

TABAGISMO: MAIOR CAUSA EVITÁVEL DE MORTE DO MUNDO

SMOKING: MAJOR AVOIDABLE CAUSE WORLDWIDE

*Irene Batista Muakad**

Resumo:

Este estudo tem por objetivo apresentar o fato que o tabagismo é um dos maiores vícios da humanidade: cerca de um terço da população adulta do mundo faz uso de produtos do tabaco. O tabagismo atingiu a proporção de epidemia global, provocando a morte de quatro milhões de pessoas por ano, ou seja, uma morte a cada oito segundos. Por isso, assume-se que o tabagismo é a mais grave causa evitável de doenças e mortes prematuras da humanidade. A “tabaco-dependência” é um grande desafio para a sociedade e para os governos por conta dos elevados custos médico-sociais, levando em consideração que é dever do Estado zelar e preservar a vida de seus cidadãos. Esta problemática não envolve apenas o Brasil, atingindo também outros países do mundo. Percebe-se a estimulação dos órgãos públicos, responsáveis por campanhas e medidas que exercem uma verdadeira fiscalização ao fumante, a proibição do fumo em locais fechados, limitando o uso do tabaco a áreas livres. Dessa forma, os hábitos e o estilo de vida devem ser modificados de forma a priorizar a saúde, valores internos, familiares e morais, direcionando seus consumidores ao esporte, à cultura e à autoestima, isto é, a valorização de si mesmo.

Palavras-chave: Tabagismo. Tabaco-dependência. Nicotino-dependentes. Tabacômanos.

Abstract:

The objective of this paper is to present the fact that smoking is one of the greatest addictions of mankind: about one-third of the world's adult population makes use of tobacco products. Smoking has reached epidemic proportions worldwide, causing the death of four million people a year, which means one person dies every eight seconds. That's why we recognize that smoking is the most serious, yet avoidable, cause of sickness and premature deaths. The addiction to tobacco is a great challenge for society and government because of its high medical costs, considering that is a duty of the State to care for and preserve the life of its citizens. This matter is not a specific issue just for Brazil, it strikes other countries of the world. It's possible to notice the stimulation of agencies responsible for campaigns and measures to carry out real control supervision on the smoker, on the banishment of smoking in enclosed places, limiting the use of tobacco to open spaces. Thus people's habits and lifestyle should be modified in order to prioritize health, inner, familiar and moral values, guiding these consumers to sport, to culture and to self-esteem, i.e. the pride of oneself.

Keywords: Smoking. Addiction to tobacco. Nicotine addicted. Smokers.

* Professora Doutora de Medicina Forense do Departamento de Direito Penal, Medicina Forense e Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo e Professora Titular de Medicina Forense da Faculdade de Direito da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Membro da Sociedade Brasileira de Medicina Legal.

Introdução

Na atualidade já se reconhece que o tabagismo é a mais grave causa evitável de doenças e mortes prematuras da humanidade, uma vez que o uso do tabaco, atingiu a proporção de epidemia global, provocando a morte de 4 milhões de pessoas por ano, uma morte a cada 8 segundos. O tabagismo é um dos maiores vícios da humanidade e cerca de um terço da população adulta do globo faz uso de produtos do tabaco. O tabagismo é uma toxicomania caracterizada pela dependência física e psicológica do consumo de nicotina, substância presente no tabaco. Para a Organização Mundial da Saúde o tabagismo é o ato de consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina, é considerado uma pandemia generalizada, por isso deve ser combatido.¹

A relação entre o consumo do cigarro e as doenças graves existe, e já está comprovada científica e clinicamente. A Organização Pan-Americana da Saúde em seus estudos demonstra que 90% de mortes por câncer do pulmão é diagnosticada em fumantes ativos ou passivos; 80% dos pacientes de enfisema pulmonar são fumantes ou ex-fumantes o mesmo ocorrendo com 75% dos casos de bronquite crônica; 40% de mortes por derrame cerebral ocorrem com fumantes, sem nos esquecermos, daqueles que são constantemente aconselhados pelos seus médicos, a deixar de fumar, e que se encontram entre os 30% que já tiveram infarto do miocárdio.²

Segundo a **OMS** o fumo é um perigo que acabará matando um em cada dois fumantes, caso não se coloque um basta imediato nesta calamidade mundial. Mas, na prática, ao contrário, a situação fica cada vez mais grave, aumentando o número de mortes relacionadas com o tabaco tendo em vista além dos homens, a “liberação” feminina. O número de mulheres vítimas de câncer de pulmão dobrou nos últimos vinte anos no Japão, Noruega, Polônia, Suécia, e Grã-Bretanha. Nos Estados Unidos e Canadá o aumento foi de 300%.³

Por toda ação deletéria que se observa no uso do cigarro, o controle do seu uso tornou-se prioridade do Instituto Nacional do Câncer, discutindo-se inicialmente como teria ele se tornado esse pandemônio generalizado, descobrindo-se depois, que o segredo do seu uso indiscriminado estaria na sua grande capacidade de viciação, só superada pela cocaína. Segundo os estudiosos, a agressividade do tabaco se deve a conjugação de quatro

¹ ROSEMBERG, J. *Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais*. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde, 2002. Disponível em: <<http://PT.wikipedia.org/wiki/tabagismo>, a enciclopédia livre, 30-6-13>.

² Disponível em: <http://www.prdu.unicamp.br/vivamais/dia_mundial_sem_tabaco/2006/filipeta_dia_mundial-sem-tabaco_2006.pdf>.

³ Disponível em: <http://www.prdu.unicamp.br/vivamais/dia_mundial_sem_tabaco/2006/filipeta_dia_mundial-sem-tabaco_2006.pdf>.

mecanismos: a) neutralização das defesas orgânicas. b) prejuízo da alimentação celular. c) aumento do trabalho celular. d) desorganização da reprodução celular.⁴

A neutralização das defesas orgânicas permite que os 4.720 componentes da fumaça do cigarro penetrem nos pulmões, passem para a corrente sanguínea, se espalhem por todo o corpo e afetem o funcionamento de todas as células, gerando o prejuízo da alimentação celular, que não produz energia para o cumprimento de suas funções, mesmo trabalhando de forma frenética. A consequência é o desgaste celular, tornando o fumante precocemente velho, muito doente e com alto risco de morte. Além disso, cumpre lembrar também, que as substâncias componentes do cigarro induzem à multiplicação anormal e desordenada das células.⁵

Com tudo isso, o tabagismo tornou-se, em menos de um século, a mais grave causa de doenças cardiovasculares, de redução da fertilidade, da menopausa precoce e do insucesso das gestações. Percebe-se desta forma, que o problema do tabagismo é muito grave entre as mulheres, pois uma vez viciada, a mulher tem maior dificuldade em largar o vício.

Por outro lado, deve ser considerado também, que nos últimos tempos evidenciou-se claramente, os efeitos nocivos sobre os não fumantes expostos à poluição do fumo do cigarro, sendo denominados de fumantes involuntários ou fumantes passivos.⁶

A expansão do uso do tabaco

Na realidade, o uso do tabaco surgiu segundo consta, no ano 1.000 a.C., nas populações indígenas da América Central, em rituais de magias e atos religiosos. A planta, cientificamente denominada “*nicotiana tabacum*”, teria chegado ao Brasil pela migração de tribos tupis-guaranis, ficou conhecida pelos portugueses, tendo seu uso se disseminado no século XVI pela Europa, introduzido por Jean Nicot diplomata francês vindo de Portugal, sendo o produto utilizado para curar as enxaquecas da rainha da França, Catarina de Médici.

Suas folhas foram usadas pelo comércio sob a forma de fumo para cachimbo, rapé, tabaco para mascar e charuto até o final do século XIX, quando teve início a industrialização sob a forma de cigarro. Seu uso popularizou-se na Inglaterra,

⁴ Disponível em: <http://www.prdu.unicamp.br/vivamais/dia_mundial_sem_tabaco/2006/filipeta_dia_mundial-sem-tabaco_2006.pdf>.

⁵ PROERD - Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência - Polícia Militar. *Nossas crianças de bem com a vida*. Lote II/11- Livro do Estudante - 5º ano. São Paulo. 2013. p. 16.

⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e Prevenção Primária – CONTAPP. *Falando sobre tabagismo e como implantar um programa de tabagismo*. Rio de Janeiro: INCA, 1996.

espalhando-se então de forma epidêmica, pelo mundo, a partir de meados do século XX, auxiliado pelo desenvolvimento de técnicas avançadas de publicidade e marketing.

A partir da década de 60, surgiram os primeiros relatórios médicos sobre os efeitos negativos do cigarro na saúde, referindo-se expressamente ao adoecimento do fumante e a seguir, sendo feitos diagnósticos muito negativos relacionados aos não fumantes, isto é aos fumantes passivos.

Como a dificuldade para largar de fumar, ficou desde logo evidenciada, a partir de então, fumar passou a ser encarado como uma dependência à nicotina, que precisava ser esclarecida, tratada e acompanhada.⁷

Outro lado perverso do tabagismo é que ele se concentra nas populações de baixa renda com nível de escolaridade inferior, que têm menor acesso à informação, educação e saúde, agravando dessa forma, a fome e a pobreza, segundo o Banco Mundial, pois, muitos pais de família deixam de alimentar seus filhos, para comprar cigarros ou seus derivados induzidos pela dependência à nicotina, sem contar que em alguns países pobres é mais barato comprar cigarros do que alimentos.⁸

O tabaco é cultivado em quase todas as regiões do mundo. O maior produtor é a China, em segundo lugar, Estados Unidos, em terceiro a Índia e, em quarto o Brasil, estando, no entanto, em primeiro lugar na exportação. No Brasil, o tabaco é produzido para cigarros, mas na Bahia, cultiva-se o tabaco escuro, próprio para charutos e cachimbo.⁹

A América Latina, Europa Oriental e África, países em desenvolvimento, são o alvo dos fabricantes ocidentais de cigarro, pois representam grande lucro comercial. No entanto a Ásia, com sua imensa população, tem hoje mais fumantes do que os Estados Unidos (300 milhões). Eles fumam 1,6 trilhão de cigarros por ano, o que representa um terço do total consumido no mundo. Os médicos dizem que as implicações do uso do fumo na Ásia são aterrorizadoras; cinquenta milhões de crianças chinesas hoje vivas, podem vir a morrer em consequência do tabagismo.

E algo paradoxal acontece. Um governo que quer a todo custo que seus cidadãos deixem de consumir um produto que causa 400 mil mortes prematuras por ano nos Estados Unidos, passa a ser um poderoso aliado da indústria do tabaco, para ganhar os mercados asiáticos, e, desde 1988 as exportações de cigarros americanos para a Ásia aumentaram 75%.

⁷ TABAGISMO - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/>>.

⁸ WORLD BANK. *Tobacco & Health in the developing world*. A background paper for the high level round table on tobacco control and development policy. Organized by the European Commission in Collaboration with the world health organization and the World Bank, Brussels, fev. 2003.

⁹ I CONFERÊNCIA BRASILEIRA DE COMBATE AO TABAGISMO. Vitória, 6 de abril de 1980. p. 29-40 e 97-100.

O tabaco é tão tóxico que mata, inclusive, insetos herbívoros, que dele façam uso, e prejudica a saúde de trabalhadores que tenham com ele um contato mais intenso, quer na lavoura, quer na indústria. O auge da toxicidade, no entanto, é alcançado quando o tabaco seco é queimado, como ocorre na brasa do cigarro.¹⁰

Formas de uso: Os índios americanos, os primeiros a usarem o tabaco, cheiravam o pó seco, mascavam a pasta ou fumavam rolos de suas folhas.

- O pó nasal, é pouco utilizado, mas o uso ocorre com a inspiração do odor exalado tanto do tabaco em folha, quanto de sua pasta;
- Mascar a pasta ou folhas do tabaco satisfaz pela mucosa bucal;
- Cachimbo pelo qual não se traga, satisfaz também o vício, pela mucosa bucal;
- Pelo charuto também só há satisfação oral;
- Pelo cigarro, há absorção pela mucosa bucal, pelo aparelho respiratório e pelo aparelho circulatório através de cada tragada. Esta é a forma mais comum de uso do tabaco.

O cigarro artesanal mais difundido no Brasil é o palheiro ou “de palha”, importante no passado, principalmente na área rural, mas que deu lugar ao cigarro industrial, que se tornou o mais famoso produto do século XX, com ele competindo, em sucesso, o petróleo. O palheiro é mais tóxico do que o cigarro industrializado, porque contém maior teor de nicotina e de alcatrão. A palha com que se faz o palheiro é menos porosa que a do cigarro industrial, não diluindo a fumaça no momento que o fumante traga a fumaça; o palheiro se não tragado apaga, ao passo que o industrial não, se queimando sozinho mesmo que o fumante não o trague, assim o palheiro é fumado na totalidade.

Fumar charuto, assim como cachimbo, acarreta igual dano na cavidade oral, mas prejudica menos em outras partes do corpo, uma vez que não é tragado. Isto tudo porque o fumo é alcalino, e a nicotina é absorvida pela mucosa bucal. Já o fumo ácido, que ocorre com a tragada, a absorção ocorre no nível alveolar.¹¹

Cigarros de baixo teor: Desde a invenção dos cigarros, a indústria do tabaco procura uma forma de disfarçar os efeitos danosos produzidos pelos derivados do fumo. Dentro dos seus objetivos, fazem uma publicidade associada ao esporte e à cultura, descrevem seu produto como *light* e suave, induzindo à falsa ideia de que esses cigarros são menos prejudiciais. A colocação de filtros surgiu com a ideia de que muitas das

¹⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e Prevenção Primária: CONTAPP. *Falando sobre tabagismo e como implantar um programa de tabagismo*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1996.

¹¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Instituto Nacional do Câncer*. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e Prevenção Primária. op. cit.

substâncias cancerígenas contidas na fumaça do cigarro, que formam a borra ou alcatrão, podiam ser pelo menos parcialmente retidas por filtros. Dentre as diversas mudanças introduzidas na produção dos cigarros, para a obtenção de produtos de “baixo teor” de alcatrão e nicotina, a ventilação do filtro foi a principal inovação feita na elaboração desse tipo de cigarros. Esses dispositivos de ventilação correspondem a um ou mais anéis de perfurações, que servem para diluir a fumaça com o ar e, assim, reduzir a concentração das emissões de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono.

Todavia, para compensar a redução da emissão da nicotina, o fumante passou a aumentar o volume de fumaça, inalando mais profundamente, visando obter maior quantidade de nicotina para satisfazer sua dependência, fechando os poros dos filtros com os dedos ou com os lábios, deixando uma ponta de cigarro menor do que deixava anteriormente, ou mesmo aumentando o número de cigarros fumados.¹²

Tendo em vista que a tragada mais volumosa, sendo mais diluída no cigarro de baixo teor, causa no fumante sensação de maior suavidade; pesquisas realizadas nos EUA e Canadá, pela própria indústria do tabaco, demonstraram que os usuários de marcas de baixo teor acreditam que realmente estão fazendo uso de um produto que proporciona menor risco de doenças e que efetivamente reduzem a absorção de alcatrão e de nicotina.

No entanto, revisões feitas pelo National Institute of Health dos Estados Unidos sobre o consumo de cigarros de baixo teor concluíram: “Estudos epidemiológicos e outras evidências científicas, incluindo o padrão de mortalidade por doenças causadas pelo tabagismo, não indicam benefícios para a saúde pública no que se refere as alterações no desenho ou manufatura de cigarros nos últimos 50 anos”.¹³ “Não existem evidências convincentes de que as alterações no desenho dos cigarros, introduzidas entre 1950 e meados da década de 80, tenham resultado em uma importante redução no volume de adoecimento devido ao consumo de cigarros, tanto para os fumantes, como grupo, quanto para a população como um todo”.¹⁴

Todavia, a modificação da maneira de fumar do usuário, acabou acarretando o aumento do preço e a maior lucratividade com a venda do cigarro de baixo teor, e como a indústria do tabaco, foi proibida de fazer propagandas desses cigarros, procurou um meio de burlar essa determinação, fazendo a “propaganda em cores”, para passar a

¹² CAVALCANTE, Tânia Maria. *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABC Saúde, 2006. p. 164.

¹³ BURNS TOBACCO INDUSTRY, 1969. *Atualização no tratamento do tabagismo*. op. cit. p. 165.

¹⁴ BURNS, D. M.; MAJOR, J. M.; SHANKS, T. G.; THUN, M. J.; SAMET, J. M. Smoking lower yield cigarettes and disease risks. Smoking and tobacco control, risks associated with smoking cigarettes with low machine-measured yields of tar and nicotine. National Institutes of Health. National Cancer Institute. Monografia 13, 2001. p. 65-157.

mensagem de baixos teores, e continuar impondo a venda do cigarro *light* a um público que permanecia confiante em algo menos maléfico.

No Brasil, entre 1985 e 1994, os investimentos em publicidade efetuados pela indústria cigareira aumentaram 74,3% em termos acumulados. Em 1994 esses gastos foram 3,6% maiores do que os relativos a 1985.

Segundo o Banco Mundial, o consumo do fumo gerou uma perda mundial de 200 bilhões de dólares por ano, causada por diversos fatores, como sobrecarga do sistema de saúde com tratamento de doenças causadas pelo fumo, mortes precoces de cidadãos em idade produtiva, maior índice de aposentadoria precoce, aumento de 33% a 45% no índice de faltas ao trabalho, menor rendimento profissional, altos gastos com seguro e limpeza, mais perdas com incêndios e redução da qualidade de vida do fumante e de sua família.¹⁵

O recolhimento de impostos que incidem sobre o cigarro, é muito significativo para o país, contudo, os prejuízos decorrentes do tabagismo superam de longe qualquer questionamento puramente econômico.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a cada ano os produtos derivados do tabaco são responsáveis pela morte de 4 milhões de pessoas em todo mundo, sendo 50% nos países em desenvolvimento, o que representa mais de 10.000 mortes por dia. Baseando-se nas tendências atuais, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes por ano, entre os anos 2020 e 2030, com 7 milhões dessas mortes ocorrendo em países em desenvolvimento. Tendo em vista os padrões de consumo atuais estima-se que mais de 500 milhões de pessoas, atualmente vivas, entre as quais 200 milhões de crianças e adolescentes, terão suas vidas sacrificadas pelo uso de tabaco. E, cerca de metade dessas mortes ocorrerão com pessoas de idade entre 35 e 69 anos.¹⁶

É bem verdade que não é mais possível esconder da população os malefícios causados pelo cigarro. Nos Estados Unidos, por exemplo, a indústria do tabaco já vem apresentando algumas baixas causadas por ações judiciais, pelo reconhecimento de sua culpa na fabricação e venda de produtos viciantes e danosos à saúde das pessoas, mas ainda é bem pouco.

Maneiras de fumar: A maneira de uso do cigarro, isto é, a forma de fumar interfere na intensidade da toxidez do tabaco ingerida pelo organismo do fumante. Assim, aumentam a toxicidade, a maior profundidade e maior frequência das tragadas; a permanência do cigarro nos lábios entre as tragadas, a retenção da tragada nos pulmões

¹⁵ WORLD BANK. *Curbing the epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington, DC, 1999.

¹⁶ WORLD BANK. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington, DC, 1999.

antes de soltá-la, a maior extensão do cigarro fumado, pois quem fuma dois cigarros, até a metade, intoxica-se menos, do que aquele que fuma um cigarro até o fim, bem como o fumo em ambiente fechado.¹⁷

Composição química do fumo do cigarro

Fumo e Fumaça: O fumo (mesma coisa que fumaça) do cigarro resulta da queima incompleta do tabaco. A extremidade acesa do cigarro é a única que sofre combustão completa, por ter oxigênio suficiente. A partir da brasa temos duas correntes da fumaça, a corrente principal que vai rumo à boca do fumante e a corrente lateral que se difunde no ambiente.¹⁸

O fumo ou fumaça do tabaco forma uma mistura diferenciada de três fatores:

- 1- **pirólise** - é a decomposição térmica do tabaco;
- 2- **pirossíntese** - quando elementos fracionados se recombina formando novas substâncias que não existiam;
- 3- **destilação de certos componentes** - como é o caso da nicotina.

Processos de análise do fumo

O fumo ou fumaça do tabaco possui duas fases importantes:

- a) **fase particulada** - formada por partículas que o filtro é capaz de reter, como a nicotina, o alcatrão e a água;
- b) **fase gasosa**- ligada ao monóxido de carbono.

A análise química delas é feita através de máquinas de fumar, que são reguladas para fumar cigarros dentro de parâmetros que representem a média estatística de tragadas realizadas por fumantes, uma vez que o comportamento do ato de fumar varia de acordo com os indivíduos, ambientes etc.

A partir da brasa temos duas correntes da fumaça: a corrente principal, como já vimos e a corrente lateral.

A composição química do tabaco varia conforme seu tipo, região e modo de cultivo, de acordo com os processos de seu preparo, variações de temperatura e do modo de fermentação. Todavia, já foram identificados cerca de 4.000 compostos no fumo ou fumaça do tabaco. As mais estudadas são:

¹⁷ Disponível em: <www.tabagismoumadoença.hpg.ig.com.br> Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/tabagismo>> Acesso em: 30 jun. 2013. Disponível em: <http://www.prdu.unicamp.br/vivamais/dia_mundial_sem_tabaco/2006/filipeta_dia-mundial-sem-tabaco_2006.pdf>.

¹⁸ Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/>>. Disponível em: <www.falandoseriosobreodrogas.org.br>.

1) na fase particulada: nicotina, fenóis, cresóis, hidrocarbonetos, aromáticos policíclicos, benzopireno, criseno, aldeídos, cetonas, ácidos orgânicos, alcoóis e polióis. A nicotina e seus derivados são os responsáveis pela “tabaco-dependência”, e produz efeitos sobre o sistema nervoso e circulatório. A necessidade de fumar resulta da nicotina e de seu metabólico, a “cotinina”. Essa dependência é responsável pela síndrome de abstinência que se desenvolve muito mais rapidamente que ao álcool. A atuação da nicotina no sistema nervoso central é como a cocaína, com uma diferença, chega entre 2 a 4 segundos mais rápido ao cérebro. Ela aumenta a liberação de catecolamina, acelerando a frequência cardíaca, acarretando a vasoconstrição e a hipertensão arterial.¹⁹

Na fase particulada encontra-se, além de outras, as partículas de alcatrão, composto de mais de 40 substâncias comprovadamente carcinogênicas (substâncias que provocam câncer como os resíduos de agrotóxicos, nos produtos agrícolas), incluindo arsênico, níquel, benzopireno e cádmio.

2) na fase gasosa: nitrogênio, oxigênio, dióxido de carbono, monóxido de carbono, hidrogênio, argônio, metana, hidrocarbonetos saturados e não-saturados, carbonilas, ácido cianídrico e vapor d’água. O monóxido de carbono interfere no transporte de oxigênio aos tecidos. As células dos tabagistas vivem praticamente com *déficit* de oxigênio, estendendo seus efeitos sobre o sistema nervoso central e circulatório, sobretudo o miocárdio. Nos lugares onde se fuma com frequência, o monóxido de carbono atinge níveis superiores ao “Padrão de Qualidade do Ar”. A ligação do monóxido de carbono com a hemoglobina forma o composto denominado carboxihemoglobina, que dificulta a oxigenação do sangue, privando alguns órgãos do oxigênio causando doenças como a aterosclerose.²⁰

A respiração normal exige um ambiente externo que contenha ar respirável, com, aproximadamente, 21% de oxigênio. Quando no ar atmosférico o oxigênio atinge 7% surgem distúrbios mais ou menos graves e se essa taxa chega a atingir 3% ou se esse ar contém muita concentração de gases irrespiráveis ou tóxicos a possibilidade de morte é certa; Necessita-se também de orifícios e vias aéreas permeáveis, para que a entrada e saída do ar atmosférico sejam livres; O tórax, no seu todo, deve apresentar condições favoráveis de livre expansão, para um bom funcionamento, bem como o sangue em circulação deverá efetuar com perfeição a hematose. Quando as trocas gasosas pulmonares são dificultadas, a oxigenação dos órgãos em geral acaba prejudicada. Assim considerando, autores de renome no campo da ciência médico legal, como Genival Veloso de França e Hygino de

¹⁹ WOODY, G. E.; COTTLER, L. B.; CACCIOLA, J.; GRANT, B. Severity of dependence: data from the DSM - IV Field trials. *Addiction*, London, n. 88, p. 1.573-1.579, nov. 1993.

²⁰ MEIRELLES, R. H. S.; GONÇALVES, C. M. C. Abordagem cognitivo-comportamental do fumante. Diretrizes para cessação do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. Brasília, DF, 2004.

C. Hercules, a morte nesses casos não decorre de uma intoxicação e, mesmo existindo uma ação química sobre a hemoglobina na verdade o que se verifica é uma espécie de asfixia tissular.²¹

Motivações para fumar: Muitas são as razões que levam um indivíduo ao uso do tabaco. Alega-se a motivação genética, psicológica, sociológica e tantas outras, no entanto, dentre elas, a motivação genética, é tida como a mais cômoda, pois exime a sociedade da responsabilidade pela pandemia tabagista. A pessoa seria levada a fumar por fatores hereditários, e os psicológicos e sociais agiriam apenas como causas em terreno propício.

Os motivos psicológicos e sociológicos que levam o jovem a fumar são inúmeros e variam muito conforme a atitude e comportamento das comunidades ou do grupo a que ele pertença, da própria família e dele mesmo. Fumar seria uma autoafirmação, um elemento de apoio ou mesmo uma forma de contestação, símbolo de independência ou de rebeldia contra normas impostas, afirmação de coragem em certos grupos de jovens, cujo padrão é viver perigosamente ou disfarçar timidez.²²

Segundo explicações psicanalíticas, o desejo de fumar corresponde a um sentimento de vazio, de impulsos originários de complexos sexuais ou devido à persistência da fase erógena oral.

Crianças que vivem em meio de fumantes, adquirem a experiência do tabagismo no começo fumando por curiosidade, depois passam a fumar ocasionalmente, a seguir com maior frequência, até atingir a etapa do consumo diário. Na medida em que os anos passam, a influência familiar diminui e tendem a sofrer a influência e pressões do grupo que integram. O fato é que a juventude hoje fuma progressivamente em maior proporção e começa cada vez mais cedo.

O Banco Mundial considera que 90% dos fumantes iniciaram no hábito de fumar até 19 anos de idade, sendo a idade média de iniciação 15 anos e, 100 mil jovens começam a fumar a cada dia no mundo. Essa fase de iniciação corresponde à construção da personalidade em que os jovens estão sujeitos a todas as mensagens e exemplos ao seu redor.

Os fabricantes do cigarro sabem que a nicotina gera dependência orgânica, sendo assim, dirigem a publicidade de seus produtos principalmente para os jovens, pois estes, segundo as pesquisas, começam a fumar muito cedo e na adolescência são muito

²¹ FRANÇA, Genival Veloso de. *Fundamentos de medicina legal*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 97. HERCULES, Hygino de Carvalho. *Medicina legal*. Texto e atlas [editor]. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 473, 474, 475.

²² HUGHES, J. R.; KALMAN, D. Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting? *Drug Alcohol Depend*, v. 82, p. 91-102, 2006.

mais influenciáveis. O maço de cigarros, nessa fase representa um passaporte para o mundo adulto, para o sucesso, para a liberdade e sensualidade.²³

Quando dirigidas ao público feminino, mulheres lindas e famosas aparecem fumando, como se fumar fosse a razão desse sucesso e beleza. Todavia, isto não ocorre somente com as mulheres. Os fabricantes utilizam a imagem de ídolos e modelos de comportamento do grupo alvo, ou seja, os jovens, portando cigarro ou fumando-os.

Por todos os motivos citados que levam os muito jovens a experimentar cigarros, tornando-se dependentes de nicotina, a **OMS** considera o tabagismo uma doença pediátrica, e mais, incluiu o tabagismo no grupo dos transtornos mentais e de comportamento, decorrentes do uso de substâncias psicoativas, na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (**CID-10**).²⁴

Tipos de Fumantes: Segundo o Royal College of Physicians da Inglaterra, existem sete tipos de fumantes, dos quais os três primeiros não estão farmacologicamente presos ao tabaco, o mesmo não ocorrendo com os quatro últimos que já são nicotino-dependentes, mas destes, os dois últimos são em grau maior e podem ser classificados como “tabacômanos”:

- a) os que fumam somente em ocasiões especiais, como reuniões sociais;
- b) fumantes pelo prazer sensorial e pelo ritual da manipulação do cigarro;
- c) os que fumam para aumentar o prazer de situações por si só agradáveis;
- d) os que fumam para facilitar a aceitação de situações desagradáveis;
- e) os que buscam os efeitos estimulantes da nicotina para lhes dar a impressão de ajuda e calma, ou para vencer situações de *stress*;
- f) os que são impulsionados a fumar cada 15 ou 30 minutos para aliviar ou evitar sintomas da falta do cigarro;
- g) os que automaticamente acendem um cigarro após o outro e só se sentem seguros com um cigarro na mão.

Dependência e Abstinência: A substância responsável pela dependência é a nicotina, alcaloide vegetal, sendo sua fonte principal a planta do tabaco que a sintetiza nas raízes, sobe pelo caule até as folhas. Produz urgência de fumar, provoca alterações agradáveis no humor, e motiva o comportamento crônico de procura e uso de tabaco.

Segundo Martínez-Ortega e colaboradores, o tabaco tem um papel facilitador para o uso de cocaína, maconha e outras drogas ilícitas. Recentemente, um

²³ WORLD BANK. *Curbing the Epidemic*. op. cit.

²⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997. *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID 10)*. Traduzido pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo – Centro Colaborador da OMS para classificação de doenças em português. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

estudo em animais de laboratório demonstrou que a exposição à nicotina, em período equivalente à pré-adolescência humana, sensibiliza os animais para o uso de cocaína na vida adulta. Num estudo com escolares entre 12 e 19 anos, foi observado que o uso de tabaco antes dos 13 anos está associado ao consumo de cocaína, ecstasy e anfetamina na vida adulta, portanto a literatura indica-nos uma necessidade de agirmos preventivamente na infância, a fim de reduzir o consumo futuro do tabaco.²⁵

Quanto à associação entre o tabaco e a maconha, sabe-se que é comum a mistura do tabaco com a maconha para suavizar o fumo. Assim sendo, a maconha pode levar à exposição ao tabaco, que por sua vez, pode evoluir para o uso continuado e tabagismo. Segundo estudiosos, o consumo do tabaco foi relatado como consequência do uso de maconha e foi considerado como uma barreira para a cessação do tabaco. Verificou-se, também, que os grupos usuários de maconha são favoráveis ao uso de tabaco, aumentando assim o risco de dependência.

Os sintomas mais comuns da abstinência são a fissura, irritabilidade e raiva, dificuldade de concentração, ansiedade, disforia, impaciência e ganho de peso. A crise máxima se dá entre o segundo e o terceiro dia, todavia, a fissura e o ganho de peso podem durar mais tempo. Paradoxalmente, uma tolerância de longo prazo pode permanecer em alguns fumantes.

Fumo e Saúde: O fumo reduz todas as defesas orgânicas de um usuário, desta forma, quanto ao pulmão, o próprio fumante acaba sendo a maior vítima da poluição ambiental. De uma maneira geral, o fumante é considerado como um imunodeprimido, adoecendo 3,5 mais vezes que os abstêmios e, segundo a Organização Pan-americana de Saúde, os homens fumantes permanecem mais dias na cama se comparados aos não fumantes, o mesmo valendo para as mulheres.

Doenças Associadas ao uso do cigarro - Doenças Ativas

Inúmeros são os males provocados pelo cigarro, quer direta, quer indiretamente, trataremos um pouco cada um deles. A fumaça do cigarro contém ciliotoxinas e irritantes que produzem irritação nos olhos, nariz e garganta, bem como

²⁵ SCHMITZ, N.; KRUSE, J.; KUGLER, J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *Am J Psychiatry*. 2003, 160; p. 1670-1676. DEGENHARDT, L.; HALL, W.; LYNSKEY, M. *Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: a comparison of their associations with other drug use and use disorders affective and anxiety disorders, and psychosis*. *Addiction*. 2001. 96: p. 1.602-1.614. DEGENHARDT, L.; HALL, W.; LYNSKEY, M. The relationship between cannabis use other substance use in general population. *Drug Alcohol Depend*, v. 64, p. 319-327, 2001.

diminuem a mobilidade dos cílios pulmonares, ocasionando alergia respiratória em fumantes e não fumantes.

Cílios são projeções semelhantes a cabelos muito finos, que ajudam a remover sujeiras e outros detritos do pulmão. Quando paralisados pela exposição à fumaça do cigarro, as secreções acumulam-se, contribuindo para a “tosse do fumante” e para o surgimento de infecções respiratórias frequentes naqueles que entram em contato com a fumaça do cigarro.²⁶

Reações do organismo feminino ao uso do cigarro

O tabagismo caminhou rapidamente para se tornar uma doença no sexo feminino. O gênero feminino passou a ser o alvo principal das propagandas, tanto por explorar os espaços nos quais a mulher se insere e exerce seus vários papéis sociais, quanto pelas características típicas da dependência da mulher. As variações lunares e dos ciclos hormonais, os distúrbios de humor, a depressão e a ansiedade são mais frequentes na mulher, reservando à nicotina o papel de automedicação para suas crises existenciais.²⁷

Segundo Chollat-Traquet,²⁸ existem na atualidade, algumas razões pelas quais a mulher se inicia no tabagismo e demonstra maior dificuldade em largar o vício.

- a) Associação com estados de humor negativos: tristeza, ansiedade, solidão, incerteza, insegurança. Assim sendo, as mulheres tendem a fumar pelo componente sedação.
- b) Depressão: Algumas mulheres fumam para aliviar sintomas de depressão e de outros transtornos afetivos. Alguns efeitos neuroquímicos da nicotina se assemelham aos dos antidepressivos. As depressivas fumam mais que as não-depressivas e, as que fumam mais têm mais possibilidade de ter depressão.
- c) Estresse: Embora o fumo não alivie o estresse, ao contrário, a nicotina é uma substância ansiolítica, os efeitos relaxantes do tabaco são produzidos pelo afastamento dos sintomas de uma leve abstinência. Maior quantidade de trabalho dentro e fora do lar, grandes expectativas familiares, sociais e afetivas, maiores dificuldades profissionais, assédio psicológico e sexual,

²⁶ Disponível em: <www.inca.org.br/prevencao/tabagismo/tabsaude.html>.

²⁷ RONDINA, R. C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 30, n. 6. Disponível em: <www.hcnet.usp.br/ippq/revista/vol.30/n6/221.html>.

²⁸ CHOLLAT-TRAQUET, C. M. Pourquoi las mujeres empiezan a fumar y siguen haciéndolo. In: *Mujer y tabaco. WHO*, 1992. p. 57-73.

violência doméstica etc., são fatores estressores que ajudam a manter o vício de fumante.

d) **Peso corporal:** A preocupação com o peso, com a estética é muito pior para a mulher do que se pensa. Esse componente é tão sério que pode levar à dependência de outras drogas, como por exemplo, as anfetaminas na forma de moderadores de apetite. A questão do peso corporal, após deixar de fumar, pode ser considerada o fator mais determinante na recaída para a volta ao consumo de tabaco na mulher ocidental.²⁹

Tem sido constatado nos últimos anos, o aumento de casos que comprova a ação danosa do tabaco nas vias respiratórias das mulheres, causando bronquite crônica, enfisema pulmonar, câncer do pulmão e infarto do miocárdio, males que se alastram a nível mundial. Nas mulheres o câncer de pulmão hoje atinge 70%, e já ultrapassou o câncer de mama como principal causa de morte. Isto ocorre principalmente, pelo fato de que, na atualidade, as mulheres começam a fumar muito cedo, chegando a iniciar-se no vício até muito antes que os homens, e em doses superiores a eles. Infelizmente, a partir destas informações conclui-se, que se a mulher passa pelos riscos de saúde semelhantes ao homem pelo efeito do tabagismo, agravando-se em relação a ela, as consequências típicas ao seu sexo, como por exemplo, o adiantamento da menopausa, e para as usuárias de anovulatórios a possibilidade de maior incidência de doenças cardiocirculatórias.³⁰

O uso de anovulatórios hormonais por fumantes preocupa, porque potencializam os efeitos trombogênicos, aumentando até 39 vezes o risco de doenças coronarianas e 22 vezes o risco de acidente vascular cerebral. A morte por **AVC** em mulheres fumantes é mais frequente, aumentando a probabilidade proporcionalmente a idade e ao número de cigarros fumados por dia. Sendo válido considerar também, que o uso regular de anticoncepcional combinado com o vício do tabaco aumenta em muito não só a incidência do **AVC**, como também do infarto do miocárdio.

Durante a fase reprodutiva, a taxa de fertilidade das mulheres fumantes é sensivelmente menor. A taxa de fertilização diminui cerca de 18%, e isto ocorre devido à concentração de nicotina no fluido folicular ovariano.

Ocorrendo a fertilização, o tabaco provoca, durante a gestação, diversas ações nocivas tanto na mãe quanto no filho, devido à redução do fluxo placentário, (notado em quem fuma de 1 a 4 cigarros diários) o que provoca o envelhecimento precoce

²⁹ AYESTA, F. J.; FUENTES-PILA, M. J.; CORTIJO, C. Tobacco ads Target Mainly at women in Spain. In: VARMA, A. K. (Ed.). *Tobacco counters health*. Nova Deli: MacMillan, 2000. p. 80-83.

³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. *Tabagismo e saúde, informação para profissionais de saúde*. Brasília: Centro de Documentação Ministério da Saúde, 1987. p. 177.

da placenta favorecendo o descolamento prematuro, abortamento, menor crescimento de feto e maior natimortalidade.

A nicotina tem ação antiestrogênica nas mulheres, proporcionando maior tendência de aparecimento de doenças ateroscleróticas antes da menopausa. Também foi constatado que, nas mulheres fumantes, há maior metabolização hepática de estrógeno, um efeito dose-dependente que reduz a concentração de estrógeno e sua produção ovariana à medida que o consumo de cigarros é aumentado, **situação que pode ser reversível com a interrupção do uso do tabaco.**

A menopausa precoce ocorre comprovadamente na mulher fumante, o que eleva substancialmente o risco de doença cardiovascular, e a maior incidência de osteoporose, isto tudo como consequência da ação antiestrogênica da nicotina. **Segundo estudos realizados, é possível reduzir em até 25% a ocorrência da osteoporose se houver a interrupção do fumo antes da menopausa.**

A interrupção do tabagismo está associada à redução de 50% a 70% do risco para doenças cardiovasculares nas mulheres. Após dois a três anos de abandono do tabagismo, as ex-fumantes têm risco cardiovascular igual ao das mulheres que nunca fumaram. Entretanto, apesar do grande benefício em parar de fumar, as mulheres têm mais dificuldades em largar o vício em relação aos homens.³¹

Motivadas pela preocupação com o feto ou por aversão ao cigarro pelas alterações hormonais, é muito comum a interrupção do tabagismo durante a gestação, no entanto, a taxa de recaída após a concepção é muito grande, interferindo para isso, além de outros fatores, a vaidade, e a preocupação com o corpo.³²

Malefícios durante a gravidez e Lactação: Inúmeros estudos prospectivos efetuados em diferentes países, confirmam pesquisas anteriores, que afirmavam que fumar durante a gravidez traz sérios riscos, como abortos espontâneos, nascimentos prematuros, bebês de baixo peso, morte fetal e de recém-nascidos, complicações com a placenta e episódios hemorrágicos.

A prematuridade está intimamente ligada ao uso de cigarros durante a gestação. Num estudo realizado com 12 mil partos, os prematuros das gestantes tabagistas foram 59 por mil e das não fumantes 1,1 por mil, dependendo a prematuridade do número de cigarros fumados. Qualquer que seja o tempo do vício de fumar, se a grávida suspende

³¹ Disponível em: <www.tabagismomadoenca.hpg.ig.com.br>.

³² Women and Smoking: A Report of the Surgeon General. Rockville, Md: Us Department of Health and human services, Public Health Service. Office of the Surgeon General; 2001; SAMET, J. M.; YOON, S. Y; p. 50.

o uso do cigarro no curso da gravidez, tem filhos com peso médio semelhante ao das mulheres que nunca fumaram.

A mortalidade perinatal, (soma da natimortalidade e mortalidade neonatal), também incide em proporções maiores nas grávidas tabagistas que nas abstêmias. Enquanto os índices de natimortalidade nas abstêmias caem nas múltiparas em comparação com as primíparas, ao inverso, nas tabagistas as taxas sobem nas múltiparas.

A mortalidade neonatal também é mais elevada, numa média de 28,5% nas mães tabagistas e, a mortalidade perinatal está associada à prematuridade, pois o hábito de tragar o fumo pode ser mais nocivo que propriamente o número de cigarros consumidos.

Fumar durante a amamentação, significa passar a nicotina, pelo leite, para a criança, sendo por ela absorvida, havendo relatos de intoxicações em filhos de mães que amamentam e fumam 20 ou mais cigarros por dia. Mulheres que fumam maior número de cigarros podem levar os filhos à cianose, taquicardia e crises de parada respiratória logo após a mamada.

As complicações que normalmente surgem durante o parto de gestantes fumantes, geralmente decorrem dos efeitos do monóxido de carbono e da nicotina exercidos sobre o feto após a absorção pelo organismo da mãe.³³

Lembre-se ainda que fumar é uma das principais causas do câncer de orofaringe e bexiga nas mulheres, e que as adolescentes que fumam apresentam redução do índice de crescimento pulmonar, e as adultas experimentam distúrbios precoces da função pulmonar.³⁴

A saúde bucal: Os tecidos periodontais (que cercam os dentes) sofrem os efeitos maléficos do hábito de fumar.

A temperatura da fumaça do cigarro irrita a mucosa oral, ocasionando maior ceratinização do epitélio. E a fumaça, por si só, aumenta a atividade oxidativa dos neutrófilos, diminuindo a atividade de combate aos micro-organismos, o que acaba acarretando uma grande destruição periodontal.

Há também uma alteração do sistema imunológico. Os fumantes têm menor capacidade de cicatrização. A nicotina induz a secreção de epinefrina causando vasoconstrição periférica, o que contribui para uma isquemia na gengiva papilar, que somada a outros agentes vasoconstritores, leva a necrose gengival.

³³ SANT'ANNA, C. C.; ARAUJO, A. J.; ORFALIAIS, C. S. Abordagem de grupos especiais: crianças e adolescentes. Diretrizes para o tratamento do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 30, suppl. 2, ago. 2004. Cap. 8.2: SBPT.

³⁴ JANÉ, M.; PARDELL, E.; SALTÓ, E.; SALLENAS, L. *Epidemiologia del tabaquismo femenino*. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento. *Prev. tab.* 2001: 3; p. 147-154.

Doenças coronarianas: As mais conhecidas são a angina e o infarto do miocárdio. Nos jovens o tabagismo leva mais comumente à doença coronariana, respondendo por 45% das mortes nos homens com menos de 65 anos de idade e pelo aumento de até três vezes mais da probabilidade de homens fumantes, virem a óbito por infarto entre 45 e 54 anos de idade.

Os fatores de risco dos males coronarianos são o tabagismo, a hipertensão arterial e colesterol alterado. O tabagismo dobra a possibilidade de doença cardíaca, mas associado à alteração do colesterol ou à hipertensão, este risco quadruplica. Entretanto, tal risco torna-se oito vezes maior quando os três fatores estão juntos.

O risco de embolia pulmonar, tromboflebite e infarto do miocárdio, em mulheres jovens fumantes, que usam anticoncepcionais orais, chegam a ser dez vezes maior que o risco naquelas que não fumam e usam esse tipo de controle de gravidez, *contudo, abandonado o vício, o risco da doença cardíaca começa a declinar, e após dez anos, as ex-fumantes de um maço de cigarros por dia, chegam ao risco daquelas que nunca fumaram.*³⁵

Doenças cerebrovasculares e vasculares em geral: Comumente são chamados de derrames cerebrais, e decorrem de um sangramento dentro do cérebro, acarretando paralisia do corpo, estado de coma e até o óbito. O vício de fumar é responsável por 40% dessas mortes.

A probabilidade de AVC é reduzida consideravelmente dentro de dois anos após a interrupção do tabagismo, ficando ao nível das pessoas não fumantes cinco anos após o início da abstinência.³⁶

Na realidade, a agressão do fumo altera a hemoglobina, que, ao invés de apenas transportar oxigênio dos alvéolos até as células, levará também nicotina e monóxido de carbono. Prejudica o sistema circulatório como um todo, reduzindo a competência do coração como bomba, diminuindo sua ação sobre os vasos o que determina uma vasoconstrição e deterioração aterosclerótica de suas paredes, em outras palavras, a nicotina tem a propriedade de diminuir o calibre, a largura das veias e artérias. Com tudo isso, o miocárdio é o principal atacado, diminuindo em seguida a produção de plaquetas causando graves consequências ao sistema vascular. Todavia a vasoconstrição acarreta uma série de desequilíbrios no funcionamento orgânico.

³⁵ Disponível em: <www.inca.org.br/prevencao/tabagismo/doencacoro.html>.

³⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. *Métodos para se deixar de fumar*. cit.

A osteoporose, que é a diminuição de volume ósseo, principalmente nas mulheres, facilitando fraturas e dores ósseas, decorre dessa vasoconstrição, tendo em vista a menor quantidade de alimento, isto é de sangue que chega aos ossos.

As rugas e o envelhecimento precoce da pele são os efeitos mais comuns do tabagismo. A pele menos irrigada fica seca, o que favorece o aparecimento daqueles sinais tão indesejados. Por outro lado, pesquisas modernas, demonstram que o tabagismo produz substâncias químicas, que aumentam a produção de enzimas que destroem o colágeno.

Uma situação muito desesperadora levada pelo tabagismo é o Tromboangeíte Obliterante. Essa doença leva ao entupimento dos vasos, acarretando a progressiva amputação dos membros, perdendo-se dedos, mãos, pés, braços em pequenos intervalos de tempo.

Há evidências clínicas de que homens fumantes apresentam com maior frequência a impotência sexual *coeundi*. O funcionamento vascular orgânico, ficando severamente atingido pela constrição dos vasos sanguíneos, tende a prejudicar a ereção, pois esta, para ocorrer, necessita da ida do sangue para a genitália externa masculina. Desta forma a vasoconstrição pode levar a situações constrangedoras.

Por outro lado, o fumo também intoxica os testículos, diminuindo a produção dos hormônios e de células fecundantes, ou seja, aos poucos vai suprimindo a potência reprodutora levando à impotência *generandi*.

Doenças pulmonares obstrutivas crônicas: Com o aumento da idade, a função pulmonar decai normalmente devido a perda da elasticidade dos tecidos pulmonares. No entanto, essa função piora, e muito, nos fumantes. O fumo é responsável por 85% de mortes por doenças decorrentes de problemas pulmonares. *Mas é importante que se informe, que no indivíduo que para de fumar, a queda da função do pulmão tende a equiparar-se à normal para a sua idade, a qualquer momento.*

Enfisema (destruição da estrutura pulmonar que ocorre mais frequentemente em homens, mas vem aumentando consideravelmente entre as mulheres) e bronquite crônica são doenças pulmonares obstrutivas crônicas (doenças que dificultam a passagem de ar no pulmão). Apresentam tosse, expectoração e falta de ar o que piora muito a qualidade de vida do indivíduo.

A morte por doença pulmonar obstrutiva crônica é bem maior entre os fumantes de ambos os sexos, sempre proporcional ao número de cigarros fumados. Com todos esses problemas citados, a repercussão no trabalho é bem maior se relacionada com os abstêmios, uma vez que os fumantes faltam cerca de 1,26% mais que os outros, além

da redução das suas atividades laborais por indisposições várias. Estima-se que o cigarro seja responsável por 100 milhões de dias perdidos de trabalho.³⁷

Relação causal entre fumo e câncer: O fumo é responsável por 30% de mortes por câncer e 90% das mortes por câncer de pulmão. O hábito de fumar cigarros de palha, cachimbos, cigarros e charutos apresentam uma relação direta com os cânceres de esôfago, pâncreas, pulmão, boca, laringe, lábio, faringe e pelve renal. Em grau moderado aparece relacionado com os cânceres de estômago e de colo de útero e, o uso do tabaco pesa e muito, no surgimento dos cânceres do pâncreas, bexiga e rim, além de casos de úlcera de estômago e duodeno, doenças circulatórias, cirrose hepática, gripe e pneumonia.³⁸

Em 98% dos viciados em cigarros são encontrados, na mucosa que reveste os brônquios, alterações celulares, compatíveis com o câncer de pulmão, cujo risco de ser desenvolvido é de 20 a 25 vezes maior em fumantes de longa duração, sendo esta a principal causa de morte entre os que fumam. Interessante saber que há um intervalo de 25 a 30 anos, entre começar a fumar e o diagnóstico da doença. O espaço de tempo varia de acordo com o número e o tipo de cigarro fumado, com o tempo durante o qual o indivíduo fumou e a profundidade da tragada.³⁹

Câncer de boca: Representa 5% do total da incidência no âmbito mundial, mas tem uma grande importância no Brasil, devido ao câncer do lábio, tendo em vista que vivemos num país tropical e muitos trabalhadores ficam expostos por muitas horas à luz solar. É frequente em pessoas brancas e no lábio inferior. Em outras regiões da boca, acomete primordialmente os tabagistas, e, o risco vai aumentando quando o tabagista é alcoólatra. Além desses fatores citados, a má higiene da boca e o uso de próteses dentárias mal ajustadas podem também concorrer para a doença.

O câncer de boca pode ser prevenido através do autoexame, evitando-se a exposição ao sol sem proteção e largando o uso do cigarro. As pessoas devem sempre estar alertas quanto as modificações que se operam em seus corpos. Aparecimento de feridas na boca que não cicatrizam; ulcerações superficiais indolores com menos de 2 cm de diâmetro, podendo sangrar ou não e manchas esbranquiçadas ou avermelhadas nos lábios ou na mucosa bucal. Dificuldade da fala, mastigação e deglutição, além de emagrecimento acentuado, dor e presença de íngua no pescoço (linfadenomegalia cervical) são sinais de câncer de boca em estado adiantado.⁴⁰

Tabagismo e depressão: Os mecanismos dessa associação ainda são controversos, todavia, eles estão entre as cinco principais causas de mortalidade e de

³⁷ ROSEMBERG, José. *Tabagismo: sério problema de saúde pública*. 2. ed. São Paulo: Ed. Almed Edusp, 1987.

³⁸ ROSEMBERG, José. *op.cit.*

³⁹ Disponível em: <www.inca.org.br/prevencao/tabagismo/relcausal.html>.

⁴⁰ Disponível em: <www.odontoatual.hpg.com.br>.

doenças no mundo.⁴¹ A superioridade numérica de tabagismo é muito maior em pessoas com depressão do que na população em geral, por outro lado o risco de depressão em fumantes é duas vezes maior do que em não fumantes.

Fergusson e colaboradores, em 2003, publicaram um estudo com 21 anos de duração, desde o nascimento, onde foi avaliada a associação entre a depressão e o tabagismo, antes e após a correção para fatores de origem comum aos dois transtornos, no período entre 16 e 21 anos. Descobriram os autores que a depressão e o tabagismo têm fatores de origem comuns, que mesmo quando controlados não excluem a possibilidade de uma relação de causalidade entre os dois transtornos.

Observações clínicas e experimentais demonstram que a nicotina tem efeito antidepressivo pelo aumento da atividade da dopamina, e que o tabagismo crônico leva à inibição das enzimas monoaminoxidases cerebrais que, por sua vez, explicaria também um efeito antidepressivo. Isto tudo deixaria claro que a interrupção do uso do tabaco em pacientes com melhoras na depressão poderia levar a recaída.⁴²

Doenças passivas: Os fumantes involuntários

O fumante passivo é o indivíduo que convive com fumantes, e inalam a fumaça de derivados do tabaco em ambiente fechado, e tem maior risco de desenvolver doenças e, em se tratando de crianças, como têm uma frequência respiratória mais elevada, são mais atingidas pela poluição tabagística ambiental, que é a poluição decorrente da fumaça dos derivados do tabaco, em ambientes fechados e, segundo a **OMS** o tabagismo passivo é a terceira maior causa de morte evitável no mundo, só perdendo para o tabagismo ativo e para o consumo excessivo de álcool.

Em 1957 uma pesquisa revelou que filhos de mães fumantes têm menor peso que os filhos de mães não fumantes, ressaltando ainda maior índice de prematuridade, sem contar o maior risco para o feto em caso de toxemia pré-eclâmpsia. A média de peso para menos, é de 150 a 250 gramas, não estando relacionado com o tempo da gestação. Esse peso menor ocorre mesmo em crianças que nasceram em tempo certo.⁴³

A fumaça que sai da ponta do cigarro fumegante, denominada “**corrente secundária**”, comparada com a inspirada pelo tabagista nas tragadas, contém 5 vezes mais monóxido de carbono, 3 vezes mais nicotina e alcatrão, 4 vezes mais benzopireno e

⁴¹ MURRAY, C. J.; LOPES, A. D. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: *Global Burden of Disease Study*, Lancet, 349, 9063; p. 1.436-1.442, 1997.

⁴² PICCIOTTO, M. R.; BRUNZE-LL., D. H.; CALDARONE, B. J. Effect of nicotine and nicotinic receptors on anxiety and depression. *Neuroreport*, v. 13, 2002. p. 1.097-1.106.

⁴³ ALEIXO NETO, Antonio. Efeitos do fumo na gravidez. Saúde pública. São Paulo. 2013. *Revista de Saúde Pública*, v. 24, n. 5, 1990.

46 vezes mais amônia, assim como concentra maiores quantidades de outras substâncias cancerígenas como as nitrosaminas. Sendo assim, os não fumantes ficam mais expostos à poluição do cigarro. Estudos revelaram que nos não fumantes os níveis de nicotina no plasma sanguíneo são de até 6,8% mg por ml, enquanto que nos tabagistas, logo após fumarem, apresentam a média de 24,4% mg por ml.

As crianças são muito sensíveis à poluição atmosférica tabagística. Toda via respiratória das crianças, de baixa idade, é muito sensível à ação irritativa e inflamatória da “**corrente secundária**” do fumo do cigarro, graças a ação da grande quantidade de acroleína, formaldeído, acetaldeído e óxidos de nitrogênio. As crianças alérgicas apresentam um gravame no quadro de rinite, de chiado bronquial (ou chiado no peito) e de acessos de asma.⁴⁴

Numa amostragem de 17 mil crianças em área não poluída da zona norte, matriculadas no ambulatório do Hospital da Zona Norte de São Paulo, revelou a correlação entre os distúrbios respiratórios e a poluição ambiental pelo cigarro. Nas crianças de 0 a 1 ano, sem convívio com tabagista, houve uma baixa incidência de casos com processos respiratórios.

Adultos não fumantes que trabalham em ambientes onde se fuma, acabam por fumar até um sexto ou mais da quantidade total de fumo dos cigarros consumidos pelos participantes do ambiente, e pode inalar, excepcionalmente, em uma hora, tanto fumo quanto, em média, um fumante inala ao fumar um cigarro, desse modo, se a exposição for de dez horas contínuas, essa pessoa, sofrerá o mesmo risco de doença quanto um fumante de 10 cigarros diários.⁴⁵

Muitas vezes essas pessoas expostas aos ambientes com poluição do cigarro não manifestam sintomas aparentes dos malefícios, no entanto, acabam apresentando uma diminuição na eficiência de produtividade. Universitários tiveram aumento da pressão sistólica mesmo aqueles indiferentes ao fumo e, os que apresentavam aversão, demonstraram maior elevação da pressão, o que indica a ação de fatores psicológicos.

São também sensíveis à exposição ao fumo do cigarro pessoas cardíacas ou com processos respiratórios alérgicos, podendo apresentar acessos broncoespasmo, hipóxia acentuada com dispnéia, alteração da pressão arterial, angina pectoris, tudo relacionado com a quantidade de monóxido de carbono inalada.

Uma grande parte da população adulta, sadia, sofre distúrbios, quando se encontra em locais onde se fuma. O mesmo ocorrendo com crianças e os não fumantes.

⁴⁴ Disponível em: <<http://www.tabagismoumadoença.hpg.ig.com.br>>.

⁴⁵ Disponível em: <http://www.prdu.unicamp.br/vivamais/dia_mundial_sem_tabaco/2006/filipeta_dia-mundial-sem-tabaco_2006.pdf>.

Em 1975, o Comitê de Peritos em Tabaco e Saúde da **OMS**, além de recomendar medidas educacionais e legislativas de combate ao tabagismo, fez diversas recomendações tendo em vista a proteção dos não fumantes.

Destacando-se:

I- As atividades educacionais devem ser planejadas de acordo com os itens a seguir:

- a) os aspectos favoráveis do não fumar devem ser mais enfatizados que os efeitos prejudiciais do fumar;
- b) instruções sobre os perigos de fumar deverão integrar os programas de saúde ocupacional;
- c) os programas informativos para o público devem destacar os direitos dos não fumantes, especialmente de crianças e mulheres grávidas,

II- Medidas devem ser consideradas para assegurar o direito dos não fumantes:

- a) pela proibição de fumar nos hospitais e outras instituições de saúde;
- b) pela adoção de regulamentos protegendo os não fumantes contra a exposição não consentida à poluição do fumo do tabaco, nos locais de seu trabalho;
- c) pela instituição ou extensão de áreas com proibição de fumar nos transportes públicos e locais públicos;
- d) pela definição clara, com avisos indicativos das áreas onde é proibido fumar;
- e) dispensa de especial atenção à proteção das crianças contra o contato com pessoas que estejam fumando.

Até 1978, 33 países já haviam atendido essas recomendações da **OMS**.

Os prejuízos ao meio ambiente causados pelo cultivo do tabaco, isto é, pelos grandes desmatamentos para a fabricação do papel utilizado na manufatura do cigarro e para obtenção de lenha usada nas estufas onde é feita a cura das folhas de tabaco, contribui para a erosão, destruição e empobrecimento do solo. Por outro lado, o uso de fertilizantes e agrotóxicos de modo indiscriminado e sem nenhuma orientação, tem causado grandes danos ao ecossistema em consequência da contaminação do solo, dos alimentos e dos rios, sem nos esquecermos das queimadas, que agravam de maneira importante o meio

ambiente, uma vez que, pelo menos 25% dos incêndios rurais e urbanos são relacionados a pontas de cigarros acesos.⁴⁶

Medidas para a Cessação de Fumar

Tendo em vista todo exposto, e por conta dos dados alarmantes a respeito do tabagismo, considerado a maior causa isolada evitável de mortes precoces em todo o mundo, bem como fator importante de doenças, levando a graves problemas de saúde pública, temos o dever de divulgar e trazer a público, principalmente na área acadêmica, os esforços realizados por todos aqueles que procuraram criar, organizar e desenvolver programas com o intuito de controlar a epidemia do tabagismo.

“O tabagismo pode ser definido como uma doença epidêmica, pediátrica, crônica e contagiosa, transmissível através da propaganda e publicidade”.⁴⁷

Desta forma, não havendo relação entre as classificações das marcas de cigarros (conforme os teores de nicotina e alcatrão, pela cor) e a verdadeira exposição dos fumantes, quanto ao ponto de vista de saúde pública, o que levou à proibição da associação de marcas de cigarro à ideia de saúde ou de menos riscos para a saúde do consumidor pela Resolução da Anvisa 46, tal proibição se alinha perfeitamente com o estatuído no art. 37 do Código de Defesa do Consumidor instituído pela Lei n. 8.078/90.

O Ministério da Saúde através do **INCA** (Instituto Nacional de Câncer), em 1989 assumiu o papel de organizar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (**PNCT**), tendo por objetivo reduzir o número de fumantes no Brasil e a morbimortalidade por doenças relacionadas ao tabaco. Suas estratégias são: prevenção do início ao tabagismo, proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça do tabaco, promoção e apoio à cessação de fumar e regulamentação dos produtos de tabaco através de ações educativas e de mobilização de políticas e iniciativas legislativas e econômicas.

As ações educativas envolvem ações pontuais como, comemoração de datas referentes ao tema: 31 de maio = Dia Mundial Sem Tabaco e 29 de agosto = Dia Nacional de Combate ao Fumo; participações em eventos como congressos, seminários, feiras de saúde além de disseminação de informações pela mídia. As ações contínuas ocorrem através da implantação de programas estruturados nas escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho visando à prevenção do início no tabagismo, criação de ambientes livres da poluição tabagística ambiental e sensibilização de profissionais de

⁴⁶ Disponível em: <www.tabagismoumadoenca.hpg.ig.com.br>. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/tabagismo>>. Acesso em: 30 jun. 2013.

⁴⁷ MEIRELLES, Ricardo Henrique Sampaio. Responsável pelas ações nacionais de promoção da cessação do tabagismo- divisão de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer. Instituto Nacional do Câncer - Ministério da Saúde. In: *Atualização no tratamento do tabagismo*. cit. p. 173.

saúde para que aconselhem seus pacientes fumantes a largarem o vício. O programa nas escolas, denominado **Programa Saber Saúde**, prevê a colocação no currículo escolar de estratégias para promoção de estilos de vida saudável, incluindo prevenção ao tabagismo, atuando-se junto aos professores, alunos, funcionários das escolas, o que ajuda a manter a escola livre da poluição tabagística ambiental.

O **Programa Prevenção Sempre** nos ambientes de trabalho tem por meta a diminuição da poluição tabagística ambiental, e para tanto visa a diminuir o número de funcionários fumantes, através do apoio a cessação de fumar. Nas unidades de saúde o **Programa Saúde e Coerência** procura conscientizar seus profissionais e torná-los coerentes com a sua finalidade.

Para que tudo corra bem no território brasileiro, foi organizada uma rede nacional para gerenciamento regional do Programa, através de um processo de descentralização e parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde seguindo a lógica do **SUS**.

Quanto às ações legislativas, o Brasil possui uma das legislações mais avançadas do mundo para controle do tabagismo. Há informações sobre os riscos do tabagismo, da poluição ambiental tabagística, da indução ao vício e muitas outras. Contudo, há necessidade de leis que resultem no aumento de preços (estudos econométricos demonstram que o aumento de 1% no maço leva a queda de 0,5% no consumo), maior controle nas formas de vendas e principalmente do mercado ilegal.⁴⁸

Todas as ações educativas, pontuais e contínuas postas em práticas, levaram à diminuição da aceitação social do tabagismo, o que acarretou o aumento do número de fumantes que desejam parar de fumar; Acontece que grande parcela desses fumantes consegue parar de fumar sem ajuda, o restante, porém, acaba necessitando de apoio formal o que demonstra a impossibilidade da dispensa de um profissional da saúde, dessa forma, o **PNCT (PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO E OUTROS FATORES DE RISCO DO CÂNCER)** passou a colocar em prática ações com vistas a promover a cessação do tabagismo no país. Essas ações têm por objetivo, aumentar o acesso da população brasileira fumante a métodos eficazes para cessação do tabagismo existentes no Brasil. Para tanto, houve a necessidade de profissionais da área da saúde capacitados para a promoção dessa assistência. Após essa capacitação, através de uma Portaria Ministerial, hoje é possível o tratamento na rede do **SUS**, para todos aqueles fumantes que queiram largar o vício.

⁴⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer: Coordenação de Prevenção e vigilância. *Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer – modelo lógico e avaliação*. Rio de Janeiro: 2003.

Fazem parte das ações de Promoção da Cessação do Tabagismo:

- informações pela mídia sobre cessação do tabagismo através da divulgação de campanhas e eventos, fóruns e congressos etc.;
- serviço gratuito de telefonia, no qual o fumante recebe todas as informações a respeito da rede do **SUS** em seu município (**Disque Pare de Fumar**);
- inserção de imagens de advertência contundentes sobre os malefícios do tabagismo nos maços de cigarros brasileiros, com a inclusão obrigatória do número do **Disque Pare de Fumar**;
- realização de um consenso nacional sobre os métodos eficazes para cessação do tabagismo;
- capacitação de profissionais da área da saúde do país, para que possam realizar uma correta abordagem de seus pacientes fumantes;
- inclusão do tratamento do tabagismo na rede do **SUS**.⁴⁹

Considerando o grande interesse pelos métodos para a cessação de fumar e pelas diferentes modalidades terapêuticas introduzidas no Brasil, em agosto de 2000, o **INCA** organizou e coordenou o *I Encontro Nacional de Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante*, fazendo uso de terapias, métodos, abordagens e estudos internacionais para cessação do tabagismo. A conclusão do I Encontro foi que a base do tratamento do fumante deve ser a “Abordagem Cognitivo-comportamental, podendo ser utilizado apoio medicamentoso”.⁵⁰

Histórico das Ações de Promoção da Cessação do Tabagismo

Em 1999 o *Programa Nacional de Controle do Tabagismo* iniciou a fase de capacitação de profissionais de saúde com o objetivo de ensiná-los a realizar uma abordagem mais adiantada, ou seja, a “*Abordagem Breve/Mínima ou Básica*”, devendo também acompanhar o paciente em consultas subsequentes, com o intuito de prevenir recaídas, atuando sob a sigla (**PAAPA**). A partir de setembro de 2001 o **PNCT** realizou três cursos/encontros macrorregionais, que atingiram todos os estados da federação e o Distrito Federal, objetivando capacitar profissionais da área da saúde de nível superior, para que pudessem atender em suas unidades de saúde, aqueles que estivessem em tratamento para cessação do tabagismo. E para que fosse viabilizado e colocado em

⁴⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer: Coordenação de Prevenção e vigilância. *Consenso sobre abordagem e tratamento do fumante*. Rio de Janeiro, 2001. MEIRELLES, R. H. S.; GONÇALVES, C. M. C. Abordagem cognitivo-comportamental do fumante. Diretrizes para cessação do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Brasília, 2004.

⁵⁰ MEIRELLES, R. H. S.; GONÇALVES, C. M. C. *Abordagem cognitivo-comportamental do fumante*. op. cit.

prática o programa, no dia 29 de agosto de 2002 o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. **GM/MS 1575/02**, que criou na rede do **SUS**, Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante. Como essa Portaria possibilitava o tratamento antitabagismo, somente pelas unidades de saúde de alta complexidade ou hospitais especializados, em 31 de maio de 2004 foi publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria n. **GM/MS 1035/04** que revogou a **GM/MS 1575/02** e ampliou o acesso do tratamento do tabagismo à atenção básica e à média complexidade, definiu abordagem e tratamento do tabagismo, determinou que os materiais de apoio e medicamentos utilizados para esse fim fossem disponibilizados pelo Ministério da Saúde aos municípios com unidades de saúde credenciadas para abordagem e tratamento. Essa Portaria foi regulamentada em 13 de agosto de 2004 pela Portaria n. **SAS/MS 442/04** que aprovou a aplicação do tratamento do tabagismo pelo **SUS**. O profissional da saúde a atender o fumante em tratamento deverá possuir nível universitário; o atendimento poderá ser individual ou em grupo, quatro sessões inicialmente, duas sessões quinzenais no segundo mês e uma sessão mensal até completar um ano. Serão fornecidos, de acordo com a necessidade de cada um, e de acordo com a avaliação médica, adesivo transdérmico de nicotina, goma de mascar de nicotina e cloridrato de bupropiona.⁵¹

A implantação de um programa desse tipo sempre foi um grande desafio, considerando a população do Brasil, por ser ele o primeiro exportador e o segundo maior produtor, tendo em vista ainda, ser um dos preços mais baratos do mundo além de possuir um grande mercado ilegal.

Apesar de todos esses pontos negativos o Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Brasil vem alcançando ótimos resultados. O consumo anual por pessoa reduziu cerca de 42%. A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição em 1989 apontava uma prevalência de 32% de fumantes entre a população acima de 15 anos e, em 2003 essa prevalência caiu para 19%.⁵²

Com o objetivo de controlar a pandemia do tabagismo no mundo, 192 países elaboraram o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade: A *Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT)*, entrou em vigor em fevereiro de 2005 após 40 países o terem ratificado, tem por finalidade proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco. A partir daí o controle do

⁵¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS/N442 de 13 de agosto de 2004. Publicação 16 de ago. 2004. Brasília/DF: Diário Oficial da União, 2004.

⁵² BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer, 1998. *Falando sobre tabagismo*. Rio de Janeiro: 2003.

tabaco passou a ser encarado como uma questão ética e de responsabilidade social dos governos para com suas populações. As principais disposições da **CQCT** são:

- proteção da população à exposição da poluição tabagística ambiental;
- aumento de impostos e preços dos produtos derivados do tabaco;
- banimento da propaganda e promoção dos derivados do tabaco;
- proibição dos descritores de baixos teores, light, ultra-light;
- regulamentação dos produtos do tabaco;
- controle do mercado ilegal (contrabando);
- aumento do acesso ao tratamento do tabagismo;
- proibição da venda de produtos derivados do tabaco, ou do comércio desses produtos, por menores de idade;
- colocação de mensagens de advertência (escrita e com imagens) sobre os malefícios do tabaco nas embalagens dos produtos do tabaco;
- apoio a atividades alternativas à cultura do fumo economicamente viável.⁵³

Grande parte dessas medidas já está implantada no Brasil, por causa disso, nosso país foi escolhido para presidir o Órgão Intergovernamental, liderando as negociações que deram ensejo ao texto final. Em 2003, o Brasil foi o segundo país a assinar a Convenção. Esse processo foi difícil e lento. Após a aprovação na Câmara dos Deputados, o texto tramitou mais de um ano no Senado Federal, sob forte pressão da indústria fumageira. Finalmente, em 2005, a Convenção foi aprovada em plenário e aprovada pelo Presidente da República no dia 03 de novembro de 2005, antes do prazo final, podendo o país fazer parte da Conferência das Partes. Tal Conferência discute protocolos para a implantação das propostas da Convenção nos países que ratificaram dentro do prazo.

A ratificação da **CQCT** foi uma estratégia fundamental para que possamos continuar progredindo no controle do tabagismo no Brasil. Agora esse controle é oficial como uma questão de todo o Governo Brasileiro, e não de ministérios isolados, que representa maior poder e força para controlar essa epidemia no Brasil.

Conclusões

Temos percebido que ao longo do tempo, a maior preocupação da população em geral tem girado sempre em torno do uso das drogas ilícitas, deixando-se de lado o consumo de drogas lícitas como o tabaco e derivados, a grande calamidade mundial.

⁵³ BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer. Modelo Lógico e Avaliação. Rio de Janeiro, 2003.

Não obstante os progressos obtidos com os meios empregados para a redução do tabagismo, o uso do tabaco e seus derivados continua sendo a principal causa de doenças evitáveis no mundo moderno e, responsável por 20% das mortes.

A tabaco-dependência é um grande desafio para a sociedade e para os governos pelos elevados custos médico-sociais, na medida em que o Estado tem o dever de cuidar e preservar a vida dos seus cidadãos e, esta problemática não envolve apenas o Brasil, atingindo também outros países do mundo.

Segundo o *Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis*, as medidas levadas a efeito pelo nosso país estão surtindo efeito, isto é, a prevalência de tabagismo no Brasil está caindo, o que demonstra que estamos no caminho certo.

Por outro lado deve ser registrado que, apesar de todas as dificuldades que possuímos, após a implantação do *PNCT*, estamos conseguindo a redução do consumo anual *per capita* de cigarros. A mudança de comportamento em restaurantes, cinemas, teatros, clubes, lugares de ginástica etc. é visível. Há uma repulsa ao uso de cigarros. Não se aceita mais a fumaça do tabaco, e cada vez mais os tabagistas têm ficado restritos a áreas específicas e rodeados dos próprios usuários. Percebe-se o minguar dos ambientes destinados ao uso do fumo.

Temos notado também, a preocupação com o fumante passivo, coisa que não havia outrora. Muitas campanhas têm sido levadas a efeito, bem como campanhas na mídia em massa sobre os malefícios da exposição do fumo passivo e a necessidade de restringir a fumaça em ambientes coletivos. Percebe-se a estimulação dos órgãos públicos responsáveis a exercerem uma verdadeira fiscalização, com aplicação de multas e/ou outras sanções, caso necessário.

O tabaco cobra muito caro pelos poucos minutos de prazer que produz, uma vez que seus efeitos danosos são graves e evidenciados pela ciência médica. Entre os adultos percebemos ações educativas mais efetivas e constantes entre amigos, empresas, clubes, casais e Ongs.

Por outro lado, segundo a OMS, a ansiedade é muito comum na fase da adolescência e início da idade adulta, e sempre há problemas que mesmo comuns, acabam levando o jovem não só ao tabagismo como a outros vícios. O jovem, normalmente não tem coragem de assumir que é diferente. Tem medo de perder os amigos, o grupo, e por isso se deixa levar.

Desta forma os hábitos e o estilo de vida devem ser modificados, de forma a priorizar a saúde, valores internos, familiares e morais, direcionando estes jovens para o esporte, cultura e autoestima, isto é, a valorização de si mesmo.

Referências

- ALEIXO NETO, Antonio. Efeitos do fumo na gravidez. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 107-128, out. 2013.
- ARAÚJO, Alberto José de; BORGES, Márcia Trotta; CALDAS, Nelson; CASSABIAN, Laura Andréa. et al. Abordagem de populações especiais: tabagismo e mulher. Razões para abordagem específica de gênero. In: GIGLIOTTI, Analice; PRESMAN, Sabrina. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABC Saúde, 2006.
- AYESTA, F. J.; FUENTES-PILA, M. J.; CORTIJO, C. Tobacco ads target mainly at women in Spain. In: VARMA, A. K. Editor. *Tobacco counters health*. Nova Deli: MacMillan, 2000.
- BATISTA, L. *Mobilização nacional contra o tabagismo*. Brasília: Gráfica do Senado Federal, 1987. 3 v.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Como parar de fumar*. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/130pararfumar.html>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Controle do tabagismo: um desafio*. Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco). Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e Prevenção Primária: CONTAPP. *Falando sobre tabagismo e como implantar um programa de tabagismo*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde - Instituto Nacional do Câncer: INCA. *Estimativas de Incidências e mortalidades por câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
- BURNS, D. M.; MAJOR, J. M.; SHANKS, T. G.; THUN, M. J.; SAMET, J. M. Smoking lower Yield cigarettes and disease risks. In: *Smoking and tobacco control: risks associated with smoking cigarettes with low machine-measured yields of tar and nicotine*. Washington: National Institutes of Health. National Cancer Institute, 2001. (Monografia 13).
- CAVALCANTE, Tânia Maria. Controvérsia na dependência química: Cigarros de baixos teores. In: GIGLIOTTI, Analice; PRESMAN, Sabrina. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABC Saúde, 2006.
- CHATKIN, José Miguel. Genética do tabagismo: Em busca da droga certa para o paciente certo. In: GIGLIOTTI, Analice; PRESMAN, Sabrina. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABC Saúde, 2006.
- COMBAT- I Conferência Brasileira de Combate ao tabagismo - Vitória - 6 de abril de 1980.
- CORRÊA, Paulo César R. P. Quais políticas de controle do tabagismo um país deve ter para chegar a um tratamento eficaz? A perspectiva de uma organização não-governamental. In: GIGLIOTTI,

Analice; PRESMAN, Sabrina. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABC Saúde, 2006.

CRUZ, José Luiz Carvalho da. *Projeto Araribá: Ciências*. São Paulo: Editora Moderna, 2006.

DEGENHARDT, L.; HALL, W.; LYNSKEY, M. Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: a comparison of their associations with other drug use and use disorders affective and anxiety disorders, and psychosis. *NDARC Technical Report*, Sidney, n. 103, 2001.

DEGENHARDT, L.; HALL, W.; LYNSKEY, M. The Relationship between cannabis Use other Substance Use in General Population. *Drug Alcohol Depend*, Philadelphia, v. 64, n. 3, p. 319-327, nov. 2001.

DIA MUNDIAL SEM TABACO, 2006. Disponível em: <http://www.prdu.unicamp.br/vivamais/dia_mundial_sem_tabaco/2006/filipeta_dia-mundial-sem-tabaco_2006.pdf>.

DOLL R, Peto R. *9ª Conferência Mundial sobre o tabaco e saúde*. Paris, 1994.

EMPRESAS priorizam contratação de trabalhadores sem vícios. Disponível em: <<http://www.maringa.com/saude/drogados.php>>.

FAGERSTROM, Karl. Uma breve apresentação da neurofarmacologia e fisiologia da dependência à nicotina. In: GIGLIOTTI, Analice; PRESMAN, Sabrina. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABC Saúde, 2006.

FOCCHI, Guilherme Rufino de Azevedo. Abordagem de populações especiais: adolescentes. In: GIGLIOTTI, Analice; PRESMAN, Sabrina. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABC Saúde, 2006.

HUGHES, J. R.; KALMAN, D. Do Smokers with alcohol problems have more difficulty quitting? *Drug Alcohol Depend*, Philadelphia, v. 82, n. 2, p. 91-102, apr. 2006.

ISSA, Jaqueline Acholz. Abordagem de populações especiais: pacientes hospitalizados. In: GIGLIOTTI, Analice; PRESMAN, Sabrina. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABC Saúde, 2006.

LARANJEIRA, Ronaldo. Atualização no tratamento farmacológico do tabagismo. In: GIGLIOTTI, Analice; PRESMAN, Sabrina. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABC Saúde, 2006.

LEMONS, Tadeu. Tabagismo e comorbidades psiquiátricas. In: GIGLIOTTI, Analice; PRESMAN, Sabrina. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABC Saúde, 2006.

MEIRELLES, Ricardo Henrique Sampaio. Quais políticas de controle do tabagismo um país deve ter para chegar a um tratamento eficaz? A perspectiva Governamental. In: GIGLIOTTI, Analice; PRESMAN, Sabrina. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABC Saúde, 2006.

GONÇALVES, C. M. C. Abordagem cognitivo-comportamental do fumante. Diretrizes para cessação do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Brasília, DF, 2004.

MURRAY, C.J.; LOPES, A. D. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global. *Burden of Disease Study*, Lancet, 1997.

OLIVEIRA, Cristiane Lopes de. Atualização no tratamento farmacológico do tabagismo. In: GIGLIOTTI, Analice; PRESMAN, Sabrina. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABC Saúde, 2006.

ORTOLAN, Fátima. Abordagem de populações especiais: tabagismo e mulher. Razões para abordagem específica de gênero. In: GIGLIOTTI, Analice; PRESMAN, Sabrina. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABC Saúde, 2006.

PASSIVE SMOKING. v. 9, scientificpublications n. 31, Lyon, France, 1987.

PEDREIRA, Adriana do Couto Lima. *Responsabilidade civil das empresas fabricantes de fumo*. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

PERES, Cristina. Controvérsia na dependência química: cigarros de baixos teores. In: GIGLIOTTI, Analice; PRESMAN, Sabrina. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABC Saúde, 2006.

PICCIOTTO, M.R.; BRUNZE-LL., D. H.; CALDARONE, B.J. Effect of nicotine and nicotinic receptors on anxiety and depression. *Neuroreport*, 2002.

PRESMAN, Sabrina. Tabagismo e suas implicações na família. In: GIGLIOTTI, Analice; PRESMAN, Sabrina. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABC Saúde, 2006.

SÃO PAULO. Polícia Militar. PROERD - Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência. *Nossas crianças de bem com a vida*. Lote II/11- Livro do Estudante - 5º ano. São Paulo, 2013.

RONDINA, R. C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 30, n. 6. Disponível em: <www.henet.usp.br/ipq/revista/vol.30/n6/221.html>.

ROSEMBERG, José. *Tabagismo*. Sério problema de saúde pública. 2. ed. São Paulo: Almed Ed. e Livraria Ltda., 1987.

ROSEMBERG, J. *Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais*. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde, 2002.

SCHMITZ, N.; KRUSE, J.; KUGLER, J. Disabilities, quality of life, and mental disorders Associated with smoking and nicotine dependence. *Am J Psychiatry*, 2003.

SCIVOLETTO, Sandra. Abordagem de populações especiais: Adolescentes. In: GIGLIOTTI, Analice; PRESMAN, Sabrina. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABC Saúde, 2006.

SILVEIRA, Ajax C. da. *O drama do tabagismo: causas, conseqüências e solução*. Santo André/SP: Casa Publicadora Brasileira, 1982.

WOODY, G. E; COTTLER, L. B.; CACCIOLA, J.; GRANT, B. Severity of dependence: data from the DSM -IV Field trials. *Addiction*, London, n. 88, p. 1.573-1.579, nov. 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATIN. *Day world no tobacco*. 1996. Disponível em: <www.who.int>.

ZOUCAS, Marina Adrianni. Abordagem de populações especiais: Tabagismo e mulher. Razões para abordagem específica de gênero. In: GIGLIOTTI, Analice; PRESMAN, Sabrina. (Org.). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABC Saúde, 2006.

Consultas na Internet

<http://www.inca.gov.br/tabagismo/>.

<http://www.falandoseriosobreodrogas.org.br>.

<http://www.odontoatual.hpg.ig.com.br>.

<http://www.tabagismoumadoença.hpg.ig.com.br>.

<http://pt.wikipedia.org/wiki/tabagismo>, a enciclopédia livre.

http://www.prdu.unicamp.br/vivamais/dia_mundial_sem_tabaco/2006/filipeta_dia-mundial-sem-tabaco_2006.pdf.