



9. Tabagismo

Situação Epidemiológica

O tabagismo é a segunda maior causa de morte no planeta, responsável por 8,8% do total de óbitos. São cerca de 5 milhões de mortes anuais. Esta é uma afirmação da Organização Mundial de Saúde, segundo a qual um entre cada dez adultos morre em consequência do tabagismo. Caso não se inverta esta condição, deverão ocorrer 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2020²³.

No Brasil, a cada ano, 200 mil pessoas morrem precocemente devido às doenças causadas pelo tabagismo, número que não para de aumentar. O tabagismo é diretamente responsável por 30% das mortes por câncer, 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por doença coronariana, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica e 25% das mortes por doença cérebro-vascular. Outras doenças que também estão relacionadas ao uso do tabaco são aneurisma arterial, trombose vascular, úlcera do aparelho digestivo, infecções respiratórias e impotência sexual no homem³⁴.

A gravidade dos problemas provocados pelo tabaco se expressa ainda pelo número de doenças associadas ao tabagismo, mais de cinquenta entidades nosológicas, que pela precocidade das mortes, retiram os indivíduos da força produtiva precocemente.

Nesses números, não há como contabilizar o custo social nem o prejuízo humano causado pelo uso do tabaco: as aposentadorias e mortes precoces, em idade produtiva; o comprometimento da renda familiar, com desvio de recursos consideráveis de outras necessidades primordiais como saúde e educação; a orfandade causada pela morte prematura de chefes de família; a diminuição da qualidade de vida dos fumantes e daqueles que os cercam; aumento de 33% a 45% nas faltas ao trabalho e redução do tempo efetivo de produção medido como em torno de uma hora diária; menor rendimento em atividades cotidianas; mais gastos com seguros, limpeza, manutenção de equipamentos e reposição de

mobiliários; e maiores perdas com incêndios, entre muitos outros.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, há no planeta cerca de 1,3 bilhões de fumantes, cerca de um terço da população global de idade entre os 15 anos ou mais, entre eles 800 milhões estão nos países em desenvolvimento. Os dados sugerem que, aproximadamente 47% dos homens e 12% das mulheres fumam. Em países, como Alemanha, Espanha, Itália, França e Dinamarca a frequência de tabagismo no sexo feminino já superou o masculino²³.

Medidas educativas, legislação e impostos sobre as indústrias do tabaco restringem cada vez mais o consumo de cigarros nos países desenvolvidos. Diante disto, as indústrias intensificam as campanhas de venda nos países do terceiro mundo. Estima-se que em meados de 2020, cerca de 15% dos fumantes estarão vivendo em países ricos e os 85% restantes nos países do terceiro mundo.

O hábito de fumar eleva a taxa de mortalidade geral em cerca de três vezes em qualquer idade, mesmo entre os adultos jovens. Em média, os adultos que começaram a fumar na adolescência e continuam fumando regularmente têm uma chance 50% maior de morrerem por doença associada ao tabagismo, a maioria antes dos 70 anos, perdendo cerca de 22 anos da expectativa de vida normal.

A nível global o uso do tabaco é responsável pela morte de cerca de 5 milhões de pessoas ao ano, ou quase 10 mil mortes por dia. O tabaco ocasiona mais mortes do que a AIDS, a tuberculose, a mortalidade materna, os acidentes com veículos motorizados, o suicídio e o homicídio juntos. Segundo a OMS, o cigarro é a principal causa evitável de doença e morte³⁴.

Estas estatísticas decorrem do fato de o cigarro possuir perto de 5.000 substâncias tóxicas, que danificam os vários órgãos provocando mais de 50 doenças. Entre outras doenças, o cigarro é responsável por: 90% dos casos de câncer do pulmão, 80% dos casos de bronquite crônica e enfisema do pulmão e 30% dos casos de infarto do miocárdio; além de vários outros tipos de câncer: laringe, boca, faringe, pâncreas, esôfago, estômago, rim, bexiga e leucemias, inúmeras infecções: bacterianas e virais, entre elas as gripes e a tuberculose, asma, pneumotórax espontâneo, arteriosclerose,

coronariopatias, aneurisma de aorta, acidente cerebrovascular, tromboangéite obliterante, doença hipertensiva, úlceras de estômago e de duodeno, impotência sexual, osteoporose, catarata, síndrome da angústia respiratória e morte súbita do recém nascido, prematuridade e doenças periodontais. O cigarro ainda predispõe a desordens psico-afetivas, facilita o consumo de outras drogas e causa danos importantes ao meio ambiente, entre os principais, a contaminação por agrotóxicos usados na produção da tabaqueira e os incêndios provocados pelos resíduos de cigarros acesos arremessados principalmente ao lado das estradas.

Embora tenhamos avançado nas últimas duas décadas, com redução importante do consumo de cigarros, no Brasil existem cerca de 31 milhões de fumantes e 60 a 70 milhões de fumantes passivos; cerca de 15 milhões de crianças convivem com fumantes. O aumento do tabagismo entre as mulheres piora as perspectivas para este grupo. Estima-se entre 80 e 100 mil óbitos anuais devidos ao consumo de cigarro.

As medidas que possibilitaram a redução do tabagismo no Brasil incluem programas educativos, restrição da propaganda e proibição de uso de cigarros em ambientes públicos fechados. Outros países têm aumentado o valor das taxas sobre os produtos do tabaco, proibido a propaganda sobre tabaco e do seu patrocínio, e proibido a produção de produtos derivados do tabaco. Tais estratégias tem sido bem sucedidas em muitos países e também no Brasil.

No momento, os países membros da Organização Mundial de Saúde estão implementando a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco, um tratado internacional que estabelece parâmetros para legislação e outras medidas que visem controlar a epidemia tabágica, como a redução do acesso e da oferta, o controle da propaganda e medidas de proteção ao meio ambiente. O congresso brasileiro aprovou recentemente a legislação que permite implementar a Convenção Quadro no Brasil³⁵.

No Estado do Paraná as principais causas de morte tabaco associadas estão em crescimento.

Dados de estudo publicado pela Secretaria de Estado da Saúde em 2002 revelam que o risco médio anual de morrer por essas doenças foi em média de 173,4 a cada 100 mil habitantes no período de 1988 a 1997, estando em crescimento³.

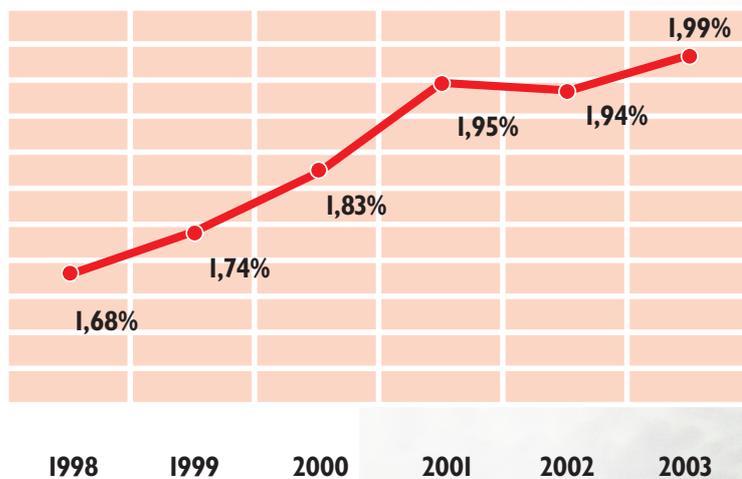
Exemplo disso é a mortalidade por câncer de pulmão, em crescimento no Estado, como vem ocorrendo em quase todos os países. Outras doenças tabaco relacionadas cuja mortalidade encontra-se em ascensão são: doenças isquêmicas do coração, o câncer de pâncreas, dos órgãos genito-urinários e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas.

Tabagismo em Curitiba

A frequência de fumantes, identificada através do Inquérito INCA/MS 23, é de 22%, equivalente a segunda maior taxa entre as capitais brasileiras estudadas.

Foi considerado fumante regular o indivíduo que fumou pelo menos 100 cigarros durante a vida e fuma atualmente; considerou-se ex-fumante aquele que fumou pelo menos 100 cigarros na vida e não fuma atualmente; e ainda, não fumante o que fumou menos de 100 cigarros na vida e não fuma atualmente.

Figura 9.1 - Mortalidade Proporcional por Câncer de Pulmão no Estado do Paraná, 1998 - 2003

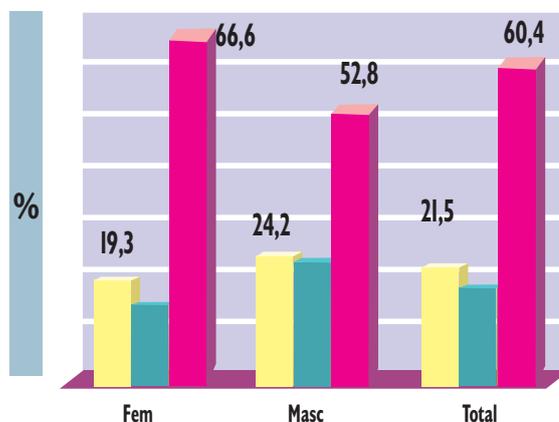


Em relação à população escolar, poucos estudos de prevalência foram realizados no país e também no Paraná. Um dos poucos dados disponíveis foi levantado no Município de Araucária, em amostra de 1266 adolescentes, de 12 a 18 anos de idade, estudantes de cursos diurno e noturno das oito maiores escolas da cidade, seis públicas e duas privadas. A prevalência de tabagismo obtida foi de 10,6%, aumentando com a idade e predominando nos estudantes de curso noturno³⁶.

A frequência de homens que fumam é de 24,2%, superando a feminina, 19,3%. Por outro lado, é maior a frequência de homens que pararam de fumar, 23%, comparada à de mulheres, 14,2% ($p=0,000$).



Figura 9.2 - Consumo de cigarros, segundo sexo, Curitiba, 2002



A análise segundo idade indica que as taxas são altas mesmo nos grupos de menor idade, 19,7%, muito próxima da média da população geral e mesmo nas idades mais avançadas, acima dos 60 anos esta frequência não é tão baixa, 17,4% ($p=0,000$).



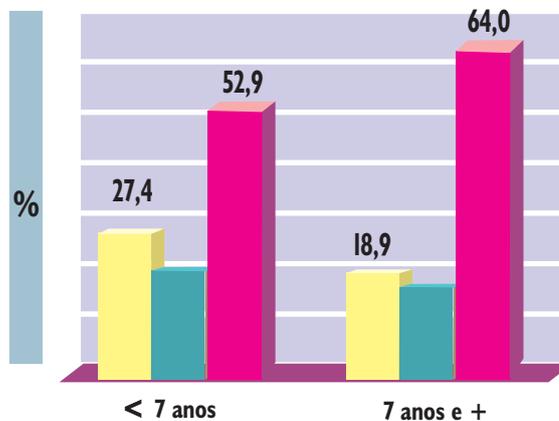
Figura 9.3 - Consumo de cigarros, segundo idade, Curitiba, 2002



Quando se analisam os diferentes grupos sociais, segundo o critério utilizado escolaridade em anos: abaixo de 7 anos de estudo e de 7 anos e mais, a prevalência entre os de menor escolaridade supera em quase 70% os de maior escolaridade ($p=0,000$).



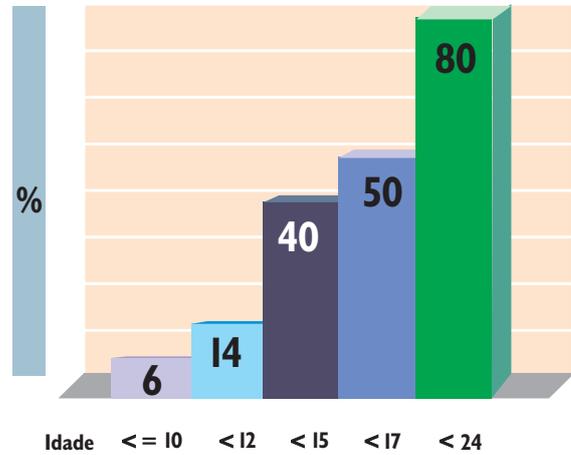
Figura 9.4 - Consumo de cigarros, segundo anos de escolaridade, Curitiba, 2002



Outro dado de importância é o início do uso de cigarros, que em Curitiba é bastante precoce: aos 17 anos de idade, 50% dos fumantes já iniciaram este hábito e 7% inicia mesmo antes dos dez anos de idade.

Antes dos 19 anos de idade, meninos e meninas já começam a fumar praticamente na mesma frequência: 76,5% e 64,1%, respectivamente. Outro dado importante refere-se ao tabagismo passivo. Fumar dentro de casa é um hábito de 14,7% dos moradores de Curitiba.

Figura 9.5 - Frequência de Fumantes, segundo Idade de início do tabagismo, em anos, Curitiba, 2002



Fumar mais de dois maços por dia ocorre entre 13% dos homens e 9,6% das mulheres, e também é mais freqüente na população de menor escolaridade: 13,8%, superior a encontrada entre os de maior escolaridade: 9,5%.

Os dados revelam ainda, que 18% da população acima de 15 anos é fumante passivo nos seus domicílios ou nos ambientes de trabalho e que é alta a taxa de cessação: maior entre homens, 49% e mulheres, 42%.

Discussão: a prevalência de tabagismo em Curitiba é a segunda mais alta do país, situação que coloca este problema como prioritário para as políticas de saúde no Estado. Outro dado que merece destaque é a proporção alta de jovens fumando e quase metade se iniciando ainda na adolescência, antes dos 19 anos, indicando que as ações voltadas para os escolares devam ser prioritárias nos programas de saúde.

Importante também o fato de que na população de menor escolaridade a prevalência de tabagismo é superior em quase duas vezes do que entre os de maior escolaridade.

Em 1981 foi realizada pesquisa entre 1804 adultos, 15 ou mais anos de idade: na ocasião 47,6% dos homens e 31,4% das mulheres eram

fumantes, tendo havido, portanto uma queda de 49% entre homens e 38,5% entre mulheres. Nesta pesquisa levantou-se que 90,2% dos entrevistados haviam tido informações sobre tabagismo durante campanha desenvolvida anteriormente³⁷.

Por outro lado, também é alta a proporção dos que pararam de fumar, testemunhando a eficácia de programas bem feitos de nível comunitário. Neste sentido vale destacar que desde 1979, o Estado conta com um programa oficializado através da resolução de número 62, com ações educativas a nível comunitário e de mídia e que desde 1991 as ações foram regionalizadas, contando com técnicos envolvidos nos programas nas regionais de saúde^{38,39}.

Muitas experiências têm demonstrado serem eficazes e custo-efetivas no controle do tabagismo, o Brasil tem sido um exemplo com seu programa, que reduziu em mais de 50% o consumo de cigarros no país. Outras estratégias de impacto têm sido demonstradas: campanhas de massa, aumento de impostos, implicando em aumento de preço do cigarro, definição de ambientes livres de tabaco, proteção aos ambientes públicos e ambientes de trabalho, mensagens claras de informação nos pacotes de cigarro, entre outras.

