

TABACO

Panaceia no Século XVI e Patologia no Século XX

Sílvia FRAGA

RESUMO

O tabaco chegou à Europa como uma planta com valor curativo. Alguns médicos do século XVI e XVII atribuíam-lhe vários fins terapêuticos, e embora já houvesse algumas contestações a este uso, a ideia do tabaco enquanto *panacea* prevaleceu por bastante tempo. Em meados do século XX o seu efeito prejudicial para a saúde é demonstrado, inicialmente para o cancro de pulmão e posteriormente para muitas outras patologias. Actualmente o tabaco é um dos factores de risco modificáveis com maior número de mortes atribuíveis.

SUMMARY

TOBACCO

Panacea in the XVI Century and Pathology in the XX Century

Tobacco came to Europe as a plant with curative value. Some physicians from the XVI and XVII centuries impute to the tobacco several therapeutic purposes, and although there were some objections regarding this practice, the idea of tobacco as a *panacea* prevailed for a long period. In the mid twentieth century its harmful effect on health is established, initially for lung cancer and then for many other diseases. Tobacco is currently one of the modifiable risk factors with the highest number of attributable deaths.

S.F.: Serviço de Higiene e Epidemiologia. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto. Porto

© 2010 CELOM

INTRODUÇÃO

O consumo de tabaco é um comportamento relativamente recente para a maioria dos povos do mundo.

Na era pré-Colombo, a planta do tabaco, de que existem variadas espécies, crescia de forma espontânea no norte e sul da América. Esta planta é da família das *Solanaceae* spp., que inclui a batata, o pimento, o tomate e a beladona (*Atropa Belladonna*) que pode ser mortal¹. Os ameríndios davam várias utilizações ao tabaco, sobretudo em práticas religiosas e medicinais². O tabaco era inalado, mastigado, bebido, comido ou fumado. Estava presente em alguns rituais, por exemplo, era soprado sobre a cara de guerreiros antes de enfrentarem uma batalha ou sobre as mulheres antes das relações sexuais¹, era usado em ocasiões festivas, mesmo por crianças, e também oferecido aos deuses². O tabaco era visto como a cura para os males e utilizado como um remédio para a dor, por exemplo, para aliviar as odontalgias era frequentemente usado o tabaco mascado^{3,4}.

O contacto dos europeus com a *nova* planta foi simultâneo à chegada ao Novo Mundo¹. Em 1492, Cristóvão Colombo recebe como presente dos índios folhas secas de tabaco em sinal de amizade, uma vez que os nativos davam grande valor a esta planta².

Colombo não reconheceu o tabaco como uma fonte potencial de riqueza e alguns preconceitos religiosos impediam os colonos de o experimentar, pois não se queriam igualar aos *selvagens*¹. No entanto, o suposto valor medicinal do tabaco prevaleceu e o tabaco rapidamente apareceu na Europa.

Os exploradores trouxeram-no para a Europa, e começou a ser cultivado na Península Ibérica de onde se divulgou o seu consumo e cultivo, tendo a planta revelado prodigiosas capacidades de adaptação a quase todos os climas².

Durante os séculos XVI e XVII, autores portugueses e espanhóis, como Damião de Góis e Nicolas Monardes, enaltecem as propriedades curativas desta planta americana³ que, durante muito tempo, será conhecida em Portugal pelo nome de *erva-santa*. Em 1560 o embaixador francês em Portugal, Jean Nicot de Villemain, levou o tabaco para a corte francesa e escreveu sobre as propriedades medicinais do tabaco, considerando-o como uma *panaceia*⁵, tendo recomendado o seu uso à rainha de França para o tratamento das enxaquecas⁶. Uma das primeiras vozes anti-tabaco é o rei James I de Inglaterra que em 1604, no seu tratado *A Counterblaste to Tobacco*, expressa que o uso do tabaco é um hábito desagradável à vista, detestável ao nariz, prejudicial ao cérebro e perigoso para os pulmões⁷. No entanto, foi contestado pelos eruditos

ingleses que promoveram um debate no Royal College of Physicians, durante o qual fumaram ostensivamente cachimbo.

Com o prestígio profilático e terapêutico que lhe era atribuído, o tabaco foi aceite de forma célere em todo o Velho Mundo. Antes do fim do século XVI o tabaco fizera a sua entrada em praticamente todos os países da Europa e, na viragem do século, levado por mãos portuguesas e espanholas, é também já conhecido e recebido com entusiasmo na costa africana, nas Filipinas, na Índia, na China e no Japão¹. Em 1600, o tabaco era tão popular que era usado como moeda de troca – era literalmente *tão bom como ouro*⁸. Em 1624, o Papa Urbano VIII proibiu o tabaco por acreditar que o seu uso corrompia sexualmente os fiéis. Proibição que foi removida no século seguinte por Bento XIII permitindo que se fumasse na Basílica de São Pedro, e em 1779 o Vaticano abre a sua própria fábrica de cigarros¹.

Apesar da completa aceitação dos consumidores de tabaco no século XVII, os Estados agem com reservas e interdições, por diferentes razões. Primeiro, por razões de ordem moral, considerando que se devia combater um costume de origem pagã¹. Outro argumento apresentado, sobretudo nos países do Norte da Europa, era o de os fumadores serem involuntariamente responsáveis por muitos dos incêndios que consumiam as cidades, onde a madeira continuava a ser o principal material de construção. Por outro lado, vivia-se o momento alto do mercantilismo e como o tabaco era em grande parte importado do estrangeiro tornava-se um peso negativo na balança comercial.

Durante o século XVII, e por períodos mais ou menos longos, o tabaco foi formalmente proibido em países como Dinamarca, Suécia, Noruega, Holanda, Áustria, Hungria, alguns Estados Italianos, China e Japão. Na China, o uso ou a distribuição do tabaco era considerado crime, sendo punível com a decapitação⁶. No entanto, a maioria dos Estados percebeu que o tabaco podia ser uma proveitosa fonte de receita fiscal e as proibições foram sendo substituídas por pesadas taxas alfandegárias. Um dos monarcas que maior imposto colocou ao tabaco foi James I de Inglaterra.

Outros países, como Portugal, Espanha e França, onde nunca tinha havido qualquer restrição ao consumo, optaram por um regime de monopólio estatal do fabrico, distribuição e venda de tabaco, o qual, arrendado a particulares, se revelou uma fonte prodigiosa de receitas. No ano de 1716, em Portugal, o tabaco proporcionava cerca de 20 por cento de todos os rendimentos da coroa, constituindo mais do dobro dos *quintos* do ouro do Brasil.

As escolas médicas portuguesas têm a sua história ligada ao consumo do tabaco. Em 1825, o cirurgião hono-

rário do Rei D. João VI, Teodoro Ferreira Aguiar, intercede junto do rei a favor de um contratador de tabaco que havia sido preso pelo Intendente Geral da Polícia. O contratador é libertado, e em sinal de agradecimento ao cirurgião decide oferecer-lhe uma verba de dez contos de réis. Teodoro Ferreira de Aguiar rejeita a oferta e sugere que seja oferecido ao Rei para que ele possa criar duas escolas de cirurgia. Os contratadores de tabaco passam então a conceder uma verba anual de dez contos de réis, como subsídio para funcionamento das escolas. Surgem assim a Régia Escola de Cirurgia do Porto e a de Lisboa, a funcionar respectivamente no Hospital de Santo António e Hospital de São José.

Ao longo do século XVIII, o uso do cachimbo era a forma mais comum de consumo do tabaco na Europa nas classes populares. A *pitada*, colocar tabaco nas fossas nasais, torna-se um gesto de elegância, e é em pó que o tabaco, consumido puro ou misturado com os mais diversos perfumes, como flor de laranjeira, jasmim e âmbar, conquista definitivamente nobres e eclesiásticos.

Não se contentando em aperfeiçoar e diversificar os tipos de cachimbo, os europeus vão retomar uma das formas mais rudimentares de fumar, aquela que primeiro tinham conhecido entre os índios: o charuto, simples rolo, de folhas secas de tabaco, previamente humedecidas e convenientemente apertadas. Portugueses e espanhóis foram os primeiros não americanos a experimentarem o charuto e é a partir da Península Ibérica que o charuto conquistará quase toda a Europa no refluxo das invasões napoleónicas.

A primeira forma do cigarro terá aparecido em Sevilha, ainda no século XVIII, quando os pedintes apanhavam do chão o resto do charuto deixado pelos nobres e o enrolavam em papel para fumarem. No entanto, a divulgação do consumo de tabaco em papel nos países de língua inglesa ocorre em meados do século XIX, após a Guerra da Criméia, na qual os soldados ingleses se familiarizaram com o hábito dos seus aliados turcos.

A primeira máquina de fazer cigarros surge no ano de 1881 nos Estados Unidos e cada máquina fazia o trabalho de 48 pessoas, produzindo 120.000 cigarros por dia. Assim, com os custos de produção controlados, o cigarro inicia um crescimento expansivo⁹.

O século XIX assistiu a uma mudança no consumo do tabaco, com o declínio do consumo de tabaco frio e o aumento do tabaco quente. A partir do início do século XX, o cigarro impõe-se na sua versão industrial, devidamente empacotado. Entre 1904 e 1947, as indústrias do tabaco dos EUA crescem tão ou mais rapidamente que as de automóveis, lançando marcas populares de cigarros.

Durante a II Grande Guerra Mundial, tal como havia acontecido na I Guerra, as indústrias tabaqueiras enviavam cigarros para incluir nas rações de combate dos soldados assegurando assim o aumento do consumo quando os soldados regressassem⁸. A importância do tabaco era tão forte que, de acordo com o General John J. Pershing, era essencial para ganhar a guerra, chegando a referir: *You ask me what we need to win this war. I answer tobacco as much as bullets*¹⁰.

O incremento do número de fumadores, sobretudo após as duas grandes guerras¹¹, condiciona uma crescente preocupação com os efeitos para a saúde. O primeiro estudo epidemiológico que mostra a associação entre o consumo de tabaco e doença surge em 1943 na Alemanha e é publicado por Schairer e Schoniger¹². Posteriormente aos Alemães, também os países anglo-saxónicos mostraram interesse científico pelo estudo das consequências do tabagismo. A associação com a incidência de doença é confirmada em quatro artigos publicados em 1950¹³⁻¹⁶. Nos anos 60, a relação entre tabaco e cancro do pulmão estava estabelecida⁶.

Contudo, à crescente preocupação com os efeitos para a saúde do consumo de tabaco contrapôs-se o ambiente liberal dos anos 70 e a agressividade da política comercial da indústria tabaqueira, levantando barreiras à implementação de campanhas e medidas efectivas contra o consumo de tabaco⁶. As medidas legislativas e as políticas públicas no sentido da prevenção e combate ao consumo do tabaco generalizaram-se durante a década de 80^{6,8,16}. Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou em 1987 o Dia Mundial sem Tabaco (31 de Maio) e lançou campanhas preventivas, dirigidas em particular aos adolescentes e adultos jovens, os alvos preferenciais da indústria tabaqueira⁶. Apesar dos esforços que têm vindo a desenvolver-se na área da prevenção, estima-se que ocorreram anualmente 4,9 milhões de mortes relacionadas com o tabaco¹⁷. O tabaco, uma substância produzida pelo homem, é actualmente a principal causa prevenível de mortalidade^{18,19} e morbidade^{20,21}. Estima-se que, no século XX, 100 milhões de pessoas morreram por causas relacionadas com o tabaco e que, se os padrões de consumo se mantiverem durante o século XXI, o número possa atingir os mil milhões²².

Assim, ao longo de cinco séculos, o tabaco passa de panaceia a patologia.

Conflito de interesses:

A autora declara não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. GOODMAN J: Tobacco in History: The cultures of dependence. London: Routledge 1993
2. GATELY I: Tobacco: The story of how tobacco seduced the world. London: Simon& Schuster UK Ltd. 2002
3. ELMER P, GRELL OP: eds. Health, disease and society in Europe 1500-1800: A Source Book.: Manchester University Press 2003
4. LANCIANI G ed: Os relatos de naufrágios na literatura portuguesa dos séculos XVI e XVII.: Biblioteca Breve. Instituto de Cultura Portuguesa 1979
5. GENE B: The History of Tobacco 1997 [cited 2008 Jan 13]; Available from: www.historian.org/bysubject/tobacco1.htm
6. BORIO G: Tobacco Timeline. 2003 [cited 2008 12 Jan]; Available from: http://www.tobacco.org/resources/history/Tobacco_History20-1.html
7. A Counterblaste to Tobacco: King James I of England. 2002 [cited 2008 Jan 14]; Available from: <http://www.la.utexas.edu/research/poltheory/james/blaste/>
8. RANDALL VR: History of Tobacco. Boston University Medical Center, Community Outreach Health Information System. 1999 [cited 2008 Jan 14]; Available from: <http://academic.udayton.edu/health/syllabi/tobacco/history.htm>
9. Ministry of Health: Tobacco Control Program. Tobacco Facts. [cited 2008 Jan 20]; Available from: http://www.tobaccofacts.org/tob_truth/timeline1900.html
10. BRANDT AM: The Cigarette Century: The Rise, Fall, and Deadly Persistence of the Product That Defined America. New York: Perseus Publishing 2007
11. MACKENZIE TD, BARTECCHI CE, SCHRIER RW: The human costs of tobacco use – Second of two parts. N Engl J Med 1994;330:975-980
12. SCHAIRER E, SCHONIGER E: Lung cancer and tobacco consumption. Int J Epidemiol. 2001;30:24-7; discussion 30-1
13. LEVIN ML, GOLDSTEIN H, GERHARDT PR: Cancer and tobacco smoking; a preliminary report. J Am Med Assoc. 1950;143:336-8.
14. SCHREK R, BAKER LA et al: Tobacco smoking as an etiologic factor in disease; cancer. Cancer Res 1950;10:49-58
15. DOLL R, HILL AB: Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report. BMJ 1950;2:739-748
16. WYNDER EL, GRAHAM EA. Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma; a study of 684 proved cases. J Am Med Assoc 1950;143:329-336
17. World Health Organization. Tobacco or Health: A Global Status Report.WHO. Geneva 1997
18. FRIEDEN T, BLOOMBERG M. How to prevent 100 million deaths from tobacco. The Lancet 2007;369:1758-61
19. World Health Organization: An international treaty for tobacco control. [cited 2007 Aug 16] Available from: <http://www.who.int/features/2003/08/en/>
20. POWLES JW, ZATONSKI W, HOORN SH, EZZATI M: The contribution of leading diseases and risk factors to excess losses of healthy life in eastern Europe: burden of disease study. BMC Public Health 2005;5:116
21. EZZATI M, HOORN SV, RODGERS A et al: Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. Lancet 2003;36:271-280
22. LOPEZ A, HOLLINSHAW N, PIHA T: A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. Tob Control 1994;3:242-7