

Sobre a Lei Antitabágica

Nº 9294 de 15 de julho de 1996

—
José Rosemberg *

Introdução

O Brasil é o país mais pobre em legislação federal antitabágica da América Latina. Temos a Lei nº 7488 de 11 de junho de 1986 instituindo o Dia Nacional de Combate ao Fumo comemorado a 29 de agosto. É um instrumento educativo apenas.

Agora foi promulgada a Lei nº 9294/96 que "dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do parágrafo 4º do artigo 220 da Constituição Federal". A análise que se faz a seguir restringe-se ao tabagismo.

Por ser a primeira lei de âmbito nacional, objetivando enfrentar de alguma forma o

tabagismo, deve-se acolhe-la como um acontecimento auspicioso. A presente lei teve ampla repercussão na população e na mídia, é de grande efeito educativo quanto à nocividade do tabagismo.

Todavia como se verá no correr desta análise, o seu impacto na epidemia tabágica ficará muito aquém do esperado, devido a dispositivos tímidos e até inoperantes e à falta de outros imprescindíveis.

O Lado Positivo da Lei

Proibição de Fumar em Locais Coletivos

• Malefícios da poluição tabágica ambiental

O notável conteúdo positivo da lei é sem dúvida a proi-

bição de se fumar em locais públicos, oficiais e privados como previsto no Art. 2º, parágrafo 1º.

Está sobejamente comprovado que nos recintos onde se fuma, as substâncias químicas, tóxicas do fumo do tabaco, se dispersam na atmosfera ambiente, atingindo inclusive as pessoas posicionadas distantes dos tabagistas. Na atmosfera desses locais detectam-se nicotina, substâncias cancerígenas, e outras lesivas ao aparelho respiratório e sistema cardiocirculatório, na razão inversa do grau de ventilação, a qual porém não extingue a poluição desses elementos. O monóxido de carbono e particulados, conforme o número de cigarros fumados (charutos e cachimbos

* Presidente do Comitê Coordenador do Controle do Tabagismo no Brasil. Presidente Honorário do Comitê Latinoamericano. Coordenador do Controle do Tabagismo. Membro da Câmara Técnica de Tabagismo do Instituto Nacional de Câncer. Presidente da Comissão de Prevenção e Controle do Tabagismo da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

são mais poluentes), chegam a atingir ao final de algumas horas concentrações atmosféricas de 100 a 200 partes por milhão; em restaurantes, danceterias, boites, etc., as concentrações têm chegado a vários milhares de partes por milhão; o padrão de bom ar é de apenas 9 partes por milhão. Ao final de algum tempo a atmosfera ambiente torna-se homogeneamente poluída, pouquíssimo ou nada adiantando reservar áreas para tabagistas e os não-fumantes.

Os não-fumantes expostos à poluição tabágica ambiental (fumantes passivos) inalam as substâncias tóxicas sendo encontradas no seu sangue, urina, saliva e algumas no ar expirado. Assim como nos tabagistas, constata-se nos fumantes passivos alterações sérias no patrimônio genético (DNA) provocadas pelas substâncias mutagênicas aspiradas, que abrem caminho para o desencadeamento de câncer.

Pessoas mais sensíveis, alérgicas, mesmo com exposições curtas à poluição tabágica ambiental, acusam manifestações de dor de cabeça, lacrimejamento, dificuldade respiratória e mal estar.

Os expostos à poluição tabágica ambiental por longos tempos sofrem riscos diversos. Crianças vivendo em domicílios onde se fuma, es-

pecialmente os pais, têm risco significativamente mais elevado, em confronto com as que não vivem expostas à poluição tabágica ambiental, de bronquiolite, de broncoconstrição (chiado do peito) bronquite catarral, pneumonia, otite, sinusite e amigdalite. Adultos expostos à referida poluição nos seus domicílios, no locais de trabalho ou nos dois o que é pior, sofrem maior risco de prejuízos na capacidade funcional pulmonar, e de incidência e morte por câncer do pulmão e infarto do coração. Nos locais de trabalho os poluentes do fumo servem de vetor aos poluentes ocupacionais facilitando a penetração nas vias aéreas, duplicando a incidência de bronquite e enfisema do pulmão e multiplicando o risco de câncer. O relatório da Agência de Proteção Ambiental e do Instituto Nacional de câncer dos Estados Unidos, classifica na categoria A, o risco cancerígeno da poluição tabágica ambiental, e conclui que 3.000 a 5.000 óbitos anuais por câncer do pulmão devem ser atribuídos a ela naquele país.

O conselho de Doenças Cardiopulmonares da Associação Americana do Coração estima que nos Estados Unidos ocorrem por ano 35.000 a 40.000 óbitos por cardiopatias devido a exposição à poluição tabágica alertando, que medidas eficientes devem ser

tomadas para proteger os não-fumantes, desse risco¹⁻⁵.

• Sobre o direito dos fumantes

Houve pronunciamentos inclusive de juristas, questionando a presente lei por proibir fumar nos recintos coletivos, invocando o "direito dos fumantes"; são devidos ao desconhecimento dos dados científicos existentes. Essa discussão já vem de há tempos e na atualidade perdeu o sentido a luz dos crescentes elementos comprobatórios do perigo à saúde de se respirar ar poluído pelo fumo do tabaco. Os fumantes podem continuar fumando quanto quiserem mas não é mais permissível que fumem onde querem poluindo o ar que a comunidade respira. Obstados de fumar nos locais de reunião, de trabalho, de lazer, não podem mais alegar direitos feridos.

Os motoristas não são cerceados nos seus direitos por não poder conduzir seus carros nas vias proibidas ao tráfego, nem estacionar onde não é permitido. Indústrias que poluem a atmosfera são multadas e até fechadas, e isso não constitui atentado aos seus direitos. Isso porque é primordial não prejudicar a saúde e o bem estar da coletividade. Leis impedindo fumar onde há aglomeração humana são plenamente justificáveis com base na preservação da saúde da comunidade, garantindo-lhe o direito de respirar ar não polu-

ido por tóxicos de qualquer natureza, inclusive dos produzidos pelo tabaco.

• Dimensão da poluição tabágica ambiental

Na atualidade o tabaco é a maior fonte das poluições atmosféricas ambientais, atingindo a cerca de 80% do total dos agentes poluentes devendo-se considerar que as pessoas passam 80% do seu tempo em ambientes fechados. Há no mundo 1 bilhão e 100 milhões de tabagistas e os fumantes passivos devem ser no mínimo em torno de 2 bilhões. Existem no Brasil cerca de 31 milhões de fumantes, sendo os fumantes involuntários em torno de 60 a 70 milhões; estudos seguros estimam que temos pelo menos 15 milhões de crianças convivendo com fumantes.

Cerca de 100 países possuem leis de proteção aos não-fumantes. Portanto uma lei visando esse objetivo entre nós, não é nenhuma arbitrariedade, é antes uma medida protetora da saúde da maioria da população (dois terços) que não fuma. Urge conscientizar os fumantes e a população que devem cooperar a evitar a poluição dos ambientes como o fumo do tabaco, porque esta, à luz dos conhecimentos atuais, é sério problema de saúde pública.

A vantagem da interdição de fumar em recintos coletivos é ainda, que ela exerce

algum impacto, de modo indireto, sobre a prevalência de fumantes, porque tem-se constatado que ela exerce certa redução de fumantes, em alguns grupos, pelo seu conteúdo educativo.

Outro ângulo positivo da interdição de fumar nos locais coletivos é o seu efeito educativo conscientizando os tabagistas a não fumar em seus domicílios, preservando a saúde de seus filhos. A interdição assim, age como auxiliar da própria lei, já que esta não pode impedir que se fume nas residências.

• Brechas na lei que precisam ser sanadas

Todavia a lei tem brechas que devem ser fechadas, porque atenuam e até podem anular seus objetivos.

A lei não prevê multas para os infratores tabagistas e responsáveis pelos estabelecimentos; sem sanção a lei é inócua. Há informações que essa lacuna será sanada com a regulamentação ou lei complementar.

O art. 2º proíbe fumar em recinto coletivo, "salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente". Com essa válvula não se garante o estancamento da poluição tabágica nos recintos indicados, como já abordado no item 2.1. Está demonstrado por outro lado que nos prédios onde se fuma

em alguma dependência, todas as tentativas de limpar a atmosfera dos poluentes tabágicos são infrutíferas, tais como a remoção mecânica da ventilação, processos químicos ou de filtração. A saída para se conseguir ambientes isentos dos referidos poluentes, e mantê-los a nível zero, isto é, abolindo completamente o consumo de tabaco^{2, 6-8}.

No parágrafo 1º do artigo 2º estão alinhados alguns dos locais alcançados pela interdição de fumar, constando "salas de aula". Isso permite interpretar e certamente o será, que nas demais dependências dos estabelecimentos de ensino pode-se fumar. Ora, é justamente nas escolas que a interdição total de fumar, além da preservação da saúde dos alunos, tem um alto papel educativo da juventude. A redação como está prejudica enormemente esses objetivos.

Aspectos Negativos da Lei

Vários dispositivos da lei que estamos comentando têm consequências negativas para a luta antitabágica e seus enunciados não se coadunam com os dados científicos fartamente documentados. A seguir são comentados os de maior importância.

• A redação das advertências não traduz a real nocividade do tabagismo

Três das seis advertências a serem impressas nas emba-

lagens dos maços de cigarros e divulgadas nos meios de comunicação (parágrafo 2º do artigo 3º) não informam corretamente sobre os malefícios do tabaco: "fumar pode causar doenças do coração e derrame cerebral"; "fumar pode causar câncer do pulmão, bronquite crônica e enfisema pulmonar"; "fumar durante a gravidez pode prejudicar o bebê".

A palavra "pode" tem um valor semântico para a população equivalente a "talvez", "eventualmente", "por acaso" e de outras expressões de sentido duvidoso, dando idéia de uma possibilidade mais ou menos remota. Ora para as doenças mencionadas nas duas primeiras advertências, o tabagismo constitui fator de risco altíssimo e para o caso de fumar durante a gestação o risco é total. O tabagismo é responsável por 70% a 80% dos casos de bronquite crônica e enfisema pulmonar e por 80% a 90% do câncer do pulmão. De cada 10 óbitos por essa neoplasia 8 a 9 são de fumantes. Mais de 33% dos óbitos por infarto do coração são causados pelo tabaco e entre os 45 a 55 anos este é responsável pela metade dos infartos fulminantes. A relação tabagismo e coronariopatias é tão estreita que nos fumantes a maior causa de mortalidade em números absolutos é o infarto do coração. Acima dos 60 anos ele concorre com 55%

dos acidentes vasculares cerebrais. Fumar durante a gravidez prejudica o bebê em 100% dos casos porque este fatalmente passa a receber menos oxigênio, pelo aumento da concentração de carboxihemoglobina no sangue, resultante da combinação do monóxido de carbono com a hemoglobina. Isso de qualquer forma prejudica o desenvolvimento do feto com reflexos na criança; os centros nervosos respiratórios também são prejudicados concorrendo com até 55% do risco da síndrome da morte súbita infantil⁹⁻¹⁷. A bibliografia sobre o alto risco de fumar passa de 80.000 constituindo o maior acervo que se tem notícia na ciência biomédica.

Portanto a redação das mencionadas advertências não exprime o elevado potencial do risco do tabagismo para as situações a que se referem as mencionadas advertências que estão longe de informar corretamente a alta nocividade que o tabaco tem para com as doenças aludidas. Pode-se afirmar que elas não amedrontam as pessoas, por serem levadas a pensar que o perigo é pouco comum e talvez remoto.

Acrescente-se que as seis advertências em sistema rotativo, porém podendo permanecer cada uma pelo período de até seis meses (parágrafos 4º e 5º do artigo 3º), prazo esse que o anunciante

fatalmente esgotará, faz com que, por exemplo, a frase relativa ao câncer só volte depois de 2 anos, sucedendo o mesmo com as outras, perdendo completamente seu efeito, que já é pequeno.

•A Proibição de Fumar nos Meios de Transportes

O parágrafo 2º do artigo 2º, proíbe fumar nas aeronaves e em veículos de transporte coletivo nas viagens até uma hora de duração; nas mais longas pode-se fumar desde que exista "uma parte especialmente reservada aos fumantes". Como foi mencionado no item 2, de nada adianta fixar nos recintos áreas para fumantes, e muito menos nos veículos, porque a atmosfera torna-se inteiramente poluída. A permissão de fumar nas viagens com duração maiores de uma hora, é contraproducente, pois é justamente nos percursos mais longos que a poluição tabágica obviamente se acumula e se intensifica e há viagens de ônibus interestaduais de 2 a 3 dias.

Quanto às aeronaves considerando a extensão do nosso território, é insignificante o número de vôos com menos de uma hora em comparação com os de percurso maior. Em decorrência se continuará fumando nelas prejudicando passageiros e tripulações porque a poluição tabágica nos aviões tem conotações mais sérias devido as altitudes dos

vôos. O ar é extremamente seco, com umidade relativa em torno de 10% a 20%; em terra oscila geralmente entre 60% a 95%. Abaixo de 20% de umidade as mucosas e o aparelho respiratório reagem desfavoravelmente aos poluentes que se tornam mais irritantes e tóxicos. Isso causa maiores transtornos aos não-fumantes e aos próprios tabagistas. Outro complicador é que a pressurização da cabina em geral corresponde a 2.000 metros de altitude, ou seja 80% da pressão ao nível do mar. Há portanto relativa redução do suprimento de oxigênio, agravado pelo ar poluído com monóxido de carbono da fumaça dos cigarros.

Isso faz aumentar a hipoxia (menos oxigênio e mais dióxido de carbono). Constatou-se também que a visibilidade dos pilotos é afetada se, por exemplo, aos 5 mil pés inalarem 0.005% de monóxido de carbono, equivale a estarem a uma altitude de 12 mil pés. O nível de ozônio aumenta nas altitudes elevadas, somando-se seu poder oxidante com os oxidantes contidos no fumo, multiplicando seus efeitos orgânicos perniciosos. A esses inconvenientes associa-se a ionização do ar que influi na toxidez dos poluentes.

Não têm sido encorajantes as tentativas de modificar essa situação. Para elevar a umidade atmosférica da cabina apenas 35%, necessita-se de de-

pósito de água de mais de uma tonelada, o que é impraticável. As aeronaves modernas podem fazer cerca de 20 trocas de ar em uma hora, porém pelo alto custo, 40% do ar retirado é reinjetado dispersando poluentes por toda a cabina.

Não obstante as concentrações relativamente baixas do monóxido de carbono e de nicotina na atmosfera dos aviões, os fatores agravantes apontados, tornam a poluição mais tóxica, sendo a maior queixa apontada nos inquiridos, irritação ocular, coceira, ardência, lacrimejamento, espirros, pigarro, tosse irritativa, dor de cabeça, e nos casos mais graves dispnéia e dor precordial.

É a tripulação dos aviões que sofre mais os efeitos perniciosos da poluição tabágica pela continuidade da exposição. Medições realizadas encontram nicotina em toda a atmosfera da cabina. As comissárias de bordo, não contendo nicotina no sangue nas dosagens antes das viagens, ao final do vôo de 6 a 8 horas, chegam a acusar concentrações desse alcalóide equivalentes a terem fumado alguns cigarros.

Em 1992 essa problemática foi exaustivamente analisada pela ICAO (Internacional Civil Aviation Organization), em conjunto com a IATA e a Organização Mundial de Saúde, e na assembléia

decidiu-se recomendar aos 178 membros, a abolição total do tabaco em todos os vôos a partir de 1º de julho de 1996. O Brasil foi um dos signatários. Tem sido crescente o número de companhias de aviação abolindo o fumar em seus vôos e atualmente 10 delas baniram o tabaco em todos os seus vôos. Vários países inclusive os Estados Unidos estão decidindo da mesma forma. Pelo exposto constata-se que a presente lei, nesse particular, já nasceu defasada em relação aos dados científicos existentes, devendo-se estender a interdição de fumar totalmente nos meios de transporte em todas as viagens com qualquer duração¹⁸⁻²³.

• Restrição à Propaganda dos Produtos Fumigeros

Os dispositivos da lei referentes à restrição da propaganda dos produtos do tabaco, são insuficientes e contrários à evidência científica dos malefícios do tabagismo.

A propaganda comercial dos produtos do tabaco "somente será permitida nas emisoras de rádio e televisão no horário compreendido entre as vinte e uma e as seis horas" (artigo 3º). Sabe-se, não obstante a negativa da indústria fumageira, que a sua propaganda visa de preferência atingir os jovens para que iniciando-se no tabagismo, logo adquiram nicotino-dependência tornando-se consumidores escravos dos cigarros. No mun-

do moderno quantos jovens e crianças vão dormir às 21 horas? Por outro lado ela é permitida a "qualquer hora nos eventos alheios à programação normal ou rotineira das emissoras de rádio e televisão", as quais "poderão ser feitas em qualquer horário, desde que identificadas apenas com a marca ou slogan do produto, sem recomendação do seu consumo" (artigo 5º), e nesses casos há liberação da exigência das advertências (parágrafo 2º do artigo 5º). Isso significa que a propaganda indireta é totalmente liberada. Ora, os "eventos alheios à padronização normal ou rotineira da emissora de rádio e televisão" são os que mais interessam e arrebanham a mocidade: são os jogos esportivos, corridas de automóveis, shows musicais, etc. A logomarca do cigarro ou o slogan a ela vinculados, impregna os adolescentes e crianças como está sobejamente estudado. Entre outros, há o exemplo recente dos Estados Unidos com a publicidade do cigarro Camel, cujo "carton" com a imagem do Camelo "Old Joe" ficou mais conhecido pelas crianças que o camundongo "Mickey".

Infere-se portanto que a restrição pretendida pela lei da publicidade fumageira não preserva primordialmente a mocidade e diminui enormemente sua eficácia na prática.

Outros ângulos negativos existem, mas o mais importan-

te refere-se ao inciso I do parágrafo 1º do artigo 3º, o qual estipula que a propaganda comercial dos produtos do tabaco não deve "sugerir o consumo exagerado ou irresponsável". Resulta pelo enunciado que o consumo moderado e consciente de tabaco não é nocivo à saúde e portanto dentro desse limite a propaganda é livre.

A lei não define os parâmetros do que seja consumo "exagerado e irresponsável". Segundo critério da Organização Mundial de Saúde, fumante regular é o que fuma pelos menos 1 cigarro diariamente há 6 meses. A grande maioria dos tabagistas no País, consome em média 20 cigarros por dia (um maço). Se porém se considerar esse consumo exagerado, o não exagerado deverá ser a metade ou menos ainda, isto é de 1 a 10 cigarros diários. Propaganda que não induza a fumar mais que essas mínimas quantidades tem o beneplácido da lei; por vias de consequência considera-se que essa pequena quantidade de cigarros fumados diariamente é inofensiva à saúde. Mas será inócua na realidade? A prova científica diz que não; mesmo poucos cigarros são fator de risco, aumentando adoecimentos e a mortalidade. Os clássicos estudos controlados prospectivos iniciados há 30 ou 40 anos, totalizando 16 milhões de anos pessoa e os estudos retrospectivos fo-

ram unânimes em comprovar que o consumo de 1 a 9 cigarros diariamente, constitui fator de risco significativo de maior incidência de câncer do pulmão, de mais 8 a 9 tipos de câncer, de infarto do miocárdio, de derrame vascular cerebral, de outros distúrbios circulatórios, úlcera péptica, bronquite crônica, enfisema pulmonar e de várias outras doenças, aumentando a mortalidade prematura. Isso tudo foi constatado nos estudos por exemplo da *American Cancer Society*, nos veteranos norteamericanos e em várias coortes de diversos países. As autópsias de indivíduos que jamais fumaram e de tabagistas, constataram que aqueles que haviam fumado apenas 1 a 9 cigarros/dia apresentavam muito maior proporção de aterosclerose e outras alterações coronárias e dos vasos intramiocárdios. No estudo controlado da *American Cancer Society*, os que haviam fumado 40 ou mais cigarros por dia morreram por câncer do pulmão em 1.771% a mais que os não-fumantes; mas nos fumantes moderados de apenas 1 a 9 cigarros diários a mortalidade por essa neoplasia foi de 362% a mais em comparação com os que nunca fumaram. Nesse mesmo estudo os fumantes de 1 a 15 cigarros foram vitimados por coronariopatias em 90% a mais em confronto com não-fumantes. A mortalidade total nos

consumidores de 1 a 9 cigarros/dia foi de 45% a mais que nos não-tabagistas.

Nos Estados Unidos a coleta de dados e a reunião dos resultados dos estudos controlados, acusou, para os que começaram a fumar aos 20 anos, correlação entre o número de cigarros fumados e diminuição de esperança de vida. Nos consumidores de 40 e mais cigarros diários a esperança de vida diminuiu 8.3 anos em relação à população não-fumante; nos fumantes de apenas 1 a 9 cigarros a expectativa de vida diminuiu 4.6 anos¹⁰⁻³⁰.

Origoroso estudo realizado nos médicos ingleses seguidos durante 40 anos, avaliou correlação do tabagismo com 54 causas específicas. Destas, 24 tiveram relação linear com o número de cigarros fumados. Não cabem nos limites desta análise toda a correspondência entre número de cigarros fumados e as incidências das doenças e a mortalidade prematura. Basta informar que, quanto maior a quantidade de cigarros fumados diariamente, maior foi o risco. Ressaltando-se que nos fumantes moderados de apenas 1 a 14 cigarros diários, câncer do pulmão e demais cânceres, infarto do miocárdio, outras doenças circulatórias e outros processos patológicos, conforme a natureza, incidiram em dobro até 14 vezes mais que nos não-fumantes. Aos 70 anos de idade continuavam

vivos 82% dos médicos que jamais fumara, 70% dos que haviam fumado 1 a 14 cigarros por dia e 50% dos consumidores de 25 ou mais cigarros. Logo aos 70 anos de idade, dos médicos que vinham fumando apenas 1 a 14 cigarros diários, menos 14,5% estavam vivos em cotejo com os que jamais fumaram¹⁷.

Do exposto conclui-se que fumantes leves, de poucos cigarros diários, sofrem maior incidência de moléstias e têm a expectativa de vida encurtada. Não há nível de consumo de tabaco que seja inofensivo. Seu consumo é nocivo e constitui risco de morte, qualquer que seja a forma e a quantidade sugerida pela propaganda comercial³¹. Por isso a lei é contrária a evidência científica ao estipular que a propaganda de produtos do tabaco deve ajustar-se a não sugerir o consumo exagerado, induzindo o público a pensar que o consumo não exagerado (alguns cigarros apenas) é inofensivo. Decorre que qualquer tipo de publicidade dos produtos do tabaco, mesmo aquela que não sugere o consumo exagerado, é prejudicial à saúde pública, e pelo seu conteúdo, enganosa, devendo ser completamente abolida.

Considerações Finais

A Lei nº 9294-96 constitui o primeiro ato e instrumento legislativo federal, de enfrentamento do tabagismo e constitui

marco histórico na luta contra a epidemia tabágica no País. Seu alto conteúdo positivo é de proibir fumar nos recintos coletivos oficiais e privados, visando combater a poluição tabágica ambiental que é um dos sérios problemas de saúde pública do mundo moderno. Outro aspecto positivo é seu efeito educativo por alertar a população sobre os malefícios do tabagismo.

Não obstante, devido a forma incompleta e inexata como encara a propaganda comercial dos produtos do tabaco e a omissão de medidas vitais consagradas na prevenção e controle da epidemia tabágica, seu impacto sobre esta será apenas discreto e discutível.

A Lei 9294-96 é pouco abrangente em relação a problemática que objetiva enfrentar. A experiência ensina que leis parciais pouca repercussão têm sobre a epidemia tabágica, fato que se verifica na América Latina onde todos os países possuem legislação que visa de alguma forma, porém parcialmente, combater o tabagismo. Em nenhum país deste Continente ocorreu queda da prevalência tabágica em termos de saúde pública, pois apenas em alguns grupos específicos da comunidade tem-se constatado diminuição do número de fumantes. Ao contrário, os países que consolidaram política legislativa e educativa institucionalizando uma ação

global contra o tabagismo estão colhendo resultados promissores³². Para se conseguir resultados práticos, significativos, em tempo hábil de barrar a invasão tabágica, urge a adoção do binômio legislação global e educação. Nenhuma legislação tem êxito sem apoio de programa educativo e aquela por sua vez facilita notavelmente a penetração da mensagem educacional.

Face à invasão tabágica no nosso Continente e as peculiaridades dessa epidemia nos países em desenvolvimento, elaborou-se em 1992 um plano de "Política e Estratégia de Controle da Epidemia Tabágica na América Latina", aprovado como conduta, pelo Comitê Latinoamericano Coordenador do Controle do Tabagismo, o qual vem sendo recomendado aos Governos³³. Alicerça-se em um elenco de ações das quais as fundamentais são: Integração do tabagismo nos programas de saúde pública; proibição total da publicidade direta e indireta dos produtos do tabaco em todos os meios de comunicação; proibição total de fumar em todos os locais públicos, oficiais e privados, como repartições, serviços de saúde, estabelecimentos de ensino em todos os níveis, locais de trabalho, lazer, transportes e demais recintos onde possa haver poluição tabágica ambiental;

programa nacional educativo antitabágico priorizando a juventude; a inclusão do tabagismo nas ações de saúde deve ser em toda a rede especialmente nas unidades básicas de saúde.

A integração das ações antitabágicas nestas últimas é fundamental pela sua universalização na comunidade e seu extraordinário efeito educativo. Atualmente no Brasil, mesmo sem a existência de lei de âmbito nacional, o que lhe daria mais força, a Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer do Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde, está implementando programa objetivando a municipalização das ações antitabágicas, com a realização de cursos regulares de treinamento dos coordenadores estaduais, formando multiplicadores de líderes de opinião, alcançando afinal os agentes comunitários de saúde. Esta é a saída essencial cujo poder de penetração leva a mensagem antitabágica às comunidades.

É imprescindível como base de sustentação, uma lei global, abrangente, educativa, como instrumento para barrar a epidemia tabágica que está se deslocando dos países industrializados, avançados, para os países em desenvolvimento. Dos 1 bilhão e 100 milhões de fumantes que há no mundo, 800 milhões são

dos países em desenvolvimento. Morrem por ano vitimados por doenças tabaco-relacionadas 3 milhões de tabagistas, dos quais 2 milhões nos países desenvolvidos e 1 milhão nos em desenvolvimento. Se os atuais padrões de consumo de tabaco não se modificarem, e a situação não se reverter, no ano 2.025 (daqui a 20 anos) morrerão anualmente 10 milhões de tabagistas, sendo 7 milhões nos países em desenvolvimento e 3 milhões nos desenvolvidos³⁴.

No Brasil assiste-se a invasão tabágica, cuja epidemia se aguçou a partir de 1970. Desse ano a 1990, enquanto a população cresceu 61.5% o consumo de cigarros aumentou 125.7%. Levantamento feito pelo IBGE em 1989 estimou em quase 31 milhões o número de tabagistas, representando 32.5% da população acima dos 15 anos. Do total de fumantes 40.4% são mulheres. Dos 15 aos 19 anos temos quase 2 milhões de fumantes³⁵. Carecemos de bioestatísticas bem confiáveis, mas registrando a mortalidade por doenças para as quais o tabaco é significativo fator de risco e o número per capita do consumo de cigarros, pode-se estimar que morrem aqui 80.000 a 100.000 tabagistas por ano, constituindo 13% a 16% da mortalidade geral, o que é um alto índice.

A epidemia tabágica tem aqui vários fatores agravantes

entre eles os seguintes: devido ao nível cultural-social de nossa população, esta é mais vulnerável e receptiva à propaganda massificante e enganosa da indústria fumageira que obstada de se expandir nos países desenvolvidos, lança-se com todas as suas forças nos países em desenvolvimento, onde a legislação antitabágica é mais branda; os jovens constituem grande parcela em relação à população geral, tornando mais extenso o trabalho educativo; nas mulheres gestantes que fumam os efeitos deletérios sobre o feto e a criança são mais graves dadas as precárias condições sociais e de saúde (as gestantes tabagistas são mais de um terço); as doenças tabaco-relacionadas potencializam as doenças da miséria e estas agravam aquelas; as doenças tabaco-relacionadas pelas suas consequências negativas somam-se às dificuldades que temos de enfrentar as doenças transmissíveis, parasitárias, carenciais nutricionais, endêmicas ainda não completamente dominadas sobrecarregando as ações da saúde pública.

Pelo exposto está claro que a luta contra o tabagismo precisa ser encaminhada com decisão política e energia, amparada com legislação específica, global, abrangente e programa educacional permanente. Medidas parciais, paliativas, não alcançam esse

objetivo. E não é sem tempo para nós inseridos no mundo em desenvolvimento. Há mais de 10 anos a Organização Mundial de Saúde alertava para a necessidade de "combater com toda a urgência, o tabagismo nos países em desenvolvimento a fim de poupar a humanidade de um desastre sem precedentes em tempo de paz" recomendando que medidas fossem aplicadas "em tempo para possibilitar que o problema não assumisse nesses países as proporções já atingidas nas nações desenvolvidas"³⁶.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. U.S. Department of Health and Human Services - The health consequences of involuntary smoking. A report of the Surgeon General. USA. 1986.
2. U.S. Department of Health and Human Services - Environmental Protection Agency - National Institutes of Health - Respiratory health effects of passive smoking: Lung Cancer and Other disorders. NIH Publication nº 93-3605. USA. 1993.
3. Council on Cardiopulmonary and Critical Care, American Health Association - Environmental tobacco smoke and cardiovascular disease. Position statement. *Circulation* 85:699, 1992.
4. World Health Organization - Tobacco-free workplaces: safer and healthier. World No Tobacco Day, 31 maio 1992.
5. U.S. Department of Health and Human Services - The health consequences of smoking. Cancer and chronic lung disease in the workplace. A report of the Surgeon General. USA. 1986.
6. COLLISHAW, N.; KIRBRIDE, J. et al. - Tobacco smoke in the workplace an occupational health hazard. *Canadian Med. Ass.* 131:1199; 1984.
7. REPACE, J.L.; LOWREY, A.H. - Modeling exposure of non-smoker to ambient tobacco smoke. 76th. Meeting air Pollution Control. Ass. Atlanta. USA. 1983.
8. RAPACE, J.L.; LOWREY, A.H. - Indoor air pollution, tobacco smoke and public health. *Science*; 1980; 208:464.
9. HAMMOND, E.C. - Smoking in relation to the death rates of one million men and women. *National Cancer Institut Monograph* 1966. (19) 127.
10. DOLL, R.; PETO, R. - Mortality in relation to smoking: 20 years observation on male British doctors. *British Med. Jour.* 1976; 2: 1529.
11. U.S. Department of Health and Human Services - The health consequences of smoking. *Cancer A report of the Surgeon General USA.* 1982.
12. U.S. Department of Health and Human Services - The health consequences of smoking. Chronic obstructive lung disease. A report of the Surgeon General. USA. 1984.
13. U.S. Department of Health and Human Services - The health consequences of smoking Cardiovascular Disease. A report of the Surgeon General. USA. 1983.
14. U.S. Department of Health and Human Services - The health consequences of smoking for women. A report of the Surgeon General. USA. 1985.
15. ABEL, E.L. - Smoking during pregnancy: A review of effects of growth and development of offspring. *Human Biology.* 1980; 52:593.

16. U.S. Department of Health and Human Services - The health consequences of smoking. Cardiovascular Disease. A report of the Surgeon General. USA. 1983.
17. DOLL, R.; PETO, R. et al. - Mortality in relation to smoking: 40 years observation on male British doctors. *British Med. Jour.* 1994; 309:901.
18. XENEX Corporation - Aircraft humidification. Honolulu, 1979.
19. FOLIARD, D.; BENOWITZ, N.L. et al. - Passive absorption in airline flight attendants. *New Eng. J. Med.* 1983; 308:1105.
20. World Health Organization - Smoking in aircraft. Report of a WHO/IATA/ICAO. Consultation. WHO/SMO/84.3, 1983. Geneva.
21. RAMSTROM, L.M. - Passive smoking in aircraft. A current WHO project Tokai *J. Exp. Clin. Med.* 1985; 10:451.
22. MATTSON, M.E.; BOYD, G. et al. - Passive smoking on commercial airlines flights *JAMA*, 1989; 261:867.
23. Smoking and Health Review - ASH fighting for smoke free flights. 1996; 26:3.
24. HAMMOND, E.C.; HORN, D. - Smoking and death rates-report on forty-four months of follow-up of 187.783 men. Total mortality *JAMA* 1958; 166:1159.
25. BEST, E.W.R.; JOSIE, G.H. et al. - A Canadian study of mortality in relation to smoking habits. *Canadian J. Pub. Health.* 1961; 52:99.
26. HAMMOND, E.C. - Smoking in relation to mortality and morbidity. Findings in the first thirty-four months of follow-up in a prospective study started in 1959. *J. Nat. Cancer. Inst.* 1964; 32:1161.
27. KAHN, H.A. - The Dorn study of smoking and mortality among U.S. Veterans. Report on Eight and one-half years of observation. *Nat. Cancer Inst. Monograf.* 1966; 19:1.
28. AUERBACH, O.; CARTER, H.W. et al. - Cigarette smoking and coronary disease. *Chest.* 1976; 70:697.
29. HAMMOND, E.C. - Life expectancy of American men in relation to their smoking habits in Department of Health, Education and Welfare. The health consequences of smoking. USA, 1968.
30. DOLL, R.; HILL, A.B. - The mortality of doctors in relation to their smoking habit, *Brit. Med. J.* 1954; 1:1451.
31. World Health Organization - Worldwide trends in tobacco consumption, and mortality. *Tobacco Alert. Número especial.* 1986 pág. 5.
32. World Health Organization - Successes against smoking. The story of four countries Geneva. 1987.
33. ROSEMBERG, J.; COSTA ESILVA, V.L. - Política y estrategias para el control de la epidemia del tabaquismo en América Latina. *Bolletim Informativo Comitê Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo (CLACCTA) nº 20*, 1993.
34. PETO, R.; LOPEZ, A.D. - Mortality from smoking in developed countries 1950-2000 (Grupo Consultivo da OMS) sobre estatística de mortalidade tabaco-relacionada) 1 vol. Oxford University Press. 1994.
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição. 1989.
36. World Health Organization - Strategie de lutte antitabac dans les pays en developpement. Rapport d'un Comitê d'experts de l'OMS. Serie Rapports Techniques 695. Geneva. 1983.