TABAGISMO, UMA EPIDEMIA

GUIA PRÁTICO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA

ORGANIZADORES

Sônia Maria Martins
Albertina de Souza Guerra Bressan
Marilyn Urrutia-Pereira
Patrícia Dias Gomes Braz
William Salibe Filho
Odete Messa Torres
Alessandra Lazzarete Santos Santana
Cláudia Valéria de Andrade
Maria Lúcia Medeiros Lenz
Isis Húngaro Di Jura
Paulo César Rocha Lima
Jônatas Bezerra Leonio
Marcus Vinícius Dutra Zuanazzi
Ugo Caramori

SBMFC

ACT Promoção da Saúde

Atheneu

TABAGISMO, UMA EPIDEMIA

Guia Prático para a Atenção Primária


SAL
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO LEITOR
Tel.: 08000267753
www.atheneu.com.br
(21) 99165-6798
Facebook.com/editoraatheneu
Twitter.com/editoraatheneu
Youtube.com/atheneueditora

TABAGISMO, UMA EPIDEMIA

Guia Prático para a Atenção Primária

ORGANIZADORES

Albertina de Souza Guerra Bressan
Alessandra Lazzarete Santos Santana
Cláudia Valéria de Andrade
Isis Hungaro Di Jura
Jônatas Bezerra Leonio
Marcus Vinicius Dutra Zuanazzi
Maria Lucia Medeiros Lenz
Marilyn Urrutia Pereira
Odete Messa Torres
Patrícia Dias Gomes Braz
Paulo César Rocha Lima
Sonia Maria Martins
Ugo Caramori
William Salibe Filho

SBMFC

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Atheneu

Rio de Janeiro • São Paulo
2021

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Maria Paula, 123, 18º andar
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

CAPA: Equipe Atheneu
PRODUÇÃO EDITORIAL: ASA Produções Gráficas e Editorial

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

T114

Tabagismo, uma epidemia [recurso eletrônico] : guia prático para a atenção primária/
Albertina de Souza Guerra Bressan ... [et al.]. – 1. ed. – Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.
recurso digital ; 17 MB

Formato: e-book
Requisitos do sistema:
Modo de acesso: world wide web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5586-299-7 (recurso eletrônico)

1. Fumo - Vício. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Livros eletrônicos. I. Bressan, Albertina de Souza Guerra.

21-72178 CDD: 613.85
CDU: 613.84

Meri Gleice Rodrigues de Souza - Bibliotecária - CRB-7/6439

22/07/2021 22/07/2021

BRESSAN, A.S.G.; SANTANA, A.L.S.; ANDRADE, C.V.; DI JURA, I.H.; LEONIO, J.B. et al.

Tabagismo, uma Epidemia – Guia Prático para a Atenção Primária

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – São Paulo, Rio de Janeiro, 2021.

Capítulo 1

Panorama e Impacto do Tabagismo

Kenia Lira Sciascio
Camila Mantovani Domingues

(...) No entanto, jamais foi um hábito totalmente aceito. Era contestado por sua capacidade de viciar, pela aparência ridícula daqueles que o usavam na forma de rapé e pelos potenciais malefícios à saúde.[1]

Advindo das Américas, o tabaco chegou à Europa trazido por Colombo no final do século XV. Logo, se espalhou pelo mundo graças ao alto poder da dependência física e psicológica provocada pela nicotina. Quer estivesse presente na elite, como hábito refinado de fumá-lo em cachimbos na chegada de um recém-nascido ou festividades, ou mascado por escravos, que buscavam alívio para suas dores e cansaço, o tabaco já não era mais exclusividade de uma classe social, atingia a todos.[1] Hoje, sabemos que a nicotina causa mais dependência que a cocaína, as metanfetaminas e o álcool, além de causar mais mortes do que Aids, uso de drogas, acidentes de trânsito, assassinatos e suicídios, juntos. Contudo, ainda é uma droga lícita.[2]

A partir do século XVII, iniciou-se na Europa um debate quanto aos efeitos do tabaco na saúde. Vários estudos começaram a ser realizados com o objetivo de se comprovar os malefícios que o tabaco provocava à saúde.[1] A própria sociedade mudou sua forma de ver o cigarro, antes era visto como sinônimo de charme, inclusão e afirmação social, hoje, é considerado incorreto e indesejado.[3]

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o tabagismo é uma das maiores ameaças para a saúde pública enfrentada no mundo todo.[4] Seja ativo ou passivo, pode causar inúmeras doenças, inclusive, levar à morte. Mais de 17,5 milhões de pessoas morrem todos os anos vítimas de doenças cardiovasculares, como acidentes vasculares cerebrais e ataques cardíacos, e o tabaco é o fator de risco modificável mais importante, conforme dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).[5] O tabagismo é responsável por 6 milhões de mortes ao ano, sendo 5 milhões atribuíveis ao uso do tabaco e mais de 600 mil resultantes do tabagismo passivo.[6] Cada ano, morrem 65.000 crianças por enfermidades atribuídas ao tabagismo passivo, quase metade delas respiram o ar contaminado do fumo do tabaco em lugares públicos. A fumaça do tabaco causa cerca de 1,2 milhão de mortes prematuras a cada ano.[7]

O tabagismo também é considerado uma doença pediátrica, pois 80% dos fumantes iniciam o hábito de fumar antes dos 18 anos de idade. No Brasil, a idade de iniciação é antes dos 15 anos.[7] Entre os fumantes com 14 a 17 anos de idade, mais de 80% apresentaram comportamento antissocial, principalmente com uso associado de bebidas alcoólicas, maconha, cocaína ou crack. Além disso, o tabagismo é um dos principais fatores associado à insatisfação com a autoimagem corporal do usuário, sobretudo quando relacionado com a magreza.[8]

Os produtos do tabaco matam seis em cada dez consumidores.[7] Quase 80% dos fumantes do mundo vivem em países de baixa e média rendas, onde são maiores a mortalidade e a morbidade associadas ao tabaco.[4] Segundo Malta *et al*.,[6] a baixa renda e a baixa escolaridade estão associadas a maiores prevalências de uso tanto no Brasil quanto no mundo. O consumo do tabaco causa danos à saúde humana, ao meio ambiente e à economia dos países e, não se deve esquecer, à saúde dos agricultores que cultivam o tabaco.[9]

O hábito de fumar causa contaminação do ar, devido aos mais de 7.000 produtos químicos liberados pelo fumo do tabaco. A fumaça ambiental do cigarro (FAC) é composta por gases e partículas originadas da combustão do tabaco durante seu tempo de queima. É uma junção da fumaça que sai da ponta acesa do cigarro (fumaça lateral ou secundária) com a fumaça expirada pelo fumante (fumaça principal exalada). A FAC diminui a qualidade do ar de ambientes fechados, aumentando excessivamente a concentração e a exposição a vários compostos químicos que podem ser tóxicos ou cancerígenos. Também causa aos fumantes passivos danos e irritação sensorial da visão e do olfato.[2]

No Brasil, conforme dados do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), órgão que desenvolve papel importante como Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) na América Latina, o tabagismo foi responsável por 156.216 mortes, em 2015, representando 12,6% do total de mortes que ocorrem ao ano no país, um total de 16% das mortes relacionadas com doenças cardiovasculares e 13% por AVC.[10] Das doenças respiratórias que levaram a morte, 74% foram devidas a DPOC e 78% por câncer de pulmão. Também, 13% das pneumonias e 33,6% das mortes por outros cânceres.[10] São inúmeros os casos de cânceres relacionados, como: câncer na laringe, câncer de pulmão (90% dos casos), leucemia mieloide aguda, câncer de bexiga, câncer de pâncreas, câncer de fígado, câncer de colo de útero, câncer de esôfago, câncer nos rins, câncer de cavidade oral, câncer de faringe/pescoço, câncer de estômago.[7] São 428 mortes de brasileiros por dia, o que gera um prejuízo de 56,9 bilhões de reais ao ano devido a despesas médicas e perda

de produtividade ocasionadas pela doença.[10] O INCA estima a ocorrência de 18.740 casos novos câncer de pulmão em homens e 12.530 em mulheres para o biênio 2018-2019. O risco de câncer de pulmão sofre uma redução de 30 a 50% em ambos os sexos depois de 10 anos sem fumar.[9]

Reconhecendo a calamidade pública do problema, em maio de 1999, os estados-membros das Nações Unidas, durante a 52ª Assembleia Mundial de Saúde, propuseram a elaboração do primeiro tratado internacional sobre o tabaco – a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), aprovada na 56ª Assembleia Mundial de Saúde, em 2003, e ratificada por 198 países. A CQCT entrou em vigor em fevereiro de 2005, com o propósito principal de proteger as gerações presentes e futuras das consequências devastadoras provocadas pela exposição e consumo do tabaco.[11] No Brasil, sua concretização se deu em 2005, pelo Decreto Legislativo n. 1012/2005, e a adoção de suas diretrizes ganhou *status* de Política de Estado, com a promulgação da Convenção-Quadro pelo Presidente da República por meio do Decreto n. 5685 de 2 de janeiro de 2006.

A partir de 2003, o Ministério da Saúde passou a monitorar as doenças crônicas não transmissíveis, entre elas o tabagismo, pelo Sistema Nacional de Vigilância. No mesmo ano, o INCA em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) desenvolveu o Inquérito Domiciliar Sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis em 15 capitais brasileiras e Distrito Federal e, em 2008, participou efetivamente da Pesquisa Especial sobre Tabagismo (Petab), coordenada pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), quando aderiu ao Global Adult Tobacco Survey (Gats) proposto pela OMS e pelo Centro de Controle de Doenças (CDC).[12]

O Brasil é um exemplo mundial de monitoramento do tabaco, recebendo, em 2014, um prêmio denominado "Prêmio Bloomberg para Controle Global do Tabaco" da Fundação Bloomberg Philanthropies pelas iniciativas na organização do monitoramento epidemiológico e da vigilância do uso do tabaco no país e na implantação de políticas públicas na luta contra o tabagismo.[6] Um estudo comparativo de 2012, conduzido pela OMS e parceiros, revelou que o Brasil apresentava a menor prevalência do uso do tabaco entre 16 países, entre eles China, Rússia, Bangladesh, Turquia, Filipinas, Vietnã, México, Índia, Egito, Polônia, Ucrânia. Também tiveram declínio países, como Estados Unidos, Argentina, Uruguai e alguns europeus, mas há muito a ser realizado ainda.[6] A Europa tem a maior prevalência, com 30% e a região da África, a menor, com 12,4%.[12]

Recentemente, em 26 de julho de 2019, durante o lançamento do relatório da OMS sobre a epidemia de tabaco no Rio de Janeiro, o Brasil corroborou a sua importância no mundo como referência internacional no combate ao tabagismo.[13] O relatório, já na 7ª edição, revelou que apenas o Brasil e a Turquia, entre os 171 países que aderiram às medidas do MPOWER, implementaram todas as ações governamentais de sucesso.[14] As medidas regulatórias, conhecidas como MPOWER, propostas pela primeira vez em 2007, promovem intervenções custo-efetivas para reduzir a epidemia de tabagismo, como: (a) a proibição do fumo em lugares públicos – e o Brasil tornou-se o primeiro país do mundo, com mais de 100 milhões de habitantes, a adotar um ambiente 100% livre do fumo, por meio da Lei n. 12.546/2001, que proibiu o fumo em locais fechados, públicos e privados, e extinguiu a existência dos fumódromos[13] – com o objetivo de proteger a população da fumaça do tabaco;

(b) oferecer ajuda para parar de fumar; (c) a inclusão de advertências sobre os perigos do consumo de tabaco; (d) a proibição da propaganda, do patrocínio e da promoção de tabaco; (e) aumentar os impostos sobre os produtos do tabaco. Cabe ressaltar, ainda, que o Ministério da Saúde assumiu, durante a 42ª Reunião Ordinária dos Ministros da Saúde do Mercosul, em 2018, o compromisso de ajudar a eliminar o comércio ilícito dos produtos do tabaco.[13]

A tendência do número de fumantes no Brasil está em declínio para ambos os sexos, níveis de escolaridade e nas grandes regiões, em quase todas as faixas etárias: de 18 a 24 anos de idade (12% em 2006 e 6,7% em 2018), 35 a 44 anos (18,5% em 2006 e 9,1% em 2018) e entre 45 e 55 anos (22,6% em 2006 e 11,1% em 2018). As mulheres superam a média nacional, reduzindo em 44% o hábito de fumar. Isso aponta que as metas globais de redução do tabagismo tem potencial para ser alcançada no Brasil, graças às ações de controle adotadas pelo governo.[6]

O relatório da OMS de 2019 sobre a epidemia mundial de tabagismo revela que quase 5 bilhões de pessoas – 65% da população mundial – são protegidos por pelo menos uma medida MPOWER no seu mais alto nível de implantação, número esse que quadruplicou desde 2007, quando apenas um bilhão de pessoas – 15% da população mundial – estavam protegidos por pelo menos uma medida. De 2016 a 2018, 36 países introduziram uma ou mais medidas MPOWER no seu mais alto nível. Um terço da população mundial tem acesso a serviços de cessação do tabagismo, o que representa 2 bilhões de pessoas a mais desde 2007.[14] Apesar dos inúmeros progressos, há muito a ser feito ao redor do mundo para proteger a população dos grandes prejuízos causados pela epidemia do tabaco. As medidas MPOWER precisam ser adotadas global e integralmente para que o número de mortes, de doenças relacionadas, de perda de produtividade e de incapacidade causados pelo tabaco sejam, por fim, anulados.

Referências bibliográficas

1. Spink MJ. Ser fumante em um mundo antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social. Saúde e Sociedade. 2010; 19:481-96.
2. Seelig MF, Campos CRJ, Carvalho JC. A ventilação e a fumaça ambiental de cigarros. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10:83-90.
3. Echer IC, Corrêa APA, Ferreira SAL, Lucena AF. Tabagismo em uma escola de enfermagem do sul do Brasil. Texto & Contexto on-line. 2011; 20:152-9.
4. World Health Organization. Tobacco: World Health Organization 2019 [citado em 10 ago. 2019]. Disponível em: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco.
5. Instituto Nacional do Câncer. 31 de Maio Dia Mundial sem Tabaco. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais 2019 [citado em 10 ago. 2019]. Disponível em: htpp://www.saude.mg.gov/tabagismo.
6. Malta DC, Stopa SR, Santos MAS, Andrade SSCA, Oliveira TP, Cristo EB et al. Evolução de indicadores do tabagismo segundo inquéritos de telefone, 2006-2014. Cadernos de Saúde Pública. 2017; 33:e00134915.
7. Instituto Nacional de Câncer. Tabagismo no Brasil. Ministério da Saúde 2019 [citado em 10 ago. 2019]. Disponível em: https:www.inca.gov.br/tabagismo.
8. Ferrari EP, Petroski EL, Silva DAS. Prevalence of body image dissatisfaction and associated factors among physical education students. Trends in Psychiatry and Psychotherapy. 2013; 35(2):119-27.
9. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Nota Técnica n. 15 SES SUBPAS-SAPS-DPS 2019 [citado em 10 ago. 2019]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2019/abril_maio_junho/Tabagismo?SEI_1320.01.0039580_2019_90%20-%20NT.pdf.
10. Pinto M, Bardach A, Palacios A, Biz A, Alcaraz A, Rodríguez B et al. Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos. Documento técnico IECS. 2017; 21.

11. Instituto Nacional de Câncer. Controle do tabaco no Brasil. Ministério da Saúde 2019 [citado em 06 ago. 2019]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tabagismo/controle-tabaco-brasil.
12. Instituto Nacional de Câncer. Dados e números da prevalência do tabagismo no Brasil. Ministério da Saúde; 2019 [citado em 10 ago. 2019]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo.
13. Penido A, Ramalho R. Brasil é o 2º país a alcançar as medidas de combate do tabaco da OMS. Ministério da Saúde, Brasil 2019 [citado em 16 ago. 2019]. Disponível em: http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45616-brasil-e-o-2-pais-a-alcancar-as-medidas-de-combate-do-tabaco-da-oms.
14. Organização Mundial da Saúde. Relatório da OMS sobre a epidemia global do tabaco, 2019 – Resumo. Oferecer ajuda para deixar de fumar. OMS 2019 [citado em 16 ago. 2019]. Disponível em: https.//apps.who.int/íris/bitstream/handle/10665/325968/WHO-NMH_PND-2019.5-por.pdf?ua=1.