

# 11

## Tabagismo Passivo

*Jane Domingues de Faria Oliveira*  
*Mestre em Educação Física – UNICAMP*

O tabagismo é atualmente reconhecido como uma dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas. Está classificado internacionalmente pela Organização Mundial da Saúde no grupo dos transtornos mentais e de comportamento (CID 10) decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A necessidade de se investir esforços para apoiar os fumantes a deixar de fumar é cada vez mais evidente (OLIVEIRA, 2008).

O tabagismo passivo é a inalação por indivíduos não-fumantes da fumaça proveniente da queima de derivados do tabaco como o cigarro, cigarro de palha, cigarro de cravo, charuto, cachimbo, narguilé e outros. Também é denominado exposição involuntária ao fumo ou poluição tabágica ambiental (PTA) (REICHERT *et al.*, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2006):

- O tabagismo passivo é a 3ª maior causa de morte evitável no mundo.
- Estima-se que existam 2 bilhões de fumantes passivos no mundo, desses, 700 milhões seriam crianças. Aproximadamente, a metade das crianças do mundo é fumante passiva.
- O tabagismo passivo é a maior causa de doença respiratória em crianças.
- Mais de 100.000 casos anuais de câncer podem ser atribuídos ao fumo passivo.
- O risco de desenvolver câncer de pulmão, para um fumante passivo, é três vezes maior do que para os que não estejam expostos à fumaça.

- A poluição tabágica ambiental é a principal poluente de ambientes fechados.

A poluição tabágica ambiental contém cerca de 250 substâncias reconhecidamente tóxicas, algumas delas, como o benzopireno e hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, são reconhecidas pela Agência Internacional de Pesquisa do Câncer como agentes indutores de mutação e câncer (REICHERT *et al.*, 2008).

Nos recém-nascidos, o tabagismo passivo está relacionado a déficits neurológicos e cognitivos, tremores, hipertonicidade, inquietude e hiperatividade. Já a criança no período pré-escolar apresenta dificuldade no aprendizado. Na idade escolar há déficit de atenção, dificuldades na leitura, no cálculo e no desenvolvimento das habilidades manuais e da linguagem falada. Em adultos, o tabagismo passivo está relacionado à menor qualidade de vida, além disso, relaciona-se ao desenvolvimento e ao agravamento de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer de pulmão e estima-se que a exposição crônica à poluição tabágica ambiental aumente em 20-50% o risco de doenças cardiovasculares (REICHERT *et al.*, 2008).

Recentes estudos têm sugerido que mesmo uma exposição de 30 minutos à poluição tabágica ambiental já seria suficiente para afetar as células endoteliais das artérias coronárias de não-fumantes. Isso elevaria o risco dos fumantes passivos virem a sofrer um episódio de infarto agudo do miocárdio, especialmente aqueles que já têm uma cardiopatia. A associação da doença isquêmica cardíaca nessa população com risco relativo a 30% e a razão de chance do fumante passivo apresentar acidente vascular cerebral é de cerca de 74%. Recomenda-se, como medida preventiva, que esses pacientes se mantenham afastados de ambientes com poluição tabágica (LOTUFO, 2007).

### Tabagismo Passivo e Gestante

A exposição do feto ao fumo materno é o exemplo mais grave de tabagismo passivo. Cerca de 60 estudos envolvendo 500 mil mulheres grávidas mostraram, com fortes evidências, que os neonatos de gestantes fumantes têm peso inferior ao das gestantes que não fumam (redução média de 200 g) e a chance dobrada de prematuridade (REICHERT *et al.*, 2008). As substâncias tóxicas do tabaco passam da mãe para o filho via cordão umbilical e há 3 vezes mais nicotina no leite

materno do que em seu sangue. Existem evidências de que a exposição de gestantes não-fumantes à poluição tabagística também pode reduzir o peso do neonato (média 33 g). Dentre outros desfechos indesejáveis da gestação em fumantes, estão o risco aumentado de placenta prévia, gravidez tubária e aborto espontâneo.

Estudos mostram que o tabagismo na gestação pode contribuir para a síndrome da morte súbita do bebê, além de causar importantes alterações no desenvolvimento do sistema nervoso fetal, sendo o fumo na gravidez responsável por 20% dos casos de fetos com baixo peso ao nascer, 8% dos partos prematuros e 5% de todas as mortes perinatais (KROEFF *et al.*, 2004). A insuficiência útero-placentária tem sido indicada como o principal mecanismo responsável pelo retardo do crescimento fetal nas gestantes fumantes. A nicotina causa vasoconstrição dos vasos do útero e da placenta, reduzindo o fluxo sanguíneo e a oferta de oxigênio e nutrientes para o feto.

Além disso, os danos biológicos celulares e moleculares provocados pelo monóxido de carbono e por outras toxinas também apresentam forte interferência no desenvolvimento do feto (SILVA *et al.*, 2005).

A redução da função pulmonar em neonatos de gestantes fumantes pode contribuir para o desenvolvimento ou agravamento de asma durante a vida dessas crianças, maior predisposição à doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) na vida adulta. O tabagismo é uma das poucas causas evitáveis desses desfechos (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Algumas considerações relevantes na abordagem da mulher fumante:

- A intervenção mais eficaz no tabagismo materno é a prevenção da iniciação e o estímulo à cessação nas jovens antes de engravidar, através de ações de proibição do fumo em todo ambiente público, além do aumento do preço do cigarro, estímulo à prática de esportes e disponibilização de programas de cessação tabagística, inclusive nos locais de trabalho (REICHERT *et al.*, 2008).
- Embora os maiores benefícios para o desenvolvimento fetal ocorram se a cessação do tabagismo acontecer ainda no início da gestação, a interrupção em qualquer momento da gravidez, ou mesmo no pós-natal, tem significativo impacto na saúde familiar (LOTUFO, 2007).

## Tabagismo Passivo e Infância

Estudos têm demonstrado associação positiva entre exposição tabágica, especialmente quando a mãe é a fumante, e problemas respiratórios na infância como asma e otite.

Cabe, portanto, reforçar alguns dos aspectos que justificam a prevenção e o tratamento do tabagismo já em populações pediátricas:

- O tabagismo durante a gestação é responsável por 25-40% dos casos de síndrome da morte súbita infantil;
- Sintomas respiratórios são as manifestações mais comuns apresentadas pelos filhos de fumantes, com um aumento significativo de 38% na frequência de bronquite e pneumonia no primeiro ano de vida. Essas crianças estão quatro vezes mais sujeitas a internações hospitalares;
- As crianças com asma têm aumento na frequência e na severidade das crises. A exposição intra-útero também pode afetar o desenvolvimento pulmonar e aumentar o risco de desenvolver asma;
- Os médicos devem indagar os pacientes pediátricos e adolescentes, bem como seus pais, a respeito do uso de tabaco e devem transmitir uma forte mensagem sobre a importância da abstinência total, a fim de limitar a exposição ao tabagismo passivo (LOTUFO, 2007).

Crianças amamentadas por mães fumantes são expostas à nicotina no leite materno, e tal exposição será tanto maior quanto menor for o tempo entre o ato de fumar da mãe e a mamada seguinte. A nicotina presente no leite materno pode afetar a estatura das crianças por causa da redução da biodisponibilidade de algum nutriente essencial (KROEFF *et al.*, 2004).

A exposição de crianças ao fumo ambiental é um fator de associação para a morbidade do trato respiratório superior e inferior entre menores de cinco anos. Há algumas décadas surgiram estudos epidemiológicos mostrando os efeitos deletérios do fumo passivo no trato respiratório das crianças (SILVA *et al.*, 2005).

Tem sido estimado que 54% a 70% das crianças são expostas a um ou mais fumantes no domicílio. O número de cigarros fumados está positivamente associado ao nível de cotinina urinária nas crianças

expostas e há elevada morbidade respiratória em crianças menores de cinco anos. A cotinina é o principal metabólito da nicotina que, por ter uma meia-vida mais prolongada que a nicotina, é frequentemente utilizada para confirmar o auto-relato de abstinência através de dosagens no plasma, na urina e na saliva (LOTUFFO, 2007).

As infecções respiratórias agudas (IRAs) são umas das principais causas de morbimortalidade infantil no mundo, principalmente, no primeiro ano de vida. As infecções do trato respiratório superior constituem um importante problema de saúde pública, devido à sua elevada prevalência, sendo o principal motivo de consulta médica no primeiro ano de vida e a maior taxa de absenteísmo escolar, sendo esse fato importante e grave pois a exposição da criança é involuntária (LOTUFFO, 2007).

### Intervenções em Locais Específicos

As recomendações sobre intervenções anti-tabágicas são direcionadas para unidades básicas de saúde, policlínicas, centros de referência, hospitais e consultórios, unidades de ensino, locais onde a restrição do uso do tabaco constitui importante estratégia de controle. Através dessas políticas, é possível a prevenção da iniciação entre os jovens e a proteção da saúde dos não-fumantes, além de obter a redução do consumo ou o estímulo à cessação entre os fumantes. É fundamental que haja coerência entre as diversas unidades de saúde com relação ao seu papel de vitrine de hábitos e estilos de vida saudáveis. Isso implica que esses locais onde se pratica saúde tornem-se livres da poluição tabágica ambiental, e seus profissionais, modelos de comportamento.

Essas políticas já vêm sendo implantadas em vários países há duas décadas. Porém, um recente relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostra que, atualmente, em 40% dos países ainda não existe qualquer restrição ao tabaco dentro dos hospitais.

A “Iniciativa Livre do Tabaco Global”, programa da OMS em parceria com organizações internacionais de profissionais de saúde, desenvolveu um “código de práticas” para os profissionais de saúde. Alguns dos pontos mais relevantes do código estão descritos a seguir:

- Encorajar e apoiar seus membros para que sejam modelos de comportamento, não fumando e promovendo uma cultura livre de tabaco.

- Avaliar e conhecer o padrão de consumo de tabaco e as atitudes de controle do tabaco de seus membros, através de pesquisas e introdução de políticas apropriadas para dependência e abstinência do tabagismo (REICHERT *et al.*, 2008).

## Ambiente Escolar e Tabagismo

As pesquisas sugerem que uma alternativa tanto para pais como para educadores tabagistas é admitir o uso e contar as dificuldades para mudar. Compartilhar a trajetória e dizer que teria sido bom se tivessem tido a oportunidade de repensar seu hábito de fumar antes de terem se tornado dependentes (SENAD, 2004).

O educador pode contribuir para prevenir o abuso de drogas, entre adolescentes, incentivando a reflexão e a adoção de medidas na própria escola e atuando diretamente com seus alunos em sala de aula.

Educadores de ensino fundamental e médio são, cada vez mais, cobrados pelos pais de alunos, direção da escola e pela opinião pública para abordarem a questão das drogas em sala de aula.

Ciente dessa necessidade, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), lançou, em 2004, uma apostila com o título “Por Dentro do Assunto: Drogas”, elaborada para auxiliar os educadores na abordagem do tabagismo e outras drogas no ambiente escolar, seguem alguns pontos relevantes:

### Regras de Convivência

Promover discussões internas para definir regras e o papel dos diferentes agentes da comunidade escolar para tratar a questão do consumo de drogas entre seus alunos. Esta iniciativa contribui para melhorar a convivência, podendo estabelecer parâmetros claros a pais e alunos e diminuir o campo das incertezas numa área tão difícil de tomar decisões. O modo concreto de se fazer isso pode variar, abaixo estão sugeridas algumas questões para ajudar a refletir:

- Profissionais da escola podem se reunir, antes de levar a discussão para os alunos, produzindo um consenso mínimo sobre o assunto: Quais são as leis e regras sobre o fumo dentro da escola? Qual é o procedimento recomendável para o educador

que tem evidências de uso de drogas entre seus alunos? A quem recorrer? Quais serão as medidas tomadas no caso de as regras estabelecidas não serem cumpridas? O que será comunicado aos pais? O que será de responsabilidade da escola?

- Colocar esse consenso em um documento escrito, aprovado pelos profissionais da escola, mas ainda em caráter provisório, enquanto se promove o envolvimento de pais, alunos e a comunidade.

Pesquisas têm sugerido que há uma tendência da comunidade escolar em ignorar o contato com a vizinhança e deixar de lado aliados importantes para a garantia da segurança, saúde e proteção de seus alunos.

### Promoção de um Ambiente Escolar Saudável

Crianças e adolescentes respondem de modo muito intenso ao ambiente em que vivem, e um dos principais ambientes, nessa época da vida, é a escola.

O educador que luta para que sua escola ofereça oportunidades para alunos e funcionários crescerem, participarem, exercerem sua criatividade de modo produtivo, através de expressão artística, por exemplo, aprenderem conteúdos relevantes e usarem sua energia física em atividades enriquecedoras, como esporte, é uma pessoa que contribui para uma escola e uma sociedade com menos sofrimento e menos uso indevido de drogas.

Os programas mais efetivos são aqueles nos quais os jovens têm a oportunidade de exercitar maneiras de lidar com os desafios normais de sua faixa etária como: vencer a timidez, aprender a se comunicar, como agir diante de agressões, como tomar decisões na vida pessoal e escolar. As pesquisas indicam que esses são os motivos emocionais mais comuns para experimentar drogas, esperando que elas aliviem a tensão que esses desafios provocam (SENAD,2004).

Para abordar a questão das drogas e desenvolver ações de prevenção na escola, é necessário ter um planejamento que envolva os diferentes segmentos, incluindo coordenadores, professores, pais, funcionários, estudantes e comunidade.

Aproximadamente 100 mil jovens iniciam o hábito de fumar a cada dia no mundo e, a grande maioria, cerca de 80 mil, é de países em desenvolvimento (MORAES, 2006).

Portanto, faz-se necessário maior compromisso no intuito de oferecer um mundo livre do tabaco por parte do poder público e de todas as esferas da nossa sociedade, evitando a exposição e a iniciação do tabagismo.

### Referências Bibliográficas

KROEFF, L.R.; MENGUE, S.S.; DUNCAN, M. I. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. *Revista de Saúde Pública*, v.38, nº 2, p. 261-267, 2004.

LOTUFO, J. P. *Tabagismo, uma doença pediátrica*. São Paulo: Savier, p. 17-19, 2007.

MORAES, M. A. *Avaliação da Implantação do Programa de Controle do Tabagismo no Hospital Santa Cruz – São Paulo*. (Tese de Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Serviços de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2006.

OLIVEIRA, J. D. F. *Avaliação da qualidade de vida de um grupo de tabagistas participantes de um programa interdisciplinar em centro de saúde: a questão da atividade física*. 2008. (Dissertação de Mestrado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

REICHERT, J.; ARAÚJO, A.J.; GONÇALVES, C. M. C. Diretrizes para Cessação do Tabagismo 2008. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. v. 34, nº 10, p. 845-880, 2008.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS (SENAD). *Por dentro do assunto: drogas*. Apostila para Educadores, Brasília, 2004.

SILVA, R. M. V. G.; VALENTE, J.; SANTOS, M. G. V. L. Tabagismo no domicílio e baixa estatura em menores de cinco anos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, nº 5, p. 1540-1549, 2005.