

Tendência temporal da endemia do tabagismo no Brasil

The temporal trend of the smoking endemic disease in Brazil

Marcelo Fouad Rabahi¹, Erikson Custódio Alcântara²

DOI: 10.5935/2238-3182.20150025

RESUMO

No Brasil, as doenças causadas pelo tabagismo são responsáveis por 47,6% do total de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3% dos óbitos) e as neoplasias (16,3%). Ocorre nesse momento período de transição epidemiológica caracterizada por três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por não transmissíveis, o deslocamento da morbimortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos e a transformação de situação em que predomina a mortalidade para outra em que se observa dominância da morbidade. A prevalência atual do tabagismo no Brasil diminuiu de 12,1% (2012) para 11,3% (2013); e houve redução em ambos os gêneros, de 9,2% para 8,6% para as mulheres e 15,5% para 14,4% para os homens. Os valores percentuais da prevalência do tabagismo nas capitais brasileiras e Distrito Federal foram na grande maioria menores.

Palavras-chave: Poluição por Fumaça de Tabaco; Hábito de Fumar; Abandono do Uso de Tabaco; Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

ABSTRACT

In Brazil, diseases caused by smoking account for 47.6% of total deaths, especially diseases of the circulatory system (31.3% of deaths) and neoplasias (16.3%). Currently, an epidemiological transition characterized by three basic changes is observed: the replacement of transmissible diseases by non-transmissible diseases, the offset of morbidity and mortality from younger to elderly groups, and the transition from the situation in which mortality predominates to that in which morbidity dominates. The current prevalence of smoking in Brazil decreased from 12.1% (2012) to 11.3% (2013); with a reduction in both genders, from 9.2% to 8.6% among women and 15.5% to 14.4% among men. The percentage values of the prevalence of smoking were mostly low among Brazilian capitals and the Federal District.

Key words: *Tabacco Smoke Pollution; Smoking; Tabacco Use Cessation; National Program of Tobacco Control.*

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão entre os maiores problemas atuais de saúde pública. No Brasil, as doenças causadas pelo tabagismo têm sido responsáveis por 47,6% das mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3% dos óbitos) e as neoplasias (16,3%).¹

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que as DCNTs são responsáveis por 63% de 36 milhões de mortes ocorridas em 2008.²

Recebido em: 11/06/2014
Aprovado em: 18/11/2014

Instituição:
Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Goiás – UFG
Goiânia, GO – Brasil

Autor correspondente:
Erikson Custódio Alcântara
E-mail: eriksonalcantara@hotmail.com

No Brasil, observa-se a transição epidemiológica caracterizada por três mudanças básicas: a substituição das doenças transmissíveis por DCNT, o deslocamento da morbimortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos e a transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outras doenças, com morbidade dominante, por exemplo, doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas.³

A fumaça do tabaco e outros poluentes podem acelerar o envelhecimento do pulmão ou agravar os eventos relacionados ao envelhecimento pulmonar por meio de inflamação crônica. Não está bem estabelecido como o envelhecimento provoca o declínio da função pulmonar e inflamação nas doenças relacionadas ao tabagismo, mas a OMS estima que 65 milhões e 3 milhões de pessoas possuem e morrem de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) moderada e grave, respectivamente, causada principalmente pelo tabagismo, sendo que em 2030 será a terceira causa de morte no mundo.^{2,4}

No Brasil, cerca de 5 milhões de pessoas são portadoras de DPOC. Em 2010 e em 2011 foram 116.680 e 116.707 internações, que custaram ao Ministério da Saúde (MS) R\$ 83,6 milhões e R\$ 87,1 milhões aos cofres públicos, por DPOC no país, respectivamente. Até julho de 2012 foram 57.881 registros de internações, com o custo de R\$ 45,1 milhões. O número de mortes também vem aumentando nos últimos anos. Em cinco anos, cresceu 12%, passando de 33.616, em 2005, para 37.592, em 2010.³

A cessação do tabagismo é intervenção efetiva e com melhor custo-efetividade. O abandono do tabagismo significa reduzir o risco de desenvolver doenças pulmonares e interromper sua progressão (nível de evidência A).⁵

Cerca de 80% dos tabagistas são portadores de doenças pulmonares advindas desse hábito e desejam parar de usar o tabaco; entretanto, apenas 3% conseguem abandoná-lo. Esse dado é indicador da capacidade da nicotina em causar dependência, pois, provavelmente, os que têm baixa dependência são os que mais conseguem parar de usar o tabaco sem tratamento formal. Também é indicador do baixo acesso dos tabagistas aos avanços da abordagem à abstenção do tabagismo. O tratamento do tabagista está entre as intervenções médicas que apresentam as melhores relações custos-benefícios.⁶

As estimativas de custos-benefício de breve abordagem dos tabagistas pelos médicos mostram que se 2,7% a 3,7% deixarem de usar o tabaco com essa medida, o custo estimado por ano de vidas salvas seria da ordem

de U\$ 748,00 a U\$ 2.020,00, bastante inferior ao do tratamento da hipertensão arterial sistêmica leve a moderada (U\$ 11.300 – U\$ 24.408), da hipercolesterolemia (U\$ 65.511,00 – U\$ 108.189,00) e do infarto (U\$ 55.000,00).⁶

No Brasil, desde 2006 o MS implantou o estudo Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) e ano a ano vem atualizando os dados epidemiológicos referentes ao tabagismo.³

A prevalência atual de tabagismo no Brasil de modo geral diminuiu de 12,1% (2012) para 11,3% (2013). Considerando os gêneros para o mesmo período, houve redução em ambos, 9,2% para 8,6% para as mulheres e 15,5% para 14,4% para os homens.^{3,7}

Em relação ao número de cigarros fumados por dia (20 cigarros ou mais), passou de 4%³ para 3,4%⁷, porém no conjunto da população das 26 capitais mais o Distrito Federal a frequência de fumantes passivos no domicílio foi de 10,2%, semelhante em ambos os gêneros.⁷ O número de fumantes passivos no trabalho diminuiu de 10,4-9,8%^{3,7}, contudo, a população de fumantes passivos masculinos obteve maior frequência em todas as faixas etárias, 18 a 65 anos de idade, quando comparado com as mulheres.⁷

Os indicadores de fumantes no Brasil até 2013 para os gêneros masculino e feminino foram 14,4 e 8,6%, respectivamente; e o número de ex-tabagistas até o momento é de 25,6% (masculino) e 18,9% (feminino).⁷

Cada indivíduo entrevistado pelo estudo Vigitel nas 26 capitais brasileiras mais o Distrito Federal considerou dois fatores. O primeiro deles é o inverso do número de linhas telefônicas no domicílio do entrevistado. Esse fator corrige a maior chance que indivíduos de domicílios com mais de uma linha telefônica tiveram de ser selecionados para a amostra. O segundo fator é o número de adultos no domicílio do entrevistado. Esse fator corrige a menor chance que indivíduos de domicílios habitados por mais pessoas tiveram de ser selecionados para a amostra. O produto desses dois fatores fornece um peso amostral que permite a obtenção de estimativas confiáveis para a população adulta entrevistada.

A prevalência de tabagismo estimada por capitais brasileiras mais Distrito Federal de 2012 para 2013 foram, respectivamente, Aracajú (8,1% – 7,9%), Belém (8,0% – 7,7%), Belo Horizonte (12,5% – 12,8%), Boa Vista (8,8% – 9,2%), Campo Grande (11,8-12,7%), Cuiabá (11,3-10,8%), Curitiba (12,4-13,7%), Florianópolis (13,6-12,4%), Fortaleza (8,8-7,2%), Goiânia (9,9-10,4%), João Pessoa (10,3-7,3%), Macapá (10,3-10,1%), Maceió (9,5-8,8%), Manaus (8,5-7,0%), Natal (9,7-6,2%), Palmas

(8,8-5,7%), Porto Alegre (18,2-16,5%), Porto Velho (11,8-11,7%), Recife (11,8-10,7%), Rio Branco (14,7-9,6%), Rio de Janeiro (13,5-11,8%), Salvador (6,3-5,2%), São Luís (7,9-8,1%), São Paulo (15,5-14,9%), Teresina (11,4-7,6%), Vitória (8,7-8,2%) e Distrito Federal (10,4-10,7%).^{3,7}

As tendências temporais da epidemia do tabagismo no Brasil por meio de delineamento comparável ainda são escassas, bem como em países em desenvolvimento. Os valores percentuais da prevalência do tabagismo nas capitais brasileiras e Distrito Federal foram, na maioria, menores. Uma hipótese é que as diversas estratégias têm se mostrado efetivas para a redução do tabagismo. Esse é um importante motivo para continuar a busca de identificação dos pontos fracos das diversas estratégias de abordagem do tabagismo no Brasil e fortalecer as existentes.

REFERÊNCIAS

1. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011; 377(9781):1949-61.
2. Organização Mundial de Saúde. A doença pulmonar obstrutiva crônica. [internet]. Genebra: OMS. [Citado em 2014 abr 5]. Disponível em: <http://who.int/respiratory/copd/en>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.136p.
4. Ito K, Barnes PJ. A DPOC como uma doença de envelhecimento acelerado. *Rev Port Pneumol*. 2009; 15(4):743-6.
5. Global initiative for chronic obstructive lung disease [homepage na internet]. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD: 2011 update. [Citado em 2013 fev 02]. Disponível em: <http://www.goldcopd.org>.
6. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). *Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2001. [Citado em 2013 out 22]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/atualidades/ano9_2/consenso.html2001.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis por Promoção de Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde; 2014.