

Trabalho de Conclusão de Curso

**TABAGISMO: DA PRODUÇÃO AO ADOECIMENTO, DO LUCRO AO
GASTO PÚBLICO**

FERNANDA NADIR SILVANO



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Fernanda Nadir Silvano

TABAGISMO: DA PRODUÇÃO AO ADOECIMENTO, DO LUCRO AO GASTO PÚBLICO

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia
Orientador: Prof. Dr. Rubens Rodrigues Filho

Florianópolis - SC
2017

Fernanda Nadir Silvano

TABAGISMO: DA PRODUÇÃO AO ADOECIMENTO, DO LUCRO AO GASTO PÚBLICO

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgiã-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 11 de outubro de 2017.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Rubens Rodrigues Filho
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Renata Goulart Castro
Departamento de Odontologia
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Fernanda Machado Lopes
Departamento de Psicologia
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho a todas as pessoas que se tornaram ex-fumantes,
assim como todos os profissionais envolvidos nesta luta.

AGRADECIMENTOS

Agradeço pela oportunidade de cursar uma Universidade e por toda a experiência proporcionada pelo ambiente acadêmico;

Aos professores por compartilharem conhecimento e experiência ao longo destes anos;

A minha mãe e meu pai, pela educação e sabedoria que fizeram diferença na minha vida;

Aos meus irmãos, por estarem presentes em todos os momentos, apoiando e acreditando no meu sucesso;

A todos os meus amigos que sempre estiveram ao meu lado, especialmente minha dupla na clínica, Marina Michels, que durante os atendimentos sempre me apoiou e torceu por mim;

Ao professor Rubens Rodrigues Filho pela orientação exemplar, dedicação e incentivo que ao longo deste caminho se tornou fundamental para que o estudo se concretizasse;

Em especial agradeço ao Flavio, meu esposo, por toda sua contribuição, pelo apoio e principalmente pelo carinho e pela paciência demonstrada ao longo deste trabalho;

Por fim, agradeço também ao meu filho Fernando, que chegou para iluminar minha vida e me deu inspiração para seguir firme e forte nesta jornada.

“Não é sobre chegar no topo do mundo e saber que venceu
É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu.”

(Ana Vilela)

RESUMO

O tabagismo nas últimas décadas tornou-se um problema social grave, devido aos diversos problemas gerados à saúde, somados aos custos proporcionados à saúde pública. O uso do tabaco é responsável por ser a maior causa de doenças e mortes evitáveis em todo o mundo. O panorama mundial mostra que embora o consumo de derivados do tabaco, especificamente cigarros, venha caindo na maioria dos países desenvolvidos, a demanda global por esses produtos aumentou significativamente nos últimos anos, principalmente às custas do crescimento da demanda nos países em desenvolvimento. Só no Brasil, o tabaco é responsável por 200 mil óbitos por ano, média de 23 óbitos por hora. A literatura científica indica que há uma forte relação entre o tabagismo e determinadas doenças, como as coronarianas, respiratórias, cerebrovasculares e as neoplasias. O uso crônico do cigarro é considerado fator de risco para várias doenças bucais, entre elas, o câncer de boca, a doença periodontal, a halitose, além de manchas nos dentes, língua e mucosa. Por outro lado, o Estado de Santa Catarina é um dos principais produtores de fumo do país e devido à relevância do Estado dentro da cadeia produtiva do fumo, aponta-se como necessário um estudo sobre sua produção, além de verificar os gastos com saúde pública que poderiam ser investidos em outros setores, como na educação, por exemplo. O objetivo desse trabalho, portanto, é apresentar resumidamente dados sobre a produção catarinense de fumo, os malefícios do cigarro na saúde, especialmente na saúde bucal das pessoas acometidas por esse vício, o impacto negativo nos gastos públicos e o papel da legislação e das políticas públicas do Estado no combate à esta epidemia.

Palavras-chave: Tabagismo, Indústria Fumageira; Políticas Públicas; Gastos Públicos; Sistema Único de Saúde; Epidemia; Câncer.

ABSTRACT

Tabagism in the last few decades has become a serious social problem due to the various health problems associated with public health costs. Tobacco use is responsible for being the largest cause of preventable diseases and deaths worldwide. The global picture shows that while the consumption of tobacco products, specifically cigarettes, has been declining in most developed countries, global demand for tobacco products has increased significantly in recent years, especially at the expense of growing demand in developing countries. In Brazil alone, tobacco is responsible for 200,000 deaths per year, an average of 23 deaths per hour. The scientific literature indicates that there is a strong relationship between smoking and certain diseases, such as coronary, respiratory, cerebrovascular and neoplasms. Chronic use of cigarettes is considered a risk factor for several oral diseases, including oral cancer, periodontal disease, halitosis, and stains on the teeth, tongue and mucosa. On the other hand, the State of Santa Catarina is one of the main tobacco producers in the country and due to the relevance of the State within the tobacco production chain, it is necessary to study its production, as well as to verify public health expenditures which could be invested in other sectors, such as education, for example. The purpose of this paper is therefore to summarize data on the production of tobacco from Santa Catarina, the health effects of cigarette smoking, especially on the oral health of people affected by this addiction, the negative impact on public spending and the role of legislation and policies The State in combating this epidemic.

Keywords: Tabagism; Tobacco Industry; Public Policies; Public Spending; Sistema Único de Saúde; Epidemic; Cancer.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Tabaco - Produção dos principais países produtores e mundial - 2009-13	21
Tabela 2. Tabaco - Exportações dos principais países exportadores e mundial - 2008-12.....	22
Tabela 3. Tabaco - Importação dos principais países importadores e mundial - 2008-12.....	22
Tabela 4. Tabaco - Safra Brasileira - 2010/11 - 2015/16.....	23
Tabela 5. Tabaco - Safras da Região Sul do Brasil - 2013-16	23
Tabela 6. Tabaco - Produção e Exportação do Brasil - 2010-16.....	24
Tabela 7. Tabaco - Safra de Santa Catarina - 2011/12 - 2015/16.....	24
Tabela 8. Tabaco - Safra por micro e mesorregião Geográfica de Santa Catarina - 2013/14 - 2015/16.....	25
Tabela 9. Custos totais e atribuíveis ao tabagismo: grupo de doenças, ambos os sexos, Brasil 2011.....	35
Tabela 10. Custos totais e atribuíveis ao tabagismo: grupo de doenças, sexo masculino Brasil 2011.....	35
Tabela 11. Custos totais do tabagismo: sexo feminino, Brasil 2011	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACTbr** – Aliança de Controle do Tabagismo (Brasil)
- ABIFUMO** – Associação Brasileira da Indústria do Fumo
- AFUBRA** – Associação dos Fumicultores do Brasil
- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- CCE** – Carcinoma de Células Escamosas
- CEO** – Centro de Especialidade Odontológica
- CQCT** – Convenção Quadro para o Controle do Tabaco
- DESER** – Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais
- DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- EPAGRI** – Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural
- IAM** – Infarto Agudo do Miocárdio
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INCA** – Instituto Nacional do Câncer
- MS** - Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- PMF** – Prefeitura Municipal de Florianópolis
- PNCT** – Programa Nacional de Controle do Tabagismo
- SMS** – Secretaria Municipal de Saúde
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UFSC** – Universidade Federal de Santa Catarina
- VIGITEL** - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. Introdução.....	16
2. Objetivos (Geral e Específicos).....	19
3. Metodologia.....	20
4. Revisão de Literatura	21
Capítulo I: Da produção ao adoecimento	21
Capítulo II: Manifestações bucais decorrentes do Tabagismo	28
Capítulo III: A Legislação e as Políticas Públicas de Controle do Tabagismo.....	31
Capítulo IV: O Gasto Público com as doenças relacionadas ao consumo de cigarros.....	35
5. Considerações Finais	39
6. Referências Bibliográficas.....	41
7. Anexo.....	43

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é o ato de consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina. Trata-se de uma doença reconhecida pela OMS na 10ª CID - Classificação Internacional de Doenças, que catalogou o tabagismo como "uma desordem mental e de comportamento em razão da síndrome da dependência à nicotina" (F.17.2) e no DSM-5 (Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais) como Transtorno do Uso do Tabaco (dentro da seção Transtorno por Uso de Substâncias Psicoativas).

Ao todo, são 5.315 substâncias (cerca de 4,7 mil nocivas) na fumaça do cigarro. O número pode chegar a 8.622 se também forem considerados os compostos presentes na folha do tabaco e os aditivos industriais. Eles são inseridos artificialmente para turbinar o cigarro em vários aspectos, como dar sabor e aroma mentolados ao fumo, diminuir a irritação (tornando a fumaça mais palatável) e potencializar os efeitos da nicotina. Quando inalada, essa mistura venenosa, que inclui solventes orgânicos, ácidos, metais pesados e até mesmo materiais radioativos, prejudica demais o organismo, causando alergias, intoxicações nos pulmões, doenças cardíacas, cegueira, impotência e vários tipos de câncer. (MUNDO ESTRANHO, 2017)

Dentre estas substâncias estão a nicotina (considerada a mais letal), o monóxido de carbono, o plutônio (substância radioativa), as que são cancerígenas: nitrosaminas, policíclicos e metais pesados (arsênio, cádmio) e o cianeto de hidrogênio (veneno para animais).

A nicotina é considerada a substância mais mortífera do cigarro, já que é a responsável pela dependência química. Ela estimula a produção de dopamina, um neurotransmissor envolvido na sensação de prazer. Sem a nicotina, o cérebro do dependente recebe menos dopamina. Para compensar, o organismo produz mais noradrenalina, fazendo com que o fumante, quando tenta parar de fumar, fique mais nervoso ou irritado. (EDUCAÇÃO UOL, 2017)

Além do estímulo à produção de dopamina, a nicotina também provoca vasoconstrição e aumento da pressão arterial. Ela também pode causar mutações no DNA das células, que passam a se reproduzir de forma deficiente, o que se constitui na forma de câncer. (EDUCAÇÃO UOL, 2017).

Sabe-se hoje que o tabaco tem graves conseqüências para a saúde, provoca forte dependência química, polui o ambiente e produz custos sociais elevados. Sabe-se também

que a prevenção resulta positivamente quando realizada de modo planejado e com esforços praticados pelo poder do Estado, juntamente com a sociedade.

É constatado também que ele afeta diretamente a cavidade bucal, sendo responsável por várias doenças que atingem o sistema estomatognático dos pacientes. Um dado alarmante mostra que 90% das pessoas que morrem de câncer de boca são fumantes. (PIZETTE, 2010).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), o tabagismo é a maior causa evitável de doenças, invalidez e mortes prematuras causadas no mundo, além de ser considerada uma doença social, mundial, com efeitos ecológicos e econômicos, que afetam a saúde coletiva e individual dos cidadãos. Segundo a OMS, atualmente, a utilização do tabaco causa cinco milhões de mortes por ano. No Brasil são 200 mil mortes anuais e é fator causal de quase 50 diferentes doenças incapacitantes e fatais. (INCA, 2007)

Se as tendências atuais de consumo de tabaco não forem modificadas, em 2020 ele provocará 8,4 milhões de mortes/ano, podendo atingir, antes de 2030, a marca dos 10 milhões de óbitos por ano no mundo. Elas irão ocorrer especialmente em indivíduos na idade produtiva, entre 35 e 69 anos, e principalmente concentrados nos países em desenvolvimento, que por si só já são os mais pobres do globo e lutam para melhorar sua condição de vida (OMS, 2000).

A abordagem do TCC será o estudo do tabagismo, passando por sua produção até o adoecimento, das doenças por ele causadas, com enfoque nas doenças bucais e o gasto público, com enfoque também nas políticas públicas oferecidas pelo SUS e a ação efetiva da legislação na proibição de fumar. Por um lado, temos os diversos problemas relacionados com o consumo de cigarros por milhões de pessoas todos os dias levando ao adoecimento das pessoas dependentes desse vício.

Do outro lado, temos os problemas com o tabagismo e as doenças relacionadas afetando todo um sistema de saúde de um país, pois no Brasil, estimativas apontam que os gastos públicos chegam a custar R\$ 21 bilhões ao SUS. (PINTO, 2012). O maior montante foi observado para as doenças cardíacas (R\$ 7.219.651.548), seguido por DPOC (R\$ 6.773.192.770), câncer de pulmão (R\$ 1.596.815.061) e AVC (R\$ 1.557.995.266). (PINTO, 2012).

Por se tratar de um grave problema de saúde pública, no decorrer do trabalho serão apresentadas as políticas públicas do SUS e do Estado brasileiro, que vão desde as campanhas nas imagens nos maços de cigarros, além do acesso ao tratamento do fumante na área da saúde, novas leis que proíbem o consumo de cigarros em ambientes fechados, entre outras.

Enfim, é um tema amplo, polêmico e necessário para se fazer a discussão. Sua relevância tem aumentado muito nos dias atuais, principalmente pelas inúmeras doenças

causadas pelo seu consumo e por se constatar que ele é extremamente oneroso para a saúde pública, que em virtude disto, tem buscado formas para a prevenção, cessação e tratamento do fumante.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Levantar dados de literatura sobre produção, consumo de tabaco e a sua influência na saúde humana.

2.2 Objetivos Específicos

Partindo do objetivo geral, buscar-se-á os seguintes objetivos específicos para o direcionamento e esclarecimento da pesquisa:

1. Descrever o funcionamento do setor fumageiro de Santa Catarina, analisando dados da produção.
2. Apresentar as principais doenças bucais causadas pelo consumo do cigarro, com ênfase no câncer bucal.
3. Examinar e discutir a legislação e as políticas públicas aplicadas pelo governo de Santa Catarina no combate ao tabagismo, especialmente no município de Florianópolis.
4. Levantar dados sobre os custos à saúde pública em virtude do consumo do tabaco e das doenças relacionadas.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica e possui caráter analítico-descritivo, isto porque, além de analisar, registrar e descrever os fenômenos discutidos, busca correlacionar os principais pontos determinadores do tema, sem que haja manipulação, bem como apresentar os fatos da maneira mais precisa possível.

Por se tratar de uma pesquisa de caráter analítico-descritiva, importante se faz as declarações de Mattos (2003), “o método de pesquisa descritivo tem como características observar, registrar, analisar, descrever e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los, procurando descobrir com precisão a frequência em que um fenômeno ocorre e sua relação com outros fatores.”

Ainda, buscando esclarecer o funcionamento do setor fumageiro, especialmente em Santa Catarina, vamos analisar dados sobre o tabagismo no que compete à saúde pública do Estado, especialmente no município de Florianópolis.

Para que os objetivos desta pesquisa sejam alcançados, serão utilizados como base documental os dados institucionais disponibilizados nos sites do Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Associação dos Fumicultores do Brasil (AFUBRA) e Aliança para o Controle do Tabagismo (ACTbr). Pretende-se ainda, como forma de complementar o estudo, buscar informações retiradas de leis, resoluções e convenções relacionadas ao Tabagismo, bem como informações retiradas do Programa Anti-Tabagismo oferecido pelo Município de Florianópolis. Além disso, os dados também serão coletados por meio de pesquisa bibliográfica em livros, revistas, jornais e periódicos a fim de dar suporte e sustentação ao desenvolvimento da pesquisa.

4 REVISÃO DE LITERATURA

CAPÍTULO I: DA PRODUÇÃO AO ADOECIMENTO

Com o passar dos anos os problemas relacionados ao consumo do tabaco se expandiram e tomaram proporções alarmantes perante a sociedade, trazendo para o cotidiano da população esta relevante e importante discussão.

De um lado está o poder da indústria fumageira, que ao longo do tempo se desenvolveu e deixou de ser um trabalho manual, passando para o processo de mecanização. Boeira aponta que “Nos anos 90 a Souza Cruz adapta-se a globalização da economia, reestruturando sua forma de administração (com muitas demissões) e modernizando tecnologicamente o sistema integrado de produção na região sul do Brasil, pelo qual busca controlar o padrão de qualidade e quantidade de tabaco produzido por cerca de 60.000 famílias de agricultores”. (BOEIRA, 2002)

Em se tratando da Indústria Fumageira, é importante ressaltar que temos como grande representante a Souza Cruz; líder absoluta no mercado nacional de cigarros, é subsidiária da British American Tobacco, o mais internacional dos grupos de tabaco, com marcas comercializadas em 180 países; atua em todo o ciclo do produto, desde a produção e o processamento de fumo, até a fabricação e a distribuição de cigarros. Tem sua fundação datada de abril de 1903, pelo imigrante português Albino Souza Cruz, no Rio de Janeiro.

Há tempos, alguns estudos vêm apontando a tendência de maior produção de tabaco nos países em desenvolvimento. “Entre 2008 e 2009 pode-se perceber que houve confirmação deste cenário. Os países em desenvolvimento continuam responsáveis por mais de 80% da produção desde o ano 2000.” (DESER. 2011)

Por se tratar de um assunto muito abrangente, nos limitaremos a tratar sobre o fenômeno em Santa Catarina, visto que “segundo a Associação dos Fumicultores do Brasil (AFUBRA), a região sul produz 98% de todo o fumo do país, e o estado de Santa Catarina aparece em segundo lugar, com cerca de 35% do total produzido na região, atrás apenas do Rio Grande do Sul. Isso significa que o estado produz, praticamente, um terço de todo o fumo do país”. (AFUBRA, 2012)

Segundo CARIO (2008), “os produtores de fumo no Brasil têm algumas características em comum. Sua concentração na região sul do país em áreas de colonização alemã e italiana, reforça ainda mais as semelhanças. Só na região são, aproximadamente, 150 mil famílias, o que corresponde a 520 mil empregos diretos. A necessidade excessiva de mão

de obra na produção do fumo faz com que toda a família do agricultor participe do processo. Além disso, são necessários trabalhadores temporários, em torno de 40 mil postos.”

Antes de adentrarmos especificamente na produção de tabaco em Santa Catarina, importante se faz apresentar um breve panorama mundial da produção, segundo dados coletados da Síntese Anual da Agricultura de Santa Catarina (2015-2016), o tabaco era cultivado em 128 países até 2013, sendo que, os dez maiores produtores detinham em seu poder 81% da produção mundial, e tendo como maior produtor mundial a China, responsável por 42,4% da produção, seguidos pelo Brasil, com 11,44%, em terceiro a Índia com (11,16%) e demais países com menor expressão. (Tabela 1).

Tabela 1/i. Tabaco – Produção dos principais países produtores e mundial – 2009-13

País	Área (mil ha)					Produção (mil t)				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
China	1.391,7	1.345,7	1.462,1	1.481,2	1.527,6	3.067,9	3.005,9	3.158,7	3.127,9	3.150,2
Brasil	442,4	449,6	454,5	410,2	405,3	863,1	787,8	951,9	810,6	850,7
Índia	390,7	444,3	490,0	460,0	490,0	622,8	690,0	830,0	820,0	830,0
EUA	143,3	136,6	131,5	136,1	136,1	373,1	325,8	271,4	345,8	345,8
Indonésia	204,5	216,3	228,8	270,3	270,2	176,5	135,7	214,6	260,8	260,2
Zimbábue	101,8	94,2	92,6	93,0	115,0	85,1	109,7	111,6	115,0	150,0
Malawi	183,1	165,6	162,7	71,2	120,2	208,2	172,9	174,9	72,6	132,8
Argentina	74,5	75,5	76,4	59,2	59,2	135,5	137,0	145,0	115,3	115,3
Paquistão	49,7	55,8	51,3	45,8	49,8	105,0	119,3	102,8	97,9	108,3
Turquia	116,1	81,3	76,7	108,0	136,2	85,0	55,0	45,0	75,0	90,0
Outros	842,1	891,1	986,2	954,9	928,6	1.334,7	1.350,7	1.442,9	1.407,5	1.401,7
Mundo	3.939,8	3.956,0	4.212,8	4.090,0	4.238,1	7.056,9	6.889,9	7.448,8	7.248,3	7.435,1

Obs.: Tabaco não manufaturado.

Fonte: <http://faostat3.fao.org/download/Q/QC/E>. 20 July 2015.

Ressalta-se ainda, que verificando o processo de crescimento produtivo por países, constatamos que alguns países da África, que vinham com crescimentos anuais significativos nos anos de 2015 e 2016, ficaram aquém de seus crescimentos.

Segundo dados coletados da Secretaria de Estado da Agricultura de Santa Catarina, no ano de 2012, o Brasil era o maior exportador mundial de tabaco, com 23,6% do total exportado, seguido pela Índia com 9% e China com 8% (Tabela 2).

Tabela 2/I. Tabaco – Exportações dos principais países exportadores e mundial – 2008-12

País	Tonelada				
	2008	2009	2010	2011	2012
Brasil	677.877	661.738	493.003	533.579	624.699
Índia	208.314	230.804	218.914	188.223	234.221
China	198.622	207.835	251.276	225.966	212.369
EUA	169.231	172.244	180.937	187.020	165.039
Malawi	138.896	183.552	144.676	159.842	141.009
Zimbábue	59.103	54.262	90.196	134.466	131.853
Tanzânia	45.910	43.561	69.095	74.022	107.593
Argentina	104.263	89.125	65.497	80.618	89.122
Bélgica	63.634	81.164	74.140	78.594	85.536
Itália	100.194	80.200	75.253	61.232	76.654
Subtotal	1.766.044	1.804.485	1.662.987	1.723.562	1.868.095
Outros	885.481	832.686	810.487	741.619	774.318
Total mundial	2.651.525	2.637.171	2.473.474	2.465.181	2.642.413

Obs: Tabaco não manufaturado.

Fonte: <http://faostat3.fao.org/download/T/TP/E>. 20 July 2015.

Ainda em relação aos principais países importadores mundiais verificamos como principais a Rússia, com 9,51% do total importado, seguida por Estados Unidos, China, Alemanha e Países Baixos (Tabela 3).

Tabela 3/I. Tabaco – Importações dos principais países importadores e mundial – 2008-12

País	Tonelada				
	2008	2009	2010	2011	2012
Rússia	304.840	256.382	241.905	238.440	250.324
EUA	214.042	197.840	159.189	171.886	219.159
China	104.847	105.032	89.626	130.481	180.306
Alemanha	178.279	175.839	175.744	182.876	173.253
Países Baixos	107.581	142.572	140.473	147.440	151.815
Indonésia	77.302	53.198	65.685	106.570	137.426
França	117.193	120.452	101.691	103.961	117.236
Bélgica	98.249	121.528	105.034	104.930	114.592
Polônia	67.231	69.543	81.446	80.395	89.338
Malásia	43.371	46.892	48.039	55.399	63.554
Subtotal	1.312.935	1.289.278	1.208.832	1.322.378	1.497.003
Outros	1.250.393	1.147.511	1.298.665	1.112.002	1.134.455
Total mundial	2.563.328	2.436.789	2.507.497	2.434.380	2.631.458

Obs: Tabaco não manufaturado.

Fonte: <http://faostat3.fao.org/download/T/TP/E>. 20 July 2015.

Frisa-se que, a demanda mundial de consumo tabagista está em declínio nos últimos anos e em 2015 devido a tais fatos, as federações dos produtores e as indústrias solicitaram aos produtores que reduzissem suas áreas de plantio. Segundo o IBGE, a área plantada na safra brasileira 2015/16 teve uma redução de 5% em relação à da safra anterior. (Tabela 4).

Tabela 4/I. Tabaco – Safra brasileira – 2010/11-2015/16

Safra	Área plantada (ha)	Produção (t)	Rendimento médio (kg/ha)
2010/11	454.521	951.933	2.094
2011/12	410.675	810.550	1.974
2012/13	405.146	851.133	2.101
2013/14	415.200	857.484	2.065
2014/15	405.413	865.674	2.138
2015/16 ⁽¹⁾	385.127	678.375	1.774

⁽¹⁾ Dados sujeitos a alteração
 Fonte: IBGE (LSPA agosto/2016).

A produção tabagista nacional está concentrada em quase sua totalidade na Região Sul, onde responde por 98% da produção brasileira (Tabela 5). Sendo que devido ao alto entrosamento da produção com a indústria é esta segunda quem indica as áreas de plantio de acordo com as necessidades internas e de exportação do produto.

Tabela 5/I. Tabaco – Safras da Região Sul do Brasil – 2013-16⁽¹⁾

Estado	Área Plantada (ha)				Produção (t)				Rend. médio (kg/ha)			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
RS	203.823	205.306	199.963	187.125	430.903	412.622	414.936	323.556	2.114	2.010	2.078	1.740
SC	117.060	120.641	116.388	110.826	244.458	258.245	255.952	195.273	2.088	2.141	2.201	1.785
PR	71.172	76.137	75.155	73.715	160.956	171.673	177.834	148.992	2.262	2.255	2.369	2.021
Total	392.055	402.084	391.506	371.666	836.317	842.540	848.722	667.821	2.133	2.095	2.171	1.810

⁽¹⁾ Dados de 2016 são preliminares.
 Fonte: IBGE.

Segundo informações colhidas da Síntese Anual do Ministério da Agricultura de Santa Catarina, o tabaco brasileiro em virtude de sua qualidade e sabor tem grande influência e busca no mercado internacional, motivo pelo qual mantém o produto no quadro das exportações e contribui para que o país seja o maior exportador mundial. Ressaltando-se que grande parte da produção fumageira brasileira tem como destino o mercado internacional (Tabela 6).

Tabela 6/I. Tabaco – Produção e exportação do Brasil – 2010-16

Ano	Produção (t)	Exportação (t)	Exp./Prod. (%)
2010	780.942	505.620	64,7
2011	949.216	545.603	57,5
2012	806.685	637.776	79,1
2013	851.133	627.226	73,7
2014	857.404	476.217	55,5
2015	865.674	516.756	59,7
2016	678.375 ⁽¹⁾	245.797 ⁽²⁾	-
Média⁽³⁾	851.842	551.533	65

⁽¹⁾ Dado de produção sujeito a alterações.

⁽²⁾ Janeiro a julho de 2016.

⁽³⁾ 2010 a 2015.

Fonte: IBGE, MDIC (Sistema Alice) e AGROSTAT - Estatísticas de Comércio Exterior do Agronegócio Brasileiro

Entretanto, no mesmo estudo, o IBGE aponta que em Santa Catarina, a área plantada na safra 2015/16 decresceu pouco menos de 6%, em relação à safra 2014/15, devido ao excesso de chuvas nos meses de setembro e outubro e a ocorrência de granizo em áreas produtoras, com isso, a produção deve ficar quase 24% abaixo da alcançada na safra 2014/15 (Tabela 7).

Tabela 7/I. Tabaco - Safra de Santa Catarina - 2011/12- 2015/16

Safra	Área Plantada (ha)	Produção (t)	Rend. médio (kg/ha)
2011/12	118.280	237.213	2.006
2012/13	117.060	244.458	2.088
2013/14	120.641	258.245	2.141
2014/15	116.392	255.961	2.199
2015/16 ⁽¹⁾	109.389	195.273	1.785

⁽¹⁾ Dados sujeitos a alteração.

Fonte: IBGE.

Ainda segundo a tabela abaixo podemos verificar que praticamente todas as cidades Catarinenses produtoras tiveram redução em sua produção de tabaco, bem como da área de plantio (Tabela 8).

Tabela 8/I. Tabaco – Safra por micro e mesorregião geográfica de SC – 2013/14-2015/16⁽¹⁾

Micro/Mesorregião	Área plantada (ha)			Produção (t)			Rendimento médio (kg/ha)		
	2013/14	2014/15	2015/16	2013/14	2014/15	2015/16	2013/14	2014/15	2015/16
São Miguel do Oeste	7.120	6.695	5.594	14.357	11.854	9.301	2.016	1.771	1.663
Chapecó	7.425	6.929	5.555	15.152	13.385	9.388	2.041	1.932	1.690
Xanxerê	1.333	1.223	942	2.784	2.340	1.688	2.089	1.913	1.792
Joaçaba	916	896	871	1.439	1.539	1.359	1.571	1.718	1.560
Concórdia	234	214	152	426	401	258	1.821	1.874	1.697
Oeste Catarinense	17.028	15.957	13.114	34.158	29.519	21.994	2.006	1.850	1.677
Canoinhas	37.535	35.915	35.810	85.036	86.952	68.048	2.266	2.421	1.900
São Bento do Sul	887	937	750	1.813	1.913	1.240	2.044	2.042	1.653
Norte Catarinense	38.422	36.852	36.560	86.849	88.865	69.288	2.260	2.411	1.895
Curitibanos	623	526	543	1.193	1.034	1.050	1.915	1.966	1.934
Campos de Lages	906	1.116	861	1.651	2.224	1.724	1.822	1.993	2.002
Serrana	1.529	1.642	1.404	2.844	3.258	2.774	1.860	1.984	1.976
Rio do Sul	20.042	19.907	19.422	43.084	44.666	32.860	2.150	2.244	1.692
Blumenau	691	611	581	1.517	1.373	1.292	2.195	2.247	2.224
Ituporanga	13.200	13.150	12.650	27.160	29.778	21.600	2.058	2.264	1.708
Vale do Itajaí	33.933	33.668	32.653	71.761	75.817	55.752	2.115	2.252	1.707
Tijucas	3.266	2.923	2.840	6.533	6.323	4.499	2.000	2.163	1.584
Tabuleiro	1.369	1.369	1.009	2.486	2.486	1.825	1.816	1.816	1.809
Grande Florianópolis	4.635	4.292	3.849	9.019	8.809	6.324	1.946	2.052	1.643
Tubarão	9.008	8.573	8.395	20.399	18.158	16.273	2.265	2.118	1.938
Criciúma	6.356	6.078	5.804	13.565	12.685	11.224	2.134	2.087	1.934
Araranguá	9.730	9.330	7.610	19.650	18.850	11.644	2.020	2.020	1.530
Sul Catarinense	25.094	23.981	21.809	53.614	49.693	39.141	2.137	2.072	1.795
Santa Catarina	120.641	116.392	109.389	258.245	255.961	195.273	2.141	2.199	1.785

⁽¹⁾ Dados sujeitos a alteração.

Fonte: IBGE.

Para a safra catarinense 2016/17, não conseguimos dados do final do ano, mas segundo as previsões iniciais apresentadas, a área de plantio deve aumentar pouco menos de 2% e a produção estadual deve se aproximar das 250 mil toneladas. A ampliação da área de cultivo do fumo se dá em virtude do apontamento de melhoras no mercado do tabaco, com a elevação dos preços e, conseqüentemente, expectativa de lucros mais atrativos para essa nova safra. (SÍNTESE ANUAL DA AGRICULTURA DE SC, 2017)

De posse dos dados acima expostos, vemos a importância econômica da região sul do país na cadeia produtiva do fumo, sendo responsável pela quase totalidade da produção nacional. Este dado mostra que são milhares de famílias que sobrevivem a partir da plantação do fumo, que possuem nesta ocupação sua única renda e forma de sobrevivência.

De acordo com Boeira, a cadeia produtiva do fumo envolve famílias inteiras, que vêm neste tipo de agricultura sua única forma de sustento, sendo quase que impossível fazer com que estas famílias optem por outro tipo de plantação, visto que plantar fumo não requer muitos esforços ou tecnologias. (BOEIRA, 2002)

Enquanto o mundo discute formas de aumentar impostos para frear de algum modo a indústria do tabaco, aqui deste lado temos a contradição do Estado brasileiro que usa seu poder para isentar estas mesmas indústrias. O tabagismo ao mesmo tempo que é lucrativo, é controverso:

o grande número de tabagistas no mundo tem como corolário, de um lado, um alto índice de mortes e doenças, e, de outro, o movimento financeiro das empresas fumageiras e dos governos. Os dados comprovam que o setor fumageiro é bastante lucrativo, rendendo altos tributos aos cofres do governo. No Brasil, aproximadamente 74% do preço do cigarro destina-se a impostos estatais, gera renda no meio rural, emprega trabalhadores em suas fábricas e movimentam o setor de serviços. (SILVA, 2003)

O Brasil é o maior exportador de fumo do mundo e tem grande importância no cenário mundial. O setor fumageiro, por outro lado, presta importante contribuição social envolvendo mais de 2,5 milhões de pessoas no processo, ou seja, muitas famílias dependem do fumo para sobreviver; e isso ameniza o desemprego, umas das grandes preocupações mundiais.

Em tempos de luta do mundo inteiro contra o tabagismo, com campanhas, políticas públicas para a cessação do fumo, leis antitabagistas, entre outros, o Estado encontra-se em uma dicotomia: de um lado temos quase o total da produção nacional e de outro, pessoas dependentes do cigarro, morrendo todos os dias e onerando os serviços de saúde pública e privada.

Certamente há muitos interesses por trás da Indústria Fumageira e também pelo próprio Estado, pois como será apresentado nos próximos capítulos, é comprovado que o Estado gasta muito mais tratando os pacientes tabagistas (quase 21 bilhões) do que lucra com a arrecadação de impostos advindos de tudo que envolve o cigarro.

CAPÍTULO II: MANIFESTAÇÕES BUCAIS DECORRENTES DO TABAGISMO

O uso crônico do cigarro pode causar diversas alterações na cavidade oral, como periodontite, halitose, manchas nos dentes, mucosa e língua, hipossalivação, síndrome da ardência bucal, imunossupressão, a qual diminui e dificulta a cicatrização e a osteointegração de implantes e, além disso, o câncer bucal. O cigarro possui mais de 4.000 substâncias, entre as quais 60 são capazes de gerar danos ao organismo. Essas substâncias agredem a mucosa bucal e algumas são carcinogênicas, causadoras do câncer de boca.

Os produtos da combustão do cigarro são expelidos pela boca e simultaneamente são inalados, e assim, torna-se a principal causa da halitose. Associado a isso, a má higiene dos dentes e da língua, doença periodontal e a hipossalivação contribuem para o seu agravamento. Quanto à doença periodontal, ela caracteriza-se por uma inflamação da gengiva e dos tecidos de suporte do dente, como o ligamento periodontal, cemento e o osso alveolar. A principal causa é o acúmulo de placa bacteriana nos dentes, composta por bactérias que liberam toxinas capazes de destruir os tecidos de suporte do dente causando mobilidade dental, retração gengival e exposição das raízes, reabsorção óssea alveolar e perda dos dentes. Vários fatores podem interferir na progressão da doença, como imunidade do indivíduo, hábitos de higiene e, principalmente, o cigarro.

Segundo Carvalho, Santos e Cury (2008), a nicotina e seus subprodutos podem estar presentes tanto no plasma sanguíneo quanto no fluido gengival em concentrações seis vezes maiores se comparado à concentração salivar. Assim, a nicotina pode contribuir para a progressão da doença periodontal.

O câncer de boca, que é o grande malefício do cigarro, é uma denominação que inclui câncer de lábio e cavidade oral, mucosa bucal, gengiva, assoalho de boca, língua e palato (FREITAS et al, 2010).

A nicotina é classificada como uma droga psicoativa e possui alto poder de influenciar a biologia e fisiologia cerebral. O cigarro contém nitrosaminas e hidrocarbonetos policíclicos carcinogênicos genotóxicos que podem aumentar o risco de doença. Tais elementos podem alterar o perfil molecular dos indivíduos e causar mutações. O hábito de fumar é um dos principais fatores desencadeantes do câncer oral, o fumante expõe os não fumantes à fumaça do tabaco no dia a dia, expondo estes ao risco de desenvolverem câncer. (VIEIRA et al, 2015).

Segundo Batista et al (2008), o risco de desenvolvimento de câncer em indivíduos que fumam cigarros industrializados é 6,3 vezes maior do que em não-usuários de tabaco. Além do tabagismo, o consumo diário de álcool também exerce determinada influência sobre as

células da mucosa bucal. Esse dado mostra o quanto é preocupante o risco ao qual estas pessoas são expostas ao se tornarem tabagistas e alcoolistas. É um dado alarmante que serve ainda mais de fundamentação para aplicação de políticas públicas que atinjam diretamente estes usuários e toda a sociedade em si.

O tabagismo tem grande impacto negativo na qualidade de vida dos fumantes, sendo vinculado a mais de 20 tipos de câncer. O tratamento oncológico produz efeitos colaterais, sendo vários na cavidade oral. Dessa forma, não só o câncer bucal produz alterações na cavidade bucal, mas também a terapia utilizada no tratamento. O tabaco por conter substâncias cancerígenas é um dos principais fatores de risco do câncer da cavidade oral, o que é confirmado por estudos epidemiológicos em todo o mundo. Com o elevado número de fumantes, o hábito tabagista e o câncer bucal acabaram por se tornar um grave problema de saúde pública no Brasil. Os efeitos colaterais do tratamento, afeta diretamente na qualidade de vida do indivíduo e as sequelas causam grande desconforto, não aceitação da sua condição, limitação do convívio social, familiar e no trabalho. (VIEIRA et al, 2015).

Anualmente, são diagnosticados cerca de 6,4 milhões de casos de tumores malignos no mundo, sendo o câncer bucal responsável por 10% dos casos. Entre as neoplasias da cavidade oral, vários estudos apontam como a principal neoplasia o carcinoma de células escamosas, que atinge 90% dos casos, sendo a condição mais severa entre as neoplasias. No Brasil e no Reino Unido, o CCE responde por 90% a 95% dos tumores malignos da boca. (BRENER, et al, 2007).

O carcinoma de células escamosas (CCE) da boca, também denominado carcinoma epidermóide, carcinoma escamocelular e carcinoma espinocelular, é uma neoplasia maligna que se origina no epitélio de revestimento, sendo considerada a neoplasia maligna mais comum nesta região. As taxas de incidência e mortalidade para o CCE bucal variam de um país para outro e mesmo dentro de cada país. Essas variações ocorrem, principalmente, pelas diferenças de hábitos, características socioeconômicas, expectativa de vida, fatores ambientais, raça, educação preventiva e qualidade da assistência médica nas diversas regiões. (BRENER, et al, 2007).

Para enfatizar a importância da participação do tabaco e do álcool no desenvolvimento do câncer bucal, um estudo verificou estes hábitos e encontrou 92,2% de fumantes e 81,2% de etilistas. O efeito simultâneo do álcool e do tabaco pode aumentar em até 100 vezes o risco de se desenvolver um câncer bucal. O álcool sozinho não pode ser associado à fase iniciadora da carcinogênese bucal, mas acredita-se que ele possa promovê-la ao potencializar os efeitos carcinógenos do tabaco. O etilismo isolado ou associado ao tabagismo afeta a incidência de

CCE bucal, proporcionando aumento na incidência em faixas etárias mais precoces, tanto nas mulheres quanto nos homens. (BRENER, et al, 2007).

Um estudo realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, de 1970 a 2007 evidenciou as principais lesões com potencial de evolução para câncer oral. O estudo detectou como a lesão mais prevalente a leucoplasia (70,7%), seguida da queilite actínica (16,1%), eritroplasia (9,8%), e eritroleucoplasia (3,4%). (VIEIRA et al, 2015)

Além desses, o cigarro também pode causar câncer de faringe, laringe e esôfago. A causa do câncer depende de uma série de fatores sistêmicos, deficiências nutricionais e de hábitos, como o fumo. O álcool também está ligado intimamente com o hábito de fumar. Inicialmente, as lesões são pequenas feridas indolores que não cicatrizam, podem aumentar de volume e evoluem como manchas vermelhas e/ou brancas.

Em estudo intitulado “Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer Bucal em um CEO”, os autores, analisaram prontuários de pacientes que apresentaram diagnóstico histopatológico de lesões malignas de boca e constataram que dos casos analisados, 62% dos pacientes eram tabagistas e 14 % eram ex-tabagistas, ou seja, a relação do tabagismo com o câncer bucal é estatisticamente significativa e preocupante. (VOLKWEIS, et al, 2014).

Sendo assim, o cirurgião-dentista deve atuar na identificação precoce dessas lesões e no aconselhamento e conscientização do paciente frente às consequências do uso do cigarro, bem como ao tratamento das afecções diagnosticadas. Vários estudos abordam a importância do cirurgião-dentista na redução do câncer bucal, com a sua participação na prevenção, antecipação do diagnóstico, orientação sobre os tratamentos e reabilitação dos pacientes. (ROSA et al, 2009).

Neste âmbito, o tabagismo é um dos principais fatores de risco para o câncer oral, fazendo-se objeto importante para estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas que estão diretamente envolvidos no diagnóstico precoce, tratamento e orientação dos pacientes. (VIEIRA et al, 2015).

Tendo em vista que a boca é um local de fácil acesso tanto para autoexame como para o exame físico, podemos perceber que o cirurgião-dentista tem um papel importante na detecção do câncer bucal, por atuar na área onde as lesões precursoras deste tipo de câncer se desenvolvem.

CAPITULO III: A LEGISLAÇÃO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE DO TABAGISMO

Como todo produto que faz mal à saúde, o cigarro e tudo que envolve ele, deve ser fortemente e responsabilmente regulamentado. Os malefícios dos produtos fumígenos para a saúde pública e seus reflexos na sociedade brasileira fazem com que a própria Constituição Federal, em seu art. 220, §4º, determine a restrição à sua publicidade e a advertência sobre seus malefícios. O Brasil é signatário da Convenção Quadro para o Controle do Tabagismo – CQCT, primeiro tratado internacional de saúde pública, que, uma vez ratificado pelo Congresso Nacional, foi incorporado ao ordenamento jurídico nacional por meio do Decreto 5.658/2006. As disposições da CQCT devem se tornar políticas públicas nacionais. Para isso, o governo criou a Comissão Nacional para a Implementação da Convenção Quadro – CONICQ (Decreto de 1º de agosto de 2003), constituída por vários ministérios.

O tabaco também é regulamentado pela lei 9.294/96, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, e sobre as advertências nas embalagens destes produtos, alterada pela Medida Provisória 2.190/2001, e pelas leis 10.167/2000 e 12.546/2011, esta última em vigor a partir de 15 de dezembro de 2011. (ACTbr, 2016).

Dentre os principais avanços na legislação nacional, encontram-se:

- **PROTEÇÃO CONTRA A EXPOSIÇÃO À FUMAÇA DO TABACO**

Com as alterações introduzidas pela lei 12.546/2011 à lei 9.294/96, é proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado, privado ou público. Não há mais a permissão dos chamados fumódromos em locais fechados. O país tem, portanto, uma lei antifumo federal.

Esta regra se aplica a repartições públicas, hospitais e postos de saúde, salas de aula, bibliotecas, os recintos de trabalho coletivo e as salas de teatro e cinema. É vedado o uso daqueles produtos em aeronaves e veículos de transporte coletivo. A lei considera recinto coletivo o local fechado, de acesso público, destinado a permanente utilização simultânea por várias pessoas. (ACTbr, 2016).

- **PUBLICIDADE E PATROCÍNIO DOS PRODUTOS DERIVADOS DO TABACO**

Com as alterações introduzidas pela lei 12.546/2011 à lei 9.294/96, ficou proibida a propaganda comercial de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto

fumígeno, derivado ou não do tabaco. Até então, a propaganda comercial estava restrita a pôsteres, painéis e cartazes, que passaram a ser proibidos. Referida alteração representaria um avanço para o cumprimento do artigo 13, da CQCT, se não fosse a exceção prevista na mesma lei, que permite a exposição de referidos produtos nos locais de vendas, acompanhada das cláusulas de advertência e da respectiva tabela de preços. (ACTbr, 2016).

• **IMAGENS DE ADVERTÊNCIAS**

Ainda com as alterações introduzidas pela lei 12.546/2011 à lei 9.294/96, nas embalagens de produtos fumígenos vendidas diretamente ao consumidor também deverá ser impresso um texto de advertência adicional ocupando 30% (trinta por cento) da parte inferior de sua face frontal, a partir de 1º de janeiro de 2016. É obrigatória a inserção de imagens e frases de advertências e nas peças de publicidade. A lei já determinava a inclusão das cláusulas de advertência destacadas em 100% da face posterior e de uma das laterais das embalagens.

A legislação ainda proíbe a venda a menores de 18 anos e a venda dos produtos fumígenos por via postal ou pela internet, a distribuição de amostra ou brinde, a distribuição gratuita em estabelecimento de ensino ou local público e a comercialização em estabelecimento de ensino, saúde ou órgãos da administração pública. É também proibida a comercialização de alimentos ou embalagem de alimentos com forma semelhante a cigarro, charuto ou qualquer outro produto fumígeno ou suas embalagens. (ACTbr, 2016).

Desde o final da década de 1980, sob a ótica da promoção da saúde, a gestão e a governança do controle do tabagismo no Brasil vêm sendo articuladas pelo Ministério da Saúde através do INCA (Instituto Nacional do Câncer), o que inclui as ações que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

O objetivo do programa é reduzir o número de fumantes e as consequências relacionadas ao uso do tabaco. Para que estes pontos fossem alcançados, objetivos estratégicos foram elaborados, e são eles: redução da aceitação do ato de fumar, redução dos estímulos sociais e econômicos para o consumo, prevenção da iniciação do ato de fumar, proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça do cigarro e promoção da cessação do hábito de fumar. (INCA, 2007)

De acordo com a Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina, várias portarias foram criadas desde que o tratamento para o tabagismo foi assumido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). E essas portarias afirmam que o tratamento pode acontecer em quaisquer unidades de saúde do SUS, através de uma abordagem cognitivo-comportamental obrigatória, podendo adicionar uso de medicamentos quando necessário.

Com o objetivo de melhorar o atendimento aos fumantes que desejam parar de fumar, diminuir os danos à saúde e diminuir os gastos com saúde pública, a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Florianópolis (SMS), através do Sistema Único de Saúde (SUS), oferece tratamento nos Centros de Saúde para os fumantes que desejam cessar o hábito.

Também no ano de 2015, a UFSC em parceria com a SMS de Florianópolis, implantou o Grupo de Tratamento para Fumantes no seu Centro de Ciências da Saúde, no curso de Graduação em Odontologia, sob a coordenação dos professores Rubens Rodrigues Filho e Denise Maria Belliard Oleiniski. O Grupo é oferecido aos pacientes que frequentam as clínicas odontológicas do curso e são organizados de modo que ocorram pelo menos uma vez a cada semestre, abrangendo o maior número de pacientes. Desde que foi implantado, vários pacientes já conseguiram abandonar o tabagismo, assim como ocorreram algumas desistências. A ideia é fortalecer o vínculo com os pacientes das clínicas, buscar maneiras de uma maior adesão e permanência destes nos grupos de tratamento e grupos de manutenção, a fim de que ao final de cada grupo, tenham-se cada vez mais pacientes se tornando ex-fumantes e a Universidade como coadjuvante neste processo.

O tratamento para os participantes dos Grupos consiste, inicialmente, em uma entrevista individual, realizada por um profissional da saúde, onde são avaliados o grau de motivação e o nível de dependência física (Teste de Fegerström). Com essa avaliação, vê-se a necessidade de intervenção com medicamentos, para auxiliar nas crises de abstinência. (PMF, 2016)

Após esta etapa, iniciam-se os encontros em grupo, sendo quatro encontros no total, um encontro por semana, onde é realizada uma abordagem cognitivo-comportamental de estímulo ao grupo para cada um indicar uma data para parar de fumar. Os encontros têm duração, em média, de uma hora e meia, e nele participam diversos profissionais da saúde, como médico, cirurgião-dentista, educador físico, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, entre outros. Esse apoio multidisciplinar pode variar de acordo com a demanda do Centro de Saúde. (PMF, 2016)

Terminados os encontros, inicia-se o grupo de manutenção da abstinência e prevenção da recaída. O sucesso dessa etapa do tratamento vai depender do paciente e da sua continuidade com o programa. Após a finalização de um grupo, inicia-se outro. O propósito desse projeto é que ele seja contínuo. Assim, se um participante não encerra o grupo, ele tem outra oportunidade de iniciar novamente e progredir no tratamento.

A política de controle do tabagismo no Brasil avançou sobremaneira nos últimos 25 anos, com resultados positivos que se refletem na redução da prevalência. Prova disto são os dados mostrados pela pesquisa Vigitel 2016 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para

Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), onde mostra que a política brasileira de controle do tabaco reduziu em 35% a prevalência de fumantes nas capitais brasileiras, no período de 2006 a 2016. A pesquisa foi realizada por telefone nas 26 capitais e Distrito Federal e contou com 53.210 entrevistas. Nos últimos anos, a prevalência de fumantes caiu de 15,7%, em 2006, para 10,2% em 2016. De acordo com a pesquisa, quando separado por gênero, a frequência de fumantes hoje é maior no sexo masculino (12,7%) do que no feminino (8,0%). Se analisado por faixa etária, a pesquisa mostra que a frequência de fumantes é menor entre os adultos jovens antes dos 25 anos de idade (7,4%), ou após os 65 anos (7,7%) e maior na faixa etária dos 55 a 64 anos (13,5%).

Vigitel (2016) também verificou que a frequência do hábito de fumar diminuiu com o aumento da escolaridade nas três faixas de escolaridade, 0 a 8 anos de estudo, 9 a 11 anos ou mais de 12 anos. Nessas três faixas, a frequência é maior entre homens e mulheres com até oito anos de estudo (17,5% e 11,5%, respectivamente), o percentual é duas vezes maior em relação a indivíduos com 12 ou mais anos de estudo (9,1% e 5,1%).

O inquérito também mostrou que entre as capitais do país com maior prevalência de fumantes estão Curitiba (14%), Porto Alegre (13,6%) e São Paulo (13,2%); Florianópolis apresentou prevalência de 10,1%. Salvador foi a capital com menor prevalência de fumantes (5,1%).

A proibição da publicidade de cigarros nos meios de comunicação e pontos de venda e do consumo de tabaco em ambientes fechados, a obrigatoriedade das imagens de advertência sanitária nos maços e os projetos para a cessação de fumar no SUS foram passos importantes para redução do consumo de tabaco no país. A medida mais eficaz para reduzir o consumo, no entanto, foi o aumento de preços por meio da elevação dos impostos, recomendação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco, tratado mundial ratificado pelo Brasil em 2005. Segundo o Vigitel, em 12 capitais houve tendência de estabilidade na prevalência de fumantes até 2010 e redução a partir 2011. (VIGITEL, 2016).

CAPÍTULO IV: O GASTO PÚBLICO COM AS DOENÇAS RELACIONADAS AO CONSUMO DE CIGARROS

“Estima-se que até o ano 2020, 70% das mortes provocadas pelo uso do tabaco ocorrerão em países em desenvolvimento. Conseqüentemente, estes países terão mais gastos em saúde além de custos com perda da produtividade. Em países pobres o orçamento para saúde é geralmente baixo e o atendimento ao paciente com câncer pode ter um custo para o

qual não se tem verba e/ou que desvia as verbas já escassas para o atendimento básico de saúde”. (TABACO ou SAÚDE 2000).

Os problemas relacionados com o tabagismo causam grande impacto nas economias mundiais, principalmente em países subdesenvolvidos, que já lidam com vários outros problemas. Seja para tratar pacientes com as doenças provocadas pelo consumo do tabaco, como gastos com investimento em prevenção e informação, a arrecadação de impostos sobre as vendas de cigarros não são suficientes para suprir os gastos com saúde pública no país.

“O Brasil é o 42º país que mais cobra impostos sobre a venda de cigarros, um total de 69,1%. Só para uma comparação, a Eslováquia, país que mais cobra impostos sobre o cigarro tem uma tributação de 93,6%. Em 2010, a arrecadação com a venda de cigarro no Brasil foi de R\$ 5.972 milhões”. (DESER, Julho de 2011).

Num trabalho intitulado “Carga das doenças tabaco-relacionadas para o Brasil”, a economista Márcia Teixeira Pinto, realizou estudo onde apresentou dados do ano de 2008, e teve como referência de custo o ano de 2011, com adultos acima de 35 anos de ambos os sexos, os custos totais com doenças atribuíveis ao tabagismo para o Brasil, na esfera privada e pública, chegaram ao valor surpreendente de quase R\$ 21 bilhões (PINTO, 2012).

Neste estudo, foram selecionadas doenças que incluem eventos agudos e doenças crônicas dos seguintes grupos: câncer, doenças cardíacas, cerebrovasculares e respiratórias. As doenças consideradas na análise foram: infarto agudo do miocárdio (IAM), doenças isquêmicas do coração (não IAM) e não isquêmicas, acidente vascular cerebral (AVC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), pneumonia, influenza e as neoplasias de pulmão, laringe, bexiga, boca e faringe, rins, estômago, esôfago, pâncreas, leucemia mielóide e colo de útero. (PINTO, 2012).

Os custos totais atribuíveis ao tabagismo para o sistema de saúde no Brasil foram da ordem de R\$ 20,68 bilhões para ambos os sexos. Os maiores responsáveis por esse montante foram as doenças cardíacas com 35%, DPOC com 33%, seguidos de AVC e câncer de pulmão, ambos com 8%.

Tabela 9. Custos totais e atribuíveis ao tabagismo: grupo de doenças, ambos os sexos, Brasil 2011

Grupo de doenças	Custos totais (A) (R\$)	% (A/Total)	Custos atribuíveis ao tabagismo (B) (R\$)	% (B/A)
Cardíacas	27.913.100.573	50%	7.219.651.548	35%
DPOC	8.962.329.767	16%	6.773.192.770	33%
Outros tipos de câncer	8.884.730.809	16%	3.420.892.897	17%
AVC	7.878.748.493	14%	1.557.995.266	8%
Câncer de pulmão	1.944.887.096	3%	1.596.815.061	8%

Pneumonia	545.800.827	1%	116.830.355	1%
Total	56.129.597.565	100%	20.685.377.897	37%

Fonte: PINTO, 2012

Elaboração: autora

Os resultados para o sexo masculino indicam que os custos chegaram a quase 16 bilhões. As doenças cardíacas (35%), DPOC (33%) e o câncer de pulmão (8%) representaram 76% de todos os custos atribuíveis ao tabagismo.

Tabela 10. Custos totais e atribuíveis ao tabagismo: grupo de doenças, sexo masculino, Brasil 2011

Grupo de doenças	Custos totais (A) (R\$)	Custos atribuíveis ao tabagismo (B) (R\$)	% (B/A)
Cardíacas	18.277.741.703	5.529.399.893	35%
DPOC	6.502.884.836	5.154.782.425	33%
Outros tipos de câncer	5.801.696.332	2.924.913.248	19%
Câncer de pulmão	1.332.623.595	1.189.296.787	8%
AVC	3.920.102.035	848.698.670	5%
Pneumonia	292.903.047	69.545.072	0%
Total	36.127.951.549	15.716.636.095	100%

Fonte: PINTO, 2012

Elaboração: Autora

Para o sexo feminino, os custos chegaram a quase R\$ 5 bilhões. As doenças cardíacas (34%), DPOC (33%) e o AVC (14%) representaram 81% de todos os custos atribuíveis ao tabagismo para as mulheres, o que indica a sua magnitude econômica para o sistema de saúde.

Tabela 11. Custos totais do tabagismo: sexo feminino, Brasil 2011

Grupo de doenças	Custos totais (A) (R\$)	Custos atribuíveis ao tabagismo (B) (R\$)	% (B/A)
Cardíacas	9.635.358.870	1.690.251.655	34%
DPOC	2.459.444.931	1.618.410.345	33%
AVC	3.958.646.458	709.296.597	14%
Outros tipos de câncer	3.083.034.477	495.979.648	10%
Câncer de pulmão	612.263.501	407.518.274	8%
Pneumonia	252.897.780	47.285.283	1%
Total	20.001.646.016	4.968.741.802	100%

Fonte: PINTO, 2012

Elaboração: Autora

Na comparação entre os sexos, os custos para o sexo masculino foram três vezes maior do que os custos registrados para as mulheres. Esse resultado é preocupante, pois mostra que a população masculina é a que mais sofre as consequências do tabagismo e a que mais custa ao sistema de saúde no país. Este estudo traz dados extremamente importantes em relação aos custos do tabagismo para a sociedade brasileira. Os custos evidenciados mostram a magnitude desta epidemia no país. Os custos para o setor da saúde chegaram a R\$ 20,68 bilhões e a carga econômica está concentrada no sexo masculino (R\$ 15,71 bilhões).

De posse do TCC já finalizado, no último dia 31/05/2017, Dia Mundial sem Tabaco, o INCA e o Ministério da Saúde (MS) lançaram em cerimônia na sede do INCA, no Rio de Janeiro, o estudo “O Tabagismo no Brasil: morte, doença e política de preços e impostos”, relativo ao ano de 2015, que apurou, pela primeira vez, o custo do tabaco para o Brasil. O consumo de cigarros e outros derivados do tabaco causou um prejuízo de R\$56,9 bilhões ao país: R\$39,4 bilhões em custos médicos diretos e R\$17,5 bilhões em custos indiretos, decorrentes da perda de produtividade devido à morte prematura e incapacitação de trabalhadores. O estudo apurou que a arrecadação total de impostos pela União e estados com a venda de cigarros no país em 2015 foi de R\$12,9 bilhões. Ou seja, o saldo negativo do tabagismo para o país foi de R\$44 bilhões.

Os dados levantados mostraram os custos para a economia do país, no que se refere à mortalidade, morbidade e impacto econômico. Tais resultados chocaram o país e foram alvos de muitas discussões, visto que em estudos anteriores mostrou-se um custo bem menor do que este apresentado. Estes dados precisam ser levados em consideração pelos formuladores das políticas públicas no país. O tabagismo deve ser combatido, as leis devem ser mais rígidas e outros estudos devem seguir adiante, como por exemplo, estudar o impacto nos fumantes passivos, o que a pesquisa não mostrou. Ademais, o estudo causou grande impacto na sociedade, obteve grande cobertura pela mídia e foi bastante discutido pelos estudiosos do tema, além de proporcionar novos rumos no combate ao tabagismo no país.

Faz-se necessária uma reflexão sobre esta dicotomia: de um lado está a arrecadação milionária com impostos, de outro os gastos com a saúde pública em programas, internações, medicamentos, entre outros. Isto porque fumantes tendem a utilizar mais recursos de assistência à saúde ao longo de suas vidas. “Embora não fumantes vivam mais e por isso utilizem os serviços com muito menos frequência já que são mais saudáveis. De qualquer forma, independentemente dos detalhes fiscais envolvidos, o tabaco representa uma carga de gastos enormes na saúde pública, principalmente nos países menos desenvolvidos”. (WARNER, 2000).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo é um grande problema de ordem social, ambiental e econômica. Fumar faz mal ao indivíduo que fuma e à pessoa que fica ao lado dele, fumando passivamente. Fumar polui o meio ambiente, plantar fumo faz mal, pois a saúde dos produtores é colocada em risco ao usar agrotóxicos nas plantações de fumo e aos demais perigos a que eles são expostos durante o processo.

Fumar causa danos drásticos à cavidade bucal e ao organismo. Fumar torna o indivíduo dependente e faz com que ele gaste seu dinheiro para sustentar este vício. Fumar enriquece a Indústria e empobrece o Sistema Público de Saúde.

Através do estudo apresentado, chegou-se à conclusão de que o tabagismo é responsável por inúmeras doenças, seja na cavidade bucal, como nos demais órgãos e sistemas do corpo humano. O custo que o cigarro proporcionou ao país em 2015 foi de quase R\$ 57 bilhões, quase 4 vezes mais o valor que fora arrecadado com impostos na venda de cigarros. Esse valor é exorbitante e preocupante, não só para a saúde dos brasileiros, como se tornou um grande problema de saúde pública.

Essa problemática ligada à sociedade política está apenas no início, e há muito o que se explorar nas investigações. É preciso olhar com mais atenção para os produtores de fumo, são necessários estudos para viabilidade e mudanças de ramo de produção para produtos que não matem seus consumidores, é fundamental enxergar os interesses que estão por trás desta Indústria e principalmente não fechar os olhos para isto.

A sociedade civil e seus diversos conjuntos devem se comprometer na prevenção das drogas, tanto das lícitas como das ilícitas, diminuindo a passividade em relação à venda de cigarros para menores, assim como ao seu consumo. Deve-se investir na relação dos fumantes com os não-fumantes, a fim de minimizar o problema do oferecimento.

Portanto, as ações de prevenção ao tabagismo dependem do comprometimento efetivo de órgãos governamentais, entidades educacionais, família, profissionais e a sociedade como um todo. Para tanto, salienta-se a necessidade de se priorizar a prevenção de forma contínua e estratégica em campanhas educativas, buscando a recusa das pessoas à oferta de cigarros. As leis devem ser enérgicas, o Estado tem esse poder nas mãos.

A conclusão que se extrai dessa constatação, é que o tabagismo deve ser combatido de todas as formas, em todas as esferas. Fumar é uma questão de escolha individual, é fato, porém nossas escolhas são influenciadas a todo o momento, condicionadas de várias maneiras. A produção e o comércio de cigarros criam novos produtos como os fumos

aromatizados, bem como os relaciona a marcas famosas, objetivando instigar a curiosidade e o paladar dos consumidores.

Em suma, há um grande caminho a percorrer. É importante salientar que o Brasil vem evoluindo, que o número de fumantes vem decaindo. Porém é preciso muito mais.

O sucesso no combate ao tabagismo só será possível através de políticas públicas eficazes e o comprometimento de toda a sociedade civil, especialmente dos profissionais da saúde. O Cirurgião-Dentista é fundamental neste processo de conscientização, através do manejo clínico do seu paciente, no qual pode alertar para os perigos do cigarro exposto ao meio bucal e principalmente, enfatizar os benefícios que o paciente terá ao abandonar o vício, benefícios estes que podem custar a sua própria vida.

6 REFERÊNCIAS

ACTbr. **Aliança De Controle Do Tabagismo**. Disponível em: <http://www.actbr.org.br>. Acesso em: ago/set. 2016.

AFUBRA. **Associação Brasileira dos Fumicultores do Brasil, 2012**. Disponível em: <http://www.afubra.com.br> Acesso em mar/abr 2017.

BATISTA, A. B.; FERREIRA, F. M.; IGNÁCIO, S. A.; MACHADO, M. A. N.; LIMA, A. A. **S. Efeito do Tabagismo na Mucosa Bucal de Indivíduos Jovens: Análise Citomorfométric**. Rev. Bras. Canc., v. 54, n. 1, p. 05-10, 2008.

BOEIRA, S.L. **Atrás da cortina de fumaça. Tabaco. Tabagismo e Meio Ambiente: Estratégias da Indústria e Dilemas da Crítica**. Santa Catarina: Ed. Univali, 2002.

BRENER, S.; JEUNON, F. A.; BARBOSA, A. A.; GRANDINETTI, H. A. M. **Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto**. Revista Brasileira de Cancerologia, 2007: 53(1): 63-69.

CARIO, F. A. Sílvio et al. **Economia de Santa Catarina: inserção industrial e dinâmica competitiva**, Florianópolis, Ed. Nova Letra, 2008.

CARVALHO, A.E.; SANTOS, I.G.; CURY, V.F. **A influência do tabagismo na doença periodontal: Revisão de literatura**. Revista virtual de Odontologia, Belo Horizonte, v.5, p.7-12, 2008.

DESER, De Olho no Mundo do Tabaco, Pela Valorização do trabalho, da Saúde e da Vida. Julho de 2011.

EDUCAÇÃO UOL. **Tabagismo: conheça os efeitos da nicotina no cérebro humano**. Disponível em: <https://educacao.uol.com.br/disciplinas/ciencias/tabagismo-conheca-os-efeitos-da-nicotina-no-cerebro-humano.htm> Acesso em 19/06/2017.

FREITAS, A.R.; MAPENGO, M.A.A.; MOURA, P.G.; SILVA, R.P.R., SALES-PERES, S.H.C., BASTOS, J.R.M. **Restrição ao uso de tabaco e a prevenção do câncer bucal**. Bauru: 2010.

INCA. Instituto Nacional de Câncer, 2007. **Tabagismo: um grave problema de saúde pública**. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf. Acesso em: 16/06/2017.

MATTOS, M.G. et al. **Teoria e prática da metodologia da pesquisa em educação física: construindo sua monografia, artigo científico e projeto de ação**. São Paulo: Phorte, 2003.

MUNDO ESTRANHO. Disponível em: <http://mundoestranho.abril.com.br/saude/quais-sao-as-mais-de-47-mil-substancias-toxicas-no-cigarro/> Acesso em 16/06/2017.

OMS. **Organização Mundial Da Saúde**. Disponível em: <http://www.who.int>. Acesso em: ago/set. 2016.

PMF. **Prefeitura Municipal de Florianópolis/Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=controle+tabagismo+++tratamento> Acesso em agot/set 2016.

PINTO, M.T; UGÁ, M.A.D. **Os custos de doenças tabaco-relacionadas p ara o Sistema Único de Saúde**. Cad. Saúde Pública,Rio de Janeiro, 26(6); 1234-1245, jun. 2012.

PIZETTE, N. **Os efeitos do cigarro sobre os dentes e a boca. Artigo, 24 de novembro de 2010**. Disponível em: <https://www.ident.com.br/natashapizette/artigo/2726-os-efeitos-do-cigarro-sobre-os-dentes-e-a-boca>. Acesso em 10/06/2017.

ROSA, E.F., INOUE, G., TAKANO, R.K., ASSIRATI, P.H.B., CORRAINI, P., CARVALHO, V.F., PANNUTI, C.M., MICHELI, G. **O papel do cirurgião dentista no abandono do hábito do fumo**. Manual de Periodontia, São Paulo, v.19, n.4, p.68-74, Dez-2009.

SILVA, M. M. **A Fumicultura em Santa Catarina: discutindo a rentabilidade à luz das implicações sociais e econômicas**. In. PAULILO, S. M.; SCHMIDT, W. Agricultura e espaço rural em Santa Catarina. Ed. UFSC, 2003, p. 99-123.

SÍNTESE ANUAL DA AGRICULTURA DE SANTA CATARINA (2015-2016). Disponível em: http://docweb.epagri.sc.gov.br/website_cepa/publicacoes/Sintese_2016.pdf. Acesso em 14/04/2017.

TABACO ou SAÚDE 2000: 11^a. Conferência Mundial. ‘Fact sheet: The Economics of Tobacco control.

VIEIRA, A. C.; AGUIAR, Z. T.; SOUZA, F.V. **Tabagismo e sua relação com o câncer bucal: uma revisão de literatura**. Revista Bionorte, v.4, n.2, jul. 2015.

VIGITEL BRASIL 2016. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf. Acesso em: 26/07/2017.

VOLKWEIS, M.R.; BLOIS, M. C.; ZANIN, R.; ZAMBONI, R. **Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer Bucal em um CEO**. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.14, n.2, p. 63-70, abr./jun. 2014.

WARNER, K.E. 'The economics of Tobacco: myths and realities' Tobacco Control 2000; 9:78-89.

7. ANEXO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA

ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 11 dias do mês de Outubro de 2017, às 15:30 horas,
em sessão pública no (a) auditório do CCS desta Universidade, na presença da
Banca Examinadora presidida pelo Professor

Rubens Rodrigues Filho

e pelos examinadores:

- 1- Fernanda Machado Lopes
- 2- Renata Goulart Costa

o aluno Fernanda Nadia Silvano

apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado:

Tabaqismo: da produção ao adoçamento, do
mazeio da doença ao lucro no gosto público

como requisito curricular indispensável à aprovação na Disciplina de Defesa do TCC e a integralização do Curso de Graduação em Odontologia. A Banca Examinadora, após reunião em sessão reservada, deliberou e decidiu pela Aprovação do referido Trabalho de Conclusão do Curso, divulgando o resultado formalmente ao aluno e aos demais presentes, e eu, na qualidade de presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais componentes da Banca Examinadora e pelo aluno orientando.

Rubens Rodrigues Filho
Presidente da Banca Examinadora

Fernanda M. Lopes
Examinador 1

Renata Goulart Costa
Examinador 2

Fernanda
Aluno