúde
ANM – Academia Nacional de Medicina
ANVISA – Agência Nacional de Saúde
ARENA – Aliança Renovadora Nacional
BMJ – British Medical Journal
BRADEPCA – Grupo Brasileiro de Estudos para Detecção e Prevenção do Câncer
Câncer SAC – Conselho Administrativo Permanente do Câncer
CFM – Conselho Federal de Medicina
CID-10 – 10ª. Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde
CLACCTA – Comitê Latino-americano Coordenador do Combate do Tabagismo
CNCC – Campanha Nacional de Combate ao Câncer
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito
DENTEL – Departamento Nacional de Telecomunicações
DIP – Departamento de Imprensa e Propaganda
DNC – Divisão Nacional do Câncer
DNDCD – Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas
DNERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNS – Departamento Nacional de Saúde
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
FEBRASGO – Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
FHORESP – Federação de Hotéis, Restaurantes, Bares e Similares do Estado de São Paulo
FECHSESP – Federação dos Empregados no Comércio Hoteleiro e Similares
FSESP- Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
GACT – Grupo Assessor ao Ministério da Saúde para o Controle do Tabagismo
IAPS – Institutos de Aposentadoria e Pensões
IATA – Associação Internacional de Transportes Aéreos
IBIT – Instituto Brasileiro de Investigação para a Tuberculose
INAMPS – Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social
INC / INCa – Instituto Nacional do Câncer
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IPI - Imposto sobre produtos industrializados
JAMA – Jornal da Associação Americana de Medicina
JAMB – Jornal da Associação Médica Brasileira
JBM – Jornal Brasileiro de Medicina

LSHTM – London School of Hygiene and Tropical Medicine
MDB – Movimento Democrático Brasileiro
MH – Ministério da Saúde
MOH – Departamentos Médicos de Saúde Locais
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MRC – Conselho de Pesquisa Médica
MS – Ministério da Saúde
NCI – Instituto Nacional do Câncer
NHI – Institutos Nacionais de Saúde
NHS – Serviço Nacional de Saúde
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PDS – Partido Democrático Social
PDT – Partido Democrático Trabalhista
PED – Programa Estratégico de Desenvolvimento
PHS – Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNCF – Programa Nacional de Combate ao Fumo
PND – Plano Nacional de Desenvolvimento
PP – Partido Progressista
PRP – Partido Republicano Progressista
PSD – Partido Social Democrático
PTB – Partido trabalhista Brasileiro
PTN – Partido Trabalhista Nacional
PUC-SP – Pontifícia Universitária Católica de São Paulo
RBM – Revista Brasileira de Medicina
RCP – Royal College of Physicians
RM - Revista Residência Médica
SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria
SBPT – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SMBCF – Sociedade Médica Brasileira de Combate ao Fumo
SNC – Serviço Nacional do Câncer
SNES – Serviço Nacional de Educação Sanitária
TIRC – Comitê de Pesquisas da Indústria do Tabaco
UDN – União Democrática Nacional
UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UICC – União Internacional Contra o Câncer

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I – TABACO: DE PANACÉIA NO SÉCULO XVI À SUA RELAÇÃO COM O CÂNCER DE PULMÃO NO SÉCULO XX	30
1. Tabagismo e saúde: uma história em vários estilos	30
2. Construindo a relação tabagismo e doenças crônico-degenerativas: uma história de controvérsias	37
2.1. Uma história esquecida: as primeiras pesquisas e campanhas relacionando fumo e câncer do pulmão na Alemanha nazista	38
2.2. O caminho até o Relatório Terry de 1964 nos EUA: resultado de translações de interesses entre agentes da saúde, política e ciência	46
2.3. Reconstruindo o cenário inglês da controvérsia pela análise de Virgínia Berridge	60
CAPÍTULO II – O DEBATE TABAGISMO-CÂNCER PULMONAR NO BRASIL: DA DIVULGAÇÃO A MOBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE MÉDICA	71
2.1. Democracia e saúde a serviço do desenvolvimento (décadas de 1950-1960)	71
• Ainda as Pestes...	71
• O câncer nas políticas públicas de saúde pública entre as décadas de 1940 e 1960	77
2.2. Entre teses, manuais para leigos e artigos: a divulgação sobre o fumo e seus males no Brasil	79
• A controvérsia câncer de pulmão-tabagismo chega aos periódicos médicos	83
• Agora é oficial: o tabagismo causa câncer de pulmão	90
2.3. “Uma campanha para médicos”	104

• A Sociedade Médica brasileira de Combate ao Fumo: um curto capítulo na História do antitabagismo no Brasil	113
• Em cena novos atores: Mário Rigatto e José Rosemberg	116
CAPÍTULO III – DA “CARTA DE SALVADOR” À FORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE AO FUMO NO BRASIL (1979-1986)	132
3.1. O Contexto da saúde pública no pós 1964	134
• A saúde pública sob a ditadura do descaso	135
• O câncer no contexto das políticas de saúde pública do regime militar	137
3.2. O Papel dos congressos e dos programas contra o fumo na expansão do coletivo médico antitabagista	140
• A Carta de Salvador como inauguradora de eventos anuais de discussão, divulgação e articulação de ações de combate ao tabagismo	141
• O Programa Nacional Contra o Fumo	146
• A I Conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo como ponto de partida para os eventos anuais apoiados pelo Programa da AMB	149
• Regionalizar a luta, para nacionalizá-la: os programas regionais de combate ao fumo	155
3.3. A mobilização e o debate antitabagismo na imprensa nacional	158
• Ainda entre os médicos	159
• Divulgar, diagnosticar, retratar e orientar: o papel da <i>Revista Seleções do Reader's Digest</i> na divulgação contra o tabagismo no Brasil	161
• Uma mobilização tímida? O debate nos periódicos leigos nacionais	168
3.4. A mobilização ganha o Congresso Nacional e o Ministério da Saúde	174
• A mobilização contra o Tabagismo no Senado: apenas um debate médico?	174

• A escalada e as dificuldades enfrentadas pelos projetos envolvendo os males do tabagismo	179
• A luta contra o tabagismo: uma luta do Ministério da Saúde	185
CONSIDERAÇÕES FINAIS	191
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	197
ANEXOS	225

INTRODUÇÃO

A minha tese, não é só minha, é dos técnicos do mundo inteiro. É que, enquanto tiver médico fumando, o programa de saúde pública antitabaco está furado. Médico nem precisa falar que cigarro é bom, basta estar com o cigarro na boca que está fazendo propaganda de cigarro. José Rosenberg (MEMÓRIA DA TUBERCULOSE, 1991).

Art. 3º. – Farão parte, outrossim, do Grupo Assessor ao Ministério da Saúde, para o Controle do Tabagismo seis (6) professores de notório saber e reconhecida atuação na luta contra o tabagismo no país. (Portaria no. 655/GM de 16 de setembro de 1985, que dispõe sobre a criação de um Grupo Assessor ao Ministério da Saúde para o controle do Tabagismo no Brasil).

Reconhecido atualmente como causa de males à saúde, destacando-se entre eles o câncer de pulmão, o tabagismo continua a ser sinônimo de polêmica na mídia. Em agosto e setembro de 2008, o tema gerou manchetes em jornais – dos quais podemos destacar a *Folha de São Paulo* – em torno do envio de um projeto de lei do Governador de São Paulo e médico, José Serra (PSDB-SP), que proibia o fumo em todos ambientes fechados, incluindo hotéis, casas de entretenimentos e até fumódromos naquele estado. A proposta de Serra foi recebida com indignação pela Federação de Hotéis, Restaurantes, Bares e Similares do Estado de São Paulo (FHORESP), Federação dos Empregados no Comércio Hoteleiro e Similares (FECHSESP) e Associação Brasileira de Hospedagem, Gastronomia e Turismo (ABRESI), que protestaram contra a medida em dois comunicados conjuntos em setembro do mesmo ano. Indagado naquele mesmo mês por 8 jornalistas sobre um projeto de lei federal do Ministério da Saúde similar, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva dava indícios de não compactuar com a forma como o assunto vinha sendo abordado e disse que defendia o uso do fumo em qualquer lugar (DUARTE, 2008). Pesquisa feita pelo Instituto Datafolha na semana seguinte, apontava que tal posicionamento foi condenado por 77% de entrevistados em todo o país. As palavras do presidente também preocuparam as entidades

médicas, temerosas dos possíveis reflexos da declaração do presidente sobre as políticas de combate ao fumo do Ministério da Saúde e sobre a tramitação de projetos no Congresso Nacional.

No Brasil, o combate ao tabagismo tomou corpo em políticas públicas federais em 1985, com a formação do Grupo Assessor ao Ministério da Saúde para o Controle do Tabagismo, que foi responsável pela elaboração do Programa Nacional de Combate ao Fumo em 1986. Entretanto, para que isso ocorresse, uma mobilização anterior, sob a liderança da classe médica, se desenvolveu no país. Importante frisarmos que essa ação da comunidade médica ocorreu concomitantemente com ações de outros grupos, dos quais podemos citar os adventistas, dando à luta contra o tabagismo um caráter heterogêneo (BOEIRA, 2002). Apesar das diferentes possibilidades de abordagem sobre o tema do antitabagismo, nossa escolha recaiu sobre a mobilização no interior da classe médica, uma vez que nossas fontes permitiram observar como o coletivo médico, formado principalmente pelos fisiologistas/pneumologistas, exerceram papel fundamental na incorporação pelo Estado das preocupações com as consequências do fumo na sociedade.¹ Em síntese, nossa pesquisa procurou examinar como se deu o processo que levou a formação do coletivo antitabagista sob a batuta médica e a emergência do Programa Nacional de Combate ao Fumo em 1986, dentro do contexto brasileiro. Para o cumprimento desse objetivo, algumas questões orientaram o exame do corpus documental eleito: quem são os médicos que compunham o coletivo médico antitabagista; quais as estratégias e alianças que possibilitaram o alcance dos objetivos desse coletivo médico

¹ O termo coletivo é usado aqui no sentido a ele atribuído por Bruno Latour (*autonomização*) e Fleck (*coletivo de pensamento*) em seus estudos sobre a produção da ciência e as comunidades científicas, tratados mais adiante.

antitabagista (apoio da comunidade médica e do Estado à causa); e qual foi o papel de alguns periódicos médicos nessa mobilização.

Em relação às fontes que nos ajudaram a reconstruir o processo analisado, priorizamos os artigos em periódicos científicos, as obras de divulgação e anais de reuniões de associações médicas, de simpósios e congressos. Dentre as fontes escolhidas para verificar a circulação de notícias dessas pesquisas e a opinião dos médicos no Brasil sobre as mesmas, destacamos as revistas *Brasil-Médico* e a *Revista Brasileira de Medicina (RBM)*. Estes dois periódicos foram, entre as décadas de 1950-1960, os que mais publicaram artigos, cartas de leitores e resenhas sobre os resultados das pesquisas realizadas sobre o tabagismo. Em relação à década de 1970, o *Jornal Brasileiro de Medicina (JBM)*, tornou-se nossa fonte principal de análise, uma vez destacar-se não somente por divulgar, mas também por motivar ações da comunidade médica quanto ao tabagismo, considerado grande problema de saúde a ser enfrentado. Esta revista foi a principal articuladora de uma rede de médicos preocupados com a discussão dos males do tabagismo. Além de publicarem artigos no *JBM*, esses médicos também publicavam em outros periódicos com o intuito de manter seus pares atualizados sobre os resultados de pesquisas que apontavam para os males do tabagismo e as ações voltadas a alertar a população para os efeitos danosos à saúde causados por esse hábito.²

² Entre estas revistas, destacamos o *Jornal de Pneumologia da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*; a *Revista do Serviço Nacional de Tuberculose*, que teve como sucessoras a *Revista da Divisão Nacional de Tuberculose* e a *Revista da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária*. A análise dos periódicos selecionados nos permitiu reconstituir os caminhos tomados pela mobilização contra o tabagismo no Brasil, possibilitando responder questões consideradas relevantes ao alcance do objetivo dessa pesquisa: quem escrevia os artigos, de onde falavam (eram de quais especialidades, ocupavam quais posições na saúde pública, nas associações médicas e acadêmicas) e qual a sua participação na trama da mobilização. Tais fontes nos permitiram ainda, verificar quais foram as dificuldades encontradas pela mobilização, quais as possíveis controvérsias dentro e fora da comunidade médica, as principais táticas engendradas (congressos, ações de parlamentares que apoiavam a causa da mobilização, etc); quais as estratégias discursivas, os tipos de argumentos adotados (moral, religioso, científico) pelos médicos com o intuito de obter credibilidade e

No entanto, nosso estudo foi além da análise dessa documentação, pois englobou, entre outros, obras de divulgação voltadas para o público leigo, artigos de revistas de circulação nacional e os projetos de leis no Congresso Nacional. Entre as obras de divulgação ao público leigo, destacamos trabalhos que orientavam o abandono do fumo por meio de “terapias” – “Como deixar de fumar em 5 dias” – que eram publicadas, em grande maioria, por editoras protestantes, sobressaindo entre elas a editora adventista Casa Publicadora Brasileira. Já entre as revistas de grande circulação nacional, privilegiamos *Veja*, *Isto é*, *Careta*, *Vida e Saúde*, *Saúde é Vital*, *O Cruzeiro*, *Manchete*, *Visão* e *Seleções do Reader's*. Os projetos de leis elaborados – digitalizados e disponibilizados *on line* nos sites da Biblioteca do Senado e da Câmara Federal – juntamente com os três volumes de *Mobilização contra o Tabagismo* do Senador Lourival Baptista, nos ajudaram a traçar como a questão foi conduzida dentro do Congresso Nacional.

Enfim, por se tratar de fontes que, em sua maioria, foram elaboradas por participantes do movimento, torna-se necessário cuidados na sua interpretação a fim de realizar uma análise que não seja mais um discurso militante em relação ao antitabagismo. Acreditamos que essa foi a principal dificuldade enfrentada pela análise de nosso objeto.

No que tange aos referenciais teóricos, optamos por utilizar uma perspectiva de estudo da ciência que teve como objetivo de análise a trama, a rede de atores envolvidos na produção e propagação de determinado conhecimento e os desdobramentos do uso desse conhecimento na própria comunidade médica, como também no contexto social em que foi

legitimidade para tornar o tabagismo e seus males uma questão relevante para a comunidade médica e uma política de saúde pública; qual a posição do Estado, entre outros. Na pesquisa histórica, a utilização desse tipo de fonte exige, portanto, a compreensão de que essa documentação foi produzida com determinados objetivos: divulgar os resultados da pesquisa e conscientizar a comunidade médica e o Estado sobre a importância do papel de orientação à população quanto aos males ocasionados pelo tabagismo.

produzido. Dessa maneira, a proposta de abordagem de Latour (2001) para o entendimento da ciência como uma trama, uma rede, que é complexa, dinâmica e cheia de conexões, denominada por ele como *sistema circulatório dos fatos científicos*, se mostrou válida para a análise de nosso objeto. Tal proposta não busca estabelecer conexões *a priori* entre ciência e sociedade, pois conforme o autor “a existência dessa conexão depende daquilo que os atores fizeram ou deixaram de fazer para estabelecê-la” (LATOUR, 2001, p. 104). Sendo assim, cabe ao historiador buscar traçar essas conexões quando elas existirem, ou seja, verificar as possíveis traduções de interesses (*translações*), que ocorrem na construção de alianças entre indivíduos de diferentes comunidades. Essa análise não se restringe somente a translações entre humanos, mas também incluiria as relações entre esses e o que Latour denomina de humanos e *não-humanos*.³ Em suma, cada uma dessas *translações* possuem uma característica peculiar e importante, formando assim o “sistema circulatório dos fatos científicos”, “cujas operações de translação transformam as questões políticas em questões de ciência e vice-versa” (LATOUR, 2001, p. 117). Vejamos como isso funciona, dando indicações de como usaremos dessa teoria em relação a nosso objeto de pesquisa.

Ao proceder a leitura e análise de artigos de revistas médicas e de outros periódicos brasileiros, notamos que seus autores apóiam suas afirmações nos resultados das pesquisas executadas em laboratórios, observações clínicas e estudos epidemiológicos retrospectivos e prospectivos sobre a relação tabagismo e câncer de pulmão desenvolvidos especialmente em outros países. A finalidade principal disso é demonstrar que o tabagismo podia conduzir ao câncer de pulmão e outros males a saúde. Nesse sentido, quando os autores recorrem a esses estudos/experiências que oferecem a possibilidade de verificação da relação tabagismo-câncer do pulmão, acreditamos poder observar aquilo que Latour

³ Latour (2000, 2001) designa como não-humanos a natureza e os objetos da ciência.

denomina de *mobilização de mundo*. Ou seja, é a forma como os não-humanos, aqui representado pelo câncer de pulmão, são trazidos para o debate na comunidade científica e na sociedade, tornando-o susceptível de argumentos e da possibilidade de produção de conhecimento humano. A partir dos periódicos e congressos médicos, os resultados das pesquisas que relacionavam o tabagismo ao câncer de pulmão se tornaram conhecidas, possibilitando a formação de um coletivo de especialistas que passou a discutir e a dar credibilidade aos métodos utilizados na produção dos dados. Segundo a abordagem de Latour, teríamos assim o processo de *autonomização* de uma disciplina, de uma comunidade ou coletivo, correspondendo ao segundo circuito. Em nossa opinião, esse processo também encontra semelhança correspondente no conceito de *coletivo de pensamento* de Fleck:

Toda intenção de legitimação de uma proposição concreta como a única correta tem somente um valor limitado, pois está atada, sem dúvida, a um coletivo de pensamento. [...] Portanto, uma legitimação tal somente é possível [...] entre pessoas que compartilhem as mesmas concepções intelectuais e, especialmente, a mesma formação moldada conforme a um determinado estilo.⁴

Da mesma forma que Latour, Fleck nota que o conhecimento é formado por meio da circulação do modo de fazer e dos resultados de experimentos, idéias e pensamentos de cientista a cientista, porém, não de maneira linear, pois os cientistas não possuem a mesma relação para com os seus pares. Esse grau de diferenciação entre os cientistas é reflexo da própria estrutura social da produção científica na qual eles se inserem, como foi percebido por Fleck, a quem novamente recorremos:

Quando se dirige a atenção ao aspecto formal das atividades científicas, não se pode deixar de observar sua estrutura social. Vemos um esforço organizado de um coletivo que abarca a divisão de trabalho, colaboração,

⁴ FLECK, L. La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico. Madrid: Alianza Editorial, 1986 [1935], p. 81.

trabalho de preparação, ajuda técnica, intercambio recíproco de idéias, polêmica, etc. Muitas publicações levam o nome de vários autores que trabalham conjuntamente e nos trabalhos somente cita-se, além do mais, quase sempre a instituição e seu diretor. Existem hierarquias científicas, grupos, seguidores e opositores, sociedades e congressos, revistas periódicas e acordos de intercâmbio. Um coletivo bem organizado é o portador de um saber que supera em muito a capacidade de qualquer indivíduo.⁵

Essas duas categorias apresentadas pelos autores (*autonomização, coletivo de pensamento*) nos possibilitou pensarmos a constituição da comunidade científica envolvida na questão em suas interfaces científica e social, ou seja, de percebê-la também como um movimento social. A nosso ver, a mobilização antitabagista médica, como outros movimentos - ecológicos, feminista etc - se caracterizaria pelo o que Melucci denomina de “movimentos sociais nas sociedades complexas” ou seja,

trata-se de uma estrutura “submersa”, de latência (...) na qual cada célula vive uma vida própria, completamente autônoma do resto do movimento, mesmo mantendo uma série de relações através da circulação de informações e de pessoas; estas relações se tornam explícitas somente em ocasião de mobilizações coletivas e de saídas em torno das quais a rede latente ascende à superfície, para então mergulhar-se novamente no tecido cotidiano. A agregação tem caráter cultural e se situa no terreno da produção simbólica na vida cotidiana.⁶

Como esse aparato de produção da ciência é mantido? Quem são os responsáveis pela manutenção dos institutos de pesquisa? A quem, além dos pesquisadores, os resultados dos experimentos interessam? Procuremos responder estas questões voltando ao nosso objeto: na década de 1950, vários estudos epidemiológicos retrospectivos e prospectivos desenvolvidos no interior de instituições ligadas à saúde pública e ao meio acadêmico na Inglaterra (Austin Bradford Hill e Richard Doll), e nos EUA (Evarts Graham e Ernest Wynder, Harold F. Dorn, E. Cuyler Hammond e Daniel Horn), apontaram para a

⁵ FLECK, 1986 [1935], p. 88-89.

⁶ MELUCCI, Alberto. *A Invenção do Presente. Movimentos sociais nas sociedades complexas*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001, p. 97.

existência da relação entre tabagismo e câncer do pulmão (ROSEMBERG, 1987). Diante disso, as companhias do tabaco, tanto norte-americanas como inglesas, reagiram. As norte-americanas, no intuito de contestar os resultados das análises produzidas, fundaram o Instituto de Pesquisa do Tabaco em 1953; já as inglesas, passaram a financiar as pesquisas no sentido de desenvolver um produto mais saudável.

Os estudos epidemiológicos também atraíram o interesse do governo central em ambos países, que passaram a financiá-las (BERRIDGE, 2007). No Brasil, essas pesquisas só passaram a ocorrer com o apoio das associações médicas e quando o assunto se tornou política de saúde pública estatal na década de 1980. Essas *alianças* possibilitam a manutenção do desenvolvimento das instituições de pesquisa, do pagamento de bolsas de pesquisa, de revistas e meios de divulgação da ciência, do instrumental de análise, de viagens, de campos de pesquisa, dos profissionais, de congressos (como, por exemplo, os congressos médicos patrocinados pela indústria farmacêutica), enfim, das pesquisas científicas. Para Latour, a ausência desse terceiro circuito anula a existência dos outros. Segundo ele, “as alianças não pervertem o fluxo puro da informação científica, ao contrário, constituem precisamente aquilo que torna esse fluxo sanguíneo mais rápido e com uma taxa mais elevada de pulsação” (LATOUR, 2001, p. 123).

Desta feita, relacionamos até aqui não humanos, cientistas e financiadores das pesquisas. E o restante da sociedade? Qual é a sua participação nisso? Devemos lembrar que quem mantém a indústria é o lucro que advém da venda dos produtos. Com o Estado não seria muito diferente, quando pensamos, por exemplo, no sistema de saúde que é mantido por impostos que o financiam. Além disso, a ciência faz parte do dia-a-dia da sociedade, basta ligarmos a televisão ou o rádio, ou mesmo, abrir um jornal, livros ou revistas. Lá estará ela, com alguma novidade que afeta ao nosso viver. Sem dúvida, o que

seria a ciência sem a sua imagem, a sua *representação pública* frente à sociedade?⁷ Enquadra-se nesse quarto circuito os processos de divulgação e difusão científica que, por meio da mídia e de edições populares, têm importante papel no procedimento de socialização e legitimação do conhecimento científico na sociedade.⁸ Esses processos se aproximam do que Fleck denomina de *ciência popular*, isto é, a ciência para não especialistas, sem a preocupação de informação de seus pormenores, evitando as concepções discutíveis e simplificando o saber especializado. O fim dessa ciência é fornecer um saber seguro e com isso “formar a opinião pública específica e a concepção do mundo e repercutir através dessa forma (*gestalt*) no especialista” (FLECK, 1986[1935], p. 161). Nesse sentido, podemos dizer que a ciência só se legitima quando vista como parte de uma sociedade que consome os seus produtos e, ao mesmo tempo, contribui no fornecimento de problemas e recursos para a produção de conhecimento.

Em nossa caminhada até aqui pelos circuitos propostos por Latour, percebemos que o cientista é agente mobilizador, ponto de intercessão desses circuitos e redes de interdependência da ciência, pois ele pertence a vários coletivos de pensamento ao mesmo tempo (FLECK, 1986[1935]). Entretanto, esse cientista – como todos os circuitos nos quais ele transita – está ligado ao debate de uma teoria, de conceitos científicos, que constituiriam o quinto circuito na perspectiva latouriana. Como vimos, o estudo desse circuito, denominado *vínculos e nós*, nos possibilita a apreensão do conteúdo científico que amarra

⁷ Para Latour (2001), este circuito é um dos principais responsáveis em tornar as questões científicas em sociais, pois o cientista ao levar o debate do conhecimento produzido para níveis mais amplos da sociedade por meio da imprensa e de outras formas de mídia, aumenta, dessa forma, a legitimidade social de seu trabalho.

⁸ Segundo Albagli, a *divulgação científica* refere-se a "todo e qualquer processo usado para a comunicação da informação científica e tecnológica" podendo ser direcionada tanto para especialistas quanto para leigos. Já a *divulgação científica*, pode ser definida como a tradução de uma linguagem especializada, por meio de processos e recursos técnicos que possibilitem a comunicação da ciência para públicos mais amplos (ALBAGLI, 1996, p. 397).

os demais circuitos que compõem a rede envolvida no desenvolvimento e legitimação de determinado conhecimento, disciplina e instituição científica. Esse último circuito pode ser comparável ao conceito de *estilo de pensamento* fleckiano, na medida que consideramos os outros quatro circuitos como parte de um coletivo de pensamento (comunidade) constituído pelo seu círculo esotérico (especialistas), no qual se encontra o cientista, a prática epistemológica e seus pares, e por vários círculos exotéricos, que englobariam outros campos sociais, como a sociedade no seu todo. Desta forma, o estilo de pensamento é determinante na existência do coletivo que o legitima. Em suma, o *estilo de pensamento*, segundo Fleck (1935), é “a disposição para o perceber orientado e para a elaboração correspondente do percebido”, que estaria ligado a um *coletivo de pensamento*. E mais, é resultado de mutações de estilos antecedentes e mesmo de idéias que não tinham ainda se tornado um estilo anteriormente, não sendo nesta medida estanque, estando susceptível a transformações temporais a partir do momento que não consegue mais resolver novas questões.

A visão de rede de Latour e Fleck nos abre a possibilidade de pensarmos a autoridade do discurso científico no nível especializado e nos níveis mais exotéricos do coletivo de pensamento, formado pelas redes que interligam esses dois diferentes níveis. Porém, é importante termos consciência de que o uso e a aceitação do discurso científico em outros coletivos pressupõe um processo de adaptações, mutações, reformulações, alianças, deslocamentos de interesses dos cientistas (círculo esotérico) em direção aos interesses de outras instâncias da sociedade (círculo exotérico) e vice-versa, em um processo denominado por Latour (2000) de *translações*. Portanto, ao promover os interesses alheios, o cientista estará promovendo o seu próprio interesse, buscando manter a sua autoridade e legitimidade. O conceito de translação se mostra assim fundamental na

compreensão das ações empreendidas pelos médicos que promoveram o discurso e a luta antitabagista no Brasil dentro do período analisado. Em um primeiro momento, essas ações eram voltadas para a própria comunidade médica, e, depois, à luta da transformação pela demanda em um programa de saúde pública, processo que exigiu o diálogo com outros coletivos, entre eles o Estado brasileiro.

A nosso ver, os circuitos da ciência propostos por Latour são translações, mas cada um com suas características peculiares. A análise dos artigos médicos divulgados na imprensa brasileira (especializados ou não) também nos permitiu vislumbrar essas translações, pois, quando o discurso científico circula na sociedade, o cientista não tem mais pleno controle de seus usos por aqueles que estão fora da instância especializada. Nós podemos perceber isso em relação ao nosso tema, quando o discurso antitabagista passa por simplificações pela saúde pública e pela mídia leiga.

Ainda em relação ao discurso médico que associava o fumo a vários males, percebemos que por mais que pudesse passar por processos de reformulação, ele conservaria algumas características importantes nessas novas variantes, no sentido de manter uma referência à comunidade que o produziu. Em primeiro lugar, podemos dizer que não há um questionamento dos resultados das pesquisas por aqueles médicos que deles se servem no Brasil para o convencimento de leitores (leigos ou não) a abandonarem o hábito. O discurso chega à população como se fosse uma “verdade” incontestada, através da fala daqueles que são socialmente reconhecidos pela sociedade para falar sobre o assunto: os médicos.⁹ Já no círculo esotérico, este discurso poderá ser contestado por outro

⁹ Um bom exemplo disso é o título da matéria da revista *Seleções do Reader's Digest* de abril de 1964, informando sobre as conclusões do Relatório Terry nos Estados Unidos: “Os cigarros: julgados e Condenados – A comissão consultiva especialmente nomeada pelo Diretor do Departamento de Saúde Pública dos Estados

melhor embasado (BRETON, 1999). Acreditamos que o conceito de *discurso competente* de Chauí possa sintetizar bem essa característica:

é aquele no qual a linguagem sofre uma restrição que poderia ser assim resumida: não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância. O discurso competente confunde-se, pois, com a linguagem institucionalmente permitida ou autorizada, isto é, com um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o direito de falar e ouvir e, enfim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizados segundo os cânones da esfera de sua competência.¹⁰

Uma segunda característica seria a transformação operada no imaginário social que contempla os diferentes círculos sociais, levando a mudanças tanto no círculo especializado quanto no leigo. No especializado, a mudança ocorreu no sentido de legitimação das pesquisas, contribuindo com a ascensão de uma epidemiologia baseada no risco proporcionado por determinados hábitos sociais ao longo do tempo de vida dos indivíduos. Essas transformações repercutiriam nos círculos leigos no sentido de levar as pessoas a moderarem o hábito de fumar ou abandoná-lo. O tabagismo passaria por um processo de ressignificação em ambas esferas, deixando de ser um atributo de glamour, como o fora em outras épocas, para se tornar sinônimo de doença e fraqueza (BERRIDGE, 2006; BRANDT, 1990). Em suma, podemos dizer que temos aqui uma mudança dos valores simbólicos agregados ao fumar no sentido de se reconfigurar o *habitus* dos indivíduos no que seja a prática do hábito, aceitando as idéias produzidas pela ciência e com o objetivo de que eles abandonem o mesmo.¹¹

Unidos chegou a um veredicto sobre a mais empolgante questão de saúde da última década. E agora uma eminente dupla de escritores revela as provas condenatórias” (MILLER e MONAHAN, 1964, p. 48).

¹⁰ CHAUÍ, Marilena. *O discurso competente. Cultura e Democracia*. São Paulo, SP: Cortez, 2006, p. 08.

¹¹ Nogueira e Nogueira observam que o *habitus* para Bourdieu “é entendido como um sistema de disposições duráveis estruturadas de acordo com o meio social dos sujeitos [...] e que precisariam ser adaptadas pelo sujeito a cada conjuntura específica da ação”. Os indivíduos agiriam orientados por uma estrutura incorporada, um *habitus*, que refletiria as características da realidade social na qual eles foram anteriormente socializados” (NOGUEIRA e NOGUEIRA, 2004, p. 27-28, 33).

Em relação ao cenário historiográfico nacional, podemos dizer que poucos trabalhos foram produzidos sobre a história do tabagismo e antitabagismo. Destaque é dado à obra de José Rosemberg, médico e professor da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP) e militante do movimento antitabagista desde a década de 1970. Seu livro, *Tabagismo: Sério Problema de Saúde* (1981), é fruto de árdua pesquisa e abrange um histórico do hábito de fumar, assim como as pesquisas realizadas na área médica em relação aos malefícios atribuídos a esse hábito. Seu trabalho apresenta um rico conjunto de gráficos, anexos com documentos provenientes da Organização Mundial de Saúde (OMS), relatórios de seminários realizados no Brasil sobre o tabagismo e o histórico de pesquisas sobre males provenientes do tabagismo.¹² Esta obra se mostra fundamental para nosso estudo à medida que contribui como fonte de análise sobre a divulgação no país de pesquisas mundiais que relacionam o tabaco a diversas doenças, além de fornecer dados sobre a mobilização contra o tabagismo no Brasil.¹³

Se a obra de Rosemberg é importante como fonte, ou seja, indicadora de marcos da mobilização contra o tabagismo no país, o estudo de Sérgio Luís Boeira, *Atrás da Cortina de Fumaça, Tabaco, Tabagismo e Meio Ambiente: Estratégias da Indústria e Dilemas da Crítica* (2002), contribui com a nossa análise à medida que adota uma perspectiva interdisciplinar para entender como se organizou a rede de ações dos grupos antitabagistas. Nesse sentido, o autor aponta para outras redes de interesses envolvidas no consumo do tabaco e que devem ser consideradas ao tematizarmos o movimento antitabagista e sua inserção na agenda de saúde pública do país. Para isso ele lança mão do

¹² ROSEMBERG, José. *Tabagismo: sério problema de saúde pública*. São Paulo: Almed Editora e Livraria Ltda, 1987.

¹³ Ainda, de autoria de Rosemberg, podemos destacar *Temas sobre Tabagismo* (1998) e *Pandemia do Tabagismo* (2002), que seguem na mesma linha da primeira obra, e *A História da Luta contra o Tabagismo no Brasil: trinta anos de ação* (2005), em co-autoria com o médico Antônio Pedro Mirra, relatando de forma factual e linear a sua luta junto com outros companheiros contra o tabagismo no Brasil.

conceito de *rede multifragmentária*, que possibilita pensar o antitabagismo como movimento heterogêneo nas suas ações e na emergência dos atores sociais que se opõem a indústria do tabaco.¹⁴

Diferente do panorama brasileiro, a historiografia internacional, especialmente norte-americana e inglesa, é rica em análises discutindo o tabagismo e o antitabagismo. De maneira geral, os trabalhos dos historiadores Robert N. Proctor (1999), Allan M. Brandt (1990), Mark Parascandola (2001) e Virgínia Berridge (2006, 2007) entre outros, contribuem para pensarmos como, em lugares diferentes (Alemanha, entre as décadas de 1930 e 1940, EUA e Inglaterra entre as décadas de 1950 e 1960), ciência e política interagiram na produção de ações voltadas para a saúde pública e a legitimação de novos conhecimentos. A racionalidade dessa relação foi determinada por negociações, pelos debates no interior das comunidades médica e política em torno da nova epidemiologia, preocupada com o crescimento do número de casos de doenças crônico-degenerativas, e na qual tiveram grande importância as pesquisas relacionando fumo-câncer do pulmão.¹⁵

¹⁴ O foco principal do autor são as relações estabelecidas entre a indústria tabagista, os trabalhadores do campo e o meio ambiente na região sul do Brasil. Não houve a preocupação de se fazer uma análise histórica da mobilização antitabagista, pois, segundo ele, a história do movimento ainda está por ser escrita. Além do trabalho de Boeira e Rosemberg, temos a pesquisa de bacharelado de Hélder Brandão Vietro, *Tabagismo e Antitabagismo: De Prática Socializante ao Anti-social através das lutas de representações (Década de 1970)*. O autor centra sua análise na década de 1970, tendo como preocupação maior o embate dos discursos favoráveis e contrários ao tabagismo. Suas fontes principais são os anúncios de marcas de cigarros na *Revista Planeta* e artigos de caráter panfletário e imagens nas revistas médicas *ACAMED (Informativo da Associação Médica Catarinense)* e *JBM*. Seu trabalho presta-nos significativa ajuda ao refletir sobre as estratégias utilizadas para a confecção dos discursos e os valores inclusos em ambos.

¹⁵ Diferente da clínica, que centra a sua análise do processo saúde-doença em termos individuais, a epidemiologia, segundo Waldman (1998), constitui-se na análise desse mesmo processo, só que no âmbito de populações. Estuda-se a frequência, a distribuição e os fatores determinantes das doenças e dos agravos à saúde coletiva, no sentido de se sugerir medidas específicas de prevenção, de controle ou de erradicação. Fundamentada no raciocínio causal, e tendo o auxílio de ferramentas derivadas da estatística, esta disciplina de saúde pública tem sido importante instrumento para o estabelecimento de agendas e ações a ela voltadas. A preocupação com a relação epidemiológica entre saúde e doença já tinha suas primeiras reflexões em aproximadamente 400 a.c. em Hipócrates. Em *Dos Ares, Águas e Lugares*, este autor se propunha a pensar sobre a ocorrência das doenças na população de maneira racional. Entretanto, somente no século XIX, com a obra do anestesista inglês John Snow, *Sobre a Maneira de Transmissão de Cólera* (1855), é que a epidemiologia ganha impulso no sentido de se legitimar como ciência, a partir do estabelecimento de seus

Os trabalhos apontam para o fato de que os países estudados encontravam-se em um processo de transição epidemiológica, na qual as doenças crônico-degenerativas, resultantes do aumento da expectativa de vida da população, passaram a ter mais importância que as moléstias infecto-contagiosas e parasitárias nas políticas de saúde a serem implementadas. Esses fatos levaram ao desenvolvimento da “epidemiologia do risco”, que teve como núcleo o debate em relação aos dados produzidos por pesquisas desenvolvidas na Inglaterra e EUA nas décadas de 1950 e 1960, que apontavam para a relação tabagismo e câncer de pulmão (BERRIDGE, 2006, 2007; BRANDT, 1990). A controvérsia orientou-se de forma significativa para lado dos defensores da associação fumo-câncer de pulmão e das posições apresentadas nos relatórios (“Fumo e Saúde”, do Royal College of Physicians na Inglaterra, de 1962, e da Comissão Consultiva Fumo e Saúde do Chefe do Serviço de Saúde Pública dos EUA, de 1964) que, segundo os autores dedicados ao tema, deram maior credibilidade à relação fumo-câncer do pulmão, assim como à nova epidemiologia. O acompanhamento desses cenários, que trouxeram à luz tais pesquisas, e como a essa historiografia os tratou, será contemplado no primeiro capítulo.

No segundo capítulo, examinamos como estes estudos polêmicos e os relatórios que relacionavam fumo e câncer do pulmão, foram divulgados em revistas médicas como *Brasil-Médico* e *Revista Brasileira de Medicina (RBM)* na década de 1950 e 1960. Veremos também como esse movimento editorial teve a participação marcante de fisiologistas oriundos do Serviço de Fisiologia, depois Serviço de Doenças do Tórax, da Policlínica Geral do Rio de Janeiro. Conforme nos revelam as fontes consultadas, esta instituição foi responsável pela conformação inicial de um coletivo de pensamento sobre o

primeiros postulados metodológicos, que praticamente foram pouco alterados até os dias atuais (WALDMAN, 1998).

assunto no país, e que teria sua expansão na década de 1970, graças ao periódico médico *Jornal Brasileiro de Medicina (JBM)*. Diferente da *RBM* e do *Brasil-Médico*, os artigos deste periódico não somente divulgaram resultados de pesquisas relacionando o tabagismo ao câncer de pulmão como também estimulou uma ação positiva dos médicos, principalmente os clínicos, frente a seus pacientes, no sentido de orientá-los ao abandono do hábito. Além disso, observaremos quem eram esses autores, de onde falavam (cargos ocupados em instituições estatais e médicas) e quem eram os editores responsáveis pela seleção desses periódicos.

Por fim, no terceiro capítulo, destacamos as estratégias utilizadas pelo coletivo antitabagista para angariar novos aliados na comunidade médica, no Congresso Nacional e na mídia etc, após a “Carta de Salvador” (1979), documento considerado como marco de institucionalização da luta médica antitabagista no Brasil (BOEIRA, 2002). É importante ressaltar que a causa se fortaleceu no início da década de 1980, após o apoio da Associação Médica Brasileira (AMB) e da OMS. Entre estas estratégias focaremos: a atuação de médicos-parlamentares no Congresso Nacional; os simpósios realizados sobre o tema; a formação de programas estaduais contra o fumo; o aumento de divulgação de informações ligadas aos malefícios do tabaco na mídia e, por fim, como foi formado o Programa Nacional de Combate ao Fumo em 1986.

CAPÍTULO I

TABACO: DE PANACÉIA NO SÉCULO XVI À SUA RELAÇÃO COM O CÂNCER DE PULMÃO NO SÉCULO XX

Quando abria sua caixa de rapé, não se tinha certeza, se por acaso, estava abrindo uma caixa de Pandora, da qual sairiam milhares de males, cada um pior que o anterior? Fagon, médico real de Luis XVI da França, 1699 (Disponível em <http://www.batcentralamerica.com>, acessado em 29/06/2007).

A medicina não cessa de descobrir maneiras novas pelas quais o cigarro faz mal. Thomas Szegö, médico paulista (VEJA, 20/05/1987, p. 85).

1. TABAGISMO E SAÚDE: UMA HISTÓRIA EM VÁRIOS ESTILOS

Reconhecido atualmente pela 10ª. Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID-10) como um hábito altamente nocivo, associado a diversas espécies de doenças crônico-degenerativas, destacando-se o câncer de pulmão, o tabagismo tornou-se um problema de saúde pública significativo, sendo responsável por diversas campanhas, leis e pela elaboração do primeiro tratado mundial de saúde pública.¹⁶ As ações contra o uso do tabaco datariam do mesmo período em que a erva deixou de ser apenas um hábito indígena do continente americano, difundindo-se pelo mundo, por meio das caravelas européias no século XVI.

Segundo historiadores como Gately (2001), Rosemberg (2002) e Nardi (1996), antes do desembarque dos europeus à América, o tabaco já fazia parte do costume de

¹⁶ O tabagismo recebeu a classificação de “F-17. Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo” (OMS, 1997). Mediante isso, foi proposta a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco pelos signatários da 52ª. Assembléia Mundial de Saúde da OMS (1999), passando por um período de estudos e elaboração até 2003, quando na 56ª. Assembléia Mundial de Saúde foi adotada por unanimidade. A partir daí, iniciou-se um período de ratificações, entrando a convenção em vigor em 27 de fevereiro de 2005. O Brasil só viria a ratificar a convenção em outubro de 2005, por meio de um processo demorado e tumultuado, uma vez ser um dos maiores produtores de cigarros do mundo e, por isso, reunir interesses variados (BONATO, 2006).

diversos povos do continente.¹⁷ O consumo da erva se dava de várias maneiras, sendo mais usuais o beber, chupar e mascar a planta, e, principalmente, o fumo, através de cachimbos e da inalação do tabaco em pó, popularmente conhecido como rapé. De acordo com os autores, os usos da planta estavam ligados, principalmente, a rituais religiosos (sobretudo entre os Astecas); a rituais de negociações e amizades, de fortalecimento da virtude guerreira, antes de batalhas e como medicamento, sendo a este atribuído poderes mágicos e curativos. Entretanto, de acordo com Ortiz (1963 [1940]), a partir da chegada de Colombo em 1492, os usos do tabaco ganhavam novos significados com o encontro das culturas indígenas, européias e africanas.

Baseadas nos primeiros relatos do uso da erva feitos pelos viajantes, diversas autoridades políticas e religiosas, das quais podemos destacar o monarca inglês Jaime I no século XVI e o papa Urbano VIII no século XVIII, tentaram em vão banir o hábito. Muitos desses opositores usavam argumentos ligados a religiosidade e aos bons comportamentos europeus, não autorizando a prática de hábitos dos indígenas americanos, que eram vistos neste período como “povos bárbaros e infiéis ao cristianismo”. Os costumes desses povos sofriam assim um processo de demonização. Isso pode ser constatado na *Crônica de las Índias*, de Gonzalo Fernandez de Oviedo. Governador militar de Hispaniola (atual República Dominicana e Haiti) em 1546, Oviedo afirmava que o uso da erva se igualava a práticas demoníacas e ao mesmo tempo dava um estado de sonolência aos seus usuários, no caso dos índios.¹⁸

¹⁷ Boeira (2002) observa a existência de uma controvérsia em relação a origem do fumo: alguns defendem a Ásia, outros a América. Entretanto, o autor não comenta sobre a possível origem asiática do fumo e, também, não encontramos autores comentando sobre o assunto.

¹⁸ “Entre outras práticas demoníacas, os indígenas tem uma que é especialmente nociva: o consumo de um certo tipo de erva que eles denominam tabaco, que teria a capacidade de produzir um estado de sonolência. Os chefes usam um tubo no formato de um Y, no qual queimam a erva e a aspiram por meio das duas

Porém, existia naquela época outro partido na controvérsia que defendia os usos terapêuticos do tabaco, destacando-se entre eles nobres como o diplomata e botânico francês Jean Nicot – que cultivara a planta em seus jardins e dela fazia uso, emprestando depois o seu nome à nicotina – a rainha Catarina de Médici da França, o monge franciscano francês André Thevet, e importantes médicos e curandeiros que defendiam o hábito pela crença no seu poder curativo.¹⁹ Este segundo partido se sobrepôs ao primeiro, graças à circulação de notícias a respeito das curas feitas por meio do uso da erva em males como enxaqueca e úlceras da rainha Catarina.²⁰ O consumo da planta tornou-se indicado para a cura de diversos males e importante fonte de riqueza, uma vez que se constituiu como monopólio ou alvo de impostos de vários Estados modernos, o que ainda permanece.²¹

Com o advento do século XIX, novas pesquisas em relação ao tabaco, ligadas ao desenvolvimento dos experimentos laboratoriais da química e da fisiologia experimental

extremidades bifurcadas [...] Desta maneira, eles se embriagavam da fumaça até ficarem inconscientes e deitavam-se no chão como homens embriagados com sono” (citado por GATELY, 2001, p. 26).

¹⁹ Ambroise Paré, cirurgião francês do século XVI, afirmava as propriedades benéficas do uso da erva em seus discursos proferidos nos círculos que integrava. Livros de médicos com grande reconhecimento, como o do sevilhano Nicolas Monardes, *La Historia Medicinal de las Cosas que se Traen de Nuestras Indias Occidentales*, no século XVI, e do alemão Jean Neander, *Tabacologia, Tratado Médico-cirúrgico Farmacêutico do Tabaco ou Nicotina, contendo sua preparação e uso para a maioria das indisposições do corpo humano, como a cura de envenenamentos, minorar a fome e a sede e fortificar a memória; cura da úlcera, pneumonia, gota, angina, asma, tosse e proteção contra a peste*, no século XVII, são exemplos de tratados que, juntamente com panfletos, tiveram boa circulação em grande parte da Europa, sendo traduzidos para o latim, inglês, francês e italiano. Tais obras listavam as propriedades curativas da erva, justificando o aparecimento da planta em diversos herbários nesse período e refutando acusações, como a de planta satânica (GATELY, 2001).

²⁰ Segundo Burke (2003, p. 184), o crédito e a confiança dos experimentos científicos desse período poderiam ser medidos pelo status social de quem os executava ou quem os testemunhava. Sendo assim, “a palavra de um nobre era considerada mais digna de confiança do que de uma pessoa de status mais baixo”. Isso é perceptível no sucesso de Nicot. O mesmo pode ser dito em relação aos discursos que condenavam o hábito, tomando, como exemplo, as indagações do Rei James I da Inglaterra (*Counterblaste to Tobacco*, 1604), que qualificou o uso tabaco como costume não civilizado: “o abuso desse hábito (uso do tabaco) não tem muito tempo, mas não temos lembranças do primeiro a introduzi-lo e nem registros do primeiro uso dele entre nós. Não foi trazido por rei, nem por grande conquistador, nem por doutor instruído da física” (adaptado de <http://www.la.utexas.edu/research/poltheory/james/blaste/>, acessado em 29/06/2007).

²¹ A aceitação da erva pelos Estados, como formidável fonte de receita, teve por base o patrocínio de estudos estatais, como o que foi encarregado à Francisco Hernández sobre as propriedades de ervas do novo mundo, destacando-se o tabaco, por Felipe II, Rei da Espanha em 1571 (BUHLER-OPPENHEIM, 1949; MICHELI-SERRA, 2001).

de Claude Bernard, começaram a buscar maiores certezas dos usos terapêuticos da erva (COELHO, 1875). Tais análises também seriam feitas em relação a outras substâncias, como o álcool, café e cacau.²² Para esses empreendimentos, a química, por meio de técnicas como refinamento, isolamento e identificação, mostrou-se bastante útil para o desenvolvimento de análises, ao isolar as substâncias ativas das plantas. Buscava-se com isso uma resposta para entender os efeitos específicos e previsíveis das plantas sobre o organismo humano.

Segundo Gately (2001), o processo de isolamento da nicotina teve início com o farmacêutico francês Vauquelin Nicolas Louis, que afirmou ter extraído a “essência do tabaco”, observando ser ela “poderosa, volátil e calorosa substância” e que poderia ser usada como uma loção pós-barba. Em 1828, dois estudantes de Heidelberg, na Alemanha, Ludwig Reimann e Wilhelm Heinrich, seguindo os estudos de Vauquelin, chegaram a resultados mais aprofundados sobre a “essência do tabaco”, isolando a substância de maneira definitiva. Baseados na nomenclatura científica de Linneu (1737), que registrava o tabaco como *Nicotiana Tabacum*, os dois estudantes nomearam a substância encontrada como nicotina. Essa notícia abriu caminho para novas pesquisas, cujos resultados passaram a ter ampla cobertura em periódicos e jornais médicos-científicos. A partir desses meios de informação, eram divulgadas novas possibilidades de uso da erva, como alívio e tratamento para distúrbios do sistema nervoso, hemorróidas, e diversos outros males, incluindo a malária e o tétano. Em suma, as pesquisas buscavam sintetizar a nicotina artificialmente para o combate a várias doenças, principalmente as infecto-contagiosas e parasitárias que

²² Segundo Santos (2004), tais pesquisas sobre o álcool já ocupavam as discussões médicas desde o final do XVIII, e buscavam definir suas influências no aspecto físico e moral dos homens.

assolavam o mundo naquele período. Assim, o tabaco continuou sendo um medicamento indicado para diversos tratamentos.

Além das qualidades terapêuticas listadas, a condenação ao abuso do tabaco seria reforçada com os desenvolvimentos científicos (COELHO, 1875). A nicotina passa a fazer parte de pesquisas realizadas com animais, principalmente cães, como também em observações clínicas, no intuito de entender seus efeitos em diferentes níveis de dosagem (KLEIN, 1997; GATELY, 2001). Essas pesquisas levaram os estudiosos a notar que, em determinadas doses, o consumo da nicotina poderia ser extremamente prejudicial à saúde. Porém, tais observações pouco saíram dos laboratórios, das academias e das universidades, chegando no máximo a algumas obras de referência sobre o assunto e à periódicos médicos, como o do britânico *Lancet* que, entre 1856 e 1857, publicou a opinião de 50 médicos, sendo que a metade deles reconheciam malefícios que poderiam ser ocasionados pelo tabagismo (ROSEMBERG, 2000).

Mesmo assim, diversos círculos médicos fora da Europa tomaram conhecimento dessas experiências por meio da circulação de obras como *O tabaco é veneno e a ruína da humanidade: Influência physica e moral do tabaco sobre o organismo humano resultado de indagações scientificas em varios paizes* do alemão Lundahl, de 1876 e que poderia ser encontrada em bibliotecas de médicos brasileiros em edições traduzidas para o português (OLIVEIRA, 2007). Destarte, o *coletivo de pensamento* formado em torno das propriedades do tabaco tinha se expandido para fora da Europa. Nossa hipótese é de que os médicos brasileiros faziam parte de tal coletivo, como podem atestar a elaboração de teses com enfoque sobre o uso e abuso do tabaco no Brasil.²³

²³ Entre esses trabalhos podemos citar a obra do médico Martinho Xavier Rebelo (*Breves Reflexões Hygienicas sobre o Uso do Tabaco* de 1849), artigos, como o de Torres-Homem (*O Abuso do Tabaco como*

Apesar do desenvolvimento de pesquisas que já apontavam para diversos males em relação ao tabagismo, não houve uma preocupação entre as próprias autoridades médicas no sentido de combater o hábito como, por exemplo, ocorria em relação ao álcool (SANTOS, 2004). Por outro lado, o principal foco dos esforços estatais até a primeira metade do século XX eram as doenças infecto-contagiosas parasitárias, que ainda ceifavam muitas vidas.

Ao longo dos séculos XIX e XX, o tabaco continuaria a encontrar resistência na religião, principalmente entre as comunidades protestantes norte-americanas, das quais podemos destacar os Adventistas do Sétimo Dia. Essa comunidade seguia os ensinamentos divulgados em obras tais quais as de Ellen G. White, que ditavam orientações no sentido de se cuidar do corpo, prevenindo-o de determinados hábitos considerados nocivos à saúde e a uma vida cristã, destacando entre eles o tabagismo. Foi sem dúvida esta base religiosa, pautada num discurso moralizante, uma responsável pela formação de Ligas Antitabaco nos EUA. Entre 1890 e 1930, essas ligas conseguiram a aprovação de leis restringindo o fumo em 15 estados. No mesmo período, outros 22 estados discutiram medidas legais sobre o tema (BRANDT, 1990; CARVALHO, 2001).

A grande disseminação do consumo no final do século XIX, facilitada pelo advento da máquina criada por James Albert Bonsack nos Estados Unidos, que produzia em

Causa de Angina do Peito, publicado na Gazeta Médica do Rio de Janeiro em 1863) e as teses defendidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro pelos médicos Antonio do Nascimento Silva (*Que moléstias predominam sobre os que se empregam nas fabricas de tabaco e charutos estabelecidas na cidade do Rio de Janeiro*, de 1852), João Joaquim de Gouvêa (*Do Envenenamento pela Nicotina*, de 1859), Francisco Joaquim Werneck de Almeida (*Do Uso do Tabaco e de sua Influência sobre o Organismo*, de 1869), João José dos Santos Ferreira (*Do Uso e Abuso do Tabaco e da sua Influência sobre a Saúde*, de 1872) e Constantino Machado Coelho (*Do Uso e Abuso do Tabaco*, de 1875). Somam-se a essas, as teses desenvolvidas na Faculdade de Medicina da Bahia, como as dos médicos Ascânio Ferraz da Motta (*Considerações Hygienicas sobre o Uso do Tabaco*, de 1846), João Baptista dos Anjos Junior (*Influência dos Diversos Modos de Usar do Tabaco*, de 1856) e João Garcez de Mendonça (*Descrição Acção Physiologica e Therapeutica do Nicotina Tabacum*, de 1858). Segundo Oliveira (2007), esses trabalhos encontram-se disponíveis na Biblioteca Nacional.

média 200 unidades por minuto, fez, porém, as vitórias destas ligas tornarem-se nulas. No mesmo período, verificou-se a migração dos monopólios estatais de produção do tabaco para grandes grupos nacionais, que se tornariam mais tarde multinacionais. A perda do monopólio estatal foi compensada, porém, pelos impostos. Concomitante ao aumento do hábito de fumar, houve um sensível crescimento de casos de doenças, até então, consideradas raras, como o câncer de pulmão. Segundo Brandt (1990), essa relação seria importante objeto de estudos entre médicos, estatísticos e epidemiologistas a partir das décadas de 1930, especialmente nos EUA e Inglaterra, colaborando para o desenvolvimento de uma epidemiologia voltada para o risco, ou seja, para a ponderação de hábitos que poderiam ocasionar males à saúde ao longo do tempo, principalmente depois dos 45 anos de idade. O aparecimento das atuais campanhas estatais ligadas ao fumo e a hábitos prejudiciais à saúde, como uma nova moralidade fundada no ideal de uma vida longa e com qualidade, estariam legitimadas por essa nova epidemiologia (KATZ, 1997).

Como vimos até aqui, a história do tabagismo é marcada pela controvérsia. Todavia, parte do que falamos não é novidade, pois muito desses fatos se encontram simplificados em manuais médicos, em livros de orientação ao abandono do fumo e em outras peças de divulgação sobre o assunto. A história do hábito nessas obras é narrada de maneira linear, cronológica. Não há a preocupação de problematizar as relações entre defensores e opositores ao hábito, as posições ocupadas por eles nas sociedades em que viveram, as redes que transitavam, os fundamentos que os apoiavam na controvérsia, a relação desses argumentos com a ciência e outras esferas da vida social, como a religião, a economia e etc. Ao pontuarmos a importância desses aspectos para a escrita da história do tabagismo, não estamos de maneira alguma exigindo esse rigor dos autores, uma vez que

eles se pautaram por outros objetivos. No entanto, eles são fundamentais para essa pesquisa em função do rico conjunto de informações que apresentam.

Nesse sentido, o breve histórico traçado aqui sobre a cronologia do tabagismo, permite-nos observar, a partir do apontamento das controvérsias, indícios de quais idéias embasavam os estilos de pensamento que se sucederam no tempo. Notamos que essas idéias tinham como base o discurso moral (destacando-se aquele ligado a religião cristã), o desenvolvimento da ciência e opiniões que estavam legitimadas pela posição social ocupada por aqueles que as proferiam (autoridades médicas, políticas, estudiosos ilustrados etc).

2. CONSTRUINDO A RELAÇÃO TABAGISMO E DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS: UMA HISTÓRIA DE CONTROVÉRSIAS

Ao longo da primeira metade do século XX uma nova forma de estudar as questões relacionadas à saúde começou a ganhar campo: uma abordagem relacionada ao desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas que apontavam para a associação entre tabagismo e diversos males, destacando-se entre eles, a polêmica com o câncer de pulmão. Além dessas pesquisas, já existiam no século XIX experimentos em outros campos da medicina, destacando as observações clínicas e em laboratórios com animais, que apontavam para a existência da relação tabagismo e malefícios a saúde, principalmente, os cânceres de boca e lábios, entre outros. Entretanto, com a disseminação do hábito no século XX e o aumento de casos de doenças até então consideradas raras, essencialmente do câncer de pulmão, levaram médicos e cientistas a desconfiarem de uma possível relação dessas com o fumo (GATELY, 2002). E foi nesse contexto que apareceram as primeiras pesquisas epidemiológicas, que viriam a constituir a base do discurso do movimento

antitabagista dos médicos brasileiros a partir da década de 1970. O contexto do aparecimento dessas pesquisas ganhou algumas narrativas que serão analisadas aqui, entre as quais podemos destacar os historiadores da ciência norte-americanos Robert N. Proctor, Allan M. Brandt, o historiador da saúde norte-americano Mark Parascandola e a historiadora da saúde inglesa Virgínia Berridge.

2.1. UMA HISTÓRIA ESQUECIDA: AS PRIMEIRAS PESQUISAS E CAMPANHAS RELACIONANDO FUMO E CÂNCER DO PULMÃO NA ALEMANHA NAZISTA

Em *The Nazi War on Cancer* (1999), Robert N. Proctor, professor em História da Ciência da Universidade de Stanford, observa que as primeiras pesquisas epidemiológicas que associavam fumo-câncer de pulmão e outros males à saúde, como também a primeira campanha promovida por um Estado contra o tabagismo, tiveram lugar na Alemanha sob o regime nazista (1934-1945).²⁴ Para ele, a batalha contra o tabaco era somente mais uma das ações do regime nazista contra um importante inimigo, que juntamente aos exércitos aliados, comunistas e judeus, comparavam-se aos diversos tipos de “cânceres” que ameaçavam a perpetuação e a pureza da raça ariana.

A preocupação com o câncer na Alemanha não era algo restrito somente ao nazismo. Na verdade, desde o século XIX existia uma tradição em pesquisas, sobretudo do campo médico, sobre a doença e suas possíveis causas, o que legitimava ações precoces contra a moléstia, como a fundação do Comitê Central para Pesquisa e Combate ao Câncer

²⁴ Além desse trabalho, Proctor escreveu artigos sobre cientistas envolvidos na produção de evidências que indicavam a existência de uma relação entre tabagismo e câncer, como, por exemplo, sobre o patologista argentino Ângelo H. Roffo (PROCTOR, 2006). Ele também participou como testemunha e perito em ações movidas contra as companhias do tabaco nos EUA a partir da década de 1990 (BRANDT, 2007).

em 1900, a primeira agência anti-câncer mundial.²⁵ A inquietação com a doença era tão grande, que em 1928 o câncer foi declarado como principal inimigo da Alemanha, ao superar a tuberculose em número de mortes, doença que até então ocupava o segundo lugar de mortalidade no país (PROCTOR, 1999). Segundo Proctor, esse avanço da doença estava associado ao alto grau de aceleração da urbanização e industrialização do país no pós-unificação, no final do século XIX. Tudo isso credenciava a pesquisa alemã em relação ao câncer como a mais avançada no mundo. Diferentemente dos governos anteriores, o regime nazista estreitou ainda mais os laços das políticas de saúde pública e essas pesquisas, que passaram a ser amplamente incentivadas, no sentido de subsidiar ações preventivas de combate à doença, como as que foram promovidas pelo estado na época:

Controles estatísticos de câncer foram estabelecidos, incluindo os primeiros registros alemães para apontar a incidência de câncer (morbidade) e não apenas mortes (mortalidade). Esforços foram feitos para fortalecer medidas de prevenção orientada de saúde pública, incluindo proteção ocupacional, leis contra a adulteração de alimentação e drogas (incluindo remédios), proibições sobre fumar, e programas para reduzir o uso de cosméticos causadores de câncer, para citar somente alguns.²⁶

Muitas destas ações já estavam presentes na República de Weimar, e, ao longo do regime nazista, os poderes executivo e legislativo tiveram sua atuação ampliada para implementá-las. Tais práticas foram coordenadas pelo Comitê Anti-câncer do Reich, estabelecido em 1931, e divulgadas por um jornal mensal lançado em 1933 pela casa editorial antisemita J. F. Lehmann. Importantes alianças foram feitas com grupos religiosos do país, que propagavam o retorno a hábitos mais naturais e a correção da saúde. Entre

²⁵ Segundo o autor, esta tradição fundava-se no fato de terem sido os alemães “os primeiros a descobrir que o alcatrão em brasa e destilado causava câncer de pele, e os primeiros a demonstrar que a mineração de urânio podia causar câncer do pulmão (1870), [...] a identificar a ameaça de câncer da bexiga por uso de corante de anilina manufaturada (1895), o risco de câncer do pulmão por cromato manufaturado (1911), e o de pele pela exposição da luz solar (1894), [...] como também os primeiros a diagnosticar o câncer induzido por raios x (1902), e a provarem, por experimentos com animais, que raios x podiam causar leucemia (1906) etc” (PROCTOR, 1999, p. 17).

²⁶ PROCTOR, 1999, p. 17.

estes grupos, podemos citar os Adventistas do Sétimo Dia (1933), que consideravam Hitler um enviado de Deus dentro dos preceitos da temperança, e viam no líder um apoiador de suas campanhas, das quais difundiam as qualidades do vegetarianismo e da abstenção em relação ao álcool e ao fumo.²⁷

Ao contrário de outros Estados, que se encontravam ainda preocupados em combater as doenças infecto-contagiosas e parasitárias, o regime nazista passava a enfatizar a mensuração dos possíveis riscos a saúde da raça ariana por meio de métodos estatísticos, como afirma o autor:

A nazificação da ciência e da medicina alemã era acompanhada pelo aumento do foco sobre estatísticas. Isto era parcialmente devido a elevação da noção de população nas ciências da época, mas isso refletia o esforço nazista para controlar e gerenciar esferas da vida humana incontroláveis até o momento. Nunca houve um governo tão obsessivo em contar, classificar, e separar como o regime nazista. Foi uma era de exames em massa. No campo do câncer, isso pressionava para um controle estatístico refletido nos esforços para estabelecer registros de câncer.²⁸

Em suma, segundo Proctor, a apreensão quanto aos riscos oferecidos pelo câncer à raça ariana, o intenso uso e apoio a estudos estatísticos pelo regime e a tradição quanto aos estudos em relação ao câncer tornavam a Alemanha um local propício para o advento da epidemiologia de risco, que teve como enfoque principal a relação fumo-câncer, principalmente o câncer de pulmão.²⁹

²⁷ Conforme Baesso e Lima (2004), a implantação da temperança em uma sociedade dependia da escolha de um dirigente de vida moral exemplar, sem vícios, que poderia cooperar com Deus para o desenvolvimento da vida social, mental e da espiritualidade dos indivíduos.

²⁸ PROCTOR, 1999, p. 40. Sentimos a ausência de dados no trabalho de Proctor que apóiem essa afirmação sobre o quadro alemão em relação ao combate às doenças infecto-contagiosas e parasitárias e suas possíveis implicações na conservação da saúde da raça ariana. Ficou-se sem saber se esta preocupação com outros riscos à saúde está relacionada a um contexto no qual as doenças infecto-contagiosas ou ao discurso eugenista assumido pelo governo.

²⁹ Cf. cap. 6. *A campanha contra o tabaco*. PROCTOR, 1999.

O primeiro estudo que relacionava o fumo com o câncer de pulmão por meio da utilização de ferramentas estatísticas ocorreu em 1929, quando um médico de Chemnitz (atual Dresden), Fritz Lickint, publicou um artigo mostrando que a maioria de seus pacientes com câncer de pulmão eram fumantes, e que a doença considerada exclusiva entre homens, também estaria presente em mulheres que fumassem. Lickint reafirmava a hipótese da relação fumo-câncer do pulmão, que fora anteriormente levantada pelo médico Isaac Adler em 1912, através de observações anatômicas e patológicas.³⁰ Baseado nesse estudo, Lickint recomendava às autoridades e à sociedade alemã ações no sentido de coibir o fumo, pois, na sua opinião, esse era mais prejudicial à saúde pública que o álcool. A partir disso, o espectro do câncer se tornaria figura constante no discurso antitabagista alemão. Proctor observa que o artigo de Lickint deu abertura para o desenvolvimento de estudos mais aprofundados da relação fumo-câncer, principalmente o de pulmão, nos campos da epidemiologia como também na utilização de experimentos com animais em laboratórios.³¹

Em 1939, ganhava as páginas da principal revista científica alemã dedicada ao câncer uma monografia do médico Franz H. Müller. A base de seus estudos eram as observações de Roffo e Lickint, demonstrando em experimentos anteriores a relação entre o alcatrão e o câncer de pulmão. Müller observou um grande aumento do número de casos

³⁰ Sobre a vida de Isaac Adler, Cf. ADLER, Isaac. Primary Malignant Growths of the Lung. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, v. 30, p. 295-301, 1980. CLASSICS in oncology. Isaac Adler, M.D. (1849-1918). *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, v. 30, p. 294, 1980. Disponível em: www.caonline.amcancersoc.org. Acesso em 11/06/2008.

³¹ Dentre esses estudos, destaca-se o do argentino Angel H. Roffo (1931), que extraiu três substâncias do tabaco, destacando-se entre elas nicotina e alcatrão, e pincelou 10 coelhos com cada uma dessas substâncias. Ao fim do experimento, ele notou que somente os coelhos pincelados com alcatrão desenvolveram tumores. A nicotina era assim absolvida dessa possibilidade, porém, segundo Doll (1998), estes resultados foram considerados irrelevantes pela comunidade científica inglesa e norte-americana. Ainda assim, segundo Proctor, esse e outros estudos de Roffo, como os de outros autores, relacionados ao câncer, encontraram amplo espaço de publicação na Alemanha. No Brasil, temos notícia desse estudo somente na década de 1940 por meio da obra do médico George Thomason, *Inimigos da Humanidade* (1944).

de câncer de pulmão em corpos autopsiados no Instituto de Patologia da Universidade de Colônia, onde ele atuava. A partir disso, começou a levantar dados relacionando a doença a uma lista de possíveis causas, que ia ao encontro às próprias dúvidas existentes na comunidade médica em definir a causa principal para o grande avanço da doença:

a pandemia de influenza de 1918 era algumas vezes acusada, como eram os canos de descarga dos automóveis, poeira da cobertura das novíssimas estradas, exposições ocupacionais diversas (incluindo alcatrão e hidrocarbonetos clorados), aumento de exposições a raios-x, exposições a agentes químicos na guerra durante a Primeira Guerra Mundial, má alimentação [...], ou mesmo a mistura racial. Alguns pesquisadores duvidavam da realidade do aumento – um artigo, em 1930, na *Medizinische Klinik*, afirmava que a grande disseminação do uso de raios-X estava unicamente permitindo que cânceres de pulmão fossem diagnosticados mais freqüentemente – mas a visão mais comum em meados da Era Weimar era de que a doença estava genuinamente crescendo, por quê não havia claras razões. Parte da dificuldade, naturalmente, era que muitos possíveis fatores tiveram um grande aumento, o que podiam, plausivelmente, serem causas contribuintes do câncer de pulmão.³²

O estudo estatístico empreendido por Müller, que se constitui no que a epidemiologia denomina hoje de caso-controle baseado em análise retrospectiva, possibilitou a ele afirmar que o crescimento do fumo era a “única causa” determinante para o aumento da incidência do câncer de pulmão para as décadas recentes.³³ Apesar de tal

³² PROCTOR, 1999, p. 181-182. Vários artigos publicados na *Revista Médica Germânica*, periódico que circulou no Brasil entre as décadas de 1920 e 1930 – e que ainda possuem números disponíveis para pesquisa no acervo na Biblioteca da FUNED –, endossam essas suspeitas em relação a possíveis agentes causadores do câncer de pulmão. Em um deles, publicado no número de abril de 1932, Walter Fisher, Diretor do Instituto Patológico da Universidade de Rostock, afirmou de maneira contundente que, entre as possíveis causas ventiladas pela comunidade científica para o aparecimento de tumores malignos nos pulmões, o fumo do tabaco não apresenta ainda provas significativamente demonstrativas (FISHER, 1932, p. 182). Tal assertiva sugere que os estudos epidemiológicos ainda não eram unanimidade entre os médicos e cientistas alemães, e, por isso não se legitimavam como provas científicas seguras para demonstrar hipóteses. Além disso, a hipótese tabagismo-câncer de pulmão ainda engatinhava na ciência alemã.

³³ O estudo de Müller se constituiu na análise de 96 questionários recebidos dos que havia enviado para as famílias das vítimas da doença. Destas, 86 eram de homens e 10 de mulheres, e todos eram fumantes, como atestavam levantamentos feitos em prontuários médicos nos hospitais de Colônia e entrevistas com os parentes das vítimas. Para a sua análise, incluiu na amostragem cerca de 86 pessoas sadias com a mesma faixa etária das vítimas. Ele centrou a sua observação no grupo masculino, uma vez que a doença e o hábito de fumar eram reconhecidos como próprios do gênero masculino. Por fim, ele observou que os 86 pacientes homens com câncer de pulmão fumavam ao todo 2.900 gramas de tabaco por dia, enquanto os 86, que não

afirmativa, Müller, segundo Proctor, reconhecia que outros fatores poderiam influenciar no aparecimento da doença, principalmente sobre aqueles que fumavam moderadamente. Em relação ao que tange à retórica nazista, o estudo pouco focava a questão da raça, mas, como outras pesquisas, foi apropriado pelo discurso de construção de uma raça superior (PROCTOR, 1999).

Acompanhando e aprofundando as observações tecidas por Müller, Eberhard Schaire e Erich Schöniger, dois cientistas do Instituto de Pesquisa dos Riscos do Tabaco de Jena, fundado em 1941 sob a direção do antitabagista Karl Astel – o primeiro do gênero no mundo – desenvolveram em 1943 um estudo reafirmando a grande preponderância do fumo sobre o surgimento de cânceres do pulmão. Descartando outros fatores que poderiam levar à doença e centrando somente no fumo, os autores partiram da hipótese de que os fumantes poderiam desenvolver mais determinados tipos de câncer em detrimento dos não fumantes. Eles justificavam essa escolha ao observar, através de autópsias, que o número de casos da doença havia aumentado significativamente tanto no meio rural quanto no urbano. Para verificar essa hipótese, eles enviaram questionários sobre o hábito de fumar para 195 parentes de vítimas de câncer do pulmão, outros 555 para parentes de vítimas de diversos outros tipos de câncer e 700 para homens de idade entre 53 e 54 anos, aparentemente livres da doença. Ao fim, eles concluíram que o fumo era a causa mais provável do câncer de pulmão em relação aos outros tipos de câncer. As conclusões deste estudo eram únicas no mundo para aquele período, e ofereceram subsídios para uma análise sobre a prevalência de câncer de pulmão entre soldados em 1944, ainda sob o nazismo.

apresentavam aparentemente a doença, fumavam 1.250, o que lhe deu munição para confirmar a existência de uma relação entre fumo e câncer do pulmão (PROCTOR, 1999).

Como resultados na política de saúde pública, estes trabalhos formaram a base das ações antitabagistas nazistas, que usariam de artifícios presentes nas atuais campanhas: advertências por meio da mídia (cartazes e rádio), restrições ao fumo em determinados locais e o controle estatal das propagandas da indústria do tabaco, etc. Proctor observa que estas medidas não foram bem sucedidas no sentido de diminuição do consumo nesse período, uma vez que a indústria do tabaco alemã manteve as suas atividades graças a sua importância para os cofres públicos, como fonte de manutenção dos investimentos dirigidos à guerra. Colaborou para isso também, segundo o autor, as relações com altos funcionários da burocracia governamental e a utilização de novas estratégias de marketing por essa indústria.

Em 1945 terminava a aventura nazista com a Segunda Guerra Mundial. Acompanhando o sepultamento do regime seguiam as prematuras pesquisas epidemiológicas que relacionavam o fumo ao câncer de pulmão e as campanhas antitabagistas estatais. O trabalho de Müller chegou a ser citado na década de 1950, nas pesquisas estatísticas de Ernest Wynder e Evarts Graham nos EUA e de Austin Bradford Hill e Richard Doll na Inglaterra. Esse trabalho foi também mencionado no relatório de 1964 do Comitê Consultivo para o Fumo e Saúde do Chefe do Serviço de Saúde Pública (PHS) norte-americano Luther Terry (Relatório Terry), quando o aumento do número de casos de câncer do pulmão passara a preocupar as autoridades médicas dessas nações. Já o trabalho de Schaire e Shöniger, é apenas mencionado no Relatório Terry de 1964, caindo em completo esquecimento até mesmo para aqueles que são colocados como pioneiros do estabelecimento epidemiológico da relação fumo-câncer do pulmão, como Richard Doll,

que em 1997, afirmara em uma entrevista a Proctor o desconhecimento dessa pesquisa.³⁴ No Brasil, apenas no médico Gideon de Oliveira mencionou ambas as pesquisas em um artigo publicado no *Jornal Brasileiro de Medicina (JBM)* em 1972.³⁵ Esse esquecimento se deu até mesmo na Alemanha: em uma bibliografia médica alemã de 1953, sobre estudos que relacionavam fumo ao câncer, os autores não foram citados. De acordo com Proctor, essa negligência, sobretudo na Alemanha, é agravada pela aversão de estudiosos de diversos campos, entre eles historiadores, em estudar qualquer tema relacionado aos anos de 1930 e 1940, pois o nazismo é ainda uma palavra negativa para a humanidade.

Em suma, a narrativa de Proctor sobre a batalha nazista contra o câncer nos deixa as seguintes considerações: a “boa” ciência pode ser esquecida juntamente com a “má” ciência, quando se trata de regimes pouco afeitos a valores humanitários e democráticos; resultados positivos à saúde dos indivíduos de uma sociedade podem ser consequência de ações relevantes à saúde pública tomadas por regimes ditatoriais, fascistas, totalitários, mas também podem surgir em consequência desses regimes, sem um planejamento prévio. Para Proctor (1999), um bom exemplo disso são os resultados

³⁴ Berridge (2007) nos alerta para a dificuldade que existia em fazer circular artigos de resultados de estudos que usavam de metodologias ainda não legitimadas pela comunidade médica, como também pela ocasião da própria Segunda Guerra Mundial, durante a qual alguns desses pesquisadores serviram na frente de batalha. A autora observa que somente a partir da década de 1950, os estudos epidemiológicos que relacionam fumo-câncer passariam a circular de maneira internacional, favorecendo a troca de experiências entre cientistas norte-americanos e ingleses.

³⁵ Oliveira (1972) reconhece a primazia dos estudos dos médicos alemães no que tange a relação tabagismo-câncer do pulmão, como bem podemos verificar em algumas passagens de seu artigo: “A primeira pesquisa visando particularmente o relacionamento do tabagismo versus câncer do pulmonar, devemos ao médico alemão F.H. Müller, de Colônia, especialista em doenças pulmonares. Ao seu tempo, a tuberculose comparecia como a moléstia mais freqüente dos pulmões, entretanto, com numerosa clientela, a sua atenção voltou-se para o número crescente de cancerosos dos órgãos citados. [A partir da observação] de 86 portadores de câncer broncogênico e 86 indivíduos aparentemente sadios, [...] pode melhor concluir da relação correspondente entre o hábito de fumar e o câncer de pulmonar. Foi notável a sua contribuição, porque despertou a consciência médica para um problema grave e real. Casuísticas ulteriores de diversos autores apenas trouxeram a confirmação e a consagração de Müller. [...] Em 1943, E. Schaire e E. Shöniger [...] reforçaram ainda mais as conclusões de Müller” (OLIVEIRA, 1972, p. 20-21). É possível que Oliveira tenha tido conhecimento destas pesquisas alemãs desde 1960, ano de sua monografia *O Tabagismo Perante o Tribunal da Ciência* (OLIVEIRA, 1973).

positivos das campanhas do fumo ocorridos na Alemanha nazista, que levaram à diminuição de casos de câncer do pulmão, e também de outras doenças. O mesmo ocorreu em relação à dieta propagada ao longo do regime nazista. Encerrava-se assim o capítulo alemão da história das pesquisas que relacionavam fumo-câncer de pulmão. A nossa análise agora enfocará narrativas históricas que tiveram como cenários os EUA e a Inglaterra, países nos quais estas pesquisas ressurgiram na década de 1950, foram aperfeiçoadas e internacionalizaram-se com muita polêmica e controvérsia.

2.2. O CAMINHO ATÉ O RELATÓRIO TERRY DE 1964 NOS EUA: RESULTADO DE TRANSLAÇÕES DE INTERESSES ENTRE AGENTES DA SAÚDE, POLÍTICA E CIÊNCIA

Diferente da “desconhecida” história nazista das pesquisas epidemiológicas que relacionavam fumo-câncer de pulmão e de suas campanhas antitabagistas, a história norte-americana tem sido contada e recontada por historiadores, médicos, literatos e, principalmente, jornalistas. Segundo Carvalho (2001), o país ficaria marcado como berço das atuais campanhas, devido a dois acontecimentos: o primeiro estaria ligado a organização de campanhas de combate ao hábito pelas ligas antitabagistas de igrejas protestantes no final do século XIX e início do século XX. Essas campanhas seriam uma resposta ao aumento e popularização do hábito entre a população norte-americana, apoiado no advento da máquina de James Albert Bonsack em 1880. O segundo acontecimento seria o impacto provocado pelo Relatório da Comissão Consultiva sobre Fumo e Saúde do Chefe do PHS, Luther Terry, em 1964, que concluiu, em suas 387 páginas que o fumo era o grande responsável pelas mortes decorrentes por câncer de pulmão.

Influenciados por esses fatos, o professor de literatura francesa da Universidade de Cornell, Estados Unidos, Richard Klein (*Cigarros são sublimes. Uma história cultural de estilo e fumaça*, 1997) e o jornalista Iain Gately (*Tobacco: A Cultural History of How an Exotic Plant Seduced Civilization*, 2002), procuraram entender como as pessoas, mesmo diante aos constantes avisos das autoridades da saúde, continuavam a fumar. Para compreender essa relação, os dois autores percorrem caminhos semelhantes: narram a construção do hábito de fumar ao longo da história, observando como o tabagismo foi visto por diversos grupos na sociedade. Em relação às lutas antitabagistas, os autores acreditam que as restrições atuais sejam apenas parte da reafirmação da importância do cigarro, como foram as antigas, ou seja, há a ideia de uma história cíclica, na qual o antitabagismo se insere como parte da história do tabagismo.

Outro estudo que enfoca o cenário americano é *Ashes to Ashes: América's Hundred-year Cigarette War, the Public Health, and the Unabashed Triumph of Philip Morris* (1997), do jornalista Richard Kluger, que centra sua análise no desenvolvimento da indústria do tabaco norte-americano e em suas estratégias de resposta (lobby, propaganda massiva, financiamento de atividades ligadas a cultura e aos esportes, como também de pesquisas, como a fundação de um Instituto de Pesquisa do Tabaco, etc) diante dos seguidos ataques de outras instâncias sociais. Entre essas instâncias, o autor destaca os ataques originados da comunidade científica, que ganham voz ao longo do texto com a apreciação de algumas pesquisas que relacionam o fumo a vários malefícios à saúde. Como se não bastassem os adversários externos, o autor mostra que o mercado do fumo, como qualquer outro, foi e é palco de intensas disputas entre as companhias.

Além dessas, a temática tem motivado a produção de análises de historiadores, como o trabalho de Cassandra Tate que, em *Cigarette Wars: The Triumph of the Little*

White Slaver (1999), analisou a formação e a atuação das ligas antitabagistas ligadas a religiões e seitas nos EUA, entre o século XIX e o início do XX, quando então sucumbem no pós Primeira Guerra Mundial, período no qual o fumo se encontra estabelecido como prática social amplamente aceita, popularizado e com a sua indústria constituída. Entretanto, o hábito seria novamente ameaçado com a divulgação do Relatório Terry de 1964, que forneceria a munição que os movimentos antitabagistas necessitavam: a legitimação oficial de provas produzidas por estudos epidemiológicos e laboratoriais de que o fumo conduzia a diversos males. Será este relatório também o ponto de partida das análises do historiador da ciência Allan M. Brandt (*The Cigarette, Risk, and American Culture*, 1990) e do historiador da saúde Mark Parascandola (*Cigarettes and the US Public Health Service in the 1950's*, 2001) que passaremos a abordar conjuntamente.³⁶

Allan M. Brandt começa o seu ensaio questionando o significado do Relatório Terry: quais os interesses sociais, culturais, políticos e científicos estavam por trás dele e qual foi o seu impacto, pois “na época do lançamento do relatório, inquéritos mostravam que os norte-americanos já associavam cigarros ao câncer” (BRANDT, 1990, p. 156). A preocupação do autor é contextualizar o relatório, no sentido de “examinar o processo pelo qual o cigarro”, um dos principais ícones da cultura americana, tornou-se um risco considerável para a saúde, o que levaria a mudanças importantes na saúde pública, na inferência causal das doenças e na biomedicina. De acordo com Brandt, o Relatório Terry “alterou profundamente a forma que pensamos sobre questões da saúde e da doença, [sendo] parte de um amplo debate na ciência do século XX sobre a natureza da evidência,

³⁶ Brandt, segundo Berridge (2006), participou como perito de uma grande ação movida contra a Companhia de cigarros Philip Morris pelo governo e por entidades civis, que tiveram a causa ganha. O próprio autor narra esse episódio no último capítulo de seu novo trabalho publicado em meados de 2007, *The Cigarette Century: The Rise, Fall, and Deadly Persistence of the Product that Defined América*.

prova e causalidade, um debate sobre as fundamentações epidemiológicas da biomedicina” (BRANDT, 1990, p. 156).

Como mostra Brandt, o cigarro tinha um peso importante na economia, na cultura e na política norte-americana desde o início do século XX. Aberta a possibilidade da sua grande produção, enormes investimentos foram feitos em torno de tecnologia agrícola e industrial, propaganda e pesquisa. O resultado disso foi o salto do consumo *per capita* anual de 49 unidades em 1900 para 4.318 unidades em 1965, e o surgimento de grandes companhias com enorme poder econômico e bem como grande influência em outros campos, principalmente o político. O cigarro criou estereótipos e estilos de vida por meio de suas marcas, tendo como exemplo emblemático o *cowboy* forjado pela marca Marlboro. Este produto tinha também a simpatia de médicos, havendo casos de alguns que participaram de peças publicitárias em revistas tanto médicas como de ampla circulação, indicando uma marca X ou Y como mais saudável.³⁷

Porém, isso não aconteceu sem oposição. Campanhas promovidas pelas ligas antitabagistas associadas a grupos religiosos, tendo à frente reformadores religiosos e médicos, tentavam desencorajar o fumo por meio de argumentos focados em danos morais como também em possíveis danos relacionados à saúde. O discurso em relação aos danos à saúde estavam associados a pesquisas que se intensificaram na década de 1920 e que relacionavam o fumo à deficiências mentais e físicas, caracterizando o fumante como um doente – bem diferente do ser saudável propagado pelas companhias de cigarros. Ao final desta década, o fumo passou a estar presente em levantamentos estatísticos de seguradoras, sendo visto como importante variável em relação a longevidade dos assegurados. Em 1928, um estudo estatístico chamou atenção: Herbert L. Doering e Carl R. Lombard após

³⁷ Ver BRANDT e GARDNER, 2006.

analisarem relação entre as mortes de 200 pacientes por câncer e idade, renda, raça e alimentação, notaram um número significativo de fumantes inveterados entre as vítimas. Eles negaram a possibilidade de contágio da doença e sugeriram a existência de um possível papel positivo do fumo no surgimento de câncers em geral entre os fumantes inveterados (BRANDT, 2007; CARVALHO, 2001; ROSEMBERG, 2002). Ao comentar sobre essa pesquisa, Oliveira (1972) afirma que os dois autores depararam com apenas cinco casos de câncer pulmonar, o que não permitiu estabelecer qualquer ligação da doença com o hábito de fumar.

Na década de 1930, outros três estudos teceram observações sobre uma possível relação entre fumo e câncer de pulmão: o primeiro, em 1931, do estatístico Frederick L. Hoffman, da Companhia de Seguros Prudential, que relacionou os casos de câncer ao hábito de fumar, e orientou aos fumantes que moderassem os seus hábitos. O segundo, em 1938, do biometrista e estatístico Raymond Pearl, que atuava na Escola de Higiene e Saúde Pública Johns Hopkins, importante centro produtor de pesquisas epidemiológicas. Ao comparar as curvas de mortalidade entre fumantes e não fumantes, Pearl chegara aos mesmos resultados que seus antecessores: os fumantes tinham maiores possibilidades de terem suas vidas abreviadas. E por fim, o do médico Alton Ochsner, que relatou à revista médica *Surgery, Gynecology, and Obstetrics* a presença de 79 casos de câncer de pulmão entre seus pacientes, sendo a maioria de fumantes, o que o levou a crer em uma relação entre o hábito e a doença (BRANDT, 1990; KLUGER, 1997; ROSEMBERG, 2002).

Contudo, os dados produzidos por estes estudos não causaram impacto nas comunidades médica e da saúde pública. Conforme Brandt, isso se devia ao fato de a epidemiologia não possuir meios para avaliar riscos de comportamentos individuais,

“especialmente quando seus impactos não eram imediatos e quando muitas variáveis perturbadoras também afetavam a saúde” (BRANDT, 1990, p. 159). Pearl e outros que produziam tais estudos, não se reconheciam como epidemiologistas. Colaborava para isso o fato de que a saúde pública e a medicina estavam dominadas pelas pesquisas de laboratório, ocupadas principalmente em identificar o agente causal (microorganismo) de cada doença. A epidemiologia seria apenas uma ciência auxiliar, havendo exceções somente para estudos da saúde ocupacional e industrial. Tentou-se, de maneira imperfeita, forjar uma epidemiologia voltada para as doenças crônico-degenerativas enquadrada no modelo de causalidade única das moléstias, o que foi em vão.

Esse cenário começou a mudar ao final da década de 1940, quando estudos estatísticos apontavam para uma queda nas mortes por doenças infecto-contagiosas, parasitárias e para a mortalidade infantil e, ao mesmo tempo, denunciavam o aumento de doenças até então consideradas raras, entre elas o câncer de pulmão. Os estudos epidemiológicos que se seguiram a essa mudança nos padrões de adoecimento nos EUA e Inglaterra geraram controvérsia, principalmente, com o ideal de causalidade específica do modelo biomédico. Debates e pesquisas foram promovidos no sentido de identificar quais os fatores preponderantes em relação à essas doenças. A demora em se definir o que realmente levava à essas doenças repercutiu em atraso no que se refere a ações no âmbito da saúde pública (BRANDT, 1990, PARASCANDOLA, 2001).

A década de 1950 ficou marcada por diversos acontecimentos na história: a primeira década da Guerra Fria entre EUA e URSS e o fortalecimento do *welfare state* nos países desenvolvidos, principalmente na Europa Ocidental; no Brasil, o segundo governo de Getúlio Vargas, no qual o desfecho foi o seu suicídio em 1954, e o governo JK (1956-1960) eram o foco dos holofotes; na medicina o fortalecimento das pesquisas

epidemiológicas nos EUA e Inglaterra, que reacenderam a polêmica fumo-câncer, centrada no câncer de pulmão. Os primeiros relatórios divulgados pelas pesquisas de Ernst L. Wynder e Evarts Graham nos EUA, e Doll e Hill na Inglaterra (ambos em 1950), baseados em estudos retrospectivos, apontavam para a maior possibilidade da doença entre os fumantes.³⁸ Nestas pesquisas, os dados eram levantados em entrevistas pessoais, em hospitais e em questionários sobre o hábito de fumar enviados para os parentes das vítimas.³⁹ Críticas não faltaram em torno dos resultados, entre as quais podemos citar a acusação de pouca confiabilidade em conceitos relacionados a “amostragem” e “grupos de controle”. Citamos também, o uso de métodos utilizados pelas companhias de seguros; a desconfiança quanto a crença na memória dos parentes das vítimas, com a possibilidade de exagerar no hábito, no sentido de culpá-lo em relação ao câncer do pulmão. Vale lembrar que o câncer era neste contexto uma doença misteriosa, e temida por todos. Por fim, incluindo na série de críticas acima, tem-se a não comprovação definitiva em laboratório da relação fumo-câncer (BRANDT, 1990). Wynder, frente a esta última crítica, elaborou um estudo laboratorial que confirmou em definitivo a relação:

Em 1953, o médico Ernst Wynder (...) experimentou pincelar o dorso de 86 ratos de laboratório com uma substância obtida da condensação da fumaça do cigarro Lucky Strike. Ele queria ver o que acontecia. Cada

³⁸ Segundo Rosenberg, nos estudos epidemiológicos retrospectivos “os casos de determinada doença são relacionados, à medida que ocorrem, em função de sua vida pregressa quanto ao vício de fumar; dividindo-os em dois grupos, fumantes e abstêmios, sabe-se em qual deles houve maior incidência da doença” (ROSENBERG, 1987, p. 31).

³⁹ Os resultados obtidos por Wynder e Graham, publicados no *Jornal da Associação Americana de Medicina (JAMA)* em 1950, foram constituídos por meio de entrevistas e não por dados de prontuários hospitalares. Com esses dados em mãos, eles dividiram a sua amostragem de 684 casos de acordo com a quantidade de cigarros fumados, variando de menos de um cigarro diário a vários cigarros fumados por dia (inveterado). Eles observaram que 96,5% dos pacientes de câncer do pulmão entrevistados fumavam de maneira moderada a inveterado ao longo de 20 anos ou mais. Ao fim, os autores concluíram que o fumo era um importante fator no aparecimento do câncer do pulmão, como de outras doenças. Hill e Doll chegaram a resultados similares no mesmo ano, ao produzirem um estudo estatístico tendo como amostragem 1.732 pacientes com câncer de pulmão e 743 pacientes sem a doença, em 20 hospitais de Londres. Esse estudo rendeu um artigo no *British Medical Journal (BMJ)*, que trouxe como resultado principal o fato de que fumantes inveterados (de 25 cigarros ou mais) tinham 50 vezes a possibilidade de contrair câncer do pulmão em relação aos não fumantes (KLUGER, 1997).

rato recebeu, três vezes por semana durante dois anos, 40 gramas de alcatrão destilado (o equivalente à quantidade de alcatrão e nicotina encontrada num maço de cigarro), após ter o dorso raspado com barbeador elétrico. O resultado foi assustador. Dos 62 ratos que sobreviveram, 58% tinham desenvolvido tumores cancerígenos. Entre os ratos pintados, 90% morreram nos 20 meses seguintes. No grupo de ratos que não foram pintados, 58% sobreviveram durante esse mesmo período.⁴⁰

Este estudo reforçou as suspeitas levantadas pelos inquéritos epidemiológicos e deu início a uma guerra de discursos que envolveu a indústria do tabaco e, mais tarde, o Estado. Como resposta a esses resultados, que foram amplamente divulgados na mídia e que levaram a queda de 10% no consumo *per capita* do produto, as quatorze principais companhias do tabaco norte-americanas deixaram de lado as suas diferenças pela disputa de mercado. Em 1953, constituíram, juntamente com uma das maiores empresas de relações públicas dos EUA (Hill e Knowlton), o Comitê de Pesquisas da Indústria do Tabaco (TIRC). A responsabilidade deste comitê era desenvolver respostas tecnológicas para o produto, como os cigarros com filtros, e aperfeiçoar respostas públicas aos resultados das pesquisas na mídia e no Congresso Nacional. A primeira ação do Comitê veio em janeiro de 1954 em forma de uma mensagem aos fumantes em uma página inteira de 448 jornais norte-americanos. Na mensagem “Uma franca declaração para os fumantes”, o TIRC contestava as provas produzidas, reafirmando o hábito como saudável. Baseado em controvérsias na comunidade médica sobre o que realmente levaria ao câncer de pulmão, afirmava que a doença poderia ser proveniente de outro fator da vida moderna, como a alimentação e a poluição ocasionada pelos canos de descarga dos carros e chaminés das indústrias (KLUGER, 1997; CARVALHO, 2001).

Outra forma de ação do TIRC foi a ampla divulgação de artigos médicos e epidemiológicos que desviassem a relação do câncer do pulmão com o fumo. Um exemplo

⁴⁰ CARVALHO, Mário César. *O cigarro*. São Paulo: Publifolha, 2001, p. 14.

é o artigo “Condições ambientais e câncer do pulmão”, do patologista Wilhelm C. Hueper, Chefe da Seção Ambiental do Instituto Nacional do Câncer (NCI) do PHS dos EUA, apresentado no VI Congresso Internacional do Câncer em julho de 1954.⁴¹ Hueper, segundo Parascandola, foi uma das vozes discordantes da relação fumo-câncer do pulmão dentro do PHS. Ele acreditava que a doença devia ser atribuída a condições ambientais, destacando-se entre elas a poluição urbana, sobretudo em locais de trabalho, como na indústria química.

Posição semelhante a Hueper, foi a de Harold L. Stewart, chefe do laboratório de patologia do NCI até 1969. Em 1940, juntamente com outros colegas, Stewart falhou em encontrar qualquer efeito carcinogênico no fumo, em um experimento no qual ratos eram expostos à fumaça produzida pela queima de tabaco. Em suma, ambos cientistas eram céticos quanto às técnicas da bioestatística e da epidemiologia utilizadas na produção de evidências nos estudos que relacionavam fumo-câncer do pulmão. Esse posicionamento se enquadrava em um cenário no qual os estudos de base populacional eram vistos com desconfiança pelas ciências voltadas à saúde, em oposição aos experimentos laboratoriais. Isto também estava ligado a embates entre estatísticos e biometristas em relação aos novos métodos aplicados (PARASCANDOLA, 2001, 2004).

As posições assumidas em relação às pesquisas por cientistas do nível de Hueper e Stewart dentro do NCI, e de outros Institutos Nacionais de Saúde (NIH), que integravam o PHS, foram, de acordo com Parascandola, fundamentais na demora do PHS em desenvolver uma resposta oficial quanto a existência ou não da relação fumo-câncer do pulmão. Em *Cigarettes and the US Public Health Service in the 1950's* (2001), Parascandola aponta para esta falta de consenso no NCI como uma das fontes de influência

⁴¹ DEBATES sobre o cigarro e câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 11, n. 11, p. 59-60, ago. 1954.

nas hesitações apresentadas pelos pronunciamentos do Chefe do PHS Leroy Burney ao longo da década de 1950. Outro fator estava em entender como Burney e outros líderes do PHS, se posicionavam diante das responsabilidades do PHS frente aos departamentos regionais de saúde. Para eles, o PHS devia intervir minimamente nos assuntos destas instituições, o que era uma orientação observada na relação governo federal e governos locais à época. Nesse sentido, justificava-se o fato da ausência de qualquer ação de política pública de saúde nacional, ficando a questão fumo-câncer de pulmão restrita a pronunciamentos do Chefe do PHS em audiências ou a Comissões no Congresso Nacional e em outras instituições.

Apesar das contradições no PHS, estudos sobre a temática fumo-câncer do pulmão, como o iniciado em 1953 por Harold F. Dorn e colaboradores (que contou com a cooperação da Organização Americana de Ajuda a Veteranos de Guerra), continuavam a serem desenvolvidos no âmbito daquela instituição. A sistemática adotada por Dorn foi reproduzida por outros estudos na época, como o desenvolvido por Richard Doll e Austin Bradford Hill na Inglaterra: envio de questionários, análise de prontuários médicos e acompanhamento da amostragem por um determinado tempo, o que foi denominado “estudos prospectivos”.⁴² A partir da análise de 250 mil questionários de veteranos de guerra, dos quais fez acompanhamento até 1957, Dorn apontou o fumo como fator importante para a mortalidade ocorrida em relação ao câncer de pulmão. Outro estudo iniciado na mesma época chegou a mesma conclusão: o de E. Culey Hammond e Daniel Horn em 1952. O estudo destes cientistas contou com a cooperação da Associação Médica

⁴² Segundo Rosenberg (1987), os estudos prospectivos em relação ao fumo e doenças, trabalham com a amostragem de dois grupos: fumantes e abstêmios. Em relação aos fumantes, faz-se um registro prévio de dados pessoais e estado de saúde, procurando observar a frequência de consumo de tabaco, a modalidade de fumo, o tempo que se leva fumando etc. Os dois grupos são acompanhados por um determinado tempo, e ao longo desse período é medido o número de óbitos em relação a uma determinada doença. São estudos demorados, caros e executados por uma grande equipe.

Americana e de funcionários da saúde pública de vários estados na seleção da amostragem aproximada a 200 mil voluntários do sexo masculino.

Os resultados dessas pesquisas foram a base das afirmações de Burney em seu pronunciamento em 12 de julho de 1957, quando declarou que o abuso do fumo poderia ser um dos maiores fatores de causa do câncer pulmonar. Ele voltaria a fazer outro pronunciamento em 1959, antes de Luther Terry assumir o cargo de Chefe do PHS (PARASCANDOLA, 2001). Embasado pelas atualizações feitas dos estudos anteriores por pesquisadores do NCI – destacando-se Jerome Cornfield, Henszel, Shimkin, Hammond, Abraham Lilienfiel e Ernst Wynder – e nos relatórios de Hammond e Horn e no relatório final do estudo de Dorn, Burney declarou que:

1. O peso da evidência no presente implica em reconhecer no fumar o principal fator etiológico do aumento da incidência do câncer pulmonar;
2. Em especial, o fumar cigarros está associado com a oportunidade de um maior desenvolvimento do câncer pulmonar;
3. Deixar de fumar, mesmo depois de longa exposição aos seus efeitos, é benéfico;
4. Nenhum método de tratar o tabaco ou de filtrar a fumaça do fumo mostrou-se comprovadamente eficiente para reduzir significativamente ou eliminar o perigo de câncer do pulmão;
5. O não fumante tem uma incidência de câncer pulmonar menor do que o fumante em todos os estudos controlados, quer se analise a questão em termos de áreas rurais, regiões urbanas, ocupações industriais, ou de sexo;
6. Pessoas que nunca fumaram (cigarros, charutos ou cachimbos) têm a maior probabilidade de escapar ao câncer pulmonar e
7. A não ser que um dia o uso do tabaco possa ser tornado inócuo, não há melhor maneira de reduzir o risco individual de vir a ter um câncer pulmonar do que não fumar.⁴³

Sem dúvida, os pronunciamentos de 1957 e 1959 – diferente de uma declaração de Burney em 1954, que negava a associação estatística entre fumo e câncer do pulmão – mostraram o quanto tinha crescido a preponderância dos dados produzidos pela epidemiologia no estabelecimento dessa relação. Porém, no campo de ações voltadas a saúde pública, nada de novo se produziu. Uma mudança, ainda tímida desse quadro ocorreu

⁴³ O FUMAR e o câncer do pulmão. *RBM*, v. XVIII, n. 3, p. 179, mar. 1961.

com o pronunciamento do novo Chefe do PHS Luther Terry em 1964 (PARASCANDOLA, 2001).

Após o pronunciamento de Burney em 1959, e diante da ausência de respostas no campo prático, as associações médicas, como a Sociedade Americana de Câncer, a Associação Americana do Câncer e a Associação Nacional para a Tuberculose, começaram a pressionar o governo federal por uma resposta em termos de ações concretas, como campanhas de orientação à população. Em 1961, estas associações pediram ao Presidente Kennedy a formação de uma comissão especial para examinar as responsabilidades do comércio e do governo em relação aos possíveis malefícios trazidos à saúde pelo tabaco. Outras instâncias da sociedade começaram a se manifestar no mesmo sentido. Projetos de leis que tramitavam no Congresso Nacional desde a década de 1950 – que pediam o controle de propaganda, financiamento de campanhas educativas dirigidas à idade escolar sobre os perigos do fumo para a idade escolar e obrigando a inserção de rótulos de alerta em embalagens de cigarros e derivados do tabaco – foram revitalizados na década de 1960, com o enfraquecimento das forças pró-tabaco.

De acordo com Parascandola, foi nesse cenário, sob forte pressão pública, que surgiu a Comissão Consultiva para o Fumo e Saúde do Chefe do PHS, Luther Terry, em julho de 1962. Se existia uma pressão a favor de esclarecimento e decisões cabíveis, existiam também forças que se articulavam contra isso. Entre as forças contrárias encontramos o lobby das companhias do tabaco e de estados, principalmente os do sul, representado por congressistas e funcionários da máquina administrativa federal. Procurando evitar possíveis críticas desses opositores, conforme Brandt, Terry convocou cientistas que não tinham ainda expressado sua opinião sobre o tema. E mais, ele convidou as companhias do tabaco para apreciação dos nomes, dando-as o direito de rejeitar a

presença na comissão daqueles que elas assim desejassem. Seleccionados os dez cientistas – representantes dos campos da medicina, química, bioestatística e estatística – procedeu-se à revisão analítica de 7.000 publicações sobre malefícios à saúde associados ao fumo, destacando-se 3.000 relatórios de pesquisas da década de 1950. Após 18 meses de sigiloso trabalho, a comissão produziu um relatório conclusivo, que embasou o pronunciamento de Terry em cadeia nacional pela televisão.

Este relatório foi decisivo no processo de legitimação da epidemiologia como disciplina científica, pois segundo Brandt, “produziu uma contribuição fundamental para o estudo da inferência causal nos estudos epidemiológicos”, buscando definir o que, realmente, significava dizer que cigarros causavam câncer. Para isso foi determinante o fato de que os membros da comissão compartilhem um estilo de pensamento comprometido com a múltipla etiologia no processo biológico (BRANDT, 1990, 2007; PARASCANDOLA, 2001).

Além da legitimação da epidemiologia de risco como disciplina, o relatório deu uma nova condição aos chefes do PHS após Terry: eles se tornaram, por meio da mídia, uma das autoridades de maior relevância nos EUA. Muitos dos resultados de pesquisas desenvolvidas no interior do PHS, principalmente sobre fumo e doenças associadas, chegavam a população por meio de pronunciamentos desta autoridade.

Enfim, definiu-se assim o cigarro como principal fator de origem do câncer de pulmão. As primeiras respostas políticas vieram em 1965, com o recolhimento de contribuição sobre o fumo no sentido de promover ações educativas de alerta sobre os perigos do hábito de fumar. Sensibilizados pelo pronunciamento de Terry, os legisladores aprovaram a Lei Federal de Propaganda e Rótulos de Cigarros, obrigando as embalagens de produtos derivados do tabaco portarem a seguinte advertência: “Cuidado: fumar pode ser

prejudicial a Saúde”. Segundo Brandt, esta advertência se mostrou falha frente ao que Terry tinha declarado, pois ainda colocava em dúvida a declaração, além de não explicitar com clareza que males seriam esses. Para o autor, isso era produto da influência do lobby do tabaco em Washington, e também da incapacidade de alguns legisladores em interpretar as descobertas científicas.⁴⁴

Brandt prossegue sua análise até a década de 1980, mostrando o aperfeiçoamento das leis, o fortalecimento do movimento antitabagista e de outros movimentos da saúde embasados na questão do risco à saúde proporcionado por alguns comportamentos, e a diminuição gradativa de ações de grupos ligados às companhias do tabaco, e bem como dos estados sulistas norte-americanos. Entretanto, ele observa que, mesmo reconhecendo a relação tabagismo-câncer do pulmão, os estados norte-americanos e o governo federal não deixaram de subsidiar a produção do tabaco, voltada principalmente para a exportação. O tabaco continua sendo importante fonte de rendas aos cofres do tesouro norte-americano e importante questão para aqueles que concorrem a presidência dos EUA. Sobre esta posição do governo norte-americano, Klein tece o seguinte comentário: “a América pode promover a venda de seus cigarros no exterior, envenenando o terceiro mundo, mas não deve apoiar o prejuízo da saúde e bem-estar de nossa minoria pobre”.⁴⁵ Algumas questões expostas pelo cenário norte-americano reapareceram no quadro inglês, como veremos a seguir, através da análise da historiadora inglesa Virgínia Berridge.

⁴⁴ No Brasil, em 1988, estratégia semelhante foi usada pelas companhias do tabaco, quando de seu acordo com o poder público para o lançamento de rótulos de advertência em seus produtos (CAVALCANTE, 2004).

⁴⁵ KLEIN, Richard, 1997, p. 240.

2.3. RECONSTRUINDO O CENÁRIO INGLÊS DA CONTROVÉRSIA PELA ANÁLISE DE VIRGÍNIA BERRIDGE

Paralelamente e com conexões ao processo analisado por Brandt, Parascandola e Kluger, a controvérsia das pesquisas epidemiológicas relacionando fumo e câncer do pulmão tomaram cena na Inglaterra, ainda na década de 1950. Este processo foi acompanhado pela historiadora da saúde Virginia Berridge em vários de seus trabalhos, dos quais daremos maior ênfase ao primeiro capítulo do livro *Marketing health: smoking and the discourse of public health, 1945-2000* (2007), intitulado *Public Health in the 1950's: the watershed of smoking and lung cancer*.

Como a obra de Brandt para os EUA, Berridge inicia a sua análise para o contexto inglês focando as décadas de 1950 e 1960, observando que dúvidas “pairavam no ar” sobre o aumento apontado pelas estatísticas para o câncer, sobretudo o de pulmão, entre as comunidades médica, de estatísticos e da saúde pública na Inglaterra. Alguns chegaram mesmo a acreditar que fosse por conta da melhoria do diagnóstico – graças ao recurso do raio-x e avanços em procedimentos de registro e diagnóstico médico. Outros acreditavam que este aumento dos casos de câncer e a conseqüente mudança nos padrões de adoecimento estariam ligados ao aumento da poluição do ar pelo avanço da industrialização, às condições de trabalho em torno do manejo de produtos químicos, e, por fim, ao aumento de hábitos, como o de fumar. Em 1947, Ernest Kennaway, professor de patologia experimental do Instituto Chester Beatty, em Londres, publicou um estudo proveniente de observações estatísticas feitas ao longo da década de 1930, aludindo a participação do tabagismo na origem do câncer de pulmão. Entretanto, o estudo teve pouco impacto, pois, como vimos anteriormente, a estatística não se mostrava ferramenta

legitimada e autônoma para a formulação de provas científicas que determinassem possíveis agentes etiológicos das doenças.

Estudos de laboratório também apontavam para um papel desempenhado pelo tabagismo no surgimento de tumores no pulmão. Porém uma pergunta continuava sem resposta: como explicar o fato de pessoas que não fumam contraírem o câncer de pulmão? A solução dessa questão veio a partir da década de 1950, por meio de estudos e desenvolvimentos da epidemiologia, que passou a trabalhar com o conceito de “risco a longo prazo”. Além disso, também foi contestada a unicausalidade das doenças, como propunha o modelo biomédico dominado pelos postulados de Koch, voltados exclusivamente para as doenças infecto-contagiosas e parasitárias. Essa controvérsia foi superada no interior do Conselho de Pesquisa Médica (MRC) e no Ministério da Saúde (MH) inglês, envolvendo também o Parlamento, a Companhia Imperial do Tabaco e órgãos estatais ligados ao tesouro nacional (BERRIDGE, 2006, 2007).

Em 1950, um estudo retrospectivo dos professores de estatística Austin Bradford Hill e Richard Doll, da London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), foi publicado no *British Medical Journal (BMJ)* concluindo que o câncer de pulmão estava associado ao hábito de fumar, e que este era o mais importante dos fatores associados a esse tipo de câncer⁴⁶. A autora também afirma que Doll e Hill foram contestados pelo fato de existirem desconfianças sobre a possibilidade de exageros nos dados fornecidos por parentes das vítimas de câncer do pulmão. Diante disso, os dois estudiosos iniciaram uma nova pesquisa em outubro de 1951, utilizando a metodologia de estudo de caso-controle prospectivo:

⁴⁶ Berridge (2007) nos lembra que no mesmo ano os pesquisadores Wynder e Graham nos EUA chegaram a resultados semelhantes. Entretanto, devido as dificuldades de comunicação entre as comunidades de cientistas norte-americana e inglesa, Doll e Hill não tiveram acesso naquele momento a esses dados.

Distribuiu-se um questionário a todos médicos (59.600) do Reino Unido, constando do seguinte: além das informações fundamentais comuns a todos os questionários sobre saúde, perguntou-se também se era fumante no momento; se nunca fumou ou nunca fumou com regularidade (definindo um cigarro diário ou seu equivalente em cachimbo ou charuto durante o máximo de um ano); idade em que começou a fumar; quantidade de cigarros ou gramas diários de tabaco; se fuma só cachimbo ou charutos ou se associa com cigarros; ao ex-fumante perguntou-se adicionalmente quando deixou de fumar, a modalidade de fumar e quantos fumava diariamente. Um segundo questionário foi distribuído em 1º de novembro de 1958, acrescido de perguntas sobre o uso, e o intervalo decorrido, de cigarros, cachimbo e charuto, e o modo de tragar. Avaliou-se assim a existência de médicos que não fumavam antes e passaram a fumar, assim como os que deixaram de fumar após o primeiro questionário; 75% dos médicos não tinham mudado seu hábito em relação ao fumo, apenas 3% dos abstêmios passaram a fumar e 19% dos fumantes deixaram de fumar. Todos esses dados foram reajustados para a análise final.⁴⁷

Em 1956, os pesquisadores emitiram um relatório sobre o trabalho e concluíram que o número de mortes por câncer de pulmão havia aumentado, como também crescia a quantidade de fumantes. No que dizia respeito aos não fumantes e aqueles que abandonavam o fumo, poucas mortes de câncer de pulmão foram registradas. Observou-se também que não havia diferenças significativas entre os meios rural e urbano, o que descartava assim o peso de variáveis como poluição e saúde ocupacional em relação à doença. Ou seja, o estudo prospectivo de acompanhamento confirmou o estudo retrospectivo divulgado em 1950 pelos autores. Conforme Berridge, os resultados surpreenderam até a Doll e Hill, que inicialmente não esperavam confirmar a existência da relação (BERRIDGE, 2007).

Pesquisas, como a de Doll e Hill, tiveram implicações na estruturação da saúde pública na Inglaterra, pois confirmavam a emergência entre a população de doenças cuja etiologia ainda era desconhecida e indicavam a queda de casos de doenças, como

⁴⁷ ROSEMBERG, 1987, p. 32.

tuberculose e difteria. Este quadro poderia aumentar a demanda por serviços relacionados a estas novas doenças como da mesma maneira que dos gastos sobre serviços de bem-estar social em governos locais, o que levaria a novas funções na organização do Serviço Nacional de Saúde (NHS) e a ações dos Departamentos Médicos de Saúde Locais (MOH). O comportamento individual passou a estar no centro das atenções dos estudos e foi observado, a partir de então, por uma análise epidemiológica cada vez mais quantitativa, deixando para trás abordagens qualitativas, preocupadas com o impacto da desigualdade social sobre a população.

O estudo de Doll e Hill contribuiu para o refinamento da análise epidemiológica ao desenvolver ferramentas que possibilitassem uma melhor apreciação de grandes contingentes populacionais e a adoção de estudos de caso-controle e prospectivo. Esses pesquisadores também introduziram o conceito de “risco relativo” ao estabelecer uma possível relação entre fumo e câncer de pulmão. Porém, esses desenvolvimentos não passaram sem controvérsias com cientistas de laboratório ou com alguns grupos de estatísticos.

Entre os opositores que mais se destacaram aos estudos de Hill e Doll estava o estatístico Ronald Fisher. Fisher, que fora criticado por colaborar em pesquisas do Comitê Permanente dos Produtores de Tabaco, fundado em 1956, não concordava que a correlação estatística devesse ser tomada como prova de causa. Berridge afirma que ele subordinava a explicação estatística às condições hereditárias, o que era ainda tradicional na comunidade estatística inglesa⁴⁸. Segundo Fletcher (1963), Fisher também pensava que o aumento do

⁴⁸ Este aspecto da estatística inglesa pode ser bem observado na análise que Fletcher faz da teoria de Fisher sobre o aparecimento de câncer do pulmão em fumantes: “Uma outra teoria que surgiu, a mais séria, foi alimentada, entre outros, pelo último Sir Ronald Fisher, o eminente estatístico. Assim ele pôs a hipótese do desejo de fumar ser hereditário e aqueles que herdaram este desejo, herdaram também as possibilidades de

número de casos de câncer do pulmão estaria ligado ao aumento da poluição atmosférica. Inversamente a Hill e Doll, que acreditavam que a população deveria ser desencorajada do fumo pelas autoridades públicas, ele apoiava a idéia de que cabia a cada um tirar suas conclusões frente aos dados estatísticos. O encerramento dessa controvérsia em favor da hipótese causal só viria definitivamente através dos postulados de Hill em 1965. Naquele ano, ele ocupou o cargo de presidente da Seção de Saúde Ocupacional da Sociedade Real de Medicina, e formalizou linhas de direção para as pesquisas dedicadas a inferência causal das doenças (BERRIDGE, 2007).

Outra questão que se apresentou como dificuldade para a confirmação da relação fumo-câncer do pulmão era a aceitação por parte das autoridades estatais, pois “na Inglaterra, políticos e burocratas da administração central do Estado estavam diretamente envolvidos em pronunciamentos sobre ciência, e necessitavam convencimento” (BERRIDGE, 2007, p. 36). Neste sentido, Berridge mostra ao longo de seu texto que pronunciamentos do Ministro da Saúde eram feitos de maneira contida, hesitante, influenciados por interesses econômicos ligados aos impostos arrecadados com o fumo, o que fica bem explícito na seguinte passagem:

Em fevereiro de 1954, Macleod, ministro da Saúde, fez um pronunciamento para a câmara dos comuns reforçando a posição do Conselho Administrativo Permanente do Câncer (Cancer SAC). Este pronunciamento foi feito, com Herbert Brittain, funcionário do Tesouro Nacional, recomendando que a linguagem usada não ameaçasse ou bloqueasse de maneira alguma o ponto de vista da receita. Macleod comentou, com vivo cinismo, em uma carta para Boyd Carpenter do

cancro pulmonar. Sabe-se que o vício do tabaco é determinado por hereditariedade, visto que foi já apurado que os hábitos do fumo em gêmeos possuidores de uma mesma constituição são mais afins do que os verificados em falsos gêmeos ou simples irmãos. Ainda que não haja qualquer tendência hereditária na maior parte das variadas formas de cancro, acontece, no entanto, que é possível o cancro pulmonar ser hereditário, observando-se o que acontece em algumas famílias. À luz de tal teoria poder-se-ia explicar o fato de em pessoas que desistem de fumar haver um número menor de mortes do que naquelas que continuam a fumar, porque se consideram os primeiros como hereditários intermediários em relação às duas espécies distintas de fumadores” (FLETCHER, 1963, p. 19-20).

Tesouro em janeiro de 1954, ‘nós todos sabemos que o Welfare State, e muito mais, é baseado sobre o fumo do tabaco.’⁴⁹

O Câncer SAC recomendava o alerta para os jovens sobre o risco do fumo. Entretanto, nada foi feito, uma vez que Macleod acreditava que novas pesquisas deviam ser feitas para a produção de dados mais contundentes. Essa posição expressa através do pronunciamento foi bem aceita não somente pelos funcionários do Tesouro Nacional, como também pelos parlamentares, cujas opiniões variavam do temor do aumento de gastos com a saúde pública por conta de um possível estímulo a “câncerfobia”, e do temor eleitoral por conta de medidas contra um hábito considerado popular, à desqualificação das pesquisas, vistas como provenientes da estatística e não da medicina. Além disso, também reafirmavam a dúvida existente entre a preponderância do fumo ou da poluição do ar sobre a elevação das taxas de câncer do pulmão. Em relação à receita proveniente da indústria do tabaco, ela representava 16% da receita total na década de 1950, e a possibilidade da confirmação da relação fumo-câncer do pulmão levava ao temor da queda da arrecadação pelo governo (BERRIDGE, 2006, 2007). Como mostra Berridge, ao vislumbrarmos o papel da receita sobre as contas do governo central inglês, torna-se importante ponderar sobre a posição da indústria de tabaco nesse país e suas relações com o Estado.

Parceira antiga do Estado inglês, a Companhia Imperial do Tabaco passara por intervenção do governo ao longo da Segunda Guerra Mundial, pois o tabaco foi considerado produto estratégico nessa época, levando a políticas de racionamento e recolhimento do produto, devido a sua importância aos cofres públicos. Após a guerra, a facilidade de acessos da companhia aos órgãos estatais se manteria estável, o que era bem diferente, por exemplo, da relação estabelecida pelas similares norte-americanas, que

⁴⁹ BERRIDGE, 2007, p. 42.

estavam distantes do governo central e se concentravam em investimentos de marketing e propaganda para desqualificar as pesquisas naquele país.

Em meio a divulgação dos resultados das pesquisas na década de 1950, a companhia adotou duas estratégias: no primeiro momento, após a divulgação do segundo relatório da pesquisa de Doll e Hill em dezembro de 1952, seus administradores apresentaram suas opiniões para o Câncer SAC, procurando rebater os resultados e questionando a consistência do método utilizado, a objetividade da pesquisa e a falta de provas patológicas que indicassem a existência de um período de incubação da doença. Essas dúvidas pairavam também sobre os órgãos ligados ao Ministério da Saúde e eram alimentadas por controvérsias ainda não resolvidas sobre os métodos entre estatísticos e biometristas, como já vimos acima. Em 1953, acreditando que caberia ao Estado produzir estes relatórios na busca de um produto mais saudável, a Comitê Consultivo do Tabaco, formado pelas principais companhias, ofereceu um patrocínio de 250 mil libras a pesquisas ao Conselho de Pesquisas Médicas. Propunha-se o desenvolvimento de estudos pelo período de sete anos para identificar substâncias danosas a saúde e removê-las, visando a produção de cigarros e outros derivados do tabaco mais saudáveis. Entretanto, como nos relata o Dr. C. C. Little, do TIRC dos EUA, o comitê “não tinha nenhum conhecimento de tudo o que estava sendo pesquisado com o seu financiamento no MRC, não procurando conduzir o curso da pesquisa” (BERRIDGE, 2007, p. 41). Em 1962, passados os sete anos de financiamento das pesquisas ao MRC, o Conselho de Pesquisa do Tabaco não renovou o compromisso e abriu seus próprios laboratórios em Harrogate (BERRIDGE, 2007).

Além dessas questões que retardavam uma resposta segura do Estado inglês, uma outra considerava-se importante: como educar as pessoas sobre o hábito, ou, como promover campanhas advertindo-as dos malefícios? Sem dúvida, as políticas de educação

em saúde até aquele momento se preocupavam exclusivamente em alertar a população quanto as doenças infecto-contagiosas e parasitárias, e tinham como alvo privilegiado mulheres e crianças. Diferentemente das doenças crônico-degenerativas, essas doenças já tinham sua etiologia e terapêutica bem conhecidas. E mais, doenças como o câncer de pulmão, ao persistirem os resultados dos estudos epidemiológicos, teriam suas campanhas voltadas para homens, público muito diferente daquelas desenvolvidas à época. O governo central não desejava assumir a condição de promover esses alertas, pois poderia criar um medo infundado de câncer na população, levando-a a demandar serviços de saúde complexos e caros. Somava-se a isso o fato de que muitas autoridades estatais acreditavam que o abandono do hábito de fumar dizia respeito a uma decisão individual (BERRIDGE, 2005, 2007). Na realidade, essa opinião também era compartilhada pelo campo médico, no qual muitos livretos circulavam no sentido de ajudar ao fumante a abandonar o hábito. Nesses livretos e em artigos que circulavam na época, o fumo não era visto como uma doença, podendo sim produzir pequenos e transitórios malefícios à saúde. Mesmo nesse cenário desfavorável, Berridge observa que modestas campanhas locais foram iniciadas na Inglaterra na década de 1950.

A posição do Estado começou a mudar na década de 1960, e um dos motivadores para isso seria o Relatório “Fumo e Saúde” do Royal College of Physicians (RCP) em 1962, amplamente divulgado no mundo. Matéria publicada na revista *Seleções* em julho daquele ano no Brasil, assim caracterizou o trabalho:

Fumo e Saúde [...] é talvez o que tem maior abundância de fatos, apoiando-se em mais de 200 citações de fontes científicas e escrito em linguagem tão clara que pode ser compreendido tanto pelo leitor como pelo médico (além de ter sido amplamente resumido na imprensa inglesa, Fumo e Saúde vendeu os primeiros 15.000 exemplares no dia da sua

publicação e desde então vem ocupando os primeiros lugares na lista de vendas.⁵⁰

Segundo o artigo, o relatório trazia algumas importantes conclusões sobre o tema:

O relatório do Real Colégio afirmou de maneira inequívoca: Fumar cigarros é uma causa de câncer do pulmão e bronquite, contribuindo provavelmente para a evolução de doenças cardíacas das coronárias e várias doenças menos comuns. Fumantes de cigarros correm o maior risco de morrer dessas doenças, sendo o maior risco para os fumantes inveterados. As numerosas mortes em consequência dessas doenças representam um desafio à Medicina; tanto quanto dependem do fumo é possível exercer ação preventiva sobre elas.⁵¹

Frente a esse diagnóstico, o documento recomendou um programa de ações preventivas voltadas aos indivíduos, sugerindo diversas às instâncias governamentais,

mais educação pública, especialmente dos colegiais, a respeito dos riscos do fumo [...] Restrições mais eficazes à venda do fumo à crianças [...] Restrições maiores ao uso do fumo em lugares públicos. Elevação dos impostos sobre cigarros e talvez redução dos impostos sobre fumo de cachimbo e charutos. Desde que a eficiência dos filtros é variável, seria de desejar que fossem examinados por alguma repartição oficial, sendo os resultados desse exame indicados no maço.⁵²

Segundo Berridge (2007B), além de confirmar a relação fumo-câncer do pulmão, o relatório foi o primeiro a recomendar ações preventivas em relação ao fumo, assim como a possibilitar um maior espaço de fala aos médicos em torno de questões individuais da saúde, ajudando a moldar uma nova saúde pública baseada no risco apresentado por determinados hábitos. O documento também sinalizou o advento de uma medicina que produzia dados que seriam aplicados nas ações da saúde pública por meio de

⁵⁰ MILLER, Lois Mattox. Cigarro e Câncer do Pulmão: O que se sabe de novo. *Seleções do Reader's Digest*, v. 42, n. 246, jul. 1962, p. 39. .

⁵¹ MILLER, 1962, p. 35-36.

⁵² MILLER, 1962, p. 40.

investigações sociais baseadas em estatísticas associadas a exames laboratoriais e patológicos.

O relatório levou a debates dentro do parlamento inglês e do MH. De imediato, o documento pouco fez no sentido de produzir ações voltadas a advertências em relação aos riscos do fumo, como podemos verificar na fala do Ministro da Saúde, Enoch Powell, à Câmara dos Comuns em 1962: O governo [...] reconhece que isso demonstra com autoridade e de maneira indiscutível a relação de causa existente entre fumo e o câncer dos pulmões, bem como os perigos mais generalizados para a saúde. [...] As sugestões do relatório estão sendo examinadas pelo governo (MILLER, 1962, p. 40).

Em consequência da divulgação do relatório, um grupo consultivo do MH foi formado para debater o assunto e, naquele ano, foram oferecidos às autoridades de saúde locais pôsteres com gráficos e com imagens voltados à orientação a população, principalmente adolescentes, com o intuito de ponderar possíveis riscos antes de iniciar o hábito de fumar. Começava assim, de maneira tímida, a intervenção do governo central inglês, baseado na relação fumo-câncer de pulmão. Desta forma, por mais tímida que fosse essa primeira ação, ela indicou importantes características que seguiram as campanhas posteriores: legitimou a relação fumo-câncer do pulmão como assunto da saúde pública; legitimou os estudos epidemiológicos voltados aos riscos ocasionados por hábitos/comportamentos e suas relações com as doenças crônico-degenerativas; fortaleceu o discurso de movimentos antitabagistas, principalmente os relacionados a Sociedade de Temperança Britânica, além de ter se tornado ponto de partida das mudanças operadas na relação Estado-companhias do tabaco na Inglaterra. Assim, estava consolidado assim o coletivo de pensamento ligado à epidemiologia de risco, que teria como principal bandeira a relação fumo-câncer do pulmão.

Em síntese, para Berridge, a história do processo de construção de uma resposta política inglesa aos resultados dos estudos epidemiológicos envolvendo fumo e câncer do pulmão, se insere em um quadro no qual é importante o entendimento de como o conhecimento científico pode informar a política no que se refere à saúde e meio-ambiente. Para isso, a autora utilizou uma abordagem que contemplasse as redes formadas, no sentido de avaliar a relação ciência-política-sociedade, e considerou os acontecimentos, a complexidade, as mudanças e permanências ao longo do processo observado.

Interromperemos aqui essa história para nos voltarmos ao cenário brasileiro na época em que chegaram os resultados dessas pesquisas, procurando perceber as bases do discurso antitabagista brasileiro, a forma como esses resultados foram apropriados no país e quais foram os principais veículos divulgadores. Observaremos também, de maneira breve, qual o quadro de políticas de saúde pública no Brasil na época e procuraremos ver de que modo eram tratados os assuntos relativos às doenças crônico-degenerativas, tomando como exemplo a situação das políticas de câncer no país. Enfim, o acompanhamento do processo retratado pela historiografia internacional de como se deu a emergência de políticas de saúde pública voltadas aos malefícios do tabagismo, nos fornece um quadro de variáveis que contribuem para pensarmos a temática na realidade brasileira.

CAPÍTULO II

O DEBATE TABAGISMO-CÂNCER PULMONAR NO BRASIL: DA DIVULGAÇÃO A MOBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE MÉDICA

Terão os médicos o direito de desconhecer quais as substâncias nocivas ao organismo humano e furtar-se ao dever de esclarecer devidamente os que se socorrem dos seus serviços e dos seus conselhos? Quer nos parecer que não. [...] Aos médicos cabe essa missão de esclarecimento, que tem grande alcance, no sentido de advertir a mocidade dos perigos do tabagismo, para tanto deveriam dar o bom exemplo – não fumando. Destarte, teriam a necessária autoridade moral para participar da campanha antitabágica. Antônio Carlos Pacheco e Silva (PACHECO E SILVA, 1972, p. 13).

2.1. DEMOCRACIA E SAÚDE A SERVIÇO DO DESENVOLVIMENTO (DÉCADAS DE 1950-1960).

- AINDA AS PESTES...

Enquanto na década de 1950, num cenário político marcado pela emergência do *welfare state*, os países desenvolvidos se voltaram para a elaboração de políticas públicas focadas nas doenças crônico-degenerativas, no Brasil, as doenças infecto-contagiosas e parasitárias continuavam a tirar a tranquilidade da população e das autoridades médico-sanitárias:

Conforme afirma o eminente sanitarista brasileiro, Dr. Marcolino Candau que, para júbilo nosso, preside a Organização Mundial de Saúde, (sic) pela segunda vez, em muitos países morre-se hoje mais de acidentes de que propriamente de doenças. [...] Mas, senhor presidente, quando o grosso do obituário de um país se faz, justamente, naquela faixa da população que não atingiu ainda a idade madura, interrompendo-se o fio da existência em plena produtividade, como é o caso do Brasil, onde o maior obituário se situa precisamente no grupo etário que vai dos 20 aos 49 anos, a morte prematura pode e deve ser considerada como um acidente e dos mais lamentáveis.

Não vejo como se possa conceituar de outra forma as desastrosas conseqüências, não só dos nossos altos coeficientes de incidência, prevalência e mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, como nossos vergonhosos índices de mortalidade infantil, só comparáveis aos que ocorrem nas mais atrasadas regiões da África (Discurso pronunciado

no Senado Federal pelo médico e senador Reginaldo Fernandes, em celebração do Dia Mundial da Saúde em 1961).⁵³

Tais preocupações estavam inseridas em um ambiente político nacional marcado por governos eleitos pelo voto até 1964, caracterizado como “experiência democrática” ou “redemocratização” (FAUSTO, 2001; FICO, 2000). O tom democrático ficou por conta do processo eleitoral direto, da emergência política das massas e do pluripartidarismo. A prática política continuava a privilegiar o desenvolvimento econômico nacional, como solução dos problemas relacionados ao atraso do país. Para isso, era fundamental o investimento de capitais estatal e externo sobre a produção de bens de consumo duráveis e pesados, conforme assinalam Risi Júnior e Nogueira,

os bens de consumo não duráveis, que, em 1919, perfaziam 76% da produção industrial, caíram para 53%, em 1959, enquanto os bens intermediários passaram de 22% para 34%. Ampliou-se a criação de empregos urbanos, que já representavam 45% do total da população, em 1960.⁵⁴

A manutenção desse modelo de desenvolvimento continuou a depender, no plano das relações políticas e sociais, da conjugação por parte do Estado de interesses das oligarquias interioranas, da emergente burguesia industrial e dos representantes dos trabalhadores, principalmente urbanos, como parte da agenda política no período compreendido entre 1945 e 1964. O Estado atraiu para si a responsabilidade de árbitro dos conflitos sociais, no sentido de proporcionar campo fértil para o desenvolvimento econômico, principalmente o focalizado na indústria (FICO, 2000).

Além do aumento da participação política, o fenômeno de massas neste período nos remete também ao crescimento da população brasileira, que saltou de 30 milhões de

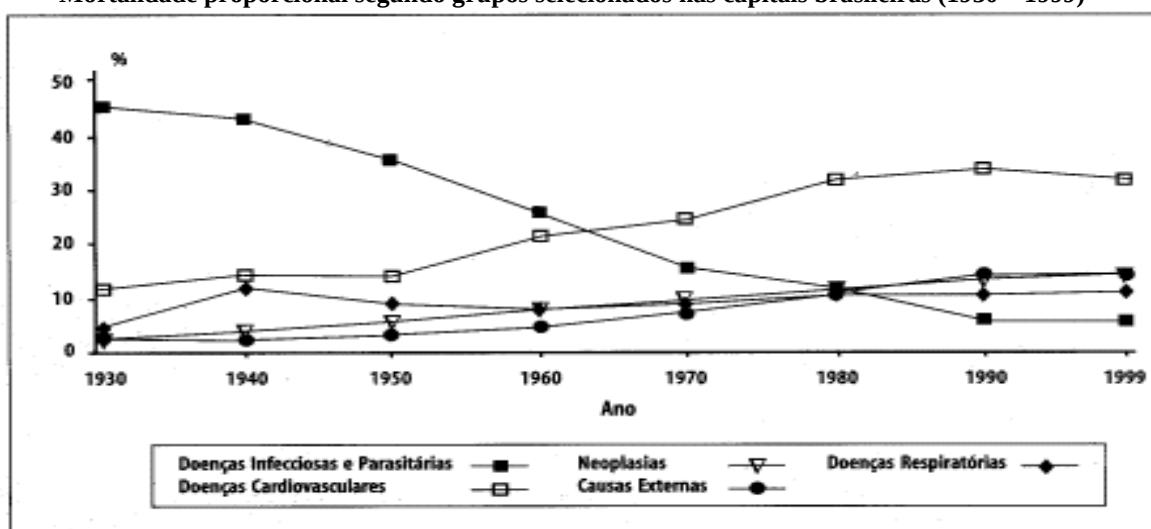
⁵³ FERNANDES, Reginaldo. Conjuntura Epidemiológica Brasileira. *JBM*, v. 4, n. 4, abr. 1961, p. 532.

⁵⁴ RISI JÚNIOR, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos. As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (coord.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

pessoas em 1920, para mais de 41 milhões na década de 1940 (FICO, 2000). Já na década de 1950, a taxa de crescimento populacional alcançaria o aumento médio de 3% ao ano, ocasionando um acréscimo populacional na ordem de 34,9%. Muito disso se deve ao processo de queda da mortalidade e à manutenção de altas taxas de fecundidade (RISI JÚNIOR e NOGUEIRA, 2002). A maior parte dessa população continuava reunida no meio rural, apesar do aumento considerável da concentração populacional nos centros urbanos, sobretudo nas capitais de estados e nos pólos industriais.

Porém, a população brasileira, principalmente a parcela que residia no campo, continuava a enfrentar velhos problemas sanitários, como as doenças infecto-contagiosas, parasitárias e epidêmicas, bem como a falta de estrutura local relacionada à saúde. Tal situação é evidenciada abaixo, ao verificarmos a prevalência dessas doenças no quadro nosológico brasileiro entre as décadas de 1930 e 1950. Somente em meados da década de 1960, a morte causada por doenças infecto-contagiosas deixaria o primeiro posto para as doenças cardiovasculares no quadro de mortalidade proporcional, embora permanecendo em segundo lugar até meados da década de 1980.

Mortalidade proporcional segundo grupos selecionados nas capitais brasileiras (1930 – 1999)



Fonte: CARMO et al. 2003

Ao longo do período de 1945/1964, diversas propostas foram implementadas pelo Estado visando solucionar esses problemas, pois a saúde era percebida como um importante componente do desenvolvimento econômico e social do país. Esta preocupação foi uma constante nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e nos pronunciamentos de presidentes e ministros (LIMA et al, 2005).⁵⁵ Este posicionamento era respaldado por orientações de organismos internacionais como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS). Acreditava-se que a melhoria da saúde da população resultava em melhores índices de desenvolvimento econômico e a conseqüente superação do subdesenvolvimento (CAMPOS, 2006; LIMA, 2002; LIMA et al, 2005; LOWY, 2006). Tencionava-se com isso a elevação dos padrões de bem-estar e saúde da população dos países mais pobres a índices mais próximos aos dos países desenvolvidos. Este pensamento era subsidiado pelos avanços da medicina e da ciência no combate às doenças infecto-contagiosas, principalmente as tropicais:

Ainda não faz muito tempo sr. Presidente, outro eminente sanitaria brasileiro, com a responsabilidade que lhe confere a alta investidura de diretor da Organização Mundial de Saúde, declarava a emergência de um medicamento barato e de fácil obtenção e aquisição comercial conhecido pela designação de isoniazina [que] pusera a luta contra a tuberculose ao alcance de todos os países, quer fôssem eles ricos ou pobres. Por extensão poderíamos aplicar esse mesmo raciocínio ao campo das doenças infecciosas e parasitárias dizendo que o advento dos modernos antibióticos e quimioterápicos, dos pesticidas e dos inseticidas de ação tóxica residual evidenciou a obsolência do critério que, no domínio das atividades sanitárias, insiste em discriminar entre estruturas econômicas subdesenvolvidas e desenvolvidas.⁵⁶

⁵⁵ As primeiras CNS tinham como maior foco a reflexão em torno da elaboração de campanhas sanitárias contra as grandes epidemias, porém, havendo destaques para determinadas doenças: a tuberculose e a hanseníase em 1941 e a malária em 1950. Reforçou-se também a preocupação com o alargamento de assistência médica sanitária e preventiva às gestantes, crianças e aos trabalhadores, para o melhor desenvolvimento nacional, o que ficou bem explícito na terceira CNS em 1963 (ESCOREL & BLOCH, 2005).

⁵⁶ FERNANDES, 1961, p. 534.

Essa ideologia que relacionava saúde e desenvolvimento influenciou a reestruturação de espaços institucionais da saúde pública brasileira do período, tendo, como exemplos, a implantação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) na década de 1940, com o auxílio da Fundação Rockefeller, e a criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953 e do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) em 1956.

Entre as campanhas destinadas às doenças infecto-contagiosas, destacaram-se nesse período aquelas dedicadas à malária e a varíola, ambas apoiadas por orientações da OMS e da OPAS no sentido de extinguir males que eram considerados como obstáculos para o desenvolvimento de países como o Brasil. Aderindo ao projeto de erradicação global da malária da OMS, o governo brasileiro instituiu em 1958 a Campanha de Erradicação da Malária, que se estendeu até 1970, sob a liderança de quadros do DNERu. O ano de 1958 também marcou a participação do Brasil em um esforço continental sob liderança da OPAS no sentido de erradicar a varíola, que seria ainda endêmica no país na década de 1960. Com o apoio técnico e logístico da OPAS/OMS, a doença foi considerada erradicada em território nacional em 1973 (RISI JÚNIOR e NOGUEIRA, 2002).

Na década de 1960, a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) organizou campanhas contra a poliomielite, que havia se disseminado pelo interior brasileiro na década anterior. Em 1971, a doença passou a contar com um plano nacional de controle. Entretanto, somente na década de 1980 a poliomielite teve de fato um sistema de controle eficaz. Já a febre amarela, que era dada como erradicada no território brasileiro em 1955, voltou a preocupar as autoridades sanitárias na década de 1960, com a ocorrência de focos nas cidades de Belém (PA) e na ilha de São Luiz (MA). A hanseníase era outra doença a ganhar uma campanha nacional em 1959, que tinha entre seus objetivos a

expansão da rede de dispensários responsáveis pelo tratamento dos infectados (RISI JÚNIOR e NOGUEIRA, 2002).

De maneira geral, ao vislumbrarmos essas doenças, chama a atenção a pobreza de dados estatísticos nacionais em relação à contagem dos casos no país, uma vez que a notificação e registro dos mesmos eram precários. Tal situação mudou apenas em 1968, quando a Fundação SESP criou o Centro de Investigações Epidemiológicas, atendendo às orientações da 21ª. Assembléia Mundial de Saúde da OMS, que tinha como tema a vigilância epidemiológica. Mesmo assim, “até 1974, a maioria dos estados apenas notificavam os casos, [não havendo] vigilância ativa e sistemática, investigação dos casos notificados, diagnóstico laboratorial, e tampouco outras atividades essenciais” (CAMPOS, NASCIMENTO, MARANHÃO, 2003, p. 591). Em 1975 essas deficiências foram sanadas com a formação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica pela própria Fundação SESP e com a implantação o Sistema Nacional de Saúde. Ambos continuavam a ter como foco principal a erradicação de doenças infecto-contagiosas e parasitárias. Os casos de doenças crônico-degenerativas continuavam ainda pouco contabilizados, ou eram objeto de estudos individuais, como, por exemplo, o câncer do pulmão.⁵⁷ Além disso, sendo caracterizadas como doenças urbanas e do desenvolvimento, estavam sob responsabilidade da assistência médico-hospitalar, que era mantida por recursos oriundos do sistema previdenciário da época e dominada por interesses privados. Portanto, o Estado não assumia a responsabilidade de tratamento dessas doenças, disponibilizando poucos recursos para campanhas preventivas, como veremos a seguir em relação ao câncer.

⁵⁷ Cf. MIRRA, Antônio Pedro. *Registros de câncer no Brasil e sua história*. São Paulo: Tomgraf Editora, 2005. Disponível em: <http://hygeia.fsp.usp.br/rcsp/registros%20e%20historia.pdf>. Acesso em: 04/12/2006. TEIXEIRA, Jesse. Notas sobre a epidemiologia do câncer do pulmão. *RBM*, v. XX, n. 8, p. 451-453, ago. 1963.

• **O CANCER NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE ENTRE AS DÉCADAS DE 1940 E 1960**

Doença individual, misteriosa e insidiosa, o câncer ainda não exigira das autoridades públicas brasileiras grandes investimentos até aquele momento.⁵⁸ O alto índice da mortalidade infantil pelas doenças infecciosas, consideradas “doenças do atraso”, e a baixa esperança de vida, eram, sem dúvida, justificativas plausíveis para o baixo investimento estatal no tratamento das doenças crônico-degenerativas. Em suma, as pestes eram uma questão nacional, já as doenças crônico-degenerativas estavam confinadas às ilhas de desenvolvimento no país:

Na região centro-sul, particularmente nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, lá o panorama médico sanitário começa a adquirir os contornos próprios àquelas estruturas econômicas amadurecidas. Em ambas essas [sic] cidades, ao contrário do que ocorre com as demais capitais brasileiras, são as doenças crônico-degenerativas, particularmente as cardiovasculares, e não as infecciosas e parasitárias que dominam o quadro nosológico. O câncer, no Rio, como em São Paulo, ocupa já o terceiro lugar no obituário geral. A vida média em São Paulo que alcança pouco mais de 50 anos até há bem pouco, vai atingindo, ultimamente, a quase 60 anos, índice de expectativa de vida francamente compatível com os ambientes sociais de países altamente industrializados.⁵⁹

Apesar do quadro desfavorável à formulação de políticas públicas em torno do câncer no Brasil, a doença vinha preocupando autoridades médicas brasileiras desde o início do século XX, que tentavam junto ao Estado a implantação de uma campanha nacional e a instalação de um hospital para o seu tratamento.⁶⁰ Em 1941, por meio do

⁵⁸ No Brasil da década de 1920, o canceroso, assim como os acometidos por hanseníase, tuberculose, tracoma e elefantíase, tinha como tratamento o isolamento residencial ou em dispensários, como previa o Decreto nº 4625, de 31 de dezembro de 1922, para o exercício de 1923 (CARVALHO, 2006).

⁵⁹ FERNANDES, 1961, p. 533.

⁶⁰ Segundo Fénelon e Almeida (2001), com a implantação em 1920 do Instituto do Rádium, Belo Horizonte foi a primeira cidade brasileira a ter um centro de combate à doença. Em relação ao Rio de Janeiro, capital brasileira da época, a luta pela instalação de um centro, que seria referência nacional no tratamento à doença, teve início em 1922, quando surgiu o projeto do Hospital Oswaldo Cruz (HCFOC). Porém, diante de empecilhos, principalmente políticos, colocados, entre outros, pelo próprio Estado, o projeto não saiu do

decreto-lei nº 3643, de 23 de setembro, foi criado o Serviço Nacional do Câncer (SNC), estando integrado ao Departamento Nacional de Saúde (DNS). Porém, a criação do SNC não significou a inserção efetiva da doença na pauta de questões de saúde pública. Foram muitas as dificuldades enfrentadas por esse órgão: a luta pela instalação de uma sede que contemplasse tratamento e pesquisa, o que foi provisoriamente resolvido em 1957 com a inauguração do Instituto Nacional do Câncer (INC, atual INCa) que, ainda assim, viveria dias difíceis no final da década de 1960; a luta pela articulação de uma campanha nacional que envolvesse os níveis federal, estadual e local; a ausência de uma dotação orçamentária fixa para as campanhas e para outros serviços do órgão, como tratamentos e formação de profissionais etc (BODSTEIN, 1987).

Além das campanhas desenvolvidas pelo SNC, principalmente voltadas para as capitais, podemos destacar outras ações estatais de educação em saúde envolvendo a doença, como a cartilha intitulada *Câncer* do Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES)⁶¹. Porém, uma outra cartilha do SNES, chamou a nossa atenção: *Tabagismo*. Na

papel, sendo abandonado em 1936. Outro projeto de instalação de uma unidade de tratamento ganhara força nesse período: o pavilhão de cancerologia, sob liderança do médico gaúcho Carlos Kroeff. Porém, “*em 1933, o projeto de um hospital para o tratamento do câncer seria desviado pela segunda vez, [pois o Pavilhão do Centro de Cancerologia cedeu espaço], depois de finalizado [a] sua construção [.] à Clínica de Propedêutica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, dirigida por Ugo Pinheiro Guimarães*” (CARVALHO, 2006, p. 60). Ao analisarem este processo do estabelecimento de uma política estatal para ao câncer neste período, Bodstein (1987) e Carvalho (2006) destacam a atuação do médico gaúcho Carlos Kroeff, que se esforçou em mobilizar redes para que o Estado assumisse realmente o câncer como questão de saúde pública no Brasil.

⁶¹ Sucessor do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, o Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES) teve sua origem a partir do decreto lei N. 3.171 de 2 de abril de 1941, que reorganizou o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério Educação e Saúde. Cabia a esse serviço elaborar e supervisionar as atividades destinadas especificamente à educação em saúde, sendo responsável pela divulgação e educação sanitárias, que incluíam métodos e sistemas de propaganda e educação. Tal função só era possível por meio de parcerias com outros órgãos estatais ou com instituições privadas, destacando-se a articulada com o Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP). Em suma, Segundo Elisa Batalha, “o SNES se dedicou a publicações de folhetos – como as cartilhas ilustradas por Luiz Sá -, livros e catálogos, realizou palestras via rádio, conferências em colégios, adquiriu e confeccionou peças, discos e filmes, além de ter coordenado os trabalhos de educação e propaganda sanitárias realizados por outras entidades. Os conteúdos veiculados por esses diferentes meios de comunicação abordavam temas relacionados a doenças específicas ou outras questões, como tabagismo, os cuidados com os dentes, ou o exame pré-nupcial, que recebia muita atenção na época” (BATALHA, 2007).

verdade, tratava-se do artigo “Fumo e Tabagismo”, publicado pelo médico psiquiatra dr. Ignácio Cunha Lopes para a revista médica *Archivos Brasileiros de Medicina*, em janeiro de 1942. O artigo destacava a experiência do cientista argentino Angel H. Roffo, que ligava a ação do alcatrão presente no fumo ao aparecimento de células cancerígenas. Cunha Lopes citava também a suspeita levantada por Alton Ochsner referente a existência de uma relação entre câncer pulmonar de fumaça do cigarro. Entretanto, como vimos no primeiro capítulo, essa hipótese só viria a ganhar força na década de 1950 com os estudos de médicos, estatísticos e epidemiologistas ingleses e norte-americanos. Os resultados destas pesquisas circularam na comunidade médica brasileira por meio de resumos, condensações e citações em artigos de revistas como *Brasil-Médico* e *Revista Brasileira de Medicina (RBM)*, escritos principalmente por fisiologistas e clínicos preocupados com os males ocasionados pelo tabagismo e o álcool, e que tinham histórico de participação em movimentos contra estes hábitos.⁶²

2.2. ENTRE TESES, MANUAIS PARA LEIGOS E ARTIGOS: A DIVULGAÇÃO SOBRE O FUMO E SEUS MALES NO BRASIL

Antes mesmo da divulgação das pesquisas que ligavam tabagismo ao câncer de pulmão entre os meios médico e leigo no Brasil da década de 1950, a problemática do tabagismo e seus malefícios à saúde já era objeto de reflexões entre médicos e grupos

⁶² Encontramos condensações sobre o tema no *Brasil-Médico* desde a década de 1930: *Os Pulmões dos Fumantes* (26/12/1931, 30/04/1932). Já *RBM*, começaria a focar o assunto a partir da década de 1940, por meio de seções como *Resposta Assinada* (Pergunta n°. 100. Sobre o tabagismo. *RBM*, mai. 1944, p. 425), *Condensações* (Fumo e úlcera duodenal. *RBM*, set. 1945, p. 812), *Lições e Comunicações* (As razões do fumar. *RBM*, out. 1948, p. 728-733) e *O Médico como Doente* (Meu vício de fumar – receita para deixá-lo. *RBM*, fev. 1950, p. 112-113). Na década de 1950, outras duas seções dessa revista tiveram artigos publicados sobre o fumo e seus malefícios: *Críticas e Comentários* e *Medicina Social*.

religiosos - especialmente os adventistas.⁶³ Muito do que foi falado e divulgado até então sobre os males ocasionados pelo tabaco estava relacionado aos resultados de experimentos feitos no campo das observações clínicas, da química e da fisiologia experimental na Europa e EUA, divulgados no Brasil desde o século XIX, conforme visto no primeiro capítulo. Essas informações circulavam em uma atmosfera na qual o hábito de fumar era, conforme Santos (2008), encarado como “uma prática natural, banal, que compõe o universo da cidade, apoiando-se em outras práticas tidas como modernas” (SOUZA SANTOS, 2008, p. 98). Ainda segundo este autor,

até o surgimento do Tabagil, em 1930, não tivemos notícia, ao menos nos periódicos, de nenhum outro produto que expressasse a ambição de combater o vício de fumar. É certo que alguns anúncios chegaram a enunciar os males causados pelo excesso de fumar e pretenderam limpar o organismo dos seus efeitos negativos. Mas é certo também que não encontramos alusão ao combate direto desta prática, mas somente ao seu mau uso.⁶⁴

⁶³ Desde o início, os adventistas e outros grupos protestantes, dos quais podemos citar os batistas, preocuparam-se com a propagação de seu estilo de vida baseado no banimento de hábitos considerados prejudiciais a saúde do corpo. Essa prática ficou conhecida como temperança, cujas bases ideológicas encontram-se em textos bíblicos, sendo reforçada, no caso dos adventistas, pelos escritos de seus fundadores, destacando-se os de Ellen G. White. Estes valores chegaram ao Brasil com os primeiros missionários adventistas e batistas e foram amplamente divulgados aos seguidores e à população em geral. Uma das estratégias usadas para isto era a publicação de revistas, livros e folhetos pela Casa Publicadora Brasileira, fundada pelos adventistas em 1900, e a Casa Publicadora Baptista, fundada em 1901, ambas no Rio de Janeiro. Da Casa Publicadora Baptista encontramos *O Fumo e seus Efeitos no Organismo Humano*, do médico e político Joaquim Nogueira Paranaguá, publicado em 1914. Pela Casa Publicadora Brasileira destaca-se o livro *Inimigos da Humanidade*, do dr. George Thomason (1944), que dedica seus capítulos aquilo que o autor considera como os três inimigos da humanidade: álcool, fumo e jogos. Em geral, estas duas primeiras obras buscavam respaldar seu discurso em experimentos laboratoriais e observações clínicas e no discurso moral religioso.

⁶⁴ SOUZA SANTOS, Edgar. *Elegância e Saúde: A Construção de Uma Prática Social*. In: GRILLO, José Geraldo; SOUZA SANTOS, Edgar (Org.). *Olhares Sobre a História do Brasil*. São Paulo: Primeira Impressão, 2008. O artigo de Santos é parte integrante de sua dissertação *Elegância e Saúde – As Representações da Prática de Fumar na Propaganda (1910 – 1940)*, defendida no programa de pós-graduação em História da PUC-SP em 2001, cuja principal preocupação foi estudar as representações da prática de fumar por meio de imagens e discursos nos anúncios de revistas em São Paulo e do Rio de Janeiro no início do século XX. Procurou observar como isso contribuía para a construção da subjetividade moderna nos espaços urbanos. Resumo disponível em: <http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=200122033005010010P8>. Acesso em: 09/09/ 2008.

A partir de 1950, as obras sobre a temática do tabagismo e seus males passaram a incorporar os resultados das pesquisas inglesas e norte-americanas que relacionavam câncer do pulmão e tabagismo, principalmente os estudos epidemiológicos. Neste grupo de obras, encontramos as dos médicos Francisco de Fuccio, *O Fumo* (1953), Alfons Balbach, *O Fumo e a Saúde* (década de 1960), Jorge Pachá, *Fumo – Vício que Mata* (1960) e *É Melhor não Fumar* (1980), José Roiz, *Adeus Gordura, Adeus Cigarro* (1972), Adrian Vander, *O Fumo e a sua Saúde* (1974), do Pastor Abdênago Lisboa, *Multiforme Vício do Tabaco e Outros Males* (1971) e do jornalista Fernando Worm, *Deixe de Fumar pelo Five Day Plan* (1966) entre outros. Pela Editora Casa Publicadora Brasileira foram publicadas as obras do médico Harold Shryock, *O fumo e o câncer do pulmão* (1963) e *Fumar: Distrai ou Destrói* (1973), do médico Ajax Walter C. da Silveira, *A Morte Ronda o Fumante: Como Deixar de Fumar em Cinco Dias* (1967) e dos médicos Edgard M. Berger e Oldemar Beskow, *Escravos do Século XX* (1972).⁶⁵

Denominando estas obras como “doutrinárias”, Boeira (2002) observa que os dados produzidos pelas pesquisas científicas que relacionavam o fumo a diversos males à saúde eram tidos como verdades nestes textos escritos por médicos ou não, não possibilitando espaço para dúvida, por se tratar de dados produzidos pela ciência. Juntamente com o discurso religioso, eles formavam a base de um discurso moralizante voltado para o convencimento dos leitores ao abandono do fumo. Nesse sentido, poucas são as referências aos experimentos e aos artigos em que foram colhidas as informações – somente Shryock (1976) e Pachá (1960, 1980) tiveram a preocupação de elaborar uma bibliografia dos dados apresentados. Brandt (1990), ao refletir sobre o discurso

⁶⁵ As obras de Shryock, Berger e Beskow foram traduzidas do inglês para o português. O texto de Ajax Walter C. da Silveira ganhou novas versões em 1973, *Fumar ou Não Fumar*, e, em 1984, *O Drama do Tabagismo: Causas, Consequências e Solução*.

antitabagista no contexto norte-americano, aponta para uma característica que podemos apropriar para o contexto brasileiro:

reformadores morais não tinham absolutamente nenhum remorso em empregar argumentos baseados sobre frágeis dados em relação ao impacto fisicamente debilitante do fumo. Médicos e pesquisadores transitavam facilmente entre citar as conseqüências morais e para a saúde do hábito de fumar, não havendo tentativas no sentido de diferenciar tais argumentos.⁶⁶

Apesar da falta de dados que possam nos informar sobre os tipos de leitores em meio ao qual circularam estas obras, podemos dizer que elas tinham um público-alvo amplo, entretanto, acreditamos que tenham sido mais partilhadas por membros de religiões protestantes, sobretudo entre os adventistas, em função do estilo de vida assumido por este grupo, e entre os médicos clínicos.⁶⁷

Os resultados das pesquisas que ligavam tabagismo-câncer de pulmão também circularam entre a comunidade por meio de artigos escritos por fisiologistas e clínicos. Eram, geralmente publicados em periódicos especializados, e, no meio leigo, em magazines, como a revista *Seleções do Reader's Digest*, que começou a circular no Brasil em 1942. A circulação de artigos no meio especializado e no meio leigo nos sugere o prelúdio de um coletivo de pensamento voltado para as discussões em torno dos resultados das pesquisas que ligavam tabagismo-câncer no Brasil. Veremos ao longo de nossa análise, que a expansão desse coletivo na sociedade brasileira, que ocupou principalmente os

⁶⁶ BRANDT, 1990, p. 159, tradução nossa.

⁶⁷ Diversos autores lidos, destacando-se entre eles Balbach (década de 1960) e Shryock (1976), ressaltam a importância de se divulgar os resultados de experimentos científicos que incriminam o tabagismo à toda população: “Reconhece-se que o fumo é um grande flagelo para a humanidade. Muitas pesquisas se têm feito e numerosos volumes se têm escrito a propósito. Mas o resultado das investigações necessita ser apresentado ao povo, de maneira simples e concisa, pois o povo necessita ser beneficiado por tais investigações. Eis, pois, a finalidade desta pequena obra” (BALBACH, década de 1960, p. 3). “Quatro propósitos motivaram a publicação deste livro. Primeiro, procuramos sintetizar em linguagem popular as informações disponíveis sobre o que é causado pelo hábito de fumar. Grande parte dos dados recentes acerca dos efeitos do hábito de fumar, publicados principalmente em revistas médicas e científicas, não se acham amplamente à disposição do público leitor. Além disso, estão vazados em linguagem científica, um tanto difícil para o leitor que não é versado em Ciência” (SHYOCK, 1976, p. 13).

especialistas no início e, secundariamente, os leigos, deveu-se, sobretudo, aos processos de *difusão e divulgação científica*. Primeiramente, vamos acompanhar a trajetória de formação do círculo de especialistas, constituído principalmente por fisiologistas, que discutiram e procuraram expandir o debate e conquistar apoio da comunidade médica no sentido de promover uma campanha contra o tabagismo.⁶⁸ Atenção maior ao círculo leigo será dada no capítulo 3, reservando uma sessão para abordarmos o que os leitores de periódicos de circulação nacional liam sobre a questão e o movimento antitabagista no país.

- **A CONTROVÉRSIA CÂNCER DE PULMÃO-TABAGISMO CHEGA AOS PERIÓDICOS MÉDICOS BRASILEIROS**

No Brasil, a circulação de resenhas e artigos em revistas de medicina, como *Brasil-Médico* e *RBM*, contribuiu para a formação do coletivo médico em relação ao tabagismo e seus males, destacando-se o câncer de pulmão. Em comum, além de trazerem textos sobre os malefícios do tabagismo, fruto de reflexões individuais de médicos brasileiros ou de divulgação de trabalhos internacionais, estas revistas tinham periodicidade mensal e circularam em grande parte do território nacional. Muitos artigos condensados eram provenientes de revistas de reconhecido prestígio internacional, como o *British Medical Journal (BMJ)* e o *Journal of the American Medical Association (JAMA)*. Entre os autores e propagandistas do tema, é possível identificar a presença marcante de fisiologistas ligados à Policlínica Geral do Rio de Janeiro. A fisiologia passava nessa época por mudanças, ocasionadas pelos avanços em relação ao conhecimento da etiologia e as formas

⁶⁸ Acolhemos em nossa análise a distinção entre *coletivo de pensamento* e *comunidade oficial* observada por Fleck. (1935 [1986]). Nesse caso, isso significa dizer que nem toda a comunidade médica compartilhava da relação entre tabagismo e males à saúde a partir da mesma perspectiva que o coletivo que então defendia o banimento do hábito na sociedade.

de tratamento da tuberculose (NASCIMENTO, 2002). Essas mudanças levaram a inclusão de reflexões em torno de outros males à saúde que atingiam os pulmões. Assim, a inserção do tema tabagismo ou fumo-câncer do pulmão e a transformação do Serviço de Tisiologia da Policlínica Geral em Serviço de Doenças Torácicas, como também a realização de cursos com problemáticas que escapavam à tuberculose, levaram ao desenvolvimento da pneumologia, especialidade essa mais abrangente que a tisiologia, no que se refere às doenças pulmonares.

Editada pela Policlínica Geral do Rio de Janeiro, a revista *Brasil-Médico* chegou a ter 3.500 assinaturas entre as décadas de 1950 e 1960. Na década de 1950, a revista publicou em torno de 9 artigos que faziam referências às pesquisas relacionando fumo-câncer do pulmão. Em geral, os artigos eram constituídos por textos apresentados em congressos por especialistas que refletiam sobre o diagnóstico, fatores de risco e tratamento do câncer do pulmão. A revista também informou sobre cursos da Escola de Aperfeiçoamento Médico da Policlínica, tais quais o *II Curso sobre Câncer do Pulmão*, em 1953, e o *III Curso de Aperfeiçoamento em Tisiologia*, em 1955, que contou com a participação dos tisiologistas Jesse Teixeira, Aloysio de Paula, Edmundo Blundi e José Silveira - importantes nomes do movimento antitabagista na comunidade médica brasileira.

Chefe de Clínica do Serviço de Tisiologia da Policlínica e da cadeira de Tisiologia da Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro, Edmundo Blundi se preocupou com o diagnóstico precoce da doença, conforme podemos perceber em sua palestra “Diagnóstico precoce do câncer do pulmão” no programa *Entrevistas Médicas*, transmitido pela Rádio Gazeta em 10 de maio de 1951. Essa palestra foi publicada com o mesmo título em junho no *Brasil-Médico*. Nele, o médico enfatizava a dificuldade em diagnosticar a doença, o que muitas vezes ocorria quando ela estava em estado avançado,

contribuindo para reforçar a idéia de doença rara, incurável, insidiosa, “opondo-se a noção moderna de doença – doença freqüente, curável, podendo ser diagnosticada precocemente” (BLUNDI, 1951, p. 238). Conforme Blundi, a dificuldade do diagnóstico estava relacionada a falta de educação sanitária e ao despreparo dos clínicos, que muitas vezes confundiam o câncer de pulmão com a tuberculose:

Mas por outro lado, mau grado (sic) o admirável serviço que a luta anti-tuberculosa, abreugrafando e cadastrando milhares de criaturas, vem prestando ao diagnóstico do câncer do pulmão, tudo é, então interpretado como tuberculose e aparecem pelos Serviços Médicos e consultórios, doentes portadores de câncer tratados pela estreptomina, pelo pneumotórax artificial e... morrendo.⁶⁹

Ele listava os sintomas da doença, os possíveis métodos para o diagnóstico e, por fim, a única forma de tratamento: a cirurgia para a retirada do pulmão, operação que se mostrava custosa e de alto risco. Para ele, a existência de campanhas sobre a importância do diagnóstico precoce da doença teria impactos positivos na possibilidade de cura. Em relação à etiologia e sobre uma possível relação entre a doença e o tabagismo, nenhuma linha sequer é escrita por Blundi. Acreditamos que tal ausência possa estar relacionada a controvérsia em torno do tema, como podemos verificar em artigo de outro médico da Policlínica, Aloysio Veiga de Paula.

Aloysio Veiga de Paula dirigiu o Serviço de Tisiologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro na década de 1950 e o transformou em Serviço de Doenças Torácicas, reorientando-o no sentido de atender outras pneumopatias não-tuberculosas.⁷⁰ Dentre essas pneumopatias, ele destacava o câncer do pulmão, que foi tema de sua palestra em 18 de maio de 1953, no *II Curso sobre Câncer de Pulmão* na Policlínica. Em 1955, o tema voltou

⁶⁹ BLUNDI, Edmundo. Diagnóstico precoce do câncer do pulmão. *Brasil-Médico*, v. 65, ns. 24 a 26, 16 a 30 jun. 1951, p. 238.

⁷⁰ Cf. BIOGRAFIA Aloysio Veiga de Paula. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/tuberculose/>. Acesso em: 22/07/2006.

a ser prestigiado por ele em uma aula proferida na cadeira de Clínica Médica da Faculdade Fluminense de Medicina, e que se tornaria artigo em *Brasil-Médico* no mesmo ano. Nele, Aloysio de Paula chamava a atenção para o aumento do número de casos da doença, afirmando que “no Serviço de Doenças do Tórax da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, a doença que vem em 2º lugar, logo após a tuberculose, é o câncer do pulmão” (PAULA, 1955, p. 289). Ele observava que os doentes já apareciam na Policlínica com a doença avançada, sendo o despreparo dos clínicos em diagnosticar precocemente a doença em seus consultórios um dos grandes adversários do tratamento. Quanto mais precocemente fosse detectada a doença, mais bem sucedida poderia ser a cirurgia para a retirada dos tumores. Caso contrário, o paciente teria sobrevida por meio de tratamentos paliativos (raios-x, bomba de cobalto e mostarda nitrogenada associada à cortisona). No que tange à etiologia, o tabagismo aparece como um dos inúmeros fatores responsabilizados, apesar da controvérsia em torno da ligação do hábito com a doença: “indiscutivelmente, observam-se, no momento, a respeito, dois campos antagônicos: os que incriminam e os que tentam absolver o tabaco da responsabilidade de produzir o câncer” (PAULA, 1955, p. 290). Porém, Paula tomava partido daqueles que defendiam a participação do hábito em disfunções no aparelho pulmonar:

De tudo o que se tem apresentado pró ou contra o cigarro, um fato a nosso ver é indiscutível. Os tabagistas inveterados apresentam profundas e irreparáveis modificações da sua mucosa brônquica. Tais alterações são evidentes e impressionantes ao exame histopatológico. Há forte sugestão de que representem condições favoráveis à transformação neoplásica.⁷¹

Por fim, da mesma maneira que Blundi, Aloysio de Paula admitia que a doença devia ser tratada como a tuberculose: “A lição da tuberculose tem de ser aplicada ao câncer.

⁷¹ PAULA, Aloysio. Câncer primitivo do pulmão, *Brasil-Médico*, v. 69, ns. 23 a 26, 4 a 25 jun. 1955, p. 290.

Empenhemo-nos no seu estudo, procuremos desvendar seus mistérios e a solução virá pelo simples progresso da ciência, como o sol depois das trevas” (PAULA, 1955, p. 294).

As preocupações desses dois autores em relação ao câncer de pulmão foram idênticas as de outro fisiologista que atuaria na Policlínica: Ismar Chaves da Silveira. Além de discípulo de Aloysio de Paula, atuante no Serviço de Doenças do Tórax da Policlínica e professor titular de pneumologia na UERJ, Ismar ocupou o cargo de redator chefe da *RBM* entre 1959 e 1980, na qual condensou vários artigos internacionais sobre resultados de pesquisas relacionadas aos malefícios do fumo, sobretudo a sua relação com o câncer de pulmão. Com um menor número de assinaturas que *Brasil-Médico* – em torno de 3000 – a *Revista Brasileira de Medicina (RBM)* publicou no período compreendido entre 1948 e 1980 aproximadamente 69 textos distribuídos entre artigos, respostas ao leitor e condensações sobre o tema tabagismo e malefícios à saúde, sendo que sua maioria se concentra nas décadas de 1950 e 1960. Dentre esses, 17 tratavam da relação tabagismo-câncer do pulmão. Além de Ismar, outro médico se destacou na produção de condensações e artigos: o dr. Ervin Wolffenbüttel, da Sociedade Antialcoólica Feminina de São Paulo (MATOS, 2000).

De maneira geral, e acompanhando uma tendência da comunidade internacional sobre o assunto, as resenhas comentadas por médicos brasileiros nessas revistas retratavam, em sua maioria, os experimentos epidemiológicos e laboratoriais, mas com cautela em afirmar a existência ou não da relação do tabaco com determinadas doenças. Podemos ver essa orientação em uma resenha publicada, sem assinatura, no *Brasil-Médico* em março de 1955:

Segundo muitas vezes temos aqui noticiado, nestes últimos tempos tem-se avolumado a idéia de que o fumo contribua de algum modo para o aumento da incidência de câncer pulmonar. Em número recente do

British Medical Journal, Doll e Bradford-Hill (1950, 1954) reúnem novos indícios no mesmo sentido.

Essa relação entre fumo e câncer foi primeiro apontada, com base em dados estatísticos, por Doll e Bradford Hill em 1950. Mais recentemente surgiram conclusões idênticas, da autoria de Wynder e colaboradores. [...] De outra parte tem havido, é claro, várias ofensivas contra as citadas conclusões e ainda há pouco, de passagem por São Paulo, pesquisadores russos procuraram insinuar a sem razão dos dados norte-americanos.⁷²

Opinião semelhante encontramos na resposta dada pelo dr. Ervin Wolffebüttel a um leitor da *RBM* em 1960, ao dizer que “uma das grandes acusações que se faz, hoje, ao fumo, é que ele é co-responsável pelo câncer pulmonar”, porém, ele concluía que “isso não está provado”.⁷³

Alguns autores tomaram partido mais explícito na controvérsia, como mostram dois artigos de B. Grynkrut na *RBM*. No primeiro, publicado em 1951, ele questionava os estudos de Richard Doll e Austin Bradford Hill, indicando a falta de fundamentos laboratoriais para sustentar os dados epidemiológicos apresentados pelos autores e por não considerarem a existência de outros fatores, além do fumo, que poderiam levar ao câncer de pulmão (GRYNKRAUT, 1951, p. 152). Já em artigo de 1954, ele afirma que

o aumento da mortalidade pelo câncer do pulmão é uma realidade, não depende da sobrevivência dos indivíduos de mais elevada idade ou dum (sic) aperfeiçoamento no diagnóstico médico, mas duma (sic) intoxicação crônica pelo ar respirável dos componentes cancerígenos de proveniência diversa (fumaças diversas: das chaminés, dos motores a óleo diesel, do asfalto). [...] O processo de cancerização do pulmão é muito complicado e não depende diretamente do uso do fumo somente, mas sim de outros agentes de origem diversa (tóxica, traumática, alérgica e infecciosa), que podem provocar um “desajustamento” nas secreções internas.⁷⁴

A sua argumentação se baseava na hipótese da poluição do ar-câncer do pulmão, posição contraposta à que afirmava a relação fumo-câncer de pulmão no debate

⁷² FUMO e câncer do pulmão. *Brasil-Médico*, v. 69, ns. 10 a 13, 5 a 26 mar. 1955, p. 169.

⁷³ WOLFFENBÜTTEL, Ervin. Fumo, câncer e propaganda. *RBM*, v. XVII, n. 10, p. 899-901, out. 1960.

⁷⁴ GRYNKRAUT, B. O câncer pulmonar e o fumo. *RBM*, v. XI, n. 12, dez. 1954, p. 832.

que marcou a comunidade médica do período.⁷⁵ Essa controvérsia ficou bem explícita no *VI Congresso Internacional de Câncer*, ocorrido em São Paulo no mês de julho de 1954, quando da realização da terceira reunião sobre *Prevenção do Câncer*. Nessa reunião, o dr. Wilhelm C. Hueper, do PHS dos EUA, apresentou um artigo intitulado *Condições Ambientais e Câncer do Pulmão* negando a incriminação do fumo como fator de primeira grandeza na origem da doença, dando papel primordial à poluição do ar ocasionada pelas chaminés das grandes indústrias nas regiões urbanas. Destoante dessa apresentação, os pesquisadores norte-americanos E. Cuyler Hammond e Ernst Wynder, e o pesquisador islandês Niels Dungal rebateram Hueper, e defenderam a ação preponderante do fumo em relação ao câncer do pulmão.⁷⁶ Desta forma, nos parece que a controvérsia estava em determinar qual o fator preponderante para o aparecimento do câncer de pulmão, o que significa dizer que, negar a preponderância de um fator não implicava necessariamente sua exclusão como participante do aparecimento da doença.

Diante desse quadro de indefinição, os médicos neste período preferiam escrever sobre a doença alertando seus pares quanto aos sintomas, diagnóstico e tratamento, como se percebe pelos artigos de Edmundo Blundi e Aloysio de Paula. Essas informações sobre a doença eram igualmente divulgadas para um público mais amplo por

⁷⁵ Além desse debate, como vimos no primeiro capítulo, os defensores da relação fumo-câncer de pulmão tiveram que enfrentar dentro do campo médico, nas décadas de 1950 e 1960, a desconfiança que pairava sobre os dados produzidos por uma epidemiologia baseada na análise da atuação a longo prazo de hábitos cotidianos da população, como fumar e beber, no surgimento de doenças crônico-degenerativas. Outros importantes adversários também se mostraram as companhias de tabaco que viam seus lucros ameaçados, e o próprio Estado, temeroso da perda de vultuosa renda dos impostos do cigarro – que em certo sentido aparecia associada a manutenção do *welfare state* –, além do medo da criação de mais uma demanda para a saúde pública caso legitimasse de imediato a relação fumo-câncer pulmão, aumentando assim os gastos com esse setor (BERRIDGE, 2007; PARASCANDOLA, 2001).

⁷⁶ Cf. DEBATES sobre o cigarro e câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 11, n. 11, p. 59-60, ago. 1954.

meio de palestras transmitidas por programas de rádio, como vimos no caso de Blundi⁷⁷. Alguns médicos, como o dr. Nelson de Castro Barbosa, acreditavam que, diante da omissão de muitos governos, a solução para o impasse estaria no patrocínio de pesquisas por empresas interessadas, entre as quais podemos pensar nas companhias farmacêuticas e de cigarros:

Seja como for, se os governos de todos os países cruzam os braços diante de tal ameaça às populações desprevenidas, as empresas interessadas deveriam ao menos contribuir para o prosseguimento dos estudos que devem aclarar inteiramente a verdade científica, já esboçada auspiciosamente na América do Norte graças à coragem e perseverança de alguns pesquisadores, que bem merecem elogios sem restrição.⁷⁸

Foi exatamente ao final da década de 1950, que importantes instituições médicas e de saúde, como a OMS, o RCP da Inglaterra, e o PHS dos EUA, começaram a dedicar mais atenção ao assunto, conforme veremos a seguir.

• AGORA É OFICIAL: O TABAGISMO CAUSA CÂNCER DO PULMÃO

No ano de 1959, a OMS criou um grupo de estudos sobre epidemiologia do câncer do pulmão, sob a liderança do médico e epidemiologista inglês Richard Doll, que visava “levantar as variações geográficas da doença e atualizar os conhecimentos referentes a seus fatores etiológicos” (TEIXEIRA, 1963, p. 451). Além da OMS, importantes

⁷⁷ Além da apresentação de Blundi, encontramos a palestra proferida pelo dr. Milton Ribeiro Dantas, de Natal, Rio Grande do Norte, por ocasião do encerramento da “Campanha Nacional Contra o Câncer”, em 26 maio de 1957. A fala de Dantas foi ao ar pela Rádio Nordeste com o título *Câncer do Pulmão e Fumo*, em horário considerado “nobre”, às 19:00. Pela leitura de seu conteúdo, fica claro o conhecimento e utilização de informações extraídas do artigo de Aloysio de Paula e do debate envolvendo a doença e o fumo nos EUA e Inglaterra. Ele também chamava a atenção para a existência de campanhas anteriores contra o fumo, o álcool e o câncer naquele estado, promovidas pelo diretor do Hospital do Câncer de Natal, o clínico e Prof. dr. Luiz Antônio Ferreira dos Santos Lima, que era também um dos diretores da Liga Norte-riograndense Contra o Câncer (DANTAS, 1957). Infelizmente, não possuímos outras fontes que possam nos fornecer mais dados sobre essas campanhas no Rio Grande do Norte.

⁷⁸ BARBOSA, Nelson de Castro. Influência do cigarro na produção do câncer do pulmão. *RBM*, v. XI, n. 2, mar. 1954, p. 147.

instituições de saúde pública e médicas na Inglaterra e EUA passaram a promover pesquisas sobre a questão no final da década de 1950. Como vimos, essas pesquisas levaram aos dois relatórios publicados, após muitas negociações e acordos: o do RCP, de 1962, na Inglaterra, e o da Comissão Consultiva sobre Fumo e Saúde, do Diretor Geral do PHS dos EUA, Luther Terry, de 1964. Vimos também como esses relatórios deram maior credibilidade científica e política à relação tabaco-câncer do pulmão, e aos praticantes dessas pesquisas epidemiológicas, abrindo oportunidades e posições nas comunidades médicas oficiais e em órgãos ligados à saúde pública desses países (BERRIDGE, 2006, 2007; BRANDT, 1990, 2007; PARASCANDOLA, 2001).

No Brasil, esses relatórios ganharam publicidade por meio da revista *Seleções do Reader's Digest* e por artigos médicos, destacando-se o escrito por Blundi para a *Revista do Serviço Nacional de Tuberculose*, “A medicina moderna contra o cigarro” (1963) e o de Fernando Martim Seidl para *RBM*, “Fumo e doenças do coração” (1969).⁷⁹ Projetos de lei enfocando a relação fumo-câncer, baseados nesses relatórios, apareceram na câmara federal do Congresso Nacional a partir de 1964.⁸⁰

Ivan Luz, carioca, formado em direito no Rio de Janeiro, foi deputado federal pelo PRP do Paraná no período compreendido entre 1963-1966. Em 10 de março de 1965,

⁷⁹ MILLER, Lois Mattox. Cigarro e Câncer do Pulmão: O que se sabe de novo. *Seleções do Reader's Digest*, v. 42, n. 246, p. 35-40, jul. 1962. MILLER, Lois Mattox; MONAHAN, James. Controvérsia do Cigarro: Uma Tempestade em Formação. *Seleções do Reader's Digest*, v. 44, n. 260, p. 51-57, set. 1963. MILLER, Lois Mattox; MONAHAN, James. Os Cigarros: Julgados e Condenados. *Seleções do Reader's Digest*, v. 45, n. 267, p. 42-47, abr. 1964.

⁸⁰ Foram elaborados três projetos de lei por deputados federais: o primeiro, o PL-2335/1964, do deputado Pedro Marão pelo PTN/SP, que preceituava a obrigatoriedade da impressão de determinados dizeres alusivos a prevenção do câncer nos invólucros dos produtos manufaturados de tabaco. O segundo, o PL-2602/1965, do deputado Ivan Luz pelo PRP/PR, que determinava a impressão de advertência na embalagem de produtos elaborados com fumo. E por fim, o PL-3174/1965, do deputado Eurico de Oliveira pelo PTB/GB, que dispunha sobre o uso do fumo, instituindo um adicional para combater ao câncer, dando outras providências. Entretanto, não foram encontradas fontes em periódicos médicos sobre os projetos dos deputados Pedro Marão e Eurico de Oliveira. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/proposicoes>. Acessado em: 12/07/2006.

o projeto n. 2602/65 de sua autoria, ganhava notoriedade da comunidade médica brasileira, por meio do periódico *O Médico Moderno*, sendo motivo de reflexões e controvérsias entre os médicos brasileiros:

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. A embalagem de produtos elaborados com fumo, destinados a fumantes, conterá as seguintes expressões: “O uso deste produto pode causar câncer”.

Art. 2º. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogados as disposições em contrário.

JUSTIFICAÇÃO – Multiplicam-se, em todo o mundo, as advertências dos cientistas, médicos principalmente, para os perigos do tabagismo. Entre os males causados pelo vício de fumar avulta, segundo conclusão de estudos e pesquisas feitas por autoridades da maior respeitabilidade e categorização científica, o câncer das vias respiratórias, terrível flagelo da humanidade. Órgãos de publicidade, estrangeiros e nacionais, vêm abrindo em suas colunas espaços sempre mais amplos para a divulgação daqueles estudos.

Não seria praticável qualquer medida que extirpasse a causa radicalmente, para impedir-lhe os danosos efeitos, por motivos óbvios.

O projeto em tela persegue um fim educativo. Será uma entre muitas iniciativas, de maior importância e eficácia que devem ser tomadas para afastar do perigo os que a ele expõem a saúde e a vida. Será um mínimo a ser cumprido pelo Estado, que já não pode ficar alheio ao fato, sob pena de descumprir elementar dever que decorre de seu poder de polícia, quando não de imposições mais altas, no sentido de resguardar a saúde do povo.⁸¹

De acordo com Luz, muito do impacto do seu projeto se deveu a atitude da Associação Médica de Brasília (AMBr) que por meio de seu presidente em exercício, dr. Justino Baumann das Neves, tomava a iniciativa de fazer uma campanha nacional esclarecendo o projeto, principalmente para os médicos. Para isso, era fundamental o apoio da Associação Médica Brasileira (AMB) e das entidades federadas, como também do periódico *O Médico Moderno*. Dessa forma, a revista tomava a si a cobertura do projeto, o que incluía uma entrevista com o proponente e o levantamento de opiniões entre médicos e parlamentares.

⁸¹ MÉDICOS e parlamentares resolvem combater o fumo. *O Médico Moderno*, jul. 1965, p. 23.

Indagado pela revista sobre as justificativas do projeto, o deputado respondeu observando que tinha conhecimento das medidas tomadas por governos estrangeiros respaldadas pelos resultados de pesquisas, destacando entre eles, EUA e Inglaterra, o que justificaria ações de igual finalidade no Brasil:

O Dep. Ivan Luz, do PRP do Paraná, conta a *O Médico Moderno* que tem 6 filhos jovens e, para ele o assunto fumo-câncer tem sido um motivo de preocupações imediatas. Há muito tempo tem acompanhado o movimento intelectual a esse respeito, entre o qual se destacam: 1) A iniciativa do próprio governo dos Estados Unidos, através de seus serviços de saúde, publicando estatísticas irresponsáveis a respeito do poder cancerígeno das substâncias contidas no cigarro; 2) As medidas governamentais britânicas proibindo anúncios de produtos do fumo nas emissoras de rádio e televisão daquele governo; 3) Iniciativas governamentais de outros países, provocadas pela grande quantidade de trabalhos científicos que tem sido publicada ultimamente sobre o assunto.⁸²

Já prevendo dificuldades nas comissões de Constituição e Justiça, Saúde e Agricultura da Câmara Federal devido a questões econômicas, ele observava que a finalidade do texto era a de “provocar amplos debates, trazer a público um problema social de grande magnitude e atrair os pontos de vista das principais autoridades médicas e governamentais” (MÉDICO MODERNO, 1965, p. 24). Entre os médicos, isso foi alcançado por meio da matéria do periódico, que consultou profissionais que ocupavam posições em associações médicas e órgãos do governo voltados à saúde e que se mostraram favoráveis ao projeto, levantando porém algumas ressalvas. Fran Teixeira de Gonzaga Lima, médico presidente da AMBr, acrescentou que cabia à imprensa e as associações médicas a maior divulgação do debate, diante da pouca cobertura pela imprensa leiga, que segundo ele, se omitia pressionada pelos interesses da indústria brasileira de produtos do fumo, um dos maiores anunciantes do país (MÉDICO MODERNO, 1965, p. 24-25).

⁸² MÉDICO MODERNO, 1965, p. 24.

Para o dr. Lauro Valente, presidente da Associação Médica do Paraná, a relação fumo-câncer não era ainda conclusiva, mas já existia uma gama expressiva de trabalhos internacionais que justificavam ações mais profundas do que somente uma impressão de rótulos nas embalagens de cigarros sobre o perigo da doença. Por isso, sugeriu “uma ampla campanha de esclarecimento, patrocinada pelos poderes públicos, aumento dos impostos que incidiam sobre o fumo e seus produtos para desencorajar o consumo e, finalmente, o controle das atividades e expansão da indústria do fumo” (MÉDICO MODERNO, 1965, p. 27). Já o dr. Moacyr dos Santos Silva, diretor do Serviço Nacional do Câncer (SNC), acreditava que “fumar cigarros [era] uma das causas que leva[vam] à formação do câncer do pulmão”, e por isso se mostrou favorável ao projeto (MÉDICO MODERNO, 1965, p. 27).⁸³

O dr. Francisco Fialho, do Instituto Nacional do Câncer, outro entrevistado, levantou dúvidas sobre o caráter conclusivo das estatísticas, apesar de considerá-las significativas, uma vez que:

até o momento, as estatísticas foram feitas tomando-se um grupo de pessoas com câncer pulmonar e verificando-se quantas delas fumavam [...] entretanto, não se faz o contrário, isto é, relacionar todas as pessoas que fumam e constatar quantas estão atingidas pela enfermidade, [assim], fica-se sem saber a porcentagem de pessoas que fumam cigarros e não têm câncer. Daí o caráter relativo dos estudos feitos até agora. [Por isso] não devemos ficar excessivamente vinculados à idéia de que o fumo produz o câncer de pulmão, pois ela é passível de críticas, como se vê.⁸⁴

Em suma, diante do fato de que a relação fumo-câncer do pulmão ainda não se encontrava plenamente estabelecida, ele sugeria a ampliação da advertência, pois o fumo seria responsável por outros males conhecidos. Fialho encerrava dizendo que a advertência

⁸³ Apesar da posição de Santos Silva, a revista do SNC - *Revista Brasileira de Cancerologia* – pouco tocou no assunto. Encontramos neste periódico a publicação do artigo “Fumo e Câncer” (1964), que afirma a existência da relação entre o hábito e a doença, respaldado por orientações da União Internacional Contra o Câncer, instituição a qual o SNC era associado, e duas advertências contra o fumo em dezembro de 1966.

⁸⁴ MÉDICO MODERNO, 1965, p. 28.

teria efeito positivo sobre “quem não fumava”, principalmente sobre os jovens, se a campanha comesse nas escolas. Já “os que fumam”, dificilmente cederiam à advertência.

Afora estas autoridades médicas, foi sondada a opinião de 20 parlamentares do Congresso Nacional e de 300 clínicos das 15 principais cidades brasileiras, havendo a aprovação de 75% dos entrevistados, tanto em um grupo quanto no outro. Entre os parlamentares favoráveis encontravam-se os deputados federais Martins Rodrigues (PSD-CE), que fez referência a um possível *lobby* das companhias do tabaco a deputados baianos contra o projeto – a Bahia era o maior estado produtor de cigarros naquele período; Pedro Aleixo (UDN-MG), que acreditava que a campanha deveria envolver toda a sociedade, principalmente os pais, professores e diretores de escolas que tinham a obrigação de educar e dar exemplo para os filhos; o médico Pedro Braga (PTB-MA), que não estava convencido de que as estatísticas eram totalmente confiáveis e conclusivas, mas, como outro médico, o deputado Breno da Silveira (PTB-GB), concordava que a advertência poderia ser menos dramática e de maior amplitude, por se tratar de um hábito que provocava vários males à saúde. Entre os parlamentares contrários ao projeto encontramos o deputado federal Padre Medeiros (PSD-AL), que temendo grandes prejuízos econômicos para a indústria nacional do fumo, observava que o projeto estava fundamentado em posições científicas que não eram ainda unanimidade na comunidade médica: “o assunto todo, aqui e no exterior, é ainda muito controvertido, e não me parece que, até agora, se tenha apurado, a respeito, uma verdade clara e insofismável. É muito cedo para adotarmos providência tão drástica!” (MÉDICO MODERNO, 1965, p. 32).

Algumas sugestões foram apresentadas pelos médicos consultados para uma eventual campanha contra o hábito. Entre estas podemos citar o papel ativo e o exemplo do médico, como ocorria no combate a outras doenças (dr. Jougla Laffite, clínico geral em

Curitiba, PR); a profilaxia pela difusão de informações e conselhos dos médicos em seus consultórios (dr. Ruy Yamanishi, São Paulo, SP) e de entidades de assistência, e da mídia em geral (dr. Geraldo Duarte, Belo Horizonte, MG); o recolhimento de impostos para o financiamento de pesquisas relacionadas a etiologia e tratamento do câncer (dr. Viriato L. M. Ferreira, Belo Horizonte, MG); e a utilização de imagens fortes (dr. Antônio Álvaro Silva, Niterói, RJ). Entre as opiniões contrárias, assim resume o artigo:

Muitas justificativas foram alinhadas para esta tomada de posição, mas a principal delas, a mais freqüente pelo menos, é a de que a lei seria inoperante e não levaria ninguém a abandonar o vício.

Vários entrevistados a compararam com a famosa “lei seca”, dos Estados Unidos. Outros argumentos usados: inexistência de provas científicas definitivas a respeito do efeito cancerígeno do fumo, descrédito dos médicos fumantes, carência de pesquisas sérias sobre o problema no Brasil, e especificidade da lei, tornando-a iníqua, por que outros produtos industriais, livres de qualquer estigma, também, são prováveis cancerígenos.⁸⁵

Uma outra questão também foi levantada pelos médicos que reprovavam o projeto: a possibilidade da advertência gerar uma crise econômica, por conta da redução dos ganhos das companhias do tabaco brasileiras, uma das maiores do mundo já naquela época, bem expressada na fala do dr. Marx Golgher de Belo Horizonte:

Sou contra o projeto. Há importantes aspectos do problema que estão sendo ignorados. Imprimindo-se tal advertência nos maços de cigarros visa-se uma baixa considerável no consumo do tabaco e conseqüente diminuição do câncer pulmonar entre a população brasileira [...] Há outro fator sócio-econômico mais importante do que o puramente médico. O Brasil é o quarto produtor mundial de tabaco e sua industrialização dentro do país é de tal ordem que só uma companhia paga, anualmente, à União, cerca de um quarto de toda a sua receita. [...] Isso significa que a advertência proposta poderá gerar uma crise na economia, acarretando desemprego e miséria.⁸⁶

⁸⁵ MÉDICO MODERNO, 1965, p. 33.

⁸⁶ MÉDICO MODERNO, 1965, p. 33. Golgher também frisava que tal quadro poderia levar ao aprofundamento de um velho problema enfrentado pela sociedade brasileira: a fome. E por fim, sugeria que seriam necessários investimentos em pesquisas no sentido de se demonstrar o efeito cancerígeno do fumo brasileiro. Para ele, se os resultados dos testes fossem positivos, deveriam ser realizadas campanhas educativas, limitações aos anúncios dos produtos derivados e estímulo ao uso de charutos ou cachimbos,

Ao término da reportagem, a equipe do periódico, com o apoio da AMBr, solicitou aos médicos o preenchimento de um questionário contendo três perguntas sobre o projeto de lei de Ivan Luz, com o intuito de que “os resultados desta ampla pesquisa de caráter nacional [fossem] divulgados pela revista, para esclarecimento dos legisladores brasileiros e da opinião pública nacional” (MÉDICO MODERNO, 1965, p. 34). Os resultados vieram à luz no número de dezembro daquele ano, e confirmavam a tendência apresentada anteriormente:

a classe médica é, de uma ou outra maneira, favorável em sua grande maioria a alguma medida que restrinja o hábito de fumar. [...]

Nossa pesquisa resumia-se a três perguntas, para as quais pedíamos respostas objetivas, do tipo “sim” e “não”: 1) Você acredita que fumar é prejudicial à saúde? 2) Você acha que o projeto, se for aprovado, será eficiente no sentido de diminuir a porcentagem dos fumantes? 3) Daria uma redação diferente do projeto? Qual?

À primeira pergunta, apenas 3 médicos responderam “não”. 82% das respostas consideraram eficiente o projeto para diminuir o número dos fumantes; 17% julgaram-no ineficiente; 1% não respondeu. Quanto à redação do projeto, 48% dos médicos inquiridos não sugeriram mudanças, enquanto 52%, além de sugerir nova redação, acrescentavam outras idéias à finalidade do projeto.⁸⁷

Apesar da maioria dos médicos consultados serem a favor da iniciativa de Luz, o artigo da revista deixa claro que as motivações que levavam a contestação do projeto por uma minoria não se referiam somente ao debate científico e às dúvidas quanto ao caráter definitivo das estatísticas. Como vimos acima, questões ligadas a possíveis perdas econômicas, poderiam gerar dificuldades no enfrentamento de questões mais imediatas como as verbas destinadas às doenças infecto-contagiosas, a fome e a falta de educação. Questões culturais também serviram como justificativa, como vemos, por exemplo, nos

formas de consumo do tabaco vistas como menos prejudiciais à saúde por muitos médicos naquela época. Na sua opinião, tais iniciativas não seriam alarmistas perto do que sugeria o projeto, e teriam impactos a longo prazo na economia nacional

⁸⁷ FUMO e câncer: pesquisa revela a opinião dos médicos. *Médico Moderno*, dez. 1965, p. 31.

dizeres do dr. Willian Kafuri, de São Paulo: “Os trens, ônibus e bondes sempre estamparam proibições que ninguém cumpre” (FUMO..., 1965, p. 36). Ou seja, seria apenas mais uma lei que não pegaria.⁸⁸

O Estado pouco fazia em relação à questão do tabagismo, pois problemas maiores de saúde ainda estavam à espera de solução. Mesmo assim, por pouco que fossem, ações como a distribuição de cartilhas com medidas profiláticas em relação ao fumo, já podiam ser encontradas desde a década de 1940. Duas cartilhas produzidas pelo SNES traziam informações sobre o hábito: a primeira de 1940, republicada em 1945, *Higiene Pré-natal*, do dr. Clóvis Corrêa da Costa, dedicava o capítulo 10 ao álcool e fumo, e destacava a influência destes hábitos na possibilidade de interrupção da gravidez, na diminuição da produção do leite materno e no nascimento de crianças degeneradas. E, como já vimos anteriormente, em 1942, o SNES publicava a cartilha com o título *Tabagismo*, que ganhava novo formato em agosto de 1966, mas mantinha a ênfase sobre os males acarretados pelo hábito. Sob o título *Fume se quiser, mas...*, a cartilha era destinada aos educadores sanitários e focava o tabagismo como uma escolha pessoal, não ainda como um problema relevante para a saúde pública. O texto também apresentava outra novidade: a incorporação do câncer de pulmão como problema decorrente do hábito, alicerçado por evidências estatísticas, e por pesquisas de laboratório, que apontavam o alcatrão como principal responsável pela doença. Acreditamos que isso tenha relação com a divulgação dos relatórios do RCP (1962), e Terry (1964). Entretanto, as ações do Estado, principalmente

⁸⁸ Leis proibindo o fumo nessa época já existiam em cidades como Belo Horizonte, lei 1483 de 7 de Maio de 1968, “que proíbe fumar no interior dos transportes coletivos urbanos” e São Paulo, lei 3938 de 8 de setembro de 1950, “que proíbe o uso de fumo em veículos de transporte coletivo, elevadores de passageiros e salas de espetáculos e dá outras providências”. Entretanto, estas leis não se pautavam em justificativas ligadas à saúde e a ciência.

do governo federal, pararam por aí, e só retornaram de maneira direta em 1986, com a formação do Programa Nacional de Combate ao Fumo.

Diferente dos dois artigos de *O Médico Moderno*, que demonstravam a existência de discordâncias em torno do tema, os demais artigos produzidos em revistas de medicina, como a do *Serviço Nacional de Tuberculose* e *RBM*, mudaram o seu foco em torno do assunto após a divulgação dos relatórios do RCP (1962) e Terry (1964). As dúvidas que pairavam nos textos publicados na década de 1950 em torno das pesquisas epidemiológicas que relacionavam fumo-câncer do pulmão e a preocupação dos tisiologistas na orientação da comunidade médica para o diagnóstico precoce da doença, cederam espaço para a certeza dos novos dados que estavam sendo produzidos a partir da década de 1960. Entrava em cena a prevenção da doença através do combate ao tabagismo, conforme vemos no artigo de Edmundo Blundi para a *Revista do Serviço Nacional de Tuberculose* em 1963, e em um artigo de Fernando Seidl para a *RBM* em 1969.

Em “A medicina moderna contra o cigarro” (1963), Blundi, agora Professor Adjunto de Tisiologia e Pneumologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado da Guanabara e Professor de Doenças Pulmonares da Escola Médica de Pós-graduação da PUC-Rio, afirmava a existência da relação fumo-câncer do pulmão e reforçava a relação do hábito com outros males, como a bronquite e o enfisema pulmonar, não descartando a importância da poluição atmosférica. Conhecedor das pesquisas de Wynder, Graham nos EUA e Doll e Hill na Inglaterra, como demonstra a bibliografia do artigo, ele se fundamentou nas conclusões do relatório do RCP de 1962, para a sua afirmação:

Até há bem pouco tempo tudo o que se afirmava sobre o assunto desvanecia-se como a própria fumaça usada para fugir da angústia. Centenas de trabalhos, mesmo os fundamentais de Wynder, Graham e

Groninger, Doll e Hill e, ultimamente, a grande pregação de Auerbach, foram recebidos com reservas até por cancerologistas e autoridades médicas que, ao ouvir graves conclusões, sorriam, mas a coragem de aceitar as verdades era embotada pela fumaça que constantemente os envolvia... Nunca vimos médico algum, com cigarro nos lábios, aceitar ou discutir com lucidez este tema, fosse em benefício próprio ou em benefício dos seus pacientes sob ameaça de invalidez e morte.

Agora, a poderosa cidadela da fumaça do sonho e da evasão acaba de receber duro golpe, desfechado pelos 444 anos de tradição do Real Colégio de Médicos [RCP] de Londres, ao publicar as corajosas conclusões do seu relatório sobre Fumo e Saúde, revendo toda a bibliografia mundial sobre o assunto – 216 trabalhos originais – e afirmando com segurança: “o cigarro produz câncer do pulmão, bronquite e, provavelmente, contribui para as doenças coronárias e várias outras doenças menos comuns, dificulta a cicatrização da ulcera gástrica e duodenal”.⁸⁹

Neste artigo, em vez de fornecer subsídios e mesmo informar sobre o diagnóstico em torno do câncer de pulmão como feito em 1951, o autor se preocupa em sugerir ações que poderiam ser executadas pelo Estado, principalmente em relação a bronquite crônica:

Se fosse feito o levantamento dos bronquíticos crônicos existentes em nosso país, seu número seria tão surpreendentemente grande que surgiria fatalmente o Serviço Nacional de Bronquite Crônica, sem qualquer veleidade de ordem demagógica. E ainda com mais razão se este número fosse somado o dos asmáticos crônicos que fazem o mesmo destino. E isto ainda não é dizer tudo se garantirmos que em nosso país existem mais bronquíticos crônicos do que tuberculosos, pneumônicos ou cancerosos dos pulmões.⁹⁰

Na sua opinião, o novo serviço se tornaria um grande adversário das pretensões das companhias do tabaco, uma vez que demonstraria de maneira explícita o grande número de casos da doença ocasionada pelo fumo, o que poderia gerar medidas tais como a exigência do fechamento destas companhias ou a “produção de cigarros inofensivos” (BLUNDI, 1963). Observando o descaso das companhias do tabaco com os malefícios à

⁸⁹ BLUNDI, Edmundo. A medicina moderna contra o cigarro. *Revista do Serviço Nacional de Tuberculose*, v. 7, n. 25, 1º. trim. 1963, p. 77.

⁹⁰ BLUNDI, 1963, p. 82.

saúde ocasionados pelos seus produtos, ele conclui que tornava-se necessária a intervenção estatal sobre a questão:

Não somos pesquisador e sim médico prático e temos vivido intensamente os dramas aqui relatados sem compreender, em primeiro lugar, a insensibilidade da indústria do fumo e a falta de providências no sentido de conseguir, por exemplo, filtros verdadeiramente eficientes, ou retirar, com o auxílio dos melhores químicos, as 16 ou mais substâncias irritantes para os pulmões, contidas na fumaça do cigarro.

Tal indústria teria que tomar eficientes iniciativas antes que os bons governos apliquem severas medidas contra seus grandes lucros, em defesa dos pulmões das populações iludidas.⁹¹

Após tais observações, Blundi elenca “bons governos” que já tomaram atitude frente a omissão das companhias:

A Itália proibiu todos os anúncios de cigarros. [...] Na Suécia foram experimentadas clínicas especializadas para auxiliar os fumantes que desejam abandonar o vício. O governo inglês estuda uma série de medidas, algumas já em execução, visando proteger as crianças da perigosa ação do fumo.⁹²

Outro médico a seguir a mesma linha de Blundi, afirmando a relação fumo e câncer de pulmão, foi Fernando Martim Seidl. Neto de Carlos Seidl, um importante médico e autoridade sanitária na República Velha. Na década de 1960, Fernando Seidl atuava como colunista para o jornal carioca *Correio da Manhã*, no qual assinou a coluna *Notas Médicas* durante 30 anos, e na equipe de redação da *Revista do Serviço Nacional de Tuberculose*, ao lado de Ismar Chaves da Silveira, entre os anos de 1957-1977 – parceria esta que se repetiu no *Jornal Brasileiro de Medicina (JBM)* nas décadas de 1970 e início da década de 1980.⁹³ Em artigo redigido para a seção *Atualidades Médicas* da *RBM*, em setembro de 1969, ele enfatizava a relação entre o fumo e as doenças do pulmão. Inicialmente, começava

⁹¹ BLUNDI, 1963, p. 83.

⁹² BLUNDI, 1963, p. 83

⁹³ A *Revista do Serviço Nacional de Tuberculose* mudaria de nome ao longo do período de 1957-1980, de acordo com as reformas burocráticas feitas no Ministério da Saúde e com a transformação da tisiologia em pneumologia: *Revista do Serviço Nacional de Tuberculose* (1957-1970), *Revista da Divisão Nacional de Tuberculose* (1971-1977) e *Revista da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária* (1978-1980).

louvando Blundi pelo seu conhecimento em relação ao tema, expresso em vários artigos escritos, e, principalmente, pelo artigo publicado naquele mesmo mês no *JBM*, “A batalha do câncer do pulmão (É oficial: cigarros podem matar você)”, e pelo seu trabalho para o fortalecimento do Serviço de Doenças Torácicas da Policlínica Geral do Rio de Janeiro. Diferente dos artigos anteriormente vistos, o texto de Seidl tem caráter panfletário, o que pode ser percebido em várias passagens:

A relação entre o câncer do pulmão e o fumo está exaustivamente estabelecida pelas comissões especializadas federais e de entidades científicas. O mais famoso e importante documento talvez seja o do Royal College of Physicians, de Londres, dado a público em 1962. Logo depois, em 1964, aparece outro relatório oficialmente encomendado a 10 renomados especialistas norte-americanos. Este trabalho, conhecido como o “Relatório Terry”, segundo opinião da imprensa norte-americana foi tido como devastador e consagrado como o maior libelo jamais publicado contra o fumo. Dez sumidades, dos quais metade era de fumantes e a outra metade de não fumantes, nos campos na Medicina, da Biologia, da Química e da Estatística, em 387 páginas, 962 citações bibliográficas, e com o apoio de 189 instituições, realizaram o levantamento das implicações do fumo na saúde do povo, colocando-o como réu de um crime; o de provocar o câncer do pulmão.⁹⁴

Respaldado pelos dados fornecidos pelos relatórios, o autor critica a posição do Estado e da sociedade brasileira, e enumera um coletivo de médicos comprometidos no país com a causa: “E aqui em nosso País? A não ser os esforços isolados de homens como Blundi, como Jesse Teixeira, como Lourival Ribeiro, Ismar Chaves da Silveira e alguns outros, por coincidência pneumologistas, creio que muito pouco se pode citar” (SEIDL, 1969, p. 4). Além de fisiologistas/pneumologistas, todos os nomes citados por Seidl atuaram no Serviço de Doenças Torácicas da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, e integraram com ele a equipe editorial da *Revista do Serviço Nacional de Tuberculose* – como Lourival Ribeiro e Ismar Chaves da Silveira – ou tiveram artigos publicados sobre o

⁹⁴ SEIDL, Fernando M. Fumo e doenças do pulmão. *RBM*, v. XXVI, n. 9, set 1969, p. 4.

tema – como Jesse Teixeira e Edmundo Blundi. A fala de Seidl é indicativo real da importância da Policlínica para a formação do coletivo que luta contra o tabagismo no país. Ao longo da pesquisa, ficou explícito o fato do Serviço de Doenças Torácicas desta instituição ter sido, por excelência, lugar propício para o diagnóstico e a observação dos casos de câncer do pulmão e para a formação de profissionais preocupados com esta doença. Observação semelhante pode ser feita em relação aos periódicos aos quais esses atores estiveram envolvidos. Os artigos produzidos por membros deste coletivo, como os de Blundi e Paula, estavam respaldados não somente por dados de pesquisas internacionais, mas também pelas observações feitas naquele Serviço, o que demonstrava que o câncer de pulmão não era somente realidade dos países ditos desenvolvidos. Ao tornar possível a produção de dados sobre a doença dentro da realidade brasileira, encontramos o que Latour define como *mobilização de mundo*, ou seja, “a expressão geral dos meios pelos quais os não-humanos são progressivamente inseridos no discurso” (...) a maneira “de trazê-los para o local da controvérsia, mantê-los empenhados e fazê-los suscetíveis de argumentação” (LATOUR, 2001, p. 118-119). A publicação destes dados nos artigos analisados estenderam a relação tabagismo-câncer pulmonar – anteriormente fechada entre fisiologistas/pneumologistas – para a comunidade médica.

Ao fim do artigo, Seidl ressalta qual deve ser a postura dos jornais em geral frente a causa defendida por este grupo: “Mas, vale a pena insistir e os homens de jornal podem ajudar de maneira bastante útil e eficiente” (SEIDL, 1969, p. 4). Começava assim a participação de Seidl no coletivo de pensamento voltado ao combate ao tabagismo. Este artigo era somente uma prévia do que aconteceu na década de 1970 em termos de engajamento entre os médicos contra o tabagismo. Como veremos adiante, este médico, ao lado de Ismar Chaves da Silveira na redação do *JBM*, tornou-se um dos principais

responsáveis pela expansão do coletivo médico antitabagista brasileiro por meio de campanhas de divulgação dos males do hábito voltadas à comunidade médica na década de 1970.

2.3. “UMA CAMPANHA PARA MÉDICOS”

Com o número de assinaturas variando entre 25.000 em 1969, e para mais de 44.000 em 1980, fez com que o *JBM* tornasse uma das publicações brasileiras de maior circulação entre os médicos nesse período. Mantido inicialmente pelo patrocínio da indústria farmacêutica, e sendo por isso distribuído gratuitamente até meados da década de 1970 em todo o país, o periódico, publicado pela Editora EPUC, tinha em seu conselho científico médicos pertencentes à Academia Nacional de Medicina (ANM). Destes, podemos destacar os fisiologistas Edmundo Blundi, Aloysio V. de Paula e Jesse Teixeira que, juntamente com o colaborador Lourival Ribeiro, o redator-chefe Ismar Chaves da Silveira e o redator-secretário Fernando M. Seidl, tinham laços com a Policlínica Geral do Rio de Janeiro e com o Serviço Nacional de Tuberculose.

No decorrer da década de 1970, o *JBM* promoveu as primeiras campanhas antitabagistas dedicadas aos médicos no Brasil. Neste período, o periódico publicou cerca de 59 textos distribuídos em artigos e sessões como *Matéria Especial*, *Editorial*, *Notícias*, *Painel*, *Entrevista* e *Cartas à Redação* (mais tarde *Opinião do Leitor*). Entre estas sessões, destacou-se o Editorial. Segundo Teixeira (2008), “os editoriais expressam, de maneira clara e objetiva, a posição do periódico diante de determinado acontecimento” tendo por sinal “um caráter notoriamente opinativo”, sendo a sua “autoria atribuída ao corpo editorial ou ao editor do veículo” (TEIXEIRA, 2008, p. 78). Ao seguirmos as orientações de

Teixeira, percebemos que os editoriais de *JBM*, geralmente escritos por Silveira e Seidl, apontavam para a adoção do combate ao tabagismo entre as décadas de 1970 e 1980.

Em relação aos artigos publicados no periódico, eram de autoria de tisiologistas/pneumologistas que tinham seus nomes vinculados a algum órgão estatal ou entidade médica, como Edmundo Blundi, que ocuparia entre 1971 e 1973 o cargo de diretor da Divisão Nacional de Tuberculose, sendo sucedido por Jayme Santos Neves (1974-1975). Somavam-se a esses, outros médicos que circulavam em outros coletivos, principalmente o religioso, dos quais podemos citar Ajax Walter César da Silveira. Aliás, o fato dos médicos do coletivo terem circulado por diferentes instituições, pode ter contribuído para a adesão de novos membros à causa que defendiam. Também é possível notar uma grande coesão no coletivo, visto que a presença de um deles em um novo órgão ou periódico era sempre acompanhada pela participação de outros membros do grupo. A posição nestas instituições reforçava a autoridade destes médicos, e, por consequência, do discurso feito por eles frente à comunidade médica e à sociedade. Neste sentido, concordamos com Bourdieu, quando afirma sobre o discurso que: “a eficácia [de um discurso], seu poder de convicção, depende da autoridade daquele que o pronuncia” (BOURDIEU, 1983, p. 167). Esta ligação com a máquina estatal, através da ocupação de cargos em órgãos da saúde pública por aqueles que demandavam medidas contra o tabagismo, parece ter sido uma característica comum para o cenário brasileiro e os cenários norte-americano, inglês e alemão, vistos no primeiro capítulo (BERRIDGE, 2006, 2007; BRANDT, 1990, 2007; PROCTOR, 2001).

O primeiro artigo a sinalizar a defesa da posição antitabagista pelo periódico ao longo das décadas de 1970 e 1980 foi o já citado “A batalha do câncer do pulmão (É Oficial: cigarros podem matar você)”, de autoria de E. Blundi. Ele abriu o artigo destacando as conclusões dos relatórios da década de 1960:

“Smoking and Health”, mais conhecido como relatório Terry, foi considerado pela imprensa americana como devastador e consagrado como o maior libelo jamais publicado contra o fumo.

Dez sumidades (5 fumantes e 5 não fumantes), nos campos da medicina, biologia, química e estatística, em 387 páginas, 962 citações bibliográficas, apoiados por 189 instituições – universidades nacionais e estrangeiras, grupos médicos, professores e técnicos – realizaram o levantamento das implicações do fumo na Saúde Pública, colocando-o no banco dos réus:

“Fumar cigarros representa dano para a saúde de suficiente importância, exigindo ação governamental que seja um remédio contra este fato; impõe-se imediata e extensa ação para que se encontre a fórmula mais apropriada de combater o mal”.

E, a seguir, o relatório Terry concluía incisiva e categoricamente:

“1. O fumo causa câncer de pulmão nos homens. As provas para as mulheres, conquanto menos amplas, indicam a mesma conclusão. A magnitude do efeito do fumo sobrepuja em muito todos os outros fatores, inclusive a poluição atmosférica. O risco de câncer aumenta na razão direta do consumo, duração do hábito de fumar, número de cigarros por dia e diminui com o abandono definitivo. 2. O fumo é a causa mais importante da bronquite crônica aumentando, assim, o risco de morte por enfisema pulmonar. 3. Tosse e expectoração são consistentemente mais freqüentes nos fumantes do que nos não fumantes. 4. O fumo reduz enormemente a função pulmonar: a dispnéia é mais freqüente nos fumantes do que naqueles que não fumam. 5. O fumo é fator significativo na causa do câncer de laringe e há alguma relação entre o fumo e o câncer do esôfago e da bexiga. 6. As mulheres que fumam durante a gravidez correm o risco de ter filhos com peso abaixo do normal. 7. Os fumantes apresentam taxa de morte 70% mais elevada de doenças das coronárias. 8. Ainda que a relação de causa e efeito não tenha sido estabelecida, o fumo está relacionado com muitas doenças cardiovasculares, inclusive a hipertensão e a arteriosclerose generalizada.”⁹⁵

Nos artigos que se seguiram no *JBM*, os estudos dos pesquisadores ingleses Austin Bradford Hill e Richard Doll e dos pesquisadores estadunidenses E. L Wynder, E. A. Graham, Hammond, Dorn e Horn, além dos relatórios *Fumo e Saúde* da autoridade médica inglesa RCP de 1962 e o Relatório Terry de 1964, dos EUA, tiveram presença certa na bibliografia. Até mesmo as pesquisas realizadas durante o nazismo que relacionavam o

⁹⁵ BLUNDI, Edmundo. A batalha do câncer do pulmão. *JBM*, v. 17, n. 3, set. 1969, p. 46-47.

tabagismo ao câncer do pulmão, foram trazidas à luz no periódico por meio de artigo de Gideon de Oliveira, médico e membro da Igreja Adventista do Sétimo dia em São Paulo.⁹⁶

Como nos artigos anteriores, Blundi continuava a ressaltar a expansão do câncer de pulmão – ao remeter a dados do artigo de revisão do colega Jesse Teixeira sobre o coeficiente de mortalidade da doença no estado da Guanabara – e indicava o diagnóstico e tratamento precoce da doença. Para isso, enfatizava a execução de uma campanha de esclarecimento. Por fim, como fisiologista, ele observa que, apesar do aumento do número de casos de câncer no Brasil, um problema de saúde pública ainda relacionado a miséria continuava a persistir no país: a tuberculose (BLUNDI, 1969).

Outros médicos, como Ismar C. Silveira, descreviam os experimentos feitos com animais e humanos em laboratórios relacionados a possíveis malefícios do tabagismo:

Há poucos meses, numa reunião sobre o tabaco e saúde realizada na América do Norte, discutiu-se a farmacologia da nicotina e de outras frações do fumo e seus efeitos sobre os tecidos animais e humanos. Das setenta apresentações, a maioria tratava de experimentações em animais. Verificou-se, por exemplo, que [...] em cães anestesiados, a administração de 50 mcg a 100 mcg de nicotina causava extrasístoles, taquicardia e bloqueio atrioventricular; que o limiar de fibrilação ventricular baixa durante 90 minutos após submeter cães a três cigarros por cinco minutos; que havia aceleração da coagulação com aumento da atividade tromboplastínica no sangue do seio coronariano de cães submetidos a dois cigarros durante o período em que “fumavam”, os cachorros apresentavam muito mais extra-sístoles ventriculares do que a cadela! (Privilégio do sexo feminino até neste grupo biológico!). O simples fumar de um cigarro provoca desproporcionado aumento na frequência cardíaca, quer em repouso, quer com débito cardíaco inalterado. Um paciente com doença coronária, capaz de tolerar o esforço em bicicleta sem ter angina, passou a tê-la com o mesmo esforço aos [sic] ter fumado um cigarro. Em fumantes crônicos, os traçados electroencefalográficos registravam leve sedação ou tranquilização após seis horas de abstinência de cigarros. Além disso, havia também bradicardia. Por isto, sugere o uso de anfetaminas nas pessoas que estejam no período de supressão do hábito de fumar!⁹⁷

⁹⁶ OLIVEIRA, Gideon. Hábitos e Câncer. *JBM*, v. 23, n. 5, nov. 1972, p. 16.

⁹⁷ SILVEIRA, Ismar C. Malefícios do fumo. *JBM*, v. 21, n. 5, p. 46, nov. 1971.

Os dados fornecidos pelas pesquisas epidemiológicas, pelos experimentos laboratoriais com animais e observações clínicas, eram mais uma vez reafirmados nos artigos, forma encontrada por esses médicos no sentido de dar sustentação aos seus argumentos contra o tabagismo. Para isso, era importante a descrição sucinta, em linguagem de fácil acesso aos médicos não especialistas desses experimentos e seus resultados. A finalidade principal disso era demonstrar que o tabagismo, em determinadas condições, pode conduzir ao câncer de pulmão e outros males à saúde, o que nos remete mais uma vez ao conceito latouriano de *mobilização de mundo*, já visto anteriormente.

No que tange a produção de pesquisas que relacionavam tabagismo-câncer do pulmão, não encontramos até àquela época trabalhos que relatassem pesquisas epidemiológicas produzidas no Brasil. Existiam somente observações clínicas levantadas por pneumologistas em artigos, ou inquéritos para levantar o número de fumantes por faixa de idade, entre homens e mulheres e diferentes graus de instrução, como o ocorrido em São Paulo em 1971, patrocinado pela OPAS (ROSEMBERG, 1987).

Se nas obras doutrinárias, as apresentações dos dados das pesquisas relacionando os males do tabagismo tinham apenas como alvo o fumante inveterado, agora, ênfase maior era dada ao papel do médico na orientação de seus pacientes para o abandono do hábito. O médico, como profissional da saúde, deveria também dar o exemplo e deixar de fumar. Ao buscar disseminar tais posturas no campo médico, os editores do *JBM* seguiam uma tendência de importantes instituições da saúde, como a OMS e o Conselho Federal de Medicina (CFM), e, assim, procuravam aliar e legitimar a campanha promovida ao posicionamento destas importantes instituições de saúde:

A Organização Mundial de Saúde, no âmbito internacional; o Conselho Federal de Medicina, no âmbito nacional; e os Conselhos Regionais de Medicina, no âmbito estadual, não tem medido esforços na

recomendação continuada para que os médicos, a exemplo do que ocorre nos Estados Unidos e na Inglaterra, se congreguem na luta contra o fumo. Esforço admirável é o que vem realizando a Sociedade Médica Brasileira de Combate ao Fumo, como sede em São Paulo, e à qual o *Jornal Brasileiro de Medicina* – reafirmando posição já definida – dá todo o seu apoio, associando-se à sua campanha. [...]

A classe médica deve dar o exemplo, e nós responsáveis por este admirável veículo de divulgação – que é o nosso *JBM* – estamos formados na vanguarda do movimento, com a convicção serena de que estaremos sendo úteis, ao lado de todos os médicos brasileiros.⁹⁸

Tanto a OMS quanto o CFM, adotaram em sua legislação interna a proibição do fumo dos seus servidores em local de trabalho e em reuniões:

A direção da Organização Mundial de Saúde, em decisão recente, de que a imprensa deu ampla divulgação, proibiu o fumo aos seus servidores, no recinto de trabalho. A iniciativa merece, sem dúvida, o maior apoio de quantos – como, no caso, o *Jornal Brasileiro de Medicina* – tenham assumido uma posição definida em defesa de uma certeza: a de que o fumo é a causa principal do câncer dos pulmões [...] No caso em pauta, devemos aplaudir a decisão da direção da Organização Mundial de Saúde, fazendo votos para que todas as demais entidades médicas do país sigam o exemplo, com decisão e coragem.⁹⁹

Aqui no Brasil, dando o exemplo, o Conselho Federal de Medicina adotou a recomendação de proibir o fumo em suas reuniões, estendendo a medida às suas centenas de entidades filiadas.¹⁰⁰

Anteriormente a esta recomendação, em 1959, a OMS, sob a presidência do médico brasileiro Marcolino Candau, já tinha formado um grupo de estudos sobre a epidemiologia do câncer do pulmão, enfatizando o tabagismo como um dos fatores responsáveis pela doença. Em abril de 1964, a instituição organizou um comitê com sete especialistas, que avalizou as conclusões do Relatório Terry dos EUA, e sugeriu algumas medidas profiláticas em relação ao câncer de pulmão: educar o público, principalmente os jovens, quanto os riscos do fumo, a promulgação de leis de restrição ao fumo em salas de espetáculos e transportes públicos, limitação da propaganda de cigarros e o apoio a

⁹⁸ EDITORIAL. Fumo e tóxicos. *JBM*, v. 21, n. 3, set. 1971, p. 7

⁹⁹ EDITORIAL. Deixar de fumar. *JBM*, v. 18, n. 2, fev. 1970, p. 5

¹⁰⁰ EDITORIAL. Campanha de médicos. *JBM*, v. 22, n. 1, jan. 1972, p. 7

pesquisas sobre cigarros menos nocivos à saúde (INFORME..., 1964). Ao longo da década de 1970, a OMS intensificaria suas atenções quanto ao tabagismo, resultando em resoluções apresentadas pelo Comitê de Peritos, sobretudo nas Assembléias Mundiais de Saúde (AMS).¹⁰¹ De maneira geral, estas resoluções davam maior respaldo e confirmavam os dados dos experimentos epidemiológicos e laboratoriais apresentados anteriormente nas décadas de 1950 e 1960 sobre a relação tabagismo e diversos males à saúde e apresentavam sugestões a serem seguidas por instituições médicas e da saúde pública dos países signatários das AMSs (ROEMER, 1995).

A credibilidade na luta contra o tabagismo também era buscada nas declarações de importantes personalidades, como a muito citada participação do Senador Robert Kennedy, na I Conferência Mundial sobre Fumo e Saúde, realizada em 1967 na cidade de Nova York, EUA:

Ouviru-se a voz de um homem fabuloso, mais treinado nas lutas pela liberdade, pela paz, contra o racismo, contra as injustiças, cuja morte abriu um vazio no seu país, no mundo e tornou malogradas as esperanças da América Latina: Robert Kennedy.

Assim, abriu outra frente de luta e suas palavras foram contundentes: “o fumo faz, anualmente, 4 vezes mais vítimas do que todos os acidentes de tráfego. Por causa do fumo, morrem, por ano, mais americanos do que morreram na I Guerra Mundial, na guerra da Coréia e na do Vietnã combinadas e quase tantos quantos morreram na II Guerra Mundial. A Indústria dos cigarros espalha veneno mortal e joga com a vida humana em troca de lucros financeiros”.¹⁰²

Nas palavras de Blundi, e de outros que citaram a declaração de R. Kennedy, a luta contra o tabagismo era comparada a uma luta pela liberdade, contra injustiças, em suma, de importância primordial em relação a saúde dos brasileiros. Para Gideon de Oliveira, caberia “as próprias autoridades responsáveis pelo destino da nação [serem]

¹⁰¹ 23ª. AMS (resolução WHA 23.32 de maio de 1970), 24ª. AMS (resolução WHA 24.48 de maio de 1971), 29ª. AMS (resolução WHA 29.55 de maio de 1976), Controlando a Epidemia do Tabagismo (Relatório do Comitê de Peritos da OMS, 1979).

¹⁰² BLUNDI, 1969, p. 50.

conscientizadas sobre os perigos reais do tabagismo que tanto descapitaliza o nosso maior patrimônio – a saúde do homem e da mulher brasileiros” (OLIVEIRA, 1973, p. 24). Outro médico que endossava a opinião dos dois anteriores é Carlos Luiz Campana, que afirmou:

A saúde pública, em relação aos muitos problemas provocados pelo cigarro, está nas mãos dos reis do monetarismo tabágico. O cigarro é quase que introduzido diretamente na boca do povo [...] Não duvidamos das espantosas verbas acumuladas pelos cofres públicos através dos impostos sobre o fumo. O que duvidamos, sinceramente, é que essas quantias sejam muito maiores do que aquelas pagas pela Previdência Social – sempre em dificuldades – aos tabacômanos ou suas famílias em benefícios, em tratamentos e em lágrimas de saudades.¹⁰³

Além de tornar o tabagismo uma questão prejudicial à saúde pública e, desta forma, à nação, o hábito era também associado em diversos artigos à questão dos tóxicos e do vício:

O fumo, como os tóxicos, gera dependência. É um vício e é um veneno. No mundo inteiro, entidades sábias têm se manifestado, com veemência, pela necessidade de se organizar campanhas amplas, de duração demorada, com a maior penetração possível, com o objetivo de criar, em todos o níveis sociais, intelectuais, profissionais, familiares etc, a idéia de que o fumo é tóxico, tão maléfico como as substâncias que criam dependência, merecedoras da atenção das autoridades sanitárias do mundo inteiro.¹⁰⁴

Ao focalizar o caso brasileiro, críticas eram feitas à ausência de ações do Estado no sentido de promover restrições, como as que ocorriam com as drogas: “Não podemos, portanto, compreender qual a razão da tolerância dos legisladores, não só permitindo, mas parecendo mesmo estimular, o vício de fumar, que é uma doença análoga às outras toxicomanias e dependências de psicotrópicos, tão justamente reprimidas” (PACHÁ, 1972, p.17). Sobre o mesmo tema, Ajax Walter César Silveira, em seu artigo “Como enfrentar o tabagismo”, de abril de 1972, sugeriu medidas para diminuir o problema

¹⁰³ CAMPANA, Carlos Luiz. Tabaco: o grande intocável. *JBM*, v. 23, n. 2, ago. 1972, p. 20.

¹⁰⁴ EDITORIAL, set. 1971, p. 7.

do tabagismo no país, indicando “fazer aplicar ao fumo as medidas preconizadas pelo governo, no projeto de lei que dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao uso de substâncias que determinem dependência física e psíquica” (CÉSAR SILVEIRA, 1972, p. 22). Críticas também eram feitas para a ausência de leis que disciplinassem a publicidade de cigarros na mídia, como para os valores simbólicos agregados ao produto, principalmente em revistas de ampla circulação:

São “slogans” convincentes, são maravilhosas estampas policrômicas, são modelos em atitudes “sexy” que incitam o desprevenido cidadão a fumar para ter prestígio social, fumar para pensar melhor, fumar para tranquilizar o sistema nervoso, fumar para ser elegante, fumar para mostrar virilidade... Certa marca anunciou cigarro “para estimular a atividade e permitir ao fumante afrontar calmamente os desgostos da vida”!!! Outra marca assegura que é “o complemento indispensável das alegrias da vida ao ar livre, o verdadeiro prazer de fumar”!!!

Nunca se viu um só desses anúncios fazendo referências às doenças cardiovasculares, ao câncer dos lábios, língua, laringe e pulmões, indiscutivelmente causados pela nicotina ou pelo benzopireno contidos no fumo.¹⁰⁵

Em suma, os artigos tinham formato panfletário no sentido de incentivarem os colegas médicos a deixarem o tabagismo a partir de argumentos científicos, econômicos e morais e a se engajarem na campanha contra o fumo. Desta forma, atacavam os valores positivos agregados em torno do hábito. E mais, era de fundamental importância que o médico, profissional da saúde, fosse exemplo, divulgasse as informações contidas nos textos para os seus pacientes. Nesta medida, a ação do clínico em seu consultório era entendida nos artigos como extensão da campanha promovida pelo periódico, pois aos médicos era legitimado socialmente o papel de orientar quanto as ações a serem tomadas para a manutenção da saúde e cura de doenças dos pacientes. O discurso médico era assim

¹⁰⁵ PACHÁ, mar. 1972, p. 17.

proferido por um agente que agregava capital simbólico e reconhecimento para tal, dando-lhe o caráter de um discurso competente.¹⁰⁶

- **A SOCIEDADE MÉDICA BRASILEIRA DE COMBATE AO FUMO: UM CURTO CAPÍTULO NA HISTÓRIA DO ANTITABAGISMO NO BRASIL**

Em setembro de 1971, o *JBM* se associava à campanha da SMBCF, como fica explícito em passagem citada anteriormente no editorial “Fumo e Tóxicos” do número daquele mês. Esta campanha durou até abril de 1973 e teve no periódico o principal veículo de difusão das ações e das comunicações apresentadas em reuniões e simpósios desta organização.

A SMBCF surgiu, conforme o dr. Álvaro Barros de Lima, com “uma pequena nota estampada no n°. 359 do jornal o *Pulso*, em novembro de 1969”, pelo dr. Ajax Walter César Silveira, reconhecido por sua experiência em campanhas pró-temperança e em cursos de abandono ao fumo em cinco dias (SOCIEDADE..., 1972, p. 189). Nesta oportunidade, ele convocava seus colegas de profissão em todo o Brasil para uma cruzada patriótica contra o tabagismo. A primeira reunião ocorreu no Instituto Oscar Freire, em São Paulo, no mês de fevereiro de 1970, ficando decidida a formação de uma sociedade que promoveria ampla campanha contra o tabagismo no país. Este primeiro simpósio contou com a participação de médicos, estudantes e outras pessoas interessadas, que presenciaram as comunicações do próprio César Silveira (O Cigarro implicado nos incêndios na cidade de São Paulo e A psicoterapia de grupo no trabalho do tabagismo), eleito como presidente da sociedade, e Edmundo Blundi (A Batalha do câncer de pulmão). Nesta reunião, também

¹⁰⁶ Segundo BOURDIEU (2002), o capital simbólico é formado pelo conjunto de signos e símbolos que permitem situar os agentes no espaço social, ou seja, o agente seria um ponto de interseção de valores a ele reunido.

foram escolhidos respectivamente para secretário e tesoureiro os drs. Álvaro Barros de Lima, de Ribeirão Preto, e Frederico Freire, do Rio de Janeiro (SOCIEDADE..., 1972).

A sociedade voltou a se reunir em agosto do mesmo ano, com o apoio da Associação Paulista de Medicina, que cedeu um de seus anfiteatros para o primeiro curso sobre tabagismo. Contou novamente com a apresentação de trabalhos de César Silveira (Como vencer o hábito de fumar) e Blundi (O tabagismo e seus males no aparelho respiratório). Além desses, houve apresentação de comunicações dos médicos Gideon de Oliveira (Fumo e câncer de pulmão), Nahaniel Rodrigues (Os males do tabaco sobre o coração e os vasos), João Carvalhal Ribas (Tabagismo: aspectos psico-somáticos) e Geraldo Leitzke (O Tabaco, a mulher e a procriação). Esse encontro contou com a participação dos pastores adventistas do departamento de temperança da Igreja Adventista do Sétimo Dia de São Paulo, Leo Ranzolin e Rodolfo Gorski, que apresentaram filmes educativos contra o tabagismo. Estes pastores voltaram novamente à cena em novo simpósio ocorrido em julho no Instituto Oscar Freire, sendo proferidas palestras de César Silveira (Como enfrentar o problema do tabagismo no Brasil), Gideon Oliveira (Reflexologia tabágica e anti-tabágica – considerações sobre o problema no Brasil) e do dr. João Batista Pereira Bicudo (O Tabagismo, problema da educação e de saúde pública). Neste simpósio, a SMBCF concluiu seu estatuto e elegeu sua diretoria para os anos de 1971/72, dando, assim, existência legal a instituição. César Silveira assumiu a presidência tendo como vice o deputado federal potiguar e médico Pedro Lucena. Lucena apresentou dois projetos na Câmara Federal tratando do tabagismo: o primeiro, o PL-259/1971, em 1971, pedia pela proibição do fumo nas diversas formas de transporte coletivo; o segundo, tentava tornar a SMBCF uma entidade de utilidade pública, podendo assim receber verbas

públicas, o que acabou não ocorrendo (SOCIEDADE..., 1972).¹⁰⁷ Como já tinha ficado explícito nas opiniões colhidas entre parlamentares sobre o projeto de Ivan Luz em 1965, a discussão não estava somente restrita aos especialistas, ocupando então outros coletivos, em que a opinião de que era necessário uma campanha contra o tabagismo não era unanimidade. Fracassava assim mais uma vez a tentativa de tornar o combate ao fumo assunto de interesse público no Congresso Nacional, que formava um coletivo social no qual assuntos da saúde pública não estavam acima de outros interesses, como por exemplo, os interesses econômicos, na elaboração de políticas públicas e na aprovação de projetos de lei, como veremos com maior aprofundamento no próximo capítulo.

A SMBCF realizou ainda mais um ciclo de palestras em julho daquele ano, agora em Brasília, contando mais uma vez com a participação de Blundi, Gideon de Oliveira e Ajax W. C. Silveira entre outros. No mesmo ano, a associação encaminhou o documento “Fumo e Tóxicos” para as principais associações médicas e instituições de saúde pública brasileiras, incluindo o Ministério da Educação (1º CICLO..., 1972). Depois disso, a sociedade desapareceria do noticiário do *JBM*. Mesmo assim, temos indícios de que ela tenha durado até janeiro de 1973, quando Ajax Walter C. da Silveira assinou o artigo “Como deixar de fumar em cinco dias”, pela sessão *Matéria Especial*, designando-se ainda presidente da instituição. Após isso, artigos de outros participantes, como o do médico Gideon de Oliveira (Conscientização antitabágica, 1973), não mencionavam mais a

¹⁰⁷ Outro exemplo do desinteresse do poder público pela questão era dado na mesma época pelo Ministério da Saúde, que tratou com omissão um pedido de líderes antitabagistas no sentido de elaborar um bom projeto sobre o tema e pressionar os poderes executivo e legislativo para aprovação do mesmo: “Em 1972, pedimos ao Ministério da Saúde que nomeasse uma comissão capaz de elaborar um bom projeto de lei orgânica, para combate ao tabagismo, por todos os meios apropriados. Inexplicavelmente, o titular de então não deu a atenção devida a tal representação, formulada por intermédio dele, ao Poder Executivo. Por sua vez, o Congresso Nacional, quer como instituição, quer através dos Partidos políticos nele representados, deixou transcorrer mais cinco anos sem aprovar qualquer lei de efeitos práticos, reclamada pelo interesse público nessa matéria” (ACAMED, n. 72, 1977, p. 05-06 apud VIETRO, 2007).

existência da entidade. Neste mesmo mês foi publicada a nota “Fumantes fazem curso e deixam o vício”, que relatava um curso de abandono do fumo realizado por César da Silveira, no Centro de Recuperação de Fumantes, com os auspícios da Prefeitura de São Paulo, no qual não se fazia referência ao seu posto como presidente da SMBCF (FUMANTES..., 1973).

O findar desse capítulo da história do antitabagismo no Brasil também significou a saída de nossa narrativa de atores como Gideon de Oliveira. Já Ajax Walter César da Silveira continuaria a promover o curso *Como Deixar de Fumar em Cinco Dias* e lançaria em 1973 a quarta edição de seu livro *Fumar ou Não Fumar*, publicado pela Casa Publicadora Brasileira, com uma tiragem de 105 mil exemplares (FUMAR ..., 1973). Ele retornará a cena em nossa análise nos congressos sobre o tema na década de 1980. Rosenberg, o único a registrar a existência da SMBCF, assim resume a história desta instituição: “no início dos anos [1970], o médico Ajax Walter Silveira, em São Paulo, criou a Sociedade de Combate ao Fumo, que teve vida efêmera, porém, dentre outras atividades, realizou dois simpósios a respeito do tema” (ROSEMBERG, 2005, p. 2).

- **EM CENA NOVOS ATORES: MÁRIO RIGATTO E JOSÉ ROSEMBERG**

Apesar do encerramento das ações da SBMCF, essa fase da campanha do *JBM* seguiu até abril de 1973, com uma propaganda em sua primeira página com a imagem de um cigarro amassado em um cinzeiro. Nela, a redação do periódico dizia ter feito a sua parte e pedia à classe médica que prosseguisse a campanha com o apoio do material divulgado e com um adesivo automotivo que seguia com aquela edição.

Ainda assim, em agosto de 1973, encontramos o artigo “Tabagismo: sentença de morte”, de Fernando M. Seidl. A revista só voltou a focar a questão na seção *Resumo de Teses* em setembro de 1976, na qual Ismar C. da Silveira resenhava o trabalho *Avaliação dos Efeitos do Fumo Sobre o Fluxo Arterial Periférico: contribuição para um estudo epidemiológico e instrumental*, defendido junto ao programa de mestrado em Angiologia na UFRJ pelo médico Paulo Roberto Silveira. Desta forma, a discussão chegou ao meio acadêmico.

Imagens que gerassem impacto, remetendo aos males causados pelo tabagismo, como, por exemplo, a bronquite, o enfisema pulmonar, o câncer de pulmão, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), foram correntes nos artigos e algumas capas do periódico ao longo da década de 1970, quando o *JBM* trazia matéria sobre o tema.¹⁰⁸ Segundo Vietro (2007), o recurso às imagens negativas pode ser analisado como uma tentativa de ressignificar o tabagismo entre os profissionais médicos em contraposição aos valores positivos amplamente divulgados pelas companhias de cigarro em anúncios de revistas e outros meios de comunicação. O tabagismo tornou-se sinônimo de veneno, vício, doença e morte, como exemplificam bem as imagens utilizadas pelo *JBM* (VIETRO, 2007).

A campanha antecipava assim o artifício da utilização de imagens impactantes relacionando o tabagismo a prejuízos à saúde, que viria a ser utilizado após a resolução de no. 46, de fevereiro de 2002, da Agência Nacional de Saúde (ANVISA), tornando obrigatória a veiculação das imagens no verso das embalagens de cigarro e também no material publicitário dos pontos de venda (GONÇALVES, 2005).

Em outubro de 1977, o *JBM* retomou sua campanha contra o tabagismo. No editorial “Fumo e o médico”, Seidl observava que o tabagismo continuava a merecer ser

¹⁰⁸ Ver ANEXO I.

combatido pela comunidade médica, por mais que fosse uma luta desigual frente aos grandes investimentos feitos em torno da mídia pelas companhias do tabaco e do lucro obtido por meio de impostos dos produtos derivados do tabaco pelo Governo. Para o autor havia 3 medidas importantes para a diminuição do hábito, que dependiam da ação dos órgãos governamentais e dos legisladores: “há que aumentar o preço de venda dos cigarros; há que se impedir a exuberante propaganda comercial através dos meios de comunicação; e há que se estimular os agricultores para que não cultivem mais o fumo, diversificando, à custa de incentivos oficiais, a sua plantação” (SEIDL, out. 1977, p. 3).

Novamente, como na primeira fase da campanha, os médicos foram chamados a assumir uma posição de liderança no movimento da sociedade contra o tabagismo: “Mas nós, médicos, não podemos nos omitir nessa luta contra o fumo. Cabe-nos um papel importante na educação de quantos nos procuram e devemos ser convincentes na nossa pregação” (SEIDL, out. 1977, p. 3). Estas opiniões eram reafirmadas em entrevista do médico e professor de medicina interna da UFRGS, Mário Rigatto, publicada naquele número da revista. Rigatto era reconhecido por sua luta contra o fumo no Rio Grande do Sul, organizou e formou o mestrado em Pneumologia, no Departamento de Medicina da UFRGS em 1972, a primeira pós-graduação desta especialidade no país, da qual foi coordenador até 1978 (GOTTSCHELL, 2000). Além dessa entrevista ao *JBM*, Rigatto publicou artigos de cunho militante na *Revista da Divisão Nacional de Tuberculose* nos anos de 1975 e 1976, alertando para os vários perigos do tabagismo. Em “Contra-senso”, de 1975, ele alertava para o perigo do fumo em vôos e criticava as companhias aéreas que ofereciam cigarros aos seus passageiros como “cortesia”: “Todas as companhias aéreas em que até hoje viajei participam desta incensatez. Uma companhia que permite que um passageiro fume a bordo comete, no meu entender, um crime “por omissão”. Toda a

[companhia] que induz um passageiro oferecendo-lhe cigarros, comete um crime “por ação” (RIGATTO, 1975a, p. 59-60).

Naquele ano, este médico publicou outros dois artigos: “Perversão” e “Cifrões”. No primeiro, utilizando de argumentos religiosos e científicos, ele observava que o fumo pervertia as funções concebidas por Deus à boca. Nesse sentido, de acordo com o autor, à boca teriam sido dadas as tarefas de sorrir, falar, beijar, comer e não de fumar (RIGATTO, 1975b). Já no segundo artigo, a preocupação do médico recai sobre os crescentes lucros auferidos pelas companhias do tabaco, através do aumento do consumo, conseguido graças aos valores positivos, construídos e difundidos pela mídia:

Fazendo uso de uma propaganda tão fascinante quanto mentirosa (desde quando escarrar sangue é “sucesso”, sacolejar catarro no peito é elegância, abrir as portas ao infarto e ao câncer é “saber o que quer” e chupar símbolos fálicos incandescentes é demonstração de “virilidade?”), os trustes internacionais conseguiram promover uma grosseira perversão a “hábito de vida”.¹⁰⁹

Também não faltaram críticas de Rigatto à omissão das autoridades governamentais na produção de medidas de combate a um hábito prejudicial à nação, como foram um dia a escravidão e os cassinos:

O único ultraje a um mandatário público que pode se igualar à indiferença com que ele olha a propaganda do tabaco é a alegação, não rara, de que o poder público jamais encetará uma campanha ou proibirá a venda de cigarros a menores, “porque os produtos do tabaco pagam imposto e o país não pode abrir mão dessa renda”. Nunca ouvi argumento mais vil. Desde quando um pai vende a saúde de seus filhos para equilibrar o orçamento doméstico? Desde quando, ao longo de sua história, o Brasil sacrificou o bem-estar da sua gente aos apetites financeiros? Abolir a escravatura significava para o Brasil pesado encargo financeiro e grave ameaça à sua estrutura econômica de país agropastoril. Mas o preço do sucesso econômico não podia ser a escravidão de seus filhos. E a escravatura foi abolida. Os impostos pagos pelos cassinos não são menores que os do fumo. Mas entendeu-se que eram um dinheiro de má qualidade, nocivo à família brasileira. E o jogo foi proibido.

¹⁰⁹ RIGATTO, Mário. Cifrões. *Revista da Divisão Nacional de Tuberculose*, v. 19, n. 75, 3º. trim. 1975c, p. 291.

Dizer que as autoridades brasileiras estão vendendo a vida e a saúde de seus filhos aos trustes internacionais do tabaco é uma infâmia e uma descortesia. Infâmia pelo desumano da transação. Descortesia porque pressupõe incompetência para realizar um cálculo muito simples, que mostraria que as despesas públicas com o absenteísmo ao trabalho, as enfermidades e as mortes prematuras, devidas ao fumo, superam bastante as rendas tributárias que ele gera.

Mas se as autoridades brasileiras continuarem inermes, como até agora, diante da devastação que as indústrias do tabaco estão fazendo na saúde de nosso povo, sua defesa diante dos tribunais da história torna-se a cada dia mais difícil.¹¹⁰

Ainda em 1975, em apresentação feita durante *III Simpósio Nacional sobre Pós-Graduação nas Áreas Biomédicas* (posteriormente publicado), Rigatto solicitou aos presentes que não fumassem durante sua fala, argumentando o papel desempenhado por eles contra os males do tabagismo, afinal os médicos deviam jogar na “equipe da vida e da saúde”, contra a morte e a doença, sendo exemplos para seus pacientes (RIGATTO, 1976a). “Pesadelo”, publicado em 1976, remetia a problemática apresentada em “Cifrões”: críticas a propaganda do produto, aos valores a ele atribuído e a posição de omissão do governo (RIGATTO, 1976b). Rigatto voltaria à cena, como veremos no próximo capítulo, na confecção da “Carta de Salvador”, considerada por Boeira (2002) como o manifesto do movimento antitabagista brasileiro.

Diretor Geral e Professor titular de Tisiologia e Doenças pulmonares do Centro de Ciências Biológicas e Médicas da PUC de São Paulo, José Rosemberg iniciou suas ações contra o tabagismo em 1978, coordenando uma campanha contra o hábito na própria instituição em que lecionava. Antes disso, encontrava-se envolvido na controvérsia em torno da utilização da BCG, defendendo o uso da vacina em massa. Seu objetivo tornou-se realidade quando Edmundo Blundi e Jayme Santos Neves ocuparam a Divisão Nacional de Tuberculose entre 1971 e 1975, e lançaram programas de vacinação de massa de BCG. Tal

¹¹⁰ RIGATTO, 1975c, p. 291-292.

posição foi legitimada em 1974, quando a OMS, por meio de seu Comitê de Peritos da Tuberculose, aprovava o uso da vacina em massa.

Após esta vitória, Rosemberg e outros envolvidos na batalha pela BCG, passaram a enfatizar a luta contra o tabagismo. Criava-se uma identidade do grupo, que seria herdeira da luta contra a tuberculose, e que se renovou à medida que se atualizavam os objetos da disciplina em que atuavam como professores universitários. Essa identidade, ligada ao desenvolvimento da pneumologia, ficou mais visível na realização da 1ª. *Conferência Brasileira de Combate ao Fumo* em 1980, como veremos no capítulo 3, e reforçou ainda mais a autoridade deste grupo em conseguir alianças nas instituições oficiais da comunidade médica, da saúde pública e da sociedade. Em entrevista concedida a Vítor Cassimiro, Rosemberg relata assim o início de sua participação efetiva na luta:

Eu comecei a estudar o problema do tabagismo em 1975. Em 1978, publiquei a primeira monografia a respeito, que saiu na revista da PUC/SP. Naquela ocasião, consegui organizar uma semana antitabágica na universidade. Foi um dos primeiros movimentos nesse sentido. E o primeiro livro científico brasileiro sobre tabagismo é meu. A primeira edição de *Tabagismo: Sério Problema de Saúde* foi publicado em 1979. Esse livro foi laureado pela Academia Nacional de Medicina.¹¹¹

Antes de se tornar o primeiro manual científico do assunto, a monografia de Rosemberg ganhou as páginas do *JBM*, sendo publicada em seis artigos entre novembro de 1977 e maio de 1978.¹¹² Tanto os artigos publicados no Brasil e no exterior durante a década de 1950 e 1960, como os de 1970, tiveram considerável influência na produção

¹¹¹ Disponível em: <http://www.aprendebrasil.com.br/entrevistas/entrevista0037.asp>. Acesso em 03/11/2007.

¹¹² ROSEMBERG, José. Tabagismo e sua nocividade para a saúde I: excesso de mortalidade. *JBM*, v. 33, n. 5, p. 11-20, nov. 1977. Tabagismo e sua nocividade para a saúde II: câncer do pulmão. *JBM*, v. 34, n. 1, p. 7-18, jan. 1978a. Tabagismo e sua nocividade para a saúde III: bronquite e enfisema pulmonar. *JBM*, v. 34, n. 2, p. 24-36, fev. 1978b. Tabagismo e sua nocividade para a saúde IV: ação sobre o coração e circulação periférica. *JBM*, v. 34, n. 3, p. 45-56, mar. 1978c. Tabagismo e sua nocividade para a saúde V: efeitos prejudiciais na gravidez a na criança. *JBM*, v. 34, n. 4, p. 77-85, abr. 1978d. Tabagismo e sua nocividade para a saúde VI: dinâmica sociológica do hábito de fumar, medidas de combate ao tabagismo. *JBM*, v. 34, n. 5, p. 74-80, mai. 1978.

desse trabalho, como se pode constatar na bibliografia utilizada por Rosemberg nos artigos e em *Tabagismo: Sério Problema de Saúde Pública* (1978). A importância desta obra para a comunidade médica era assim atestada por Blundi: “José Rosemberg não escreveu apenas um livro, escreveu um tratado” [...] “a literatura mundial está enriquecida, 20 capítulos, 5 anexos, 883 obras consultadas esgotam o assunto” (ROSEMBERG, 1987, p. 8). Este manual influenciou diretamente na formulação da “Carta de Salvador”, do Programa Nacional Contra o Fumo em 1979, e se tornou presença certa na bibliografia de diversos artigos e capítulos de livros de pneumologia, como também nos livros dedicados exclusivamente ao tema a partir da década de 1980. Rosemberg seria ainda o primeiro a levar de forma sistemática para os currículos médicos os conhecimentos produzidos em relação aos males causados pelo tabagismo, ao incluí-los no currículo do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Sorocaba da PUC-SP (ROSEMBERG e MIRRA, 2005). Assim, ao admitirmos a influência do trabalho de Rosemberg sobre o que se produziu em termos de pesquisa sobre o assunto no Brasil, concordamos com Fleck, quando esse autor afirma que o planejamento e ordenamento do manual definem quais são os conceitos básicos, quais são os métodos aceitáveis na construção dos fatos etc. Logo, podemos dizer que o manual científico não é simplesmente a soma dos artigos que circulam no coletivo de pensamento, mas sim a assimilação deles em uma dada direção (FLECK, 1986 [1935]).

Outro que engrossava as fileiras na luta contra o tabagismo, era, o também fisiologista/pneumologista José Silveira. Como os médicos de sua especialidade, Silveira tinha longa trajetória na luta contra tuberculose, principalmente através do Instituto Brasileiro de Investigação para a Tuberculose (IBIT), fundado por ele em 1937 em

Salvador.¹¹³ Em outubro de 1978, José Silveira proferiu um discurso que seria publicado no *JBM* em janeiro de 1979, com o título “Contra o vício de fumar”, no qual reforçou a questão em relação ao poder da propaganda, aos valores atribuídos ao cigarro, principalmente o de “velho e consolador companheiro, no trabalho, nas atribuições, nas noites mal dormidas” (SILVEIRA, jan. 1979, p. 31). Ao final, focalizou o papel da comunidade médica frente ao vício e a luta daqueles que levantaram as bandeiras da saúde e da ciência contra o hábito:

Por fim, o privilégio inesperado de ser colocado entre os Arautos, no Brasil, da bendita campanha, que hoje se levanta de todos os lados e por todos os continentes, contra o mais sorrateiro e nocivo dos nossos inimigos sociais: o nefando e condenável vício de fumar.

Nessa ingrata e difícil peleja, onde é imensa a diferença em armas e em forças, entre um punhado de homens ingênuos e sonhadores e o poderio tremendo e matreiro das indústrias, nenhum avanço poderemos alcançar sem conseguir conquistar, em primeira linha e acima de tudo, a compreensão sadia e o amparo forte e decidido dos que nos governam.¹¹⁴

Diferente da primeira fase da campanha, percebe-se que nesse período os artigos privilegiaram a divulgação de capítulos e resenhas de trabalhos científicos, como monografias, teses etc, que envolvessem o tema. Este quadro também é marcado pelos primeiros levantamentos estatísticos sistemáticos relacionando o tabagismo com certos grupos da população.¹¹⁵ Outra novidade apresentada foi a promoção e publicação de debates fechados, sobre temas de maior relevância para a comunidade médica, como o que ocorreu em janeiro de 1978, com o título “Fumo”.

Este debate reuniu os médicos Altivo Teixeira e Fernando Rodrigues dos Santos, da Golden Cross, Mário Groeger, Professor Titular de Radiologia da Escola Médica

¹¹³ Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/tuberculose/josesilveira.htm>. Acesso em: 03/11/ 2007.

¹¹⁴ SILVEIRA, José. Contra o vício de fumar. *JBM*, v. 36, n. 1, p. 30-31, jan. 1979.

¹¹⁵ Cf. SIMÕES, B.J.G.; SIMÕES, M. J. Silva. Levantamento sobre o uso do fumo entre os estudantes de nível secundário de Ribeirão Preto, SP (1975)7. *Rev. Medicina. Ribeirão Preto*, n. 9/10, p. 37-46, 1976/1977.

do Rio de Janeiro – UGF, Newton Bethlen, Professor de Tisiologia e Pneumologia da UFRJ e membro da ANM, e Edmundo Blundi. Eles destacaram suas experiências particulares em torno do tabagismo e o conhecimento científico produzido em torno de seus malefícios à saúde, tratamentos e ações que deveriam ser empreendidas para o combate ao hábito. No geral, concordavam que ainda prevalecia o desconhecimento de boa parte da comunidade médica no que diz respeito aos relatórios científicos produzidos em torno da relação tabagismo-doenças, principalmente o câncer de pulmão. A fala de Blundi sintetizava bem tal posicionamento: “Pensa-se que todos os médicos conhecem os malefícios do fumo. Puro engano! Acontece que os relatórios oficiais mais contundentes contra o fumo não estão à venda, não foram comercializados” (DEBATE..., jan. 1978, p. 46). A desinformação por parte da comunidade médica e a omissão do Estado em propor campanhas educativas, continuavam, na opinião do líder da campanha, a serem os grandes vilões para uma conscientização antitabágica nacional.

Além dos médicos, o debate contou também com a participação do presidente da Associação dos Pilotos da Varig, Quintiliano Rodrigues de Freitas, que comentou sobre a ausência de ações das companhias aéreas em separar áreas de fumantes para não fumantes nos vôos nacionais. De acordo com ele, esta recomendação da IATA (Associação Internacional de Transportes Aéreos) era adotada na época para viagens aéreas internacionais.¹¹⁶

Ainda naquele número, seguiu para os médicos assinantes um questionário para que opinassem sobre o assunto, com questões sobre dados relativos ao tempo e quantidade de cigarros consumidos; motivo que impeliu ao hábito; interesse em parar; tempo de

¹¹⁶ Como veremos no próximo capítulo, evento semelhante só voltaria a ser promovido pelo JBM em outubro de 1980. Esta reunião teve como motivação principal a celebração do Dia Mundial da Saúde, ocorrida em 07 de abril de 1980, patrocinada pela OMS, que tinha como tema *Fumo ou Saúde: A Escolha é Sua*.

abandono; intenção de retomar o hábito e a percepção de mudanças na saúde ao deixar o vício. O questionário foi enviado uma segunda vez em julho daquele mesmo ano. Apesar da promessa pelos editores em publicar os resultados em edição posterior, não encontramos nenhuma referência à enquete nos números seguintes de *JBM*. Como na primeira fase da campanha, ocorreu a distribuição de um adesivo automotivo alertando sobre os males do hábito. Para os editores da revista, esta segunda campanha era vista como continuação da primeira, como fica visível nas palavras de do editorial “Contra o fumo”, de setembro de 1978, escrito por Seidl:

Há tempos, *JBM* distribuiu um plástico, que obteve êxito, combatendo o fumo; temos encontrado pelo Brasil afora, carros que os ostentam de forma visível.

Agora, um outro plástico está sendo distribuído aos nossos leitores. É um reforço da nossa campanha educativa e ninguém melhor do que o médico poderá prestigiá-la.¹¹⁷

A despeito da ausência de resultados da enquete, a manifestação e o interesse do público da revista não eram negligenciados. Através da sessão *Cartas à Redação* (posteriormente denominada *Opinião do Leitor*) é possível perceber o retorno dos assinantes em relação à campanha. Nelas encontramos palavras de incentivo, depoimentos, como também a divulgação de ações isoladas contra o hábito no país, baseadas em obras de divulgação e em artigos de periódicos médicos, sobretudo do *JBM*. Mensagens eram recebidas de vários pontos do país elogiando a cruzada contra o fumo:

Devo cumprimentar a direção pela campanha de esclarecimento e combate aos males do cigarro. Sofri na carne os malefícios do fumo, do qual, em tempo ainda consegui me livrar. Portanto, além do meu apoio, como colaborador, afora condenar para todos os meus clientes o cigarro, não permito que o mesmo seja fumado dentro do meu consultório [...] (dr. Artêmio Martini, Porto Alegre – Rio Grande do Sul).¹¹⁸

¹¹⁷ SEIDL, Fernando M. Contra o fumo. *JBM*, v. 35, n. 3, p. 3, set. 1978.

¹¹⁸ CARTAS à redação. Fumo. *JBM*, v. 25, n. 5, nov. 1973, p. 108.

Quero pela presente aproveitar a oportunidade para parabenizar a esta conceituada revista médica, bem como a todos os colegas que se dedicam a essa campanha do combate ao fumo. [...] Aqui fica mais uma vez, o meu apoio e o desejo para que todos continuem nesta luta. Um dia venceremos. (dr. Raymundo Nonato Silva Lima, da Organização Mundial do Programa “Como Deixar de Fumar em Cinco Dias” dos Adventistas do Sétimo Dia, Porto Feliz – SP).¹¹⁹

Outros, como o dr. João Ferreira da Silva, Guarapari (ES), se dirigiam a redação pedindo material para efetuar em campanhas no espaço que atuam:

Temos uma coisa em comum: um interesse real na luta contra o TABAGISMO. Acabo de ser eleito presidente do Lions Clube de Guarapari, onde [...] pretendo fazer uma campanha que possa interessar a muitas pessoas. Tenho a impressão de que, se pudesse mostrar uns cortes coloridos do pulmão dos fumantes, com traquéia, brônquios, bronquíolos e alvéolos cheios de nicotina, poderia fazer com que muita gente se apavorasse com o tabagismo. Tenho um pequeno projetor super 8 e outro de slides. Se fosse possível um empréstimo de um bom material por parte, por exemplo, do prof. EDMUNDO BLUNDI... Seria uma maravilha, para os objetivos que tenho em mente (dr. João Ferreira da Silva, Guarapari – ES).¹²⁰

Ou, ainda, como o dr. Alfredo Daura Jorge, Florianópolis (SC), oferecendo contribuições e apoio a campanha:

Dr. Fernando Seidl,
Lendo o editorial do volume de janeiro de 1979, da Revista *JBM*, queremos comunicar ao colega nossa posição em relação ao fumo, no Estado de Santa Catarina. Na qualidade de responsável pelo Serviço de Oncologia Clínica do Hospital Governador Celso Ramos, da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, Professor de Oncologia de nossa faculdade de medicina e de representante da Sociedade Brasileira de Cancerologia em nosso Estado, iniciamos em 1973 uma campanha de esclarecimento comunitário, incluindo nossos representantes nas câmaras estadual, federal e senado. Tivemos um apoio importante, inclusive da imprensa. Publicamos nos vários jornais do estado, 66 itens, que justificam as razões pela qual não se deve fumar. Recentemente, fomos convidados pela Câmara Municipal de Florianópolis para uma palestra, que culminará com um projeto de lei, proibindo o fumo em recintos fechados. Assim sendo, [...] comunicamos ao colega que estamos ao lado de José Silveira, Blundi, Rigatto [...] e *JBM* nesta luta.[...] Estamos inteiramente à sua disposição em Santa Catarina. (dr. Alfredo Daura Jorge, Florianópolis – SC).¹²¹

¹¹⁹ OPINIÃO do leitor. Fumo. *JBM*, v. 36, n. 1, jan. 1979, p. 28.

¹²⁰ OPINIÃO do leitor. Fumo. *JBM*, v. 35, n. 5, nov. 1978, p. 80.

¹²¹ OPINIÃO do leitor. Fumo. *JBM*, v. 36, n. 6, p. 22, jun. 1979.

Esta palestra de Daura Jorge na Câmara Municipal de Florianópolis ganhou destaque também em outro periódico que promovia a divulgação de artigos informando a respeito dos males do tabagismo e de ações tomadas contra o hábito, porém em caráter regional: O *Boletim Informativo da Associação Catarinense de Medicina (ACAMED)*¹²². Sobre os textos publicados nesse periódico, Vietro (2007) observa que “os artigos antitabagistas [eram] constantemente transcrições de revistas ou jornais de alcance nacional, tanto da própria classe médica quanto periódicos diários” (VIETRO, 2007, p. 11). Entre esses periódicos notamos a reprodução de artigos do *Jornal da Associação Médica Brasileira (JAMB)*, *Correio do Povo* de Porto Alegre e *Jornal do Brasil*. Isto nos sugere a existência de uma campanha regional promovida pela ACAMED, tendo como um de seus líderes Daura Jorge. Em relação aos textos publicados, encontramos artigos de lideranças reconhecidas, como no caso de Mário Rigatto, e relatando ações de outras sociedades médicas, como a efetuada pela Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMIRGS) em 1976. A propósito, a campanha promovida por essa associação, contou com o apoio de instituições privadas e públicas, tendo destaque a Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, e teve como líderes Rigatto e Paulo Ernani Evangelista. Segundo Rosemberg e Mirra (2005), esta campanha instituiu o primeiro programa de combate ao fumo no Rio Grande

¹²² Com o título “Lei contra o fumo”, na edição de abril de 1979, assim foi registrada a ação do médico: “A capital catarinense poderá ter, em curto lapso de tempo, uma lei que proíba o hábito de fumar em lugares públicos como lojas, hospitais, supermercados, etc. Para tanto, bastará que a Câmara Municipal de Florianópolis aceite a sugestão que lhe foi proposta pelo médico Alfredo Daura Jorge. Proferindo conferência naquela Casa Legislativa, o distinto colega não apenas enunciou os males e os defeitos nocivos do tabagismo, mas, principalmente, conclamou a todos os senhores vereadores que adotassem uma providência prática para defesa da saúde e do bem estar da comunidade florianopolitana, através da apresentação e aprovação de uma lei que venha a proibir o uso do fumo em locais de frequência pública obrigatória. A erudita exposição do Dr. Alfredo Daura Jorge obteve os mais vivos elogios de parte de todos os vereadores, motivo porque se espera que sua sugestão seja prontamente concretizada” (LEI..., 1979, p. 02).

do Sul e no Brasil. Para Boeira (2002), esta campanha pode ser vista como a primeira sem cunho moralista e religioso contra o hábito no país.

Destaque também ganhou a mobilização promovida pela AMIRGS na mídia nacional, por meio de reportagem publicada em 14 de julho daquele ano na revista *Veja*.¹²³ Na verdade, esta foi a primeira cobertura que encontramos relacionada à luta contra o tabagismo em revistas leigas brasileiras. Como veremos no próximo capítulo, posição diferente era adotada pela revista *Seleções do Readers Digest*, que tinha sua sede nos EUA, e que, desde o seu primeiro número no Brasil, se preocupou em refletir e combater o hábito, principalmente depois dos relatórios da década de 1960.

Diante deste cenário, o *JBM* tornou-se espaço de debate sobre o tabagismo no Brasil, configurando-se como elo entre os especialistas e entre esses e o restante da comunidade médica. Rosemberg e Mirra (2005) e Boeira (2002), observam que, ao longo da década de 1970, muitas ações antitabagistas tinham apenas caráter local, o que não deixa de ser verdade ao observarmos as campanhas promovidas pela ACAMED, AMIRGS e por médicos que assumiam posição de destaque em instituições regionais, como fica visível nas sessões *Cartas à Redação* e *Opinião do Leitor* no *JBM*.¹²⁴ Porém, sem excluir essa visão que privilegia uma ação mais voltada para a mobilização regional, podemos dizer que a circulação de artigos e a visibilidade dada a essas ações no periódico possibilitavam o estabelecimento de comunicação entre os médicos, compondo um importante espaço desse coletivo no interior da comunidade médica brasileira, independente das distâncias geográficas.

¹²³ CONTRA o cigarro. *Veja*, n. 410, p. 52, 14 jul. 1976.

¹²⁴ ROSEMBERG, José; MIRRA, Antônio Pedro. *A História da Luta Contra o Tabagismo no Brasil: Trinta Anos de Ação*. Salvador, BA: Comissão de Controle do Tabagismo/Soc. Bras. de Cancerologia, 2005. BOEIRA, Sérgio Luís. *Atrás da Cortina de Fumaça. Tabaco, Tabagismo e Meio Ambiente: Estratégias da Indústria e Dilemas da Crítica*. Itajaí, SC: Editora Univali, 2002.

Na década de 1980, o *JBM* ganhou a companhia do *Jornal de Pneumologia*, na divulgação e cobertura de eventos e na publicação de artigos que envolvessem a temática. Porém, notamos que após a maior institucionalização do movimento (a partir da “Carta de Salvador”) e a morte de Fernando M. Seidl, em 05 de agosto de 1982, ocorre uma diminuição significativa na publicação de matérias sobre o tema no periódico. Apesar disso, Ismar Chaves da Silveira continuaria a promover o discurso militante neste periódico e na revista *Residência Médica (RM)* a partir de 1980, que também pertencia ao grupo EPUC e tinha este médico como redator.

Enfim, os artigos ocupariam um vazio de informação sobre a temática nos manuais de pneumologia, sendo muitas vezes usados em aulas nos cursos de medicina, nos quais muitos dos profissionais atuavam, ou em comunicações durante mesas redondas e congressos, como os que passaram a ocorrer com maior frequência a partir de 1979. Se competiu a Policlínica (espaço privilegiado de observação dos casos de câncer do pulmão) o início da conformação do coletivo de pensamento que inicialmente se preocupou com a divulgação de informações sobre o diagnóstico precoce do câncer do pulmão para a comunidade médica, e ao *JBM* a expansão da rede a nível nacional e a legitimação da relação tabagismo-câncer de pulmão por meio de artigos panfletários, coube aos congressos e seminários realizados na década de 1980 o ápice da *autonomização* do coletivo de pensamento (LATOUR, 2001). Resumindo, percebemos que a expansão do coletivo acompanhou as mudanças ocorridas na transformação da tisiologia em pneumologia, e na confirmação cada vez mais contundente do tabagismo como um dos principais fatores que levavam ao acometimento da população de doenças do aparelho respiratório.

Foi exatamente a partir destes congressos e seminários que surgiram os documentos mais importantes do coletivo: a “Carta de Salvador”, o Programa Nacional

Contra o Fumo, em 1979, e a 1ª. *Conferência Brasileira Contra o Tabagismo* (1ª. CONBAT) em 1980, resultados da maior aproximação entre os seus líderes. Os encontros realizados posteriormente a estes documentos, atraíram novos atores que partilhavam do mesmo ideal e possibilitaram novas alianças à causa, especialmente a AMB, aumentando a credibilidade e autoridade dos integrantes do coletivo na comunidade médica. Essas alianças tinham também como fim prático reforçar o discurso de campanha de JBM feito ao longo da década de 1970: a participação dos médicos em orientar os pacientes a abandonar o fumo e serem exemplos não fumando e deixando de fumar. Levantamentos naquela época por médicos do coletivo junto a comunidade médica, como o realizado por Rosemberg, demonstravam que o número de fumantes entre os médicos ainda era muito grande, o que justificava a continuação de ações campanhistas voltadas para esses profissionais da saúde:

No Brasil os médicos ainda fumam muito, e infelizmente grande parte da classe médica fuma em público, nas faculdades, nos congressos, nos consultórios. Hoje esta é composta de substancial contingente de jovens. Em 1977, o grupo de 24-35 anos representava 39,9%, e o de até 40 anos 55,9%. Os jovens estão ingressando nas faculdades de medicina já fumantes em apreciável proporção. No inquérito que realizamos no Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba em 1978, entre os alunos e alunas de 17 e 27 anos de idade eram fumantes respectivamente 41,33% e 34,35%, e entre os professores e professoras de 26 a 72 anos, 27,74% e 33,33%.¹²⁵

A “Carta de Salvador”, como veremos à seguir, influenciou no crescimento da ênfase na intervenção do Estado sobre a questão nos artigos e discursos. Este posicionamento foi fortalecido pelo apoio da AMB ao Programa Nacional Contra o Fumo em 1979, e pelas recomendações da OMS em 1980 aos estados signatários que ainda não tinham formado programas de combate ao fumo, no sentido de que os formassem. Sobre essa relação de legitimidade estabelecida entre o coletivo antitabagista brasileiro e a OMS,

¹²⁵ ROSEMBERG, José. *Tabagismo: Sério Problema de Saúde*. São Paulo: Almed, 1987, p. 273.

Boeira (2002) observa que o entendimento deste movimento no Brasil pressupõe vê-lo como um movimento social que deu continuidade no país às deliberações das AMSs promovidas pela por meio da formação de instituições, porém, sem se limitar a reproduzir tais orientações. Dentro dessa proposta, podemos incluir as campanhas promovidas pelo *JBM* e pela Sociedade Médica Brasileira de Combate ao Fumo (SMBCF), a “Carta de Salvador”, o Programa Nacional Contra o Fumo, a 1ª. CONBAT e os eventos relacionados ao tema que se seguiram a essa conferência.

Além do apoio da OMS e da AMB, velhas alianças, como a estabelecida com membros da Igreja Adventista do Sétimo Dia, eram mantidas. Médicos parlamentares, como o Senador Lourival Baptista (PSD-SE), passaram a integrar o coletivo e atuaram no sentido de convencer outros parlamentares a aprovarem leis contra o hábito, com discursos embasados em pesquisas que apontavam para malefícios do tabagismo. O movimento também começou a ganhar destaque nas páginas das revistas nacionais. Entretanto, sob influência das companhias de cigarros, maiores anunciantes naquele momento, esses periódicos consideravam os resultados das pesquisas não conclusivos, caminhando na contra-mão do que já estava legitimado por instituições internacionais da medicina e de saúde pública. Mas, enfim, toda essa história envolvendo novas alianças, maior *autonomização* do coletivo, a luta no Congresso Nacional etc, o que levará, por fim, a formação do Programa Nacional de Combate ao Fumo pelo Estado, é o assunto do nosso próximo capítulo.

CAPÍTULO III

DA “CARTA DE SALVADOR” À FORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE AO FUMO NO BRASIL (1979-1986)

Neste capítulo trataremos da consolidação do coletivo médico antitabagista a partir da composição da “Carta de Salvador” e da formação do “Programa Nacional Contra o Fumo”, com o apoio da AMB, em 1979. Somou-se a esses acontecimentos, a solicitação da OMS, em 1980, de formação de programas nacionais contra o fumo pelos países signatários. Fortalecido por estes eventos, o coletivo médico antitabagista, continuou a sua campanha voltada para a comunidade médica e passou a pressionar o Estado a assumir a questão como política de saúde pública. Para isso, foi importante o apoio de médicos parlamentares no Congresso Nacional, de autoridades políticas regionais de importantes instituições médicas e civis, de setores da mídia e da maior exposição da discussão sobre os males do tabagismo para a saúde, e, o reconhecimento das doenças crônico-degenerativas como problema de saúde-pública pelo Estado brasileiro, possibilitando formação em 1985 do Grupo Assessor ao Ministério da Saúde para o Controle do Tabagismo (GACT), responsável pela coordenação do Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF).

Para o entendimento desse processo que levou à expansão do coletivo antitabagista, e à formação do GACT, tornando a discussão dos males do tabagismo não uma questão puramente médica, mas de toda a sociedade, mantivemos a perspectiva de pensar o movimento antitabagista como coletivo de pensamento legitimador e divulgador de um estilo de pensamento que relacionava o tabagismo a diversos males, principalmente o câncer de pulmão. Para isso, adotamos uma perspectiva de estudo da ciência que tem como foco de análise a trama e a rede de atores envolvidos na produção e propagação de

determinado conhecimento, e quais os desdobramentos do uso desse conhecimento na própria comunidade médica, como também no contexto social em que foi produzido. Essas preocupações têm se inserido no que Latour (2001) denomina de *sistema circulatório dos fatos científicos*.

Esta noção de ciência tem nos ajudado a acompanhar gradualmente como se autonomizou o coletivo de pensamento antitabagista em seu círculo de especialistas, que, como vimos, discutia inicialmente como diagnosticar precocemente o câncer pulmonar, para, depois de oficializados os dados que vinculavam o tabagismo a essa doença, ter como meta a divulgação e combate ao hábito e, por consequência, os seus malefícios a saúde. Como se realizou a construção dos dados que revelam a interação entre tabagismo e diversos males à saúde (*mobilização de mundo*); quais as alianças conquistadas por esse coletivo que colaboraram para a agregação de novos componentes ao grupo, o desenvolvimento de pesquisas, possibilitando a produção de dados em relação à questão na realidade brasileira, e, sobretudo, ao engajamento positivo do Estado sobre a questão? Assim, podemos compreender o coletivo de pensamento, ou o movimento antitabagista, como uma rede que, à medida que agrega novos atores, aumenta a possibilidade do alcance dos objetivos do coletivo, com a aproximação maior entre o círculo esotérico e exotérico. Não somente estas alianças possibilitaram que os dados, que vinculavam tabagismo e câncer chegassem a outros níveis na população, como à imprensa, que teve importante papel na formação da *representação pública* da relação tabagismo e males à saúde e das próprias ações do coletivo antitabagista. Assim, a discussão em torno dos males do tabagismo, funcionou como uma cadeia de *vínculos e nós*, amarrando ao debate vários atores, formando e legitimando um estilo de pensamento sobre a questão (LATOUR, 2001). A luta teve a sua credibilidade aumentada, à medida que a ligação tabagismo-males à

saúde, principalmente com o câncer do pulmão, tornou-se fato científico aceito socialmente.

Vejamos então como este processo se deu, lembrando que o mesmo ocorreu em um Estado dominado por governos militares, no qual a saúde pública ocupou um lugar secundário na formulação de políticas públicas.

3.1. O CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA NO PÓS 1964

Dentro do contexto mundial da Guerra Fria, a década de 1960 foi marcada na América do Sul pela ascensão de regimes militares, que restringiram ao máximo as liberdades civis, em especial a liberdade de expressão e representação. No Brasil, o período que se seguiu a 1964 teve como característica principal o fortalecimento do poder executivo por meio da edição de medidas de caráter autoritário conhecidas como atos institucionais.¹²⁶ No campo econômico, os planos elaborados até o I Programa Nacional de Desenvolvimento (I PND, 1972-1974), tinham como focos principais a retomada e manutenção do crescimento econômico, o progresso da indústria nacional, o combate à crescente inflação. As políticas de cunho social eram subordinadas e subsidiavam as primeiras. Segundo Augusto (1989), somente o II PND (1975-1979) desvinculou a implementação de políticas sociais da política econômica. De acordo com a autora, o aumento do interesse pela implementação de políticas sociais – enquadrando a alimentação,

¹²⁶ Por meio do Ato Institucional nº. 1 (AI-1), o poder executivo passara a ter seu detentor eleito indiretamente pelo Congresso Nacional. Este preceito foi fortalecido pelo AI-2, que dissolvia os partidos existentes e permitia apenas dois novos partidos: a Aliança Renovadora Nacional (ARENA), formado pelos apoiadores dos regimes, e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), formado pela oposição autorizada ao regime. Já o AI-5, que reforçava a cassação de direitos políticos de qualquer cidadão, podendo o mesmo ser suspenso por 10 anos, expandiu ainda mais os poderes do presidente da república. Assim, os cinco presidentes militares “eleitos” eram escolhidos no Congresso Nacional, tendo como fator determinante a vontade da elite das forças armadas (VIEIRA, 2000; FAUSTO, 2001).

saúde, educação, habitação, previdência, transporte de massa e saneamento – justificava-se pela constatação do aumento da concentração de renda no país, evidenciada pela perda do poder aquisitivo do salário mínimo ao longo do período, e a legitimação do regime militar, à medida que o Estado assumia os problemas sociais como de sua alçada. Este deslocamento tinha como fim a manutenção do *status quo* do regime, que passou a sofrer desgastes com os sucessivos fracassos das políticas econômicas e que buscavam retomar o milagre do crescimento no pós-1974 (AUGUSTO, 1989).

• A SAÚDE PÚBLICA SOB A DITADURA DO DESCASO

Apesar de estar contemplada, pelo menos em discurso, através do Programa Estratégico de Desenvolvimento (PED, 1968-1970), as ações de saúde pública ligadas ao MS – que estariam voltadas para a população não assistida pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) –, tiveram seus recursos reduzidos ao longo dos governos militares pós-1964, conforme se vê no quadro abaixo.

PARTICIPAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO ORÇAMENTO DA UNIÃO (1961-1980)			
ANO	% DO ORÇAMENTO PARA O M.S.	ANO	% DO ORÇAMENTO PARA O M.S.
1961	4,57	1971	1,41
1962	4,31	1972	1,19
1963	4,10	1973	1,03
1964	3,65	1974	0,94
1965	2,99	1975	1,13
1966	4,21	1976	1,58
1967	3,44	1977	1,80
1968	2,21	1978	1,81
1969	2,58	1979	1,82
1970	1,11	1980	1,38

Fonte: BERTOLLI FILHO, Cláudio, 1996.

Estudiosos da saúde no Brasil durante o período apontam que, de maneira geral, a renda investida na saúde pública apenas contemplava algumas campanhas de vacinação e o pagamento da assistência médica prestada aos doentes mais pobres pela rede privada hospitalar (BERTOLLI FILHO, 1996). Esta rede teve grande expansão ao longo do regime graças ao crescimento do financiamento dos atendimentos dos trabalhadores amparados pelo INPS, que unificou os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS) em 1966. Esse quadro era favorecido pela entrada de investimentos estrangeiros na área de saúde particular e o enfoque curativista e individualista, propiciando o crescimento da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares, das seguradoras e planos de saúde e das faculdades de Medicina particulares (BERTOLLI FILHO, 1996; EDLER, ESCOREL, NASCIMENTO, 2005).¹²⁷

Mesmo assim, presenciemos tentativas por parte do Estado, principalmente a partir do II PND (1975-1979), de investimento da saúde pública, com a formação do Sistema Nacional de Saúde, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e do Conselho de Desenvolvimento Social. Foi a partir dessas ações, que integrantes do nascente movimento sanitário, oriundos de departamentos de Medicina Preventiva e Social, se infiltraram na burocracia estatal (ESCOREL, EDLER, NASCIMENTO, 2005). Projetos opostos às orientações do regime foram implantados no final da década de 1970, influenciando, ao longo da década de 1980, no remodelamento da saúde pública brasileira, colaborando com o surgimento do Sistema Único de Saúde em 1988 (ESCOREL, 1999).

¹²⁷ As quatro Conferências Nacionais de Saúde (CNS) realizadas ao longo do período militar – 4ª. (1967), 5ª. (1975), 6ª. (1975) e 7ª. (1980) – davam a dimensão do modelo adotado para a saúde pública do país. Elas tinham como preocupações principais a discussão da formação de recursos humanos para o sistema e o combate a endemias. Diferente das outras conferências realizadas durante o regime militar, a 7ª. CNS, realizada em 1980, que teve como tema central “A Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos”, e entre os temas específicos a informação e vigilância epidemiológica, a saúde mental, e, pela primeira vez, as doenças crônico-degenerativas (ESCOREL e BLOCH, 2005).

O quadro nosológico do país refletiria o descaso com a saúde pública por parte do Estado. Como vimos, as doenças infecto-contagiosas parasitárias apresentavam ainda uma grande participação nos gastos de saúde e no quadro de mortalidade proporcional segundo grupos selecionados (1930 – 1998).¹²⁸ Na década de 1980, novas doenças, como a AIDS, eram incorporadas ao quadro nosológico do país, e outras eram reintroduzidas, como foi o caso da dengue (RISI JÚNIOR e NOGUEIRA, 2002). Somavam-se a elas, diversas moléstias de caráter endêmico, que contavam com ações de combate permanente (ESCOREL e BLOCH, 2005). Na mesma época cresceu a importância das doenças crônico-degenerativas:

Se analisarmos algumas estatísticas recentes de mortalidade do País, computadas para algumas capitais, verificamos, por exemplo, que as doenças infecciosas e parasitárias foram a principal causa de óbito nos estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, ao passo que na maioria dos estados da região Sudeste, e Sul, a principal causa foi o grupo das doenças cardiovasculares, seguida das neoplasias, acidentes, envenenamentos e violências e doenças do aparelho respiratório¹²⁹.

- **O CÂNCER NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA DO REGIME MILITAR**

As neoplasias tiveram um crescimento vertiginoso ao longo da década de 1970, alcançando as doenças infecto-contagiosas em 1980. Apesar do aumento dos alertas e das estatísticas levantadas por médicos sobre o câncer, o regime militar pouco fez inicialmente para implantar uma política pública direcionada ao seu combate e controle. Na verdade, houve uma desarticulação das poucas ações estatais voltadas para a doença a partir do surgimento do Plano Nacional de Saúde, em 1967. Decorrente deste posicionamento, o INC

¹²⁸ Entre estas moléstias, destaque teve a meningite meningocócica, que ganhou contornos de epidemia nas capitais brasileiras a partir de 1971. O Governo Federal tentou ocultar a epidemia, e só assumiu a responsabilidade de combatê-la em 1975, quando não havia mais como negar a situação existente (LIMA, 2002). Somente em 1977 a doença foi declarada sob controle (BERTOLLI FILHO, 1996).

¹²⁹ HADDAD, Nagib. Doenças crônicas e saúde pública. *Medicina*, v. 9/10, 1976/1977, p. V.

foi arrendado à iniciativa privada em 1969, tornando-se parte da Fundação Escola de Medicina do Rio de Janeiro, passando a se reportar ao Ministério da Cultura e Educação. O combate ao câncer sentiu ainda outros dois duros golpes: a proposta de fechamento do SNC e a desarticulação da Campanha Nacional de Combate ao Câncer em 1969 (BODSTEIN, 1987). Em suma, tais atitudes revelavam que o Estado tinha pouco interesse em relação à doença naquele momento, e o decréscimo no investimento de seu combate acompanhou a queda de recursos transferidos ao MS, bem como o aumento de interesses privados farmacêuticos, hospitalares e da indústria de equipamentos médico-tecnológicos.

Assim, estas ações foram anuladas no início da década de 1970, quando a extinção do SNC foi abortada pelo decreto 66.523 de 22 de maio de 1970, sendo transformado em Divisão Nacional do Câncer (DNC). O INCa (ex-INC) foi reconduzido ao MS em 1972, por meio da aprovação da lei 5734 de 16 de novembro de 1971, e incluído na DNC no mesmo ano pela portaria nº 350 do MS. Em maio de 1972, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) era reativada no Estado da Guanabara. Era anunciado também o aumento de recursos na luta contra o câncer no país, principalmente para o INCA, alimentando, desta forma, o otimismo dos combatentes a doença (BODSTEIN, 1987).

Após essas medidas, foram elaborados dois programas de ação que orientaram naquela década o combate à doença. O primeiro foi o Programa Nacional de Controle do Câncer (1974-1979), que contou com recursos majoritários do MS, e tinha como finalidade o “controle e combate à doença com a formação e capacitação de recursos humanos”, [...] “caracterizava-se por ser um órgão financiador de equipamentos para a rede filantrópica” e, através dele, reativou-se a CNCC (BODSTEIN, 1987, p. 164). O segundo foi o Programa de Controle do Câncer (1976-1980), controlado e financiado pelo MPAS. Ele procurou

“articular os diversos níveis de atendimento no setor” e formar um registro de dados epidemiológicos da doença (BODSTEIN, 1987, p. 164). Esses programas ficaram marcados pela pouca ênfase a campanhas de prevenção da doença:

No Brasil, país em desenvolvimento, a prioridade de Saúde Pública número um é o controle das grandes endemias infecciosas e parasitárias. Entretanto, para [áreas de grande desenvolvimento urbano], cremos que algumas medidas, já deveriam ser tomadas pela Saúde Pública, como um melhor conhecimento epidemiológico da distribuição das principais doenças crônicas e dos acidentes, bem como a efetivação de educação sanitária no controle de riscos já comprovados para a sua prevenção como, por exemplo, o hábito de fumar, a exposição a certos fatores cancerígenos em determinadas profissões, o excesso de exposição à radiação ionizante, hábitos alimentares inadequados, etc.¹³⁰

No final da década de 1970, a DNC foi absorvida pela recém criada Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD) que na primeira metade da década de 1980 gerenciou os recursos do MS dedicados às ações contra o câncer no país. Já o INCa, que pouco crescera na década de 1970, começou a se afirmar como centro de referência nacional de tratamento e pesquisa em relação a doença na década seguinte, graças a administração conjunta do MS e do INAMPS (BODSTEIN, 1987). De fato, a 7ª. CNS, realizada em 1980, sinalizava para uma maior preocupação do Estado em relação às doenças crônico-degenerativas, que tinham seu número de casos aumentados nas áreas urbanas e entre os idosos (ESCOREL e BLOCH, 2005; RISI JÚNIOR e NOGUEIRA, 2002). Este cenário abriu caminho para a implementação de políticas contra essa categoria de doenças, entre as quais o Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF) do MS, criado em 1986, fruto também da mobilização e expansão do coletivo médico antitabagista, de que passaremos agora a ocupar.

¹³⁰ HADDAD, 1976, p.V.

3.2. O PAPEL DOS CONGRESSOS E DOS PROGRAMAS CONTRA O FUMO NA EXPANSÃO DO COLETIVO MÉDICO ANTITABAGISTA

Como vimos, na década de 1970, o *JBM* foi importante espaço divulgador de dados de pesquisas que relacionavam o tabagismo a diversos males à saúde e fomentador da constituição de um grupamento médico em torno da questão. A temática também ganhou discussões em reuniões de associações médicas, como, por exemplo, na Academia Nacional de Medicina (ANM).¹³¹ No final daquela década, assistimos a emergência da organização de seminários sobre o tema, que propiciaram maior aproximação dos integrantes do coletivo antitabagista. O momento marcava também maior atenção da OMS e da AMB (associação de maior representatividade entre a comunidade médica no Brasil) no assunto. Reforçou-se a busca pela adesão do Estado à causa, no sentido de frear o crescimento do consumo de derivados do tabaco, que avançou com a ampliação dos investimentos das multinacionais de cigarros no país. O primeiro destes seminários foi realizado em março de 1979, na cidade de Salvador, e teve como documento final a “Carta de Salvador”.

¹³¹ O interesse pelos associados da ANM em relação ao assunto vinha desde a década de 1960, como demonstram a apresentação do trabalho “Tabagismo, Doença Pulmonar”, por Aloyso de Paula, em agosto de 1960, e a condensação de dados da pesquisa do norte americano E. Cuyler Hamond pelo acadêmico José Carvalho Ferreira, publicada na *Revista da ANM* em 1965 (PAULA, 1961; CARVALHO FERREIRA, 1965). Outros acadêmicos, entre eles, o próprio Paula, Newton Bethlem e Jesse Teixeira, preferiam discutir sobre o diagnóstico e tratamento do câncer do pulmão, enfatizando o papel do fumo no aparecimento da doença (PAULA, 1967; BETHELEM, 1967; TEIXEIRA, 1974). Já Carvalho Ferreira, citado acima, e Olivar Dias da Silva, discorriam em seus discursos sobre os danos causados pelo tabagismo ao organismo humano, considerado por eles importante agente poluidor atmosférico e ambiental (CARVALHO FERREIRA, 1971; SILVA, 1972). E, por fim, houve quem até sugerisse que a ANM enviasse ao Governo Federal uma sugestão de lei proibindo a propaganda do fumo: em 21 de novembro de 1974, esta proposta foi apresentada pelo acadêmico Lafayette Pereira, gerando uma discussão com a participação dos acadêmicos Décio Coelho, Ugo Pinheiro Guimarães, Jesse Teixeira, Newton Bethlem, Mário Kroeff, Jorge de Marsillac, Adair Eiras de Araújo entre outros, que se manifestaram a favor do projeto (PEREIRA, 1974; ATA DA 24ª..., 1974).

- **A CARTA DE SALVADOR COMO INAUGURADORA DE EVENTOS ANUAIS DE DISCUSSÃO, DIVULGAÇÃO E ARTICULAÇÃO DE AÇÕES DE COMBATE AO TABAGISMO**

No texto “Alerta: O melhor cigarro é aquele que nunca foi fumado”, o *JBM* informou em sua edição de abril de 1979 sobre o simpósio realizado sob os auspícios do IBIT em Salvador, no mês de março daquele ano, reunindo pela primeira vez os principais líderes da luta contra o tabagismo no Brasil: José Silveira, Jaime dos Santos Neves, José Rosemberg, Mário Rigatto, Edmundo Blundi e Antônio Pedro Mirra. O periódico também publicou um pequeno resumo do documento “Tabagismo – Um novo desafio”, mais conhecido pela comunidade médica como “Carta de Salvador”, solicitando ao leitor: “colabore conosco, leia, pense, distribua, participe” (ALERTA..., 1979).

Publicado na íntegra na edição de maio, o documento apresentou-se seccionado nos seguintes tópicos: “Magnitude do Problema”, “Ecologia e Epidemiologia” e “Razões de uma Campanha Antitabágica”. Enaltecia inicialmente o sucesso da medicina frente a diversas doenças que foram erradicadas ou controladas. Entretanto, chamava a atenção para o advento do fumo como uma nova ameaça à saúde da humanidade:

E de fato, libertado, graças ao espetacular progresso da Medicina, das grandes, graves e sucessivas epidemias que assolavam o Mundo, o homem criou para seu deleite uma nova epidemia, tão devastadora como as antigas e mais que elas insidiosa e assassina. O uso imoderado do fumo, que mais e mais se generaliza, condicionou em verdade o advento de uma nova, lenta e permanente pandemia. Ao contrário das demais, habitualmente agudas e periódicas, o tabagismo é uma epidemia crônica e constante. Seu agente etiológico, o cigarro, é um tóxico atraente, perfeito, que se adquire direta e voluntariamente, em qualquer esquina e a baixo preço. Sim, que se compra barato, mas se paga caro.¹³²

Na seção “Magnitude do Problema”, os autores chamam a atenção para o crescimento da venda de cigarros no país, a importância desta indústria para o Estado e

¹³² UM NOVO desafio. *JBM*, v. 36, n. 5, mai. 1979, p. 62.

mesmo para a população, ao empregar um bom número de trabalhadores. O valor tributado sobre o cigarro já alcançava neste período cerca de 70% do valor do maço de cigarros, o que, na opinião dos autores, justificava em parte a omissão do Estado em promover ações preventivas contra o produto que tinha grande importância para os cofres públicos (UM NOVO..., 1979).

Se os aspectos econômicos do hábito eram apresentados como a principal justificativa para nenhuma ação estatal, os gastos com a saúde se mostravam como calcanhar de Aquiles, como podemos verificar na seção “Ecologia e Epidemiologia”. Nela, reafirmaram-se os malefícios do tabagismo amplamente divulgados em artigos no *JBM* e em outros periódicos. Por outro lado, além de afetar a saúde do fumante, os estudos médicos-científicos desenvolvidos ao longo da década de 1970, e que tiveram seus resultados avalizados pelos relatórios do comitê de peritos da OMS de 1976, 1978 e 1979, apontavam para a deterioração da saúde dos não fumantes, principalmente de crianças e gestantes, decorrente de longo convívio com fumantes em seus lares e locais de trabalho (ROEMER, 1995). Isso, segundo os autores do documento, dava maior gravidade ao tabagismo, imputando a ele *status* de doença contagiosa e epidêmica.

Os autores do documento chamaram a atenção para a irresponsabilidade ecológica da produção do fumo, uma vez que “cada hectare de plantação de tabaco, nos países em desenvolvimento, obriga à devastação de outro tanto de floresta, a fim de gerar o calor necessário a fermentação da nicotina. Cada 300 cigarros fabricados exigem a queima de uma árvore” (UM NOVO..., 1979, p. 64). Foram lembrados também os incêndios, que, de acordo com os autores, tinham cerca de 30% o cigarro como culpado.

Segundo o documento, os males do tabagismo eram respaldados por inúmeros relatórios e trabalhos de respeitadas autoridades médicas e sanitárias internacionais, o que

avaliava uma imediata intervenção estatal. A intervenção também se justificava pelos gastos advindos com doenças ocasionadas pelo tabagismo, incentivado pela propaganda enganosa do produto, que vinculava ao fumo valores que fogem da problemática da saúde, e que estimulavam o aumento do consumo (UM NOVO..., 1979). Desta forma, a ausência de leis que disciplinassem a publicidade dos cigarros continuava a ser uma queixa constante dos médicos na década de 1980 em artigos e discursos pronunciados nos eventos realizados sobre o tema. De fato, a preocupação deste coletivo era procedente, pois as companhias de cigarros eram as maiores investidoras em publicidade no país e anunciantes assíduas em revistas de ampla circulação nacional, das quais podemos citar *Veja*, *Isto é*, *O Cruzeiro* entre outras. Seus anúncios ocupavam lugares estratégicos das revistas, principalmente a contra-capas dos periódicos. Assim, concordamos com Menezes (2003) que, ao refletir sobre o papel da propaganda de cigarros no consumo do produto, observa:

através da propaganda mercadológica e institucional, é possível “revestir” os produtos de elementos discursivos e, dessa forma, mobilizar todo um conteúdo de valores, comportamentos, crenças – típico de um grupo social – que deve ser associado ao bem comercializado, e, se possível, memorizado e atualizado pelo consumidor.¹³³

Frente a este cenário e baseado em ações internacionais tomadas contra o hábito, e na morte estimada de 100 mil brasileiros por ano decorrente do uso imoderado do tabaco, foram traçadas medidas a serem adotadas pelo governo brasileiro:

¹³³ MENEZES, Daniela Santiago Mendes. *Entre as fronteiras do debate público e do mercado: as estratégias discursivas da companhia Souza cruz*. 2003. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social). Fafich, UFMG, Belo Horizonte, p. 22. Além dos valores agregados, a marca condicionava o preço, a matéria prima – percentual de nicotina e alcatrão – e as inovações tecnológicas – filtros, cigarros com menos nicotina (light), etc – utilizadas em seu fabrico. Estas inovações tinham como intuito agregar ao produto o valor de “saúdável”, estratégia essa, que estava inserida na própria lógica de disputa do mercado, pois cada companhia buscava atrair para os seus produtos essa garantia. Ao refletir sobre o papel do uso de valores na construção das marcas, podemos concluir, mais uma vez citando Menezes, que, “além de demarcar melhor as áreas de atuação das empresas no mercado, o conteúdo simbólico, associado ao produto e também à empresa, dá a esta última a possibilidade de inovar” (MENEZES, 2003, p. 23).

Apesar de suas extensas e profundas implicações políticas, econômicas e sociais, uma ação antitabágica deverá ser conduzida dentro das diretrizes e normas essenciais de uma campanha de Saúde Pública. [...] O combate ao tabagismo é um empreendimento técnico e economicamente viável e de seguro rendimento social e humano. Mas, para tanto, ele deve ser: incluído no Plano Nacional de Saúde, exercido em caráter permanente, estendido a todo o território nacional, operado através das Sociedades de Medicina e outras entidades envolvidas no problema, afinado aos interesses da coletividade e conduzido sob o comando único de um Comitê Nacional de caráter multiinstitucional (*sic*), que estude o problema, participe na planificação da campanha, acompanhe o seu desenvolvimento, e avalie os seus resultados.¹³⁴

A proposta tinha como metas principais a cessação do hábito entre os fumantes e alertar aos não fumantes sobre os males do tabagismo, freando assim o consumo de cigarros no país. Para isso, de acordo com o documento, se fazia necessária uma campanha que deveria pautar-se pelas seguintes estratégias:

1 – acentuar a importância de uma boa saúde; 2 – defender o direito dos não fumantes; 3 – reduzir progressivamente o consumo per capita; 4 – baixar o número de fumantes; 5 – esclarecer o povo sobre a nocividade do tabaco cientificamente indiscutível; 6 – travar e restringir a produção de cigarros; 7 – taxar gradualisticamente (*sic*) o preço dos cigarros; frear a propaganda das multinacionais; 8 – proteger as crianças e as gestantes do convívio dos fumantes; 10 – baixar no cigarro o teor de nicotina, alcatrão e monóxido de carbono; 11 – interditar o uso do cigarro nas instituições de saúde e educação; 12 – proibir a venda de cigarros a menores de 18 anos e 13 – criar um comitê nacional, um secretariado permanente para controle e possível erradicação do vício.¹³⁵

Ao lado dessas medidas, que seriam implantadas progressivamente, continuavam a ser necessárias atividades de esclarecimento público direcionado para líderes comunitários, médicos, professores, políticos, juristas, legisladores e clero. A possibilidade de ações judiciais contra a indústria do tabaco era outra frente de luta lembrada pelo documento. Por fim, a carta exigia a criação e desenvolvimento de um programa nacional contra o fumo, nos moldes daqueles que vinham ocorrendo em outros 33

¹³⁴ UM NOVO..., 1979, p. 66.

¹³⁵ UM NOVO..., 1979, p. 68.

países membros da OMS. Um recado foi mandado para o presidente da Souza Cruz, Alan Long, em resposta a disposição de sua empresa em aumentar a sua produtividade e investimentos no país, deixando subentendido que a Souza Cruz, subsidiária da *British American Tobacco* (BAT) no Brasil, enfrentaria aqui o que a matriz enfrentava nos EUA: um movimento antitabagista organizado. Entretanto, bater de frente com os interesses da Souza Cruz significava colidir também com os interesses do Estado:

A Souza Cruz detém o monopólio do fumo, um produto cancerígeno e, graças a imenso poder econômico, conseguiu, como a Light, transformar-se numa repartição pública, arrecadadora de impostos. O fumo, como a eletricidade, tornaram-se apêndices de uma prodigiosa máquina de produzir lucros. Os produtos são tabelados pelo Governo que lhes reconhece direito a uma percentagem fixa sobre os custos, mais correção monetária. Quanto maior o custo, mais lucram.¹³⁶

Trazer o Estado para o lado da causa antitabagista era essencial para o coletivo médico, em face de sua posição na política de preços dos cigarros, o que refletia no consumo.¹³⁷ Iniciou-se, desta maneira, a batalha para que o governo federal criasse um programa nacional de combate ao fumo, que teve como primeiro ato um encontro no mês de abril daquele ano em Brasília. Nele, Antônio P. Mirra e Almério de Souza Machado apresentaram ao ministro da saúde, Mário Augusto de Castro Lima, e ao líder do Governo

¹³⁶ PEREIRA, Osny Duarte. *Multinacionais no Brasil (aspectos sociais e políticos)*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1974, p. 112.

¹³⁷ Santos (1979), em trabalho apresentado na mesa-redonda sobre tabagismo, durante a *I Jornada de Pneumologia e Tisiologia da Região Centro Oeste*, observa que a expansão da indústria do fumo no país caminhou com o crescimento na produção, no consumo e exportação a partir da década de 1960, e, que “em 10 anos, tinha atingido níveis comparáveis aos dos maiores mercados mundiais” (SANTOS, 1979, p. 150). A justificativa para isso estaria na política de atração de investimentos estrangeiros por parte do Estado brasileiro e na corrida por novos mercados pelas multinacionais do tabaco, uma vez que legislações baseadas nos dados apresentados por autoridades da medicina, pressionavam a queda do consumo em mercados tradicionais da Europa e nos EUA. As multinacionais passaram a ocupar no país a maior parte do mercado nacional, provocando a redução de 15 para 7 empresas, sendo 3 delas multinacionais, entre o período de 1970 a 1977. Outro dado que comprovava a expansão do fumo no Brasil era o aumento do consumo, que saltou de 72.759.000 em 1970, para 125.083.000 em 1977 (SANTOS, 1979).

no Senado, Jarbas Passarinho, a “Carta de Salvador”. Entretanto, não houve um retorno por parte das autoridades (ROSEMBERG e MIRRA, 2005).

A “Carta de Salvador” inaugurou uma era de congressos sobre o tema, que além de divulgar dados sobre pesquisas internacionais e nacionais, também conclamava a comunidade médica a participar da campanha contra o fumo. Ela representou o primeiro ato da formalização do movimento antitabagista, que tivera até aquele momento, como espaço de circulação de suas idéias, as páginas do *JBM* e da *Revista da Divisão Nacional de Tuberculose*. Além disso, o coletivo percebeu que suas metas só poderiam ser alcançadas caso obtivesse apoio da comunidade médica, do governo e da sociedade em geral. Nesse sentido, o próximo passo do movimento era formulação do Programa Nacional Contra o Fumo e a arregimentação de apoio oficial das entidades médicas à causa do movimento.

- **O PROGRAMA NACIONAL CONTRA O FUMO**

Conforme Rosenberg e Mirra (2005), a idéia da formação de um programa que unificasse a luta contra o fumo no país vinha se desenhando desde 1975. Neste ano, as médicas Ruth Sandoval Marcondes e Isabel Maria Teixeira, da Faculdade de Saúde Pública da USP, e Antônio Pedro Mirra, do Hospital A.C. Camargo, da Fundação Antônio Prudente e do Registro de Câncer de São Paulo, participaram da *III Conferência Mundial de Fumo e Saúde*, em Nova York, e tiveram acesso a experiências de programas implantados em outras nações. A idéia ganhou corpo em 1978, a partir da participação de Mirra, Antônio Carlos Campos Junqueira (Programa de Oncologia Clínica da União Internacional contra o Câncer) e Luiz Carlos Calmon Teixeira (Sociedade Brasileira de Cancerologia) no *XII Congresso Internacional de Câncer*, em Buenos Aires (1978), quando tiveram contato com

Richard Doll, recebendo dele sugestões para campanhas contra o tabagismo no Brasil (ROSEMBERG E MIRRA, 2005). Em julho de 1979, estes médicos, acompanhados de José Rosenberg, Mário Rigatto, participantes do seminário de Salvador, e mais representantes de entidades médicas regionais, órgãos públicos e de instituições civis, se reuniram na Fundação Antônio Prudente, São Paulo (ROSEMBERG, 1987). Esta reunião deu origem ao Programa Nacional Contra o Fumo, que reafirmava os posicionamentos da “Carta de Salvador”, buscando sua dimensão prática.¹³⁸

Para atingir o público, o programa elegeu como metodologia de campanha a utilização de vários meios de circulação do conhecimento, englobando desde a realização de simpósios à utilização de diversos tipos de mídia (exposições, matérias e artigos em jornais e revistas, comerciais educativos em rádio e televisão etc). Em suma, privilegiou-se ações educativas que pudessem alcançar diversos grupamentos sociais (ROSEMBERG, 1987). Para maior representatividade da luta contra o tabagismo na comunidade médica, foi planejada a formação de uma comissão nacional constituída por representantes da AMB (aos quais caberia a coordenação nacional), da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, da Sociedade Brasileira de Cancerologia (SBCancerologia), da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBCardiologia), da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Estas sociedades eram as que mais contavam com maior número de especialistas envolvidos no

¹³⁸ Para a formulação de suas ações, o programa contemplou três aspectos: primeiro, o educativo, que tinha como prioridade campanhas permanentes de conscientização da população em torno dos males do tabagismo, com a busca da formação e manutenção de programas pelas universidades. Em segundo, o político, que objetivava estimular ao debate e solicitar a formação de uma comissão parlamentar de inquérito (CPI) sobre fumo e saúde no Congresso Nacional. Esta CPI teria como objetivo a aprovação de leis que contemplassem a proibição do fumo em determinados lugares, restrições a venda, publicidade e a advertência dos riscos apresentados pelos cigarros. E, em terceiro, o econômico, tendo como principal meta a diminuição dos investimentos no plantio, industrialização e comercialização do tabaco no país, e o estímulo a pesquisas sobre o custo-benefício de programas antitabagistas (ROSEMBERG, 1987, p. 324).

debate e divulgação dos dados produzidos pelas pesquisas em torno dos males do tabagismo. A comissão tinha como funções “coordenar o programa a nível central; elaborar diretrizes e normas; criar um banco de dados sobre fumo e saúde e [divulgar matérias e pesquisas] através de publicações básicas” (ROSEMBERG, 1987, p. 322-323). O programa objetivou buscar alianças com órgãos do poder público, principalmente os ligados à saúde pública, entidades médico-científicas e comunitárias. Os recursos para manutenção do programa viriam de doações dos colaboradores e de patrocínios, destacando-se a indústria farmacêutica.¹³⁹

A AMB assumiu o programa em agosto daquele ano e imediatamente foi formada a Comissão Especial de Controle ao Tabagismo pela entidade, contando com Jaime dos Santos Neves, José Rosemberg, Mário Rigatto, Antônio Pedro Mirra e José Silveira, este último como presidente. A finalidade da Comissão era a centralização dos esforços da luta contra o tabagismo, bem como incentivar, a partir de 1981, ações campanhistas e a formação de comissões regionais constituídas pelas sociedades médicas de especialistas e afiliadas a AMB.¹⁴⁰ O apoio da AMB à causa significou maior credibilidade e legitimidade à luta contra o tabagismo e às pesquisas que estabeleciam a relação do hábito com diversos males à saúde no país. Ao mesmo tempo, observamos, que

¹³⁹ Exemplo disso foi o apoio do Laboratório Farmacêutico Quimiovert, que em 1981, tentou levar à exibição televisiva um programa sobre o tema, elaborado juntamente com a comissão de combate ao tabagismo da AMB. Entretanto, de acordo com Rosemberg e Mirra (2005), o programa foi cassado pelo Conselho Nacional de Auto Regulação Publicitária (CONAR), que estaria sob pressão das companhias de cigarros, representadas pela Associação Brasileira da Indústria do Fumo (ABIFUMO) (ROSEMBERG e MIRRA, 2005, p. 6).

¹⁴⁰ Naquele ano, os integrantes da comissão da AMB fizeram parte também da Comissão para Estudos das Consequências do Fumo, do Ministério da Saúde. Tal comissão existiu por apenas um ano, e era vedado aos seus membros declarações contundentes em torno dos males do tabaco, pois poderiam influir diretamente nas receitas obtidas pelo Estado (ROSEMBERG e MIRRA, 2005). A ausência do órgão máximo da saúde pública brasileira era sentida no cumprimento das responsabilidades assumidas com a OMS, na 33ª. AMS em 1980, na implantação de uma campanha contra o tabagismo no país. Até 1985, a comissão da AMB atuou para poder cobrir esse vazio deixado pelo MS: realização de inquéritos sobre a prevalência de tabagismo na classe médica, apoio a campanhas regionais contra o hábito e apoio a congressos e reuniões, com a participação dos integrantes ao longo deste período, como veremos adiante.

o núcleo do movimento, constituído pelos signatários da “Carta de Salvador”, ganhava reconhecimento ao compor a comissão nacional para o tema, designada pela maior associação representativa médica do país.

Em 1980, a mobilização ganhou importante apoio às suas ações: a eleição pela OMS do tema “Fumo ou saúde: a escolha é sua” para as comemorações do Dia Mundial da Saúde naquele ano, e as recomendações traçadas na 33^a. AMS por esta instituição juntamente com os países signatários, no sentido de se formar programas nacionais e amparar iniciativas contra o tabagismo. O Brasil esteve representado nessa Assembléia pelo seu ministro da saúde, Waldir Arcoverde, que via de maneira positiva a orientação adotada pela OMS, assim como pela comunidade médica brasileira (através da AMB), e prometia ações conjuntas com essas instituições no sentido de se combater o tabagismo no país (ARCOVERDE, 1980). Além do posicionamento do ministro, um importante evento, sob os auspícios da OMS, envolveu os signatários da “Carta de Salvador” e do Programa Nacional Contra o Fumo em Vitória, no Espírito Santo, entre 06 e 08 de abril: a 1^a. *Conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo* (1^a. CONBAT).

- **A I CONFERÊNCIA BRASILEIRA DE COMBATE AO TABAGISMO COMO PONTO DE PARTIDA PARA OS EVENTOS ANUAIS APOIADOS PELO PROGRAMA DA AMB**

Patrocinada pela Liga Espírito-santense Contra a Tuberculose e com apoio da AMB, a conferência teve como um de seus pontos principais a reafirmação da identidade do grupo que lutava contra o tabagismo no Brasil, como nos relata Rigatto:

Sob o signo da Cruz de Lorena e do Espírito Santo, o Brasil disse não ao tabagismo.

Dos quatro cantos do país, os mesmos homens que puseram o bacilo de Koch em debandada reuniram-se sob a liderança de Jayme dos Santos Neves, ex-diretor da Divisão Nacional de Tuberculose e figura maior da Medicina capixaba, para analisar a agressão, quantificar as perdas, medir os recursos e traçar a estratégia de combate à maior e a mais perversa das epidemias que até hoje se abateram sobre seus irmãos da Pátria: o tabagismo.

A 1ª. Conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo, realizada em Vitória de 6 a 8 de abril de 1980, deu seqüência e expansão à campanha pioneira do Rio Grande do Sul, à reunião nacional de São Paulo e à jornada da Bahia.¹⁴¹

Outro participante a reforçar a identidade do grupo foi José Silveira. O superintendente do IBIT, entidade que promoveu o encontro de Salvador em 1979, reforçou o pioneirismo da luta do tabagismo aos tisiologistas, como podemos verificar no discurso de instalação da conferência:

Como figura primeira e central, criador e maior responsável por este congresso, *Jayme Santos Neves*, aquele que, com requintada sabedoria e grande argúcia, organizou um dos melhores serviços de luta contra a tuberculose no Brasil e que, entre os primeiros, tornou-se um dos mais agressivos e eficientes lutadores contra o vício. *Edmundo Blundi*, o treinado e seguro timoneiro, na condução feliz do Departamento de Doenças do Tórax da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, campeão, entre os professores na formação de pneumotisiologistas; destemido bandeirante na vacinação BCG, sertão adentro do nosso imenso país; inimigo número um do cigarro, contra o qual se move, imprensa leiga, nas reuniões científicas, na televisão e no rádio, a mais contundente e violenta crítica. *José Rozemberg* (sic)- o tisiólogo erudito e capaz, general nunca reformado do exército de Clemente de Faria, que pôs nas nossas mãos o Tabagismo, livro que será nossa Bíblia sobre a qual devemos todos fazer o juramento pela nova redenção, Feldman – este outro grande José – o apaixonado e querido professor, irmão de briga contra muitas pestes, deixando seus rancores contra o PAS para concentrá-los sobre o cigarro [...] Isso para citar somente os nomes da Velha Guarda, que, ao primeiro toque de reunir, inquietos e aflitos, espontaneamente se puseram em campo para defender os incautos e iludidos contra o pernicioso vício de fumar.¹⁴²

¹⁴¹ RIGATTO, Mário. De Vitória a Vitória. In. *ANAIS da I conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo*. Vitória: Liga Espírito-santense contra a Tuberculose, 1980, p. 15.

¹⁴² SILVEIRA, José. Fumo ou saúde – A escolha é sua. In. *ANAIS da I conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo*. Vitória: Liga Espírito-santense contra a Tuberculose, 1980, p. 25-26.

Mário Rigatto e os médicos citados por Silveira apresentaram artigos e ditaram o tom das discussões das mesas ao longo da conferência.¹⁴³ Entre os trabalhos apresentados, notamos a presença de artigos de revisão sobre estudos dedicados aos malefícios o tabagismo, que divulgavam novos dados resultantes de pesquisas internacionais proporcionados por experimentos laboratoriais, epidemiológicos e clínicos, além de recomendações da OMS. Agregaram-se a esses informes sobre resultados preliminares de levantamentos estatísticos produzidos no país quanto à prevalência do número de fumantes por grupos de amostragem.¹⁴⁴

Diferente da ampla citação de trabalhos epidemiológicos e de observações clínicas e laboratoriais estrangeiros nas décadas de 1960 e 1970, assistiu-se, na década de 1980, a emergência nos artigos médicos do movimento a utilização de ascendentes pesquisas estatísticas envolvendo fumantes e fatores de risco produzidos no Brasil. Estes trabalhos eram desenvolvidos em faculdades médicas, principalmente aquelas nas quais os professores participantes do coletivo antitabagista atuavam, e encontravam espaço de publicização no *Jornal de Pneumologia da SBPT*, nos congressos de pneumologia e em eventos relacionados ao tabagismo e seus malefícios à saúde, como a 1ª. CONBAT.¹⁴⁵ Assim define Aguiar et. al. (1989) a natureza destas pesquisas, datadas de meados de 1970:

¹⁴³ A programação do evento, contida nos anais da 1ª. CONBAT, foi previamente disposta: dia 6 de abril, instalação solene no auditório do Hotel SENAC, orador oficial: Professor José Silveira – BA; dia 7 de abril – auditório da Companhia Vale do Rio Doce, *Efeitos nocivos do fumo do cigarro nos fumantes involuntários – Direito dos não fumantes*, relator: Prof. José Rosemberg – SP; *Prevalência do tabagismo*, relator: Prof. Jayme dos Santos Neves – ES; *História natural dos fumantes*, Prof. Edmundo Blundi – RJ; dia 8 de abril, 8:30, *Modelo de combate ao tabagismo*, relator: Prof. Mário Rigatto – RS; encerramento.

¹⁴⁴ CHAHIEB, José A. Pesquisa epidemiológica sobre o fumo e doença broncopulmonar obstrutiva numa amostragem da cidade de Porto Alegre; PISSINALI, Carlos S, FONTES, Rosita G. Tabagismo entre os universitários da UFES: frequência e sintomas respiratórios; SOUZA, M. G. Caus, NEVES, Jayme dos Santos. Prevalência de fumantes entre alunos do 2º grau em Vitória, Espírito Santo. In. *ANAIS da I conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo*. Vitória: Liga Espírito-santense contra a Tuberculose, 1980.

¹⁴⁵ CUKIER, Alberto et al. Alterações da função pulmonar determinadas pelo tabagismo. *Jornal de Pneumologia*, v. 6, n. 2, p. 59-63, jun. 1980; SALTZ, Renato; GADIA, Carlos A. N. J. Doutor, o senhor ainda

Desde a década de 70 vem crescendo em nosso meio o interesse pela quantificação dos malefícios do tabagismo e da poluição atmosférica sobre o aparelho respiratório.

Trabalhos vêm sendo realizados sobre a prevalência do hábito de fumar e suas conseqüências sobre a sintomatologia respiratória em adolescentes, acadêmicos, alunos do 2o. Grau e população favelada. Também têm sido estudadas a relação entre tabagismo e doenças respiratórias obstrutivas e seus efeitos sobre a função pulmonar e a importância do tabagismo passivo em crianças, e, além disso, as relações da poluição atmosférica com a função pulmonar e com os sintomas. Entretanto, são incompletos os dados de que dispomos sobre incidência, prevalência, morbidade e mortalidade da grande maioria das afecções respiratórias, assim como são pouco conhecidas suas relações com fatores hereditários, ambientais, sócio-econômicos e profissionais, entre outros.¹⁴⁶

Nas considerações finais de cada uma das mesas da conferência, apresentou-se um resumo sucinto dos trabalhos expostos, sempre no sentido de demonstrar a importância da execução de uma campanha de conscientização que objetivasse a defesa da saúde dos fumantes e dos não fumantes. Estas considerações formaram a base das resoluções finais do congresso, que, em suma, pediam maior participação na campanha dos profissionais em saúde, no seu exemplo diário e na orientação dos pacientes, dos pais, dos fumantes, dos professores, dos legisladores e de outras lideranças de associações civis. Não faltou também um apelo às companhias de cigarros quanto as suas responsabilidades pela saúde dos consumidores de seus produtos. Por fim, exigiu-se do governo federal a adoção das recomendações da OMS e do Programa Nacional Contra o Fumo da AMB na formulação

fuma? Estudo do comportamento de uma classe médica. *Jornal de Pneumologia*, v. 7, n. 2, p. 98-101, jun. 1981; RUFFINO-NETO, Antônio et al. Tabagismo entre acadêmicos de Ribeirão Preto – SP. *Jornal de Pneumologia*, v. 7, n. 3, p. 164-170, set. 1981. CASTRO, E.J.S. et al. Tabagismo e adolescência: fatores epidemiológicos. *Jornal de Pneumologia*, v. 6, p. 25, out. 1980. SANTORO, I. L. et al. Correlação entre a função pulmonar e sintomatologia respiratória em população de jovens universitários. *Jornal de Pneumologia*, v. 8, p. 31, nov. 1982. VARGAS, Francisco S. et al. Função pulmonar em pacientes hipertensos fumantes e não fumantes. *Jornal de Pneumologia*, v. 8, p. 31-32, nov. 1982. TERRA FILHO, Mário et al. Função pulmonar em pacientes coronarianos fumantes e não fumantes. *Jornal de Pneumologia*, v. 8, p. 32-33, nov. 1982. SANT'ANNA, Clemax Couto et al. Tabagismo passivo e problemas respiratórios em crianças. *Jornal de Pneumologia*, v. 8, p. 163, nov. 1982. GERHARDT, Germano et al. Tabagismo em população favelada no Rio de Janeiro em 1982. *Jornal de Pneumologia*, v. 8, p. 164-165, nov. 1982

¹⁴⁶ AGUIAR, Virgílio N. A. et al. Prevalência de sintomas, doenças pulmonares e tabagismo em populações universitárias vivendo em ambientes com níveis diferentes de poluição atmosférica. *Jornal de Pneumologia*, v. 15, n. 2, jun. 1989, p. 61.

de uma política nacional de combate ao hábito que contemplasse saúde, agricultura, educação, economia e a formulação de leis coercitivas contra o fumo, que envolvessem restrições à propaganda e o consumo em determinados locais (ANAIIS..., 1980). Renovou-se assim o proposto pela “Carta de Salvador” e pelo Programa Nacional Contra o Fumo da AMB, agora referendado por um posicionamento mais contundente da OMS em relação ao problema.

A 1ª. CONBAT teve como novidade a participação de lideranças de programas regionais, como a do médico Jayme Zlotnik (Programa Estadual Contra o Fumo do Paraná), o que se repetiria nos eventos nacionais de mesma abordagem (seminários, congressos, mesas redondas, reunião etc). Estes encontros, de natureza anual, proporcionaram maior visibilidade nacional para a discussão sobre o tabagismo e os males à saúde e para o movimento antitabagista, além de congregarem novos aliados à causa, principalmente lideranças regionais, parlamentares do Congresso Nacional e burocratas do Estado. Entre estes eventos, encontramos o *workshop* “Fumo e Saúde” do *XI Congresso do Hemisfério Ocidental e XII Congresso Nacional do International College of Surgeons* realizado em São Paulo (1981), o qual foi coordenado por Joaquim José Gama Rodrigues e contou com o apoio das Secretarias de Estado da Cultura, do Comércio, Ciência e Tecnologia, da Prefeitura de São Paulo, dos Ministérios da Saúde, Educação e Cultura, da Secretaria de Planejamento da Presidência da República e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). As novidades deste evento foram a participação e integração ao coletivo antitabagista do senador e médico Lourival Baptista, fortalecendo a luta no Congresso Nacional, e do médico Joaquim Gama Rodrigues, promovendo assim a aliança com o Grupo Brasileiro de Estudos para Detecção e Prevenção do Câncer

(BRADEPCA) ao Programa Nacional Contra o Fumo (BAPTISTA, 1981; ROSEMBERG e MIRRA, 2005).

No mês de agosto daquele ano, realizou-se o *Simpósio Fumo e Saúde* em Curitiba. Promovido pelo Programa Estadual Contra o Fumo do Paraná, este evento marcou a integração deste Programa ao da AMB e foi o primeiro a contar com a presença de autoridades médicas estrangeiras (Dr. Charles Lloyd Sterling) e profissionais de outras áreas, tal como a de Telê Santana, treinador da Seleção Brasileira de Futebol naquela época. Ademais, foi o primeiro encontro a promover mesas que não contemplavam somente doenças do aparelho respiratório (FUMO..., 1981; BAPTISTA, 1981).¹⁴⁷ Em 1982, sob o patrocínio da Comissão de Saúde da Câmara Federal dos Deputados, teve lugar em Brasília uma mesa redonda sobre legislação e tabagismo, que contou com a presença de todos os integrantes do coletivo antitabagista (BAPTISTA, 1983). No ano seguinte, o grupo voltou a se encontrar na reunião regional dos líderes sul-americanos, realizada em São Paulo, que contou com a presença do médico estadunidense Daniel Horn e apoio da União Internacional Contra o Câncer (UICC). Esta reunião teve como resultado a formação do Comitê Latino-americano Coordenador do Combate do Tabagismo (CLACCTA) e a eleição de Mário Rigatto para a sua presidência (ROSEMBERG e MIRRA, 2005).

E por fim, em 1984, outro encontro teria São Paulo como palco: o *Simpósio Nacional sobre o Controle do Tabagismo* (II CONBAT). O evento organizado pela AMB e BRADEPCA e apoiado pela UICC, pelo Governo Estadual e a Prefeitura Municipal de São Paulo, teve como ponto alto a aprovação da constituição do Comitê Coordenador de Combate ao Tabagismo no Brasil, o que permitiu a filiação do Brasil ao CLACCTA. O

¹⁴⁷ Dentre estas, podemos citar “Legislação e Fumo”, com a participação de Parlamentares do Congresso Nacional e “Psiquismo dos Fumantes”, com a participação de médicos psiquiatras (FUMO..., 1981).

simpósio também sediou a reunião da Comissão Coordenadora do Programa Nacional Contra o Fumo da AMB. Ao examinarmos essas comissões, notamos que ambas eram constituídas pelos signatários de Salvador e atores que se ligaram ao grupo, principalmente depois que a AMB assumiu o Programa em 1979 (BAPTISTA, 1987; ROSEMBERG e MIRRA, 2005).¹⁴⁸ Isto demonstrava que o debate e as ações para a efetivação do Programa no país tinham deixado de ser somente uma luta de especialistas, e passava a envolver atores, nem sempre médicos de formação, que ocupavam posições estratégicas em órgãos ligados ao Estado e a imprensa. Desta forma, o assunto ganhou visibilidade no Congresso Nacional e na mídia, como veremos adiante.

- **REGIONALIZAR A LUTA, PARA NACIONALIZÁ-LA: OS PROGRAMAS REGIONAIS DE COMBATE AO FUMO**

Afora os eventos analisados acima, que buscaram conformar em uma rede nacional as ações do movimento, outra estratégia posta em prática nesse momento foi o apoio dado às lideranças antitabagistas regionais, no intuito de se criar programas estaduais e municipais e fortalecer os já existentes. Para isso era importante a formação de parcerias com as secretarias estaduais e municipais de saúde, educação e associações médicas. A integração destes líderes regionais à cúpula do movimento, que correspondia, então, ao Programa Nacional Contra o Fumo da AMB, pode ser encarada como uma *translação*. Esta possibilitava aos líderes nacionais maior legitimidade da luta, atração de apoio político e de

¹⁴⁸ Entre estes podemos citar os médicos Lourival Baptista, líder antitabagista no Congresso Nacional, Jayme Zlotnik, José Feldman e Thomas Szego, principais articuladores dos programas antitabagistas no Paraná, Minas Gerais e São Paulo e responsáveis pela seção de programas regionais do Programa, João Batista Costa e Ajax Walter S. Silveira, ligados aos adventistas e promoviam o curso “deixe de fumar em 5 dias”, o coronel do Exército Waldemar O. Bianco e o jornalista Adherbal Fortes de Sá Jr., do Programa Estadual contra o Fumo do Paraná, entre outros

outros coletivos em escala regional, e o reconhecimento do Programa, assim como de sua liderança. Em contrapartida, permitia aos líderes regionais maior legitimidade em suas ações, que tinham então seu discurso apoiado pelo posicionamento das lideranças nacionais e da própria AMB. Desta forma, a criação de programas regionais era uma maneira de se nacionalizar a luta, com o apoio de instâncias oficiais locais, diante da ausência do Estado em tomar partido da causa. Destacaram-se entre estes programas, os dos estados do Rio Grande do Sul, Paraná e São Paulo.

Considerado por Rosemberg e Mirra como o primeiro do gênero no Brasil, o Programa de Combate ao Fumo do Rio Grande do Sul (1976), conforme vimos, contou com o apoio da AMIRGS, de instituições privadas e da Secretaria de Saúde estadual. O programa, que tinha como líderes Rigatto e Paulo Ernani Evangelista, contava, na década de 1980, com a presença do médico cardiologista Aloysio Achutti, que era um de seus coordenadores. A campanha, antes promovida preferencialmente para adultos, passou a incorporar naquela época crianças e adolescentes, tornando-se contínua nas escolas gaúchas de 1º e 2º grau, contando com o apoio das Secretarias de Meio Ambiente e de Educação (ROSEMBERG e MIRRA, 2005).

Berço do deputado federal Ivan Luz, um dos primeiros a elaborar um projeto de restrições ao fumo no país, o Estado do Paraná viu surgir em 1979, por meio da parceria entre a Associação Paranaense de Combate ao Fumo e a Secretaria Estadual de Saúde e Bem-estar Social, o Programa Estadual Contra o Fumo. Tendo como líderes principais o médico e professor da UFPR, Jayme Zlotnik, o médico e Secretário Estadual da Saúde e Bem-estar Social, Oscar Alves, o Coronel do Exército Waldemar O. Bianco e o Jornalista Adherbal Fortes de Sá Jr., o Programa contou também com o apoio da Igreja Adventista do Sétimo Dia, da Secretaria do Estado de Educação, da Associação Médica do Paraná e da

AMB. A campanha realizada pelo Programa tinha como acontecimento principal a “Greve Estadual Contra o Fumo”, que passou a ser realizada anualmente a partir de 1980 em agosto, voltada, sobretudo, à participação dos estudantes de 1º, 2º e 3º graus em Curitiba.¹⁴⁹

São Paulo foi outro estado a elaborar um programa contra o fumo em 1979, através da aliança entre a Associação Paulista de Medicina, as secretarias de estado da Educação e da Saúde, e as secretarias municipais de Higiene, de Saúde e de Educação da cidade de São Paulo. Tendo como seus líderes os médicos Antônio Pedro Mirra, Thomas Szego entre outros, este programa procurou implementar as orientações do Programa da AMB. Entre as suas principais ações encontramos o apoio e a realização de congressos sobre o tema em São Paulo e as campanhas voltadas principalmente para crianças, como a promovida na gestão do Secretário Estadual de Saúde Adib Jatene, em 1979. Esta campanha contou com um concurso de cartazes sobre o tema, com a exposição dos melhores no Museu de Arte de São Paulo (MASP) (ROSEMBERG e MIRRA, 2005).

Na década de 1980, ações começaram a despontar em outros estados, como em Pernambuco, onde em 1981, o Secretário Estadual da Saúde, o médico Djalma de Oliveira, passou a orientar sobre a exclusão do fumo em hospitais. Em Minas Gerais, o médico e professor da Faculdade de Medicina da UFMG, José Feldman, reconhecido na Academia

¹⁴⁹ No primeiro ano da greve foi realizada uma meia maratona e a promoção de um concurso de cartazes nas escolas curitibanas sobre o tema, com a exposição dos melhores na Biblioteca Pública do Paraná. Um abaixo-assinado de mais de cem mil assinaturas, ação que se repetiu em 1982, foi enviado a autoridades da saúde pública estadual e federal, inclusive ao Presidente da República, reivindicando restrições a propaganda de cigarros na mídia, destinação de verba arrecadada com a venda do produto à saúde e a obrigação de mensagens nas embalagens advertindo dos riscos à saúde (BAPTISTA, 1981, 1983). Nos anos de 1981 e 1982, foram realizadas manifestações e “blitzes estudantis”, em diversos pontos de Curitiba, com a distribuição de mensagens de alerta em relação ao tabagismo (ANAIS..., 1980; BAPTISTA, 1983). Além dessas ações, o evento também contou com a participação de lideranças nacionais da comissão formada pela AMB. Mário Rigatto marcaria presença em 1980, colaborando com uma conferência transmitida para todo o Paraná, graças, segundo Zlotnik, a um membro do programa paranaense que era diretor do Departamento Nacional de Telecomunicações (DENTEL) (ANAIS..., 1980). Em 1981 o destaque ficaria por conta da promoção do *Seminário Fumo e Saúde*, em Curitiba, na semana que antecedeu a segunda “Greve do Fumo”.

Mineira de Medicina pelos seus discursos contra o hábito, coordenou uma campanha realizada pela Associação Médica de Minas Gerais, que distribuiu cerca de 150 mil folhetos, informando sobre os males do tabagismo, em 56 municípios mineiros (BAPTISTA, 1983).¹⁵⁰

Além da promoção de campanhas de conscientização da população, principalmente na faixa etária infantil e adolescente, os programas também procuraram influenciar a elaboração e aprovação de projetos contra o hábito, seguindo um direcionamento do Programa da AMB. Assim, alguns parlamentares, como os representantes do Paraná, o deputado federal Igor Losso, Ítalo Conti e o Senador Affonso Camargo, davam continuidade a luta no Congresso Nacional, como veremos adiante.

3.3. A MOBILIZAÇÃO E O DEBATE ANTITABAGISMO NA IMPRENSA NACIONAL

Paralelamente a esses eventos promovidos a partir de 1979, a imprensa leiga passou a acompanhar a imprensa médica na cobertura da questão em suas páginas. Entre os médicos, o JBM ganhou a companhia do *Jornal de Pneumologia* e da *Revista da AMB*, e na imprensa leiga encontramos artigos publicados em maior volume nas revistas *Seleções do Reader's Digest*, que desde a sua fundação dedicou grande atenção ao tema, *Veja*, e outros esparsos em *Visão*, dentro do escopo de fontes que tivemos acesso para o período.¹⁵¹ Ao examinar as fontes, procuramos perceber como o debate tabagismo-males à saúde, principalmente o câncer de pulmão, alcançava a população brasileira e quais interesses e

¹⁵⁰ FELDMAN, José. O fumo e o organismo humano. *Anais da Academia Mineira de Medicina*, ano XII, p. 257-265, 1981. CIGARRO: veneno mortal. Temário II Encontro Nacional sobre Educação para a Saúde. *Anais da Academia Mineira de Medicina*, ano XIII, p. 291, 1982.

¹⁵¹ Nos arquivos pesquisados não encontramos textos em *Isto é*, *O Cruzeiro* e *Saúde é Vital*.

estratégias influenciavam na construção de matérias sobre o tema. A imagem do debate, vislumbrado por nós como produto advindo da ciência no noticiário e construído através dos processos de divulgação e difusão científica, tem importante papel no processo de socialização e legitimação do conhecimento científico na sociedade, o que constitui o que Latour denomina de *representação pública* da ciência.¹⁵²

• AINDA ENTRE MÉDICOS

Mantendo a sua disposição de luta contra o tabagismo, consolidado ao longo da década de 1970, o *JBM* continuou a publicar matérias e a elaborar editoriais sobre o tema. Porém o entusiasmo militante diminuiu com o falecimento de um de seus redatores, Fernando Seidl. Em cerca de 21 textos publicados entre 1980-1986 sobre o tema, foram destaques em seu noticiário o Dia Mundial da Saúde de 1980, com a promoção de painel reunindo os médicos Edmundo Blundi, Ismar Chaves da Silveira, José Rosemberg e Paulo Affonso Pinto Saraiva, e o repúdio da Comissão do Programa da AMB ao posicionamento do Secretário da Receita Federal, Francisco Dornelles, de incentivar as quatro maiores companhias de cigarros a uma campanha para o aumento do consumo, visando o aumento da arrecadação para o Estado.¹⁵³ Porém, Dornelles se apressaria em desmentir tal notícia divulgada pela imprensa, alegando que sua preocupação estava no fato de manter o nível de arrecadação do IPI para aquele ano e não no de incentivar a campanhas que induzissem ao

¹⁵² Esses processos se aproximam do que Fleck denomina de *ciência popular*, isto é, a ciência para não especialistas, sem a preocupação de informação de seus pormenores, evitando as concepções discutíveis e simplificando o saber especializado. O fim dessa ciência é fornecer um saber seguro e com isso “formar a opinião pública específica e a concepção do mundo e repercutir através dessa forma (*gestalt*) no especialista” (FLECK, 1986[1935], p. 161).

¹⁵³ EDITORIAL. SEIDL, Fernando M. A escolha é sua. *JBM*, v. 38, n. 4, p. 3, abr. 1980. PAINEL fumo. *JBM*, v. 39, n. 4, p. 52-74, out. 1980. INFORMAÇÃO. A prescrição do fumo pela Receita Federal. *JBM*, v. 42, n.2, p. 117-118, fev. 1982.

aumento do consumo de cigarros (BAPTISTA, 1981). Além dessas notícias, observamos também a publicação de anúncios dos medicamentos Fluimucil e Procor-S, que prometiam a proteção do organismo contra possíveis danos causados pelo tabagismo.¹⁵⁴

Outro periódico especializado a receber anúncios do Fluimucil foi o *Jornal de Pneumologia*, da SBPT. Este periódico publicou em torno de 38 textos aludindo aos males do tabagismo, entre 1979, quando a SBPT assumiu junto com a AMB o Programa Nacional Contra o Fumo, e 1986. Entre eles, notamos a presença de grande número de informes de pesquisas, principalmente levantamentos, que estavam sendo desenvolvidos em faculdades de medicina do país.

Sustentada com recursos oriundos da anuidade de seus associados e de convênios, destacando-se as subvenções recebidas do MS, a SBPT tinha como presidente de seu Conselho Deliberativo o médico Jayme dos Santos Neves e mantinha uma Comissão Permanente de Poluição e Tabagismo. A esta comissão coube a elaboração de uma campanha contra o hábito voltada para os médicos que circulou no *Jornal de Pneumologia* entre os anos de 1984 e 1985 e na *Revista da AMB*.¹⁵⁵ Seis artigos acompanhados de imagens educativas foram escritos por médicos do movimento para alertar sobre os males e conscientizar médicos e pacientes. As imagens enfatizavam o fumo passivo, os possíveis prejuízos à gravidez e as doenças respiratórias e eram igualmente peça de propaganda do expectorante Mucolsovan, do Laboratório De Angeli, patrocinador da campanha. Em dezembro de 1984, esta campanha contra o tabagismo passou a ter também a assinatura da AMB, FEBRASGO e do Grupo Brasileiro de Estudos para Detecção e Prevenção do

¹⁵⁴ NÃO fume (Campanha Nacional Contra o Fumo) – Fluimucil oral. *JBM*, v. 39, n. 4, p. 109, out. 1980. PROCOR-S. *JBM*, v. 41, n. 1, p. 93, jul. 1981.

¹⁵⁵ Ver o ANEXO II.

Câncer (BRADEPCA), entidades estas que faziam parte do Programa Nacional contra o Fumo.

Textos esparsos sobre o tema se fizeram presentes em outros periódicos, como *Folha Médica*, *RM* e *RBM*, com destaque para um grande número de artigos de autoria de Ismar C. Silveira.¹⁵⁶ Apesar do aumento da produção de artigos e pesquisas sobre o tema no país, notamos que poucas informações e notícias chegavam ao público pela imprensa leiga. Destoante era a posição adotada pela revista *Seleções do Reader's Digest*, traduzida e publicada no Brasil desde 1942.

- **DIVULGAR, DIAGNOSTICAR, RETRATAR E ORIENTAR: O PAPEL DA REVISTA SELEÇÕES DO READER'S DIGEST NA DIVULGAÇÃO CONTRA O TABAGISMO NO BRASIL**

Fundada em 1922 por Dewitt Wallace e sua esposa, Lila Acheson Wallace, proprietários do grupo *Reader's Digest Association*, a revista *Readers Digest*, conhecida no Brasil como *Seleções do Readers Digest*, se constituía como um periódico mensal de bolso, compacto, que contava com cerca de 30 textos condensados ou transcritos de importantes periódicos de diversas áreas (OLIVEIRA, 2004). Segundo Oliveira (2004), cada texto tinha

¹⁵⁶ CHIBANTE, A. et al. O fumo e suas repercussões clínicas. *Folha Médica*, v. 81, n. 5, p. 497-502, nov. 1980. BLUNDI, Edmundo, Câncer do pulmão: três perguntas, três respostas. *Folha Médica*, v. 81, n. 6, p. 599-601, dez. 1980. SALGADO FILHO, Eduardo. Tabaquismo – tabacose. *RBM*, v. XXXVII, n. 2, p. 55, fev. 1980. SILVEIRA, Ismar C. Tabagismo. *RBM*, v. XXXVII, n. 3, p. 107, mar. 1980. Tabagismo Epidêmico. *Residência Médica*, v. 9, n. 4, p. 3, abr. 1980. Combate ao fumo. *Residência Médica*, v. 9, n. 6, p. 3, jun. 1980. Fiquem atentos. *Residência Médica*, v. 10, n. 1/3, p. 3, mar. 1981. Fumante involuntário. *Residência Médica*, v. 10, n. 8, p. 3, ago. 1981. Será verdade. *Residência Médica*, v. 10, n. 10, p. 3, out. 1981. Esforço louvável. *Residência Médica*, v. 11, n. 8, p. 3, out. 1982. Na fumaça. *Residência Médica*, v. 12, n. 2, p. 3, abr. 1983. SILVEIRA, Paulo Roberto M. Tabagismo, aterogênese e trombogênese. *Residência Médica*, v. 12, n. 2, p. 20-25, abr. 1983. SILVEIRA, Ismar C. Direitos do não-fumante. *Residência Médica*, v. 15, n. 3, p. 5, jul./ago. 1986.

entre 4 a 6 páginas e possibilitava uma leitura fácil, agradável e contínua da revista, sendo esse um diferencial em relação a outras que circulavam no Brasil. Este formato, de acordo com Junqueira (2001), possibilitava a publicação de uma ampla variedade de temas e informações, buscando contemplar um público cada vez maior. Após conquistar o mercado estadunidense, a revista ganhou o mundo em 1938, com a sua publicação na Inglaterra, e, em fevereiro de 1942, em um contexto de aumento de influência dos EUA sobre a América Latina, desembarcou no Brasil (JUNQUEIRA, 2001; OLIVEIRA, 2004). O periódico alcançou em seu primeiro ano cerca de 100 mil exemplares, e teve como ápice o volume de 500 mil exemplares na década de 1970, tornando-se um dos mais lidos no país pela classe média urbana, sobretudo, por mulheres (OLIVEIRA, 2004). Além de artigos, a revista contava também com anúncios, que segundo Daniel (2003), “veiculavam além de novos produtos, um estilo de vida identificado com o *american way of life*”, incluindo aí, os cigarros (DANIEL, 2003, p. 2). Em 1962, respaldado pelo relatório inglês “Fumo e Saúde” da RCP, os editores da revista resolvem não mais renovar os contratos publicitários das companhias de tabaco.

Na verdade, o aviso, contido no artigo que divulgava os resultados do relatório, fazia parte da pregação continua do periódico contra o hábito de fumar, que já vinha se desenvolvendo nos EUA desde novembro de 1924, com a publicação do artigo “*Does tobacco injure the human body?*”, de Irving Fisher. Até 1950, o periódico tinha publicado 39 artigos relacionados ao hábito de fumar, em sua maioria, combatendo-o (CUNNINGHAM, 1996).¹⁵⁷ Segundo Junqueira, é possível relacionar esta linha de pensamento com a formação presbiteriana dos proprietários, que influenciava na escolha

¹⁵⁷ EMERGING Pattern of Anti-smoking Campaign: a Chronology. Disponível em: <http://legacy.library.ucsf.edu/cgi/getdoc?tid=sle75d00&fmt=pdf&ref=results>. Acesso em: 01/11/2007.

dos temas e na maneira como eles eram abordados (JUNQUEIRA, 2001). No Brasil, a pregação contra o fumo chegou no primeiro ano de publicação da revista, no número de outubro, com o artigo do jornalista Courtney Ryley Cooper, “Deixei de fumar”.¹⁵⁸ Entre as décadas de 1940 e 1980, a revista publicou no país cerca de 77 textos relacionados ao tabagismo e seus males. A problemática envolvendo o hábito ganhou maior evidência a partir da década de 1950, com a divulgação dos resultados das pesquisas de Doll e Hill na Inglaterra, de Wynder e Graham, e Hammond nos EUA, rendendo textos sobre o assunto no periódico. Entre as revistas consultadas, *Seleções* era no Brasil a única a publicar matérias sobre estas pesquisas para o público leigo.¹⁵⁹ Outros importantes fatos relacionados ao debate tabagismo e câncer de pulmão, como os relatórios da década de 1960 na Inglaterra e EUA, ganharam artigos próprios no periódico destacando-se os dos jornalistas e redatores Lois Mattox Miller e James Monahan.¹⁶⁰

As matérias de divulgação destas pesquisas, relatórios e políticas em relação ao tabagismo, constituíram uma categoria no universo dos textos publicados sobre o assunto pela revista, que tinha como objetivo convencer o leitor dos danos ocasionados pelo hábito ao organismo humano. O universo de textos publicados por *Seleções* era também composto por outras duas categorias: os que promoviam terapias para o abandono do fumo e as narrativas de fumantes que conseguiram abandonar o hábito, bem como acometidos pelo

¹⁵⁸ COOPER, Courtney Ryley. Deixei de fumar. *Seleções do Readers Digest*, v.2, n. 9, p. 11-14, out. 1942.

¹⁵⁹ RIIS, Roger William. O cigarro fará muito mal? *Seleções do Readers Digest*, v. 17, n. 98, p. 21-29, mar. 1950. MILLER, Lois Mattox; MONAHAN, James. O que há de positivo na controvérsia sobre o cigarro. *Seleções do Readers Digest*, v. 26, n. 152, p. 42-46, set. 1954.

¹⁶⁰ MILLER, Lois Mattox. Cigarro e Câncer do Pulmão: O que se sabe de novo. *Seleções do Readers Digest*, v. 42, n. 246, p. 35-40, jul. 1962. MILLER, Lois Mattox; MONAHAN, James. Controvérsia do cigarro: uma tempestade em formação. *Seleções do Readers Digest*, v. 44, n. 260, p. 51-57, set. 1963. Os cigarros: Julgados e condenados. *Seleções do Readers Digest*, v. 45, n. 267, p. 42-47, abr. 1964. MILLER, Lois Mattox; O dilema do “fumante-problema”. *Seleções do Readers Digest*, v. 46, n. 270, p. 35-40, jul 1964. A cobertura do tema por estes jornalistas rendeu a eles o Prêmio de Jornalismo Médico Albert Lasker em 1957, pela série de reportagens produzidas naquele ano em torno das inovações feitas pela indústria de cigarros, enfatizando principalmente a diminuição dos danos causados pela nicotina e alcatrão através dos filtros e do lançamento de cigarros com baixos teores dessas duas substâncias (MILLER e MONAHAN, 1964).

câncer do pulmão. Em alguns artigos desses dois grupos encontramos referências aos dados divulgados no período das pesquisas e relatórios.

Entre os artigos de divulgação, percebemos que antes do Relatório Terry em 1964, ainda era muito comum o uso da palavra “controvérsia” ao referir-se ao debate tabagismo-câncer de pulmão.¹⁶¹ Com o título “Os cigarros: julgados e condenados”, as conclusões do relatório chegavam ao público brasileiro em abril de 1964, afastando possíveis dúvidas e controvérsias ainda existentes sobre a relação tabagismo-câncer de pulmão e outros males à saúde. Em compensação, a poluição do ar deixava de ser vista como protagonista entre os fatores causadores do câncer de pulmão. Negava-se também a possibilidade da doença ser causada por um vírus. Esta matéria, assim como outras que tinham como fim a divulgação científica, apresentou de maneira sucinta as pesquisas, e suas conclusões em relação aos males ocasionados pelo tabagismo, da mesma maneira que a posição de instituições oficiais da comunidade médica e da saúde pública dos países envolvidos no debate, principalmente EUA e Inglaterra.

Uma outra forma de se falar dos malefícios vinculados ao tabagismo eram as narrativas em torno da vida dos fumantes. Geralmente apresentadas de forma dramática e trágica, estavam divididas entre aqueles que contraíam o câncer de pulmão e aqueles que conseguiam deixar o tabagismo pela força de vontade ou por tratamentos, e viviam normalmente. Palavras como guerra, agonia, drama, angustia, dúvida, imprecisão eram corriqueiras nestes textos que objetivavam transportar o leitor para a intimidade daqueles que integravam as estatísticas, ao tornar visíveis os seus dramas. Em relação aos textos que

¹⁶¹ MILLER, Lois Mattox; MONAHAN, James. O que há de positivo na controvérsia sobre o cigarro. *Seleções do Readers Digest*, v. 26, n. 152, p. 42-46, set. 1954. Controvérsia do cigarro: uma tempestade em formação, v. 44, n. 260, p. 51-57, set. 1963.

narram a história dos doentes, notamos a presença de uma seqüência em que o personagem se encontrava em uma posição confortável e consolidada na vida, até que começa a ter sinais da doença, como ocorreu, por exemplo, com o personagem William Brown, assim descrito por J. D. Ratcliff, em “O crescente horror ao câncer do pulmão”:

William Brown é um próspero comerciante de uma grande cidade. [...] Aos 55 anos era dono de um negócio próspero e de uma bela residência. Era feliz no casamento, tinha dois filhos que iam bem nos estudos e, salvo pequenos achaques, gozava de excelente saúde. É verdade que recentemente Brown vinha tossindo com frequência cada vez maior. Mas todos os fumantes tossiam, e ele deu pouca atenção ao fato. [...] Sua pequena perda de peso, ele a tomou como uma coisa até boa. Sentia também uma pequena dor no peito, mas nada sério a ponto de ser preciso incomodar o médico. Então, numa manhã de junho último, quando escovava os dentes, tossiu profundamente e expeliu escarro com estrias sanguíneas. Brown sem dúvida havia lido sobre câncer de pulmão e sua evidente relação com o fumo. Fumando dois maços de cigarros por dia, ele tinha até pensado vagamente na possibilidade de fumar menos. E, enquanto se barbeava, foi desfilando mentalmente os sintomas de câncer de pulmão que conhecia: o escarro sanguíneo – lembrava-se – era um. Quando terminou, estava profundamente preocupado e, depois do café, em vez de ir para o escritório, foi ao médico.¹⁶²

A partir deste ponto, a narrativa enfatiza o drama da moléstia, passando pela descrição das dificuldades de se diagnosticar precocemente a doença, pois o câncer de pulmão apresentava sintomas muito próximos à tuberculose para os clínicos daquela época. Por isso, Brown foi encaminhado a uma clínica especializada, na qual, após realizados os exames, foi diagnosticado a doença. Neste momento, há uma pausa no artigo para se falar das chances estatísticas de sobrevivência daqueles que passam pela cirurgia pela qual o personagem passaria. A postura de Brown em encarar com tranquilidade a situação, pode ser vista como uma orientação do autor àqueles que fossem enfrentar a cirurgia. A cirurgia

¹⁶² RATCLIFF, J.D. Crescente horror ao câncer de pulmão. *Seleções do Reader's digest*, v. 35, n. 207, abr. 1959, p. 171.

do personagem é então descrita em detalhes, como se o leitor fosse transportado para a mesa de cirurgia:

Brown foi posto de lado sobre a mesa, com o braço acima da cabeça. Foi-lhe introduzido um tubo pela traquéia para dar ao anestesista uma boa passagem de gás. O cirurgião fez-lhe depois uma extensa incisão, abrangendo quase metade do diâmetro do corpo. O corte começava debaixo do mamilo, mergulhava sob o braço e terminava bem perto da espinha.

Camadas de pele, gordura e músculos foram separadas, expondo as costelas. Com um enorme costótomo a quinta costela foi retirada e posta de lado. Foram então colocados afastadores para arredar outras costelas. A abertura resultante era grande e cavernosa, permitindo ao cirurgião examinar toda a cavidade torácica à procura de sinais de propagação do câncer.¹⁶³

Encerrado o procedimento cirúrgico, com aparente sucesso, o personagem teve que aguardar 10 dias para receber alta. Ao fim, a imprecisão, o suspense e a angústia eram mantidos, quando o autor fazia as seguintes constatações: “quais são as suas perspectivas? É cedo demais para se dizer. Se sobreviver, terá que passar cinco anos na incerteza. Somente ao expirar esse prazo poderá considerar-se curado” (RATCLIFF, 1959, p. 176). Este fechamento é sinal claro de que a narrativa se baseou em dados produzidos pela ciência quanto aos sucessos da cirurgia e ao perfil do acometido pela doença – homens de 55 anos, da classe média e que fumam excessivamente –, para reforçar a idéia de que diminuir ou abandonar o fumo era a prevenção possível da doença e de todos os horrores que ela podia proporcionar. A mensagem deixada por este texto se repetiu em outras narrativas, que focalizavam os doentes, em primeira ou terceira pessoa, realçando os seus hábitos de fumar.

A prevenção também era percebida como um caminho difícil. O deixar de fumar era, e ainda é, encarado como ato de persistência, de vontade e de busca de ajuda médica. Métodos para se deixar de fumar eram apresentados em forma de depoimentos,

¹⁶³ RATCLIFF, 1959, p. 174-175.

como fica explícito em “Novo método para deixar de fumar”, publicado em dezembro de 1963. Nele, uma jovem expõe a sua luta para se livrar do hábito, por meio de reuniões em grupo durante sete semanas, ocorridas em uma das 18 clínicas médicas instaladas na Inglaterra, após o relatório de 1962. Ao fim da descrição do tratamento, ela expunha a vantagens obtidas em favor de sua saúde ao conseguir se livrar do tabagismo: “faz oito meses que fumei pela última vez. [...] A irritação da garganta desapareceu, tenho as mãos firmes e posso de novo sentir cheiros. Mais do que tudo, tenho a profunda e alentadora satisfação de saber que dominei um mau hábito que me dominava” (EMERSON, 1963, p. 59). Em suma, reforçava-se a imagem de vitória para aqueles que ganhavam a guerra contra o hábito. Segundo Junqueira (2001), este tipo de texto indicava a motivação íntima como motor propulsor para a solução dos problemas de pessoas comuns, que, como personagens, “compunham exemplos humanos e perfis heróicos [...] responsáveis por ações notáveis, que eram repetidos à exaustão” (JUNQUEIRA, 2001, p. 26).

Diferente do texto acima, que retratava, através de relatos, as dificuldades e as fórmulas adotadas pelos indivíduos para o abandono do fumo, uma terceira categoria de textos se configurou com relatos impessoais direcionados para os possíveis tratamentos e maneiras de abandono do fumo. Entre os tratamentos sugeridos encontramos terapias individuais, em grupo e até com o uso de medicamentos, como a própria nicotina, nos quais a força de vontade do indivíduo era apenas componente do tratamento.¹⁶⁴

¹⁶⁴ PARA deixar de fumar. *Seleções do Readers Digest*, v. 1, n. 6, p. 86-87, dez. 1971. ROSS, Walter S. Maneiras fáceis de deixar de fumar. *Seleções do Readers Digest*, v. 5, n. 28, p. 85-88, set. 1973. Deixando de fumar com a ajuda da nicotina. *Seleções do Readers Digest*, v. 21, n. 110, p. 17-22, jul. 1981. VICKERY, Donald M.; EICHNER, Judith Roman. Como deixar de fumar. *Seleções do Readers Digest*, v. 27, n. 146, p. 97-99, jul. 1984.

- **UMA MOBILIZAÇÃO TÍMIDA? O DEBATE NOS PERIÓDICOS LEIGOS NACIONAIS**

A primeira aparição da temática nas revistas nacionais se daria com a publicação de uma pequena nota relacionada ao Relatório Terry, pela revista *Visão*, em janeiro de 1964: “Washington – Relatório oficial divulgado pelo Serviço de Saúde dos EUA afirma que pesquisas realizadas naquele país comprovam que fumar é perigoso para a saúde. Segundo o relatório, o fumo é o principal causador do câncer e de outras moléstias” (VISÃO, 1964, p. 16). Registros sobre o tema voltariam a aparecer em três matérias da revista *Manchete* ainda naquela década: “O que há de novo sobre o câncer”, de novembro de 1966, que cobria a IX Congresso Mundial do Câncer, realizado naquele ano no Japão, no qual especialistas admitiam a existência da relação do tabagismo com diversos tipos de câncer, entre ele, o dos pulmões. Os outros dois artigos, publicados em 1967, destacavam o desenvolvimento de um filtro para cigarros, do cientista estadunidense Robert L. Strickman, e que prometia diminuir o nível de alcatrão e nicotina em 3 vezes mais que os filtros existentes à época, e o fato do câncer de pulmão ser uma doença que podia acometer tanto não fumantes ou fumantes, não sendo doença específica desse último grupo. Este último artigo também destacou a realização de cursos de abandono ao fumo pela Liga pró-Temperança no país¹⁶⁵.

Em meados da década de 1970, a revista *Veja* publicou um artigo sobre a campanha promovida contra o fumo pela AMIRGS com apoio da Secretaria de Saúde e Educação em 1976. Entre 1979 e 1986, este periódico apresentou uma cobertura mais

¹⁶⁵ LAGARRIDE, Jean-Paul. O que há de novo sobre o câncer. *Manchete*, ano 14, n. 761, p. 124-126, 19 nov. 1966. ALBERTO, Sérgio. O filtro contra o câncer. *Manchete*, ano 15, n. 804, p. 24-26, 16 set. 1967. MARQUES, Carlos. Quem fuma tem câncer, quem não fuma também. *Manchete*, ano 15, n. 817, p. 182-185, 16 dez. 1967.

consistente, publicando 20 artigos relacionados ao tabagismo, distribuídos entre a disputa de mercado pelas companhias de cigarros (13), a divulgação de novos trabalhos relacionando o tabagismo ao câncer de pulmão (4), as medidas de combate ao fumo nos EUA, e o cenário brasileiro, compreendendo a posição do Estado e da comunidade médica (4).¹⁶⁶

Em abril 1980, o coletivo médico antitabagista brasileiro ganhava notoriedade nas páginas de *Veja* por conta das atividades promovidas no país pelo Dia Mundial da Saúde daquele ano. Na seção *Carta ao Leitor* daquele mês, o diretor de redação, José Roberto Guzzo, afirmou que as acusações contra o tabagismo vinham de muito tempo entre pesquisadores, médicos e autoridades da saúde, porém no Brasil pouco se tinha feito em relação ao tema, mesmo havendo no país um considerável avanço no consumo de cigarros. Em suas palavras, a ausência de vontade estatal era justificada pelos interesses econômicos. Ainda assim, ele observou alguns sinais de mudança com a progressiva aprovação de restrições ao fumo em lugares públicos de alguns municípios. Em relação ao Dia Mundial da Saúde, dedicado exclusivamente a propagação de um alerta internacional quanto aos males do hábito, ele observa que “anos internacionais a favor disto ou contra aquilo em geral não alteram significativamente as situações que pretendem alterar” (GUZZO, 1980, p. 15). As opiniões de Guzzo foram respaldadas pelos dados apresentados pelos jornalistas Élio Gaspari e Alexandre Machado em “A epidemia do século”, matéria presente naquele número:

É rigorosamente impossível que o governo federal se lance sincera e decididamente numa campanha contra o cigarro. Por quê? “Porque, se o

¹⁶⁶ Ao lado destes textos, começou a ganhar espaço no periódico a divulgação de medicamentos da indústria farmacêutica voltada para a diminuição dos danos com o hábito, dos quais podemos citar o lançamento no país do creme dental Unique, que removia as manchas ocasionadas pelo fumo sem arranhar o esmalte dos dentes, e o anúncio do xarope Broncofenil, que ligava o pigarro dos pulmões ao cigarro. ATAQUE às manchas. *Veja*, n. 788, p. 81, 12 out. 1983. BRONCOFENIL xarope. *Veja*, n. 879, 10 jul. 1985, p. 79.

brasileiro parar de fumar, o país quebra”, responde o Ministro do Planejamento, Delfim Neto, um ex-fumante que foi tão racional ao abandonar o cigarro quanto o é ao valorizar o peso dos impostos arrecadados com a indústria do fumo [...] equivalente a 35,5% da arrecadação total do Imposto de Produtos Industrializados (IPI), o dobro do que rende toda a indústria automobilística.¹⁶⁷

Esse tipo de situação, segundo os autores, parecia alimentar o desinteresse dos parlamentares pelos projetos de lei sobre o tema no Congresso Nacional, que pouco avançavam nas comissões. Apesar disso, medidas foram adotadas em alguns estados e municípios, como a lei que proibia o fumo em lojas do Rio de Janeiro, e uma lei de proibição do fumo nas dependências das Secretarias Estaduais de Saúde e Educação do Rio Grande do Sul, assinada pelo Governador Amaral de Souza. (GASPARI e MACHADO, 1980). Os jornalistas também fizeram um comentário irônico em relação ao movimento antitabagista brasileiro ao tratarem da 1ª. CONBAT, evento que fazia parte da programação do Dia Mundial da Saúde no Brasil:

Durante a semana passada, realizou-se em Vitória a I Conferência Brasileira Contra o Tabagismo, organizada pela Associação Médica Brasileira, e poucos resultados conseguiu, além de fazer a felicidade dos faxineiros do hotel em que se reuniu, pois pela primeira vez eles não tiveram que varrer ponta de cigarros no auditório.¹⁶⁸

O texto também destacou dados de uma pesquisa realizada no país sobre os malefícios do fumo passivo entre as crianças. Era pela primeira vez que uma pesquisa nacional ganhava visibilidade pública por um semanário:

Uma pesquisa liderada pelo médico José Rosemberg com 17000 crianças no Hospital Zona Norte, em São Paulo, constatou que 17% de bebês de zero a 1 ano, filhos de não fumantes, tinham infecções respiratórias. “Quando um dos pais fumava”, conta Rosemberg, autor do livro “Tabagismo, Sério Problema de Saúde Pública”, “a proporção subia para 34% e, quando os dois fumavam, crescia para 50%”.¹⁶⁹

¹⁶⁷ GASPARI, Elio; MACHADO, Alexandre. A epidemia do século. *Veja*, n. 606, 16 abr. 1980, p. 76-77.

¹⁶⁸ GASPARI e MACHADO, 1980, p. 78.

¹⁶⁹ GASPARI e MACHADO, 1980, p. 77-78.

Após esta reportagem, pouco se falou do movimento e dos projetos de leis no Congresso Nacional. Em maio de 1981, o aumento de restrições ao fumo retornou ao noticiário através do texto “Fumo indesejado”, que tratava da assinatura de uma portaria assinada por 17 juizes de menores da região do Vale do Paraíba em São Paulo, proibindo a compra de cigarros por menores de 18 anos.¹⁷⁰ O tabagismo e seus males voltou à tona em outubro de 1981, em virtude do enfarto do Presidente da República João Figueiredo. Figueiredo, que, segundo a reportagem, era exemplo da eficácia de um “bom susto” para quem quisesse deixar o fumo. Em meio a falas de políticos sobre o acontecimento e o que faziam para se manter afastados do hábito, as opiniões de José Rosemberg e Ajax W. César Silveira foram consultadas. Rosemberg indicou como meios para se deixar o fumo o consumo de lobelina, e a decisão radical em abandoná-lo. Ajax, como sempre, falou dos cursos que ele ministrava sobre “Como Deixar de Fumar em Cinco Dias”.¹⁷¹

Como em *Veja*, poucas notícias sobre o tema circularam em outros periódicos, dos quais podemos destacar *Visão*, que publicou apenas 3 textos. Em artigo de 1981, o periódico realçava a permanência da controvérsia no que se refere a associação tabagismo-câncer de pulmão:

A Guerra internacional dos relatórios médicos sobre os riscos a que estão sujeitos os fumantes acaba de produzir o estudo menos sombrio para os viciados em cigarro e mais auspicioso para a indústria do fumo. Em fins de julho passado, um grupo de pesquisadores da clínica de medicina do trabalho da Universidade de Linköping, na Suécia, divulgou um estudo que praticamente coloca por terra os argumentos de um grande número de cientistas. “O cigarro”, afirma nesse estudo Olav Axelsson, Chefe da clínica, “não é a única nem a mais forte causa do câncer dos pulmões. Temos provas de que três entre dez pessoas que contraem essa modalidade de câncer não são fumantes”.¹⁷²

¹⁷⁰ FUMO indesejado. *Veja*, n. 662, p. 47, 13 mai. 1981.

¹⁷¹ A ÚLTIMA tragada. *Veja*, n. 684, p. 129-132, 14 out. 1981.

¹⁷² A FAVOR do fumo. *Visão*, ano 30, n. 34, 1981, p. 44.

Outro estudo que geraria celeuma na comunidade médico-científica, de acordo com o texto, era o do médico japonês Takeshi Hirayama, do Instituto Nacional de Pesquisas sobre o Câncer de Tóquio, que, a partir da observação de 91 mil mulheres casadas com fumantes, assegurou a possibilidade do fumante passivo contrair câncer:

Recebidas com entusiasmo por médicos, associações de proteção à saúde e outras centenas de grupos “antifumo” na Europa e EUA, as teses do Dr. Hirayama foram, contudo, vistas com ceticismo e surpresa por altos círculos científicos. Epidemiologistas respeitados, como Nicholas J. Wald, da Universidade de Oxford, qualificaram suas observações de inteiramente exageradas e sensacionalistas. “Os efeitos indiretos de um maço de cigarro”, assinalou Wald, “equivalem à inalação direta de menos de um cigarro contendo substância sintética”. E rematou: por outro lado, um grande número de autópsias realizadas em pulmões de pessoas não fumantes têm revelado não existir nada de anormal nas células dos tubos bronquiais.¹⁷³

Se não havia nada provado em relação a associação fumo e câncer de pulmão, o texto observava não haver dúvidas na associação do hábito a outros males.

Quanto aos jornais, como *Folha de São Paulo*, *Estado de São Paulo* e *Jornal do Brasil (JB)*, prevaleciam matérias de divulgação de dados de pesquisas e notícias em torno da realidade norte-americana. Entretanto, a mobilização ganhou as páginas em alguns destes periódicos. No *Jornal do Brasil*, por ocasião do infarto do Presidente João Figueiredo em outubro de 1981, foi publicada uma carta dos editores aconselhando ao chefe de Estado a não fumar e a apoiar ações que reduzam o hábito entre aqueles que ele representa:

Um conselho dado de coração aberto para o seu bem, para o bem de todos e para a felicidade geral da Nação, que certamente seguirá seu exemplo.

BOM MESMO É NÃO FUMAR, PRESIDENTE.

O Senhor Presidente jurou transformar este país numa democracia. A democracia está aí, provada até mesmo no duro episódio da

¹⁷³ A FAVOR..., 1981, p. 45.

transferência de seu cargo ao Vice-Presidente da República. Agora esperamos, do presidente que descobriu em seu próprio coração as terríveis consequências do fumo, apoio para ajudar milhões de brasileiros que correm o mesmo perigo.

Precisamos de lei que proíba a publicidade de cigarros nos meios de comunicação eletrônica.

Precisamos de lei obrigando a indústria do cigarro a estampar nos maços a advertência: “Fumar faz mal à saúde”. E colocar o mesmo aviso na propaganda de jornais e revistas.

Precisamos vincular a arrecadação do IPI e do ICM aos orçamentos dos Ministérios da Educação, da Saúde e da Previdência Social.

Isso é fácil, Presidente, com seu apoio. O fumo é o maior problema da saúde pública nos países desenvolvidos, segundo a Organização Mundial de Saúde.

Por que não jurar, também, fazer do Brasil um país livre da epidemia do fumo?¹⁷⁴

O periódico publicou ainda 3 artigos do jornalista Carlos A. Dunshee de Abranches entre 1980-1982, que faziam referência a situação da questão no país e a algumas ações contra o hábito, como a realização da 3ª. Greve do Fumo no Paraná (1982). Em sua análise, o jornalista via tanto os fumantes quanto as indústrias de cigarros como culpados. Como veremos adiante, ele centrou suas críticas principalmente na demora da aprovação de leis no Congresso Nacional (BAPTISTA, 1981, 1983).¹⁷⁵

As ações campanhistas no Rio Grande do Sul também ganharam visibilidade em matérias no *Estado de São Paulo* e em *A Tarde*, de Salvador, em 1981. O Programa Nacional Contra o Fumo da AMB foi mencionado apenas uma vez, em um texto de Dácio Nutrini, para a Folha de São Paulo em outubro de 1981 (BAPTISTA, 1983).¹⁷⁶

¹⁷⁴ Citado em BAPTISTA, Lourival. Mobilização Nacional Contra o Tabagismo. Brasília: Gráfica do Senado, 1981, p. 167-168.

¹⁷⁵ Por meio da leitura de Baptista tivemos notícia de colunistas que, assim como Abranches, se empenharam na divulgação e luta contra o tabagismo no país, dos quais podemos citar Ibrahim Sued e Carlos Swam (*O Globo*, Rio de Janeiro), Zózimo Barroso Amaral (*JB*, Rio de Janeiro), Gilberto Amaral (*Correio Brasiliense*, Brasília), Consuelo Brada (*Jornal de Brasília*, Brasília), Paulo Fernando Craveiro (*Diário de Pernambuco*, Recife), Julieta Iseen, Terezinha Muricy (*A Tarde*, Salvador), Silvia Quadros (*Tribuna da Bahia*, Salvador), Thais Bezerra, Luiz Eduardo Costa e Hugo Costa (*Jornal da Cidade*, Aracaju).

¹⁷⁶ Além da mídia escrita, o tema apareceria em programas de rádio, como nas entrevistas do senador Lourival Baptista à “Voz do Brasil”, em 1980, 1981 e 1983, e em duas crônicas de Alexandre Garcia, nos meses de maio e junho de 1983, pela Rádio Manchete. Garcia era visto pelo senador como um dos apoiadores da causa

Enfim, as poucas matérias sobre os males do tabagismo – visto como problema do outro, no caso dos norte-americanos, ou como um tema controverso no campo da ciência –, o quase silêncio em relação à mobilização médica antitabagista no Brasil, com a prevalência de uma visão regional para as ações, e a constatação da omissão por parte do Estado, nos remete a pensar que a questão não era considerada relevante para a saúde pública brasileira. O problema era, desta forma, individual, de cada leitor que tivesse acesso às informações. Esta maneira de pensar foi de encontro ao que defendiam as grandes companhias de cigarros, maiores anunciantes na mídia brasileira desta época, que acreditavam que a decisão de abandonar o fumo era de cada um. Outros periódicos, com orientação antitabagista, também partilhavam da idéia de que o fumo era um problema que poderia ser resolvido no âmbito individual.¹⁷⁷

3.4. A MOBILIZAÇÃO GANHA O CONGRESSO E O MINISTÉRIO DA SAÚDE

- **A MOBILIZAÇÃO CONTRA O TABAGISMO NO SENADO: APENAS UM DEBATE MÉDICO?**

A década de 1980 não marcou somente a emergência dos congressos acadêmicos e a maior circulação na mídia nacional de textos sobre os males do tabagismo, ela também foi marcada pela mobilização no Congresso Nacional no sentido de conquistar mais parlamentares para a causa e, com isso, facilitar a aprovação dos projetos que

na mídia brasileira. O assunto chegou à televisão através da reportagem “A Morte no berço”, do jornalista Hélio Costa, no programa Fantástico, da Rede Globo, em 10 de maio de 1981. Nela, Costa entrevistou o cientista estadunidense dr. Richard Neye, que afirmava a existência da relação entre fumo, gravidez e morte infantil repentina (BAPTISTA, 1981, 1983).

¹⁷⁷ Entre estes encontramos *Seleções do Reader's Digest*, já abordado anteriormente, e *Vida e Saúde*, editado pela Casa Publicadora Brasileira. De maneira geral, notamos nos poucos artigos encontrados deste periódico – ao todo sete, entre décadas de 1970 e 1980 – características semelhantes ao primeiro na forma de tratar a questão: divulgar as pesquisas que relacionavam o tabagismo a diversos males no sentido de aconselhar o abandono do hábito.

contemplavam o assunto. Discursos e debates aconteceram em ambas as casas do parlamento, tendo em sua maioria a autoria de médicos parlamentares, como era o caso do Senador Lourival Baptista (PSD-SE), que se tornou o principal líder político da causa.

Formado pela Faculdade de Medicina da Bahia e com uma grande lista de serviços prestados à profissão e a política, Baptista se destacou no Congresso Nacional, a partir de 1979, por uma cruzada contra o fumo dentro das dependências do Senado. O seu objetivo inicial era de aprovar uma resolução interna proibindo o fumo e favorecer a aprovação de projetos contra o hábito na comissão de saúde do senado, a qual passou à presidente em 1985. Enquanto isso não ocorria, ele procurou converter os parlamentares fumantes por meio de seus discursos no plenário, embasados em artigos médicos sobre o tema que, ao fim, acabavam se tornando debates, nos quais muitos senadores, principalmente médicos, diziam apoiar a causa (BAPTISTA, 1981).

A militância do parlamentar no senado lhe valeu o reconhecimento por parte dos médicos, que, assim como ele, lutavam contra o tabagismo no país, como atestam os convites para o *workshop* “Fumo e Saúde”, em São Paulo, e o *Seminário Fumo e Saúde*, em Curitiba em 1981. No primeiro evento, Baptista apresentou no texto “Mobilização nacional contra o tabagismo”, o que vinha desenvolvendo no senado a favor da causa. Naquela oportunidade, o parlamentar estabeleceu contato com Rosemberg, Rigatto, Ajax W. C. Silveira, Zlotnik, Joaquim José Gama Rodrigues, tornando-se com isso figura permanente nos congressos e participante do coletivo antitabagista. Em sua exposição, ele assim definiu a sua participação no coletivo:

Desejaria levar para o Senado Federal, independentemente dos dados, informações e contribuições individuais dos eminentes participantes, um elenco de sugestões viáveis, passíveis de transformação em textos de legislação positiva.

Sentir-me-ia sumamente desvanecido em ser o intérprete das conclusões obtidas, transmitindo-as ao poder legislativo, como contribuição capaz de acelerar o advento das providências que o Brasil inteiro, plenamente conscientizado, vem exigindo, no concernente ao flagelo do tabagismo.¹⁷⁸

Sem dúvida, o ingresso de Baptista era um grande reforço para a campanha levada a cabo pelo coletivo, conforme notamos em trechos de cartas escritas por Rosenberg e Zlotnik a ele:

Meu muito prezado Senador e Colega,
Venho reiterar a minha grande satisfação pelo conhecimento pessoal que travei com o ilustre Senador [...] na expectativa de sua prestigiosa atuação no Senado Federal para a concretização da CPI sobre Fumo e Saúde, solicito-lhe a especial fineza de me mandar, quando possível, notícias sobre o assunto, o que de antemão agradeço. (Carta do Prof. Dr. José Rosenberg, São Paulo, 18/11/1981, citada em BAPTISTA, 1981, p. 165-166).

Prezado Senador Dr. Lourival Baptista,
[...] Continuamos contando com o vosso inestimável trabalho em prol da luta contra o tabagismo no País. (Carta do Prof. Dr. Jayme Zlotnik, Curitiba, 20/11/1981, citada por BAPTISTA, 1981, p. 167).¹⁷⁹

Constituiu-se assim uma translação que possibilitou ao coletivo médico antitabagista maior respaldo político da causa no senado, o que poderia levar a conquista de novos adeptos naquele espaço e, por conseguinte, a aprovação de leis restritivas contra o tabagismo. Em contrapartida, Baptista ganhou credibilidade dos especialistas, que lhes enviavam constantemente artigos e convites para participação em eventos envolvendo o tema, possibilitando maior autoridade científica em seus discursos, no sentido de se aprovar primordialmente o projeto de resolução interna nº. 53, de 1981, que visava a proibição do uso do fumo em dependências do senado, durante as sessões. O senador justificou o projeto a partir do conhecimento científico produzido em torno dos males do tabagismo, acreditando que tal ação seria “ponto de partida para outros projetos mais complexos, abrangentes e decisivos” (BAPTISTA, 1981, p. 74). Além disso, Baptista conclamava o

¹⁷⁸ BAPTISTA, 1981, p. 6.

¹⁷⁹ BAPTISTA, 1981, p. 165-167.

Poder Executivo a uma ação campanhista com a finalidade de orientar a população quanto às doenças passíveis de serem adquiridas pelo hábito.

Assinaram a resolução 54 dos 67 senadores que integravam aquela casa. Porém, o projeto não conquistou aprovação naquela época, o que nos sugere que o fato de apoiar o parlamentar em sua mobilização, em seus discursos, não significava necessariamente apoiar ações que contrariavam os interesses das companhias de cigarros, do Estado e das agências de publicidade e etc. O apoio era feito ao discurso médico, encarado como uma mobilização que não sairia das portas do senado, como nos sugere um aparte feito pelo senador Jorge Kalume (PSD-AC) a um discurso de Baptista, considerado por este como um de seus aliados na luta:

Não deveria interromper o seu magnífico pronunciamento desta tarde. Nada tenho contra a indústria do fumo, nada tenho contra a cultura do fumo, porém, não posso negar o meu apoio a essa campanha que V. Exa. vem fazendo contra o vício do fumo, tão prejudicial à saúde. V. Exa. inegavelmente é um obstinado em favor de seu propósito. Muito Obrigado.¹⁸⁰

A ausência de ações concretas voltadas a população, gerou críticas dentro do próprio senado as campanhas levadas internamente e ao posicionamento daquele que era visto como o partido do governo, o PSD, como podemos ver na querela envolvendo os senadores Orestes Quércia (advogado, PMDB-SP), Jaison Barreto (médico, PMDB-SC) e Almir Pinto (médico, PSD-CE):

O SR. ALMIR PINTO (PSD-CE) – V. Exa. chegou ao ponto básico [...] A imprensa – falada, escrita e televisada – faz propaganda mais exagerada que se possa imaginar sobre o fumo [...], e o Governo aceita, porque, finalmente é um País que tem liberdade de pensamento, liberdade de imprensa...

O Sr. Jaison Barreto (PMDB-SC) – Não tem nada a ver com liberdade de pensamento.

O Sr. Orestes Quércia (PMDB-SP) – Mas nos Estados Unidos existe liberdade de pensamento e o governo não aceita.

¹⁸⁰ BAPTISTA, 1981, p. 58.

O SR. ALMIR PINTO (PSD-CE) – Aí é o ponto da saúde pública. Vejamos bem o raciocínio: procuramos vacinas contra diferentes doenças infecto-contagiosas. Os cientistas – como já disse – procuram descobrir uma vacina que previna contra o câncer. Como se deixar a propaganda do fumo, que hoje – está comprovado – é um dos fatores maiores que provocam o câncer pulmonar, o enfarte (*sic*) do miocárdio, o espasmo coronário?

[...]

O Sr. Jaison Barreto (PMDB-SC) – O discurso de V. Exa. é de maior importância. Entendo que talvez o fundamental fosse sensibilizar o Partido do Governo no sentido de aprovar proposições sobre o fumo que aqui estão na Casa à espera de definição e que não conseguem aprovação em função de interesses maiores. Inclusive há uma providência da maior importância, apesar da aparente inocuidade da proposta – a de que conste nos maços de cigarros uma faixa vermelha com os dizeres: “Prejudicial à Saúde”. Proposição sobre o problema da delimitação dos horários em que a propaganda de cigarros pode ser feita, essa proposição dormita ainda na Casa, sem que o Governo, através do seu Partido, permita que se ponha cobro aos abusos dessas empresas, inclusive multinacionais.

O SR. ALMIR PINTO (PSD-CE) – [desvia das provocações de Barreto e comenta sobre a propaganda exagerada das “virtudes” do fumo na mídia]

O Sr. Jaison Barreto (PMDB-SC) – É um problema de saúde pública. Reforço a posição de V.Exa. , no sentido de que o Governo desencadeie, na verdade, uma campanha eficaz e não faça esse jogo duplo de permitir os abusos da indústria do fumo e, ao mesmo tempo, essa campanha [feita no interior do Senado], que me parece ainda insuficiente, para, realmente, alertar a população quanto aos malefícios do fumo.¹⁸¹

Por fim, a discussão que era apenas para ser mais uma sobre o tabagismo e seus males a saúde, acabou se transformando, por parte das falas de Barreto e Quércia, em um debate partidário. As falas desses parlamentares foram conduzidas pela rivalidade no congresso do PSD/PMDB, por críticas a pouca vontade do Governo Federal em promover ações contra o tabagismo, as restrições à liberdade de expressão no país, e ao fato daqueles médicos parlamentares, pertencentes ao partido do governo, o PSD (ex-ARENA), muito falarem e pouco fazerem para realmente aprovar projetos sobre a temática na Câmara e no Senado. De fato, apenas dois senadores, que não pertenciam ao PSD, apoiadores da causa de Baptista, Affonso Camargo (PP-PR), e Evandro Carreira (PMDB-AM), apresentaram projetos de lei naquela época. Porém, como veremos a seguir, não eram somente os

¹⁸¹ BAPTISTA, 1981, p. 46-47.

parlamentares da situação que tinham interesses em obstruir o andamento dos projetos nas comissões de ambas as casas no Congresso Nacional.

- **A ESCALADA E AS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PROJETOS ENVOLVENDO OS MALES DO TABAGISMO**

Lamentavelmente, porém, a ação da câmara e do Senado, como dos poderes da república aos quais compete dotar este País da urgente legislação antitabagista, não tem passado desse ameno exercício de debates com médicos, cientistas e assistentes sociais, apesar da dezena de proposições sobre tal matéria, que dormem nas gavetas das duas Casas do Congresso.¹⁸²

Assim como o Senador Jaison Barreto, o médico e jornalista do *JB*, Carlos A. Dunshee de Abranches, militante antitabagista, via com ceticismo a maneira como a questão do tabagismo e malefícios a saúde vinha sendo levada pelos representantes dos poderes executivo e legislativo. Segundo ele, desde que assumiu a coluna naquele jornal, imperava o mesmo padrão de comportamento nas legislaturas que se sucediam no Congresso Nacional e na presidência da república, quando o assunto dos projetos de leis era a restrição ao hábito. Por isso, para a aprovação das proposições, pedia por mais ações e menos conversas. Mas, afinal de contas, o que realmente ocorria dentro do parlamento, que tanto causava indignação a Abranches? Procuremos então, a partir da fala de congressistas que apoiavam a causa, entender o mistério da não aprovação de projetos, que já vinham sendo elaborados sobre a temática desde os anos 1960.

Como vimos, o interesse pelo tema tabagismo e seus males à saúde já era recorrente em projetos de leis na década de 1960, como os quatro elaborados pelo deputado federal e jornalista Eurico de Oliveira e o do deputado federal Ivan Luz (PRP-PR), que

¹⁸² BAPTISTA, 1981, p. 140.

ganhou visibilidade entre os médicos em 1965 por meio de duas reportagens no *O Médico Moderno*. Até a década de 1980, observamos um grande aumento no Congresso Nacional do número de projetos com o cunho de se restringir o fumo de diversas formas.¹⁸³ Na contramão disso, observamos a queda do número de projetos que apoiavam o crescimento da indústria de derivados do tabaco no país, como podemos observar no quadro abaixo.

Tipo de projeto apresentado Câmara dos Deputados e Senado/ Década	1960	1970	1980 (até 1985)
Proibição de venda de cigarros à menores de 18 anos	2	11	2
Inserção dos males do tabagismo nos currículos escolares		2	
Controle sanitário sobre os cigarros fabricados no país		6	3
Destinação da arrecadação de impostos sobre os cigarros para a Saúde Pública (promoção de campanhas contra o câncer e o tabagismo, manutenção de hospitais públicos e especializados no tratamento do câncer)	1	4	9
Dia Nacional de combate ao tabagismo	-	1	4
Restrições ao fumo no transporte coletivo (aéreo e terrestre) e locais públicos	1	15	16
Obrigatoriedade de mensagem alusiva aos riscos à saúde do tabagismo em anúncios, bulas de medicamentos, receituários médicos e em embalagens de produtos derivados do tabaco	3	3	13
Regulamentações da propaganda de cigarros nos meios visual, escrito falado e distribuição de amostras grátis	2	35	16
Outros		2*	2**
Total de projetos	9	79	66
Incentivos a indústria do tabaco no país (crédito, isenção de impostos etc)	8		4
Criação de tributos sobre a venda de cigarros e aumento dos já existentes	3	1	3

FONTE: <http://www2.camara.gov.br/proposicoes>. Acesso em: 26/03/2006. *PL-697/1972, Dep. Fed. Pedro Lucena – Declara de utilidade pública a Sociedade Brasileira de Combate ao Fumo com sede em São Paulo, estado de São Paulo. PL-2922/1976, Dep. Fed. Airon Rios – Cria taxas sobre o fumo e o álcool destinadas a subsidiar a pecuária e dá outras providências.**PL-3546/1980, IGO LOSSO – Proíbe a instalação e a ampliação da indústria de cigarros e assemelhados no Brasil. PL-232/1981, Sen. João Calmon – Autoriza o poder executivo a instituir adicional sobre o preço ao consumidor de cigarros, charutos e fumo para cachimbo, revertendo o produto dessa arrecadação para o ensino de primeiro e segundo graus.

¹⁸³ O destaque ficou pelo maior volume de projetos apresentados na câmara dos deputados, que teriam um *boom* de projetos na década de 1970 graças a atuação dos deputados Pedro Lauro (MDB-PR), Gioia Júnior (jornalista, ARENA-SP) e Daso Coimbra (médico, MDB-RJ), com 5 projetos cada, e Florim Coutinho (oficial do Exército, MDB-GB), Igo Losso (advogado, PSD-PR), Daniel Silva (professor de geografia, PMDB-RJ), Ruy Codo (advogado, PMDB-SP) e Pedro Lucena (médico, MDB-RN), com 2. Na década de 1980, Codo, Losso, Coimbra, Silva e Gioia Júnior, com a companhia de Ítalo Conti (oficial do Exército, PDS-PR), José de Castro Coimbra (médico, PMDB-SP), José Frejat (advogado, PDT-RJ), Francisco Dias (professor de português, PMDB-RJ) e Carlos Sant'anna (médico-PMDB-BA), continuaram a elaborar diversos projetos e a fazer discursos sobre o tema. Essa amostragem parece confirmar o mesmo quadro visto para o senado: a prevalência de projetos de partidos oposicionistas ao regime sobre o tema.

Os projetos de leis, que possibilitavam crédito e outros incentivos à instalação de indústrias e melhoria na produção de cigarros na década de 1960, acompanhavam a própria política de atração de investimentos externos por parte do Estado brasileiro naquela época, que acreditava que o retorno ao desenvolvimento dependia de uma aliança entre capital nacional e estrangeiro (VIEIRA, 2000).¹⁸⁴ No que tange a queda do número deste tipo de projeto, acreditamos que possa estar relacionado à crise que se abateu no país a partir de 1973, com o fim do milagre econômico, que seguiria pela década de 1980. Esta crise levaria muitas companhias brasileiras a falência, ou a sua incorporação pelas grandes multinacionais, concentrando o mercado brasileiro em poucas empresas, ganhando destaque a Souza Cruz, que ficou com a fatia de 84% dele (SANTOS, 1979). Em compensação, notamos que o avanço do número de projetos relacionados aos males do tabagismo se circunscrevem em uma atmosfera de escalada de formação do movimento antitabagista no país e do crescimento da circulação na mídia de notícias referentes a medidas adotadas em outros países, levando o legislador brasileiro a ter maior consciência da questão. Muitos desses parlamentares, médicos ou não, tinham ligações com médicos que se movimentavam contra o hábito no país, como era o caso do deputado federal Pedro Lucena, vice-presidente da SMBCF no início da década de 1970. Outros foram sensibilizados através de periódicos, como o *JB*M.

Entretanto, apesar do aumento do número de projetos e de parlamentares que defendiam a causa no parlamento, percebemos que, até 1985, nenhuma das propostas

¹⁸⁴ Devemos lembrar que tal orientação do Estado brasileiro ficou demarcada pela revogação, por parte de Castelo Branco, da Lei de Remessa de Lucros (Lei nº. 4131 de 1964). Em seu lugar foi adotada a lei 4390 do mesmo ano, que, de acordo com Vieira, “não estipulava a percentagem de capital registrado a ser encaminhado ao exterior como lucro, porque os lucros reaplicados eram considerados legalmente como capital inicial, [só havendo] a restrição de 8% à remessa de lucros, relativamente aos capitais investidos na produção de bens e serviços” (VIEIRA, 2000, p. 195). A lei possibilitou o aumento destes investimentos externos como também criou condições à integração da indústria nacional ao crédito internacional, facilitando as exportações, possibilitado pela crescente internacionalização do capital e dos mercados naquele momento.

logrou sucesso. Em parte, isso se devia às próprias regras do regimento interno que abriam brechas para as ações do *lobby* das companhias de cigarros, agências de publicidade e mídia nacional, como nos mostra do deputado federal Daso Coimbra, em sua participação na mesa redonda Legislação e Fumo, no *Seminário Fumo e Saúde*, realizado em Curitiba, em 1982:

Como funciona o “*lobby*” no Congresso?

Funciona da seguinte forma: uma determinada organização que tem interesse que o projeto não passe, consegue insinuar junto à secretária, ou ao funcionário que faz a distribuição dos processos, a distribuição de um projeto que não quer que seja aprovado, a um Deputado que pouco comparece à Câmara dos Deputados, a um Senador que pouco comparece, ou que não gosta de dar pareceres [...] Desta maneira, projetos que foram apresentados [...] tramitam durante aquele período legislativo de 4 anos, e não conseguindo ser aprovado em todas as comissões técnicas são arquivados.

E, dessa forma, dificilmente, chega a plenário um projeto referente ao combate ao fumo. Eles morrem nas comissões [...] especialmente quando chega ao fim os trabalhos legislativos. E através do artigo 120, do Regimento Interno, são arquivados, porque findou-se uma legislatura e o projeto não conseguiu ter pareceres em todas as comissões técnicas, para as quais foi distribuído.¹⁸⁵

O parlamentar ainda observou que teve que reeditar várias vezes os mesmos projetos quando ele conseguia se reeleger. Participante da mesma mesa, o deputado federal Ruy Codó, concordou com a fala de Coimbra, ao comentar sobre a tramitação de um projeto seu que esteve sob a atuação do *lobby* do partido do governo:

Nós condenamos a propaganda do vício por todos os títulos, vale dizer que nos idos 76, apresentei um projeto proibindo a propaganda de bebidas alcoólicas e o uso de cigarros, pela televisão. [...] O projeto recebeu parecer favorável da Comissão de Justiça, depois da Comissão de Educação, e teve até uma emenda do Deputado Daniel Silva, em que ele faz uma citação do parágrafo 2 de um artigo, e apelo para que este parágrafo seja retirado. Quando foi há duas semanas atrás, o projeto foi para Plenário, mas já estava com o parecer do Líder do Governo para rejeitá-lo, porque estava caindo a receita, e havia necessidade de se intensificar a propaganda.¹⁸⁶

¹⁸⁵ ANAIS DO Seminário Fumo ou Saúde. Curitiba: Programa Estadual Contra o Fumo, 1981, p. 8-9.

¹⁸⁶ ANAIS..., 1981, p. 18-19.

O comentário de Codó nos sugere que o Estado era um grande interessado no assunto, principalmente no que se refere a uma possível perda nas receitas advindas com a venda de cigarros. Os interesses do Estado, segundo ele, eram representados no Congresso Nacional pelo posicionamento do partido do governo. Desta forma, acompanhava a mesma opinião exposta anteriormente em nossa narrativa pelo Senador Jaison Barreto. Entretanto, sabemos que neste partido havia parlamentares que partilhavam da mesma luta do deputado, como era o caso do deputado federal Igo Losso (PSD-PR) e do Senador Lourival Baptista (PSD-SE). Para o congressista, não era somente o posicionamento do Estado, as companhias de cigarros e as agências de publicidade que atrapalhavam o trânsito de um projeto pelas comissões, mas também o fato do relator da matéria ser fumante:

Existem muitos projetos, mas todos, deliberadamente, são apensados a outros. Se eu apresentar um projeto sobre proibição do fumo na aeronave, como fez o nobre Deputado Igo Losso, é evidente, que o meu será apensado ao dele e assim por diante e aquilo vai formando uma cadeia de projetos, e o deputado relator da matéria, é evidente, que se ele é fumante, ele não tem o interesse de dar qualquer parecer favorável a projeto proibindo ou regulando o uso do tabaco.¹⁸⁷

Da mesma forma, tal característica estava presente entre os membros do poder executivo, o que nos remete ao comentário de Codó sobre o fato do Prefeito de São Paulo rejeitar um projeto de mesma natureza naquela época, e o Presidente da República fumar em público, dando exemplo para os que ele representa (ANAI..., 1981). O pensamento do parlamentar em relação ao caráter dos fumantes nos remete ao próprio discurso feito em torno desses indivíduos naquela época pelos antitabagistas, tanto do meio leigo como da

¹⁸⁷ ANAI..., 1981, p. 18.

medicina: pessoas descuidadas e egoístas, por não prezarem pela sua saúde e do próximo, e, ao mesmo tempo, doentes.¹⁸⁸

Assim como o deputado, o senador e engenheiro Affonso Camargo (PP-PR) observa que a morosidade do trânsito dos projetos estava ligada principalmente as estratégias de anexação de um projeto sobre o outro e apresentação de emendas:

Hoje nós podemos até imaginar, que quem sabe até o próprio “lobby” do fumo é que descobriu uma excelente maneira de não se aprovar nada, que é a anexação de um projeto no outro. E se possível, sempre apresentando emendas aos projetos existentes. Hoje se alguém pegar este projeto, que está comum metro de altura, dificilmente vai conseguir dar parecer, de tão complexo que ele ficou.¹⁸⁹

Camargo falava de um projeto seu, que se arrastava nas comissões do senado, e demonstrou que a situação naquela casa era a mesma da câmara dos deputados no que se referia aos projetos direcionados a restrição e orientação quanto aos males do tabagismo.

A fala dos congressistas nos possibilita concluir que o sistema existente para a aprovação de um projeto no senado e na câmara permitia que apenas um senador, fosse ele do partido do governo ou não, paralisasse todo o processo com o uso de emendas. Porém,

¹⁸⁸ Este estigma foi reforçado principalmente após a divulgação de relatórios de autoridades científicas e da saúde pública internacional, entre elas, a OMS, sobre o “fumo passivo” no início da década de 1980. No Brasil, a idéia foi incorporada ao discurso daqueles que defendiam a bandeira antitabagista, como Rigatto, que em “A epidemia tabágica, um programa de ação”, classifica o tabagismo como uma doença infecto-contagiosa, que teria nos fumantes, seu principal agente transmissor: “sendo o tabagismo uma doença infecto-contagiosa, o objetivo primeiro deve ser o isolamento dos infectados para evitar o contágio dos não-infectados. Logo após, cabe tratar os infectados, na tentativa de recuperá-los e, simultaneamente, tentar controlar a fonte de infecção: no caso, os produtos industrializados do tabaco” (RIGATTO apud BAPTISTA, 1987, p. 21). Para ele, era essencial a disseminação de informações científicas sobre os malefícios do tabagismo ao fumantes e não fumantes, e “a exaltação do ridículo que o fumante representa, em termos de espécie humana” (RIGATTO apud BAPTISTA, 1987, p. 21). Rosemberg era outro que acompanhava Rigatto nesse pensamento, como nos sugere a seguinte passagem de *Riscos a que se Expõem os Fumantes Passivos – Direito dos Não Fumantes*: “Os dados clínicos e epidemiológicos expostos levantam a questão jurídica do direito dos não fumantes de respirar ar isento da poluição tabágica. Estes são maioria em todos os países e, com mais razão, não é aceitável que uma minoria ponha em risco a saúde da comunidade. [...] Os viciados no cigarro têm o direito de fumar, desde que não se tornem prejudiciais a coletividade” (ROSEMBERG apud BAPTISTA, 1987, p. 125).

¹⁸⁹ ANAIS..., 1981, p. 5.

pouco a sociedade sabia da dinâmica em torno desses projetos de lei, como nos sugere as ponderações de Abranches:

Na maioria, essas proposições são imperfeitas, o que nos tem levado a pedir, há anos, desta coluna, que o Executivo tome a iniciativa de encaminhar ao Legislativo, em substituição a tais preposições, um projeto realista e eficiente que caberia ao Ministério da Saúde elaborar. [...] De qualquer forma, é injustificável a demora do Legislativo federal em concluir a tramitação desses projetos apresentados, nos últimos anos, com o objetivo de combater o uso de cigarro e similares.¹⁹⁰

Suas sugestões só foram atendidas em setembro de 1985, quando foi formado o Grupo Assessor ao Ministério da Saúde para o Controle do Tabagismo no Brasil.

- **A LUTA CONTRA O TABAGISMO: UMA LUTA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

O ano de 1985 anunciava mudanças não somente para o ambiente político do país, com o processo de transição democrática, mas também no destino do movimento antitabagista. Mais um evento patrocinado pela AMB tomou vulto naquele ano, a realização da primeira “Semana Nacional de Combate ao Tabagismo”, entre 26 de agosto e 1 de setembro, nos mesmos moldes da “Greve de Fumo” paranaense, que do mesmo modo ocorria naquele período. Organizada por Rosemberg e Mirra, a celebração em São Paulo contou com a participação dos integrantes do coletivo antitabagista, autoridades federais, estaduais e municipais, sendo aberta por Rigatto, que apresentou o texto “Tabagismo no Brasil”, no auditório da Associação Paulista de Medicina (BAPTISTA, 1987). Foram realizadas mesas redondas na Assembléia Legislativa, Câmara Municipal e em escolas públicas, e o encerramento contou com a realização da Primeira Corrida para não Fumar,

¹⁹⁰ ABRANCHES, 1980 apud BAPTISTA, 1981, p. 140.

no Parque do Ibirapuera. Este foi o último evento antes da intervenção do Estado, por intermédio do ministro da saúde Carlos Corrêa de Menezes Sant'anna.

O médico Carlos Sant'anna, ao longo de seu mandato como deputado federal pelo PMDB/BA(1979-1983), manifestou-se duas vezes em relação ao tabagismo. Ele apresentou dois projetos de lei que, em essência, pediam pela criação de uma contribuição sobre o preço dos cigarros para o combate ao câncer e doenças cardiovasculares, por meio da ajuda às instituições médicas que combatam tais males associados ao fumo.¹⁹¹ Ao assumir o MS, no Governo José Sarney, Sant'anna manteria o mesmo posicionamento ao formar, através da Portaria 655/GM, o Grupo Assessor ao Ministério da Saúde para o Controle do Tabagismo no Brasil (GACT).¹⁹² Ele reconheceu no documento, que existiam empecilhos que dificultavam a formação imediata de um programa nacional de controle do tabagismo, sendo essa a principal justificativa da constituição do grupo assessor, que tinha os seguintes objetivos:

- a) propor normas e instrumentos legais para o controle do hábito de fumar; b) assessorar o Ministério da Saúde na elaboração de programa que vise à prevenção das doenças relacionadas ao hábito de fumar; c) acompanhar a implantação e avaliar o Programa de Controle do Tabagismo, a ser elaborado pelo Ministério da Saúde.¹⁹³

A portaria foi o primeiro documento vindo do governo federal que reconheceu os males causados pelo tabagismo e o fumo passivo, e concentrou suas preocupações sobre os diversos tipos de câncer e as doenças cardiovasculares:

¹⁹¹ PL-3618/1980, autoriza o Poder Executivo a fixar acréscimo sobre o preço do maço de cigarros e outros, para ajudar as instituições médicas de combate ao câncer e as doenças cardiovasculares; PL-2135/1983, autoriza o Poder executivo a instituir contribuição compulsória, correspondente ao valor do custo de um cigarro, para combate ao câncer, da forma que especifica. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/proposicoes>. Acesso em: 26/03/2006.

¹⁹² Como vimos, o Ministério da Saúde, na Gestão Waldir Arcoverde, se manifestou favorável a uma intervenção sobre o assunto. Porém, pouco foi feito desde 1980. A única ação tomada pelo MS, como já vimos, foi a formação em 1981 de uma Comissão para Estudos das Consequências do Fumo do Ministério da Saúde com os integrantes da Comissão do Programa da AMB, que não tinha liberdade para ação.

¹⁹³ BRASIL, 1985 apud BAPTISTA, 1987, p. 154.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, tendo em vista as dificuldades inerentes à implantação de um programa de controle do tabagismo no País e considerando que: 1- numerosas doenças, sobretudo, cardiovasculares e respiratórias, constituem efeitos patológicos da nicotina e alcalóides do fumo entre os que têm o hábito de fumar, ou os que com eles, proximamente, convivem; 2- as doenças cardiovasculares constituem, atualmente, a mais freqüente causa de morte, no Brasil; 3- a incidência de câncer, em vários órgãos, é mais elevada nos fumantes do que na população como um todo; 4- o hábito de fumar acarreta situações de incapacitação para o trabalho e reduz a expectativa de vida dos fumantes; 5- a contaminação ambiente provocada pelos fumantes expõe os não-fumantes, em graus diversos, à doenças causadas pelo hábito de fumar; 6- os gastos realizados pela Nação na atenção aos pacientes acometidos por patologias causadas pelo tabagismo já são significativamente elevados.¹⁹⁴

Estas doenças passaram a ter importância na agenda da saúde pública brasileira numa época na qual apareceram os primeiros levantamentos estatais que apontavam para o aumento do número de casos, para a ampliação da longevidade da população brasileira e maior concentração populacional no meio urbano. Por conta disso, o Grupo era assessorado pelos diretores das Divisões Nacionais de Pneumologia Sanitária e de Doenças Crônico-Degenerativas, que integravam a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (BAPTISTA, 1987). Segundo Possas (1989), mesmo com o aumento da importância das doenças crônico-degenerativas no quadro nosológico do país, as doenças infecto-contagiosas continuavam ainda a persistir e a merecerem grande atenção por conta dos governos federal, estadual e municipal. Assim, o país se encontrava em plena transição epidemiológica, o que não se caracterizou de maneira homogênea em todo o país (PRATA, 1992, POSSAS, 1989).

Em relação aos integrantes, percebemos que o ministro procurou constituir o grupo com indivíduos de setores representativos da sociedade e da luta contra o tabagismo, enfatizando principalmente o coletivo médico:

¹⁹⁴ BRASIL, 1985 apud BAPTISTA, 1987, p. 153-154.

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

Art. 3º. Farão parte, outrossim, do Grupo Assessor ao Ministério da Saúde para o Controle do Tabagismo seis (6) professores de notório saber e reconhecida atuação na luta contra o tabagismo.¹⁹⁵

Frente a estes requisitos, o GACT foi composto pelos militantes antitabagistas José Rosemberg, Mário Rigatto, Antônio Pedro Mirra, Edmundo Blundi, José Silveira, Jayme dos Santos Neves, Thomaz Szego, dr. Guaracy da Silva Freitas (OAB), dr. Pedro Calheiros Bomfim (Associação Brasileira de Imprensa), o Pastor Vitor Manoel Martinez (Movimento Evangélico Brasileiro), o dr. Geniberto Paiva Campos (Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas), o dr. Germano Gernhardt Filho (Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária), o deputado federal paranaense Oscar Alves (Comissão de Saúde da Câmara); o senador Lourival Baptista (Presidente da Comissão de Saúde do Senado) e a dra. Maria Goretti Pereira Fonseca (Secretária Executiva do Grupo Assessor) (BAPTISTA, 1987). Chama a atenção o fato de que boa parte do grupo integrava também o Comitê Coordenador do Controle do Tabagismo no Brasil, da AMB. O Grupo iniciou seus trabalhos em 11 de dezembro, quando foi empossado pelo ministro da saúde. Na imprensa, a formação do GACT rendeu apenas um comentário de uma frase na *Veja* de 30 de abril de 1986. o acontecimento motivou o primeiro comunicado das companhias de cigarros por meio da ABIFUMO, que até então não acreditavam em possíveis sucessos daquele coletivo no que se referia ao apoio estatal. A mensagem reforçava a importância da indústria do tabaco para a economia e para outros setores da sociedade brasileira, e criticava os integrantes do movimento e a intervenção estatal, como nos relata Baptista:

¹⁹⁵ BRASIL, 1985 apud BAPTISTA, 1987, p. 154.

A Abifumo [...] acusa a comunidade dos cientistas, médicos e professores brasileiros engajados na campanha contra o vício de fumar de “fanáticos antitabágicos”, que deveriam preocupar exclusivamente com a malária, a tuberculose, a esquistossomose, a doença de chagas, febre amarela, paralisia infantil, a AIDS... e assim por diante, as trágicas doenças e endemias típicas dos países do terceiro mundo, não se justificando – opinou a Abifumo –, concentrar esforços e recursos no combate ao tabagismo porque “diminuíram os níveis de alcatrão e nicotina nos cigarros... predominando atualmente, os de “baixo-teores”... “não existe objetividade científica na correlação fumo-doenças”...“predominando generalizações apressadas sem comprovação estatística”.¹⁹⁶

Em janeiro de 1986, o Grupo foi recebido em uma audiência com o Presidente da República José Sarney, que manifestou seu apoio a causa. Naquele ano, foi enviado ao então ministro da saúde, o médico Roberto Santos, dois anteprojetos de lei, sendo que o primeiro versava sobre a proibição do tabagismo em locais públicos, principalmente em espaços dedicados a educação e saúde, e o segundo, organizava o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Além disso, foi enviada uma carta de sugestões ao ministro em março, sendo a principal delas, a busca de maior integração do Grupo com as secretarias estaduais e municipais, a partir da criação de comissões preocupadas com o assunto nessas jurisdições. Afora essa regionalização do combate ao tabagismo, os integrantes requisitavam no documento a participação de representantes dos Ministérios da Educação, Previdência Social e Assistência Social, da Fazenda, Comunicações (DENTEL) e das Comissões de Educação da Câmara e do Senado (BAPTISTA, 1987). Aquele ano também seria marcado por mais uma vitória do movimento antitabagista no cenário político: A aprovação do projeto de lei nº. 3.464-A/1980, do deputado Ítalo Conti e que tornou-se a lei

^{196 196} BAPTISTA, 1987, p. 157. A ABIFUMO era presidida na época pelo ex-Ministro da Agricultura (1984-1985), o gaúcho Nestor Jost, o que nos sugere a possibilidade de favorecimento na obtenção de créditos para a lavoura e indústria do tabaco, principalmente do sul do país, e o fortalecimento do *lobby* no que se refere a prejudicar o andamento de projetos de teor antitabagista nas casas do parlamento nacional. Disponível em: http://www.gazetadosul.com.br/default.php?arquivo=_noticia.php&intIdConteudo=107614&intIdEdicao=1674. Acesso em: 10/01/2009.

7.488 de 11 de junho de 1986, instituindo o “Dia Nacional de Combate ao Fumo”, ficando a cargo do MS a sua promoção anual:

LEI N°. 7.488, DE 11 DE JUNHO DE 1986

Institui o “Dia Nacional de Combate ao Fumo”

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:
Art. 1º O “Dia Nacional de Combate ao Fumo” será comemorado, em todo o território nacional, a 29 de agosto de cada ano.

Parágrafo único. O Poder executivo, através do Ministério da Saúde, promoverá, na semana que antecede aquela data, uma campanha de âmbito nacional, visando a alertar a população para os malefícios advindos com o uso do fumo (BAPTISTA, 1987, p. 188).¹⁹⁷

O primeiro Dia Nacional foi levado à cabo pelo MS naquele ano, tendo como slogan “Cigarro: apague essa idéia”, e a realização de um seminário em Brasília, que contou com a organização e participação de integrantes do Grupo Assessor e militantes antitabagistas. Afinal, iniciou-se as campanhas e as ações promovidas pelo Governo Federal no país, dando maior visibilidade ao GACT, que coordenou Programa Nacional de Combate ao Fumo até 1989, quando o INCA o assume. Estava, desta forma, institucionalizada oficialmente pelo governo federal, a mobilização contra o tabagismo no Brasil.

¹⁹⁷ O projeto de Conti, que demorou aproximadamente 6 anos para ser aprovado, teve como inspiração as “Greves do Fumo” no Paraná. Entretanto, coube ao primeiramente deputado estadual José de Castro Coimbra, por meio de seu projeto 1317 em 1979, a idéia de se promover uma semana de conscientização sobre os males do fumo. Outros deputados, como Daniel Silva e Gioia Júnior, em 1981, e Mário Hato, em 1985, apresentaram projetos similares aos dois anteriores. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/proposicoes>. Acesso em: 26/03/2006.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos no desenvolvimento deste trabalho, compreender a formação do coletivo médico antitabagista no Brasil e como a relação tabagismo e malefícios a saúde deixou de ser apenas um debate na comunidade médica para se tornar uma questão de saúde pública, nos levou ao contato com uma historiografia internacional do tema em que a análise da rede composta pelos atores envolvidos nesse debate foi a principal ferramenta metodológica para o entendimento do processo. Brandt (1990), Parascandola (2001), Proctor (1999) e Berridge (2007) centraram seus esforços em compreender como essas redes se configuraram nos contextos por eles estudados, procurando perceber a trama que levou a legitimação das pesquisas que relacionavam tabagismo e câncer de pulmão e da chamada “epidemiologia do risco” no interior da comunidade médica e como esta se tornou importante instrumento para a elaboração de políticas públicas destinadas ao controle do hábito. Em suma, os autores assinalam que a legitimação da relação tabagismo e câncer do pulmão não está restrita somente a discussões de natureza científica, dentro da comunidade médica, mas envolve outras esferas sociais, como o Estado, a imprensa, as demandas econômicas etc, ou seja, essa legitimação opera diversas translações de interesses. Assim, ao circular por diversos coletivos dentro de uma sociedade, graças ao trânsito dos indivíduos por grupamentos sociais diversificados, o conteúdo científico exerce o papel daquilo que Latour denomina de *vínculos e nós*, e que corresponderia ao *estilo de pensamento fleckiano* (LATOUR, 2001; FLECK, 1986[1935]). Essas categorias propostas por Fleck e Latour, somadas às variáveis sugeridas pela historiografia internacional para a abordagem do tema – tais como os interesses que mobilizaram o debate tabagismo e males a saúde (Estado, parlamentares, companhias de cigarros, cientistas, etc), ou o papel da

divulgação científica e a influência da transição epidemiológica – formaram a base da análise empreendida para o entendimento do cenário brasileiro.

Ao transladar o movimento antitabagista brasileiro para o campo da História da Ciência, tornou-se importante a adoção de autores que consideravam o trânsito entre ciência e sociedade como uma relação de mão dupla. Até então, as poucas análises feitas no país ora tendiam para a história social, como era o caso de Boeira, ao inserir o movimento médico em uma rede antitabagista vista por ele como fragmentária, ora tendiam para uma história cujo centro era o campo médico, como os textos de Rosemberg. Assim, o *sistema circulatório dos fatos científicos* e a *rede de translações*, propostos por Latour (2001), e os conceitos *coletivo de pensamento* e *estilo de pensamento*, elaborados por Fleck (1986[1935]), nos ajudou na abordagem das fontes sobre o tema, possibilitando perceber como a promoção da luta antitabagista, por meio da divulgação científica entre especializados e leigos legitimou socialmente no Brasil a relação tabagismo-males a saúde. Em suma, isso nos permitiu ver a marcha de como o estilo de pensamento envolvendo tabagismo e câncer de pulmão se tornou dominante para o tratamento de questões envolvendo outros males a saúde ocasionados pelo hábito no país, em suas interfaces científica e social.

Frente ao exposto, centramos nossa análise no acompanhamento do processo de formação do coletivo médico antitabagista dentro da comunidade médica brasileira, que foi responsável pela constituição da rede de translações que levaram a criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo em 1986, pelo Ministério da Saúde. A abordagem desse quadro nos possibilitou apreender similaridades com as variáveis utilizadas pela historiografia internacional. Como nos outros cenários, o exame da temática passou pela formação do coletivo médico, que envolveu inicialmente dúvidas sobre a relação

tabagismo-câncer de pulmão, ocupando no Brasil principalmente os tisiologistas/pneumologistas. Nos outros cenários, coube aos bioestatísticos, epidemiologistas e cancerologistas a discussão da questão. Entretanto, sabemos pela análise de Brandt (1990), que nos EUA, os tisiologistas, através de suas associações, promoveram campanhas contra o tabagismo e demandaram do Estado um posicionamento mais eficiente em relação à questão.

Outra similaridade é o fato de que nos quadros apresentados pelos autores e naquele traçado através de nossa pesquisa, os cientistas atuavam em instituições públicas ligadas ao Estado. Essas instituições, como no caso da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, possibilitavam a observação e discussão em torno da doença e a conformação de um coletivo médico. As preocupações desses médicos estavam voltadas em saber o que levava à doença e as formas de prevenção.

O papel da divulgação científica foi outro aspecto importante nos cenários apresentados. Fontes principais deste trabalho e também dos autores aqui citados, os periódicos médicos possibilitaram a visualização dos dados construídos em torno da relação tabagismo e males à saúde, quem eram os personagens participantes do debate e os encontros realizados sobre tema. Além disso, permitiu, para o quadro brasileiro, perceber como se forjou um coletivo a partir da ligação entre a equipe editorial de periódicos como *RBM*, *Brasil Médico*, *JBM*, *Revista do Serviço Nacional de Tuberculose* e *Jornal de Pneumologia*, e os médicos que tinham artigos publicados sobre o assunto, possibilitando a formação de uma campanha contra o hábito.

Como no quadro apresentado pela historiografia internacional, as alianças e o respaldo oficial também foram importantes para a legitimação da relação tabagismo-câncer do pulmão, e a transformação desta em assunto de saúde pública no cenário aqui

examinado. No Brasil, após a conquista de importantes apoios de instituições representativas da comunidade médica à causa, como a AMB e a OMS, o coletivo passa a arregimentar novos integrantes em outros setores sociais, como a mídia e atores políticos, possibilitando novas alianças. E tornando o que seria uma questão restrita à comunidade médica e à esfera individual, em uma questão da sociedade e que contemplava a saúde pública. Isso foi favorecido pelo lugar ocupado pelos médicos do movimento na comunidade médica e na própria máquina estatal. Muitos deles eram professores universitários, geralmente ligados às áreas de fisiologia e pneumologia ocupavam cargos nas associações médicas e em órgãos do Ministério da Saúde e de secretarias estaduais e municipais da saúde. O fato de serem especialistas e terem em seus currículos uma história profissional considerável possibilitava maior credibilidade e autoridade em seus discursos e ações contra o tabagismo. Esse *discurso competente* teve como fim a mudança de postura dos médicos, da imprensa, dos governantes e de toda população em relação aos valores agregados ao hábito de fumar, reconfigurando-se o que Bourdieu denomina de *habitus*.

Tal processo de sedimentação dos novos valores simbólicos em relação ao hábito de fumar no imaginário social se mostrou cheio de empecilhos no período em análise, pois envolveu, como vimos, diversos interesses divergentes. Somava-se a isso as prioridades eleitas pelos governantes e pela sociedade brasileira no que se refere à saúde pública.

Ademais, percebemos que o discurso antitabagista nem sempre se embasou somente em argumentos advindos de pesquisas científicas. Em alguns momentos, notamos a aliança entre argumentos científicos e morais em relação à saúde do corpo e o enquadramento do fumo em um conjunto de hábitos considerados maléficos para a sociedade. Se antes do estabelecimento da relação tabagismo-câncer do pulmão, o

tabagismo era associado por médicos e outros agentes sociais a hábitos como o jogo, o homossexualismo, o álcool – que eram vistos como vícios que levavam a degeneração da própria raça, à imoralidade e ao pecado, sendo, inclusive, motivadores da exclusão do indivíduo da sociedade – após o estabelecimento da relação tabagismo-câncer do pulmão, o tabagismo passou a ser associado a um comportamento de risco à saúde – o que vem ocorrendo igualmente em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, ao sedentarismo, ao abuso de alimentos ricos em colesterol e etc. Apesar de maior ênfase sobre os dados produzidos pela ciência em relação ao discurso moral, o objetivo permanecia o mesmo: orientar os indivíduos a subtraírem de suas vidas tais comportamentos (KATZ, 1997).

Guardada as especificidades, principalmente quanto ao tempo de ocorrência desse processo em cada um desses contextos, a transição epidemiológica e o aumento da expectativa de vida foram importantes variáveis na formulação das respostas estatais para a questão. Assim como em outros países, no Brasil, o câncer de pulmão somente se tornou passível de uma intervenção quando as estatísticas apontavam para o crescimento da doença no quadro nosológico, ultrapassando as doenças infecto-contagiosas. Somou-se a isso o fato de que uma parcela considerável da população atingiu uma faixa etária propensa às doenças crônico-degenerativas, especialmente ao câncer de pulmão, o que influenciava diretamente nos gastos estatais com a saúde pública. Enfim, a prevenção apareceu como estratégia possível na contenção de gastos nos cenários abordados.

Ao longo de nosso trabalho notamos que, ao lado desse complexo processo que levou à intervenção estatal em 1985, que podemos considerar como uma resposta política e legitimadora social à causa, um outro processo acompanhou a legitimação da relação tabagismo-câncer de pulmão no Brasil: a transformação da tisiologia em pneumologia. Na década de 1980, esta disciplina foi responsável por levar para os manuais de formação

médica informações sobre tema, tendo como autores desses textos médicos do movimento antitabagista brasileiro. Isso caminhava dentro da diretriz do movimento em conscientizar os médicos quanto aos males do tabagismo e seu papel na luta contra o hábito. O tema era só um dos que contribuíram com o desenvolvimento da disciplina, que faz jus a um melhor exame em trabalhos futuros. Outras questões que merecem o mesmo tratamento são: como era tratado o tema pelos epidemiologistas brasileiros e a discussão de como as diretrizes da medicina preventiva e social, que tem como disciplina a pneumologia, influenciaram na elaboração de documentos como a “Carta de Salvador”, o Programa Nacional Contra o Fumo da AMB, e se isso gerou empecilhos para a mobilização dentro das comunidades médica e de saúde pública.

No que se refere ao círculo leigo, torna-se importante a análise da recepção pela população do discurso antitabagista e das ações iniciais empreendidas pelo Estado. Isso pode ser facilitado pela existência de matérias em revistas de circulação nacional e de um fundo disponível no sítio do Senado, denominado “Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988” (SAIC). Outros temas que também aguardam análises são o desenvolvimento tecnológico da indústria de cigarros em prol de cigarros mais saudáveis, que compunha uma resposta às pesquisas que relacionavam o produto à malefícios à saúde e estratégias de marketing na luta do mercado de cigarros, o desenvolvimento de programas regionais, como os do Paraná, de São Paulo e do Rio Grande do Sul, o papel da igreja na luta contra o hábito, destacando-se os adventistas, e o surgimento de medicamentos voltados para o combate aos danos do tabagismo e favoreciam o seu abandono.

Assim, podemos encerrar dizendo que nosso trabalho é parte de uma temática que ainda tem muito a oferecer na produção de trabalhos, como é característica própria dos campos da História da Medicina e da Saúde Pública, bem como da própria História.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Documentos digitalizados disponíveis na Internet

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Comissão de Combate ao Tabagismo. Disponível em: http://www.amb.org.br/comissao_tabagismo.php3. Acesso em: 05/03/2006.

BIOGRAFIA Aloysio Veiga de Paula. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/tuberculose/>. Acesso em: 22/07/2006.

BIOGRAFIA Jayme Santos Neves. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/tuberculose/>. Acesso em: 22/07/2006.

BIOGRAFIA José Rosemberg. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/tuberculose/>. Acesso em: 22/07/2006.

BIOGRAFIA José Silveira. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/tuberculose/>. Acesso em: 22/07/2006.

BIOGRAFIA Mário Rigatto. Disponível em: http://memoria.simers.org.br/bio_bibliografias.php?id_bio=44. Acesso em: 02/03/2008.

BIOGRAFIA Newton Bethlem. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/tuberculose/>. Acesso em: 22/07/2006.

ROSEMBERG, José. Entrevista à Vitor Cassimiro. Disponível em: <http://www.aprendebrasil.com.br/entrevistas/entrevista0037.asp>. Acesso em: 08/09/2007.

_____. Entrevista concedida a Drauzio Varella. Disponível em: <http://drauziovarella.ig.com.br/entrevistas/tabagismo.asp>. Acesso em: 07/09/2007.

Anais do Senado Federal: contém documentos como discussões acerca de projetos de lei em relação à questão do tabagismo no Brasil. Período a ser apreciado: 1965-1989.

<http://www.senado.gov.br/sf/publicacoes/anais/>

Consulta de Tramitação das Proposições e Projetos de Leis na Câmara: esse site disponibiliza um resumo dos projetos de leis, contendo a ementa, o autor, o número do projeto e o seu caminho na câmara. Período a ser apreciado: 1965-1989.

<http://www2.camara.gov.br/proposicoes>

Fontes impressas

ANAIS DA I CONFERÊNCIA BRASILEIRA DE COMBATE AO TABAGISMO. Vitória: Liga Espírito-Santense Contra a Tuberculose, 1980.

ANAIS DO SEMINÁRIO FUMO OU SAÚDE. Curitiba: Secretaria de Saúde e Bem-estar Social, 1981.

BALBACH, Alfons. *O fumo e a saúde*. São Paulo: Edições A Edificação do Lar, [s.d.].

BAPTISTA, Lourival. *Mobilização nacional contra o tabagismo*. Brasília, DF: Gráfica do Senado, 3 vol., 1981, 1983, 1987.obs.: Os três volumes englobam, além de discursos, artigos de jornais e revistas sem a referência completa.

BERGER, Edgard M.; BESKOW, Oldemar. *Escravos do século XX*. Santo André, SP: Casa Publicadora brasileira, 1972.

BETHLEM, Newton. *Pneumologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. *Fume se quiser, mas...* Rio de Janeiro, 1966.

BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. *Fumo, inimigo esperto, vertigens, caimbras, palidez, fastio, nervosismo, palpitações*. Rio de Janeiro, 1958.

BREAN, Herbert. *Como deixar de fumar*. Trad. de José Geraldo Vieira. São Paulo: O pensamento, 1953.

BRITO, Azenilto Guimarães. *Cigarro: como apagar essa idéia*. Belo Horizonte, MG: Gandhi J. Fagundes, [s.d.].

CID-10. Genebra: OMS, 1997.

COELHO, Constantino Machado. *Do uso e abuso do tabaco*. Rio de Janeiro: These inaugural, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1875.

COSTA, João Batista D. *O Fumo no banco dos Réus, culpado ou inocente?* Santo André, SP: Casa Publicadora Brasileira, 1985.

FUCCIO, Francisco de. *O fumo*. São Paulo: Atena, 1953.

GAMA-RODRIGUES, Joaquim J. et al. *Fumo ou Saúde*. São Paulo, SP: Bradepca, 1985.

GRECO, Norberto F. *O uso e o abuso do fumo*. Rio de Janeiro, RJ: Itambé, 1962.

LISBOA, Abdênago. *O multiforme vício do tabaco e outros males*. Belo Horizonte, MG: Canaã, 1971.

LOPES, Inácio da Cunha. *Tabagismo*. Rio de Janeiro: Graf. Barbero, 1942.

MEDEIROS, João. *Como deixar o cigarro?* São Paulo, SP: Parma, 1979.

OLIVEIRA, Antenor Santos de. *Fumo, alcoolismo e drogas*. São Paulo: Planim Press, 1980.

PACHÁ, Jorge. *É melhor não fumar*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

_____. *Fumo, vício que mata*. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1960.

PARANAGUÁ, Joaquim Nogueira. *O fumo e seus efeitos no organismo humano*. Casa Publicadora Batista, 1934.

ROÍZ, José. *Adeus gordura, adeus cigarro*. Belo Horizonte, MG: Oliveira, 1972.

ROSEMBERG, José. Entrevista à Vitor Cassimiro. Disponível em: <http://www.aprendebrasil.com.br/entrevistas/entrevista0037.asp>. Acesso em: 08/09/2007.

_____. *Tabagismo: sério problema de saúde pública*. São Paulo, SP: Almed Editora e Livraria Ltda, 1987.

_____. *Temas sobre Tabagismo*. São Paulo, SP: Secretaria do Estado da Saúde, 1998.

_____. *Pandemia do Tabagismo*. Enfoques Históricos e Atuais. São Paulo, SP: Secretaria do Estado da Saúde, 2002.

SHRYOCK, Haroldo. *Fumar distrai ou destrói?* Santo André: Casa Publicadora Brasileira, 1976.

SILVA, Luiz Carlos Correa da. *Compendio de pneumologia*. São Paulo: BYK-Prociencx, 1983.

_____; PORTO, Nelson da Silva. *Compendio de pneumologia*. 2.ed. São Paulo: Byk, 1991.

SILVEIRA, Ajax C. da. *O drama do tabagismo: Causas, conseqüências e solução*. Santo André SP: Casa Publicadora Brasileira, 1982.

THOMASON, George. *Inimigos da humanidade*. Santo André, SP: Casa Publicadora Brasileira, 1944.

VANDER, Adrian. *O fumo e a sua saúde*. São Paulo, SP: Mestre Jou, 1968.

WORM, Fernando. *Deixe de fumar pelo Five Day Plan*. Porto Alegre, RS: Metrópole, s.d.

Periódicos Médicos

Archivos Brasileiros de Medicina, Rio de Janeiro, RJ: ECN

CUNHA-LOPES, Ignácio. Fumo e tabagismo, v. 32, n. 1, p. 1-20, jan. 1942.

Anais da Academia Mineira de Medicina, Belo Horizonte, MG: Academia Mineira de Medicina.

FELDMAN, José. O fumo e o organismo humano, ano XII, p. 257-265, 1981.

CIGARRO: veneno mortal. Temário II Encontro Nacional sobre Educação para a Saúde., ano XIII, p. 291, 1982.

MORETZSOHN, Affonso. Palestra proferida na mesa redonda sobre tabagismo, ano XV, p. 403-406, 1984.

Boletim da Academia Nacional de Medicina, Rio de Janeiro, RJ: ANM.

PAULA, Aloysio de. Câncer do pulmão, ano 139, p. 158-174, abr. 1967.

BETHLEM, Newton. Diagnóstico clínico-radiológico, ano 139, p. 364-379, jul. 1967.

FERREIRA, José Carvalho. Autopoluição e suas implicações com a poluição ambiental, ano 143, p. 239-245, abr./jun. 1971.

OLIVEIRA, Abel. Fumo e saúde, ano 133, p. 18-20, set. 1971.

SILVA, Olivar Dias da. Efeitos da poluição atmosférica e da poluição direta, ano 144, p. 231-255, out. 1972.

TEIXEIRA, Jesse. Câncer do pulmão, aspectos epidemiológicos no Brasil e experiência cirúrgica, ano 146, p. 82-87, out. 1974.

PEREIRA, Lafayette. Proposta para a proibição da propaganda do fumo, ano. 146, p. 111-112, nov. 1974.

ATA da 24ª. Sessão (extraordinária), relativa ao 146º. ano acadêmico, realizada em 28 de novembro de 1974, às 18 hs. No Auditório Xavier Sigaud, ano 146, p. 132-142, nov. 1974.

Brasil-Médico, Rio de Janeiro, RJ: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, Serviço de Reumatologia.

BARRETO, João de Barros. A orientação epidemiológica da profilaxia do câncer, v. 62, ns. 12 e 13, p. 94-114, 20 e 27 mar. 1948.

ATHAYDE, Elysio. Incidência de abortos e mortalidade nas operárias da indústria de fumo. (inquérito realizado na região fumageira da Bahia), v. 62, ns. 25 e 26, p. 237-239, 19 e 28 jun. 1948.

BLUNDI, Edmundo, Diagnóstico precoce do câncer do pulmão, v. 65, ns. 24 a 26, p. 237-240, 16 a 30 jun. 1951.

TEORIA sobre o câncer, v. 66, ns. 14 e 15, p. 220, 5 e 12 abr. 1952.

LUTA contra o câncer, v. 66, ns. 19 e 26, p. 460, 19 e 26 jul. 1952.

PROGRAMA 2º. Curso sobre câncer do pulmão, v. 67, ns. 8 e 9, p. 139-140, 21 e 28 fev. 1953.

FUMO e câncer do pulmão, v. 69, ns. 10 a 13, p. 169, 5 a 26 mar. 1955.

GOYANNA, Castro. Tabaco e vitamina c, v. 69, ns. 14 a 18, p. 173-177, 2 a 30 abr. 1955.

PAULA, Aloysio. Câncer primitivo do pulmão, v. 69, ns. 23 a 26, p. 288-294, 4 a 25 jun. 1955.

SILVEIRA, José. Programa do 3º. Curso de aperfeiçoamento em Tisiologia, v. 69, ns. 23 a 26, p. 327-328, 4 a 25 jun. 1955.

CÂNCER do pulmão e fumo, ns. 23 a 26, p. 329, 4 a 25 jun. 1955.

FUMAÇA do cigarro, vol. 82, n. 3, p. 141, mar.- abr. 1968.

A Folha Médica, Rio de Janeiro, RJ: Cidade.

CHIBANTE, A. et al. O fumo e suas repercussões clínicas, v. 81, n. 5, p. 497-502, nov. 1980.

BLUNDI, Edmundo, Câncer do pulmão: três perguntas, três respostas, v. 81, n. 6, p. 599-601, dez. 1980.

JBM – Jornal Brasileiro de Medicina. Rio de Janeiro, RJ: EPUC.

EDITORIAL, v. 1, n. 1, p. 1-2, mar. 1959.

EDITORIAL, v. 2, no. 11, p. 1-2, jan. 1960.

FERNANDES, Reginaldo. Conjuntura Epidemiológica brasileira, v. 4, n. 4, p. 115-121, abr. 1961.

BLUNDI, Edmundo. A batalha do câncer do pulmão, v. 17, n. 3, p. 41-56, set. 1969.

EDITORIAL. Deixar de fumar, v. 18, n. 2, p. 5, fev. 1970.

EDITORIAL. Divulgação científica, v. 19, n. 2, p. 7, ago. 1970.

FROSSARD, Jurandir Décio. Fumo e citologia, v. 20, n. 5, p. 21-27, mai. 1971.

EDITORIAL. Fumo e tóxicos, v. 21, n. 3, p. 7, set. 1971.

SILVEIRA, Ismar C. Malefícios do fumo, v. 21, n. 5, p. 46, nov. 1971.

NOTICIÁRIO. Combate ao fumo no Rio tem entidade médica, v. 21, n. 5, p. 126, nov. 1971.

EDITORIAL. Campanha de médicos, v. 22, n. 1, p. 7, jan. 1972.

SILVA, A. C. Pacheco. Fumo: veneno ignorado, v. 22, n. 1, p. 12-13, jan. 1972.

PACHÁ, Jorge. Fumo: toxicomania, v. 22, n. 3, p. 16-17, mar. 1972.

NOTICIÁRIO. Médicos de Brasília proíbem fumo em reuniões. v. 22, n. 3, p. 178, mar. 1972.

SILVEIRA, Ájax W. César. Como enfrentar o tabagismo, v. 22, n. 4, p. 16-23, abr. 1972.

NOTICIÁRIO. 1º. Ciclo de Conferências sobre “Fumo e Saúde”, v. 22, n. 4, p. 130-131, abr. 1972.

FERREIRA, José Carvalho. Autopoluição e poluição ambiental, v. 22, n. 5, p. 16-21, mai. 1972.

EDITORIAL. O JBM e a OMS, v. 22, n. 6, p. 5, jun. 1972.

BLUNDI, Edmundo. Câncer de pulmão: seu terrível preço, v. 23, n. 1, p. 16-17, jul. 1972.

CAMPANA, Carlos Luiz. Tabaco: o grande intocável, v. 23, n. 2, p. 16-21, ago. 1972.

- SOCIEDADE Médica Brasileira de Combate ao Fumo, v. 23, n. 3, p. 189-192, set. 1972.
- PAULINO FILHO, Augusto. Advertência aos fumantes: aditivos químicos do tabaco, v. 23, n. 4, p. 17-27, out. 1972.
- OLIVEIRA, Gideon. Hábitos e câncer, v. 23, n. 5, p. 16-21, nov. 1972.
- EDITORIAL. Uma epidemia crescente, v. 23, n. 6, p. 7, dez. 1972.
- DICKSTEIN, Alice. As adolescentes, v. 23, n. 6, p. 56, dez. 1972.
- SILVEIRA, Ájax W. César. Como deixar de fumar em cinco dias, v. 24, n. 1, p. 17-19, jan. 1973.
- CARTAS à redação. Cigarro mata, v. 24, n. 1, p. 24, jan. 1973.
- CONSELHO científico JBM, v. 24, n. 2, p. 3, fev. 1973.
- LEIRZKE, Geraldo. O tabaco e a mulher, v. 24, n. 2, p. 18-20, fev. 1973.
- OLIVEIRA, Gideon. Conscientização antitabágica, v. 24, n. 3, p. 20-25, mar. 1973.
- LIVROS. Fumar ou não fumar, v. 24, n. 3, p. 57, mar. 1973.
- NOTICIÁRIO. Fumantes fazem curso e deixam vício, v. 24, n. 3, p. 175, mar. 1973.
- FIZEMOS nossa parte, v. 24, n. 4, p. 4, abr. 1973.
- SEIDL, Fernando M. Tabagismo: sentença de morte, v. 25, n. 2, p. 11-16, ago. 1973.
- CARTAS à redação. Fumo, v. 25, n. 2, p. 76, ago. 1973.
- CARTAS à redação. Fumo, v. 25, n. 5, p. 108, nov. 1973.
- SILVEIRA, Ismar C. da. Avaliação dos efeitos do fumo sobre o fluxo arterial periférico (resumo de tese), v. 31, n. 3, p. 31, set. 1976.
- EDITORIAL. SEIDL, Fernando M. Maioridade, v. 32, n. 3, p. 3, mar. 1977.
- EDITORIAL. SEIDL, Fernando M. Assuntos de leitura, v. 32, n. 4, p. 3, abr. 1977.
- EDITORIAL. SEIDL, Fernando M. O fumo e o médico, v. 33, n. 4, p. 3, out. 1977.
- ENTREVISTA: Mário Rigatto – Tabagismo, v. 33, n. 4, p. 81- 89, out. 1977.
- ROSEMBERG, José. Tabagismo e sua nocividade para a saúde I: excesso de mortalidade, v. 33, n. 5, p. 11-20, nov. 1977.
- EDITORIAL. Você fuma?, v. 33, n. 6, p. 3, dez. 1977.
- EDITORIAL. SEIDL, Fernando M. Ainda o fumo, v. 34, n. 1, p. 1-2, jan. 1978.
- DEBATE. NETO, M. Simões (cord.) et al. Fumo, v. 34, n. 1, p. 38-52, jan. 1978.
- ROSEMBERG, José. Tabagismo e sua nocividade para a saúde II: câncer do pulmão, v. 34, n. 1, p. 7-18, jan. 1978a.
- ROSEMBERG, José. Tabagismo e sua nocividade para a saúde III: bronquite e enfisema pulmonar, v. 34, n. 2, p. 24-36, fev. 1978b.
- ROSEMBERG, José. Tabagismo e sua nocividade para a saúde IV: ação sobre o coração e circulação periférica, v. 34, n. 3, p. 45-56, mar. 1978c.

- ROSEMBERG, José. Tabagismo e sua nocividade para a saúde V: efeitos prejudiciais na gravidez a na criança, v. 34, n. 4, p. 77-85, abr. 1978d.
- ROSEMBERG, José. Tabagismo e sua nocividade para a saúde VI: dinâmica sociológica do hábito de fumar, medidas de combate ao tabagismo, v. 34, n. 5, p. 74-80, mai. 1978.
- OPINIÃO do leitor. Combate ao fumo, v. 34, n. 6, p. 92, jun. 1978.
- EDITORIAL. SEIDL, Fernando M. Valor dos Congressos; Você fuma?, v. 35, n. 1, p. 3, jul. 1978.
- VOCÊ fuma, doutor? *JBM*. Rio de Janeiro: EPUC, v. 35, n. 1, p. 76, jul. 1978.
- OPINIÃO do leitor. Fumo, v. 35, n. 2, p. 62, ago. 1978.
- EDITORIAL. SEIDL, Fernando M. Contra o fumo, v. 35, n. 3, p. 3, set. 1978.
- O FUMO: guerra desigual, v. 35, n. 3, p. 82, set. 1978.
- SILVEIRA, Paulo R. Mattos da. Fumo e arteriopatia periférica, v. 35, n. 4, p. 23-34, out. 1978.
- OPINIÃO do leitor. Citações sobre cigarro, v. 35, n. 4, p. 89, out. 1978.
- OPINIÃO do leitor. Fumo, v. 35, n. 5, p. 80, nov. 1978.
- EDITORIAL. SEIDL, Fernando M. Vitória Paulatina, v. 36, n. 1, p. 3, jan. 1979.
- OPINIÃO do leitor. Fumo, v. 36, n. 1, p. 28, jan. 1979.
- SILVEIRA, José. Contra o vício de fumar, v. 36, n. 1, p. 30-31, jan. 1979.
- OPINIÃO do leitor. BASTOS, Álvaro de. Fumo, v. 36, n. 2, p. 46-48, fev. 1979.
- ALERTA: O melhor cigarro é aquele que nunca foi fumado, v. 36, n. 4, p. 1, abr. 1979.
- UM NOVO desafio, v. 36, n. 5, p. 62-68, mai. 1979.
- MEDEIROS, Algy. Por que fumar?, v. 36, n. 5, p. 91-92, mai. 1979.
- EDITORIAL. SEIDL, Fernando M. Apoio necessário, v. 36, n. 6, p. 3, jun. 1979.
- OPINIÃO do leitor. Fumo, v. 36, n. 6, p. 22, jun. 1979.
- EDITORIAL. SEIDL, Fernando M. A escolha é sua, v. 38, n. 4, p. 3, abr. 1980.
- TOLEDO, L. S.; MARAT, F. Tratamento do tabagismo pela auriculoterapia, v. 38, n. 6, p. 103-106.
- HÁBITO de fumar na América Latina, v. 39, n. 1, p. 73-75, jul. 1980.
- PARA que fumar? ou dez razões para fumar, v. 39, n. 3, p. 112, set. 1980.
- EDITORIAL. SEIDL, Fernando M. Leituras úteis e oportunas, v. 39, n. 4, p. 3, out. 1980.
- PAINEL fumo, v. 39, n. 4, p. 52-74, out. 1980.
- NÃO fume (Campanha Nacional Contra o Fumo) – Fluimucil oral, v. 39, n. 4, p. 109, out. 1980.
- EDITORIAL. SEIDL, Fernando M. Fumo e outras questões, v. 41, n. 1, p. 3, jul. 1981.
- PROCOR-S, v. 41, n. 1, p. 93, jul. 1981.
- RATTO, Octávio R.; UEHARA, César. Câncer pulmonar, v. 41, n. 4, p. 87-94, out. 1981.
- EDITORIAL. SEIDL, Fernando M. Reforçando uma campanha, v. 41, n. 6, p. 3, dez. 1981.
- EDITORIAL. SEIDL, Fernando M. Atualidade e informação, v. 42, n. 2, p. 3, fev. 1982.

- EDITORIAL. SEIDL, Fernando M. Mais um aniversário, v. 42, n. 3, p. 3, mar. 1982.
- INFORMAÇÃO. A prescrição do fumo pela Receita Federal, v. 42, n.2, p. 117-118, fev. 1982.
- ROSEMBERG, José. Poluição tabágica: nocividade para os fumantes, v. 43, n. 4, p. 41-64, out. 1982.
- PACHÁ, Jorge. Nicotina e monóxido de carbono, v. 44, n. 4, p. 64, abr. 1983.
- BLUNDI, Edmundo. Câncer do pulmão: classificação histológica, v. 45, n. 5, p. 66-96, nov. 1983.
- EDITORIAL. MELO, J. M. JBM 25 anos, v. 46, n. 3, p. 3, mar. 1984.
- PAULA, Aloysio de. Evolução e avanços em Pneumologia, v. 46, n. 3, p. 41-68, mar. 1984.
- MADI, José M.; COELHO, Celso P.; LUNARDI, Paulo. O uso do fumo durante o ciclo gravídico, v. 46, n. 6, p. 42-45, jun. 1984.
- CÂNCER do pulmão em mulher, v. 47, n. 3, p. 7, set. 1984.
- KALLNER, Anders B.; BETHLEM, Newton; BERFORT, Paulo. Fumo: efeitos no organismo (debate), v. 47, n. 3, p. 60-80, set. 1984.
- EDITORIAL. SILVEIRA, Ismar C. Força de uma cruzada, v. 47, n. 4, p. 3, out. 1984.
- EDITORIAL. SILVEIRA, Ismar C. Cigarro e câncer uterino, v. 48, n. 1/2, p. 3, jan./fev. 1985.
- CRÔNICA médica. PINTO RIBEIRO, Amélio Luiz Bessa. Pede-se não fumar, v. 48, n. 4, p. 124, abr. 1985.
- EDITORIAL. SILVEIRA, Ismar C. Campanha antifumo, v. 49, n. 1, p. 3, jul. 1985.

Jornal de Pneumologia, São Paulo: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.

- GOTTSCHALL, Carlos A. M. Uma campanha de todos, v. 5, n. 3, p. 93-96, set. 1979.
- SANTOS. Vitorino Modesto. Aspectos da indústria do tabaco no Brasil, v. 5, n. 4, p. 149-152, dez. 1979.
- 1ª. JORNADA de Pneumologia e Tisiologia da Região Centro-Oeste. Conclusões do grupo de trabalho sobre tabagismo, v. 6, n.1, p. 34, mar. 1980.
- CUKIER, Alberto et al. Alterações da função pulmonar determinadas pelo tabagismo, v. 6, n. 2, p. 59-63, jun. 1980.
- NÃO FUMANTES são sexualmente mais hábeis, v. 6, n. 2, p. 63, jun. 1980.
- CASTRO, E.J.S. et al. Tabagismos e adolescência: fatores epidemiológicos, v.6, supl. XX Cong. Bras. Pneumologia e Tisiologia, p. 25, out. 1980.
- TERRA FILHO, Mário et al. Volume de fechamento na doença pulmonar obstrutiva crônica, v.6, supl. XX Cong. Bras. Pneumologia e Tisiologia, p. 26, out. 1980.

MAEDA, Terezinha Yoshiko et al. Influência do tabagismo nas curvas volume-tempo e volume-fluxo da capacidade vital forçada, v.6, supl. XX Cong. Bras. Pneumologia e Tisiologia, p. 26, out. 1980.

HORA, Francisco et al. Estudo do V e F 25-75% em indivíduos assintomáticos fumantes e não fumantes, v.6, supl. XX Cong. Bras. Pneumologia e Tisiologia, p. 27, out. 1980.

ALMEIDA TORRES, F. J. et al. Fluxo tele-expiratório forçado em fumantes sem sintomas de doença cardiopulmonar, v. 6, supl. XX Cong. Bras. Pneumologia e Tisiologia, p. 27, out. 1980.

RIGATTO, M. et al. Método simplificado de detecção precoce de obstrução das vias aéreas em fumantes, v.6, supl. XX Cong. Bras. Pneumologia e Tisiologia, p. 27-28, out. 1980.

CUKIER, Alberto. Alterações expirométricas em fumantes, v. 6, supl. XX Cong. Bras. Pneumologia e Tisiologia, p. 28, out. 1980.

MOREIRA, José S. Curva expiratória: aspectos matemáticos de sua análise, v. 6, supl. XX Cong. Bras. Pneumologia e Tisiologia, p. 28, out. 1980.

TADOKORO, Hakaru et al. Função pulmonar em pacientes grávidas, v. 6, supl. XX Cong. Bras. Pneumologia e Tisiologia, p. 28, out. 1980.

FLUIMUCIL Oral, v. 6, n. 4, contracapa, dez. 1980.

SALTZ, Renato; GADIA, Carlos A. N. J. Doutor, o senhor ainda fuma? Estudo do comportamento de uma classe médica, v, 7, n. 2, p. 98-101, jun. 1981.

RIGATTO, Mário. Fomassa, v. 7, n. 3, p. 117, set. 1981.

RUFFINO-NETO, Antônio et al. Tabagismo entre acadêmicos de Ribeirão Preto – SP, v. 7, n. 3, p. 164-170, set. 1981.

MIZIARA, José Elias A. et al. Valor da abreugrafia no diagnóstico precoce do câncer primitivo de pulmão, v. 8, n. 1, p. 43-46, mar. 1982.

DE LUCA, Luiz; RIGATTO, Mário. Epidemiologia do tabagismo: fumo e carboxi-hemoglobina, v. 8, n. 3, p. 146-150, set. 1982.

DE LUCA, Luiz; RIGATTO, Mário. Tabagismo e atividade física. v. 8, n. 3, p. 151-154, set. 1982.

RIGATTO, Mário et al. Avaliação da permeabilidade de pequenas vias aéreas em indivíduos idosos, v. 8, supl. XXI Cong. Bras. Pneumologia e Tisiologia e da SBPeT, p. 25, nov. 1982.

SANTORO, I. L. et al. Correlação entre a função pulmonar e sintomatologia respiratória em população de jovens universitários, v. 8, supl. XXI Cong. Bras. Pneumologia e Tisiologia e da SBPeT, p. 31, nov. 1982.

VARGAS, Francisco S. et al. Função pulmonar em pacientes hipertensos fumantes e não fumantes, v. 8, supl. XXI Cong. Bras. Pneumologia e Tisiologia e da SBPeT, p. 31-32, nov. 1982.

- TERRA FILHO, Mário et al. Função pulmonar em pacientes coronarianos fumantes e não fumantes, v. 8, supl. XXI Cong. Bras. Pneumologia e Tisiologia e da SBPeT, p. 32-33, nov. 1982.
- JANINI, Maria C. R. et al. Carcinoma brônquico no adulto jovem, experiência de 30 anos, v. 8, supl. XXI Cong. Bras. Pneumologia e Tisiologia e da SBPeT, p. 59, nov. 1982.
- SANT'ANNA, Clemax Couto et al. Tabagismo passivo e problemas respiratórios em crianças, v. 8, supl. XXI Cong. Bras. Pneumologia e Tisiologia e da SBPeT, p. 163, nov. 1982.
- DE LUCA, Luiz; RIGATTO, Mário. Tabagismo e atividade física, v. 8, supl. XXI Cong. Bras. Pneumologia e Tisiologia e da SBPeT, p. 163-164, nov. 1982.
- DE LUCA, Luiz; RIGATTO, Mário. Epidemiologia do tabagismo: fumo e carboxi-hemoglobina, v. 8, supl. XXI Cong. Bras. Pneumologia e Tisiologia e da SBPeT, p. 164, nov. 1982.
- GERHARDT, Germano et al. Tabagismo em população favelada no Rio de Janeiro em 1982, v. 8, supl. XXI Cong. Bras. Pneumologia e Tisiologia e da SBPeT, p. 164-165, nov. 1982.
- BRASIL, Abner C; VALENÇA, Laércio M. Relatório da diretoria da SBPeT – gestão 1980-1982, v. 8, n. 4, p. 244-246, dez. 1982.
- RIGATTO, Mário. Fumo e saúde, v. 10, n. 1, p. 8, mar. 1984.
- RATTO, Octávio. Fumo, v. 10, n. 2, p. 127, jun. 1984.
- MIRRA, Antônio Pedro. O controle do tabagismo no Brasil, v. 10, n.3, p. 137, set. 1984.
- ARANHA, Aloysio Graça. O fumo e a gravidez, v. 10, n. 4, p. 210, dez. 1984.
- MARCONDES, Ruth Sandoval. Deixar de fumar – Um problema a ser resolvido, v. 11, n. 1, p. 2, mar. 1985.
- WONG, Anthony, Nocividade do tabagismo dos pais à saúde das crianças, v. 11, n. 3, p. VII, set. 1985.
- VIEGAS, Cláudio Luiz. A luta antitabágica na constituinte, v. 12, n. , p. IV, mar. 1986.
- AGUIAR, Virgílio N. A. et al. Prevalência de sintomas, doenças pulmonares e tabagismo em populações universitárias vivendo em ambientes com níveis diferentes de poluição atmosférica, v. 15, n. 2, p. 61-68, jun. 1989.

Medico Moderno – Revista sócio-econômica e cultural de medicina, Rio de Janeiro : Law & MM, ELEA.

- MÉDICOS e parlamentares resolvem combater o fumo, p. 22-34, jul. 1965.
- FUMO e câncer: pesquisa revela a opinião dos médicos, p. 31-37, dez. 1965.

Medicina, Ribeirão Preto: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Centro Academico Rocha Lima.

HADDAD, Nagib. A multiplicidade causal, v. 8, n. 3/4, p. V, jul./dez. 1975.

HADDAD, Nagib. Doenças crônicas e saúde pública, v. 9/10, p. V, 1976/1977.

SIMÕES, Breno J. G.; SIMÕES, Maria J. S. Levantamento sobre o uso do fumo entre os estudantes de nível secundário de Ribeirão Preto, SP (1975), v. 9/10, p. 37-46, 1976-1977.

NETTO, Antônio R. et al. Tabagismo entre acadêmicos de Ribeirão Preto – USP, v. 13, n. 1/2, p. 11-21, 1981.

Residência Médica. Rio de Janeiro, RJ: EPUC.

SILVEIRA, Ismar C. Tabagismo Epidêmico, v. 9, n. 4, p. 3, abr. 1980.

SILVEIRA, Ismar C. Combate ao fumo, v. 9, n. 6, p. 3, jun. 1980.

SILVEIRA, Ismar C. Fiquem atentos, v. 10, n. 1/3, p. 3, mar. 1981.

SILVEIRA, Ismar C. Esta é a sua revista, v. 10, n. 4, p.3, abr. 1981.

SILVEIRA, Ismar C. Fumante involuntário, v. 10, n. 8, p. 3, ago. 1981.

SILVEIRA, Ismar C. Será verdade, v. 10, n. 10, p. 3, out. 1981.

SILVEIRA, Ismar C. Esforço louvável, v. 11, n. 8, p. 3, out. 1982.

SILVEIRA, Ismar C. Na fumaça, v. 12, n. 2, p. 3, abr. 1983.

SILVEIRA, Paulo Roberto M. Tabagismo, aterogênese e trombogênese, v. 12, n. 2, p. 20-25, abr. 1983.

SILVEIRA, Ismar C. Iniciando 1984, v. 13, n. 1, p. 5, mar. 1984.

SILVEIRA, Ismar C. Direitos do não-fumante, v. 15, n. 3, p. 5, jul./ago. 1986.

Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS), Porto Alegre, RS: AMRIGS.

AS CONSEQUÊNCIAS do fumo sobre a saúde, v. 19, n. 2, p. 90, jul./set. 1975.

PROGRAMAÇÃO IV Congresso da AMRIGS, v. 20, n. 5, p. 294-297, out./nov./dez. 1976.

Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional do Câncer.

DEBATES sobre o cigarro e câncer, v. 11, n. 11, p. 59-60, ago. 1954.

PROPAGANDA anti-cancerosa, campanha nacional educativa, v. 16, n. 19, p. 31-36, jun. 1959.

GUIMARÃES, Ugo Pinheiro. Organização e execução da luta anticancerosa no Brasil, v. 16, n. 19, p. 11-17, jun. 1960.

FUMO e câncer, v. 20, n. 28, p. 182, out. 1964.

PROPAGANDAS: fumo e câncer, câncer, v. 22, n. 32, p. 40 e 52, dez. 1966.

RBM – Revista Brasileira de Medicina, Rio de Janeiro, RJ: Moreira Jr.

PONTES, Lopes. Efeitos do cigarro sobre o coração, v. V, n. 1, p. 71-72, jan. 1948.

- FLÔRES, R. Galvão. Perturbações provocadas pelo fumo, v. V, n. 5, p. 368, mai. 1948.
- GARCIA, J. Alves. As razões do fumar, v. V, n. 10, p. 728-733, out. 1948.
- BARBOSA, Nelson de Castro. Meu vício de fumar – Receita para deixá-lo, v. VII, n. 2, p. 112-113, fev. 1950.
- FILIZZOLA, Mário. A influência do fumo na produção da úlcera péptica, v. VII, n. 5, p. 367, mai. 1950.
- GRYNKRAUT, B. O câncer do pulmão e o hábito de fumar, v. VIII, n. 2, p. 152, fev. 1951.
- PRADO, Felício Cintra do. Recursos para se conseguir o abandono do fumo, v. VIII, n. 10, p. 731, out. 1951.
- WOLFFENBÜTTEL, Ervin. As várias formas de miíases no homem – Sua profilaxia e seus diferentes tratamentos, v. X, n. 3, p. 213-214, mar. 1953.
- NETO, Granadeiro. Profilaxia do abuso do fumo, v. X, n. 4, p. 305, abr. 1953.
- BARBOSA, Nelson de Castro. Influência do cigarro na produção do câncer do pulmão, v. XI, n. 2, p. 147, mar. 1954.
- A INFLUÊNCIA da nicotina, do álcool, da cafeína e das psicoaminas sobre a eliminação da bile em cães, v. XI, n. 2, p. 204, mar. 1954.
- CIGARRO e sistema cardiovascular, v. XI, n. 5, p. 379, mai. 1954.
- CÂNCER e fumo, v. XI, n. 5, p. 388, mai. 1954.
- NETO, Granadeiro. O fumo nas úlceras pépticas, v. XI, n. 8, p. 576-578, ago. 1954.
- MELLO, Silva. Pés frios e fumo, v. XI, n. 9, p. 656-657, set. 1954.
- CRULS, Gastão. Notas de aula do professor Miguel Couto, v. XI, n. 9, p. 667-668, set. 1954.
- GRYNKRAUT, B. O câncer pulmonar e o fumo, v. XI, n. 12, p. 831-833, dez. 1954.
- CARDOSO, M. A. Nogueira. Câncer pulmonar, v. XII, n. 1, p. 17-18, jan. 1955.
- WOLFFENBÜTTEL, Ervin. Os efeitos do fumo e do álcool no sistema cárdio-vascular – I parte, v. XIII, n. 4, p. 275-280, abr. 1956.
- KUX, Peter. Consumo de cigarros e esclerose, v. XIII, n. 4, p. 326, abr. 1956.
- WOLFFENBÜTTEL, Ervin. Os efeitos do fumo e do álcool no sistema cárdio-vascular – II parte, v. XIII, n. 5, p. 380-382, abr. 1956.
- BARROS, Mendonça de. Fumo e angina pectoris, v. XIII, n. 7, p. 553-555, jul. 1956.
- WOLFFENBÜTTEL, Ervin. Fumo com pouca nicotina. Cigarros com filtro e piteira, v. XIII, n. 8, p. 607-611, ago. 1956.
- ROUBACH, Robinson. Fumo e enfarte do miocárdio, v. XIII, n. 8, p. 624-625, ago. 1956.
- LESÕES oculares produzidas pelo fumo, v. XIII, n. 8, p. 644, ago. 1956.
- WOLFFENBÜTTEL, Ervin. Fumo e aparelho respiratório, v. XIII, n. 9, p. 687-688, set. 1956.

- FUMO e vitamina c, v. XIII, n. 10, p. 796, out. 1956.
- WOLFFENBÜTTTEL, Ervin. Histórico do fumo nas Américas, v. XIII, n. 11, p. 856-861, nov. 1956.
- WOLFFENBÜTTTEL, Ervin. O fumo e as doenças, v. XIV, n. 4, p. 252-253, abr. 1957.
- WOLFFENBÜTTTEL, Ervin. Para desacostumar-se do fumo, v. XV, n. 1, p. 77, jan. 1958.
- A MULHER fuma para parecer homem, v. XV, n. 2, p. 115, fev. 1958.
- A FACE do fumador intoxicado, v. XV, n. 3, p. 199, mar. 1958.
- SILVEIRA, Ismar C. Câncer entre os que não fumam, v. XVI, n. 11, p. 808, nov. 1959.
- WOLFFENBÜTTTEL, Ervin. Deixar de fumar é a única salvação contra o câncer pulmonar, vol. XVII, n. 3, p. 213, mar. 1960.
- WOLFFENBÜTTTEL, Ervin. Fumo, câncer e propaganda, v. XVII, n. 10, p. 899-901, out. 1960.
- O FUMAR e o câncer do pulmão, v. XVIII, n. 3, p. 179, mar. 1961.
- USO crônico de fumo como fator causal do enfisema pulmonar obstrutivo, v. XVIII, n. 6, p. 404, jun. 1961.
- O FUMO e o álcool, v. XVIII, n. 8, p. 554, ago. 1961.
- ETIMOFF, Miguel. Fumo e álcool, v. XIX, n. 3, p. 165-167, mar. 1962.
- SILVEIRA, Ismar C. Condensado do fumo do cigarro, v. XX, n. 5, p. 292, mai. 1963.
- TEIXEIRA, Jessé. Notas sobre a epidemiologia do câncer do pulmão, v. XX, n. 8, p. 451-453, ago. 1963.
- WOLFFENBÜTTTEL, Ervin. Os efeitos do fumar na gravidez, v. XX, n. 8, p. 508, ago. 1963.
- SELEÇÕES não aceita mais anuncio de cigarros, v. XX, n. 8, p. 512, ago. 1963.
- SILVEIRA, Ismar C. Tabagismo e câncer, v. XXI, no. 1, p. 13, jan. 1964.
- SABOYA, Fernando. Função cárdio-pulmonar em jovens fumantes, v. XXI, n. 8, p. 512, ago. 1964.
- CIGARRO e aparelho cardiovascular, v. XXII, n. 4, p. 226-230, abr. 1965.
- SILVEIRA, Ismar C. Câncer pulmonar em mulheres, v. XXII, n. 8, p. 497, ago. 1965.
- SILVEIRA, Ismar C. Fumo e câncer do pulmão, v. XXIII, n. 4, p. 247, abr. 1966.
- SEIDL, Fernando M. Fumo e doenças do pulmão, v. XXVI, n. 9, p. 4, set 1969.
- SILVEIRA, Ismar C. Câncer e cigarro, v. XXVIII, n. 3, p. 123, mar. 1971.
- BENEVIDES, Walter. Fumo e hemoptise, v. XXVIII, n. 4, p. 155, abr. 1971.
- FUMO, esse cordial inimigo, v. XXVIII, n. 10, p. 554-555, out. 1971.
- COUTINHO, Alcebiádes. Aspectos médicos e sociais do tabagismo, v. XXVIII, n. 11, p. 578-586, nov. 1971.
- WALDEMAR, Henrique. Fumo e circulação, v. XXIX, n. 6, p. 288, jun. 1972.
- FROSSARD, Jurandir Décio. Câncer de pulmão e saúde pública, v. XXX, n. 2, p. 75-78, fev. 1973.
- SILVEIRA, Ismar C. Cigarro, v. XXX, n. 3, p. 127, mar. 1973.

- SILVEIRA, Ismar C. Cigarro, v. XXX, n. 7, p. 453, jul. 1973 (reprise do artigo acima).
 FUMANTES sob tensão dão mais baforadas, v. XXXI, n. 7, p. 478, jul. 1974.
 SILVEIRA, Ismar C. Fumar ou não fumar, v. XXXII, n. 12, p. 804, dez. 1975.
 SALGADO FILHO, Eduardo. Tabaquismo – tabacose, v. XXXVII, n. 2, p. 55, fev. 1980.
 SILVEIRA, Ismar C. Tabagismo, v. XXXVII, n. 3, p. 107, mar. 1980.

Revista da Divisão Nacional de Tuberculose (continuação de Revista do Serviço Nacional de Tuberculose), Rio de Janeiro, RJ: Divisão Nacional de Tuberculose.

- SILVEIRA, Ismar C. Alguns aspectos do câncer brônquico, v. 14, n. 55, p. 256-257, 3º.trim. 1970.
 PALOMBINI, Bruno C. O médico e o fumo, v. 16, n. 63, p. 353-371, 3º. trim. 1972.
 RIGATTO, Mário. “Cor pulmonare” crônico: conceito, fisiopatogenia, classificação, profilaxia e terapêutica, v. 17, n. 65, p. 22-60, 1º. trim. 1973.
 BLUNDI, Edmundo. Novos rumos, v. 17, n. 65, p. 111-114, 1º. trim. 1973.
 IBIT homenageia o Prof. E. Blundi, v. 17, n. 67, p. 360-363, 3º. trim. 1973.
 RIGATTO, Mário. Contra-senso, v. 19, n. 73, p. 59-60, 1º. trim. 1975a.
 RIGATTO, Mário. Perversão, v. 19, n. 74, p. 175, 2º. trim. 1975b.
 RIGATTO, Mário. Cifrões, v. 19, n. 75, p. 291, 3º. trim. 1975c.
 RIGATTO, Mário. Simpósio, v. 20, n. 77, p. 77-78, 1º. trim. 1976a.
 RIGATTO, Mário. Pesadelo, v. 20, n. 80, p. 446-447, 4º. trim. 1976b.

Revista da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, Rio de Janeiro, RJ: Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária.

- NEVES, Jayme dos Santos. Nova Fase (editorial), v. 22, ns. 85/86, p. 5-6, 1º. E 2º. trim. 1978.
 TABACO ou saúde (resumos), v. 22, ns. 85/86, p. 85-89, 1º. E 2º. trim. 1978.
 CONCLUSÕES e recomendações do XVIII Congresso Nacional de Tuberculose e Doenças Respiratórias, v. 22, ns. 85/86, p. 97-100, 1º. E 2º. trim. 1978.
 ROSEMBERG, José. Métodos de controle da epidemia tabagista, v. 24, n. 93, p. 17-31, 1º. trim. 1980.
 RUFFINO, Márcia C.; NETTO, Antônio R. Estudo da associação entre tabagismo e tuberculose, v. 22, n. 93, 1º. trim. 1980.

Revista Médica Germânica, [S.L.: s.n.].

- FISHER, Walter. Tumores malignos de los pulmones, ano V, p. 179-185, abr. 1932,

Revista do Serviço Nacional de Tuberculose, Rio de Janeiro, RJ: Serviço Nacional de Tuberculose.

WOLFFENBÜTTEL, Ervin. O efeito dos hábitos de fumar da mãe sobre o peso com quem nasce seus filhos, v. 4, n. 13, p. 89-91, 1º. trim. 1960.

CÂNCER de pulmão, v. 4, n. 13, p. 89-91, 1º. trim. 1960.

SILVEIRA, Ismar C. Câncer do pulmão, v. 4, n. 14, p. 182, 2º. trim. 1960.

SILVEIRA, Ismar C. Fumo e câncer: aspectos práticos, v. 5, n. 19, p. 246, 3º. trim. 1961.

PAULA, Aloysio. Tabagismo, doença respiratória, v. 5, n. 20, p. 397-404, 4º. trim. 1961.

SILVEIRA, Ismar C. Fumo e enxaqueca, v. 5, n. 20, p. 405, 4º. trim. 1961.

BLUNDI, Edmundo. A medicina moderna contra o cigarro, v. 7, n. 25, p. 77-84, 1º. trim. 1963.

ETIMOFF, Miguel. Efeitos. Efeitos do fumar, v. 9, n. 34, p. 132, 2º. trim. 1965.

SILVEIRA, Ismar C. Cigarro e “surfactant”, v. 11, n. 42, p. 285-286, 2º. trim. 1967.

RIBEIRO, Lourival. Fumo e saúde, v. 12, n. 46, p. 213-214, 2º. trim. 1968.

Periódicos de ampla circulação

Manchete, Rio de Janeiro, RJ: Bloch Editores.

LAGARRIDE, Jean-Paul. O que há de novo sobre o câncer, ano 14, n. 761, p. 124-126, 19 nov. 1966.

ALBERTO, Sérgio. O filtro contra o câncer, ano 15, n. 804, p. 24-26, 16 set. 1967.

MARQUES, Carlos. Quem fuma tem câncer, quem não fuma também, ano 15, n. 817, p. 182-185, 16 dez. 1967.

FERRIS, Paul. Eis a verdade sobre a mais terrível das doenças. Assim se destrói uma célula com câncer, ano 17, n. 921, p. 20-25, 13 dez. 1969.

CÂNCER: a batalha final, ano 17, n. 922, p. 24-28, 20 dez. 1969.

UMA VACINA contra o câncer, ano 21, n. 1095, p. 12-17, 14 abr. 1973.

BCG: a vacina contra o câncer, ano 24, n. 1240, p. 4-8, 24 jan. 1976.

UMA VACINA contra o câncer, ano 29, p. 44-46, 28 mar. 1981.

AFINAL, o que é o câncer?, ano 30, p. 59-65, 23 out. 1982.

CIENTISTA sueco revela: quem fuma precisa de muita vitamina c, ano 32, n. 1678, p. 84-85, 16 jun. 1984.

ARAÚJO, Celso Arnaldo. Como vai o pulmão do brasileiro, ano 32, n. 1700, p. 132-135, 17 nov. 1984.

Seleções do Reader's Digest, Rio de Janeiro: Fernando Chinaglia Distribuidora S.A., 1942-1971; Lisboa: Reader's Digest Association, 1971-1989.

COOPER, Courtney Ryley. Deixei de fumar, v.2, n. 9, p. 11-14, out. 1942

RIIS, Roger William. O cigarro fará muito mal?, v. 17, n. 98, p. 21-29, mar. 1950.

GUERRA Mundial contra a Malária, v. 19, n. 111, p. 32, abr. 1951.

NORR, Roy. Câncer e Fumo, v. 23, n. 133, p. 77-78, fev. 1953.

LIEB, Clarence William. Como reduzir os malefícios do cigarro, v. 25, n. 145, p. 50-52, fev. 1954.

MILLER, Lois Mattox; MONAHAN, James. O que há de positivo na controvérsia sobre o cigarro, v. 26, n. 152, p. 42-46, set. 1954.

PROPAGANDA de cigarros Columbia/Souza Cruz (Definem uma personalidade, completam um ambiente, v. 26, n. 155, p. 254, dez. 1954.

ALSOP, Stewart. Como parei de fumar, v. 27, n. 156, p. 35-38, jan. 1955.

POR QUE os médicos fumam, v. 29, n. 173, p. 56-57, jun. 1956.

COMO o médico diagnóstica o câncer, v. 35, n. 204, p. 118, jan. 1959.

RATCLIFF, J.D. Crescente horror ao câncer de pulmão, v. 35, n. 207, p. 171-178, abr. 1959.

MILLER, Lois Mattox. Cigarro e Câncer do Pulmão: O que se sabe de novo, v. 42, n. 246, p. 35-40, jul. 1962.

MILLER, Lois Mattox; MONAHAN, James. Controvérsia do cigarro: uma tempestade em formação, v. 44, n. 260, p. 51-57, set. 1963.

EMERSON, Glória. Novo método para deixar o cigarro, v. 44, n. 263, p. 54-59, dez. 1963.

MILLER, Lois Mattox; MONAHAN, James. Os cigarros: Julgados e condenados, v. 45, n. 267, p. 42-47, abr. 1964.

COOPER, Courtney Ryley. Deixei de fumar, v. 45, n. 267, p. 48-51, abr. 1964.

MILLER, Lois Mattox; O dilema do “fumante-problema”, v. 46, n. 270, p. 35-40, jul 1964.

COUSINS, Norman. O perigo que transcende o fumo, v. 46, n. 270, p. 41-42, jul. 1964.

WHARTON, Don. O ano em que venci a guerra contra os cigarros, v. 47, n. 278, p. 43-48, mar. 1965.

ARMOUR, Richard. Não me deixam parar de fumar, v. 48, n. 282, p. 153-156, jul. 1965.

CLARK, Marguerite. Novos indícios sobre o mistério do câncer, v. 48, n. 284, p. 55-57, set 1965.

DEUTSCH, Ronald M. Pondo os indícios a funcionar v. 48, n. 284, p. 57-61, set. 1965.

FIESER, Louis F. História de um ex-fumante, v. 49, n. 293, p. 33-38, jun. 1966.

WATERS, Mark. Escreveu o próprio necrológio, v. 50, n. 296, p. 71-73, set. 1966.

WELLS, Robert W. O cachimbo e suas conseqüências, v. 51, n. 302, p. 91-92, mar. 1967.

MURRAY, Don. Crescente ameaça à saúde humana, v. 51, n. 302, p. 93-96, mar. 1967.

- DEUTSCH, Patrícia; DEUTSCH, Ron. Você quer mesmo parar de fumar? v. 53, n. 312, p. 39-43, jan. 1968.
- SCHNEIDER, Paul. Um maço de problemas, v. 54, n. 320, p. 53-56, ago. 1968.
- MOONEY, Hugh J. O que a publicidade do cigarro não mostra, v. 54, n. 321, p. 105-110, set. 1968.
- ANGERMAN, Gerhardh. Más notícias para os fumantes, v. 55, n. 327, p. 80-81, abr. 1969.
- RATCLIFF, J.D. Eu sou o pulmão de João, v. 55, n. 328, p. 70-74, mai. 1969.
- NOTÍCIAS do Mundo da Medicina: fumo e filhos, v. 55, n. 329, p. 15, jun. 1969.
- CURANDO um câncer “incurável”, v. 57, n. 337, p. 98, fev. 1970.
- SPENCER, Steven M. Será o último cigarro?, v. 57, n. 341, p. 82-84; jun. 1970.
- QUEM é viciado?, v. 59, n. 351, p. 32, mar. 1971.
- ROPER, James E. O homem que liquidou a propaganda de cigarros, v. 1, n. 1, p. 113-116, jun. 1971.
- ELLIOTT, Lawrence. Continua louco por um cigarro?, v. 1, n. 4, p. 56-59, set. 1971.
- PARA deixar de fumar, v. 1, n. 6, p. 86-87, dez. 1971.
- PORQUE não fumo maconha, v. 2, n. 7, p. 62, jan. 1972.
- NOTÍCIAS do Mundo da Medicina: Danos a pulmões jovens, v. 2, n. 11, p. 38, mai. 1972.
- NOTÍCIAS do Mundo da Medicina: SCHMECK JR., Harold M. Cigarros ameaçam quem não fuma, v. 3, n. 13, p. 20-21, jul. 1972.
- ROSS, Walter S. Sabe o que acontece quando você fuma?, v. 3, n. 16, p. 93-97, out. 1972.
- WIENER, Max. Não fumantes, uni-vos!, v. 4, n. 21, p. 102-104, fev. 1973.
- FINALMENTE: um teste sanguíneo para o câncer, v. 5, n. 28, p. 16, set. 1973.
- ROSS, Walter S. Maneiras fáceis de deixar de fumar, v. 5, n. 28, p. 85-88, set. 1973.
- VENCENDO o câncer: I – Minha luta de vida ou morte, v. 5, n. 30, p. 21, nov. 1973.
- VENCENDO o câncer: II – Quimioterapia do câncer, v. 5, n. 30, p. 25, nov. 1973.
- FIELD, Sidney S. Nicotina: a morte aos poucos, v. 5, n. 31, p. 27-31, dez. 1973.
- NOTÍCIAS do Mundo da Medicina: BRODY, Jane E. Morte súbita para os fumantes, v. 6, n. 32, p. 84, jan. 1974.
- SUBARK-SHARPE, Genell J. O fumo é prejudicial ao sexo, v. 8, n. 46, p. 13-19, abr. 1975.
- NOTÍCIAS do Mundo da Medicina: Charutos? Não!, v. 9, n. 51, p. 104, ago. 1975.
- FIELD, Sidney S. Autópsia de um fumante, v. 11, n. 63, p. 9-12, ago. 1976.
- FIELD, Sidney S. Cuidado com esse pigarro, v. 11, n. 66, p. 33-35, nov. 1976.
- ROSS, Walter S. Os gases venenosos do cigarro, v. 13, n. 74, p. 9-13, jul. 1977.
- GILLIE, Oliver. Fumo, um assassino real, v. 14, n. 84, p. 137-141, mai. 1978.
- ROSS, Walter S. Cigarros que viciam menos, v. 15, n. 88, p. 9-13, set. 1978.

ROSS, Walter S. Deixando de fumar com a ajuda da nicotina, v. 21, n. 110, p. 17-22, jul. 1981.

ENGLEBARDT, Stanley. A vez de quem não fuma, v. 22, n. 116, p. 91-96, jan. 1982.

ROSS, Walter S. Que há dentro dos cigarros americanos, v. 23, n. 124, p. 9-13, set. 1982.

FECHANDO o cerco ao câncer, v. 25, n. 135, p. 9, ago. 1983.

FALANDO de Saúde: II – THOMAS, Lewis. Risco de câncer, v. 26, n. 144, p. 61-62, mai. 1984

VICKERY, Donald M.; EICHNER, Judith Roman. Como deixar de fumar, v. 27, n. 146, p. 97-99, jul. 1984.

ENFRENTANDO e vencendo o câncer, v. 27, n. 150, p. 9, nov. 1984.

CURA invisível do câncer, v. 29, n. 159, p. 56, ago. 1985.

PONTE, Lowell. Álcool e fumo, o duo da morte, v. 29, n. 160, p. 11-15, set. 1985.

NOTÍCIAS do mundo da Medicina: O cigarro e a mulher, v. 30, n. 179, p. 6, abr. 1986.

PONTE, Lowell. Seu cigarro pode ser radioativo, v. 30, n. 179 p. 45-49, abr. 1986

The Reader's Digest, Pleasantville, Nova York: The Reader's Digest Association, Inc.

MILLER, Lois Mattox; MONAHAN, James. Nicotine: The smoker's enigma, ano 37, p. 25-29, jan. 1958.

MILLER, Lois Mattox; MONAHAN, James. The cigarette industry changes its mind, ano 37, p.

MILLER, Lois Mattox; MONAHAN, James. The search for "safer" cigarettes, ano 38, p. 35-43, nov. 1959.

MILLER, Lois Mattox; MONAHAN, James. Facts We Re Not Told About Filter-Tips, A Reader S Digest Report to Consumers, ano 40, p. 44-51, jul. 1961.

Veja, São Paulo: Editora Abril.

TESTES do absurdo, p. 48, 09 set. 1970.

FELIZ... atchim, p. 47, 06 jan. 1971.

RUGAS de fumo, p. 62, 22 dez. 1971.

CÂNCER: o diagnóstico no Brasil, n. 239, p. 44-49, 04 abr. 1973.

BEBÊS que fumam, n. 285, p. 70, 20 fev. 1974.

DE ONDE vem o câncer, n. 388, p. 44-49, 11 fev. 1976.

CONTRA o cigarro, n. 410, p. 52, 14 jul. 1976.

CONTRA o cigarro, n. 421, p. 62, 29 set. 1976.

CIGARRO e pílula, n. 449, p. 62, 13 abr. 1977.

ACUPUNTURA contra as drogas, n. 475, p. 66, 12 out. 1977.

DOENÇAS de pobre, p. 56, 01 mar. 1978.

FIM da neurose, n. 540, p. 51-53, 10 jan. 1979.

ALERTA aos fumantes, n. 544, p. 51-53, 07 fev. 1979.

GUZZO, José Roberto. Carta ao leitor, n. 606, p. 15, 16 abr. 1980.

GASPARI, Elio; MACHADO, Alexandre. A EPIDEMIA do século, n. 606, p. 76-82, 16 abr. 1980.

CARTAS. Fumo, n. 607, p. 8, 23 abr. 1980.

PARA salvar o coração, n. 623, p. 44-50, 13 ago. 1980.

FUMO indesejado, n. 662, p. 47, 13 mai. 1981.

A ABERTURA enfartada, n. 681, p. 20-26, 23 set. 1981.

A ÚLTIMA tragada, n. 684, p. 129-132, 14 out. 1981.

A ESPERANÇA química, n. 689, p. 54-62, 18 nov. 1981.

A TROCA na entressafra, n. 693, p. 20-21, 16 dez. 1981.

A FUMAÇA afinal revela os seus segredos, n. 701, p. 70-78, 10 fev. 1982.

CARTAS. Cigarros, n. 703, p. 09, 24 fev. 1982.

DE MAL a pior, n. 704, p. 93, 03 mar. 1982.

A PROVA dos testes, n. 705, p. 58-59, 10 mar. 1982.

FECHANDO o gol, n. 755, p. 92, 23 fev. 1983.

REYNOLDS leva vantagem na China, n. 772, p. 45, 22 jun. 1983.

JEITO de tragar, n. 781, p. 64, 24 ago. 1983.

ATAQUE às manchas, n. 788, p. 81, 12 out. 1983.

PREÇO é o novo risco para fumantes, n. 797, p. 50, 14 dez. 1983.

R.J. REYNOLDS adota favela, n. 805, p. 31, 08 fev. 1984.

PAPEL-carbono, n. 814, p. 87, 11 abr. 1984.

SOUZA Cruz apressa lançamento, n. 817, p. 35, 02 mai. 1984.

SOUZA Cruz quer investir em suco, n. 824, p. 29, 20 jun. 1984.

NÃO comprem, n. 826, p. 93, 04 jul. 1984.

INDÚSTRIA do fumo ataca a pirataria, n. 839, p. 33, 03 out. 1984.

ACORDO em casa, n. 850, p. 102, 19 dez. 1984.

O GOVERNO se preocupa com a Febre Amarela, n. 874, p. 63-64, jun. 1985.

BRONCOFENIL xarope, n. 879, 10 jul. 1985, p. 79.

HOSPITAL das Clínicas de São Paulo, n. 906, 15 jan. 1986, p. 83.

REAL Clube do Banco Real, n. 879, 29 jan. 1986, p. 11.

VÍCIO da juventude, n. 921, p. 64-65, abr. 1986.

UMA TRAGADA a menos, n. 940, p. 66-67, set. 1986.

Vida e Saúde, Santo André, SP: Casa Publicadora Brasileira.

DEUCHER, Zildomar. Cigarro e saber, n. 5, p. 27-30, mai. 1979.

CARDOSO, Ivo Santos. Nesta obra, um alerta, n. 10, p. 20-23, out. 1980.

OLIVEIRA, Luiz Carlos. A morte ao alcance de todos, n. 11, p. 24-26, nov. 1984.

Visão, São Paulo: s.n.

NOTA sobre relatório oficial do Serviço de Saúde dos EUA, v. 24, n. 2, p. 16, 17 jan. 1964.

O CIGARRO vai subir 25% em 1º. maio, ano 29, p. 7, 14 abr. 1980.

UMA CAMPANHA contra o álcool e o fumo, ano 29, p. 7, 14 abr. 1980.

LUCROS caem, força na diversificação, ano 30, n. 9, p. 54, 02 mar. 1981.

A FAVOR do fumo, ano 30, n. 34, p. 44-45, 24 ago. 1981.

REMÉDIO e comida: novas utilidades para o tabaco, ano 31, n. 20, p. 42-43, 17 mai. 1982.

CONGRESSO vai debater câncer, n. 37, p. 40-42, 18 set. 1985.

Bibliografia

ABRANCHES, Carlos A. *Fumo desafia governo*. Jornal do Brasil: Rio de Janeiro, 10/12/1980.

_____. *A Luta contra o tabagismo*. Jornal do Brasil: Rio de Janeiro, 17/06/1981.

_____. *Políticos esquecem tabagismo*. Jornal do Brasil: Rio de Janeiro, 22/09/1982.

ADLER, Isaac. Primary Malignant Growths of the Lung. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, v. 30, p. 295-301, 1980. Disponível em: www.caonline.amcancersoc.org. Acesso em: 02/06/2008.

ALBAGLI, Sarita. Divulgação científica: informação científica para a cidadania? *Ciência da Informação*, Brasília, v. 25, n. 3, p. 396-404, set./dez. 1996. Disponível em: <http://dici.ibict.br/archive/00000175/>. Acesso em: 25/08/2007.

ALVES, Fábio Lopes; GUARNIERI, Ivanor Luiz. A utilização da imprensa escrita para a escrita da história: diálogos contemporâneos. *Revista Brasileira de Ensino de Jornalismo*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 30-53, ago./nov. 2007. Disponível em: www.fnpj.org.br/rebej/ojs/include/getdoc.php?id=172&article=36&mode=pdf -. Acesso em: 13/07/2008.

ALVES, R. *Filosofia da Ciência*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

AUGUSTO, Maria Helena Oliva. Políticas Públicas, Políticas Sociais e Políticas de Saúde: algumas questões para reflexão e debate. *Revista de Sociologia Tempo Social*, São Paulo, v. 1, n. 2, 2º. Sem. 1989, p. 105-119.

AYRES, José Ricardo de C. M. *Sobre o risco*. Para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 1997.

BAER, Werner; CAMPINO, Antônio Carlos; CAVALCANTI, Tiago. Condições e política de saúde no Brasil: uma avaliação das últimas décadas. *Revista de Economia Aplicada*, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 763-785, 2000.

BAESSO, Ademar da Mata Porto; LIMA, Valmir Freitas de Lima. *O antitabagismo na metodologia de evangelização pública adventista*. Trabalho de conclusão de curso apresentado em cumprimento parcial dos requisitos para o título de Bacharel em Teologia. UNASP, São Paulo, 2004.

BATALHA, Elisa. *Serviço Nacional de Educação Sanitária - o estreito vínculo entre educação e saúde*. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=922&sid=7>. Acesso em: 06/09/2007.

BERRIDGE, Virginia; STANTON, Jenny. Science and policy: historical insights. *Social Science e Medicine*, n. 49, p. 1133-1138, 1999.

_____. Passive smoking and its pre-history in Britain: policy speaks to science? *Social Science e Medicine*, n. 49, p. 1183-1195, 1999.

_____. Epidemiology and policy: the post-war context. *Bulletin on Narcotics*, v. LIV, ns. 1/2, p. 143-151, 2002.

_____; LOUGHLIN, Kelly. Smoking and the New Health Education in Britain, 1950's-1970's. *American Journal of Public Health*, v. 95, n. 6, p. 956-964, jun. 2005. Disponível em: <http://www.ajph.org/cgi/reprint/95/6/956>. Acesso em: 21/02/2007.

_____. The policy response to the smoking and lung cancer connection in the 1950's and 1960's. *The Historical Journal*, v. 49, n. 4, p. 1185-1209, 2006.

_____. Public Health in the 1950's: the watershed of smoking and lung cancer. In: _____ (ed.). *Marketing health. Smoking and the discourse of public health, 1945-2000*. Oxford University Press, 2007. Disponível em: www.oup.co.uk/pdf/0-19-926030-3.pdf. Acesso em: 14/08/2007.

_____. Medicine and the Public: The 1962 Report of the Royal College of Physicians and the New Public Health. *Bulletin of the History of Medicine*, v. 81, n. 1, p. 286-311, 2007B.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História da Saúde Pública no Brasil*. São Paulo, SP: Ática, 1996.

BÜHLER-OPPENHEIM, K. Dados históricos sobre o tabaco. *Actas Ciba*, Rio de Janeiro, ano XVI, n. 6, p. 198-205, 1949.

BODSTEIN, Regina Cele de Andrade (Coord.). *História e Saúde Pública: A Política de Controle do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1987.

BOEIRA, Sérgio Luís. *Atrás da Cortina de fumaça. Tabaco, Tabagismo e Meio Ambiente: Estratégias da Indústria e Dilemas da Crítica*. Itajaí, SC: Editora Univali, 2002.

BONATO, Amadeu A. *A Fumicultura no Brasil e a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco*. Brasília: Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais, do Ministério do

Desenvolvimento Agrário, 2006. Disponível em: [www.mda.gov.br/arquivos/1161112860 .doc](http://www.mda.gov.br/arquivos/1161112860.doc). Acesso em: 20/05/2007.

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas lingüísticas: o que falar quer dizer*. Prefácio Sérgio Miceli. São Paulo, SP: Edusp, 1996.

_____. A economia das trocas lingüísticas. In: ORTIZ, Renato (org.). *A Sociologia de Pierre. Bourdieu*. São Paulo: Ática, 1983.

_____. Espaço social e Poder simbólico. In: _____. *Coisas Ditas*. São Paulo, SP: Ed. Brasiliense, 1990, p.149-168.

_____. Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002.

BRANDT, Allan M. The Cigarette, Risk, and American Culture. *Daedalus*, v. 119, n. 4, p. 155-176, 1990.

_____; GARDNER, Martha N. “The Doctors’ choice is america’s choice”. The Physician in US Cigarette Advertisements, 1930-1953. *American Journal of Public Health*, v. 96, n. 2, p. 222-232, fev. 2006. Disponível em: <http://www.ajph.org/cgi/reprint/96/2/222>. Acesso em: 27/08/2007.

_____. *The Cigarette Century: The Rise, Fall and Deadly Persistence of the Product that Defined America*. EUA: Persseus Books, 2007.

BRETON, Philippe. *A Argumentação na Comunicação*. Bauru, SP: Edusc, 1999.

CAMPOS, André Luiz Vieira. Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

_____; NASCIMENTO, Dilene Raimundo Do; MARANHÃO, Eduardo S Ponce . A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. *História, Ciência e Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. Supl. 2, p. 573-600, 2003.

CARMO, Eduardo Hage, BARRETO, Maurício Lima y SILVA JR., Jarbas Barbosa da. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiol. Serv. Saúde*, jun. 2003, vol. 12, no. 2, p.63-75.

CARVALHO, Alexandre Octávio Ribeiro. *O Instituto Nacional de Câncer e sua memória: Uma contribuição ao estudo da invenção da cancerologia no Brasil*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em História Política e Bens culturais – PPHPBC (Mestrado Profissionalizante em Bens Culturais e Projetos Sociais). CPDOC, FGV, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: www.cpdoc.fgv.br/cursos/bensculturais/teses/CPDOC2006AlexandreOctavioRibeiro.pdf. Acesso em: 05/05/2007.

CARVALHO, Mário César. *O cigarro*. São Paulo, SP: Publifolha, 2001.

CAVALCANTE, Tânia Maria. *O médico e suas representações sobre o tabagismo, fumante e cessação de fumar*. Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Grau de

Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional De Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Ensp-Fiocruz: Rio de Janeiro, 2001.

_____. O Programa de Controle do Tabagismo no Brasil: avanços e desafios. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Tabaco e pobreza, um círculo vicioso – a convenção-quadro de controle do tabaco: uma resposta*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004, p. 137-171.

CHARTIER, Roger. Por uma sociologia das práticas culturais. In: _____. *A História Cultural entre práticas e representações*. Trad. Maria Manuela Galhardo. Lisboa, PORT: Difel, 1990.

CHAUÍ, Marilena. *O discurso competente. Cultura e Democracia*. São Paulo, SP: Cortez, 2006.

CHAVES, Bráulio Silva. *Enfrentamentos teóricos na história das instituições médico-científicas: uma aliança entre Ludwik Fleck e Bruno Latour*. Artigo apresentado no XV Encontro Regional de História. São João Del Rei, MG: ANPUH, 2006.

CLASSICS in oncology. Isaac Adler, M.D. (1849-1918). *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, v. 30, p. 294, 1980. Disponível em: www.caonline.amcancersoc.org. Acesso em: 02/06/2008.

CONDÉ, M. L. L., Paradigma versus Estilo de Pensamento na História da Ciência. In: Mauro Lúcio Leitão Condé; Betânia Gonçalves Figueiredo. (Org.). *Ciência, História e Teoria*. Belo Horizonte: Argymentvm, 2005.

COHN, Amélia. Caminhos da Reforma Sanitária. *Lua Nova*, São Paulo, n. 19, p. 123-140, nov. 1989.

CORNWELL, John. *Os Cientistas de Hitler: Ciência, Guerra e o Pacto Com o Demônio*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

CUNNINGHAM, Rob. *Smoke and mirrors: the canadian tobacco war*. Ontário, CAN; IDRC; 1996.

DANIEL, Érica Gomes. *A Guerra como Slogan: Um estudo sobre as publicidades da Revista Seleções do Reader's Digest (1942-1945)*. Disponível em www.rj.anpuh.org/Anais/2002/Comunicacoes/Daniel%20Erica%20G.doc -. Acesso em 14/05/2007.

DUARTE, Luiz Carlos. *Eu defendo o fumo em qualquer lugar, diz Lula*. Folha de São Paulo, São Paulo, 04/09/2008. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u441255.shtml>. Acesso em: 27/12/2008.

EMERGING *Pattern of Anti-smoking Campaign: a Chronology*. Disponível em: <http://legacy.library.ucsf.edu/cgi/getdoc?tid=sle75d00&fmt=pdf&ref=results>. Acesso em: 27/08/2007.

ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (Org.). *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2005.

_____; NASCIMENTO, Dilene; EDLER, Flávio. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (Org.). *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2005, p. 59-81.

FAUSTO, Boris. *História do Brasil*. São Paulo: Edusp, 2001.

FENELON, Sandro; ALMEIDA, Sidney de Souza. *A histórica visita de Marie Curie ao Instituto do Câncer de Belo Horizonte*. *Rev. Radiol Bras*, São Paulo, v. 34, n. 4, Aug. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842001000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29/01/2009.

FICO, Carlos. O Brasil no contexto da Guerra. Fria: democracia, subdesenvolvimento e ideologia do planejamento (1946 -1964). In: MOTA, Carlos. Guilherme (org.). *Viagem Incompleta: a experiência brasileira (1500-2000) - A Grande Transação*. São Paulo, Senac, 2000, p. 163-184.

FINKELMAN, Jacobo. *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FLECK, L. La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico. Madrid: Alianza Editorial, 1986 [1935].

FLETCHER, C. M. et al. *O Tabaco*. Lisboa: Pelicano, 1963.

GATELY, Iain. *Tobacco: A Cultural History of How an Exotic Plant Seduced Civilization*. New York, USA: Grove Press, 2002.

GOLDFARB, Luísa da Costa e Silva. Government Leadership in Tobacco Control: Brazil's Experience. In: BEYER, Joy; BRIGDEN, Linda Waverley (Ed). *Tobacco Control Policy: strategies, successes, and setbacks*. Washington, USA: The World Bank/ Research for International Tobacco Control, 2003, p. 38-70.

GONÇALVES, Huener Silva. "O Ministério da Saúde adverte": o discurso médico-científico incorporado às ações do Estado brasileiro (1986-2005). 2005. Monografia (Bacharelado em História). Fafich, UFMG, Belo Horizonte.

JUNQUEIRA, Mary Anne. *Ao Sul do Rio Grande. Imaginando a América Latina em Seleções. Oeste, Wilderness e Fronteira (1942-1970)*. Bragança Paulista: Editora da Universidade São Francisco, 2000.

KATZ, Salomon. Secular Morality. In. Brandt, Allan M. ; Rozin, Paul (Eds.). *Morality and health: Interdisciplinary Perspectives*. London: Routledge, 1997, p. 297- 330.

KLEIN, Richard. *Cigarros são sublimes. Uma história cultural de estilo e fumaça*. Trad. Ana Luiza Dantas Borges. Rio de Janeiro, RJ: Rocco, 1997.

KLUGER, Richard. *Ashes to Ashes: America's hundred-year cigarette war, the public health, and the unabashed triumph of Philip Morris*. New York, USA: First Vintage Books Edition, 1997.

LATOUR, Bruno. *A Esperança de Pandora*. Bauru: Edusc, 2001.

_____. *Ciência em ação. Como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Unesp, 2000.

LIDERANÇAS dos empregados e dos trabalhadores do setor de turismo de São Paulo se manifestam contra o banimento do fumo. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 14/03/2008, p. c3.

LIMA, Nísia Trindade. Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (coord.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002, p. 23-116.

_____, FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (Org.). *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2005.

LOWY, Ilana. *Vírus, Mosquitos e Modernidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MASSARANI, Luisa; MOREIRA, Ildeu de Castro. A retórica e a ciência: dos artigos originais à divulgação científica. *Rev. Multiciência: A Linguagem da Ciência*, n. 4, mai. 2005. Disponível em: www.multiciencia.unicamp.br/artigos_04/a_04_.pdf. Acesso em: 24/11/2007.

MATOS, Maria Izilda S. *Meu lar é o botequim: alcoolismo e masculinidade*. São Paulo, SP: Cia. Ed. Nacional, 2000.

MELUCCI, Alberto. *A Invenção do Presente. Movimentos sociais nas sociedades complexas*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MENEZES, Daniela Santiago Mendes. *Entre as fronteiras do debate público e do mercado: as estratégias discursivas da companhia Souza Cruz*. 2003. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social). Fafich, UFMG, Belo Horizonte.

MICHELI-SERRA, Alfredo. Médicos y medicina en la Nueva España del Siglo XVI. *Gaceta Médica de México*, v. 137, n. 3, p. 257-263, Mai/Jun. 2001. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-gaceta/e-gm2001/e-gm01-3/em-m013j.htm>. Acesso em: 01/04/2008.

MIRRA, Antônio Pedro. *Registros de câncer no Brasil e sua história*. Tomgraf Editora: São Paulo, 2005. Disponível em: <http://hygeia.fsp.usp.br/rcsp/registros%20e%20historia.pdf>. Acesso em: 04/12/2006.

NARDI, Jean Baptiste. *O Fumo Brasileiro no Período Colonial: Lavoura, Comércio e Administração*. São Paulo, SP: Brasiliense, 1996.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo. *Fundação Ataulpho de Paiva-Liga Brasileira contra a Tuberculose: um século de luta*. Rio de Janeiro: Quadratim g, 2002.

NESTOR Jost. *Gazeta do Sul*. Santa Cruz do Sul, RS: Grupo Gazeta. Disponível em: http://www.gazetadosul.com.br/default.php?arquivo=_noticia.php&intIdConteudo=107614&intIdEdicao=1674. Acesso em: 10/01/2009.

NOGUEIRA, Maria Alice; NOGUEIRA, Cláudio Marques Martins. *Bourdieu e a Educação*. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2004.

OLIVEIRA, Bernardo J. *Divulgação e educação científica em meados do século XX: uma análise comparativa dos seus veículos e suas abordagens*. In: IV Congresso Brasileiro de História da Educação, 2006, Goiania. Anais A educação e seus sujeitos na História. Goiania: Editora da Universidade Católica de Goiás, 2006. disponível em: [www.sbhe.org.br/.../cbhe4/individuais-coautorais/eixo03/Bernardo%20Jefferson%20de %20Oliveira%20_%20UFMG.pdf](http://www.sbhe.org.br/.../cbhe4/individuais-coautorais/eixo03/Bernardo%20Jefferson%20de%20Oliveira%20_%20UFMG.pdf). Acesso em: 08/04/2008.

_____. *A formação do imaginário científico e a revista Seleções: Reader Digest nos anos 1940-1950*. In: XIV Encontro Regional de História da ANPUH-MG, 2004, Juiz de Fora.

OLIVEIRA, Silvério da Costa. *Catálogo bibliográfico sobre drogas*. Rio de Janeiro: [s.n], 2007. Disponível em: <http://doutorsilverio.blogspot.com/2007/12/catlogo-bibliografico-sobre-drogas.html>. Acesso em: 07/07/2007.

OLIVEIRA FILHO, José J. Formação histórica do movimento adventista. *Revista Estudos Avançados*, São Paulo, v. 18, n. 52, p. 157-179, 2004.

ORTIZ, Fernando. *Contrapunteo cubano del tabaco y azúcar*. Havana: Universidad Central de Las Villas, 1963.

PARASCANDOLA, Mark. Cigarettes and the US Public Health Service in the 1950's. *American Journal of Public Health*, v. 91, n. 2, p. 196-204, fev. 2001. Disponível em: <http://www.ajph.org/cgi/reprint/91/2/196>. Acesso em: 21/04/2007.

PARREIRAS, Márcia Maria Martins. *Ludwik Fleck e a historiografia da ciência: diagnóstico de um estilo de pensamento segundo as Ciências da Vida*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em História. Belo Horizonte, UFMG, 2006.

PEREIRA, Osny Duarte. *Multinacionais no Brasil. Aspectos sociais e políticos*. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 1974.

PFUETZENREITER, Márcia Regina. A epistemologia de Ludwik Fleck como referencial para a pesquisa no ensino na área de saúde. *Ciência & Educação*, Bauru, v. 8, n. 2, p. 147-159, 2002. Disponível em: www2.fc.unesp.br/cienciaeducacao/include/getdoc.php?id=555&article=193&mode=pdf – Acesso em 21/04/2007.

PORTER, Roy. *Das tripas coração: uma breve história da Medicina*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, RJ: Record, 2004.

POSSAS, Cristina. *Epidemiologia e Sociedade: Heterogeneidade Estrutural e Saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989.

PRADO, Luiz Carlos Delorme & EARP, Fábio Sá. O “milagre” brasileiro: crescimento acelerado, integração internacional e concentração da renda (1967-1973). In: FERREIRA, Jorge; NEVES, Lucília de Almeida (Orgs). *O Brasil Republicano. O tempo da ditadura: regime militar e movimentos sociais*. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 2003, vol. 4, p. 207-242.

PRATA, Pedro Reginaldo. A transição epidemiológica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, Jun 1992. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28/12/2008.

PROCTOR, Robert N. *The Nazi War on Cancer*. New Jersey, USA: Princenton University Press, 1999.

_____. Angel H Roffo: the forgotten father of experimental tobacco carcinogenesis. *Bull. World Health Organ.* Genebra, v. 84, n.6, p. jun 2006, p. 494-496. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862006000600020&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 02/06/2008.

RISI JÚNIOR, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos. As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (coord.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002

ROEMER, Ruth. *Acción legislativa contra la epidemia mundial de tabaquismo*. Genebra, SUI: OMS, 1995.

SANTOS, Fernando Sergio Dumas dos. A construção do alcoolismo no conhecimento médico: uma síntese. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo e CARVALHO, Diana Maul de (Orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Paralelo 15, 2004.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. *História da vida privada no Brasil: contrastes da intimidade contemporânea*. São Paulo, SP: Cia. das Letras, 1998, vol. 4.

SEVALHO, Gil. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 349-363, jul/set. 1993. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/22.pdf. Acesso em: 21/04/2007.

SOUZA CRUZ. Oitenta anos de Brasil (1903-1983). Santa Cruz do Sul, RS: Ed. Souza Cruz, 1983.

SOUZA SANTOS, Edgar. Elegância e Saúde: A Construção de Uma Prática Social. In: GRILLO, José Geraldo; SOUZA SANTOS, Edgar (Org.). *Olhares Sobre a História do Brasil*. São Paulo: Primeira Impressão, 2008.

SP gasta R\$ 92 mi ao ano para tratar as “doenças do cigarro”. Folha de São Paulo, 30/08/2008, <http://www.saopaulo.sp.gov.br/sis/lenoticia.php?id=98242&c=5>. Acesso: 27/12/2008.

TATE. Cassandra, *Cigarette Wars: The Triumph of the Little White Slaver*. New York: Oxford University. Press, 1999.

VAZ, Paulo. Tempo e tecnologia. In. DOCTORS, Márcio (org.). *Tempo dos Tempos*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor, 2003, p. 69-92.

VIEIRA, Evaldo Amaro. Brasil: do golpe de 1964 à redemocratização. In: MOTA, Carlos. Guilherme (org.). *Viagem Incompleta: a experiência brasileira (1500-2000) - A Grande Transação*. São Paulo, Senac, 2000, p. 185-218.

VIETRO, Hélder Brandão. Tabagismo e Antitabagismo: de prática socializante ao anti-social através das lutas de representações (Década de 1970). Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em História, Departamento de História, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, UFSC, 2007.

WALDMAN, E. A. *Uma breve introdução à epidemiologia*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em saúde pública. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998.

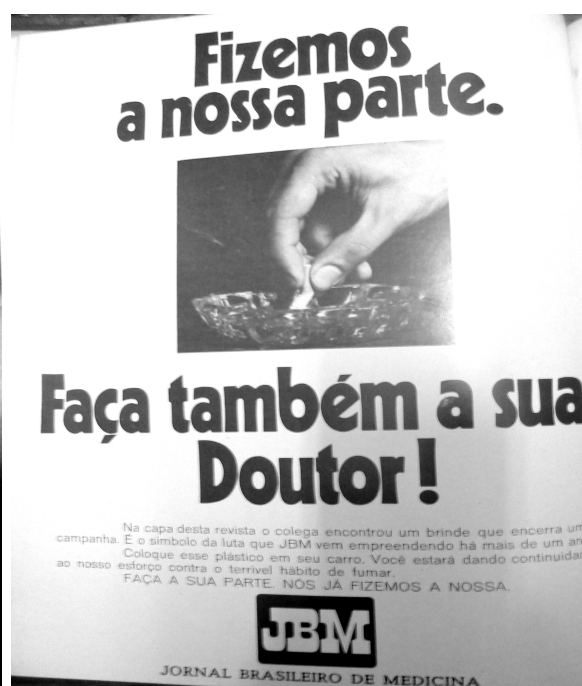
TEIXEIRA, Nísio. Jornais. In: CAMPELLO, Bernadete S.; CALDEIRA, Paulo T. *Introdução às Fontes de Informação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2008, p. 67-88.

ZAMBONI, LÍlian Márcia Simões. *Cientistas Jornalistas e a divulgação científica. Subjetividade e heterogeneidade no discurso da divulgação científica*. Campinas, SP: Autores Associados, 2001.

ANEXO I



Fonte: JBM, mai. 1971



Fonte: JBM, abr. 1973



Fonte: JBM, jan. 1978



Fonte: JBM, fev. 1978

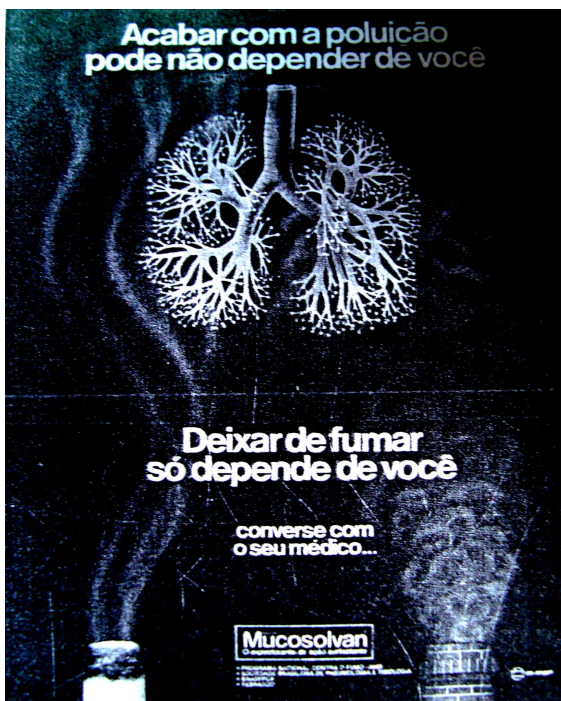
• ANEXO II



Fonte: Jornal de Pneumologia, set. 1984



Fonte: Jornal de Pneumologia, dez. 1984



Fonte: Jornal de Pneumologia, mar. 1985



Fonte: Jornal de Pneumologia, set. 1985