

Fumo e Saúde

Antonio Pedro Mirra

UNITERMOS: *Fumo, saúde.*

KEY WORDS: *Smoking, health.*

RESUMO: *O A. considera o tabagismo como um problema amplo e complexo. Ele apresenta implicações sócio-econômicas, políticas, ecológicas e de prejuízos ao patrimônio comunitário, bem como à saúde do homem.*

O tabagista deve ser considerado como um poluidor de si mesmo e do seu meio ambiente.

O tabagismo, nos nossos dias, é, indiscutivelmente, um flagelo que vem afetando a saúde das populações da grande maioria dos países.

Entretanto, ele não é responsável apenas por esses malefícios; implicações sócio-econômicas, políticas, ecológicas e de prejuízos ao patrimônio comunitário estão presentes.

O problema do tabagismo é amplo e complexo.

Isto levou a Organização Mundial da Saúde, a União Internacional Contra o Câncer e outros órgãos internacionais de saúde a colocarem o combate à prática do fumar, como prioritário em todo o mundo, pois, o tabagismo deve ser considerado como uma verdadeira pandemia e assim encarada. Esta é a razão das recomendações feitas para o desenvolvimento de programas de âmbito nacional a seus países membros, de modo a esclarecer as populações sobre os malefícios do fumar e promulgar leis restritivas ao consumo e propaganda de cigarros.

Para dar mais destaque a esta preocupação, a OMS destinou o ano de 1980 como o ano mundial de combate ao tabagismo, adotando a frase: "Fumo ou Saúde, a Decisão é Sua".

E assim o Brasil, como país membro da OMS, não poderia se furtar à responsabilidade de enfrentar este grave problema. E este papel foi assumido, oficialmente, pela Associação Médica Brasileira, constituindo o PROGRAMA NACIONAL CONTRA O FUMO.

Em muitos Estados da Federação, os seus governos se integraram nesta luta.

E para ns brasileiros, este problema realmente tem grandes dimensões?

Podemos responder afirmativamente, considerando os seguintes fatos:

1) É um país que 1/5 da população (24 milhões de pessoas aproximadamente) fuma cerca de 130 bilhões de cigarros/ano, ou seja, 1105 cigarros per capita/ano⁽¹⁾ e que passa a 1955 cigarros per capita/ano entre os indivíduos com mais de 15 anos de idade (consumo de 1,8 Kg/adulto/ano).

Ocupamos o 5.º lugar em consumo de cigarros, estando acima de nós apenas os EEUU (3656 cigarros/), Japão (3246 cigarros/), Venezuela (2674 cigarros/) e Argentina (2004 cigarros/).

2) A população brasileira é constituída por jovens, predominantemente, ou seja, 48,5% dos habitantes estão na faixa etária de até 20 anos; outro grupo de destaque é a população feminina (50,3%) ⁽⁴⁾.

E são, precisamente, estes grupos da população brasileira os mais visados pela propaganda milionária das indústrias do fumo; pretende-se conquistar cerca de 6 a 7 milhões de novos fumantes, com um aumento de consumo de 10 milhões de cigarros por mês.

3) Há implicações sócio-econômicas, pois, 42% da população economicamente ativa percebe até 3 salários mínimos. Os gastos com o fumar têm repercussões para o orçamento familiar, em detrimento da aquisição de alimentos.

4) O absentismo ao trabalho por doenças causadas pela prática do fumar é uma constante, com grandes repercussões para a produção do país. Os fumantes adoecem, em média, 3,5 vezes mais que os abstêmios.

No inquérito feito pela OPAS (1970/1972) em 8 cidades latino-americanas (São Paulo inclusive) verificou-se que os homens fumantes, nestes centros urbanos pesquisados, permanecem mais dias acamados que os não-fumantes.

O quociente por ano-pessoa dos fumantes, em confronto com os abstêmios, para os dias retidos no leito, é de 1,09 no grupo de 15 a 74 anos e sobe a 1,74 na faixa etária de 40 a 74 anos. O absentismo pelos fumantes foi de 1,26 vezes mais, muito próximo ao dos EEUU (1,24). Neste último país há perda de 77 milhões de dias/ano ⁽⁸⁾.

5) Entre os aspectos políticos está a revisão de legislação e/ou aprovação de novas leis (controle da propaganda de cigarros; proibição de fumar em determinados locais, venda de cigarros e similares, taxaço de impostos, advertência dos riscos do tabagismo), e as modificações de programas econômicos (estabelecimento de incentivos fiscais ou equivalentes para a conversão progressiva de culturas de fumo em outras de maior interesse comunitários; desencorajamento de investimentos de capital nacional e estrangeiro em indústrias e culturas de tabaco; desestímulo da aplicação do Fundo 157 na cultura e indústria do fumo).

6) A prática do fumar é responsável por modificações ecológicas e de prejuízos ao patrimônio comunitário. Em nossos dias, 30% dos incêndios são causados pelo cigarro; cada hectare de plantação de fumo implica uma devastação de idêntica área de florestas; 300 cigarros fabricados exigem a queima de uma árvore; duas árvores por mês são destruídas, em média, por um fumante de 20 cigarros/dia; o consumo de 20 cigarros transforma mais de 100 mil centímetros quadrados de papel em cinzas, que permitiriam o preparo de 65 páginas de um jornal ou de um livro escolar ou de 5 cadernos de 50 folhas cada.

7) O tabagismo, entre nós, causa 100 mil mortes por ano (1 em cada 5 minutos) e igual cifra de inválidos ⁽²⁾.

A mortalidade geral nos fumantes é o dobro em relação aos não fumantes.

Entre as doenças causadas e/ou agravadas pelo fumar, podemos destacar ⁽⁸⁾:

a) Bronquite crônica: 2 vezes mais em jovens fumantes, de 11 a 16 anos de idade; óbitos ocorreram, 20 vezes mais, entre os médicos britânicos fumantes.

b) Enfisema e fibrose pulmonares: no Brasil houve um aumento de 600%, nos últimos dez anos, segundo Blundi ⁽¹⁾; óbitos foram verificados 15 vezes mais em fumantes.

c) Gripe e pneumonia: óbitos ocorreram 2,5 vezes mais entre os fumantes.

A existência do sinergismo do fumo com o politetrafluoroetileno, poeira de algodão e asbesto (40% mais) deve ser lembrada em face de suas repercussões.

Os óbitos por bronquite e enfisema foram 9,3 vezes mais entre os fumantes.

d) Doenças cardiovasculares: a OMS responsabilizou o tabagismo por 25% da mortalidade por estas doenças. Entre os médicos ingleses fumantes, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 52% do total do excesso de óbitos.

Infarto do miocárdio: os óbitos, entre fumantes, ocorreram 2,4 vezes mais. Em São Paulo, Perfeito ⁽⁷⁾ apurou que 90% dos internados por essa cardiopatia, em UTI, de doze dos mais importantes hospitais, eram tabagistas.

Entre os médicos ingleses fumantes, o infarto do miocárdio contribuiu com 31%. Nos EEUU, na população geral, 52,1% dos óbitos ocorreram por coronariopatias, em fumantes.

O adulto fumante, mesmo jovem tem um risco maior de óbito, por infarto do miocárdio (até 35 anos de idade, há um risco de 1,5 a 2,5 vezes maior).

A freqüência, dessa doença, entre mulheres fumantes é de 89%, contra 55% entre as abstêmias. Aquelas que fumam 35 ou mais cigarros por dia, tem um risco 20 vezes maior de infartar do que as que jamais fumaram.

O uso de anticoncepcionais orais associado ao consumo de cigarros, agrava o risco de coronariopatias (5,4 vezes mais).

Angina pectoris: embora as pesquisas não sejam todas conclusivas quanto à responsabilidade do fumo na instalação dessa doença, o desencadeamento da crise dolorosa é 3 vezes mais freqüente entre os fumantes de mais de 20 cigarros diários, em confronto com fumantes moderados.

Morte súbita cardíaca: tem sido verificada, experimental e clinicamente, uma possível relação desse tipo de morte com o tabagismo. Essa correlação foi de 16 óbitos entre fumantes, para 1 não fumante, no grupo abaixo dos 50 anos de idade e de 6 para 1, no grupo de 51 a 60 anos.

Aneurisma da aorta: o tabagismo é um evidente fator de risco de óbito (4 a 8 vezes mais); entre os médicos ingleses esse risco foi de 6 a 10 vezes mais.

Lesões vasculares cerebrais: o coeficiente de mortalidade proporcional nos fumantes é de 1,7.

Entre as mulheres tabagistas e que usam anticoncepcionais orais a presença de hemorragias subaracnoidianas é freqüente.

Doenças vasculares periféricas: há uma evidente associação com o tabagismo na doença vascular oclusiva periférica — 90 a 95% dos doentes são fumantes.

e) Doenças gastro-duodenais: o fumo oferece significativo risco de incidência e mortalidade por úlcera gástrica e duodenal. Entre os fumantes sua freqüência foi de 1,4 a 3,4 vezes mais e a média de excesso de mortalidade foi de 4,4 vezes mais.

f) Riscos para gravidez: para as gestantes fumantes há maior risco de abortos, placenta prévia, recém-nascidos com peso e estatura inferiores; prematuros; anomalias congênitas; mortalidade perinatal, instalação de doenças pulmonares na primeira infância, retardo psicomotor relativo.

8) Entre as doenças causadas pelo fumar, devemos destacar o grupo-câncer.

Correlaciona-se o fumar com um aumento da incidência e mortalidade do câncer de várias localizações, destacando-se o da cavidade oral, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, laringe, pulmão, rim e bexiga. O risco de óbito é de 14,9 vezes mais.

Vejam os dados estatísticos nos tem mostrado que há relação direta entre a incidência e a mortalidade pelo câncer de pulmão e o consumo de cigarros pela população afetada.

Assim, países em que persiste o aumento do consumo de cigarros, a incidência do câncer de pulmão se apresenta alta: Inglaterra (89,5/100.000 h), USA (77,1/100.000 h), Finlândia (76,1/100.000 h) entre os homens; Inglaterra (14,8/100.000 h) e USA (22,2/100.000 h) entre as mulheres.

Nos países, cujo consumo se estabilizou, a incidência está numa posição intermediária: Canadá (53,2/100.000 h), Dinamarca (40,2/100.000 h) entre os homens; entre as mulheres estes mesmos países apresentam incidência de 11,2 e 7,2/100.000 h respectivamente.

E os países que tiveram o seu consumo diminuído, a incidência tornou-se baixa: Noruega (22,2/100.000 h para homens e 4,7/100.000 h para mulheres).

Em relação à mortalidade, o mesmo ocorre, tanto para os homens, como para as mulheres. Assim: Escócia, Inglaterra, Finlândia e USA apresentam mortalidade alta e consumo alto; Austrália, Dinamarca, Canadá apresentam mortalidade intermediária e consumo estabilizado; Noruega é o país que tem, também, mortalidade baixa em face do decréscimo do consumo.

São Paulo, é a primeira cidade da América Latina em consumo de 20 cigarros/dia pelos homens e a segunda em relação a um consumo geral.

No município de São Paulo o câncer de pulmão ocupa em relação a incidência ⁽¹¹⁾, a 3.^a posição para os homens (31,1/100.000h) e a 9.^a para as mulheres (6,4/100.000 h); mortalidade, a 2.^a posição (16,9/100.000 h) para homens e 7.^a (2,7/100.000h) para mulheres.

Esta relação câncer-fumo está definitivamente estabelecida, tanto experimental, quanto clínica e epidemiologicamente.

Da combustão de um cigarro resulta uma série de substâncias nocivas ao organismo humano (4.000 substâncias). Entre elas temos hidrocarbonetos aromáticos representados, principalmente, pelo 3-4 benzopireno e benzoantraceno que são os elementos cancerígenos por excelência. Estas substâncias são as mesmas que existem no alcatrão, que se obtém nas destilarias de hulha a toda temperatura superior a 270°C; na base de implantação da brasa do cigarro a temperatura oscila de 370°C a 884°C.

Hammond e Auerbach ⁽⁶⁾ fizeram cães fumar através de uma traqueostomia e verificaram que "fumantes inveterados" (mais de 9 cigarros por dia) desenvolveram câncer pulmonar invasivo, a maioria do tipo alveolar; 16% dos "cães fumantes" morreram de enfisema, fibrose e cor pulmonale, num prazo máximo de 857 dias.

Auerbach ainda fez estudos em autópsias e peças cirúrgicas, identificando todas as alterações da mucosa brônquica sob a ação do fumo, desde o seu início até o aparecimento de um câncer "in situ" e mediu os intervalos entre as várias fases (em média 15 anos). Todas as alterações pré-cancerosas da mucosa (metaplasias, atípicas) são passíveis de regressão na ausência do fator fumo.

Hammond e Horn ⁽⁵⁾ (American Cancer Society) utilizaram um estudo prospectivo em que 187.783 homens foram entrevistados durante 44 meses e verificaram que a mortalidade por câncer de pulmão se apresentou da seguinte maneira: em não-fumantes foi de 3,4/100.000 hab.; em ex-fumantes regulares de 44,0/100.000 hab. (quando não fumaram mais) e 49,3/100.000 hab. (quando fumaram ocasionalmente depois), fumantes com menos 10 cigarros/dia, 51,4/100.000 hab.; com 10-19 cigarros/dia, 59,3/100.000 hab.; com 20-39 cigarros/dia, 143,9/100.000 hab. e com 40 ou mais cigarros/dia, 217,3/100.000 hab.. Além disso, considerando para os não-fumantes um risco de óbito = 1,0, observaram que para fumantes de charuto esse risco era de 1,2, para fumantes de cachimbo, 1,1 e para fumantes de cigarros, 1,7.

Doll e Hill (1964) ⁽³⁾ fizeram um estudo prospectivo entre os médicos da Inglaterra, acompanhando cerca de 34.000 deles num período de 12 anos e observaram o seguinte:

Grau do hábito de fumar	Coefficiente de mortalidade	Risco relativo de morte
Não-fumantes	7/100.000 hab.	1
Fumantes leves	47/100.000 hab.	7
Fumantes moderados	86/100.000 hab.	12
Fumantes excessivos	166/100.000 hab.	29
Todos fumantes	81/100.000 hab.	12

Verificaram ainda que a vida média de 70 anos entre eles (homens) estava relacionada da seguinte maneira: quando nunca fumaram, 70,0% atingiram essa média; para fumantes de 1-14 cigarros/dia, 46,2%.

Schawartz e Denoix (França) ⁽¹⁰⁾, em inquérito retrospectivo, verificaram que, em três grupos de 500 indivíduos cada um, no grupo dos não-cancerosos, 8% eram fumantes, em outros cancerosos (não pulmonar,) 11% eram fumantes e em portadores de câncer de pulmão, 99% eram fumantes.

No inquérito francês, o fumo também foi responsabilizado por outros cânceres não pulmonares, como os de bexiga.

Wynder e Grahn ⁽¹²⁾, em inquérito retrospectivo, utilizando 684 casos e 1.322 controles, verificaram o seguinte:

	% casos	% controles
Nunca fumaram	1,3	14,6
1 - 9 cig./dia	2,3	11,5
10 - 15 cig./dia	10,1	19,0
16 - 20 cig./dia	35,2	35,6
21 - 34 cig./dia	30,9	11,5
35 e + cig./dia	20,3	7,6

Os não fumantes também ficam expostos à poluição do tabaco; sejam adultos ou crianças sofrem grandes prejuízos para sua saúde.

A fumaça produzida apenas pelo cigarro fumante, comparada com a inspirada pelo tabagista nas tragadas, contém 5 vezes mais monóxido de carbono, 3 vezes mais nicotina e alcatrão, 4 vezes mais ben-zopireno e 46 vezes mais amônia.

A fumaça expelida pelo fumante, após a tragada, contém 1/7 da quantidade de substâncias voláteis e particuladas e menos da metade de monóxido de carbono do teor original; se o fumante não é tragador há menos da metade dos compostos voláteis, 4/5 de material particulado e quase todo o monóxido de carbono.

O homem ao fumar um cigarro provavelmente, não tem a noção dos malefícios que está causando, não só a ele mesmo, como à comunidade em que vive. O fumante é um poluidor dele mesmo e do seu meio ambiente.

SUMMARY

The author considers smoking as a wide and complex problem. He presents sócio-economical, political and ecological implications, besides losses to the properties of the communities and to the human's health. The smoker should be considered as a polluter for the environment and for himself.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BLUNDI, E. — Doença pulmonar obstrutiva crônica — Rio de Janeiro, 1971.
2. CARTA DE SALVADOR — O Tabagismo. Um novo desafio. Silveira, J.; Santos Neves, J.; Pechanha Martins, A. C.; Rosemberg, J.; Rigatto, M.; Blundi, E.; Rizzo, A. e Mirra, A. P. Arq. Bras. Tuberc. Doenças Torax, 38: 71-79, 1979.
3. DOLL, R. & HILL, A. B. — Mortality in relation to smoking: years' observations of British doctors. Brit. Med. J., 1: 1399-1410, 1964.
4. FIBGE — IX Recenseamento Geral do Brasil — 1980, Rio de Janeiro, 1981.
5. HAMMOND, E. C. & HORN, D. — Smoking and death rates. Report of forty-four months of follow-up of 187, 783 men. 1 — Total mortality — 2. Death rates by cause. JAMA, 166: 1159-1172, 1294-1308, 1958.
6. HAMMOND, E. C.; AUERBACH, O.; KIRMAN, D. & GARFUNKEL, L. — Effects of cigarette smoking on dogs. Arch. Environ Health, 21: 748-754, 1970.
7. PERFEITO, J. B. & PERFEITO, J. A. — Tabagismo e doentes de terapia intensiva — 1.ª Conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo, 6 — 8 abril, 1980, Vitória — ES.
8. ROSEMBERG, J. — Tabagismo, Sério Problema de Saúde Pública — 1.ª ed., São Paulo, Edusp-Almed, 1981.
9. SANTOS, V. M. — Aspectos da indústria do tabagismo no Brasil. Jornal de Pneumologia, 5(4): 149-152, 1979.
10. SCHWARTZ, D. & DENOIX, P. F. — L' enquête française sur l' etiologie de cancer broncopulmonaire. Rôle du tabac. Sem. Hôp. Paris, 33: 424-437, 1957.
11. W. H. O. — Cancer Incidence in Five Continents. Lyon, IARC Scientific Publications n.º 42, 1982.
12. WYNDER, E. L. & GRAHAM, E. A. — Tobacco Smoking as a possible etiologic factor in bronchogenic carcinoma. A study of six hundred and eighty-four proved cases. JAMA, 143: 329-338, 1950.