

Comentário

Prevenção da dependência da nicotina: uma prioridade de saúde pública

Quando a história da saúde pública for escrita daqui a alguns séculos, as gerações futuras recordarão admiradas o fato de termos permitido que um produto, causador da morte de metade de seus consumidores, tivesse seu uso incentivado e fosse vendido tão livremente por tanto tempo. Talvez em alguns séculos, o uso do tabaco fique restrito a uma minoria de dependentes, fazendo com que seja claramente percebido, dentro de seu contexto histórico, como um dos maiores assassinos da humanidade. Peto estima que aproximadamente 100 milhões de pessoas morreram em decorrência da dependência da nicotina no século XX e, pela tendência atual, 1 bilhão de pessoas morrerão em virtude de seu uso no século XXI.¹

Como as tendências de mortalidade pela dependência da nicotina sucedem as de consumo em mais de 40 anos, ainda não se sabe a extensão dessa epidemia no Brasil, mas podem-se fazer estimativas que não são nada animadoras. É talvez surpreendente que, dada a gravidade do problema, não existam no país dados coletados sistematicamente sobre a prevalência dessa dependência.

Um levantamento nacional realizado em 1989 revelou uma prevalência de 40% para adultos do sexo masculino e 25% do sexo feminino (prevalência total de 33%). Em torno da mesma época, um outro estudo feito em São Paulo, com indivíduos entre 25 e 34 anos de idade, indicou índices de 54% e 20%, respectivamente, para homens e mulheres.² São números muito elevados e indicam que a mortalidade devido a neoplasias, doença pulmonar crônica e doença cardíaca será muito elevada — e crescente — por, ao menos, 30 anos ou mais, a menos que uma ação efetiva seja tomada imediatamente.

As estimativas de mortalidade também apresentam alguns problemas. No Brasil, apenas cerca de 70% dos óbitos são registrados, e há razões para suspeitar que muitas mortes por neoplasias em indivíduos idosos são diagnosticadas de forma equivocada (Peto, comunicação pessoal). Segundo um estudo realizado em 1990, 8,7% das mortes eram causadas pelo tabagismo. Esse valor pode ser baixo (na Europa é de 14%), mas se for levado em consideração, pelo menos 81 mil pessoas morrem todos os anos no Brasil em decorrência do tabagismo (acredita-se que os valores reais sejam muito maiores).

Felizmente, existem medidas a serem tomadas para reduzir o número de mortes devido a essa dependência. O ministro da Saúde, José Serra, encaminhou uma proibição de publicidade ao Congresso e ao Senado brasileiros que, se implementada correta e rigorosamente, salvará muitos milhares de vidas no país. A iniciativa de Serra é louvável, mas ele precisará de apoio e de determinação para resistir às tentativas da indústria do

tabaco de atenuar a própria lei ou sua implementação. A indústria do tabaco, conhecida por não manter vínculos com a verdade, fará muitas alegações, como a de que proibir a publicidade não funciona. Não é verdade. Após uma revisão recentemente realizada pelo Banco Mundial e pela Organização Mundial da Saúde, concluiu-se que proibir a publicidade do tabaco reduz o consumo, mas acrescentou-se que essas proibições precisam ser abrangentes e devem ser parte de um programa extensivo de controle da dependência da nicotina.⁴

A indústria usará de todo seu poder para atenuar a lei, suas interpretações ou sua implementação, e buscará encontrar isenções ou diferimentos. No Reino Unido, o primeiro escândalo de um governo de grande aprovação popular ocorreu quando, depois que o presidente da Fórmula 1 fez uma doação de R\$ 3 milhões (depois devolvida) ao Partido Trabalhista, o esporte recebeu sete anos de isenção. A proibição à publicidade precisa ser uma medida ampla e diligente, e a esse respeito o Brasil fez melhor que o Reino Unido ao limitar a isenção da Fórmula 1 em apenas dois anos.

A indústria do tabaco pode alegar que muitos ficarão desempregados. Esse é um aspecto que deve ser considerado com seriedade e em longo prazo, e esforços devem ser feitos para realocar os agricultores de plantações de tabaco em outros setores agrícolas, uma providência negligenciada pelos países europeus. Mas o Brasil também possui uma grande indústria manufatureira, e um estudo econômico realizado no Reino Unido demonstrou que a redução do consumo de tabaco aumenta o número de postos de trabalho. Isto porque os ex-fumantes tendem a gastar seu dinheiro em produtos e serviços que requerem mais mão-de-obra que a fabricação de cigarros, na qual a mão-de-obra humana foi substituída por maquinário moderno.⁵

Outra alegação é a de que, como a venda de cigarros é permitida por lei, deve também ser permitido incentivar seu consumo, e uma proibição cercearia o direito constitucional de liberdade de expressão. De fato, pouco direitos são absolutos, e o direito à liberdade de expressão comercial não pode suplantar o direito à saúde. Poucos países possuem uma constituição que, por exemplo, permite manifestações racistas, e a constituição brasileira reconhece a necessidade de impor tais limites.

Um outro argumento é que o uso do cigarro constitui uma escolha pessoal. De fato, a Organização Mundial da Saúde, o Ministério da Saúde dos Estados Unidos, a Associação Americana de Psiquiatria, o Colégio Real de Médicos do Reino Unido e muitas outras autoridades de saúde consideram o uso

de gestão como uma extensão da solução - por sinal, com duas áreas gerenciais.

A implementação do modelo passou por três fases principais. O primeiro foi a definição da estrutura de setores e departamentos e a seleção da área de implementação. O plano de trabalho e o cronograma foram elaborados e aprovados. O plano de trabalho foi elaborado em conjunto com a equipe de implementação e o cronograma foi elaborado em conjunto com a equipe de implementação. O plano de trabalho e o cronograma foram elaborados e aprovados. O plano de trabalho foi elaborado em conjunto com a equipe de implementação e o cronograma foi elaborado em conjunto com a equipe de implementação.

Referências

1. Katz, E. (1955). *Organizational Structure and Design*. New York: Wiley.

2. Mintzberg, H. (1973). *Design Structure and Organizational Behavior*. *Administrative Science Quarterly*, 18, 170-195.

3. Mintzberg, H. (1979). *Design Structure and Organizational Behavior*. *Administrative Science Quarterly*, 24, 152-196.

4. Mintzberg, H. (1983). *Design Structure and Organizational Behavior*. *Administrative Science Quarterly*, 28, 152-196.

Portanto, este estudo pode fornecer subsídios para a implementação de um sistema de gestão de recursos humanos em organizações de pequeno e médio porte.

Agradecimentos

Agradecemos ao Profa. Dra. Maria Helena de Souza, por sua colaboração e apoio durante a realização deste trabalho.

Mário Luiz

Prática de Gestão Organizacional e do Trabalho
Universidade de São Paulo

Prática de Gestão Organizacional e do Trabalho
Universidade de São Paulo

4. Katz, E. (1955). *Organizational Structure and Design*. New York: Wiley.

5. Mintzberg, H. (1973). *Design Structure and Organizational Behavior*. *Administrative Science Quarterly*, 18, 170-195.

6. Mintzberg, H. (1979). *Design Structure and Organizational Behavior*. *Administrative Science Quarterly*, 24, 152-196.

7. Mintzberg, H. (1983). *Design Structure and Organizational Behavior*. *Administrative Science Quarterly*, 28, 152-196.