

O Cigarro e o Médico

Hisbello da Silva Campos

* - Médico do Centro de Referência Prof. Helio Fraga, da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, MS.

Pulmão - RJ - 1; 15 - 20, 1993

Resumo

O autor apresenta uma concisa revisão da história do tabagismo e da sua introdução na Europa, pelos navegadores, no século XV. Comenta por que o fumo deve ser considerado um vício semelhante ao da cocaína e apresenta dados epidemiológicos sobre a morbidade e sobre a mortalidade tabaco-determinadas. Revela resultados de programas anti-tabágicos em alguns países, enfocando o papel do médico no controle do tabagismo.

Summary

The author presents a brief revision on smoking's historic background and its introduction in Europe, in XV century, by the navigators. It's discussed why smoking should be considered a vice similar to cocaine's, and presented part of the epidemiological data on morbidity and mortality smoking-related. Some results of anti-smoking campaigns are presented and the role of the medical doctor on smoking control is focused.

Introdução

O fumo é a principal causa, isolada e evitável, de doença e morte no mundo ocidental. Também é a maior causa de poluição ambiental doméstica e importante fator de dano ecológico, já que no seu cultivo são necessárias grandes quantidades de agrotóxicos; no processo de "cura" da folha do tabaco é necessário queimar uma árvore para cada 300 cigarros produzidos: cerca de 15 a 25% dos incêndios, em todo o mundo, são causados por pontas de cigarros.

São atribuíveis ao uso do tabaco até 90% das mortes por câncer de pulmão, 84% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 55% das mortes por doença vascular cerebral, 45% das mortes por doença coronariana e, em menor proporção, os óbitos causados por aneurismas arteriais, úlceras do trato digestivo, câncer de útero, infecções respiratórias e câncer de laringe.

O tabagismo não só é causador de danos ao ecossistema e ao organismo do fumante, como também pode causar doença no fumante passivo, ou seja, naquele indiví-

duo não fumante ativo, porém exposto à poluição tabágica. Dependendo da intensidade do fumo e das condições de ventilação em ambientes fechados, as concentrações de monóxido de carbono (CO) e de elementos cancerígenos ultrapassam, em milhares de vezes, os padrões de qualidade do ar.

Desta forma, fica patente que o fumo é importante fator de agravo à saúde e, como tal, deve ser vigorosamente combatido pela classe médica. O presente trabalho apresenta uma breve revisão da história do tabagismo, comenta por que o fumo deve ser considerado um vício, apresenta alguns dados sobre a morbidade e sobre a mortalidade dele decorrentes e enfoca o papel do médico na luta anti-tabágica.

História do tabaco

O primeiro contato dos europeus com o fumo foi através de Colombo, no século XV. Quando o navegador espanhol chegou a Cuba, os nativos já usavam o fumo, aspirando fumaça de rolos feitos de folhas provenientes de uma árvore chamada CAOBA, através de canudos retos ou curvos, chamados TABACO.

Acredita-se que o fumo tenha chegado ao Brasil pela migração dos tupi-guaranis das Antilhas e dos Andes Bolivianos para a costa. Os índios o usavam apenas em rituais e cerimônias. Os pajés acreditavam que, com ele, podiam contactar espíritos e almas dos mortos, predizer o melhor momento para caçar, viajar ou atacar outras tribos. Julgavam ainda que a fumaça poderia purificá-los e protegê-los contra os maus-espíritos.

Viajantes europeus observaram que os indígenas das Antilhas, Flórida, Virgínia, México e Brasil não só aspiravam como também mascavam o fumo e, não raro, o inalavam sob a forma de pó (precursores do rapé). Esses hábitos foram adquiridos pelos colonizadores e, progressivamente, introduzidos na Europa.

A partir do século XVI, o tabaco brasileiro começou a ser levado para Portugal e passou a ter maior repercussão na Europa quando Jean Nicot, arquivista do rei da França, em missão diplomática em Portugal, em 1560, remeteu-lhe a planta e suas sementes, dizendo ser uma erva usada pelos nativos da América com "maravilhosos poderes curativos", pois lhe havia cicatrizado uma úlcera até então incurável. A planta foi

denominada "NICOTIANA" em homenagem a Nicot. Nesta época, o fumo era utilizado como medicamento, havendo relato de 59 doenças que teriam sido curadas pelo seu uso. Um exemplo clássico é o de Catherine de Médicis, rainha da França, que o usava para tratar suas enxaquecas. Servia também como dentífrico e para espantar epidemias. Na Grande Peste de 1664/1666, preconizou-se o uso do cachimbo para afastar a praga. Por volta de 1586, Sir Francis Drake, tendo aprendido a fumar com os índios da Virgínia, introduziu este hábito na Inglaterra. O rei Jaime I, possuído de verdadeira tabacofobia, caracterizou, profeticamente, o hábito de fumar como "desagradável à vista, odioso ao nariz, nocivo ao cérebro, perigoso aos pulmões, cujo fumo negro e fétido muito se parece com a horrível fumaça infernal do poço sem fundo".

A partir do século XVII, surgiu a primeira indústria do fumo - Virgínia Company, na Inglaterra. No Brasil, foi regulamentada a venda do fumo, sendo criada a Junta de Administração do Tabaco, que gerou as primeiras taxas, direitos e dízimos.

No século XVIII, o consumo do tabaco expandiu-se pelo mundo. Data dessa época a primeira proibição de fumar em local especificado: foi proibido fumar em navios, para evitarem-se incêndios a bordo. Em 1978, Push, médico norte-americano, publicou observações sobre o perigo do fumo para a saúde.

No século XIX, surgiu o charuto na Espanha e, em 1840, as cigarretes - tabacos mais puros, envoltos por papéis delicados. Em 1859, Bouisson, clínico francês, elaborou o primeiro estudo bem documentado de 68 pacientes do Hospital Montpellier com câncer dos lábios, da mucosa oral e da língua: 66 deles fumavam cachimbo. No Brasil, em 1882, Rui Barbosa, então ministro da Fazenda, criou o Imposto Sobre Produtos Industrializados (IPI) e tornou o fumo a principal fonte tributária do Estado.

No início do século XX, foram fundadas as principais companhias de fumo no Brasil, associadas, posteriormente, às multinacionais. Iniciou-se a publicidade do cigarro, relacionando-o a um melhor padrão de vida, ao charme à elegância e ao sucesso. O hábito de fumar começou a ser ainda mais difundido com a industrialização do cigarro a partir da Segunda Guerra Mundial. Atualmente, o tabaco é cultivado em cerca de 120 países. Aproximadamente 60% da pro-

dução mundial é colhida em países em desenvolvimento. Com a industrialização, 40% dos cigarros são produzidos nos países socialistas, por indústrias controladas pelo Estado; 20% por monopólios estatais e 40% por multinacionais.

Porque se fuma

Fumar é uma complexa associação de comportamentos dirigidos por fatores farmacológicos, psicológicos e sociais.

De uma certa forma, os fumantes usam o cigarro de diferentes maneiras e com diferentes objetivos, predominantemente para relaxar e/ou estimular, dependendo da situação. Embora crianças comecem a fumar por razões psicológicas e sociais (exemplo, rebeldia do adolescente, pressões do meio, identificação com o adulto), deve-se enfatizar que o componente farmacológico torna-se importante muito cedo. Apenas as formas de uso do tabaco que promovem absorção de nicotina pela corrente sanguínea - fumar cigarro, charuto ou cachimbo, aspirar ou mascar fumo - tornaram-se populares.

Fumar tem muitas das características importantes para o estabelecimento de um hábito:

- a) libera um poderoso estimulador químico para o cérebro rapidamente;
- b) o comportamento necessário para cumpri-lo é extremamente simples e facilmente aprendido;
- c) a nicotina, por si só, facilita este aprendizado, através de seu efeito;
- d) o "treinamento" é contínuo - um fumante médio (20 cigarros/dia) tragará 200 vezes ao dia, 6.000 vezes ao mês, mais de 73.000 vezes por ano;
- e) a privação produz sintomas de abstinência que levam a continuar fumando para evitá-los;
- f) é legal, relativamente barato, muito divulgado e facilmente acessível;
- g) é socialmente aceitável (embora cada vez menos em alguns países).

A substância responsável pela adição ao vício tabágico é a nicotina, e os processos farmacológicos e comportamentais que determinam esta adição são similares aos da heroína e aos da cocaína. A nicotina atua por meio de formações subcelulares localizadas no sistema nervoso central e neurônios periféricos.

* - Neste texto, pela universidade de seu uso, o termo "cigarro" será também empregado como sinônimo de "fumo" e "tabagismo".

Os receptores da nicotina são específicos, reconhecendo a droga e com ela reagindo, causando múltiplas interações de efeitos à distância, incluindo a liberação de

hormônios psicoativos e neuropeptídeos. O uso continuado da nicotina aumenta a dependência e a tolerância pela qual doses maiores tornam-se necessárias para alcançar um nível especificado de respostas. Sua supressão desencadeia sintomas de intensidade variável, caracterizando a síndrome de abstinência. As crises de abstinência ao fumo têm relação com as moléculas de nicotina alojadas nas células cerebrais; privadas da nicotina, elas enviam sinais químicos ao organismo, gerando sintomas considerados insuportáveis por muito fumantes.

É importante lembrar que, mesmo que os aspectos psicológicos e farmacológicos sejam, complementares, fumar é, no mínimo, um hábito; nas últimas décadas, fumar tem sido considerado um ato social. As crianças crescem num mundo em que cigarros são vendidos em todo lugar, em que pessoas respeitadas e admiradas fumam e em que, até há pouco tempo, não se fazia quase nenhuma restrição ao ato de fumar em locais públicos, escolas, estabelecimentos comerciais e até mesmo em consultórios médicos e hospitais. A maciça publicidade, alardeando os "benefícios e vantagens" decorrentes do tabagismo, dirigida principalmente ao público jovem e às mulheres, associada à aceitação do vício tabágico como um fato natural pela sociedade, gera, entre os jovens, um impulso ao hábito de fumar.

Magnitude do tabagismo

Estima-se que existem cerca de 1 bilhão de fumantes em todo o mundo, responsáveis pelo consumo de cerca de 5 trilhões de cigarros anualmente, gastando com o fumo cerca de 100 milhões de dólares. Nos países industrializados, existem proporções iguais de homens e mulheres fumantes. Nestes países, um terço dos homens maiores de 15 anos fuma, enquanto nos países do terceiro mundo esta proporção é maior (50%).

A indústria necessita de 2 a 2,5 milhões de novos fumantes a cada ano, para substituir os que deixaram de fumar e os que morreram. Quase 90% dos novos fumantes são adolescentes. Estima-se que 5.000 jovens incorporem-se ao tabagismo diariamente em todo o mundo. No inquérito sobre tabagismo entre adolescentes realizado pelo Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar dos EEUU, em 1979, foi perguntado aos entrevistados: "O que você diria da possibilidade de, daqui a 5 anos, você ser um fumante?" Entre os fumantes, metade respondeu: "definitivamente não" ou "provavelmente não". Estas respostas sugerem que muitas crianças e adolescentes desconhecem ou subestimam a natureza aditiva do tabagismo.

O consumo de cigarros e as doenças tabaco-associadas vêm crescendo forma importante nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o crescimento do consumo de cigarros, entre 1971 e 1981, excedeu o crescimento populacional nos países menos desenvolvidos. No Brasil, o aumento global do consumo anual de cigarros de 1970 (72,7 bilhões de unidades) a 1977 (125 bilhões de unidades) foi da ordem de 71,9%, enquanto o crescimento da população brasileira, no mesmo período, foi de apenas 16,8%. Entre 1970 e 1987, enquanto a população cresceu 49%, o consumo de cigarros cresceu 132%. Se for considerado apenas o consumo pela população maior de 20 anos, observa-se que, enquanto esta cresceu 76% entre 1970 e 1988, o consumo anual elevou-se em 117% no mesmo período. Certamente, parte desse incremento no consumo de cigarros seja decorrente do grande volume de dinheiro que vem sendo aplicado na publicidade do cigarro nos últimos anos. Em todo o mundo, estima-se que sejam gastos 3 bilhões de dólares, anualmente, na publicidade do cigarro. Nos EEUU, gastam-se 2 bilhões, no Canadá, 75 milhões e, na Grã Bretanha, 3,2 milhões de dólares, por exemplo. Em quase todos os países, a indústria do fumo gasta mais na promoção do cigarro do que os governos gastam em educação para a saúde.

Em 1988, um estudo do Ministério da Saúde estimou que 39% da população brasileira maior que 17 anos fuma - apesar de 86% dos entrevistados verem o tabagismo como o principal fator prejudicial à saúde em nossa época - consumindo 161,3 bilhões de cigarros por ano. A maior parte dos fumantes são homens, que começam a fumar entre os 10 e 18 anos de idade, justamente a faixa mais vulnerável às propagandas do cigarro. É nessa idade que mais se deseja o que é oferecido pela publicidade: luxo, beleza, charme e destaque. A proporção de fumantes é alta e semelhante em todas as faixas etárias, sendo maior entre os 25 e 44 anos. Se observada a distribuição do tabagismo entre as faixas sociais, constata-se que as mais baixas (D e E), além de fumarem mais que as mais altas (A e B), consomem os cigarros com maiores teores de alcatrão e nicotina. Fuma-se menos na região Nordeste (32%) e mais nas regiões Sul (42%) e Sudeste (40%), onde, além das proporções de fumantes serem maiores, fuma-se com mais intensidade.

Como o cigarro causa doença e morte

O tabaco processado, não adulterado, contém, pelo menos, 2.550 componentes

conhecidos. Até o momento, 43 são comprovadamente carcinogênicos. A parte principal do tabaco seco consiste em carboidratos e proteínas. Outros constituintes importantes são os alcalóides (0,5 a 5%), com a nicotina como o composto principal (90 a 95% dos alcalóides totais); terpenos (0,1 a 3%); polifenóis (0,5 a 4,5%); fitosteróis (0,1 a 2,5%); ácidos carboxílicos (0,1 a 0,7%); alcanos (0,1 a 0,4%) e nitratos alcalinos (0,001 a 5%). Além disso, o tabaco contém traços de hidrocarbonetos aromáticos, aldeídos, cetonas, aminas, nitrilas, compostos N e O-heterocíclicos, pesticidas e mais de 30 componentes metálicos.

O número estimado de compostos na fumaça do tabaco supera 4.000, incluindo muitos que são farmacologicamente ativos, mutagênicos e carcinogênicos. Entre as substâncias comprovadamente carcinogênicas, destacam-se as da família dos hidrocarbonetos aromáticos (que, com outras substâncias, constituem o alcatrão), cujo maior representante é o benzopireno. Contém ainda o grupo das aminas aromáticas - nitrosaminas, os chamados "oncoiniciadores" (reação de dienos), "oncoaceleradores" (N-alquil carbazóis) e "oncopromotores" (N-alquil aminofenóis). O fumo aumenta a produção de hidroxilase aril-hidrocarboneto, que decompõe os hidrocarbonetos em epóxidos de maior atividade oncogênica. Por outro lado, diminui a atividade dos linfócitos citotóxicos (T "killer"), destruidores de células cancerosas. O fumo contém ainda elementos radioativos - carbono 14 e polônio 210. Os alfa emissores deste último concentram-se nas bifurcações dos brônquios. Quem fuma 30 cigarros por dia, recebe irradiação equivalente à dose superficial causada por 300 radiografias.

Segundo a OMS, o tabagismo é responsável por 30% das mortes causadas por todos os tipos de câncer. Cerca de 80 a 90% dos cânceres de pulmão, 40% dos de bexiga, 85% das doenças pulmonares obstrutivas crônicas, 50% dos acidentes vasculares cerebrais e 40% das mortes por infarto do miocárdio em pessoas com menos de 65 anos são também causadas pelo tabagismo.

A ação sobre o sistema cardiovascular é exercida especialmente pela nicotina e monóxido de carbono (CO). À primeira, possui efeito vasoconstrictor direto e indireto, estimulando a liberação de catecolaminas. O segundo, com 250 vezes mais afinidade com a hemoglobina que o oxigênio, forma a carboxihemoglobina, reduzindo a oxigenação dos tecidos. A aceleração do ritmo cardíaco, elevação da pressão sanguínea e hipóxia continuada, causadas pelo fumo, obrigam o miocárdio do fumante a trabalhar mais, em piores condições. Nos fumantes,

há ainda deficiências de prostaglandinas, propiciando assim a agregação de plaquetas. Isso, associado ao aumento das lipoproteínas de baixa densidade e diminuição das de alta densidade, que ocorrem nos fumantes, contribui para o desenvolvimento da aterosclerose.

Além dos efeitos nocivos das substâncias inaladas com a queima do tabaco, o fumo interage ainda com diversos medicamentos, alterando seus efeitos farmacodinâmicos, resultando em prejuízos terapêuticos para os fumantes. O mecanismo mais frequente de interação do fumo com medicamentos é através de alterações nas enzimas hepáticas. O fumo pode acelerar o metabolismo, estimulando ou inibindo enzimas atuantes sobre certas drogas. Para a maioria das interações e intensidades de efeitos, há relação com a quantidade de cigarros consumidos por dia. Destacam-se 3 mecanismos de interferência do fumo na farmacologia dos medicamentos:

1) aceleração metabólica, encurtando a meia-vida da droga, ocasionando redução na concentração sérica; maior eliminação e consequente diminuição dos efeitos terapêuticos. Exemplos: fenacetina, antipirina, cafeína, teofilina, pentazocina, heparina, antidepressivos tricíclicos, benzodiazepínicos e fenotiazinas;

2) efeitos antagônicos ao da droga. Exemplos: cimetidina, ranitidina e propanolol;

3) adição de efeitos colaterais, aumento da ação tóxica. Exemplo: Anticoncepcionais orais.

Muitos dos fumantes usam marcas de baixos teores de nicotina e alcatrão, na esperança de reduzirem os riscos do tabagismo. É provável que, de algum modo, eles realmente se beneficiem. Mas esses benefícios são mínimos quando comparados aos obtidos com a cessação ao hábito de fumar. Pode haver alguma redução do risco para câncer de pulmão e de laringe, mas não há dados expressivos de que os riscos para outras doenças tabaco-associadas sejam reduzidos. As informações sobre as concentrações de nicotina e alcatrão no cigarro, divulgadas pela publicidade, nem sempre correspondem às taxas reais a que se expõem os fumantes. Um cigarro, anunciado como situado na faixa de 1 a 5 mg de alcatrão, pode situar-se na faixa de 15 a 20, dependendo do número e da intensidade das tragadas e da obstrução dos poros do filtro pelos dedos ou lábios do fumante.

Um inquérito realizado pela OPAS, em 1970, em 8 cidades latino-americanas, incluindo São Paulo, apurou que os fumantes de 40 a 72 anos de idade, em comparação com os não-fumantes da mesma idade, passaram mais dias retidos no leito (74%) e

acusaram maior absenteísmo ao trabalho (53%).

No Brasil, as doenças respiratórias, cardiovasculares e neoplasias - todas, em sua grande parte, relacionadas ao tabaco - estão entre as maiores causas de internação na rede pública e contratada do INAMPS. Estas doenças causam absenteísmo ao trabalho e queda da qualidade de vida.

O tabagismo também compromete a gravidez e causa danos ao feto, quando a mulher grávida fuma. Ele eleva o risco de abortamento, sangramentos, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, ruptura prematura de bolsa; causa maior proporção de crianças com baixo peso e menor comprimento; torna maior o risco de o bebê nascer com defeitos congênitos; eleva o risco da síndrome de morte súbita infantil de acordo com o número de cigarros consumidos na gravidez.

A associação de pílula anticoncepcional ao fumo eleva em até 44% o risco relativo de infarto do miocárdio, hemorragia subaracnoídea e tromboembolismo pulmonar. O cigarro também pode antecipar a menopausa.

O fumante passivo também tem risco maior de contrair e morrer por doenças tabaco-relacionadas. Após 8 horas de exposição à poluição tabágica, a carboxihemoglobina pode atingir taxas de 8% ou mais em fumantes passivos. Ao fim de uma jornada de trabalho em ambiente poluído pelo fumo, o fumante passivo pode ter inalado o equivalente a ter fumado de 1 a 4 cigarros. Como os poluentes do cigarro dispersam-se homogênea na atmosfera ambiental, os não-fumantes situados próximos ou afastados dos tabagistas inalam quantidades semelhantes de substâncias tóxicas. Daí, a separação de assentos para fumantes e não-fumantes em avião é de pouco valor.

A nicotina e a cotinina (metabólito da nicotina) podem ser encontradas no sangue de crianças com poucos dias de vida, desde que coexistam com fumantes. As crianças de baixa idade são particularmente sensíveis à poluição tabágica e, como vivem a maior parte do tempo confinadas em seus domicílios, sofrem por mais tempo seus efeitos tóxicos. Filhos de pais fumantes têm mais problemas respiratórios - infecção respiratória baixa, bronquite, bronquiolite, quadros asmáticos, pneumonias - do que filhos de pais não-fumantes.

Da mesma forma, fumantes involuntários adultos apresentam problemas respiratórios - doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer de pulmão - com frequência maior do que pessoas que não vivem ou trabalham em ambientes poluídos pelo fumo.

Nos EEUU, os custos diretos (assistência às doenças tabaco-associadas) e os in-

diretos (dias de trabalho perdidos, pensões, etc) são estimados em mais de 41 bilhões de dólares por ano. Em 1981, por exemplo, houve 81 milhões de homens/dia perdidos de trabalho (mais de 20% dos dias de absenteísmo) ocasionados pelo tabagismo. Na Inglaterra, pela mesma causa, perdem-se 50 milhões de homens/dia de trabalho, anualmente, o que equivale à ausência ao trabalho de cerca de 95 mil trabalhadores. Nos EEUU, Canadá, Inglaterra e Austrália, os custos da assistência às doenças tabaco-associadas oscilam entre 3 e 9% do total das despesas médico-assistenciais.

Embora já se suspeitasse dos seus efeitos nocivos à saúde por quase 400 anos, o primeiro relato de impressões clínicas da relação entre fumo e doença data do século XVIII, quando o tabagismo foi associado aos cânceres de lábio e de nariz. Entretanto, conhecimento "verdadeiramente científico" sobre os efeitos do fumo na saúde só foi obtido no presente século. BRODERS, em 1920, publicou um artigo ligando o uso do tabaco ao câncer de lábio e, 8 anos depois, LOMBARD e DOERING publicaram trabalho no qual mostravam que câncer de pulmão era mais frequente entre fumantes "pesados" do que entre controles. Posteriormente, PEARL observou que fumantes "pesados" têm menor expectativa de vida do que não-fumantes. Desde então, numerosos estudos laboratoriais, anátomo-patológicos e epidemiológicos comprovaram a relação entre fumar, doença e morte.

Peritos da OMS afirmam que o tabagismo é a maior causa, isolada e evitável, de doença e morte no mundo ocidental. O cigarro, segundo estimativos da OMS, causa 1 milhão de mortes, anualmente, em países industrializados. Um quarto destas vítimas são mulheres, já que vem sendo notado aumento do hábito tabágico entre elas. Em todo o mundo, causa 2,5 milhões de mortes, anualmente, o que representa 5% da mortalidade geral mundial. Nos EEUU, o tabagismo é a principal causa de doença e morte entre adultos, sendo diretamente responsável por um quarto de todas as mortes nesse grupo etário.

Num estudo realizado nas populações de 25 estados norte-americanos, a mortalidade global proporcional nos fumantes, em comparação com os que nunca fumaram, foi 38% superior na faixa de 45 a 54 anos e 25% maior na faixa de 55 a 64 anos. Nesse mesmo estudo, verificou-se que a média de excesso de mortalidade nos que iniciaram o tabagismo antes dos 15 anos, e que fumavam de 10 a 20 cigarros por dia, foi de 2,45. Para os que começaram a fumar entre os 20 e 24 anos, consumindo 10 a 20 cigarros ao dia, o excesso de mortalidade foi de 1,36 e de 1,56 para os que consumiam 40 ou

mais cigarros por dia. O Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar dos EEUU apurou que as pessoas de 25 anos de idade, fumantes de 1-9, 10-19, 20-39 e 40 ou mais cigarros diários têm diminuição da esperança de vida, respectivamente de 4,6 - 5,5 - 6,2 e 8,3 anos.

Fumar significa viver menos e pior

Em 1986, o percentual de óbitos devidos ao cigarro, em relação à mortalidade geral, era, por exemplo, de 21% na Alemanha, 19% nos EEUU, 18% na Inglaterra 14% na França e de 10% na Austrália. Na Inglaterra, o tabagismo é a principal causa isolada de morte; estima-se que ocorrem 100.000 óbitos anuais entre os 26 milhões de fumantes ingleses. No Brasil, estima-se que de oitenta a cem mil pessoas morram precocemente, por ano, pelo fumo. Em outras palavras: Cerca de 10 brasileiros morrem, por hora, precocemente, pelo fumo.

Ações governamentais para o controle do tabagismo

A participação de entidades governamentais no controle do tabagismo é muito importante. Em última instância, um governo tem de almejar a saúde e o bem-estar de seu povo. O recolhimento de impostos que incidem sobre o tabaco é significativo para a Economia, mas os prejuízos sociais e humanos superam qualquer questionamento puramente econômico.

A cultura do tabaco é importante para a macroeconomia e, particularmente, para a economia da região Sul do Brasil - classificado como o 5º maior exportador da folha e dos produtos manufaturados do tabaco. As taxas sobre cigarros, no Brasil, estão entre as mais altas do mundo (75% do preço de venda ao consumidor) e representam cerca de 12% do todo arrecadado por impostos. Entretanto, não é ético incentivar o consumo de derivados do tabaco visando a um maior recolhimento de impostos.

Em 1985, foi criado o Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo e, em 1986, surgiu o Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF), do Ministério da Saúde. O principal objetivo do PNCF é reduzir o consumo de produtos do tabaco, diminuindo, assim, a incidência de doenças tabaco-associadas.

Como resultado das ações de controle do tabagismo, pode-se observar a redução da proporção de fumantes em alguns países. No Reino Unido, por exemplo, em 1972, 46% da população fumava; em 1984, 34%. Nos últimos 20 anos, 40 milhões de pessoas nos EEUU, 10 milhões na Inglaterr

ra e 6,5% milhões no Canadá pararam de fumar. A prevalência de fumantes nos EEUU, em 1976, era de 52,4 milhões de adultos, o que representava 36,7% da população. Em 1985, existiam 51,1 milhões de fumantes naquele país (30,4% da população). Neste mesmo país, o consumo médio de cigarros, no sexo masculino, era de 21,8 cigarros/dia e de 18,1 entre as mulheres.

Em 68 nações já existem algum tipo de legislação federal visando, de alguma forma, ao combate ao tabagismo. No Brasil, há a lei nº 7488 que instituiu o Dia Nacional de Combate ao Fumo, a ser comemorado em todos os dias 29 de agosto. Há também a que regula a publicidade do cigarro e a obrigatoriedade de ser impressa nos maços e nas publicidades de cigarro a advertência de que fumar faz mal à saúde.

Um processo educacional prévio é fator essencial na elaboração, aplicação e respeito à legislação anti-fumo. Esclarecimentos prévios sobre os efeitos nocivos do tabaco sobre os fumantes e sobre os não-fumantes expostos à poluição ambiental que ele determina são fundamentais para a aplicação e respeito às leis anti-fumo.

O médico na luta anti-tabágica

Os profissionais de saúde têm papel-chave na promoção da saúde. Entre aqueles, o médico é o personagem principal. É o mais importante líder de opinião na luta anti-tabágica e sua cooperação é imprescindível. Segundo estudo da American Cancer Society, 56% dos fumantes consideram que o médico tem poderes para impedir as pessoas de fumarem. As 3 principais razões da importância dos médicos em campanhas anti-tabágicas são:

1) Os médicos estão entre os mais respeitados e acreditados profissionais. Fumantes podem ignorar conselhos dados por familiares preocupados ou não se importar com os olhares agressivos de fumantes passivos incomodados; entretanto, aceitam, com prazer, conselhos médicos. Por isso, médicos devem ser exemplos de comportamento anti-tabágico.

2) Pacientes que fumam podem ser particularmente susceptíveis a receberem apoio para parar de fumar quando visitam um médico. RUSSEL disse que: "**Quando consultam o médico, as pessoas estão numa situação onde a percepção de sua própria vulnerabilidade às ameaças à saúde é máxima, especialmente se a queixa é relacionada ao seu tabagismo.** Aconselhamento, nesta situação, de acordo com os mandamentos da teoria da Comunicação, é muito efetivo".

3) Estudos mostram que mesmo uma mínima intervenção médica (aconselhamento

do paciente por poucos minutos e um folheto sobre o tema, por exemplo) pode ter êxito, aumentando as taxas de abandono ao hábito de fumar em até 5 pontos percentuais. Este efeito, quando multiplicado em grandes populações de fumantes que consultam médicos, pode ser traduzido em tentativas bem sucedidas de parar de fumar por milhões de pessoas.

Inúmeros estudos revelam que a maioria dos fumantes espera alguma forma de ajuda por parte dos médicos. É sabido que todos os métodos para deixar de fumar só dão resultados significativos quando têm o apoio e aconselhamento médico. Estudos ingleses recentes mostram que 50% dos fumantes com doenças tabaco-associada param de fumar por aconselhamento médico. É contando com essa extraordinária potencialidade dos médicos, que a OMS considera que o alvo principal da ação anti-fumo deve ser centrado nos profissionais de saúde.

Reconhecer o uso do tabaco como um vício é crítico tanto para tratar o fumante como para entender por que as pessoas continuam a fumar apesar de reconhecerem os riscos à saúde causados pelo fumo.

Há cerca de 35 milhões de ex-fumantes nos EEUU e de 10 milhões no Reino Unido, indicando que parar de fumar é possível. Para deixar de fumar, é fundamental que o fumante:

- 1) compreenda que fumar é perigoso;
- 2) aceite a relevância pessoal dessa informação;
- 3) conscientize-se de que parar de fumar é útil do ponto de vista da saúde;
- 4) reconheça que parar é possível (em vez de imaginar que é tão difícil que qualquer tentativa fracassará);
- 5) decida parar;
- 6) tente parar;
- 7) pare de fumar;
- 8) mantenha-se sem fumar.

As estratégias para promover a parada do vício tabágico devem contemplar todos esses passos. Para os 3 primeiros itens, a motivação é fundamental. Nos passos 4 e 5, o encorajamento e, nos 3 últimos, o apoio. O médico, ao promover a saúde de sua clientela, evitando a adesão ao fumo por parte dos jovens e incentivando a parada do hábito tabágico entre os fumantes, deve estar preparado para atuar em todos esses estágios. Deve conscientizar o fumante de que parar de fumar é bom em qualquer momento, independentemente do tempo que já fumou, contrariando a crença habitual de que o cigarro já fez o mal que poderia fazer em seus pulmões e que parar, então, não tem valor.

A atitude da classe médica é observada atentamente pelo público, sobre o qual exer-

ce influência. O código de ética médica de Cuba inclui o não fumar como norma de conduta dos profissionais. Quando médicos fumam, prejudicam a credibilidade de uma campanha anti-tabágica. No final da década de 60, o Serviço de Saúde Pública dos EEUU produziu e distribuiu um poster simples, em preto e branco, com os seguintes dizeres em letras gigantes: "100.000 médicos deixaram de fumar". Em letras pequenas, o rodapé do poster dizia: "Talvez eles saibam alguma coisa que você desconhece".

Conselho é bom, mas exemplo é melhor

Agradecimento

Meu agradecimento à minha esposa, Maria Beatriz, pela revisão gramatical deste texto.

Referências bibliográficas

- 1) Anda RF, Remington PL, Sienko DG et al. Are physicians advising smokers to quit? The patients perspective. JAMA 1987;257: 1916-1919.
- 2) Balajaran R et al. Smoking and State of Health. Br Med J 1985;191 : 1682.
- 3) Boulton M, Williams A. Health education in the general practice consultation: doctor's advice on diet, alcohol and smoking. The Health Education Journal 1983;42:57-63.
- 4) British Thoracic Society. Comparison of four methods of smoking withdrawal in patients with smoking related diseases. Br Med J 1983;286 : 595-597.
- 5) Broders AC. Squamous-cell epithelioma of the lip. A study of five hundred and thirty-seven cases. JAMA 1920;74 (10): 656-664.
- 6) Chandler WU. Banishing tobacco. S.1., Worldwatch Institute, 1986. 1v. (Paper 68).
- 7) Davis RM. Uniting Physicians Against Smoking: The Need for a Coordinated National Strategy. (Editorial). JAMA 1988;259 (19): 2900-2901.
- 8) Ewart CK et al. Increasing physicians antismoking influence by applying an feedback technique. J Med Education 1983;58:468.
- 9) Gunby P. Surgeon General Emphasizes Nicotine Addiction in Annual Report on Tobacco Use. Consequences. JAMA 1988;259 (19): 2811.
- 10) Hammond EC. Smoking in relation to the death rates of one million men and women. National Cancer Institute Monography 1966;19:27.
- 11) Hammond EC. Life expectancy of

American men in relation to their smoking habits. Journal of the National Cancer Institute 1969;43(4): 951-962.

12) Joly DJ. El habito de fumar cigarillos en America Latina: una encuesta en ocho ciudades. Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana 1975;79:83.

13) Kahn HA. The Dorn study of smoking and mortality among U.S. veterans: Report on eight and one-half years of observation. In: Haenszel W (Ed) Epidemiological Approaches to the Study of Cancer and Other Chronic Diseases, NCI Monography 19. U.S. Public Health Service, National Cancer Institute, January 1966, pp 1-125.

14) Leventhal H, Glynn K, Fleming R. Is the smoking decision an "informed choice"? Effect of smoking risk factors on smoking beliefs. JAMA 1987;257(24): 3373-3376.

15) LPM - Levantamentos e Pesquisas de Marketing Ltda. Projeto Saúde. Estudo sobre estilo de vida para o Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Doenças Crônico-degenerativas. LPM - 61.88 - 2909; 29.11.88.

16) Lombard HL, Doering CR. Classics in Oncology. Cancer studies in Massachusetts. 2. Habits, characteristics and environment of individuals with and without cancer. New Engl J Med 1928;198:481-487.

17) Ministério da Saúde. Programa Nacional de Combate ao Fumo. Estrutura de um programa de controle do tabagismo. Relatório técnico, 1989.

18) Ockene JK. Smoking intervention: the expanding role of the physician. Am J Public Health 1987;77 : 782-783.

19) Organisation Mondiale de la Santé. Estrategie de lutte antitabac dans le pays en developpement. Serie de Informes Tecnicos 695. Genebra, 1983.

20) Pearl R. Tobacco smoking and longevity. Science 1983;87 (2252): 216-217.

21) Population and Human Resources Division, Brazil Country Department, World Bank. Health Policy in Brazil: Adjusting to new challenges. Washington D.C. Draft os May 15, 1989.

22) Porter AMW, McCullough DM. Counselling against cigarette smoking: A controlled study from a general practice. Practitioner 1972; 209:686-689.

23) Ramstrom L, Raw M, Wood M (Eds). Guidelines on smoking cessation for the primary health care team. Report of a Joint World Health Organization/International Union Against Cancer. Royal Society of Medicine, London. April 27-28, 1987. p. 17.

24) Rosemberg J. Por que médicos continuam a fumar? (Editorial). Rev. Paul Med 1988;106(4): 179-182.

25) Rosser WW. Ways of helping patients to stop smoking. Can Fam Phys 1979;25:923.

26) Rosser WW. The role of the family physician in smoking cessation. Can Fam Phys 1984;30: 160-168.

27) Russel MAH. Cigarette dependence: II. Doctor's role in management. Br Med J 1971;22:393-395.

28) Schwartz JL. Review and Evaluation of Smoking Cessation Methods: The United States and Canada, 1978-1985. Publication (NIH) 87-2940, Bethesda, Md, National Cancer Institute, 1987, pp 50-59.

29) U.S. Department of Health and Human Services. Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health. DHHS Publication Nº (CDC) 88-8406, 1988.

30) Wetzler HP, Cruess DF. Self-reported physical health practices and health care utilization: Findings from the National Health Interview Survey. Am J Public Health 1985;75: 1329-1330.

Alergomed

Alergomed soluções diagnósticas para testes cutâneos e spray nasal

Composição - Antígenos de várias concentrações glicerinadas para testes de puntura e escarificação. Antígenos aquosos de várias concentrações para teste intracutâneo. **Disponível** - Ácaros, poeira, fungos, epitélios, pólenes. **Precaução** - Drogas antialérgicas como antihistamínicos, cromoglicato dissódico, corticosteróides e drogas simpaticomiméticas, devem ter seu uso descontinuado para evitar resultados falso negativos. Conforme o medicamento a paralização deve ser feita de 24h à 30 dias antes da realização do teste. **Precaução** (teste intradérmico) - antes de injetar o antígeno, puxar lentamente o êmbolo da seringa. Se houver influxo de sangue retirar a agulha e injetar em outro local. **Efeitos colaterais** - Em casos excepcionais, eritema e tumefação no local da aplicação. **Reações adversas** - Em algumas ocasiões, especialmente, com teste intradérmico podem acontecer reações sistêmicas. **Apresentação** - Para puntura e escarificação: frascos com 3 ml. Para teste intradérmico: frascos com 2,5 ml.

Spray nasal - soluções diagnósticas para provocação nasal

Composição - Antígenos aquosos de várias concentrações para teste de provocação apenas em rinite alérgica. **Disponível** - Ácaros, poeira, fungos, epitélios, pólenes. **Contra-indicação** - Paciente com história de bronquite ou asma alérgica. **Apresentação** - Frascos com 3 ml. Informações completas disponíveis mediante solicitação.

Alergomed vacinas hipossensibilizantes

Composição - Antígenos de composições e concentrações variadas, conforme a sensibilidade do paciente. **Disponível** - Ácaros, poeira, fungos, epitélios, pólenes. **Propriedades** - Tratamento causal de alergias por inalantes. **Indicações** - Doenças alérgicas como: asma brônquica, conjuntivite, rinite, sinusite, otite, esofagite, etc., causadas por antígenos inalantes. **Posologia** - Individual: Vide esquema de aplicação. **Precauções** - Injeção subcutânea: aplicação sob controle médico. Repouso durante 30 minutos após aplicação. **Efeitos colaterais** - Em caso de reações locais ou sistêmicas exageradas: redução da dose. Aplicação de gelo no local. Adrenalina e corticosteróides em casos graves. **Contra-indicações** - Gravidez, doenças consuntivas, doenças imunológicas, doenças infecciosas e inflamatórias. **Apresentações** - ALERGOMED DEPOT: Inicial: 3 frascos com 4,5 ml. Manutenção: 1 frasco com 4,5 ml. ALERGOMED AQUOSA: Inicial: 4 frascos com 4,5 ml. Manutenção: 1 frasco com 4,5 ml. ALERGOMED ORAL: Inicial: 3 frascos com 25 ml. Manutenção: 1 frasco com 25 ml. **Duração** - Inicial: 3 a 8 meses. Manutenção: Até completar aproximadamente 2 anos de tratamento.

Hipossensibilização tópica - spray nasal

Composição - Antígenos de composição e concentração variadas, conforme a sensibilização do paciente. **Disponível** - Ácaros, poeira, fungos, epitélios, pólenes. **Propriedade** - Tratamento causal de rinite alérgica. **Posologia** - Individual: Vide esquema de aplicação. **Precauções** - Prender a respiração durante a aplicação. **Contra-indicações** - Gravidez, doenças consuntivas, doenças imunológicas, bronquite, asma brônquica, doenças infecciosas e inflamatórias. **Apresentações** - Inicial: 3 frascos com 3 ml. Manutenção: 1 frasco com 3 ml. **Duração** - Inicial: Aproximadamente 3 meses. Manutenção: Até completar aproximadamente 2 anos de tratamento. Informações completas disponíveis mediante solicitação.

MERCK
Merck S.A. - Indústrias Químicas
Estrada dos Bandeirantes, 1000
Cp. 22710-571 - Rio de Janeiro - RJ