TABAGISMO PASSIVO E A REGULAMENTAÇÃO DA PROIBIÇÃO DE FUMAR EM AMBIENTES FECHADOS

DIVULGAÇÃO

POR MARCOS MORAES

O tabagismo passivo é a terceira causa de morte evitável no mundo. Estudos já demonstraram de forma inequívoca que não fumantes expostos à fumaça em ambientes fechados têm maior risco de desenvolver câncer de pulmão, doenças cardiovasculares, infecções respiratórias, dentre outras. Também mostraram que as gestantes fumantes ou expostas passivamente à fumaça têm maior chance de ter parto prematuro e ter um bebê com baixo peso ao nascer. Crianças e jovens, que vivem em ambiente com poluição tabagística ambiental, apresentam risco aumentado de doenças respiratórias como pneumonia, bronquites e exacerbação da asma, e maior frequência de resfriados e infecções do ouvido médio. Até mesmo o fumante é prejudicado, pois além de inalar a fumaça do seu próprio cigarro, também inala a fumaça de terceiros que polui os ambientes fechados. Diversos artigos científicos afirmam que, quanto maior for a exposição, maior é o risco de se desenvolver doenças tabaco-relacionadas.

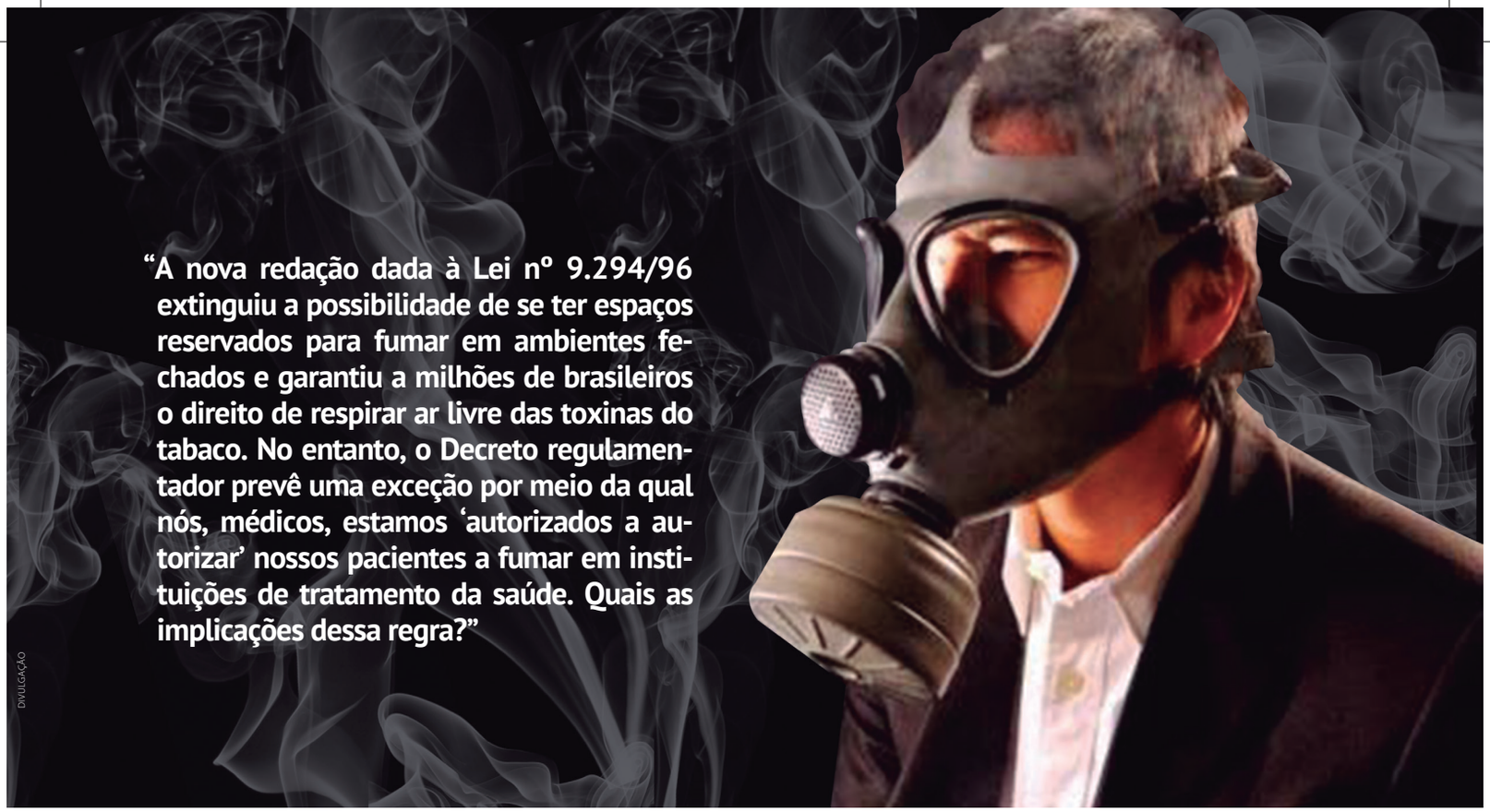
A fumaça do cigarro contém mais de 7.000 substâncias, das quais 70 causam câncer em humanos. O alcatrão é, na verdade, um composto químico de mais de 50 substâncias, e muitas delas são cancerígenas. A nicotina, quando inalada, eleva a pressão sanguínea e a frequência cardíaca, além de aumentar a agregação das plaquetas, fenômeno relacionado aos riscos de infarto e derrame. Esse efeito é agravado pelo monóxido de carbono da fumaça, que interfere no transporte de oxigênio e no seu aproveitamento, além de elevar a resistência vascular coronariana.

Durante muitos anos, a indústria do tabaco disseminou ideias de que a separação de áreas destinadas para fumantes e não fumantes em um mesmo ambiente era suficiente para não causar problemas. Quando os debates sobre os riscos do tabagismo passivo para a saúde se intensificaram, a indústria passou a orientar a adoção de sistemas de ventilação de forma a garantir a manutenção do ato de fumar nos ambientes internos. Inclusive, foi lançada a campanha *Convivência em Harmonia*, direcionada a associações e estabelecimentos comerciais como bares, restaurantes e hotéis, para reforçar a ideia de que a exposição à fumaça de tabaco gerava apenas um incômodo que poderia ser simplesmente resolvido com boa vontade e esses recursos.

Em 2007, os países signatários da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco, o primeiro tratado internacional de saúde, do qual o Brasil faz parte desde 2005, aprovaram as diretrizes para viabilizar a implementação de medidas que visam proteger as pessoas contra a exposição passiva à fumaça do tabaco (Artigo 8º). Baseado em evidências, um dos princípios dessas diretrizes é que apenas a total proibição do ato de fumar em ambientes fechados protegia as pessoas de forma adequada. Evidências científicas haviam mostrado que não existem níveis seguros para essa exposição e que as tecnologias disponíveis para o controle da ventilação em ambientes internos eram ineficientes para reduzir a níveis aceitáveis a exposição e os riscos de doenças decorrentes do tabagismo passivo.

No Brasil, desde 1996, a Lei nº 9.294 vem norteando as regras para proteger as pessoas do tabagismo passivo, e a essa época permitia fumar em áreas exclusivas para esse fim em ambientes coletivos. Diante do alerta vindo das diretrizes da Convenção-Quadro, a Lei federal nº 9.294/96 precisava ser aperfeiçoada. O Brasil devia isso a sua população.

Enquanto a esperada mudança da Lei, pelo Congresso Nacional, tropeçava no *lobby* da indústria do tabaco, a



"A nova redação dada à Lei nº 9.294/96 extinguiu a possibilidade de se ter espaços reservados para fumar em ambientes fechados e garantiu a milhões de brasileiros o direito de respirar ar livre das toxinas do tabaco. No entanto, o Decreto regulamentador prevê uma exceção por meio da qual nós, médicos, estamos 'autorizados a autorizar' nossos pacientes a fumar em instituições de tratamento da saúde. Quais as implicações dessa regra?"

DIVULGAÇÃO

partir de 2008, alguns Estados e Municípios avançaram e lançaram leis locais proibindo totalmente o ato de fumar em recintos coletivos, ou seja, abolindo a possibilidade de se ter áreas reservadas para fumar nesses ambientes. A indústria do tabaco não só tentou impedir que as alterações na Lei federal fossem feitas, como também promoveu ações diretas de inconstitucionalidade contra os Estados que adotaram a total proibição de fumar em recintos coletivos.

Finalmente, em 2011, o Congresso Nacional conseguiu aprovar as necessárias alterações na Lei nº 9.294/96, por meio da Lei nº 12.546, elaborada para proteger a população de forma adequada contra a exposição à fumaça do tabaco. Sua regulamentação foi publicada na forma do Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014, o que permitiu a implementação da norma a partir de 3 de dezembro.

A nova redação dada à Lei extinguiu a possibilidade de se ter espaços reservados para fumar em ambientes fechados e garantiu a milhões de brasileiros o direito de respirar ar livre das toxinas do tabaco. Esperamos, assim, que tenhamos encerrado a disputa que marcou as duas últimas décadas entre o setor de saúde e a indústria do tabaco.

No entanto, um aspecto preocupa. Embora a Lei federal proíba fumar em ambientes coletivos fechados, o Decreto prevê uma exceção por meio da qual nós, médicos, estamos "autorizados a autorizar" nossos pacientes a fumar em instituições de tratamento da saúde. Qual o sentido de um médico autorizar alguém a fumar? Quais as implicações dessa regra?

Todos sabemos que o tabagismo é uma doença causada pela dependência de nicotina. E é fator de risco de mais de 50 tipos de doenças diferentes, muitas delas graves e fatais. São consistentes as evidências científicas de que o tabagismo interfere negativamente no tratamento do câncer, na recuperação cirúrgica, no processo de cicatrização e no efeito de algumas medicações, além de aumentar o risco de infarto e complicações respiratórias e tromboembólicas, aumentando o tempo do paciente internado e a sua necessidade de tratamento intensivo. Isso sem falar nos riscos de incêndio, já que, no ambiente hospitalar, há presença de gases inflamáveis.

Ao meu ver, a proibição de fumar deveria ser adotada em todos os hospitais do Brasil, sem exceções, inclusive nas suas áreas abertas. Temos a obrigação de oferecer a todos os pacientes hospitalizados um ambiente livre de fumaça de tabaco, o que, além de mais saudável, também facilita e ajuda na cessação do tabagismo dos pacientes internados. Estudos mostram que pacientes fumantes hospitalizados que recebem terapia de reposição de nicotina (adesivos, gomas e outras formas) para aliviar seus sintomas da síndrome de abstinência terão não só melhores resultados no tratamento de sua doença de base como também uma maior probabilidade de se manterem sem fumar depois da alta.

No mundo, e no Brasil, os profissionais de saúde têm sido cada vez mais orientados a entender que o tabagismo é uma doença cujo tratamento deve ter o mesmo nível de prioridade que o tratamento de hipertensão arterial e diabetes. Também têm sido conscientizados sobre sua obrigação ética de ajudar os pacientes tabagistas a deixarem de fumar.

Por fim, enquanto médico, convido todos os colegas a refletirem sobre as implicações de darmos nossa autorização para que qualquer paciente acenda um cigarro, seja em um hospital ou em qualquer outra unidade de saúde. ■

ARQUIVO PESSOAL

MARCOS MORAES é Oncologista. Presidente do Conselho de Curadores da Fundação do Câncer.