



Organização Mundial da Saúde

# TABAGISMO & SAÚDE NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

Documento organizado pela Comissão Europeia em colaboração com a Organização Mundial de Saúde e o Banco Mundial para a Mesa Redonda de Alto Nível sobre Controle do Tabagismo e Políticas de Desenvolvimento-  
Fev/2003

Tradução: Instituto Nacional de Câncer/ Ministério da Saúde do Brasil

# ÍNDICE

<b>I. Introdução.....</b>	<b>3</b>
<b>II. Impacto à saúde e o peso da doença decorrente do tabagismo.....</b>	<b>4</b>
<i>Explicando as diferenças de mortalidade entre ricos e pobres tabagismo entre os de menor educação e os mais pobres.....</i>	<i>6</i>
<i>Tabagismo e desnutrição.....</i>	<i>7</i>
<i>Saúde e segurança de famílias que vivem do plantio do tabaco.....</i>	<i>7</i>
<i>Implicações à saúde decorrentes do tabagismo, do desmatamento e do meio ambiente.....</i>	<i>8</i>
<i>Trabalho infantil.....</i>	<i>8</i>
<i>Intervenções custo-efetivas que fazem a diferença.....</i>	<i>8</i>
<i>Tratamento para dependência do tabaco.....</i>	<i>9</i>
<i>Pesquisa para o controle do tabagismo.....</i>	<i>11</i>
<b>III. Conclusão.....</b>	<b>12</b>

## I. Introdução

Saúde e educação são as bases da produtividade econômica. Populações saudáveis são fundamentais para a redução da pobreza, do crescimento econômico e do desenvolvimento de longo prazo.

Além do peso tradicional das doenças comunicáveis, os países em desenvolvimento, hoje, enfrentam um aumento enorme das doenças não comunicáveis, doenças mentais e violência e lesões. O tabagismo é o maior contribuidor para essas doenças, que agora respondem por mais da metade do peso das doenças nesses países. Esse aumento alarmante ameaça minar o seu desenvolvimento econômico e social.

O tabaco é cultivado em muitas regiões do mundo e pode ser legalmente comprado em todos os países. A folha seca da planta *Nicotiana tabacum* é usada para fumar, mascar ou aspirar. Contrariamente ao que muitos acreditam, o tabagismo e as mortes a ele atribuíveis não afligem primordialmente os países desenvolvidos.

Em junho de 1995, representantes de 22 organizações internacionais e outros interessados encontraram-se em Bellagio para examinar as implicações das atuais tendências globais em produção e consumo de tabaco para o desenvolvimento sustentável, especialmente nos países em desenvolvimento. Os participantes do encontro concluíram que o tabaco constituía um grande desafio, tanto para a saúde quanto para o desenvolvimento econômico e social e a sustentabilidade ambiental. Os participantes recomendaram que o controle do tabagismo seja mais amplamente reconhecido como uma prioridade para o desenvolvimento e expressaram sua preocupação pelo fato de que ele não constava da pauta da maioria das agências de desenvolvimento.<sup>1</sup>

## II. Impacto à saúde e o peso da doença decorrente do tabagismo

Atualmente, estima-se que 4,9 milhões de mortes ao ano são provocadas pelo tabaco. Caso providências não sejam tomadas, prevê-se que no ano 2020 o índice de mortalidade atribuível ao tabagismo dobre. Cerca de 70% dessas mortes ocorrerão nos países em desenvolvimento. Juntamente com HIV/AIDS, o tabagismo é a causa de morte de maior crescimento no mundo e será a principal causa de morte prematura na década de 2020.

Nas últimas décadas, verificou-se um aumento drástico do fumo nos países em desenvolvimento, especialmente entre os homens.<sup>2</sup> Isto se contrapõe à redução lenta, porém constante, do tabagismo, principalmente entre os homens, em muitos países industrializados. As taxas de tabagismo estão aumentando em alguns países de baixa e média renda, especialmente entre jovens e mulheres, e permanecem relativamente altas na maioria das antigas repúblicas socialistas. O fumo faz aumentar substancialmente o risco de mortalidade por câncer de pulmão, câncer nas vias aéreas superiores e no trato digestivo alto e em outras localizações, cardiopatias, doenças cerebrovasculares, doenças respiratórias crônicas e uma variada gama de afecções orgânicas (veja **Tabela 1**).<sup>3</sup> Em populações onde o tabagismo é um hábito comum há muitas décadas, ele responde por uma proporção substancial de todas as mortes.<sup>4</sup>

Estudos epidemiológicos recentes ilustram a magnitude da epidemia do tabaco nos países em desenvolvimento. Na China, por exemplo, a persistir o atual padrão de tabagismo, cerca de 100 milhões dos 300 milhões de homens chineses, hoje com idade entre 0 e 29 anos, morrerão como resultado deste hábito. Significativamente, verificou-se que o tabagismo é a maior causa de morte por tuberculose na China. Os efeitos adversos do tabaco não se limitam ao fumo de cigarros. Na Índia, fumar *bidi* e mascar tabaco *quid* têm um papel significativo no desenvolvimento de doenças fatais.<sup>5</sup>

### **Tabela 1:** Doenças relacionadas ao tabagismo

Principais doenças causadas, em parte, pelo tabagismo:

- Câncer de boca, faringe e laringe
- Câncer do esôfago
- Câncer de pulmão
- Câncer de pâncreas
- Câncer de bexiga
- Cardiopatias isquêmicas
- Hipertensão arterial
- Degeneração miocárdica
- Doença cardiopulmonar
- Outras cardiopatias
- Aneurisma da aorta
- Doença vascular periférica
- Aterosclerose
- Doença cerebrovascular
- Bronquite crônica e enfisema
- Tuberculose pulmonar
- Asma
- Pneumonia
- Outras doenças respiratórias
- Úlcera péptica

<sup>i</sup> Esta seção baseia-se em grande parte no Capítulo 4 do Relatório Mundial de Saúde 2002.

Outros efeitos nocivos causados em parte pelo tabagismo:

Câncer de lábio

Doença de Crohn

Câncer de nariz

Osteoporose

Câncer do estômago

Periodontite

Câncer da pelve do rim

Ambliopia por tabagismo

Câncer do corpo do rim

Degeneração macular relacionada ao envelhecimento

Leucemia mielóide

Fecundidade reduzida

Feto de tamanho reduzido

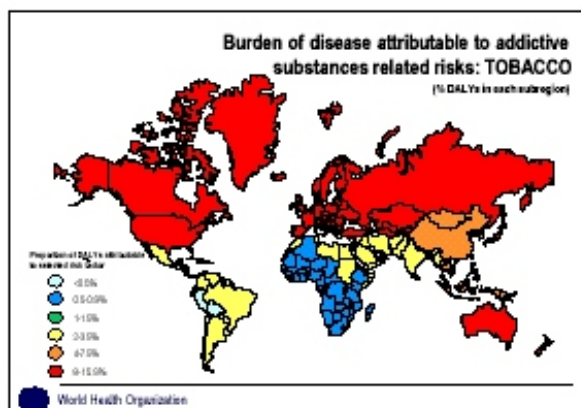
Fonte: Doll 1998 Tabelas 11, 12 and 13.

O tabagismo também prejudica terceiros. Existem, com certeza, riscos à saúde decorrentes do tabagismo passivo: fumar durante a gravidez traz um efeito adverso para o desenvolvimento do feto. Em junho de 2002, a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC) concluiu que o fumo involuntário (exposição “de segunda mão” ou ambiental à fumaça de produtos derivados do tabaco) era carcinogênica para humanos.<sup>6</sup> Mascar tabaco pode provocar câncer oral, assim como fumar charuto ou cachimbo. Em países industrializados, estima-se que o fumo cause mais de 90% de todos os cânceres de pulmão em homens e cerca de 70% de todos os cânceres de pulmão em mulheres. Além disso, o fumo é responsável por 56,80% de todas as doenças respiratórias crônicas e 22% de todas as doenças cardiovasculares.

A **Figura 1** mostra o peso sub-regional de doenças atribuíveis ao tabagismo. No mundo todo, estima-se que o tabagismo cause cerca de 8,8% de mortes e 4,1% de IAAVs (59,1 milhões). A rápida evolução da epidemia do tabaco está ilustrada ao se comparar as estimativas para 2000 com as de 1990. Em 2000, havia, pelo menos, um milhão de mortes a mais atribuíveis ao tabagismo, com aumento mais acentuado nos países em desenvolvimento. A extensão do peso da doença é consistentemente maior em grupos sabidamente tabagistas. Por exemplo, a mortalidade por doenças relacionadas ao tabagismo é maior em homens (13%) que em mulheres (3,8%). No mundo inteiro, a proporção de doenças causadas pelo tabagismo é a seguinte: 12 % para doença vascular; 66% para câncer da traquéia, brônquios e pulmão e 38% para doenças respiratórias crônicas.

<sup>ii</sup> IAAV Incapacidade Ajustada por Anos de Vida mede o peso da doença na população. Associa 'Anos de Vida Perdidos' (AVPs) e 'Anos Vividos com Incapacidade' (AVIs).

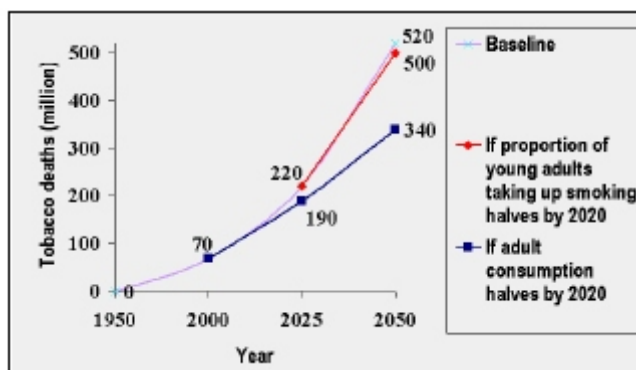
**Figura 1:** Peso das doenças atribuíveis ao tabagismo (% IAAVs em cada sub-região)



Fonte: Relatório Mundial da Saúde 2002

Aproximadamente 16% das doenças relacionadas ao tabagismo no mundo ocorreram em países da região ocidental do Pacífico, que apresentam baixos índices de mortalidade infantil e de adultos, como a China, República Popular Democrática do Laos, Mongólia, Papua Nova Guiné e Vietnã, ao passo que 20% ocorreram em países do sudeste asiático que apresentam altas taxas de mortalidade infantil e em adultos (Bangladesh, Índia, Myanmar e Nepal). A **Figura 2** mostra o enorme custo em mortes futuras, se intervenções efetivas não forem implementadas rapidamente.

**Figura 2:** A menos que os atuais fumantes deixem de fumar, mortes por tabagismo vão aumentar drasticamente ao longo dos próximos 50 anos



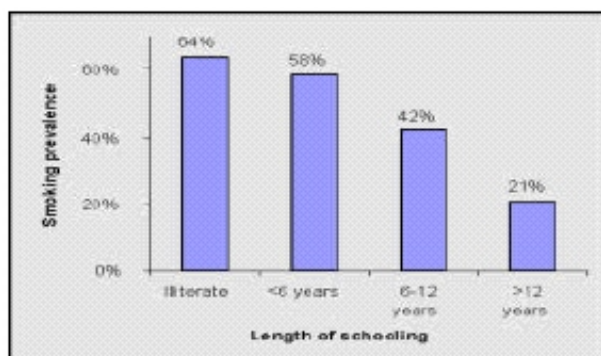
Fonte: Peto et al, 1994; Peto, com unicacão pessoal

### **Explicando as diferenças de mortalidade entre ricos e pobres tabagismo entre os de menor educação e os pobres**

O impressionante tamanho do peso de doenças atribuíveis ao tabagismo nos países em desenvolvimento justifica, por si só, investimentos significativos em programas abrangentes de controle do tabagismo. Entretanto, é importante observar que o tabagismo e o peso de doenças a ele relacionadas tendem a seguir um gradiente. Isto é, pessoas mais pobres tendem a usar mais produtos derivados do tabaco que as mais ricas. Padrões semelhantes existem com respeito a níveis de educação e condição sócio-econômica.<sup>7</sup> Por exemplo, na China, pessoas sem escolaridade tinham probabilidade 6,9 vezes maior de fumar que pessoas com formação universitária,<sup>8</sup> ao passo que adultos sem escolaridade no Brasil apresentavam probabilidade 5 vezes maior de fumar que aqueles com pelo menos educação

secundária.<sup>9</sup> A **Figura 3** ilustra esses padrões. Em uma análise abrangente dos padrões de prevalência do tabagismo, o Banco Mundial concluiu que “a prevalência na maioria dos países em desenvolvimento já é a maior entre os pobres, e se esses países apresentarem um padrão semelhante ao de países de maior renda, o hiato quanto ao tabagismo entre ricos e pobres aumentará ao longo do tempo”.

**Figura 3:** Prevalência do tabagismo entre homens em Chennai, Índia, por nível educacional



Fonte: Gajalakshmi et al. 2000

Os números mostrados acima sugerem que grupos sócio-econômicos mais pobres provavelmente sofrerão mais as conseqüências do tabagismo que os mais ricos. Apesar de poucos estudos terem examinado se o tabagismo 'explicaria' as diferenças sócio-econômicas nas doenças que causa, em países em desenvolvimento, as evidências que emergem são claras. Diferenças no tabagismo podem explicar uma porção significativa da variação de mortalidade entre ricos e pobres. No Canadá, Inglaterra e Gales, Polônia e Estados Unidos, a variação na mortalidade de pessoas ricas e pobres de meia-idade poderia ser reduzida entre um meio e dois terços se o tabagismo fosse eliminado.<sup>10</sup>

### **Tabagismo e desnutrição**

Além dos seus efeitos diretos à saúde, o tabagismo contribui para a desnutrição porque o dinheiro é desviado para a compra de cigarro, ao invés de comida. Em Bangladesh, por exemplo, estima-se que se os pobres não fumassem, haveria menos 10,5 milhões de pessoas desnutridas.<sup>11</sup>

A proporção dos gastos domiciliares na compra de produtos derivados do tabaco é geralmente muito elevada em países em desenvolvimento. Por exemplo, na Bulgária, lares de baixa renda com pelo menos um fumante gastavam 10,4% da renda familiar total em produtos derivados do tabaco, em 1995. Na China, uma pesquisa com fumantes do distrito de Minhang mostrou que eles gastavam, em média, 17% da sua renda familiar com cigarros.<sup>12</sup> Pesquisas recentes na Índia verificaram uma associação entre tabagismo e baixo índice de massa corporal (IMC) e magreza. Verificou-se que o tabagismo era um fator de risco independente para IMC baixo em adultos<sup>13</sup> e fator de risco independente para magreza.<sup>14</sup> O baixo peso é um grande fator de risco de mortalidade em países pobres, causando mais de 3,7 milhões de mortes por ano.<sup>15</sup>

### **Saúde e segurança de famílias que vivem do plantio do tabaco**

Bem separados dos impactos à saúde causados por fumar ou mascar tabaco estão os riscos à saúde provocados por se trabalhar com o tabaco. A nicotina inalada pelo fumo ou absorvida ao mascar tabaco é também rapidamente absorvida através da pele quando se colhe o tabaco, provocando uma afecção chamada 'doença do tabaco verde' (DTV). Reportou-

se a ocorrência da DTV em 1-10% dos trabalhadores no cultivo do tabaco, nos Estados Unidos. Os trabalhadores jovens apresentam maior risco, o que significa que a prevalência pode ser ainda maior nas economias em desenvolvimento, em que crianças têm um papel substancial na colheita e processamento do tabaco.<sup>16</sup>

Pesquisas recentes no sul do Brasil feitas por Christian Aid revelaram problemas fundamentais no relacionamento entre uma empresa multinacional de cigarros e plantadores. Verificou-se que os agricultores sofriam de doenças associadas à exposição a pesticidas, incluindo depressão, ansiedade, disfunção neurológica, dores musculares e tremores do tipo parkinsonianos.<sup>17</sup>

### **Implicações à saúde decorrentes do tabagismo, desmatamento e meio-ambiente**

O cultivo do tabaco está cada vez mais sendo associado ao desmatamento, porque a madeira é freqüentemente usada como combustível para curar as folhas de tabaco. Um estudo recente que avaliou a quantidade de florestas e matas consumidas anualmente para a cura do tabaco concluiu que o desmatamento relacionado ao tabaco era uma questão de relevância mundial, encontrada em todos os continentes, contribuindo em média com quase 5% do total de desmatamentos em países desenvolvidos produtores de tabaco.<sup>18</sup> A declaração de Bellagio sobre tabaco e desenvolvimento sustentável concluiu que, no mundo desenvolvido, "o tabaco constitui um grande desafio, não só para a saúde, mas também para ... a sustentabilidade ambiental."<sup>19</sup>

Além do seu impacto sobre o meio-ambiente, o desmatamento foi associado a surtos de parasitismo e outras doenças infecciosas, ao favorecer a disseminação de mosquitos da malária ou larvas de água doce que provocam esquistossomose e outras doenças, como filariose linfática, dengue, leishmaniose, doença de Chagas de meningite bacteriana.<sup>20</sup>

### **Trabalho infantil**

No final da década de 90, a UNICEF concluiu que o uso de crianças na produção do tabaco era disseminado em muitos países produtores. As crianças que colhem tabaco costumam experimentar náusea, vômitos e desmaios decorrentes de envenenamento por nicotina, e com freqüência carregam peso e realizam esforço repetitivo que podem causar danos permanentes à coluna vertebral em crescimento.<sup>21</sup> A OIT também está trabalhando ativamente para acabar com a exploração de crianças que trabalham enrolando *bidi*.<sup>22</sup> Os plantadores de tabaco geralmente não têm outra opção, envolvendo seus filhos no cultivo do tabaco, pois não dispõem de recursos para empregar trabalhadores e não conseguem, sozinhos, dar conta de todo o trabalho.<sup>23</sup> Estima-se que lesões relacionadas ao trabalho e mortes de crianças alcancem, respectivamente, 6 milhões e 32.000 ao ano.<sup>24</sup>

### **Intervenções custo-efetivas que fazem a diferença**

Na maioria dos países, algum tipo de ação governamental, incluindo tributação e legislação, foi implementada para controlar o consumo de produtos derivados do tabaco. Países que adotaram políticas abrangentes de controle do tabagismo, incluindo proibição de publicidade, mensagens de alerta contundentes em maços, controle do fumo em locais fechados, altos impostos sobre os produtos derivados do tabaco, e programas de educação para a saúde e de cessação do tabagismo tiveram sucesso considerável.<sup>25</sup>

A OMS examinou as melhores estratégias de redução do peso de doenças associadas a fatores de risco específico, como subnutrição infantil, colesterol, sexo sem proteção e tabagismo ao analisar a relação custo/efetividade de determinadas intervenções voltadas para



esses fatores de risco.<sup>iii</sup> Para o tabagismo, a OMS examinou os benefícios de várias intervenções, como tributação, proibições de publicidade e patrocínio, políticas “livres do cigarro”, fornecimento de informações através de maços e rótulos ou contra-propaganda e programas de cessação, para a saúde da população (em termos de IAAVs) através do impacto da redução do tabagismo sobre a incidência de doença cardiovascular, doença respiratória e de vários tipos de câncer. Verificou-se que essas intervenções apresentam um maior impacto na saúde de populações de regiões com maior prevalência do tabagismo, especialmente naquelas de países que se encontram no segundo ou terceiro estágio da epidemia tabagística (por exemplo, Argentina, Guatemala, Equador, Peru, Geórgia, Hungria, Bangladesh, Nepal, Sri Lanka, Cambodja, China e Vietnã), o que não é de surpreender.

Verificou-se que a tributação foi a intervenção de escolha em todas as regiões do mundo. Não só ela permite o maior impacto na saúde da população, como também é a de maior relação custo/efetividade. Os impostos também aumentam a receita de governos. Por vezes, parte da receita dos impostos sobre o tabaco é alocada no setor de saúde, para promover a saúde e desestimular comportamentos tabagistas. Por sua vez, isto pode ajudar a fazer outros tipos de esforços para o controle do tabagismo mais efetivos e auto-financeáveis. Isto é especialmente importante para os países em desenvolvimento, onde os recursos para financiar novas iniciativas de saúde pública são geralmente escassos. A combinação de tributação, proibições abrangentes de publicidade e atividades de disseminação de informações são financeiramente mais viáveis e custo-efetivas na maioria das sub-regiões estudadas. Somando-se a isto restrições ao fumo em locais públicos, o resultado é uma melhoria ainda maior da saúde da população.

Esses resultados confirmam os achados de uma análise abrangente de intervenções para o controle do tabagismo feita pelo Banco Mundial. O Banco Mundial concluiu que a maioria das intervenções sobre a demanda, como aumento de preço, proibições de promoção e publicidade e restrições ao fumo, são efetivas na redução da mortalidade e morbidade atribuíveis ao tabaco. Entretanto, enquanto intervenções para reduzir a demanda por tabaco provavelmente terão sucesso, medidas para reduzir o seu fornecimento são menos promissoras, exceto uma: controle do contrabando.

Por exemplo, o Banco Mundial concluiu que, em média, espera-se que um aumento de 10% nos preços dos produtos derivados do tabaco reduziria sua demanda em cerca de 8% em países de renda baixa e média.<sup>26</sup> Usando como modelo uma coorte de fumantes vivos em 1995, estima-se que aumento de impostos que elevasse o preço real de cigarros em 10% no mundo, levaria cerca de 42 milhões desses fumantes a parar, prevenindo, no mínimo, 10 milhões de mortes relacionadas ao tabagismo. Uma combinação de medidas não relacionadas ao preço (como proibições abrangentes sobre publicidade e promoção, proibição do fumo em áreas públicas, alertas grandes em maços e rótulos e informação de massa) levaria cerca de 23 milhões de fumantes a parar e preveniria 5 milhões de mortes.<sup>27</sup> Essas conclusões têm implicações tremendas para a saúde pública.

### **Tratamento para a dependência do tabaco**

A dependência ao tabaco é caracterizada como um transtorno de longa duração, com altas taxas recorrentes que exigem cuidados constantes <sup>28</sup>. O tratamento da dependência ao tabaco inclui (isoladamente ou em combinação) intervenções comportamentais e farmacológicas, como aconselhamento e suporte psicológico intensivo e administração de medicamentos que contribuam para a redução ou superação da dependência ao tabaco em pessoas e populações.<sup>29</sup>

<sup>iii</sup> Esta seção baseia-se no Capítulo 5 do Relatório Mundial de Saúde 2002.

O tratamento da dependência ao tabaco reduz significativamente o risco de doenças relacionadas ao tabagismo a curto e médio prazo. Meta-análises mostram que, juntamente com medidas relacionadas e não relacionadas a preços, o tratamento da dependência é uma medida custo-efetiva em países de baixa e média renda.<sup>30</sup> Como a dependência ao tabaco é, cada vez mais, uma doença de países de baixa e média renda, é fundamental conseguir que fumantes adultos parem de fumar.<sup>31</sup>

Apesar das evidências sobre a eficácia e a custo-efetividade do tratamento do tabagismo, intervenções de cessação do tabagismo e o tratamento da dependência ao tabaco são escassos em países de baixa e média renda, onde os profissionais de saúde não costumam fazer sequer as mínimas intervenções de cessação do tabagismo.

O tratamento da dependência do tabaco em países de baixa e média renda é prejudicada por vários fatores, que incluem:

A falta de um ambiente de suporte que ajude os fumantes a parar (p.ex. lugares livres do cigarro e sistemas de saúde livres do cigarro);

Falta de integração do tratamento da dependência do tabaco nos sistemas de saúde;

Falta de conhecimento e treinamento de profissionais de saúde;

O alto custo de produtos para terapia de reposição da nicotina (TRN) e serviços de cessação do tabagismo, e falta de cobertura pelos seguros-saúde;

Regulamentação dos produtos para TRN.

Cada um desses fatores será abordado a seguir.

### ***Criando um ambiente de suporte***

O ambiente social é o cerne da cessação do tabagismo. Para que os esforços de cessação sejam bem sucedidos, o tabagismo deve ser socialmente inaceitável. Assim, a cessação do tabagismo deve-se incluir uma variada gama de intervenções, que busquem mudar o clima social, como, por exemplo, o aumento dos impostos sobre produtos derivados do tabaco, proibição da publicidade, aumento de informações sobre saúde pública e a criação de áreas públicas livres do cigarro. Os outros componentes de uma estrutura para o controle do tabagismo incluem uma abordagem do sistema de saúde que contemple a boa prática clínica e atividades de vigilância, pesquisa e informação.

### ***Integrando o tratamento para dependência do tabaco nos sistemas de saúde***

Atualmente, os tratamentos de dependência do tabagismo e apoio para que os fumantes parem de fumar raramente estão integrados nos sistemas de saúde e não estão amplamente disponíveis ao público em geral. Ao se garantir a disponibilidade de tal apoio, propicia-se o treinamento de profissionais de saúde e fortalece-se a infra-estrutura dos sistemas de saúde, permitindo-lhes incluir, integrar e oferecer serviços de tratamento da dependência do cigarro. Isso exige o compromisso e recursos do governo.

### ***Treinando profissionais de saúde***

Os profissionais de saúde que não têm o conhecimento básico dos perigos do tabagismo provavelmente não motivarão os fumantes a parar de fumar. Em uma pesquisa recente da OMS com profissionais de saúde de Bahrain, do Kuwait e da República da Coreia, 17% dos médicos, em média, não tinham certeza sobre se o tabagismo passivo aumentava ou não o risco de cardiopatias em adultos não fumantes. Apenas 22% dos médicos do Kuwait e

Bahrain e 2% dos médicos da República da Coreia foram considerados bem preparados para aconselhar e orientar os seus pacientes.<sup>32</sup> As taxas de tabagismo entre a população em geral nesses países variam de 23-64%.<sup>33</sup> Como modelos a serem seguidos em muitas sociedades, os profissionais de saúde precisam reduzir seu próprio consumo de tabaco, para dar o exemplo a seus pares e pacientes. Em vista das altas proporções da prevalência de tabagismo (55%, 53% e 48%) entre profissionais de saúde do sexo masculino na Bósnia-Herzegovina, Bulgária e Geórgia, respectivamente,<sup>34</sup> os próprios profissionais de saúde se beneficiariam em muito de programas de treinamento de cessação do tabagismo. Em muitos países, um declínio da prevalência do tabagismo entre os médicos precedeu um declínio na prevalência do tabagismo na população em geral.

### ***Aumentando a acessibilidade à terapia de reposição da nicotina***

Existem, atualmente, seis formulações aprovadas de TRN (goma de mascar, adesivo, inalante, spray nasal, comprimido sublingual e pastilha). O uso de TRN aumenta as taxas de cessação de tabagismo a longo prazo e alivia os sintomas de abstinência da nicotina.<sup>35</sup> A TRN duplica as chances de o fumante parar de fumar. Apesar de vários estudos documentando a grande segurança, eficácia e utilidade da TRN,<sup>36</sup> sua disponibilidade é extremamente limitada a alguns países desenvolvidos, e o seu alto custo restringe o acesso a ela. Uma pesquisa recente sobre a disponibilidade de produtos para TRN em vários países em desenvolvimento mostrou que alguns deles, como goma de mascar e adesivos eram vendidos sem prescrição médica na Venezuela e no Qatar, ao passo que na Tailândia eles eram disponíveis apenas mediante prescrição.<sup>37</sup> Em todos os países, medicações de primeira linha, como Bupropiona SR<sup>iv</sup> não são reembolsados pelo sistema de saúde.

### ***Desregulamentando produtos para TRN***

Comparativamente aos cigarros, os produtos para TRN são mais rigidamente regulamentados e, portanto, menos disponíveis. Adesregulamentação dos produtos nicotínicos e o seu barateamento os tornarão mais acessíveis. Os governos devem garantir que a TRN seja pelo menos tão acessível quanto os produtos derivados do tabaco. Parcerias públicas e privadas devem ser estimuladas, a fim de influenciarem políticas e programas que tornem o tratamento da dependência ao tabaco mais disponível, barato e acessível.

### **Pesquisa para o controle do tabagismo**

Os conhecimentos atuais sobre o controle do tabagismo nunca foram mais abrangentes e detalhados. Entretanto, como sempre, existem hiatos e são necessárias mais pesquisas. A Pesquisa para o Controle Internacional do Tabagismo (*The Research for International Tobacco Control - RITC*), unidade do Centro de Pesquisas para o Desenvolvimento Internacional (*International Development Research Centre - IDRC*), do Canadá, é uma das principais entidades a desenvolver pesquisas importantes, financiar e criar uma base de conhecimentos para o desenvolvimento de medidas e programas efetivos para o controle do tabagismo em países em desenvolvimento. Uma Agenda Global para a Pesquisa sobre Controle do Tabagismo, recentemente atualizada, conclui que o financiamento para o controle do tabagismo está claramente inadequado em âmbito institucional e global. Os níveis de financiamento devem ser aumentados e fortalecida a coordenação entre as pesquisas existentes.

<sup>iv</sup> Uma medicação não nicotínica com propriedade anti-depressivas. É o primeiro agente farmacológico não nicotínico a ser aprovado para uso em cessação do tabagismo pelas agências reguladoras dos Estados Unidos e da União Européia

### III. Conclusões

A cada dia, mais de 13.000 pessoas morrem prematuramente por causa do tabagismo. Espera-se que esse número quase dobre até o ano 2020. Países de todos os níveis de desenvolvimento são vítimas da epidemia do tabaco. O impacto à saúde, isoladamente, justifica investimentos significativos em programas de peso para o controle do tabagismo. Entretanto, as conseqüências à saúde provocadas pelo tabagismo são apenas uma faceta da epidemia tabágica. Os seguintes fatores aumentam a importância de se agir rapidamente:

- Os pobres e pessoas com baixo nível de escolaridade são as mais prováveis vítimas do tabagismo;

- O peso das doenças associadas ao tabagismo recai cada vez mais sobre os países em desenvolvimento;

- O tabagismo pode contribuir para a desnutrição;

- O cultivo das folhas de tabaco pode ter conseqüências devastadoras à saúde de plantadores e agricultores especialmente crianças;

- Mostrou-se que o cultivo do tabaco contribui para o desmatamento;

Existem sinais de esperança. Recentemente, o Comitê de Assistência ao Desenvolvimento (CAD) da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) adotou um Documento de Referência Sobre Pobreza e Saúde, importantíssimo, que menciona especificamente os efeitos profundos do tabagismo sobre a pobreza e desnutrição em países de baixa renda, quando famílias pobres compram produtos derivados do tabaco, causadores de dependência, ao invés de comida. Nas palavras da Dra. Gro Harlem Brundtland, chegou a hora de "envolver os níveis mais altos dos Governos e os mais importantes formadores de opinião nos seus esforços para desenvolver o *momentum* atual, assegurar o compromisso e colher os benefícios significativos à saúde e econômicos que podem ser conseguidos com a redução do tabagismo."

Este documento foi produzido pela Organização Mundial da Saúde para Diretoria Geral de Saúde e Proteção ao Consumidor e representa os pontos de vista da OMS. Essas opiniões não foram adotadas ou de nenhum modo aprovadas pela Comissão e não necessariamente representam os pontos de vista da Comissão ou da Diretoria Geral de Saúde e Proteção ao Consumidor. A Comissão Européia não garante a exatidão dos dados incluídos neste estudo, nem aceita responsabilidade pelo uso feito por ele.

## Referências bibliográficas

- 1 Bellagio Statement on Tobacco and Sustainable Development, Bellagio, Italy, June 1995.  
URL: <http://www5.who.int/tobacco/page.cfm?tld=48>
- 2 Corrao MA, Guindon GE, Sharma N, Shokoohi DF, editors. Tobacco control: country profiles. Atlanta (GA): American Cancer Society; 2000.
- 3 Doll R. Uncovering the effects of smoking: historical perspective. *Statistical Methods in Medical Research*, 1 February 1998, vol. 7, no. 2, pp. 87-117(31)
- 4 Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath CW. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimates from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339: 1268-78.
- 5 Liu BQ, Peto R, Chen ZM, Boreham J, Wu YP, Li JY, et al. Emerging tobacco hazards in China. *BMJ* 1998; 317: 1411-22.  
Niu SR, Yang GH, Chen ZM, Wang JL, Wang GH, He XZ, et al. Emerging tobacco hazards in China. *BMJ* 1998; 317: 1423-4.  
Dikshit RP, Kanhere S. Tobacco habits and risk of lung, oropharyngeal and oral cavity cancer: a population-based case-control study in Bhopal, India. *International Journal of Epidemiology* 2000; 29: 609-14.
- 6 International Agency for Research on Cancer. Involuntary smoking. Summary of Data reported and evaluation. IARC, 2002. (Full report in press)  
URL: <http://monographs.iarc.fr/htdocs/monographs/vol83/02-involuntary.html>
- 7 Bobak et al (2000) Poverty and Smoking in Tobacco Control in Developing Countries, Edited by Prabhat Jha and Frank Chaloupka. Published by OUP for the World Bank and World Health Organization.
- 8 Chinese Academy of Preventive Medicine (1997). National Prevalence Survey of Smoking Pattern. Beijing: China Science and Technology Press.
- 9 World Bank (1990). Brazil: The New Challenge of Adult Health. Washington D.C., The World Bank.
- 10 Bobak et al (2000) Poverty and . In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. Tobacco control in developing countries. New York: Oxford University Press, 2000.
- 11 Efroymson D, Ahmed S, Townsend J, et al. Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh. *Tobacco Control* 2001;10:212-217
- 12 de Beyer et al. Poverty and tobacco, *Tob Control* 2001 10: 210-211
- 13 Shukla<sup>1</sup> HC, Gupta PC, Pednekar M, Hebert JR. Tobacco use: an independent risk factor for poor nutrition Implications for public health in India. (Unpublished)

14 Shukla HC, Gupta PC, Mehta HC, Hebert JR. Descriptive epidemiology of body mass index of an urban adult population in western India. J Epidemiol Community Health. 2002 Nov;56(11):876-80.

15 World Health Report 2002

16 McBride JS, Altman DG, Klein M, White W. Green tobacco sickness. Tobacco Control 1998; 7:294-8.

17 Christian Aid. 2002. Hooked on tobacco. Report by Christian Aid/ DESER on British American Tobacco subsidiary, Souza Cruz

18 Geist Helmut J. Global assessment of deforestation related to tobacco farming. Tob Control 1999;8:18-28 (Spring )

19 Bellagio Statement on Tobacco and Sustainable Development, Bellagio, Italy, June 1995.  
URL: <http://www5.who.int/tobacco/page.cfm?tld=48>

20 World Health Organization. 1999. Removing obstacles to healthy development: report on infectious diseases. Geneva : World Health Organization, 1999. WHO/CDS/99.1  
URL: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO\\_CDS\\_99.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_99.1.pdf)

21 UNICEF, The State of the World's Children 1997 (Oxford, 1997)

22 International Labour Organization. Facts on Child Labour. Sustainable development at work. World Summit on Sustainable Development. ILO 2002.  
URL: <http://www.ilo.org/public/english/bureau/inf/download/wssd/pdf/childlabour.pdf>

23 Christian Aid. 2002.

24 Graitcer, Philip L. and Lerer Leonard B. 1998. Child Labor and Health: Quantifying the Global Health Impacts of Child Labor. The World Bank.  
URL: <http://www.globalmarch.org/virtuallibrary/worldbank/child-labor-health-quanytifying.pdf>

25 World Health. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic . Geneva: World Health Organization; 1998.

26 The World Bank. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Series: Development in practice. Washington DC: The World Bank, 1999.  
URL: <http://www1.worldbank.org/tobacco/reports.htm>

27 Ranson K, Jha P, Chaloupka FJ, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of price increases and other tobacco-control policies. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. Tobacco control in developing countries. New York: Oxford University Press, 2000.

28 Fiore MC, Bailey et al., Smoking cessation. Rockville, MD. Agency for Health Care Policy and Reserch, US Department of Health and Human Services, 1996 ( Clinical practice guidelines No. 18.Publication No 960692

29 World Health Organization (WHO) European Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence. February 2001. Recommendations on the treatment of Tobacco Dependence: Evidence based core recommendations for health care systems in Europe.

30 World Bank. Curbing the epidemic. Governments and the economies of tobacco control. Washington, The World Bank, 1999

31 Peto, R., Lopez, AD., Boreham, J., Thus, M. & Heath, C. ( 1994). Mortality from Smoking in Developed Countries, 1950-2000: Indirect Estimates from Natinal Vital Statistics. Oxford University Press. ( Updated 1998)

32 Unpublished data from the WHO Global Health Professional Survey in Bahrain, Kuwait and Korea,2001.

33 Corrao MA, Guindon GE, Sharma N, Shokoohi DF, editors. Tobacco control: country profiles. Atlanta (GA): American Cancer Society; 2000.

34 Corrao MA, Guindon GE, Sharma N, Shokoohi DF, editors. Tobacco control: country profiles. Atlanta (GA): American Cancer Society; 2000.

35 Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. N Engl J Med 2000;346 (7): 506-12

36 Cromwell J. Bartosch WJ. Fiore MC. Hasselblad V. Baker T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research. JAMA. 278(21):1759-66, 1997 Dec 3.

37 Data from Global Health Professional Survey in Bahrain, Kuwait and Korea 2001. Unpublished.