

# O papel dos médicos (e outros profissionais de saúde) no controlo da epidemia tabágica e da morbimortalidade a ela associada

MANUEL MACEDO  
JOSÉ PRECIOSO

A Organização Mundial de Saúde continua a considerar o consumo de tabaco a principal causa evitável de doença e morte prematura, sobretudo nos países desenvolvidos. Estima-se que em Portugal morram cerca de 8500 fumadores por ano devido ao tabagismo.

Não obstante os seus efeitos demolidores, fumar é um comportamento muito difundido no mundo inteiro e também em Portugal. Segundo os dados do Inquérito Nacional de Saúde de 1999, estima-se que fumem diariamente cerca de 29,3% dos homens e cerca de 7,9% das mulheres com mais de 15 anos, o que corresponde a um total de 1 626 597 portugueses fumadores (1 248 212 homens e 378 385 mulheres). Este valor pode estar subestimado, pois, segundo o *Eurobarómetro*, fumavam diariamente em 2000, em Portugal, cerca de 44% dos homens e 14% das mulheres (Commission Européenne, 2003).

Apesar da dimensão atingida actualmente pela epidemia tabágica, Mendoza (1999) considera o tabagismo um problema vulnerável, como o foram outros problemas de saúde no passado. Um contributo importante para o controlo da epidemia passa pela assunção por parte dos médi-

cos (e outros profissionais) dos riscos que fumar tem na saúde. Depois dessa tomada de consciência é importante que dêem o exemplo e deixem de fumar (se é que o fazem) ou, pelo menos, não o façam na presença dos seus pacientes. O passo seguinte é o seu envolvimento activo no tratamento de uma doença crónica, como hoje em dia é considerada a dependência da nicotina, tal como estão a fazer relativamente ao controlo de outros factores de risco para a saúde como as dislipidemias, a hipertensão, a diabetes, etc.

Partindo do princípio de que uma abordagem mínima (que pode durar cerca de cinco a dez minutos) consegue taxas de abandono de 5%-10% (Lorza Blasco, 2002), podemos estimar que, se os profissionais de saúde dedicarem algum tempo à resolução deste problema, podem fazer com que 81 329 a 162 659 portugueses abandonem o hábito de fumar.

## 1. Introdução

Fumar é um grave problema de saúde pública (e não só) à escala mundial, nacional e local. A Organização Mundial de Saúde continua a considerar o consumo de tabaco a principal causa evitável de doença e morte prematura, sobretudo nos países desenvolvidos.

Nenhum outro produto de consumo é tão perigoso ou provoca tantas mortes como o tabaco. De acordo com as estimativas efectuadas por Eriksen e Mackay (2002), o tabaco mata muito mais pessoas do que a SIDA, as drogas ilegais, os acidentes de tráfego, os assassínios e os suicídios em conjunto.

□

Manuel Macedo é médico pneumologista no Hospital de São Marcos, director de serviço. É presidente da Associação para a Prevenção e Tratamento do Tabagismo de Braga.

José Precioso é professor auxiliar no Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. É membro da Comissão Consultiva Nacional do European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA).

Submetido à apreciação: 2 de Março de 2004.  
Aceite para publicação: 7 de Junho de 2004.

Estimativas recentemente efectuadas por Ezzati e Lopez (2003) indicam que o tabaco terá sido responsável no ano de 2000 por 4 830 000 mortes (com um intervalo de incerteza de 3 940 000 e 5 930 000), número aproximado ao que foi referido pela ex-diretora-geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), Dr.<sup>a</sup> Gro Harlem Brundtland, segundo a qual, no ano de 2000, a epidemia tabágica terá sido responsável pela morte de cerca de 4 900 000 pessoas em todo o mundo, e que, provavelmente, este número duplicará dentro de vinte anos se nada for feito (International Union against Cancer, 2002).

Estima-se que nos países da União Europeia o consumo de tabaco será responsável pela morte anual de cerca de 500 000 pessoas por ano, o equivalente à queda de quatro aviões *Jumbo* sem sobreviventes.

Não obstante a dimensão actual da epidemia tabágica, os profissionais de saúde podem dar um contributo importante para o seu controlo, tal como já fizeram e continuam a fazer em relação a outros factores de risco, como, por exemplo, o controlo da hipertensão, das displidemias, da diabetes, ou relativamente a outros problemas de saúde, como a prevenção do cancro de mama, do útero, etc.

Na continuação deste artigo, faremos uma caracterização mais aprofundada das consequências da epidemia tabágica, sobretudo em Portugal, com a finalidade de sensibilizarmos todos os profissionais de saúde (médicos, psicólogos, enfermeiras, etc.) para os riscos que fumar tem na saúde, mostrarmos que a epidemia se deve em parte à indiferença do sistema sanitário para enfrentar o problema e salientarmos que hoje em dia existem formas de tratamento eficazes para tratar a dependência tabágica. Por fim, recomenda-se a leitura e o seguimento (dentro do possível) das normas de orientação clínica para promover a desabitação tabágica, que estão claramente apresentadas na publicação do Ministério da Saúde (2002) *Tratamento do uso e da dependência do*

*tabaco: normas de actuação clínica* e que podem ser consultadas no *site* [www.iqs.pt](http://www.iqs.pt).

## 2. As desvantagens de fumar

### Mortalidade relacionada com o tabaco em Portugal

Em Portugal, segundo estimativas efectuadas por Peto, Lopez *et al.* (2003) e citadas por Shafey, Dolwick e Guindon (2003), o tabaco terá sido responsável, em 1995, pela morte de cerca de 8300 fumadores (7800 homens e 500 mulheres), conforme pode ver-se no *Quadro I*, ou seja, aproximadamente 23 pessoas por dia.

### Componentes do fumo do tabaco prejudiciais à saúde

O fumo do tabaco é um aerossol constituído por partículas sólidas e líquidas (componentes voláteis) em suspensão numa mistura gasosa. O fumo do tabaco é um verdadeiro *cocktail* de tóxicos (Afonso, Melo e Ramalhão, 1999), pois contém mais de 4000 substâncias, das quais várias dezenas são conhecidas pelo seu carácter cancerígeno e muitas outras pelo seu efeito tóxico para o organismo, em especial para o aparelho respiratório.

Do conjunto de substâncias presentes no fumo do tabaco destacam-se, pela importância dos seus efeitos perniciosos, quatro: a *nicotina*, o *alcatrão*, o *monóxido de carbono* e as *substâncias irritantes* (Salvador, 1996; Afonso, Melo e Ramalhão, 1999).

A nicotina é o principal alcalóide presente nas folhas da planta do tabaco e no fumo procedente da sua combustão. Actualmente, é reconhecida a capacidade da nicotina para gerar dependência fisiológica, com o consequente síndrome de abstinência causado pela suspen-

### Quadro I

Estimativa do número de mortes por várias causas atribuídas ao tabaco em Portugal e por faixa etária (1995)

	Homens			Mulheres			Total
	35-69	+ 70	Total	35-69	+ 70	Total	
Cancro de pulmão	1 100	900	2 000	100	000	100	2 100
Todos os cancros	1 900	1 500	3 400	100	100	200	3 600
Vasculares	800	900	1 700	100	100	200	1 900
Respiratórias	400	1 000	1 400	000	100	100	1 500
Outras	900	500	1 400	100	000	100	1 500
Todas as causas	4 000	3 800	7 800	200	300	500	8 300

**Fonte:** Peto, Lopez *et al.*, [1992, 1994 (update, 2003)], *in* Shafey, Dolwick e Guindon (2003).

são ou redução do consumo. Estudos realizados nos Estados Unidos pelo National Institute on Drug Abuse (NIDA) e no Reino Unido pelo Addiction Research Unit mostraram que a nicotina é seis a oito vezes mais aditiva do que o álcool e pode gerar uma dependência ainda mais forte do que a heroína (Canada. National Clearinghouse on Tobacco and Health, 1993).

A nicotina possui vários efeitos imediatos no organismo, dos quais se salientam: a aceleração do ritmo (frequência) cardíaco e, logicamente, o aumento do consumo de  $O_2$  pelo miocárdio; o aumento da pressão sanguínea; a constrição dos pequenos vasos sanguíneos debaixo da pele (Pestana e Mendes, 1999). A nicotina produz igualmente um aumento da capacidade de coagulação do sangue (adesividade das plaquetas), o que pode estar na origem da formação espontânea de coágulos (ou trombos), facilitando a ocorrência de enfartes e trombozes, que afectam o coração, cérebro e outros órgãos (Afonso, Melo e Ramalhão, 1999).

O alcatrão é uma mistura heterogénea de várias substâncias que se conseguiu demonstrar serem muito prejudiciais para a saúde. Grande número dessas substâncias é responsável pelas diferentes formas de cancro atribuíveis ao tabaco.

Muitas das substâncias encontradas no alcatrão são designadas por iniciadores tumorais, pois são substâncias que por si mesmas têm capacidade para gerar células cancerosas (Pestana e Mendes, 1999). Neste grupo incluem-se os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos (dos quais o alfa-benzopireno seria o mais representativo) e as nitrosaminas (Melero, Flores e Anda, 1997).

Além de provocar cancro, o alcatrão, juntamente com outros componentes do fumo do tabaco, promove o aparecimento e agravamento de doenças respiratórias graves, como o enfisema e a bronquite crónica (Salvador, 1996; Pestana e Mendes, 1999).

O monóxido de carbono (CO) é um gás incolor altamente tóxico produzido pela combustão do tabaco e do papel que envolve o cigarro.

O CO penetra no sangue através dos alvéolos pulmonares e difunde-se por ele com grande facilidade. Como tem uma afinidade com a hemoglobina 240 vezes superior à do oxigénio ( $O_2$ ), une-se a ela, formando carboxi-hemoglobina, reduz a capacidade de o sangue transportar  $O_2$  e dificulta, por isso, a sua distribuição tecidual (Melero, Flores e Anda, 1997; Pestana e Mendes, 1999). De forma simplista vai silenciosamente «sufocando» o indivíduo, o que explica por que é que os fumadores se cansam mais e não são capazes de executar muitos esforços (Salvador, 1996; American Lung Association, 1998; Afonso, Melo e Ramalhão, 1999).

O CO é particularmente prejudicial durante a gravidez, porque reduz a quantidade de oxigénio que

deveria ser transportada para o feto, provocando anomalias no seu crescimento.

Este composto está também relacionado com a formação de arteriosclerose. Este processo pode levar as artérias, sobretudo as coronárias, a ficarem bloqueadas, causando angina de peito e enfarte do miocárdio; se o bloqueio ocorrer nas artérias do cérebro, pode causar acidentes vasculares cerebrais e, se for nas artérias dos membros, pode provocar gangrena, com a necessidade, muitas vezes, de amputação de membros. Por outro lado, e conforme já foi referido, como reduz a capacidade de o sangue transportar oxigénio, vai afectar todas as células e órgãos do corpo, especialmente o coração, favorecendo o aparecimento de patologia cárdio-vascular em pessoas saudáveis e complicando-a em quem dela padece (Afonso, Melo e Ramalhão, 1999).

As principais substâncias irritantes presentes no fumo do tabaco são os fenóis, a acroleína, o amoníaco, os aldeídos e o ácido cianídrico. As substâncias irritantes reduzem a mobilidade dos cílios vibráteis, convertem o epitélio ciliado em não ciliado e alteram a quantidade e características do muco produzido (Pestana e Mendes, 1999). A paralisia dos cílios (um dos mecanismos de limpeza dos brônquios) permite uma maior adesividade das bactérias ao epitélio brônquico, dificulta a remoção das secreções (produzidas em excesso devido à acção do fumo do tabaco), fazendo com que os agentes microbianos e as secreções se acumulem nas vias respiratórias, tornando o fumador mais susceptível às infecções brônquicas e pulmonares (pneumonias, etc.).

A acumulação das secreções e a acção contínua das substâncias tóxicas presentes no fumo do tabaco sobre as vias respiratórias e o pulmão têm como consequência o aparecimento da bronquite crónica e do enfisema pulmonar, doenças muito comuns nos fumadores e que lhes provocam grande dificuldade em respirar e muitas vezes a morte.

Para além deste quarteto venenoso, no fumo do tabaco podemos encontrar outros cancerígenos, produtos radioactivos, cianeto de hidrogénio (um dos venenos mais famosos, utilizado na execução das penas de morte em alguns estados dos EUA e responsável pela destruição dos «mecanismos de limpeza» próprios dos pulmões), pesticidas (usado no combate às pragas das plantações de tabaco) e metais (principalmente arsénio e níquel) (Afonso, Melo e Ramalhão, 1999).

Segundo Nogueira (2003), «está demonstrada a presença de urânio, tório, polónio-210 e plutónio no fumo dos cigarros em quantidade equivalente para um fumador médio ter feito 350 radiografias por ano (ou seja, é como se o fumador estivesse exposto aos raios X 350 vezes/ano ou ainda como se efectuasse quase uma radiografia por dia)».

## Doenças relacionadas com fumar

A elevada mortalidade associada ao consumo de tabaco está directamente relacionada com a vasta gama de patologias provocadas pelo fumo do tabaco e que são apresentadas no *Quadro II*.

Segundo vários autores (Salvador, 1996; Juncal, 1997; WHO, 1998; Melero, Flores e Anda, 1997), o risco de ocorrência dessas patologias está relacionado com a carga tabágica, a qual está dependente da interacção dos seguintes factores:

- Número de cigarros fumados diariamente (quanto maior é a quantidade de fumo aspirado diariamente, maior é o risco);
- Duração do consumo (quanto mais cedo se começar a fumar, mais longo é o período da vida durante o qual o sujeito consome tabaco regularmente, portanto maior é o risco de adoecer);
- A forma de consumo (uma inalação profunda e repetida, a manutenção do cigarro na boca entre

cada «puxa», são factores que incrementam o risco);

- Tipo de cigarros.

Embora fumar esteja relacionado com a ocorrência de mais de vinte doenças, as evidências epidemiológicas mostram a existência de uma inequívoca relação etiológica entre o consumo de tabaco fumado e três doenças que são graves devido à alta mortalidade associada e à sua elevada incidência: o cancro da traqueia, brônquios e do pulmão; as doenças pulmonares obstrutivas crónicas (fundamentalmente a bronquite crónica e o enfisema pulmonar); as doenças cárdio-vasculares (em especial o enfarte do miocárdio).

Os cancros relacionados com o tabaco parecem constituir 16% do total da incidência anual de cancros (Ireland. Health Promotion Unit, 1994; Raw, 1987a-b; Salvador, 1996; WHO, 1998) e, conforme pode ver-se pelos dados expressos no *Quadro III*, estima-se que, nos países desenvolvidos, 25% a 30% das mor-

**Quadro II**  
Algumas patologias associadas ao consumo de tabaco

Cancro do pulmão	Degeneração do miocárdio
Cancro da boca, faringe e laringe	Aneurisma da aorta
Cancro da língua	Doença vascular periférica
Cancro do esófago	Arteriosclerose
Cancro do pâncreas	Asma
Cancro da bexiga	Pneumonia
Cancro de nariz	Outras doenças respiratórias
Cancro do rim	Úlcera péptica
Cancro do estômago	Doença de Crohn
Cancro do corpo do rim	Osteoporose
Bronquite crónica e enfisema	Periodontite
Doença isquémica do coração	Leucemia mieloide
Doenças cerebrovasculares	Redução da fecundidade
Hipertensão	Crescimento reduzido do feto

Fonte: Eriksen e Mackay (2002).

**Quadro III**  
Proporção de mortes por cancro na Europa, atribuíveis a diversos factores

	Melhor estimativa (Porcentagem)	Leque estimativas (Porcentagem)	Estimativa do número anual de mortes
Tabaco	30	25-35	220 000
Álcool	4	2- 5	30 000
Alimentação	30	10-50	220 000
Profissão	4	2- 8	30 000
Infecção	3	1-10	22 000
Geofísicos*	3	2- 4	22 000

\* Radioactividade e radiações solares (Europa contra o Cancro, 1990).

tes por cancro estejam ligadas ao consumo de tabaco. Mais recentemente, a ex-directora-geral da Organização Mundial de Saúde, Dr.<sup>a</sup> Gro Harlem Brundtland, referiu que o consumo de tabaco em todas as formas é responsável por cerca de 30% de todas as mortes por cancro nos países desenvolvidos, por cerca de 80% a 90% das mortes por cancro do pulmão, da cavidade oral e laringe (International Union against Cancer, 2002).

Segundo os resultados de estudos desenvolvidos na Europa, no Japão e na América do Norte, 83% a 92% dos cancros do pulmão no homem e 57% a 80% dos cancros do pulmão na mulher são imputáveis ao consumo de cigarros (Joossens *et al.*, 1994), pelo que esta patologia praticamente desapareceria se se eliminasse esse hábito. Calcula-se que no ano 1992, na União Europeia, tenham morrido 177 554 pessoas com cancro do pulmão (140 782 homens e 36 772 mulheres) pelo facto de fumarem (World Health Organisation, 1998, cit. por Joossens, 1999).

Também em Portugal, no ano de 1999, terão morrido por cancro de traqueia, brônquios e pulmão (patologias mais directamente relacionadas com o consumo de tabaco), 2226 homens e 500 mulheres (Portugal. Ministério da Saúde, 1999; Portugal. Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva, 2002). Admitindo-se que cerca de 90% dos cancros de traqueia, brônquios e pulmão nos homens estão relacionados com fumar, podemos inferir que o cigarro tenha sido responsável pela morte de 2003 fumadores devido a estas patologias no ano de 1999, o que está de acordo com as estimativas efectuadas por Peto *et al.* (2003) e apresentadas no *Quadro I*.

Admite-se também que o fumo do tabaco seja responsável por cerca de 25% das doenças cardíaco-vasculares e por 90% das doenças pulmonares obstrutivas crónicas (sobretudo bronquite crónica e enfisema).

Em Portugal, segundo estimativas efectuadas por Peto, Lopez *et al.* (2003), citadas por Shafey, Dolwick e Guindon (2003), o tabaco terá sido responsável, em 1995, pela morte de cerca de 1900 fumadores (1700 homens e 200 mulheres) devido a doenças cardíaco-vasculares e a 1500 (1400 homens e 100 mulheres) devido a doenças respiratórias (conforme pode ver-se no *Quadro I*).

Segundo o Centers for Disease Control and Prevention dos Estados Unidos, os homens que fumam aumentam o risco de terem cancro do pulmão em 22 vezes, aumentam o risco de morrerem de bronquite e enfisema mais de 10 vezes, e o hábito de fumar triplica o risco de morrer por doença de coração na meia-idade, quer nos homens, quer nas mulheres.

## Consequências do fumo na mulher

Na União Europeia, a incidência de cancro do pulmão está a aumentar muito mais rapidamente nas mulheres do que nos homens. Na população masculina, o número total de mortes por cancro do pulmão aumentou de 107 056 para 140 782 entre 1973 e 1992, enquanto na população feminina o aumento foi de aproximadamente o dobro, passando de 18 822 para 36 772 durante o mesmo período de tempo (World Health Organisation, 1998, cit. por Sasco, 1999). Prevê-se que o cancro do pulmão passe a ser a primeira causa de morte por cancro nas mulheres europeias, como já acontece nos Estados Unidos, onde o cancro do pulmão já mata mais do que o cancro da mama (Sasco, 1999). É evidente que, se as mulheres fumarem tanto como os homens, a sua saúde sofrerá tanto ou mais do que estes em consequência deste hábito (World Health Organisation, 1998, cit. por Sasco, 1999).

Fumar é particularmente desvantajoso para as mulheres, por prejudicar não só a sua saúde, mas também a do feto (sobretudo se esta fumar durante e/ou após a gravidez). Está demonstrado que a mãe fumadora tem um risco aumentado de padecer de gravidez ectópica, de ter aborto espontâneo, parto prematuro, placenta prévia, hemorragias, rotura precoce de membranas e, como consequência disso, aumento da mortalidade perinatal (American Lung Association, 1998; Pestana e Mendes, 1999; USA. Centers for Disease Control and Prevention, 1999; UK. Health Education Authority, 1991; Juncal, 1997; Melero, Flores e Anda, 1997; Afonso, Melo e Ramalhão, 1999; Valero e Ciscar, 2002). Por outro lado, sabe-se que os bebés filhos de mães que fumaram durante a gravidez, assim como as crianças expostas ao fumo ambiental, têm um risco significativo de morrerem de morte súbita (Gidding *et al.*, 1994; WHO, 1998). Valero e Ciscar (2002) admitem que 25% de todos os casos de morte súbita do lactante sejam atribuídos ao tabagismo passivo.

Vários estudos revelam que apenas uma pequena proporção das mulheres que engravidam consegue deixar de fumar imediatamente após engravidar ou durante todo o período de gravidez (UK. Health Education Authority, 1997, cit. por Sasco, 1999). Sabemos que a prevalência do tabagismo entre as mulheres continua a aumentar em seis países da União Europeia (Portugal, Espanha, Itália, Grécia, Luxemburgo e Áustria) devido, sobretudo, à incidência crescente do hábito de fumar nas mulheres mais novas (Joossens, 1999).

Pelo conjunto de motivos apresentados anteriormente, é previsível que nas próximas décadas se produza um notável aumento da morbidade e mortali-

dade relacionado com o tabaco nas mulheres europeias (Mendoza, 1999). A mais curto prazo, os problemas relacionados com a gravidez, assim como os problemas natais e perinatais, terão também tendência a aumentar devido ao aumento do tabagismo feminino (Mendoza, 1999).

### **As consequências do consumo de tabaco para a saúde dos jovens**

Fumar cigarros durante a infância e a adolescência produz problemas de saúde significativos nos jovens, incluindo tosse e expectoração, um aumento do número e da gravidade dos problemas respiratórios, decréscimo do rendimento físico, um perfil lipídico desfavorável (LDH e colesterol) e um potencial retardamento na taxa de crescimento pulmonar e do nível máximo da função pulmonar (Canada. National Clearinghouse on Tobacco and Health, 1993; US Department of Health and Human Services, 1994a; American Lung Association, 1998; USA. Centers for Disease Control and Prevention, 1999a-b), e reduz a quantidade de oxigénio disponível para os músculos usados nos desportos.

Os fumadores sofrem de falta de ar três vezes mais do que os não fumadores.

Entre os comportamentos aditivos, o consumo de cigarros é um dos que estão mais estabelecidos durante a adolescência. As pessoas que começam a fumar em idades recentes correm um risco maior de se tornarem dependentes do que as que começam em idades mais tardias (US Department of Health and Human Services, 1994b; American Lung Association, 1998).

O consumo de tabaco está associado ao consumo de álcool e de outras drogas e é geralmente a primeira a ser usada pelos jovens, após o que enveredam pelo consumo de drogas, que incluem o álcool, a marijuana e outras drogas duras (Canada. National Clearinghouse on Tobacco and Health, 1993; US Department of Health and Human Services, 1994b-c). Numerosos estudos confirmam que quem consome drogas aditivas fá-lo raramente antes de ser fumador.

### **Consequências do fumo passivo ou fumo ambiental do tabaco**

Só recentemente se começou a tomar consciência de que, para além de um grande incómodo e de alguns malefícios para a saúde, a exposição contínua ao fumo ambiental do tabaco representa um risco certo para a saúde e pode dar lugar a processos patológicos mais severos, designadamente: agravamento da sintoma-

matologia em pessoas com problemas alérgicos, asmáticos e cárdio-vasculares; aumento do risco de padecer de doenças do coração e aumento do risco de padecer de cancro de pulmão (American Lung Association, 1998; American Cancer Society, 1998; Repace, Kawachi e Glantz, 1999).

A relação entre a aspiração do fumo ambiental do tabaco e as doenças por ele induzidas ficou estabelecida cientificamente desde 1972 (Blum-Boisgard, 1996).

Baseando-se em diversos estudos epidemiológicos, a Agência de Protecção Ambiental dos EUA concluiu que o risco de ter cancro do pulmão é 30% mais elevado entre as pessoas não fumadoras que convivem com fumadores do que entre os não fumadores que não convivem com fumadores (Ireland. Health Promotion Unit, 1994; Blum-Boisgard, 1996; Melero, Flores e Anda, 1997).

Em 1993, a Agência de Protecção Ambiental dos Estados Unidos (US Environmental Protection Agency) declarou que o fumo ambiental do tabaco é o principal carcinogénio humano presente no ar e mata mais pessoas do que todas as outras formas de poluição do ar combinadas (American Cancer Society, 1998; USA. Indiana Prevention Resource Center, 1998). Foi por esse motivo classificado pela Agência de Protecção Ambiental dos EUA no grupo A de carcinogénios (causadores de cancro em humanos) (American Lung Association, 1998).

Só nos países da União Europeia estimou-se em cerca 4000 o número de mortes anuais por cancro do pulmão devido à inalação passiva do fumo do tabaco (Melero, Flores e Anda, 1997).

Está também demonstrada a relação entre o fumo ambiental do tabaco e a ocorrência de problemas cardíacos (Repace, Kawachi e Glantz, 1999). A American Cancer Society (1998) estima que nos EUA o fumo ambiental do tabaco cause uma média de 35 000 a 40 000 mortes por doenças do coração nas pessoas que não são fumadoras correntes.

A exposição involuntária prolongada ao fumo do cigarro representa um risco para a saúde muito mais grave e generalizado do que qualquer outro tipo de poluição em recintos fechados.

Embora a exposição ao fumo ambiental do tabaco seja prejudicial para todas as pessoas, é particularmente nociva para os grupos de indivíduos mais susceptíveis, como as crianças, os asmáticos, as pessoas com insuficiência respiratória e as mulheres grávidas (Canada. National Clearinghouse on Tobacco and Health, 1994; Gidding *et al.*, 1994; American Cancer Society, 1998).

As crianças expostas ao fumo ambiental do tabaco têm mais tosse e constipações e estão mais sujeitas a infecções, quer das vias respiratórias superiores

(rinites, laringites), quer das vias respiratórias inferiores (bronquite, pneumonias); apresentam com maior frequência otites recidivantes e sinusites; possuem uma dupla frequência de ablação das adenóides e das amígdalas; podem apresentar um ligeiro retardamento no desenvolvimento físico; perturbação no desenvolvimento normal do aparelho respiratório (Canada. National Clearinghouse on Tobacco and Health, 1994; Gidding *et al.*, 1994; American Lung Association, 1998).

Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (1999), as crianças têm um risco 60% superior de desenvolverem doenças respiratórias, tais como bronquite, bronquiolites e pneumonia, durante os primeiros 18 meses de vida quando expostas ao fumo ambiental do cigarro. Calheiros (2003) refere uma série de estudos efectuados por vários investigadores que demonstram que as crianças expostas ao fumo passivo têm um risco substancialmente superior de desenvolverem asma e, se já padecem desta patologia, o fumo ambiental pode aumentar a frequência dos ataques e a sua gravidade. Nos EUA constata-se que a percentagem de crianças asmáticas é cerca de duas vezes superior no grupo de crianças cujas mães fumam pelo menos 10 cigarros por dia (American Lung Association, 1998b).

A exposição ao fumo do tabaco aumenta a frequência e a gravidade dos episódios de asma nas crianças (Canada. National Clearinghouse on Tobacco and Health, 1994).

Um estudo para determinar a importância da exposição ao fumo ambiental do tabaco no agravamento das crises de asma brônquica infantil revelou que o tabagismo passivo parental, em particular materno, é um factor de risco significativo (Pargana *et al.*, 2001), pelo que os autores recomendam que a criança deva ser protegida do fumo passivo dos pais.

Os bebés filhos de mães que fumaram durante a gravidez, assim como as crianças expostas ao fumo ambiental, têm um risco significativo de morrerem de morte súbita (Gidding *et al.*, 1994; WHO, 1998).

O *Quadro IV*, apresentado por Nogueira (2003) em comunicação no encontro sobre tabagismo efectuado no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, no Porto, resume a incidência das várias patologias relacionadas com o fumo passivo.

### 3. O tabagismo como um problema vulnerável

Pelo que foi escrito até aqui, podemos compreender por que é que já em 1970, no relatório apresentado na 23.<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde por Fletcher e Horn, se afirmava que «as doenças relacionadas com o consumo de tabaco constituem nos países economicamente avançados causas tão importantes de incapacidade para o trabalho e de morte prematura que a luta contra este hábito poderia ser mais útil para a melhoria da saúde e o prolongamento da vida nestes países do que qualquer outro programa de medicina preventiva» (Melero, Flores e Anda, 1997). Para solucionar um problema é necessário conhecer a sua etiologia. Para Mendoza (1999), as causas desta epidemia são complexas, mas estão fundamentalmente relacionadas com a pressão da indústria tabaqueira, com a falta de empenhamento do poder político, com a falta de sensibilidade do sistema de saúde para as questões da prevenção, em geral, e do tabagismo, em particular, e com a pouca implantação da educação para a saúde no sistema de ensino.

A negligência do sistema de saúde em relação a este problema custa um preço elevado em termos de doença evitável, vidas perdidas e custos económicos

**Quadro IV**  
Incidência de várias patologias relacionadas com o fumo passivo

Patologia	Casos por 10 milhões de habitantes
Baixo peso à nascença	360 a 690
Síndrome da morte súbita infantil	70 a 100
Infecção no ouvido médio (crianças)	26 000 a 59 000
Indução de asma (crianças)	300 a 960
Exacerbação de episódios de asma	15 000 a 37 000
Bronquite/pneumonia em crianças (< 18 meses)	5 500 a 11 000
Cancro do pulmão	100
Cancro dos seios nasais	Dados não disponíveis
Doença isquémica cardíaca	1 000 a 2 300

Fonte: J. Nogueira (2003).

que já nada justifica, pois na última década foram desenvolvidos métodos terapêuticos eficazes para o tratamento da dependência tabágica (Portugal. Ministério da Saúde, 2002).

Apesar da dimensão atingida actualmente pela epidemia tabágica, Mendoza considera o tabagismo um problema vulnerável, como o foram outros problemas de saúde no passado. Na mesma linha de pensamento está Conyer (2000), para quem o tabagismo não é uma fatalidade. Na sua opinião, é possível controlar a epidemia. Os profissionais de saúde e, em particular, aqueles que estão vinculados a projectos e instituições de saúde pública já demonstraram serem capazes de implementarem muitas medidas preventivas que se traduziram numa melhoria da saúde e esperança de vida das pessoas. Como exemplo, basta mencionar a diminuição das doenças preveníveis por vacinação; a redução da mortalidade por diarreias e infecções respiratórias agudas em menores de 5 anos; a redução da mortalidade pela cólera e o aumento dos serviços de saúde em prol da saúde da mulher e da mortalidade por cancro cervicouterino.

Os países que adoptaram estratégias globais e que mantiveram esses esforços ao longo do tempo conseguiram fazer curvar a epidemia tanto nos jovens como nos adultos, como foi o caso da Finlândia, do Canadá e dos EUA.

É bom lembrar que a mortalidade infantil em Portugal no ano de 1960 era de 77,5 por cada 1000 nascimentos e que desceu para 5,4 em 1999 graças a um forte empenhamento de toda a sociedade, podendo o mesmo acontecer com a prevalência do consumo de tabaco e com os problemas de saúde a ele associados. Os exemplos de redução da mortalidade por cancro da mama e do colo do útero poderiam ser citados para ilustrar como, com medidas globais e persistentes, os problemas que pareciam de difícil resolução acabam por ceder aos esforços do homem.

#### 4. O papel dos médicos no controlo da epidemia tabágica

Existem outros factores de risco para a saúde, como, por exemplo, a hipertensão e a hipercolesterolemia, que têm merecido o empenhamento dos médicos no seu diagnóstico e controlo e que muito bons resultados têm dado na prevenção das doenças cárdio-vasculares.

O diagnóstico e tratamento do tabagismo devem merecer dos profissionais de saúde o mesmo envolvimento que estes têm em relação a outros factores de risco (Raw, 1987a-b; Portugal. Ministério da Saúde, 2002), até porque neste momento existem várias

abordagens demonstradamente eficazes no que respeita à cessação do tabagismo.

Para reduzir a percentagem de fumadores Beçoña (1995) propõe que sejam aplicadas, entre outras, as seguintes medidas:

1. A assunção por parte de todos os profissionais de saúde (médicos, psicólogos, enfermeiras, assistentes sociais, etc.) dos riscos que fumar tem na saúde;
2. Depois dessa tomada de consciência é importante que dêem o exemplo e deixem de fumar (se é que o fazem) ou pelo menos não o façam na presença dos seus doentes. É preciso que os profissionais de saúde se consciencializem de que podem funcionar como modelos sociais para muitas pessoas, que podem ser um exemplo no bom ou no mau sentido para os outros e que, por isso, devem actuar responsabilmente;
3. É também indispensável que os médicos de várias especialidades (médicos de família, médicos do trabalho, internistas, cardiologistas, pneumologistas, obstetras, pediatras, enfermeiros, psicólogos) se envolvam no tratamento da dependência tabágica, como já o fazem relativamente ao controlo de outros factores de risco para a saúde (Portugal. Ministério da Saúde, 2003). É importante que estejam conscientes de que é possível que o seu paciente pare de fumar e que existem métodos eficazes para o fazer. No fundo, recomenda-se que cumpram as orientações da OMS para promover a desabitação tabágica e que são: *abordar* sistematicamente todos os utilizadores de tabaco em cada consulta; *aconselhar* com convicção todos os utilizadores de tabaco a abandonarem; *avaliar* se o doente deseja fazer uma tentativa de abandono; *ajudar* o doente na sua tentativa de abandono; *agendar* consultas de seguimento. Pensamos que, se seguirem as normas de orientação clínicas apresentadas na publicação do Ministério da Saúde (2002) *Tratamento do uso e da dependência do tabaco: normas de actuação clínica*, contribuirão para controlar esta epidemia e ajudar a evitar muitos problemas de saúde relacionados com o consumo de tabaco. Informamos que este livro pode ser pedido para o Instituto de Qualidade em Saúde ou retirado na Internet, bastando procurar na *google* por: «Tratamento do uso e da dependência do tabaco». Uma visita ao *site* da Sociedade Portuguesa de Pneumologia poderá também esclarecer algumas normas de actuação, sobretudo para os clínicos gerais.

Os programas de tratamento dirigidos a crianças e adolescentes são também imprescindíveis, já que

muitos deles fumam e querem deixar os cigarros. Isto teria também uma forte componente preventiva, pois estes jovens deixariam de ser um mau modelo para os seus pares.

Becoña (1995) acredita que estas e outras medidas, levadas a cabo coordenadamente, produziram no espaço de poucos anos efeitos imediatos (tal como já se verificou em alguns países, como nos EUA e na Grã-Bretanha) e poder-se-ia reduzir para 20% a percentagem de fumadores na Europa, tal como se preconiza num dos objectivos da OMS, «Saúde para todos no ano 2000».

Segundo cálculos efectuados por Precioso (2003), baseados nos dados do *Inquérito Nacional de Saúde de 1999*, fumam 1 626 597 portugueses.

Partindo do princípio de que a abordagem mínima consegue abandonos de 5%-10% dos fumadores (Lorza Blasco, 2002) e que a maioria dos fumadores vai ao médico, podemos estimar que, se os profissionais de saúde se envolverem, podem fazer com que 81 329 a 162 659 portugueses abandonem o hábito de fumar.

Quantas mortes poderiam evitar-se se os profissionais de saúde se envolvessem com mais empenho no controlo deste factor de risco evitável?

## □ Bibliografia

AFONSO, N.; MELO, P.; RAMALHÃO, C. — Riscos associados ao consumo do tabaco. In PRECIOSO, J., *et al.* — Educação para a saúde. Braga : Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho, 1999.

AMERICAN CANCER SOCIETY — Cancer facts and figures 1998 : tobacco uses. Atlanta : American Cancer Society, 1998. <http://www.cancer.org/statistics/cf98/tobacco.html>.

AMERICAN LUNG ASSOCIATION — Secondhand smoke : fact sheet. New York : American Lung Association, 1998. <http://www.lungusa.org/>.

BECOÑA, E. — El consumo de tabaco en Galicia : prevalencia y medidas a tomar para la reducción del número de fumadores. In BECOÑA, E., LÓPEZ, A., e BERNARD, I. — Drogodependências II : drogas legais. Santiago de Compostela : Universidade de Santiago de Compostela, 1995. *Magister* em Drogodependências.

BLUM-BOISGARD, C., red. — Vers une génération sans tabac : guide pratique européen destiné aux intervenants : les jeunes de 7 à 14 ans. Paris : Ligue nationale contre le cancer, 1996 (Les jeunes de 7 à 14 ans).

CALHEIROS, J. — Tabagismo passivo : um risco para a saúde significativo e prevenível. Lusomed : portal Profissional [em linha] 2003. <http://lusomed.sapo.pt/Xn300/367166.html>.

CANADA. NATIONAL CLEARINGHOUSE ON TOBACCO AND HEALTH — Youth and tobacco : an adolescent health problem. Ontario : Canadian Council on Smoking and Health, 1993.

CANADA. NATIONAL CLEARINGHOUSE ON TOBACCO AND HEALTH — Youth and tobacco : smoking around children and during pregnancy. Ontario : Canadian Council on Smoking and Health, 1994.

COMMISSION EUROPÉENNE — La situation sociale dans l'Union Européenne. Bruxelles : Commission Européenne, 2003. [http://www1.promosante.org/pdf/art\\_99.pdf](http://www1.promosante.org/pdf/art_99.pdf).

CONYER, T. — Prevención y control de la epidemia mundial del tabaquismo : una estrategia integral. *Salud Pública de México*. 41 : 1 (2000) 6-7.

ERIKSEN, M.; MACKAY, J. — The tobacco atlas. Geneva : World Health Organization, 2002.

EZZATI, M.; LOPEZ, A. — Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*. 362 (2003) 847-852.

FREITAS, J. — Fumadores passivos. Lisboa : Conselho de Prevenção do Tabagismo, 1988.

GIDDING, S., *et al.* — Active and passive tobacco exposure : a serious pediatric health problem. Dallas : American Heart Association, 1994. <http://www.americanheart.org/Scientific/statements/1994/119401.html>.

GRANATE, M. — Prevenção do tabagismo : fumar e ... adoecer. 3.ª edição. Lisboa : Conselho de Prevenção do Tabagismo. Instituto de Defesa do Consumidor, 1986 (Caderno; 2).

INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER. *Newsletter*. XIII : 1 (2002-08-13).

IRELAND. HEALTH PROMOTION UNIT — Smoking Cessation and Reduction Action Programme (SCRAP). Dublin : Irish Cancer Society, 1994.

JODRAL, M. — Tabaquismo : consecuencias para la salud. Granada : Universidade de Granada, 1992. *Ciencias de La Salud*. Monográfica, 1992.

JOOSSENS, L., *et al.* — *Tabaco e saúde na União Europeia : uma síntese*. Lisboa : Conselho de Prevenção do Tabagismo, 1994.

JOOSSENS, L. — Women and smoking in the European Union. Brussels : European Network for Smoking Prevention, 1999.

JUNCAL, L. — Tabaquismo : epidemia do século xx. Santiago de Compostela : Ediciones Laiovento, 1997.

LORZA BLASCO, J. J. — Abordaje clínico-terapéutico del tabaquismo. In SOLANO REINA, S.; JIMÉNEZ RUIZ, C. A. — Manual de tabaquismo. Barcelona : Masson, 2002.

MELERO, J.; FLORES, R.; ANDA, M. — Dossier informativo sobre el tabaquismo y su prevención. Bilbao : Edex Kolektiboa, 1997.

MENDOZA, R. — Prevención del tabaquismo entre los jóvenes : un reto alcanzable. In PRECIOSO, J., *et al.*, coord. — Educação para a saúde. Braga : Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho, 1999.

NOGUEIRA, J. — O desafio para a criação de ambientes saudáveis. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2003. Comunicação apresentada no âmbito de um colóquio sobre «O papel do (futuro) médico do ICBAS no (controlo) do tabagismo» realizado no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar em 2003.

OMS — Convenio marco da OMS para le control del tabaco. *Revista Española de Salud Pública*. 77 : 1 (2003) 476-496.

PARGANA, E., *et al.* — Tabagismo passivo e gravidade da asma brônquica na criança. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 1 (2001) 25-32.

PESTANA, E.; MENDES, B. — Tabagismo : 25 perguntas frequentes em pneumologia. Lisboa : Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 1999.

PORTUGAL. INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA PREVENTIVA — A situação da saúde em Portugal em relação com outros países europeus. Lisboa : Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva, 2002.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE — Inquérito Nacional de Saúde — 1997-1998 continente. Lisboa : Ministério da Saúde, 1999.

PRECIOSO, J.; MACEDO, M. — O plano global de prevenção do tabagismo de Braga. Actas do I Encontro Nacional de Prevenção e Tratamento do Tabagismo. Braga : Centro de Investigação em Educação. Universidade do Minho, 2003.

RAW, M. — Helping smokers stop. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 1987 (Smoke-free Europe; 5).

RAW, M. — The physicians role. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1987 (Smoke-free Europe; 1).

REPACE, J.; KAWACHI, I.; GLANTZ, S. — Fact sheet on secondhand smoke, 1999.

This fact sheet was compiled by the authors in response to a request by the International Union against Cancer (UICC), Geneva, Switzerland, and presented at the 2nd European Conference on Tobacco or Health and the 1st Iberoamerican Conference on Tobacco or Health Canary Islands, Spain, 23-27 February 1999.

SALVADOR, T. — Tabaquismo. Madrid : Aguilar, 1996.

SASCO, A — A mulher e o tabaco : consequências para a saúde. In JOOSSENS, L. — Women and smoking in the European Union. Brussels : European Network for Smoking Prevention, 1999.

SHAFÉY, O.; DOLWICK, S.; GUINDON, G., ed. lit. — Tobacco control country profiles. 2nd ed. Atlanta : American Cancer Society. World Health Organization. International Union against Cancer, 2003.  
[http://www.who.int/tobacco/global\\_data/country\\_profiles/en/](http://www.who.int/tobacco/global_data/country_profiles/en/).

SOARES, I.; VAZ, A. — Tratamento do uso e da dependência do tabaco : normas de actuação clínica. Lisboa : Instituto da Qualidade em Saúde, 2002.

USA. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION — TIPS : Health effects of smoking among young people, 1999a.  
[http://www.cdc.gov/tobacco/research\\_data/youth/stspta5.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/research_data/youth/stspta5.htm)

USA. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION — TIPS : Incidence of initiation of cigarette smoking among US teens. 1999b.  
[http://www.cdc.gov/tobacco/research\\_data/youth/initfact.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/research_data/youth/initfact.htm)

UK HEALTH EDUCATION AUTHORITY — Smoking : the facts. London : Health Education Authority, 1991.

USA. INDIANA PREVENTION RESOURCE CENTER — Factline on tobacco. [em linha]. Bloomington : Indiana University, 1998.  
<http://www.iprc.indiana.edu/publications/iprc/factline/tobac.html>.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES — Guidelines for school health programs to preventing tobacco use and addiction. Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1994a.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES — Preventing tobacco use among young people : a report of the surgeon general. Atlanta : Public Health Services. Centers for Disease Control and Prevention, 1994b.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES — Preventing tobacco use among young people : a report of the surgeon general. Atlanta : Public Health Services. Centers for Disease Control and Prevention, 1994c.

VALERO, F.; CISCAR, C. — El tabaquismo pasivo en la infancia : nuevas evidencias. *Prevención del Tabaquismo*. 4 : 1 (Enero-Marzo, 2002) 20-25.

WHO — The world health report 1999 : making a difference. Geneva : WHO, 1998. <http://www.who.int/whr/1999/en/>.

## □ Summary

### THE ROLE OF PHYSICIANS (AND OTHER HEALTH PROFESSIONALS) IN THE CONTROL OF THE SMOKING EPIDEMIC AND ITS ASSOCIATED MORBIMORTALITY

The World Health Organization considers smoking the most important and isolated cause of premature death and disease, mainly in developed countries. It is estimated that in Portugal 8500 smokers die daily due to their smoking habits. No matter its demolishing outcome, smoking is a widespread behavior in the whole world and Portugal is no exception. According to data of the National Health Inquiry of 1999, it is estimated that in Portugal 29.3% of men and 7.9% of woman with more than 15 years old smoke daily, which corresponds to a total of 1 626 597 smokers (1 248 212 men and 378 385 women). This data may be underestimated, since, in the year 2000, according to the Eurobarometer and in Portugal about 44% of men and 14% of women smoked daily (Commission Européene, 2003). In spite of the extension currently reached by the tobacco epidemic, Mendoza (1999) considers smoking a vulnerable problem as other disease problems were in the past. An important contribution to the epidemic control may be given by the assumption by physicians (and other health professionals) of the risks that smoking has on health. When that conscience is undertaken, it is important that they give the example and stop smoking (if that is the case) or at least they avoid doing it in front of their patients. The next step is their active involvement in the treatment of this chronic disease which the dependency on nicotine is considered today, such as is being done with other healthy risk conditions such as dislipidemias, hypertension, diabetes, etc.

Taking as principle that a minimum approach (which may take five to ten minutes) can lead to abandon taxes of 5% to 10% (Lorza Blasco, 2002), we may estimate that, if the health professionals dedicate some time to the resolution of this problem, they will be able to help 81 329 to 162 659 Portuguese abandon smoking.