

**XXV CONGRESSO DO CONPEDI -
CURITIBA**

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

MARIA CRISTINA GOMES DA SILVA D'ORNELLAS

ROGERIO LUIZ NERY DA SILVA

Todos os direitos reservados e protegidos.

Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN

Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP

Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC

Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:

Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH

Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR

Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini Sanches – UNINOVE

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)

Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:

Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF

Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDI

Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC

Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG

Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA

Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

D598

Direitos sociais e políticas públicas III [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UNICURITIBA;

Coordenadores: Maria Cristina Gomes da Silva D'ornellas, Rogerio Luiz Nery Da Silva – Florianópolis:
CONPEDI, 2017.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-361-0

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: CIDADANIA E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: o papel dos atores sociais no Estado Democrático de Direito.

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Brasil – Congressos. 2. Direitos Sociais. 3. Políticas Públicas.
I. Congresso Nacional do CONPEDI (25. : 2017 : Curitiba, PR).

CDU: 34



XXV CONGRESSO DO CONPEDI - CURITIBA

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

Apresentação

O Conselho Nacional das Pós-Graduações em Direito tem consolidado, nestes vinte e cinco anos, a posição como referência nacional para a realização de eventos científicos jurídicos de alto nível, além de vir construindo, mais recentemente, também um protagonismo no processo de internacionalização da pós-graduação em direito brasileira, ao promover a sua integração com a sociedade científica mundial por intermédio da cooperação com universidades de diversos países para a organização de eventos conjuntos.

De 07 a 10 de dezembro de 2016, o Conpedi prosseguiu em seu mister ao organizar o XXV Congresso Nacional - Cidadania e Desenvolvimento Sustentável: o papel dos atores sociais no Estado Democrático de Direito, em cooperação com o Centro Universitário Curitiba (UNICURITIBA), em iniciativa que reuniu mais de dois mil participantes na capital paranaense, distribuídos por um fórum, vinte e nove Painéis Temáticos e noventa e sete Grupos de Trabalho, estes últimos destinados à apresentação de produções científicas escritas previamente selecionadas pelo processo de avaliação do chamando "duplo cego" (double blind review), o que assegura a qualidade dos textos pelo grau de isenção no processo seletivo. Coube a nós, Maria Cristina D'Ornellas (UNIRITTER) e Rogério Luiz Nery da Silva (UNOESC), como professores-doutores de programas de pós-graduação, atuantes na pesquisa científica em direito, o honroso convite de assumir a coordenação do Grupo de Trabalho 87 - Direitos Sociais e Políticas Públicas III para fins de conjugarmos os esforços na condução dos trabalhos do referido grupo, ali incluída a divisão das tarefas ente os diversos componentes do grupo, a apresentação das pesquisas produzidas, a condução do debate os trabalhos produzidos, para fins de validação de seus conteúdos, encaminhamentos, propostas e conclusões, o que nos encheu de satisfação, em níveis poucas vezes vivenciados. A importância do tema dos direitos sociais e de sua operacionalização por intermédio de políticas públicas tem se mostrado cada vez mais evidente, dispensando argumentações de suporte. No caso do Conpedi, basta constatar que a diversidade de pontos a tratar e a recorrência das discussões a seu respeito têm justificado a massiva preferência pelos temas coligados, tanto dos direito fundamentais sociais, como da ciência da administração aplicada ao trato da prática política. Sejam na concepção, implantação, acompanhamento ou avaliação das escolhas políticas, abreviadamente denominadas "políticas públicas", para fins de mais rápida e elementar assimilação, a riqueza das pesquisas e sua expansão qualitativa têm motivado também a sua expansão numérica, daí a necessidade de se abrir três grupos de trabalho para dar cabo de tal incumbência, com preservação da qualidade também das

discussões teóricas e práticas que são travadas nos dias do Congresso. Justamente o conteúdo dessas pesquisas, transformadas em trabalho e agora publicadas como artigos, vem compor os capítulos do livro "Direitos Sociais e Políticas Públicas III - o pluralismo de ideias e ideais", que ora temos também, a alegria de apresentar.

Os trabalhos estão organizados em dois grandes grupos: o primeiro versa sobre políticas voltadas ao direito à educação, conforme as mais diversificadas abordagens, desde seu suporte teórico-filosófico para o reconhecimento como prerrogativa inexpugnável de cada cidadão, passando por seus pontos de aplicação prática e aportando sobre experiências fáticas, legislativas e judiciais. O segundo grupo congrega outras temáticas, igualmente importantes, como políticas voltadas às teorias sobre políticas públicas, o direito à saúde - sob as óticas de implementação e de judicialização, o direito à integridade física da mulher, o direito ao transporte adequado, o direito ao microcrédito como garantias fundamentais da dignidade da pessoa humana.

Façamos eco a todos aqueles que têm acreditado e prestigiado o Conpedi com volumosos elogios a suas iniciativas e convidamos aos prezados leitores desfrutarem dessa fantástica oportunidade de desfrutar do prazer científico com a leitura dos trabalhos aqui colacionados, não deixando de cumprimentar a cada um de seus autores pelo espírito de entrega, na execução das pesquisas e de desprendimento, na cessão gratuita dos respectivos direitos autorais para viabilizar a publicação deste livro.

Boa leitura!

Profa. Dra. MARIA CRISTINA GOMES DA SILVA D'ORNELLAS - Professora-Doutora do PPGD UNIRITTER

Profa. Dra. ROGÉRIO LUIZ NERY DA SILVA - Professor-Doutor do PPGD UNOESC SC

**CONTROLE DO TABAGISMO: ELEVAÇÃO DE TRIBUTOS E A
RESPONSABILIZAÇÃO DA INDÚSTRIA FUMAGEIRA COMO POLÍTICAS PARA
EFETIVAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS**

**TOBACCO CONTROL: RAISING TAXES AND THE TOBACCO INDUSTRY
ACCOUNTABILITY AS POLICIES TO ENFORCE HUMAN RIGHTS**

Diego Duarte Gonzalez ¹

Maria Cristina Gomes da Silva D'ornellas ²

Resumo

O tabagismo é um problema de saúde pública relacionado a direitos humanos, que além dos danos diretos à saúde, gera um alto custo com tratamento de doenças. Embora o Brasil tenha se tornado uma liderança no controle do tabagismo, o país ainda não adotou políticas públicas suficientes de aumento de preço. Assim, este estudo visa introduzir a relação entre os danos econômicos ocasionados pelo tabagismo e as medidas que estão em debate no legislativo para o aumento dos preços como a majoração da carga tributária e o ressarcimento ao sistema público de saúde.

Palavras-chave: Políticas, Controle, Tabagismo

Abstract/Resumen/Résumé

The smoking is a public health problem linked to human rights, which besides the health damages, smoking also causes a large costs with treatment of diseases. Although Brazil became a leader in tobacco control, the country has not yet adopted effective policies for price increase. This study wants to introduce the relation between the economic damages caused by smoking and the measures for the rising price that are in discussion on the national congress, as the increase of taxes and the repayment for the public health system.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Smoking, Policies, Tobacco, Control

¹ Mestrando em Direito no Centro Universitário Ritter dos Reis, pós-graduado em direito tributário (2015) e graduado em direito pela mesma instituição (2013). Advogado em Porto Alegre/RS.

² Doutora em Direito pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Mestrado em Direito do Centro Universitário Ritter dos Reis – UniRitter Laureate Universities, Porto Alegre, RS.

1 Introdução

O tabagismo é reconhecidamente um problema de saúde pública em nível global. Evidências científicas apontam que o hábito de fumar está associado a mais de 50 doenças (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015), provoca aproximadamente 6 milhões de mortes e causa mais de meio trilhão de dano econômico por ano. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013) O número de óbitos, aliás, tende a aumentar 48% até 2030. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) No Brasil, pesquisa realizada em 2003 apontou que de todas as mortes ocorridas em indivíduos com 35 anos ou mais, aproximadamente 14% são causadas pelo uso do tabaco. (CORREA; BARRETO; PASSOS, 2008) Outro estudo realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) apontou que de cada 1.000 mortes de indivíduos brasileiros com 35 anos ou mais em áreas urbanas ocorridas anualmente, 25 são devidas ao tabagismo passivo na própria residência. (INCA, 2009) Estes números alarmantes são uma preocupação de diversas instituições e agentes nacionais e internacionais, incluindo organizações não governamentais (ONGs) e órgãos públicos voltados à proteção da saúde coletiva.

Historicamente, as ações decorrentes do processo de reconhecimento do tabagismo como um grave problema de saúde pública iniciaram no Brasil no final da década de 1980, quando foi instituído o Programa Nacional para o Controle do Tabagismo, cuja atribuição foi justamente desenvolver as políticas públicas a serem implementadas para redução do consumo de produtos do tabaco. Entretanto, a intensificação das ações ocorreu na década de 1990, fazendo com que o país se tornasse reconhecidamente uma das lideranças mundiais no controle do tabagismo em razão da acentuada queda na prevalência do tabagismo entre 1989 e 2006. (IGLESIAS et al., 2008) Nesse período, foi aprovada no Congresso Nacional a Lei 9.294, de 15 de julho de 1996 (Lei 9.294/96), que entre outros pontos dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos. (BRASIL, 1996) Esta foi alterada ao longo das décadas seguintes para aumentar as restrições inicialmente previstas de forma progressiva. Desde 2011, por exemplo, é proibido o consumo do cigarro e de todos os demais derivados do tabaco em recinto coletivo fechado, privado ou público. Até mesmo os locais conhecidos como “fumódromos” foram banidos, o que inviabilizou no país a prática de fumar em estabelecimentos públicos ou privados de uso coletivo.

Em âmbito internacional, a realidade que atribui ao fumo diferentes enfermidades contribuiu para que a Organização Mundial da Saúde (OMS) desse início

a diferentes atividades voltadas para o controle do uso do tabaco. A entrada em vigor da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)¹ em 27 de fevereiro de 2005, foi a mais representativa de todas ações desta organização. A CQCT foi ratificada pelo Brasil em 2005, sendo esta composta por 38 artigos que descrevem a estrutura de regulamentação e os requisitos fundamentais nos quais os Estados devem se pautar ao desenharem as suas próprias medidas para redução do consumo do tabaco, no intento de "proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco". (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, p. 1)

O Brasil tem cumprido, progressivamente, grande parte das disposições previstas na CQCT. Porém, mesmo com todas as políticas públicas até então adotadas, ainda não houve avanço no sentido de promover o aumento da tributação, o que é visto como um novo passo a ser dado. (IGLESIAS et al., 2008) A majoração da carga tributária do tabaco, por sua vez, é uma medida reconhecida pelos membros da CQCT como eficaz para a redução do tabagismo, sendo que a discussão em torno da medida dá indícios do aspecto econômico envolvido nesse assunto. Da mesma forma, ainda não há no Brasil políticas públicas voltadas para a responsabilização das empresas do setor fumageiro pelos danos decorrentes da colocação de um produto nocivo à saúde no mercado, especialmente um mecanismo de ressarcimento ao Estado pelos custos com o tratamento das doenças causadas ou agravadas em decorrência do tabagismo.

Dado o exposto, o presente trabalho visa abordar a relação existente entre a adoção de uma política pública voltada para o aumento da tributação nos produtos do tabaco e a implantação de um meio para ressarcimento estatal, com o impacto que estas poderiam gerar para a diminuição no consumo do cigarro e demais derivados do tabaco. Aqui, é importante estabelecer a ideia de que existem direitos humanos envolvidos com o problema do tabagismo, como o direito à saúde, o direito ao trabalho, desenvolvimento e meio ambiente. Assim, o estudo iniciará com a discussão relativa ao dano econômico ocasionado pelo tabagismo à sociedade. Por meio de pesquisas realizadas sobre o tema, este também buscará apontar os custos absorvidos pelo sistema de saúde brasileiro com o tratamento de doenças associadas ao consumo do cigarro e demais derivados do tabaco. Posteriormente, analisará o aumento da tributação como medida para redução do hábito de fumar e da possibilidade de compensação pela indústria tabagista dos custos ocasionados ao sistema público de saúde. O estudo, por

sua vez, centrará seus esforços na análise do caso brasileiro, mas será desenvolvido sob a ótica dos compromissos assumidos pelo país internacionalmente.

2 Os danos econômicos das enfermidades associadas ao tabagismo

O tabagismo como problema de saúde individual e coletiva é cientificamente indiscutível atualmente. Há estudos publicados ainda na década de 1960 que comprovaram, por exemplo, a relação existente entre o hábito de fumar e o câncer de pulmão. (UNITED STATES, 1964) Além dos diversos tipos de câncer – lábio, cavidade oral e faringe; esôfago; estomago; pâncreas; laringe; traqueia, pulmão e brônquios; colo do útero; bexiga e leucemia mieloide – há muitas outras enfermidades comprovadamente associadas ao uso do tabaco, tais como problemas gastrointestinais e relativos ao sistema respiratório e circulatório. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) Na verdade, o próprio tabagismo é considerado uma doença, estando incluído no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa, segundo a Décima Revisão de Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Ademais, os malefícios do consumo do tabaco não se esgotam naquela pessoa que adquire o hábito de fumar. Também atingem aqueles que são expostos ao fumo passivo, sem contar os que sofrem com os danos sociais e ambientais, v.g. a tristeza e sofrimento dos familiares de doentes e a poluição do ar, respectivamente.

Os custos econômicos gerados pelo cigarro e demais derivados do tabaco à saúde das pessoas podem ser divididos em diretos e indiretos. Os diretos² abrangem os custos para o tratamento das doenças associadas ao tabagismo, tais como os despendidos com medicamentos, acompanhamento de profissionais da área da saúde, equipamentos, internações, exames, procedimentos e outros recursos necessários durante o processo de assistência à saúde. Nos custos indiretos³ estão incluídos os relativos à perda de produtividade econômica e qualidade de vida associados à morbidade e à mortalidade. Normalmente, estes são mensurados a partir dos dados de gastos com pensões e aposentadorias precoces, além da própria perda de renda das pessoas.

Estes são custos impostos à sociedade, sobretudo, porque oneram o sistema de saúde. No ano de 2011, o custo total para o sistema de saúde brasileiro (Sistema Único de Saúde – SUS – e saúde suplementar) já superava a cifra de 23,3 bilhões de reais e correspondia a 0,5 do PIB nacional. (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015) Em termos de óbitos atribuíveis ao cigarro, a mesma pesquisa constatou que: no ano de

2011 foram 403 ocorrências por dia; mulheres não fumantes vivem em média quatro anos a mais do que as fumantes e que entre os homens, a expectativa do fumante é de cinco anos a menos de vida do que o não fumante. Com relação aos custos impostos apenas ao Sistema Único de Saúde, pesquisa realizada no ano de 2013 apontou 5.596.152 internações hospitalares pelo SUS de indivíduos com 35 anos ou mais de idade, das quais 633.685 (11,3%) foram devido à doenças tabaco-relacionadas. O custo total do SUS somente em hospitalizações foi de 7,8 bilhões de reais, sendo as doenças tabaco-relacionadas responsáveis pelo gasto de 19% deste valor, ou seja, 1,5 bilhão de reais. (SOUSA-CARMO; VILAR; MORAES, 2015)

Os dados acima ilustram a magnitude de parte dos custos envolvidos no tratamento de enfermidades tabaco-relacionadas. Entretanto, nas análises sob a perspectiva/dimensão econômica do consumo do tabaco, além dos estudos que salientam os aspectos negativos relacionados ao hábito de fumar, também há os que apontam aqueles aspectos tidos como positivos. Os efeitos positivos associados ao tabaco compreenderiam a geração de emprego e renda, a alta arrecadação tributária e a movimentação da economia em decorrência das atividades do setor fumageiro tanto na zona urbana quanto rural. Segundo publicação da própria indústria do tabaco⁴, em 2013 o setor arrecadou cerca de 10,7 bilhões de reais para os cofres do governo brasileiro, sendo 4,2 bilhões somente oriundos do Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI. (CARVALHO et al., 2015) Os diversos empregos formais e informais gerados e o alto número de exportações são também fatores positivos que poderiam ser imputados ao setor. Desde 1993, por exemplo, o Brasil ocupa a posição de segundo maior produtor de tabaco e principal exportador mundial. (SINDITABACO, 2016)

Entretanto, o custos com o tabagismo – em razão da redução da produtividade, adoecimento e mortes prematuras, bem como pelos custos com os tratamentos das enfermidades relacionadas ao hábito de fumar e ao tabagismo passivo – ultrapassam os valores que a indústria do tabaco paga de tributos ao Estado. Assim, se chamam a atenção os números de arrecadação tributária e de empregos gerados pela indústria fumageira, os 23,3 bilhões de reais que a mesma indústria gera de gastos com saúde ao setor público e privado (ambos financiados pelo contribuinte e consumidor) são ainda maiores. Isto que o estudo mencionado deixou de considerar outros fatores que eventualmente estão ligados ao setor do tabaco e que também são danosos, como a utilização de trabalho infantil em plantações de tabaco, questões reflexas ligadas ao meio ambiente, perda de familiar que sustenta a família, bem como o alto número de

jovens fumantes e o impacto futuro do consumo de cigarro para tais pessoas ainda em desenvolvimento.

De qualquer forma, tanto os efeitos econômicos negativos quanto os positivos do tabagismo são subestimados e tendem a representar números maiores na realidade. A observação a ser feita é justamente com relação à necessidade de aumento qualitativo e quantitativo de pesquisas na área, o que certamente exige investimento e engajamento daqueles que atuam na área da saúde e trabalham pelo desenvolvimento de políticas públicas para redução do tabagismo, bem como para aqueles que lutam pela efetivação de direitos humanos. Certamente o aumento das pesquisas nessa área seria de importante contribuição para a reflexão a respeito dessa distorção entre arrecadação e despesa gerada pelo tabaco.

Corrigir essa distorção exigiria no mínimo um esforço em duas direções estritamente ligadas uma a outra: primeiro a elevação de preço dos produtos e a redução de consumo, segundo a responsabilização da indústria que coloca no mercado um produto extremamente danoso à saúde pública e lucrativo, mediante compensação aos cofres públicos. A majoração dos preços é uma medida que visa reduzir o número de pessoas afetadas pelo tabagismo e, conseqüentemente, minorar os gastos do governo com tratamentos de saúde em função das doenças causadas pelo cigarro e demais derivados do tabaco. A grande questão é se essa redução de consumo ocorreria de forma proporcional com a arrecadação de tributos pela indústria fumageira e aos custos com saúde em médio ou longo prazo. Como as conseqüências do tabagismo à saúde tendem a se manifestar após os 35 anos de idade e muitos começam a fumar ainda na adolescência, é possível que o alto custo atual de saúde seja conseqüência do elevado índice de fumantes desde antes da década de 1980, quando as políticas de controle do tabaco no país eram praticamente inexistentes.

Como uma das ações propostas pela CQCT (especificamente em seu artigo 6º), a prática de políticas para aumento de preço é reconhecidamente uma medida com capacidade para reduzir o número de fumantes. E como já dito, é uma das poucas ações previstas no tratado que ainda não foram cumpridas suficientemente pelo Brasil, onde estrangeiros europeus, por exemplo, adquirem cigarros para levar aos seus conterrâneos como *souvenir* em razão do baixo preço, acentuado pela desvalorização da moeda. Para Cavalcante (2005) a efetivação das ações de controle ao tabaco depende da adoção de medidas legislativas e econômicas que contribuam para um ambiente social em prol da redução do consumo. E para que o aumento dos preços dos cigarros tenha êxito em

reduzir o consumo, ele dever ser mais elevado do que o aumento da renda. (GUINDON, 2002) A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco também prevê em seu art. 19, item 1⁵, que as partes irão considerar a adoção de medidas para responsabilização civil e penal, inclusive para compensação.

Nesse sentido, uma medida que implique na elevação de preço não necessariamente deve ser concretizada apenas por meio da elevação da carga tributária do setor tabagista, mas também por algum outro meio que tenha como consequência obrigar o setor a aumentar o preço do produto e, se possível, reparar pelos danos que ocasiona aos cofres públicos em face dos gastos com saúde. Esta seria, ao nosso ver, uma política pública eficaz tanto para a redução de consumo do tabaco como para a efetivação de direitos humanos, especialmente o direito à saúde, em razão da desocupação de leitos em razão de doenças relacionadas ao tabaco e da reintrodução de verbas destinadas para a saúde.

A seguir serão expostas brevemente duas hipóteses de políticas que podem contribuir nesse sentido, seus principais pontos fortes e fracos, além de sua viabilidade segundo as normas internacionais que regem a matéria.

3 A elevação da carga tributária: IPI, CIDE e II

Elevar os tributos incidentes sobre as atividades relacionadas à produção e comércio do tabaco é considerada uma medida efetiva para o controle do tabagismo. Esta implica, automaticamente, no aumento dos preços dos produtos, uma vez que o tributo é repassado ao consumidor para manutenção do lucro e da viabilidade da atividade empresarial. O estudo desenvolvido pela Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC, sigla em inglês), intitulado *Effectiveness of Tax and price Policies for Tobacco Control* (2011) constatou que uma taxa capaz de elevar em 10% o preço dos cigarros reduziria a demanda pelo produto em 4% nos países desenvolvidos e 6% nos países em desenvolvimento e menos desenvolvidos.

Em análise de documentos elaborados pela própria indústria tabagista, Chaloupka (1999) salienta que desde o momento em que as primeiras políticas para o aumento dos impostos para cigarros foram adotadas nos Estados Unidos, soube-se que isto geraria uma redução no consumo dos produtos do tabaco. Ademais, há evidência científica apontando que o aumento da tributação é eficaz para redução do tabagismo, sobretudo com relação à iniciação dos jovens e dos adultos-jovens ao vício. (CHALOUPKA e PACULA, 1999)

No Brasil, a efetividade desta medida foi reconhecida desde 2000 pelo Ministério da Saúde e reforçada em 2005 com a ratificação da Convenção Quadro para o Controle ao Tabaco, que dispõe em seu artigo 6º que “as medidas relacionadas a preços e impostos são meios eficazes e importantes para que diversos segmentos da população, em particular os jovens, reduzam o consumo de tabaco” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, p. 7).

A tributação, portanto, tem amplo reconhecimento como uma política pública eficaz no combate ao tabagismo. No Brasil, o sistema tributário é regido de forma hierárquica e sistemática, com a Constituição Federal de 1988 como lei maior, o Código Tributário Nacional com caráter de Lei Complementar dispondo sobre as normas gerais de direito tributário e, por fim, as leis ordinárias e as resoluções administrativas dos órgãos do poder executivo. Paralelamente também existem tratados e convenções internacionais firmados e ratificados pelo Brasil em matéria de tributos.

Para que a explicação a seguir faça sentido, é necessário compreender que impostos, taxas, contribuições sociais e contribuições de melhoria são espécies de tributos e todas elas são objeto de definição constitucional sobre sua competência para instituir, cobrar e arrecadar. Entretanto, poucas espécies de tributos receberam autorização legal para exercerem uma função extrafiscal, ou seja, um tributo que não tenha apenas a finalidade de arrecadar verbas para o financiamento da atividade estatal em geral, mas o objetivo de intervir de algum modo na sociedade, tanto economicamente quanto socialmente para efetivação de direitos humanos. Essa função no Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) é, por exemplo, caracterizada pela determinação constitucional (art. 153, § 3º, I) de que terá suas alíquotas definidas pela essencialidade do produto. (BRASIL, 1988)

Em maio de 2016 entrou em vigor no Brasil o Decreto nº 8.656 de 29 de janeiro de 2016, o qual além de majorar a alíquota do IPI para os cigarros, também aumentou o valor mínimo do produto de R\$ 4,50 para R\$ 5,00. A incidência do IPI no cigarro se dá pela soma de duas parcelas: uma fixa e outra variável. A parcela fixa (alíquota *ad rem*) estava em R\$ 1,30 por vintena de cigarro, enquanto a parcela variável (alíquota *ad valorem*) compreendia 9% sobre o preço de venda a varejo da vintena (resultado da alíquota de 60% sobre 15% do preço de venda a varejo). Com o Decreto, a majoração do IPI ocorrerá por meio de duas etapas: em 1º de maio de 2016 a parcela fixa foi majorada em R\$ 0,10 e a parcela variável em 5,5%; em 1º de dezembro de 2016 haverá nova majoração de R\$ 0,10 da parcela fixa e mais uma majoração da variável em 5,5%.

Assim, após dezembro de 2016 a alíquota do IPI sobre os cigarros terá sido majorada em um total de 15,38% na parcela fixa e 11% na variável, totalizando um aumento de 26,38%. (BRASIL, 2016).

O aumento da alíquota, como visto, se dará em percentual superior à elevação do valor mínimo do produto, o que dá indício de que a majoração teve uma finalidade muito mais arrecadatória do que extrafiscal, para reforçar o controle ao tabaco. A vantagem do IPI no sistema brasileiro é que se trata de um tributo cujas alíquotas podem ser definidas pelo governo federal sem a necessidade de aprovação de lei pelo legislativo. Outro benefício é que conforme o artigo 159, I da Constituição Federal do Brasil (1988), 49% do produto da arrecadação do IPI é repartido pela União com os Estados e Municípios⁶, o que no contexto do tabagismo faz sentido, uma vez que todas as esferas de governo têm que arcar com os custos oriundos dos problemas relacionados ao tabaco.

Apesar disso, um dos problemas do IPI como instrumento de controle ao tabaco é justamente a sua destinação. O fato de ser repartido a todos os entes da federação não significa que os valores arrecadados serão integralmente aplicados em saúde, sobretudo para compensar os diversos danos e custos impostos pelo tabagismo à coletividade. Pelo contrário, como irão para o orçamento geral dos governos federal, estadual e municipal, serão utilizados para a finalidade política estabelecida por cada um destes. Infelizmente, isso contribui para que a elevação do IPI esteja sendo utilizada com um caráter muito mais arrecadatório do que como uma medida efetiva para controle do tabagismo.

A solução para o problema da destinação poderia ser a instituição de uma Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico (CIDE), uma subespécie de contribuição social prevista no sistema tributário brasileiro que se caracteriza justamente por sua finalidade interventiva e não pode ser utilizada como mero instrumento arrecadatório. Aliás, o destino da arrecadação da CIDE deve estar relacionado ao objetivo para o qual foi instituída, ou seja, no caso dos cigarros o produto da CIDE recolhida pelo governo poderia destinar-se para um fundo de financiamento de ações voltadas ao controle, prevenção e tratamento relacionados ao tabaco. Atualmente tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei Complementar (PLC) 4/2015 que institui a CIDE sobre a fabricação ou importação de tabaco e seus derivados para o custeio de ações de tratamento dos doentes vítimas do tabagismo. No momento, o projeto aguarda parecer do relator na Comissão de Seguridade Social e Família.

Aparentemente, como política tributária para contribuição com os custos de saúde gerados pela atividade relacionada ao fumo, a instituição da CIDE soa como uma ótima ideia. O problema da destinação parece resolvido e a finalidade do aumento do tributo também. Porém, duas questões podem ser levantadas a respeito da instituição da CIDE sobre os cigarros.

Uma delas é a distorção mencionada anteriormente quando expostos os números de pesquisas onde apontados os gastos do SUS com o tratamento de doenças tabaco-relacionadas. A CIDE é um tributo e em função disso a sua cobrança é por meio da definição de uma alíquota e de uma base de cálculo, o que dificulta a equalização dos gastos públicos causados pelo tabagismo e a arrecadação da exação. O PLC 4/2015, por exemplo, propõe uma alíquota de 2% sobre o lucro das empresas que participam das atividades de fabricação e importação de cigarros, o que gera uma dificuldade de equalização também pelo fato de que o lucro destas empresas pode ser variável e os custos do tabagismo aumentarem, como ressaltado anteriormente, mesmo com uma menor circulação e consumo de tabaco, uma vez que os efeitos costumam aparecer em longo prazo. Isso deixa evidente o tamanho do desafio que o governo teria para alterar a alíquota de modo que a arrecadação se ajustasse aos gastos relacionados ao tabagismo, sobretudo pela necessidade de aval do poder legislativo. Aliás, a CIDE poderia inclusive ser declarada inconstitucional caso não cumprisse com a sua finalidade, como no caso de arrecadar mais do que o necessário.

Outra questão a ser suscitada é que a CIDE, segundo Hugo de Brito Machado (2013), é um tributo de caráter temporário e excepcional. Logo, considerando que o tabagismo envolve também questões de liberdade pessoal e privacidade – cuja análise não vem ao caso, se a ideia não é acabar com o consumo e produção de cigarros, a CIDE pode não ser o instrumento mais adequado juridicamente. É possível falar também do risco deste tributo se tornar mais um instrumento arrecadatório, caso paralelamente à sua arrecadação o governo entenda por reduzir o orçamento do SUS.

Ainda sobre a majoração tributária como medida eficaz para o controle do tabagismo, é possível perquirir sobre a possibilidade da elevação das alíquotas cobradas para a entrada no país, por meio do Imposto de Importação (II), de cigarros e outros derivados do tabaco. Este é um tributo extrafiscal com caráter de regulação econômica, o qual por sua vez sofre limitações em função das regras acordadas no âmbito da Organização Mundial do Comércio. Estas regras fazem parte do Acordo Geral Sobre Tarifas e Comércio (GATT, sigla em inglês) e, em linhas gerais, estão baseadas nos

seguintes pilares: (1) cláusula de nação mais favorecida, (2) tratamento nacional, (3) proteção exclusiva por tarifas e (4) transparência. Tais regras foram acordadas especialmente ao longo do século XX e têm como objetivo a liberalização e expansão do comércio em prol do desenvolvimento.

Na questão do controle ao tabaco, a regra da cláusula de nação mais favorecida tem como intuito evitar que um produto seja tratado na fronteira do importador de forma diversa por ser oriundo de diferentes locais (MESQUITA, 2013). Caso o Brasil, por exemplo, instituísse tarifas mais altas para os cigarros oriundos da China e não fizesse o mesmo com relação ao tabaco importado dos EUA. Mesmo que o Brasil justificasse tal conduta em favor da saúde pública, tratar-se-ia de medida claramente discriminatória. Ademais, não faria sentido elevar apenas o preço dos cigarros importados e não fazer o mesmo com os cigarros nacionais, especialmente se o objetivo é o controle ao tabaco e não a proteção da economia local.

4 Ressarcimento ao sistema de saúde pela indústria do setor tabagista

Além do disposto no artigo 19, item 1, o artigo 2º, item 1 da CQCT estimula expressamente os Estados membros a implementarem medidas regulatórias que ampliem o estabelecido pela Convenção e por seus protocolos, ressaltando que “nada naqueles instrumentos impedirá que uma parte imponha exigências mais rígidas, compatíveis com suas disposições internas e conforme ao Direito Internacional” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, p. 5).

Em face do grande dispêndio do orçamento público de saúde para o tratamento de enfermidades relacionadas ao tabagismo, é imperativo avaliar uma maneira de este custo ser ressarcido pela indústria tabagista. Aliás, embora este custo seja na maioria dos casos assumido pelo Sistema Único de Saúde, também atinge a saúde suplementar, composta pelo setor privado que também é custeado pelo conjunto de consumidores, especialmente no caso dos planos de saúde. No caso do SUS, a gratuidade de acesso é um de seus principais pontos fortes, porém ela ocorre apenas no momento do acesso, posto que a totalidade desse custo também é dissolvida entre a população mediante o pagamento de tributos e de outras atividades arrecadatórias do Estado.

Em 1999 entrou em vigência no Brasil uma lei regulamentando um setor específico do mercado, os planos de saúde, lhes impondo obrigações setoriais a fim de ampliar o acesso aos serviços de saúde e também fiscalizar a atividade. Trata-se da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, conhecida como lei dos planos de saúde, que em seu art.

32⁷ instituiu a obrigação das empresas de planos de saúde ressarcirem as despesas que seus beneficiários gerarem quando forem atendidos no SUS.

A constitucionalidade dessa imposição àquele setor foi reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento da liminar requerida na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1931, cujo destacado voto do Relator, Ministro Maurício Correa, assim dispôs ao rejeitar o argumento apresentados pelas operadoras de planos de saúde contra o ressarcimento ao SUS:

Também nenhuma consistência tem a argumentação de que a instituição dessa modalidade de ressarcimento estaria a exigir lei complementar nos termos do artigo 195, § 4º da Constituição Federal, que remete sua implementação ao artigo 154, I da mesma Carta. Como resultado claro e expresso na norma, não impõe ela a criação de nenhum tributo, mas exige que o agente do plano restitua à Administração Pública os gastos efetuados pelos consumidores com que lhe cumpre executar (BRASIL, 2003).

Em síntese, o ressarcimento ao SUS previsto na lei dos planos de saúde configura um mecanismo de financiamento da saúde pública pelo poder privado com a finalidade de corrigir abuso econômico em função de muitas empresas daquele ramo não disporem dos serviços prometidos e/ou não cumprirem o que foi contratualmente acordado. Quando isto ocorre, muitas pessoas buscam atendimento no SUS e, portanto, onera o orçamento público em razão de um tratamento que foi contratado perante uma empresa privada, que segue recebendo mensalmente o prêmio pago pelo beneficiário. Tal instituto não é considerado um tributo, mas sim um crédito em favor do poder público que as empresas do setor da saúde suplementar têm a obrigação de ressarcir a fim de evitar o próprio enriquecimento ilícito.

Como visto, trata-se de um mecanismo extremamente singular e interessante, cuja finalidade de compensação e de ajuste econômico é um verdadeiro ponto de partida para a implementação de novas políticas públicas nesse sentido. Embora mais de 18 anos tenham se passado desde o advento da Lei 9.656/98 e a ADI 1931 ainda não tenha sido objeto de julgamento de mérito, não houve debate aprofundado no país a respeito da aplicação desse instituto para outras áreas econômicas.

Recentemente, a organização não-governamental Aliança de Controle ao Tabagismo + Saúde (ACT+) divulgou os resultados da pesquisa encomendada ao Instituto Datafolha, sobre a possibilidade de ressarcimento das indústrias do setor tabagista para o SUS, pelos gastos com os atendimentos das pessoas acometidas por doenças tabaco-relacionadas. Na pesquisa foram consultadas 2.041 pessoas maiores de

16 anos, sendo que 70% destes entrevistados concordam com a proposta de que a indústria deve devolver aos cofres públicos os valores gastos para o tratamento de doentes vítimas do tabagismo. (ALIANÇA DE CONTROLE DO TABAGISMO, 2015)

Desde longa data, tramita no âmbito do Poder Legislativo brasileiro o Projeto de Lei Complementar 161/2000 (PLP 161/2000), recentemente desarquivado na Câmara dos Deputados e que aguarda parecer do Relator na Comissão de Finanças e Tributação (CFT). Este projeto de legislação visa criar um Fundo de Reparação Civil para o tratamento de doenças provocadas ou agravadas em decorrência do tabagismo. Pela análise do projeto inicial, a lei outorgaria ao Poder Executivo o direito de regulamentar o fundo instituído pela lei, de modo que o projeto em si, portanto, não traz nenhuma especificação sobre como ocorreria a compensação a ser cobrada da indústria tabagista pelos custos causados à saúde pública. Isso, todavia, não tornaria a lei inconstitucional ou ilegal caso fosse aprovada, uma vez que não há obrigatoriedade constitucional de que a regulamentação de fundos da administração pública deva ocorrer por meio de lei. O próprio ressarcimento ao SUS dos planos de saúde é somente previsto na Lei 9.656/98 em caráter geral, porém sua regulamentação ocorre por meio de Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia federal vinculada ao Ministério da Saúde.

Em outros países, tais como o Canadá e os Estados Unidos, já existem institutos semelhantes ao do projeto de lei brasileiro. Entretanto, nestes países são decisões judiciais que obrigam a indústria tabagista de proceder na compensação dos danos. Nos Estados Unidos, somente para exemplificar, com a assinatura do “Master Settlement Agreement” (MSA) a indústria do tabaco assumiu o compromisso de ressarcimento ao Estado pelos danos causados à saúde em decorrência do tabagismo. Nesse sentido, desde 1998 – quando o acordo foi firmado – as principais indústria do setor realizam, anualmente, pagamentos a quarenta e seis estados norte-americanos, cinco territórios e o Distrito de Columbia no valor atual de, aproximadamente, 10 bilhões de dólares. Entretanto, o previsto pelo acordo foi que os “valores base” destes pagamentos – que não incluem o complexo cálculo de uma série variáveis referentes a ajustes e correções, tal como o cálculo da inflação – aumentariam gradualmente, começando em 4,5 bilhões de dólares no ano; 6,5 bilhões para o período entre 2002-2003; 8,14 bilhões de dólares entre 2008-2017, 9 bilhões de dólares em 2018 e, assim, por cada ano subsequente. (TOBACCO CONTROL LEGAL CONSORTIUM, 2015) Além de estabelecer estes pagamentos pelo setor tabagista por um período que se estendem ao longo dos anos,

visto que não há uma previsão para que estes um dia acabem, o MSA também impôs restrições para a venda e promoção publicitária para cigarros.

Uma discussão mais profunda, evidentemente, questionaria se o consumidor de cigarros não tem parcela de responsabilidade por fumar e gerar os custos de saúde. Porém, tal debate envolvendo a liberdade não só é extenso, como no caso do tabaco pode ser apenas um parâmetro para a adoção de um mecanismo de compensação, ou seja, significa que não necessariamente a indústria tabagista deva arcar com todos os custos com tratamentos relacionados ao tabaco, mas provavelmente boa parte deles. Ademais, também é importante dizer que a carga financeira imposta por um eventual ressarcimento ao SUS à indústria tabagista dificilmente será em sua totalidade bancada pelo próprio setor, pois há clara possibilidade deste custo ser repassado integral ou parcialmente aos consumidores, mediante aumento no valor do produto, o que é justamente um dos objetivos agregados à medida. Aliás, isso já ocorre no caso dos planos de saúde, pelo fato de que as operadoras incluem em seus cálculos atuariais as despesas de ressarcimento ao SUS e podem repassá-los ao consumidor por meio de reajuste das mensalidades ou aumento das coparticipações (valor que é pago no ato por uma consulta ou exame realizado).

Com relação à atividade da indústria tabagista, trata-se de um setor que lucra em larga escala com a comercialização de um produto nocivo à saúde e que gera inúmeros custos à sociedade. Por mais que se trate de uma atividade lícita e que isso seja motivo de uma larga discussão no âmbito dos litígios entre indivíduos e a indústria do tabaco na justiça, a responsabilização civil pela colocação de produtos nocivos no mercado independe da atividade ser permitida ou não por lei, a exemplo do caso do ressarcimento aplicável aos planos de saúde. É importante diferenciar a responsabilidade da indústria tabagista perante o consumidor da responsabilidade perante a coletividade, o Estado. Nessa senda, fica claro que a responsabilização pelos danos não necessita derivar de um ato ilícito, mas de uma necessidade de regulação do mercado a fim de atender determinada finalidade coletiva, como a promoção da saúde e a equalização de custos gerados por uma atividade nociva. Para essa espécie de responsabilização também pouco importa se o fumante escolheu livremente fumar ou foi induzido pela propaganda e não teve conhecimento dos danos. Isso porque, o fundamento da reparação ao Estado é a introdução de um produto danoso no mercado, o que pode ser caracterizado tanto como enriquecimento ilícito como abuso de direito:

O que se conclui é que a indústria do tabaco, efetivamente, fraudou a saúde pública, enganou, dissimuladamente, à sociedade, utilizando-se de artifícios contrários à finalidade econômica e social do direito que lhe fora conferido – bem assim, transpassando os limites impostos pela boa-fé objetiva e bons costumes, sendo responsável por uma verdadeira tragédia mundial, representada pela morte de aproximadamente 5 milhões de pessoas por ano (uma pandemia para muitos), tudo isso tendo por objetivo, unicamente, a extensão de seus lucros. Ao longo de várias décadas, a indústria do fumo, titular do direito de produzir e comercializar produtos fumígenos, o exerceu de maneira manifestamente abusiva, atuando em desconformidade com a lealdade e confiança desejáveis (DELFINO, 2006, p. 366).

De qualquer sorte, a instituição de um mecanismo de reparação, assim como a elevação de um tributo, tende a ocasionar a elevação dos preços dos cigarros e consequentemente a redução do consumo e da iniciação. Por outro lado, a instituição de um mecanismo de ressarcimento aparentemente pode ter maior efetividade para também diminuir a distorção entre os custos com tratamentos relacionados ao tabagismo e a arrecadação tributária da indústria fumageira. Obviamente trata-se de uma hipótese que deve ser muito bem estudada, sobretudo quanto à sua forma de cobrança, a fim de que também não se torne mais um mero instrumento arrecadatório e sim constitua uma política pública efetiva para proteção e efetivação do direito à saúde, mediante compensação ao SUS.

5 Conclusão

A efetivação de medidas de controle do tabaco é um verdadeiro desafio em função da força política e econômica que possui a indústria do setor. Relativizar o benefício econômico argumentado pela indústria tabagista é um passo de grande valia e que pode ser demonstrado mediante pesquisas na área de saúde, sendo que as já existentes apontam inúmeras distorções entre o impacto econômico positivo do tabagismo e o impacto econômico negativo, que retira mais de 23 bilhões de reais do sistema de saúde brasileiro anualmente.

As medidas previstas na CQCT, especificamente de aumento de preço e responsabilização, podem ser um fundamento de partida para a instituição de políticas tributárias ou compensatórias, mediante criação de tributos com orçamento vinculado à área da saúde e do tabagismo, ou com a viabilização de um mecanismo para impor que as empresas que lucram com a atividade de produção, venda e importação de tabaco

respondam pela colocação de um produto nocivo no mercado, ressarcindo o estado com os custos de tratamento dos cidadãos enfermos.

Tanto a tributação como a criação de um instrumento de ressarcimento possuem peculiaridades no sistema jurídico brasileiro, porém a segunda pode ter caminho mais facilitado pelas normas internacionais de livre comércio, por não configurar um aumento de tributação, mas sim a instituição de um fundo em prol da proteção à saúde.

A discussão acerca do tema é ampla, porém o fato da atividade fumageira ser lícita não a protege de responder pelos danos que causa à sociedade, uma vez que todo direito deve ser exercido com atenção à boa-fé e a todo o sistema jurídico, que inclusive protege a saúde como direito fundamental. Assim, o “abuso de direito” da indústria tabagista demanda com que as autoridades nacionais e os organismos internacionais repensem a questão, sobretudo a fim de viabilizar uma medida compensatória eficaz e que também respeite as demais normas do sistema jurídico nacional e internacional.

Logo, adotar uma política pública que tenha como objetivo aumentar o preço dos cigarros para evitar a iniciação pelos jovens pode também colaborar com a garantia de direitos também de outra forma, realocando verbas no precário sistema de saúde brasileiro.

Referências

ALIANÇA DE CONTROLE DO TABAGISMO. Opinião dos brasileiros sobre ressarcimento de despesas com doenças provocadas pelo consumo de cigarro aos sistemas de saúde e padronização de embalagens de cigarro - População brasileira, 16 anos ou mais, 2015. Disponível em:

<http://actbr.org.br/uploads/conteudo/1057_datafolha_SUS.pptx> Acesso em: 30 jun. 2016.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 13 ago. 2016.

_____, **Decreto nº 8.656, de 29 de janeiro de 2016**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8656.htm> Acesso em: 12 set. 2016.

_____, **Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9294.htm> Acesso em: 12 set. 2016.

_____, **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm> Acesso em: 12/ set. 2016.

_____. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **ADI 1931 MC**, Relator(a): Min. MAURÍCIO CORRÊA, Tribunal Pleno, julgado em 21/08/2003, DJ 28-05-2004 PP-00003 EMENT VOL-02153-02 PP-00266) Disponível em: <www.stf.jus.br> Acesso em 22 jul. 2016.

CARVALHO, Cleonice de et al. **Anuário brasileiro do tabaco 2014**. Santa Cruz do Sul: Editora Gazeta Santa Cruz, 2014.

CAVALCANTE, Tânia Maria. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 5, p. 283-300, 2005.

CHALOUPKA, Frank J.; PACULA, R. The impact of price on youth tobacco use. Changing Adolescent Smoking Prevalence: Where It Is and Why. **Smoking and Tobacco Control Monograph**, n. 14, p. 193-199, 1999.

CHALOUPKA, Frank J. How effective are taxes in reducing tobacco consumption? In: **Valuing the Cost of Smoking**. Springer Netherlands, p. 205-2188, 1999.

CORRÊA, Paulo CRP; BARRETO, Sandhi M.; PASSOS, Valéria MA. Smoking-attributable mortality and years of potential life lost in 16 Brazilian capitals, 2003: a prevalence-based study. **BMC Public health**, v. 9, n. 1, p. 1, 2009.

DELFINO, Lucio. **A tutela jurisdicional na responsabilidade civil das indústrias do tabaco por danos advindos do tabagismo**. Ministério da educação, 2006. Disponível em: <<http://dominiopublico.mec.gov.br/download/teste/arqs/cp011601.pdf>> Acesso em: 29 jul. 2016.

DROPE, Jeffrey. LENCUCHA, Raphael. Evolving norms at the intersection of health and trade. *Journal of Health Politics*, **Policy and Law**, Vol. 39, No. 3, p. 591-631, June 2014.

GUINDON, G. Emmanuel; TOBIN, Steven; YACH, Derek. Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. **Tobacco control**, v. 11, n. 1, p. 35-43, 2002.

IGLESIAS, Roberto et al. Documento de discussão-saúde, nutrição e população (HNP) Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 17, n. 4, 2008, p. 301-304.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL), Ministério da Saúde. **Mortalidade atribuível ao tabagismo passivo na população urbana do Brasil**. Disponível em:

<http://www.INCA.gov.br/INCA/Arquivos/Tabagismo/estudomorte_tabagismo_passivo_final.ppt> Conclusões. Acesso em 20 mar. 2009.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil**. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

MACHADO, Hugo de Brito. **Curso de Direito Tributário**. São Paulo: Malheiros, 2013.

MESQUITA, Paulo Estivallet de. **A Organização Mundial do Comércio**. Brasília: FUNAG, 2013.

PINTO, Márcia Teixeira; PICHON-RIVIERE, Andres; BARDACH, Ariel. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, 2015.

PINTO, Márcia; UGÁ, Maria Alicia Domínguez. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1234-1245, 2010.

SOUSA-CARMO, Sílvia Von Tiesenhausen de. VILAR, Maria Cristina Horta. MORAES, Marco Antonio de. Gastos hospitalares de doenças tabaco-relacionadas no Sistema Único de Saúde – SUS: um estudo comparativo entre o Brasil, Região Sudeste e estado de São Paulo no ano de 2013. **BEPA - Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 12, n. 140, p. 3-14, 2015.

TOBACCO CONTROL LEGAL CONSORTIUM. **The Master Settlement Agreement: an overview**, 2015. Disponível em: <<http://publichealthlawcenter.org/sites/default/files/resources/tclc-fs-msa-overview-2015.pdf>> Acesso em: 18 ago. 2016.

UNITED STATES. Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service, **Public Health Service**. Publication, n. 1103., 1964. Disponível em: <<https://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/M/Q/>> Acesso em 23 mai. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Framework Convention on Tobacco Control**. Geneva: World Health Organization, 2005.

_____. **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package**. Geneva: World Health Organization, 2008.

_____. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship**. Geneva: World Health Organization, 2013.

¹ A CQCT é o primeiro tratado internacional sobre saúde pública e trata de medidas para a redução do consumo e dos impactos do tabaco à saúde, v.g. o aumento de preços e tributos, a responsabilização civil e penal, a proteção contra a exposição à fumaça, a promoção da cessação do tabagismo, a restrição ou proibição da publicidade, a regulamentação da promoção e patrocínio do tabaco, a redução da oferta, o controle do comércio ilegal, a proibição da venda de produtos derivados do tabaco para menores de idade e o apoio a atividades alternativas economicamente viáveis no lugar da cultura do fumo.

² Na pesquisa feita por Pinto, Pichon-Riviere e Bardach (2015, p. 1288), foi estimado o custo direto do diagnóstico e tratamento para cada doença e incorporado ao modelo que, ao simular a probabilidade de ocorrência de cada evento ao longo da vida do indivíduo, totalizou o seu custo. Os itens de custos considerados foram: consultas, exames, hospitalização, procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos.

³ Para o cálculo dos custos indiretos, os pesquisadores estimaram os anos potenciais de vida perdidos por morte prematura (APVP) e anos de vida perdidos por viver com qualidade de vida reduzida (AVP-QV).

⁴ A tabela abaixo apresenta os dados apurados pelo Sinditabaco. Disponível em <http://sinditabaco.com.br/wp-content/uploads/2014/12/anuario-2014.pdf> Acesso em: 20 set. 2016.

CIGARROS E TRIBUTOS - BRASIL - CIGARETTES AND TAXES



Fonte: Receita Federal/Afubra

Informações disponibilizadas pelo site da Receita Federal relativas à arrecadação de tributos federais 2012/2013 Disponível em: <http://idg.receita.fazenda.gov.br/orientacao/tributaria/regimes-e-controles-especiais/cigarros-arrecadacao-de-tributos-federais-2012-2013> Acesso em: 20 set. 2016.

Mês/Ano	2012			2013		
	IPI Fumo	Outras Impostas e Contribuições (*)	TOTAL	IPI Fumo	Outras Impostas e Contribuições (*)	TOTAL
Janeiro	324,7	341,8	666,5	1.016,6	403,5	1.420,1
Fevereiro	300,4	146,9	447,3	93,1	161,0	254,1
Março	286,9	165,9	452,8	189,0	155,2	344,2
Abril	409,7	371,5	781,2	364,5	362,1	726,6
Maio	632,2	173,6	805,8	383,2	179,6	562,8
Junho	183,3	161,7	345,0	440,5	179,1	619,6
Julho	235,7	280,1	515,8	416,4	288,0	704,4
Agosto	303,5	167,4	470,9	435,4	180,9	616,3
Setembro	322,1	177,0	499,1	433,7	200,6	634,3
Outubro	333,8	367,2	701,0	450,3	377,8	828,1
Novembro	426,1	170,8	596,9	515,0	201,6	716,6
Dezembro	318,8	184,0	502,8	359,0	164,0	523,0
Total	4.077,2	2.707,9	6.785,1	5.096,7	2.853,4	7.950,1

Fonte: Sistemas RFB Valores em R\$ milhões
 † não inclui receitas previdenciárias

⁵ Art. 19, item 1 da CQCT: Para fins de controle do tabaco, as Partes considerarão a adoção de medidas legislativas ou a promoção de suas leis vigentes, para tratar da responsabilidade penal e civil, inclusive, conforme proceda, da compensação.

⁶ Conforme o artigo 159, I da Constituição Federal de 1988, 49% do produto do IPI arrecadado pela União será repartido da seguinte forma: 21,5% ao Fundo de Participação dos Estados e Distrito Federal; 22,% ao Fundo de Participação dos Municípios; 3% para aplicação em programas de financiamento do setor produtivo das regiões norte, nordeste e centro-oeste; 1% ao Fundo de Participação dos Municípios a ser entregue em dezembro de cada ano e mais 1% também com o mesmo destino, a ser entregue no mês de julho de cada ano.

⁷ A Lei 9.656/98 foi posteriormente alterada, sendo a atual redação do art. 32 a seguinte: Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. [...]