

Tabagismo na Infância e na Adolescência: Desafios Permanentes

Katia Oliveira Machado e Clemax Couto Sant' Anna

Introdução

A epidemia de tabagismo afeta a saúde e a qualidade de vida de fumantes ativos e passivos. O tabagismo é considerado problema grave de saúde pública e de toda sociedade, especialmente profissionais de saúde, educadores, legisladores e ambientalistas. É uma das maiores causas de doenças e mortes evitáveis. Só no século XX o tabagismo causou a morte de 100 milhões de pessoas em todo mundo. Atualmente ocorre cerca de 5 milhões de mortes por ano, sendo 200 mil no Brasil. Nas últimas décadas, evidências científicas comprovaram os reais malefícios do hábito de fumar, sendo considerado como fator de risco para uma série de doenças respiratórias, neoplásicas e cardiovasculares. Representa um ônus que se impõe às famílias, aos pobres e aos sistemas nacionais de saúde ^{1,2,3}.

No Brasil, um terço da população adulta fuma. Trabalhos mostram que aproximadamente 90% dos adultos fumantes adquiriram o hábito de fumar na adolescência. Adolescentes por motivos diversos começam a fumar sem perceber que a atitude aparentemente inofensiva o deixará dependente de uma droga, sob risco de adoecer, comprometer a sua qualidade de vida e causar danos ambientais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a cada dia cerca de 100 mil jovens começam a fumar, proporcionando um grande desafio para a Pediatria ^{1,2,3}.

Este capítulo se propõe a sensibilizar, chamar a atenção e mobilizar profissionais de saúde a participar da luta antitabágica. Em 2010, no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG-UFRJ) iniciamos a CAMPANHA QUIXOTES DA SAÚDE NA LUTA CONTRA O TABAGISMO NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA em celebração ao Dia Nacional de Combate ao Fumo. Criou-se o símbolo para chamar a atenção e despertar a curiosidade dos adultos e crianças: Dom Quixote armado para lutar contra os moinhos de vento, representados pelo cigarro! Esta campanha tem como um dos objetivos valorizar o papel do Pediatra na prevenção ao tabagismo e na promoção da saúde de crianças e adolescentes.

O Problema: a fumaça do cigarro

A **poluição tabágica ambiental (PTA)** é a fumaça que sai da ponta do cigarro também chamada corrente secundária, cujas partículas têm diâmetro médio de 0,4 micra, com possibilidade de atingir os alvéolos, passando para a circulação. A PTA é particularmente mais nociva às crianças pela maior vulnerabilidade de suas vias aéreas e, sobretudo, porque as de mais baixa idade permanecem maior tempo em seus domicílios. A corrente principal que é aspirada pelo fumante tem partículas maiores, em torno de 0,7 a 1 micra, e são retidas nas vias aéreas superiores (VAS) e brônquios ^{4,5}.



O cigarro contém mais de 4720 substâncias tóxicas. Muitos desses componentes são comprovadamente tóxicos para o epitélio respiratório. A cotinina, metabolito tóxico da nicotina, é capaz de reduzir de maneira significativa o batimento ciliar de células epiteliais *in vitro*. Além disso, a exposição aguda ou crônica à fumaça de cigarro também prejudica o transporte mucociliar no homem e promove alterações estruturais importantes sobre o epitélio respiratório. A exposição crônica à fumaça do cigarro também é capaz de aumentar a capacidade de adesão de bactérias a células epiteliais, possivelmente por alterar características da superfície mucosa, potencializando a ligação de bactérias patogênicas ⁶.

Diversas doenças estão relacionadas ao tabagismo: bronquite, enfisema, câncer de pulmão, boca e laringe, problemas periodontais, doenças

cardiocirculatórias (acidente vascular cerebral e o infarto do miocárdio), infertilidade (quando ambos são tabagistas), abortos, hemorragias maternas, prematuridade, baixo peso ao nascer e morte súbita no lactente (alterações no centro respiratório) ^{1,2,3}.

Dentre as inúmeras substâncias contidas no cigarro, a nicotina é a causadora da dependência química. Em poucos segundos chega ao sistema nervoso central (SNC) e provoca sensação de relaxamento e prazer. Também causa aumento de liberação de catecolaminas séricas com vasoconstricção e pode provocar aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial.

A fumaça do cigarro inalada ativamente ou passivamente tem sido associada a incomodo e irritação crônica dos olhos, do nariz e da orofaringe ⁷. Os não fumantes que se expõem à **poluição tabágica ambiental são chamados de fumantes passivos ou involuntários**. Segundo a OMS o tabagismo passivo mata cerca de 600 mil não fumantes todos os anos no mundo, dos quais cerca de 165.000 são crianças menores de cinco anos. O tabagismo passivo está associado a maior risco de sinais e sintomas de asma na infância, assim como a maior número de episódios de infecções respiratórias e aumento do índice de hospitalização por problemas respiratórios ^{4,8,9}.

São muitos os prejuízos que podem sofrer as crianças que convivem com tabagistas: diversas doenças inflamatórias e infecciosas do trato respiratório. Na idade adulta há aumento de risco de bronquite e enfisema (doença pulmonar obstrutiva crônica ou DPOC) e de câncer do pulmão ⁵.

É reconhecido o acometimento das VAS, pois desde 1964 havia evidências que a exposição à fumaça de cigarro poderia atuar como um fator de agravamento e prolongamento das rinossinusites ¹⁰.

Uma longa história de lutas

É de longa data que entidades médicas e de saúde pública travam a difícil batalha, para responsabilizar a indústria do tabaco (IT) pelo impressionante número de mortes e o grande sofrimento causado por doenças relacionadas ao tabaco. Só recentemente foram desmascaradas (1994) através de seus documentos secretos. A IT tinha amplo conhecimento do efeito deletério da nicotina sobre o SNC^{8,10}.

Diante das evidências da epidemia tabágica, no final do século XX foram implementados esforços em todo o mundo, gerando o primeiro Tratado Internacional de Saúde Pública, a **Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)** negociado por 192 países com apoio da OMS^{3,12}.

A **CQCT** tem como objetivo principal proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco^{12,13}.

Após a assinatura da **CQCT** em 2005, o Programa Nacional de Controle do Tabaco do Brasil, ganhou *status* de Política de Estado: A Política Nacional de Controle do Tabaco.¹² Em 2012 o Brasil através do Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA) foi nomeado pela quarta vez Centro Colaborador da OPAS/OMS para o período de 2012-2016.

Para transformar esse consenso mundial em realidade global foi desenvolvido pela OMS o **MPOWER**, sigla que compreende ações que incentivam a participação da sociedade nas ações políticas e visa^{3,12}:

M – (*Monitor*) Monitorar o tabagismo

P – (*Protect*) Proteger a população contra a fumaça do tabaco

O – (*Offer*) Oferecer ajuda para a cessação do hábito de fumar

W – (*Warn*) Advertir sobre os perigos do tabaco

E – (*Enforce*) Fazer cumprir as proibições sobre as publicidades, promoção e patrocínio.

R – (*Raise*) Aumentar os impostos sobre o tabaco.

Nos últimos 20 anos (1989 a 2008) no Brasil houve redução significativa do número de fumantes acima de 15 anos: de 32% para 17,2%. Dentre as ações de combate ao tabagismo, é necessário enfatizar as transformações na legislação brasileira nesse período e a aprovação em 2011 da Lei Federal anti-fumo, que proíbe o fumo em ambientes fechados e coletivos⁴.

Por outro lado, muitos países ainda carecem de ações e de legislação efetiva para o controle do tabaco, o que possibilita à indústria tabaqueira penetrar livremente no seio da sociedade através de estratégias de marketing e extraordinário poder econômico. Assim, tenta impor modelo de comportamento no qual fumar faça parte do cotidiano das pessoas, tornando o tabagismo socialmente aceitável e incentivando os adolescentes a começar a fumar.

O pediatra encontra-se em posição privilegiada, pois é o primeiro profissional que assiste a criança e conhece o seu desenvolvimento. É fundamental estar atento, bem informado e usar a criatividade diante dos desafios, para participar da elaboração de novas abordagens do tema, de forma integral e interdisciplinar.

Percebe-se que crianças e jovens são mais suscetíveis à influência dos amigos, dos pais e da publicidade de um modo geral. A facilidade de acesso ao cigarro

dentro de casa, a compra do cigarro avulso, e a curiosidade, contribuem para a iniciação tabágica. Muitas vezes estão bem próximos, os exemplos de fumantes: familiares (irmão mais velho, tios e avós), amigos ou líderes (professores, artistas de TV e cinema), como modelos ou identidade cultural^{2,4}.

Os estudos recentes destacam a adolescência como uma das fases mais ricas da vida, com inúmeras possibilidades de aprendizagem, de experimentação e de inovação, que precisa ser vivida de forma plena, saudável, estimulante e protegida pelos direitos assegurados na **Convenção sobre os Direitos da Criança e do Adolescente**.

A adolescência é também um momento de conflitos e mudanças, o que torna esta fase um período de grande vulnerabilidade às drogas. Por imitação de amigos fumantes e por curiosidade, o adolescente resolve experimentar a droga. Atualmente as meninas estão na mira da indústria do tabaco. Para recrutar novos fumantes, identificam as mulheres que fumam como modelos femininos bem sucedidos, representando ousadia e evolução social.

Muitos jovens pelo senso comum sabem que o cigarro faz mal a saúde. É necessário ampliar seu conhecimento, compartilhar informação científica, e o caminho é a educação. A proposta educativa deve ser atraente e com linguagem acessível para maior compreensão sobre os malefícios do tabaco. É fundamental saber que além dos danos à saúde de quem fuma, o cigarro afeta o meio ambiente e a sociedade, com desmatamento, incêndios, poluição do ar e das águas¹¹.

Precisamos mostrar o cigarro como droga, mercadoria, mercado de consumo lucrativo, que atinge a saúde de todos, travestida de prazer e felicidade.

O tabagismo passivo e doenças respiratórias na infância

O tabagismo passivo (TP) é imputado em vários trabalhos como fator de risco para ocorrência de otite média (OM) em crianças. O tema ainda é controverso porque alguns outros artigos não permitiram estabelecer uma relação de causa e efeito da OM com o TP¹³.

Já na década de 1970 começavam a serem publicados trabalhos que evidenciavam a maior frequência de OM e de outras afecções otorrinolaringológicas em crianças que conviviam com fumantes no seu domicílio. As crianças cujos pais eram fumantes passavam, elas mesmas, a fumar pelo nariz, aspirando a fumaça ambiental. Assim, a maior frequência de OM e mesmo de infecções do trato respiratório inferior em crianças foi constatada em lares de fumantes¹⁴. Os sintomas respiratórios como tosse recorrente ou crônica são comuns em crianças fumantes passivas. Dutau, ainda na década de 1980, chamava a atenção para o fato: *pais fumantes, filhos tossidores (parents fumeurs, enfants tousseurs)*¹⁵. Um dos autores, ainda nessa época desenvolveu investigação em um dos bairros do Rio de Janeiro, através de entrevistas domiciliares, no qual encontrou relação de tabagismo com problemas respiratórios em geral (asma, pneumonia, sintomas crônicos)¹⁶. A maior frequência de queixas respiratórias foi evidenciada em lares cuja mãe era fumante, mostrando que a permanência da mãe por maior tempo na casa que o pai, em geral, expunha às crianças a maior carga de fumaça de tabaco e consequentemente, propiciava irritação crônica do aparelho respiratório e as afecções do trato respiratório. Assim, os mecanismos de defesa do hospedeiro seriam afetados pela exposição crônica do aparelho respiratório¹⁷. A exposição em longo prazo pode impedir o

clearance mucociliar adequado, levar à lesão de mucosa nasofaríngea e perda dos mecanismos de defesa, proporcionando maior suscetibilidade a infecções dos tratos respiratórios superior e inferior. A exposição prolongada ao tabaco no epitélio respiratório pode permitir a penetração de patógenos e alérgenos¹⁸. Estudo canadense da década de 1990, realizado por entrevistas telefônicas e por visitas a casas de entrevistados, reiterou o papel do TP nas doenças da orelha média em crianças, chegando também a apontar outros fatores de risco, como condições socioeconômicas desfavoráveis, baixos índices de aleitamento materno e de educação materna, dentre outros. Os níveis de cotinina no cabelo de crianças que conviviam com fumantes foi mais elevado do que naqueles cujos familiares não fumavam¹⁹.

A relação do TP com asma é apontada em vários estudos. Os efeitos do tabagismo durante a gravidez e após o nascimento do bebê quanto ao aparecimento de sibilância recorrente e asma são citados na literatura e se estendem para as crianças até a idade escolar. Alguns trabalhos mostraram mais relação do TP com sintomas respiratórios, tosse, expectoração, do que com a asma propriamente dita¹⁷. No entanto, a relação entre asma e tabagismo passivo em crianças é aceita como uma realidade. Normas britânicas citam o elevado risco relativo de asma na idade escolar e *asma definida clinicamente* como consequência do tabagismo passivo, se pelo menos um dos pais fuma em casa²⁰.

Recentemente, foi mostrado, que mesmo em adultos, as doenças da orelha média (OM), tais como otites (aguda e supurativa) e otosclerose ocorrem mais entre os fumantes do que em não fumantes. Assim, o papel do tabagismo como desencadeante de doenças da OM seria notável não só na infância, como também entre adultos²¹. Naini *et al*, em crianças, mostraram também a causalidade evidente entre doenças da OM e TP²². Os filhos de fumantes tiveram doenças da OM em percentual de 14,1 % enquanto que entre os filhos de não fumantes este percentual foi de 9,1%. Além disso, encontraram que quanto maior a carga de tabagismo (medida em maços-ano) maior era a prevalência da doença. Concluem, pois, que advertir os pais quanto aos riscos do tabagismo intradomiciliar e orientar para evitar o TP seria uma forma de reduzir a ocorrência de doenças da OM em crianças.

Desafios e enfrentamento da epidemia tabágica

A prática do diálogo na consulta médica, especialmente com o adolescente, é fundamental. Proporciona confiança, vínculo, empatia com o profissional, é capaz de gerar interesse mútuo sobre questões importantes da vida do adolescente, ajudando-o a descobrir a vida sem o estímulo das drogas.

Nesta abordagem é importante reforçar e encorajar o estilo de vida saudável: a participação em atividades físicas, a prática de esportes, estimular o protagonismo infanto-juvenil (nos movimentos culturais, nas ações solidárias), o compartilhamento de ideias que possa fortalecer ações políticas promotoras de saúde, enfim constituir o ponto inicial em tópicos relacionados a seus direitos.

Acredito que para o enfrentamento da luta antitabágica, as campanhas educativas são estratégias importantes, pois contribuem para chamar a atenção, alertar para o problema, potencializar reflexões e debates, gerar discussões e intercâmbio de ideias, difundir e incentivar a busca de informação nas diferentes mídias, especialmente na Internet.

Enfim convidamos todos os leitores a lutar, a fazer a sua campanha antitabágica, (no grupo de amigos, na família e na assistência pediátrica) a ter engajamento e participação nas entidades médico científicas, para consolidar as propostas da CQCT.

Referências bibliográficas

1. Moreira TC, Figueiró LR. Qualidade de vida em tabagistas que buscaram auxílio para deixar de fumar por meio de aconselhamento telefônico. *Revista Brasileira de Cancerologia: Instituto Nacional de Câncer, Ministério da Saúde Brasil*. 2011; 57(3): 329- 333
2. Batista ES, Campos TN. Impacto do Tabagismo e Álcool sobre a Composição Corporal de Jovens. *Revista Brasileira de Cancerologia: Instituto Nacional de Câncer, Ministério da Saúde*. Brasil 2011; 57(3): 355-360
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009 / Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Inca, 2011
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. A Interferência da indústria do tabaco: apresentação e orientações técnicas, Rio de Janeiro, RJ 2012 (mimeo).
5. Rosemberg J, Poluição Ambiental e Repercussões do Fumo sobre o Pulmão da Criança e do Adolescente; Doença Pulmonar em Pediatria : Diagnóstico e Tratamento/ Tatiana Rozov. São Paulo, 1999: (43) 337-345
6. Tamashiro E, Cohen NA, Palmer JN, Lima WTA. Efeitos do cigarro sobre o epitélio respiratório e sua participação na rinosinusite crônica. *Braz. J. Otorhinolaryngol*. 2009; 75: 903-7.
7. US Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary smoking. A report of the Surgeon General, 1986. Rockville, Maryland: Public Health Service, Centers for Disease Control. 1986 (DHHS Publication No. 87-8398)
8. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) Mortality and burden of disease from second-hand smoke. http://www.who.int/gho/phe/secondhand_smoke/burden_text/en/index.html
9. Lotufo JPB. Tabagismo uma doença Pediátrica-Asma e Tabagismo Passivo, São Paulo: 2007.
10. Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of Public Health Service. Ed. US Department of Health, E.A.W., US Public Health Service. Washington DC , 1964
11. Brasil. Ministério da Saúde Instituto Nacional de Câncer, Secretária Executiva da Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco – CONICQ RIO+20: Saúde e Tabagismo. Impacto sócio-ambiental do tabagismo: da produção ao consumo dos produtos de tabaco. Rio 2012.(mimeo)
12. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco; Instituto Nacional de Câncer. - Rio de Janeiro: INCA, 2011.
13. Lubianca Neto JF, Hemb L, Silva DB. Systematic literature review of modifiable risk factors for recurrent acute otitis media in children. *J Ped (Rio J)* 2006; 82:87- 96.
14. Said G, Zalokar J. Incidence de affections respiratoires supérieures chez les enfants de fumeurs. *Ann Otolaryngol Chir Cervicof* 1978; 95: 236-40
15. Dutau G, Corberand J, Leophonte P, Rochioccioli P. Manifestations respiratoires liées à la inhalation passive de fumée de tabac chez l'enfant d'âge pré-écolaire. *Poum Couer* 1979; 34: 63-9.
16. Sant'Anna CC, Andrade GN, Viana MAG, Lemle A, Felício LF. O tabagismo passivo e problemas respiratórios na infância. Ed Programa Nacional de Atualização Médica Fontoura-Wyeth. No 13. 1983, 19p.
17. Hofhuis W, Jongste JC, Merkus PJFM. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child* 2003
18. Chatzimicael A, Tsalkidis A, Cassimos D, Gardikis S, Diogenis S, Tripsianis GA, et al. Effect of passive smoking on lung function and respiratory infection. *Indian J. Pediatr* 2008; 75:335-340

19. Adair-Bischoff, Sauve RS. Environmental tobacco smoke and middle ear disease in pre-school, age children. Arch Pediatr Adolesc Med 1998; 152: 127-33.
20. Royal College of Physicians. Going smoke-free full text - Bookshop, 2005. Acesso em: <http://bookshop.rcplondon.ac.uk/contents/pub4-fc8ce703-7a85-4f1e-a579-1151971a5157.pdf>
21. Gaur K, Kasliwal N, Gupta R. Parental Smoking and Risk of Otitis Media with Effusion among Children. Tobacco Induced Diseases 2012, 10:4
22. Naini AS, Naini AS, Vazirnezam M. Parental smoking and risk of otitis media with effusion among children. Tanaffos (2002) 1(3), 25-28