

entrevista

MÁRCIA PINTO

Economista, mestre e doutora em saúde pública, e analista de gestão em saúde da Fiocruz

Tabagismo: um mal à saúde e aos cofres públicos

O s prejuízos à saúde, decorrentes do hábito de fumar, estão hoje claramente traduzidos em números. O tabagismo é responsável por 200 mil mortes por ano no Brasil, em média 23 por hora. Doença que afeta 16% dos brasileiros, o fumo está associado a 25% das doenças vasculares, incluindo derrame cerebral, e a 25% das mortes causadas por angina e infarto do miocárdio. Causa também 90% dos casos de câncer de pulmão e responde por 30% das mortes decorrentes de câncer de laringe, faringe, boca, esôfago, pâncreas, rim, bexiga e colo do útero. Diante desse quadro, torna-se cada vez mais importante a avaliação do impacto econômico do tabagismo na rede pública de saúde.

A tese de doutorado apresentada pela economista Márcia Pinto à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), em dezembro de 2007, trouxe importantes revelações. Segundo o trabalho, intitulado *Custos de Doenças Tabaco-relacionadas: Uma Análise sob a Perspectiva da Economia e da Epidemiologia*, o fumo causa um prejuízo anual de, pelo menos, R\$ 338,6 milhões ao SUS. Esse valor contabiliza apenas o que foi gasto em internações e em procedimentos de quimioterapia no tratamento de 32 patologias, como o câncer e doenças relacionadas aos aparelhos respiratório e circulatório em todos os hospitais da rede pública. Desse montante, os gastos referentes ao câncer correspondem a 33,85% e chegam a R\$ 114,6 milhões.

Márcia Pinto é economista da saúde há onze anos, mestre e doutora em Saúde Pública, com ênfase nas áreas de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde e Economia da Saúde, respectivamente. Foi membro



“Embora a prevalência do tabagismo esteja se reduzindo no país, seus efeitos sobre a morbidade e a mortalidade ainda poderão ser observados nas próximas décadas.”

da delegação brasileira nas negociações da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, trabalhou no INCA durante sete anos e há dois anos é analista de gestão em saúde da Fiocruz. Sua pesquisa, que é um primeiro passo para que outros estudos sejam realizados, teve como orientadora Alicia Ugá, economista da saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, e contou com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

A economista destaca que, embora a prevalência do tabagismo esteja se reduzindo no país, seus efeitos sobre a morbidade e a mortalidade ainda poderão ser observados nas próximas décadas, o que exigirá a continuidade da aplicação de recursos significativos no tratamento das doenças associadas ao tabaco e o fortalecimento das ações de controle do tabagismo como alvo constante dos gestores do sistema de saúde.

REDE CÂNCER – O que levou à escolha do tabagismo e do impacto econômico de seus efeitos como tema de sua tese de doutorado?

MÁRCIA PINTO – Trabalhei durante sete anos no INCA, ligada ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo, e era freqüente receber solicitações relacionadas ao custo do tabagismo para a saúde pública no Brasil. Como não havia informação disponível, decidi desenvolver minha tese sobre o assunto, mas utilizando duas perspectivas: a do sistema de saúde e também a hospitalar. A realização de estudos de custos no Brasil deve ser ampliada. O nosso país necessita desenvolver e explorar novas metodologias, de acordo com as características do sistema de saúde e do perfil epidemiológico da população, capazes de estimar custos diretos e indiretos das doenças tabaco-relacionadas. Há muitos custos importantes a serem pesquisados, como os das doenças crônicas, por exemplo, que têm grande peso em nosso sistema de saúde.

RC – Qual o método utilizado para o cálculo dos gastos governamentais com doenças tabaco-relacionadas na perspectiva do sistema?

MÁRCIA PINTO – Foram selecionadas inicialmente 32 patologias - 15 ligadas ao aparelho circulatório, quatro ao respiratório e 13 ao câncer - e, em seguida, levantados os valores pagos em 2005 pelo Ministério da Saúde, através do SUS, por hospitalizações e procedimentos de quimioterapia para tratar essas doenças em pacientes com idade acima de 35 anos. Depois, foi calculada a Fração Atribuível ao Tabagismo (FAT) na população e aplicada essa fração aos valores pagos pelo SUS pelas internações e tratamentos quimioterápicos. A FAT para essas 32 patologias foi de 90%, índice obtido em uma fórmula matemática a partir de duas medidas. A primeira delas é o risco relativo de cada patologia, baseado em um estudo norte-americano, o *Cancer Prevention Study II*, que mediu a associação do tabagismo a várias doenças e tem sido utilizado como referência de muitas pesquisas. A outra medida foi a prevalência de tabagismo, ou seja, o número de fumantes indicados na Pesquisa Mundial da Saúde de 2003. Por fim, os custos apurados em 2005 foram atualizados até 2006, de acordo com o Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGPI-DI), que mede a inflação.

RC – Como se situam os gastos anuais do sistema brasileiro de saúde, levantados em sua pesquisa, em relação aos de outros países?

MÁRCIA PINTO – Os gastos brasileiros correspondem a US\$ 200 milhões. A Coréia gasta US\$ 413 milhões, mas esse valor engloba o tratamento completo, e não apenas internações e quimioterapias. Em Hong Kong, o total sobe para US\$ 688 milhões, incluindo o tratamento de fumantes passivos. Nos Estados Unidos, os gastos anuais chegam a US\$ 33 bilhões, pois a medicina é cara não só por utilizar tecnologia de ponta, como também pela preocupação constante com a Justiça, o que leva à realização de grande número de exames para proteção do médico. Os gastos do Brasil parecem menores que nos outros países, mas na verdade são muito mais elevados. O estudo mostrou apenas a ponta de um *iceberg*.



Fotos: Peter Illiciev/Divulgação Fiocruz

RC – Você alerta que os custos das doenças causadas pelo tabagismo, revelados por sua tese, estão subestimados. Como chegar a dados mais próximos da realidade?

MÁRCIA PINTO – O universo de doenças relacionadas ao tabaco é bem maior que as 32 analisadas. O tabagismo está associado, por exemplo, a outros tipos de câncer, como os de esôfago e pâncreas. Poderia ter relacionado mais de 50 patologias, mas o escopo da pesquisa obedeceu a limites temporais e orçamentários. Além disso, foram considerados apenas gastos com hospitalizações e quimioterapia, embora procedimentos como exames e cirurgias de alta complexidade também façam parte do tratamento. O trabalho não leva em conta ainda os recursos complementares de estados e municípios para doenças resultantes do tabaco, nem os danos provocados aos fumantes passivos. Outro ponto importante a ser observado é que o foco foi o sistema de saúde, mas há também gastos previdenciários. Doenças causadas pelo tabagismo podem resultar em menor rendimento produtivo, faltas ao trabalho e aposentadorias precoces.

RC – Quais as principais conclusões ou propostas que sua tese traz para o Governo e para a política de controle do tabagismo?

MÁRCIA PINTO – A prevalência do tabagismo está diminuindo no Brasil, mas a carga deste fator de risco para o país ainda vai perdurar por algumas décadas. Por isso, o fortalecimento das ações de controle deverá ser alvo constante dos gestores do sistema de saúde, o que neste momento significa incorporar também a essas ações a busca de indicadores que meçam a carga econômica dos males que o tabagismo provoca. É

importante criar ferramentas que permitam identificar e quantificar a assistência médica oferecida aos pacientes desde o diagnóstico até sua reabilitação, bem como intensificar a realização de estudos que mensurem os custos diretos e indiretos das doenças tabaco-relacionadas para o sistema de saúde, nas instâncias federal, estadual e municipal. É preciso responsabilizar a indústria do tabaco pela carga econômica imposta ao SUS. O preço do maço de cigarros brasileiro está entre os mais baratos do mundo e seu aumento, via elevação de impostos, é um importante instrumento para controlar a demanda. Maiores preços tendem a reduzir o consumo e, por consequência, as doenças. É fundamental também intensificar as ações educativas antitabagismo, porque, se as pessoas param de fumar, haverá redução da morbidade e da mortalidade e o SUS poderá destinar os recursos que seriam empregados na assistência às doenças para outras ações, como as de prevenção.

RC – Com relação à parte da pesquisa sob a perspectiva hospitalar, onde foi realizada e qual foi a amostragem?

MÁRCIA PINTO – A pesquisa foi realizada no Instituto Nacional de Câncer (INCA) e no Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras (INC). O estudo abrangeu cinco patologias tratadas nas duas instituições. No INCA, foram analisados prontuários de 784 pacientes matriculados em 2000 e da mostra final fizeram parte 242 casos de câncer: 127 de pulmão, 80 de laringe e 35 de esôfago. Os casos foram acompanhados do diagnóstico até a alta, morte, ou abandono do tratamento. No INC, foram 648 prontuários de pacientes com primeiro registro de internação em 2001, com inclusão na mostra de 89: 69 com angina e 20 com doença isquêmica crônica do coração. No total, a amostragem foi de 331 casos, todos acompanhados até 2007. Dos critérios de inclusão, fizeram



parte ser fumante ou ex-fumante, ter diagnóstico confirmado e fazer o tratamento no hospital. A partir daí, foram coletados dados referentes a sexo, escolaridade, perfil do tabagismo, carga tabágica, estágio da doença (foram mais de 60, reunidos em 5 grupos), co-morbidades (diabetes, hipertensão, infarto agudo do miocárdio, doença pulmonar obstrutiva crônica) e tipo de tratamento.

RC – Quais as principais constatações e conclusões de seu estudo sob essa ótica?

MÁRCIA PINTO – Os gastos de um paciente com câncer de pulmão que faz quimioterapia e radioterapia chegam a R\$ 31 mil, caso seja submetido também a tratamento clínico, e a R\$ 81,7 mil, se precisar de cirurgia. No caso do câncer de laringe, esses valores são de R\$ 59,8 mil e R\$ 63,8 mil, respectivamente. Já no câncer de esôfago foram registrados valores de R\$ 7,5 mil para tratamento clínico, R\$ 70 mil para quimioterapia e radioterapia e R\$ 93,5 mil para radioterapia e cirurgia. Em relação às doenças cardíacas, o item de maior volume na composição de custos foi o de profissionais. Os pacientes diabéticos, seguidos pelos que apresentaram doença pulmonar, ocasionaram os maiores gastos. A maioria dos pacientes com neoplasia encontrava-se nos estágios mais graves da doença – 94,29% dos que apresentavam câncer de esôfago, 92,13% de pulmão e 73,75% de laringe. A radioterapia foi o item que apresentou maior peso nos custos das três enfermidades, variando de 52%, no caso do câncer de pulmão e de laringe, até 59,94% no câncer de esôfago. A maioria dos pacientes da amostra foi submetida a esse tipo de tratamento. O índice foi de 71,4% no caso do câncer de esôfago, de 52,9% no de pulmão e de 34% no de laringe. Essa terapêutica combinada com a cirurgia registrou os maiores custos para câncer de pulmão e esôfago - e, associada à cirurgia e tratamento clínico, para o de laringe.

RC – Que recomendações podem ser feitas às unidades hospitalares a partir dos cenários esboçados na tese?

MÁRCIA PINTO – Por serem instituições de referência, com liderança na política nacional de saúde e na área de pesquisa clínica, o INCA e o INC podem contribuir muito para o fortalecimento da pesquisa econômica em câncer, doenças cardíacas e fatores de risco, tornando-se modelo para outras organizações de saúde também nessa área de conhecimento. As sugestões são no sentido de que seja melhorado cada vez mais o detalhamento da assistência médica, com apoio do prontuário eletrônico e de outras ferramentas de informação em saúde, e de que seja criado um sistema que permita a identificação de custos por paciente. Assim poderá ser mensurada a carga econômica do tabagismo no interior do setor hospitalar nacional vinculado ao SUS.

RC – Há intenção de dar continuidade a seus estudos e aprofundar a análise dos impactos econômicos do tabagismo?

MÁRCIA PINTO – Pretendo seguir a linha de estudos da tese, mas ainda não decidi qual caminho seguir: o do sistema público de saúde ou o dos hospitais de alta complexidade. No primeiro caso, iria complementar a apuração de gastos governamentais com outros procedimentos, que não fossem internações e quimioterapias, e também levantar os custos indiretos do tabagismo. No segundo, concentraria minha atenção no financiamento da saúde em gestão hospitalar. Ou seja, quanto o INCA e o INC recebem do Governo para realizar determinados procedimentos e quanto esses procedimentos de fato custam. ■