

# NOTAS TÉCNICAS PARA O CONTROLE DO TABAGISMO

Tabagismo passivo:  
a importância de ambientes  
100% livres da fumaça de tabaco



COMISSÃO NACIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO  
DA CONVENÇÃO-QUADRO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
PARA O CONTROLE DO TABACO (CONICQ)





# NOTAS TÉCNICAS PARA O CONTROLE DO TABAGISMO

---

Tabagismo passivo:  
a importância de ambientes  
100% livres da fumaça de tabaco

**COMISSÃO NACIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO  
DA CONVENÇÃO-QUADRO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
PARA O CONTROLE DO TABACO (CONICQ)**



## Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR  
GOMES DA SILVA (INCA)  
Direção Geral  
Secretaria-Executiva da Comissão Nacional para Implementação  
da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (SE-CONICQ)  
Rua do Resende, nº 128 – 3º andar, Sala 303  
Centro - Rio de Janeiro – RJ, CEP 20231-092  
Tel: (21) 3207-4502  
conicq@inca.gov.br  
www.inca.gov.br/observatoriotabaco

## Organizador

Tânia Maria Cavalcante

## Equipe de Elaboração

Christiane Soares Pereira Madeira  
Felipe Lacerda Mendes  
Naira Milene Vosmirko

## Colaboradores

Ana Paula Teixeira  
Alessandra Trindade Machado  
Alexandre Otávio Ribeiro de Carvalho  
Rosa Rulff Vargas

## Edição

COORDENAÇÃO DE ENSINO  
Serviço de Educação e Informação  
Técnico-Científica  
Rua Marquês de Pombal, 125  
Centro – Rio de Janeiro – RJ  
Cep 20230-240  
Tel.: (21) 3207-5500

## Edição e Produção Editorial

Christine Dieguez

## Copidesque

Rita Rangel de S. Machado

## Revisão

Rita Rangel de S. Machado  
Sara Sabino Pereira (estagiária de Letras)

## Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

Mariana Fernandes Teles

## Normalização Bibliográfica e Ficha Catalográfica

Marcus Vinícius Silva / CRB 7-6619  
Apoio OPAS: Carta-acordo nº SCON 2016-03048

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Fox Print

## FICHA CATALOGRÁFICA

159t	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco.  Tabagismo passivo: a importância de ambientes 100% livres da fumaça de tabaco / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco. – Rio de Janeiro: Inca, 2017.  54 p.: il. -- (Notas Técnicas para Controle do Tabagismo)  ISBN 978-85-7318-326-9 (versão impressa) ISBN 978-85-7318-327-6 (versão eletrônica)  1. Tabagismo – Prevenção e controle. 2. Poluição por Fumaça de Tabaco. 3. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. I. Título. II. Série.  CDD 613.85
------	--

Catalogação na fonte – Serviço de Educação e Informação Técnico-Científica

## TÍTULOS PARA INDEXAÇÃO

Em inglês: Passive Smoking – The Importance of Having 100% Smoke-Free Environments: Technical Notes for Controlling Smoking

Em Espanhol: Tabaquismo Pasivo – La Importancia de Ambientes 100% Libres de Humo de Tabaco: Notas Técnicas para el Control del Tabaquismo

# SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....	5
LISTA DE SIGLAS.....	7
TABAGISMO.....	9
TRATADO INTERNACIONAL PARA O CONTROLE DO TABACO: UMA REAÇÃO DO MUNDO .....	17
A CONVENÇÃO-QUADRO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA CONTROLE DO TABACO E AS MEDIDAS DE PROTEÇÃO CONTRA OS RISCOS DO TABAGISMO PASSIVO.....	19
IMPACTO DAS LEIS BANINDO O ATO DE FUMAR EM RECINTOS COLETIVOS.....	31
ART. 8º DA CQCT/OMS - PROTEÇÃO CONTRA OS RISCOS DO TABAGISMO PASSIVO: SITUAÇÃO DO BRASIL .....	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS: AVANÇOS E DESAFIOS.....	43
REFERÊNCIAS.....	47



# LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Tabagismo passivo no domicílio

Figura 2 – Tabagismo passivo no trabalho

Figura 3 – Peça da campanha publicitária do Dia Nacional de Combate ao Fumo – *Ambientes 100% livres de fumo*

Figura 4 – Advertências em maços de cigarros comercializados no Brasil

Figura 5 – Dia Mundial sem Tabaco, 2007

Figura 6 – Peça publicitária da campanha de ambientes livres de tabaco em restaurantes



# LISTA DE SIGLAS

Abrasel – Associação Brasileira de Bares e Restaurantes

Abresi – Associação Brasileira de Gastronomia, Hospedagem e Turismo

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVC – Acidente vascular cerebral

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CLT – Consolidação de Leis Trabalhistas

CNTur/Abresi – Confederação Nacional do Turismo/Associação Brasileira de Gastronomia, Hospedagem e Turismo

CQCT/OMS – Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco

CRFB/1988 – Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988

DPOC – Deficiência pulmonar obstrutiva crônica

Ecosoc – Conselho Econômico e Social das Nações Unidas

EPA – Emissão para Poluentes Atmosféricos

Fhoresp – Federação de Hotéis, Restaurantes, Bares e Similares do Estado de São Paulo

FNHRBS – Federação Nacional de Hotéis, Restaurantes, Bares e Similares

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

Iarc – International Agency for Research on Cancer

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

NPYR – N-nitrosopirrolidina

NR – Norma Regulamentadora

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

Opas – Organização Pan-Americana de Saúde

PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

Petab – Pesquisa Especial sobre Tabagismo

PL – Projetos de Lei

PNCT – Política Nacional de Controle do Tabaco

PNSN – Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

PTA – Poluição tabagística ambiental

SE-Conicq – Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Implementação da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco

SinHoRes-SP – Sindicato de hotéis, bares, restaurantes e similares de São Paulo

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Vigescola – Vigilância de tabagismo em escolares

Vigitel – Sistema de vigilância dos fatores de risco e proteção para as doenças crônicas por inquérito telefônico

## Tabagismo como problema de saúde pública

O tabagismo é considerado um problema de saúde pública mundial e tem sido reconhecido como uma doença crônica causada pela dependência química dos fumantes à nicotina presente nos produtos de tabaco. Por esse motivo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu o tabagismo na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). O tabagismo também é considerado uma epidemia, e muitas das mortes ocasionadas ocorrem prematuramente.

Estudos apontam o tabagismo como o mais importante fator de risco isolado para doenças graves e fatais, como: câncer (pulmão, cavidade oral, laringe, esôfago, estômago, bexiga, colo do útero e leucemias), doenças cardiovasculares e enfisema, totalizando mais de 50 doenças. Fumantes têm 20 vezes mais chances de ter câncer de pulmão quando comparados a não fumantes, dez vezes mais chances de ter câncer de laringe e de duas a cinco vezes mais chances de ter câncer de esôfago (FOCCHI, 2006).

Segundo os dados da Estimativa da Incidência de Câncer, o tabagismo representa um dos principais fatores de risco de câncer e, em 2016, são esperados 596 mil casos novos. O número de casos novos de câncer de pulmão no país é estimado em 17.330 entre homens e 10.890 nas mulheres. Desconsiderando os tumores de pele não melanoma, o câncer de pulmão em homens é o segundo mais frequente nas Regiões Sul e Centro-Oeste, sendo o terceiro mais frequente nas Regiões Sudeste, Nordeste e Norte. Entre as mulheres, o câncer de pulmão é o terceiro mais frequente na Região Sul, ocupa a quarta posição nas Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste e é o quinto mais frequente na Região Norte (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

É importante ressaltar que o tabagismo afeta também os não fumantes, pois as pessoas, ao respirarem a fumaça de produtos de tabaco em ambientes coletivos, estão sujeitas ao tabagismo passivo. Assim, expostas à fumaça do tabaco, correm o risco de desenvolver

doenças como câncer, infarto, infecções respiratórias, entre outras. Ambientes de trabalho que expõem os profissionais ao tabagismo passivo são considerados insalubres e esse é um sério risco ocupacional (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2012).

Entre os fumantes passivos, estima-se que existam 2 bilhões de pessoas, das quais, 700 milhões são crianças. A exposição à fumaça ambiental do tabaco gera efeitos negativos no desenvolvimento das crianças, especialmente no crescimento fetal, causando baixo peso ao nascer, síndrome da morte súbita na infância e parto prematuro (HAMMOND; ROWEELL, 2001). Outros efeitos estão associados ao aparelho respiratório, por exemplo, infecções agudas do trato respiratório inferior, asma induzida, síndromes respiratórias crônicas na infância, irritação de olhos e nariz e infecções de ouvido (otite).

O consumo de tabaco no mundo vem crescendo em países em desenvolvimento e reduzindo nos países desenvolvidos. Observa-se também o maior consumo de tabaco entre os homens do que entre as mulheres. Estima-se que existam, no mundo, cerca de 1 bilhão de fumantes que consomem cerca de 6 trilhões de cigarros todos os anos. Desse total, 80% estão em países em desenvolvimento (ERIKSEN et al., 2015).

De acordo com a OMS, cerca de 6 milhões de pessoas morrem por ano em razão do tabagismo e 603 mil mortes são causadas pelo tabagismo passivo. O percentual de mortalidade pelo tabagismo passivo é de 47% de mulheres, 28% de crianças e 26% de homens. Apenas no século XX, a epidemia de tabaco matou cerca de 100 milhões de pessoas, e, caso as tendências de consumo sejam mantidas, no século XXI, poderá causar o óbito de cerca de 1 bilhão de pessoas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a).

No Brasil, o tabagismo entre adultos, na população acima de 18 anos, entre 1989 e 2013, apresentou significativa redução em razão das ações implantadas pela Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT). Em 1989, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, 34,9% da população maior de 18 anos era fumante, esse número caiu para 22,4% em 2003 (Pesquisa Mundial de Saúde) e continuou em queda em 2008 (18,5%, segundo Pesquisa Especial sobre Tabagismo – Petab). Dados recentes da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, apontam que o percentual de adultos fumantes é de 14,7%. Caso o Brasil intensifique essas medidas de controle, a OMS estima que esse percentual continue

decrecendo nos próximos anos até que, em 2025, apenas 12% da população brasileira permanecerá na categoria de fumantes (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a).

O tabagismo passivo afeta globalmente 40% das crianças, 35% das mulheres e 33% dos homens não fumantes e expostos à fumaça dos derivados do tabaco (OBERG, 2011). Com relação ao Brasil, dados do Vigilância de tabagismo em escolares (Vigescola), entre 2002 e 2005, apontaram que a proporção entre os escolares que estão expostos à fumaça do tabaco fora de casa variou de 67% em Porto Alegre a 41% em Natal e Salvador. Por outro lado, a exposição de escolares em suas casas variou de 55% em Porto Alegre a 20% em Salvador (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2011).

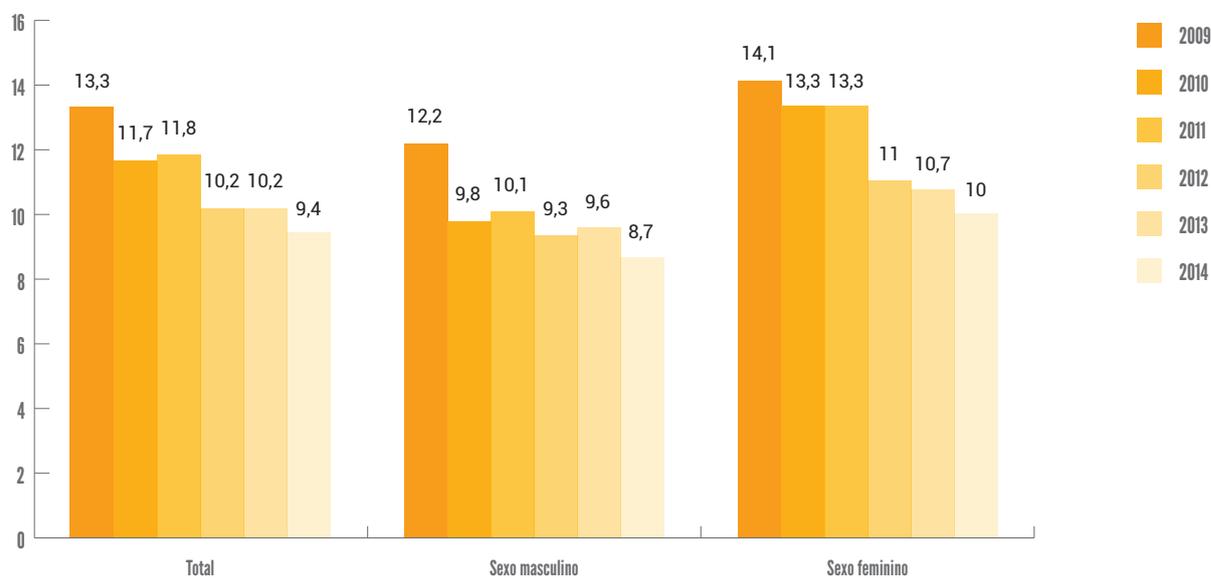
De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2012, na residência de 29,8% dos escolares, pelo menos um dos pais ou responsáveis fuma cigarros em casa, e essa exposição foi maior entre os estudantes das escolas públicas (32,2%) do que entre os que frequentam as escolas privadas (18,4%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Pesquisa do Sistema de vigilância dos fatores de risco e proteção para as doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) realizada em 2014, que acessou, por inquérito telefônico, a população acima de 18 anos, em 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, apontou que o percentual de fumantes passivos no domicílio foi de 9,4%, sendo maior entre mulheres (10%) do que entre homens (8,7%) (BRASIL, 2015).

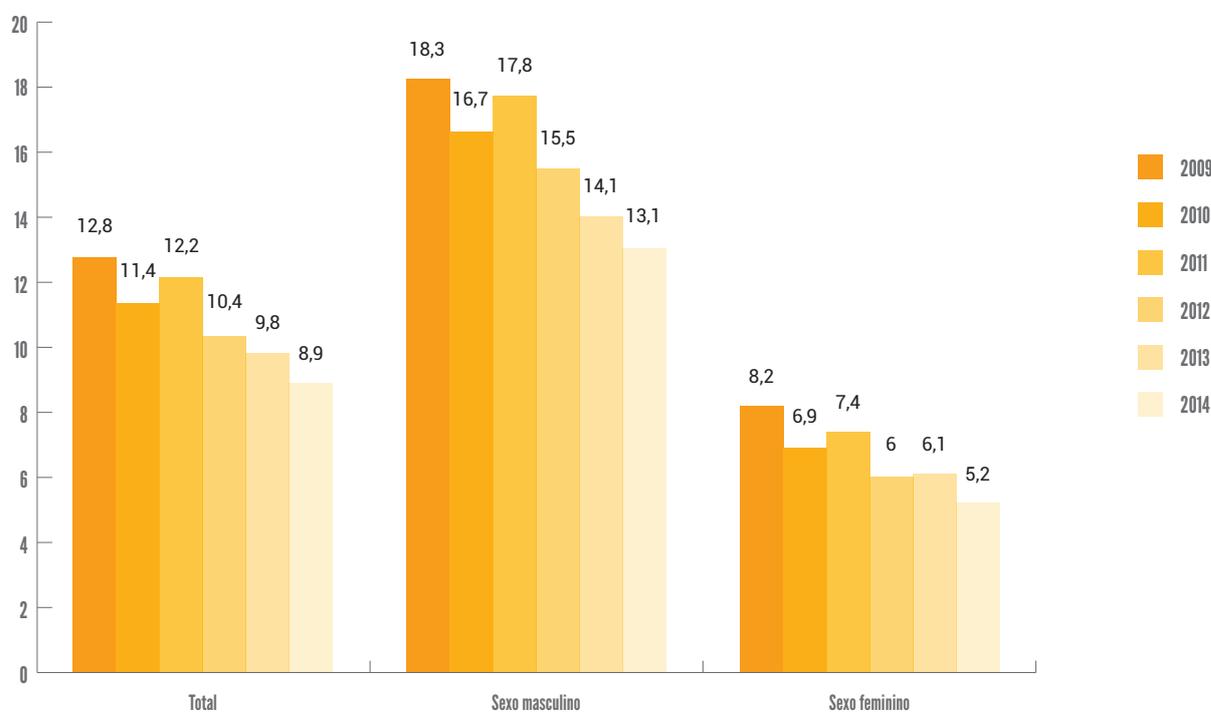
Esses dados vêm sendo monitorados entre os anos 2009 (BRASIL, 2010) e 2014 (BRASIL, 2015), tanto em domicílio quanto em ambientes de trabalho. Os resultados mostram que os percentuais totais, entre homens e mulheres, estão reduzindo, passando de 12,2% para 8,7% entre homens e de 13,4% para 10% entre mulheres, considerada a exposição em domicílio (Figura 1).

No ambiente de trabalho, o percentual variou de 18,3% a 13,1% para os homens e de 8,2% a 5,2% para as mulheres (Figura 2). A frequência de fumantes passivos no local de trabalho foi de 8,9%, sendo cerca de duas vezes superior entre homens (13,1%), quando o percentual é comparado ao das mulheres (5,2%).

Nos dados do Vigitel, a condição de fumante passivo no trabalho foi atribuída a “não fumantes que informaram que pelo menos uma pessoa possui o hábito de fumar no seu ambiente de trabalho”. Isso contempla qualquer ambiente de trabalho e não apenas os ambientes fechados.



**Figura 1 – Tabagismo passivo no domicílio**  
 Fonte: Instituto de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2016.



**Figura 2 – Tabagismo passivo no trabalho**  
 Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.

Segundo pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE-2013), em 2014, a proporção de maiores de 18 anos expostos à fumaça do tabaco foi de 14,7% em casa e 14,4% no trabalho em ambientes fechados. Analisando essa exposição segundo os gêneros, observou-se que as mulheres estão mais expostas em casa (11,7%) e os homens no trabalho (16,9%). Comparando a exposição de não fumantes à fumaça do tabaco em casa, por Região brasileira, verificou-se que 9,7% das pessoas estavam expostas no Sudeste e 12,4% no Nordeste. A mesma comparação realizada para o trabalho em ambientes fechados revelou que 12,3% estão expostas na Região Sudeste e 16,6% na Região Nordeste (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

### Tabagismo como um obstáculo para o desenvolvimento

Em 2006, foi publicado o Relatório do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (Ecosoc), que apontou o uso do tabaco como um fator de empobrecimento dos indivíduos e de seus familiares. Os consumidores de tabaco possuem maior risco de adoecer, o que causa perda da produtividade e renda. Ressalta-se ainda que a produção agrícola de tabaco e a manufatura dos derivados do produto podem contribuir para o adoecimento e o empobrecimento dos produtores rurais e de suas famílias. O relatório concluiu também que o tabaco e a pobreza geram um círculo vicioso do qual os fumantes dificilmente conseguem escapar a menos que sejam encorajados a abandonar o consumo (UNITED NATIONS, 2006).

No Brasil, o tabagismo impõe um ônus muito grande para a população de baixa renda e menor escolaridade. Em 1989, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) demonstrou que a prevalência de fumantes no Brasil era maior nos grupos de menor renda (BRASIL, 2012). Uma análise comparativa entre a proporção da renda que os diferentes grupos, classificados por renda familiar, destinam ao consumo do tabaco e seus derivados e o consumo de itens básicos, como alimentação, assistência à saúde e educação, foi realizada utilizando os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008 e 2009, conduzida pelo IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Essa pesquisa demonstra que as famílias foram agregadas em sete categorias, de acordo com suas rendas em número de salários mínimos. Analisando esses dados, observa-se que

as famílias de menor renda têm um percentual elevado do gasto médio mensal familiar com o fumo (0,92%) e esse percentual vai decrescendo à medida que a renda aumenta (Tabela 1).

Desse modo, famílias com ganhos acima de 25 salários mínimos gastam somente 0,16% com produtos de tabaco. Por outro lado, essa mesma estimativa para saúde e educação alcançou 5,47% e 0,91%, respectivamente, para as famílias de menor renda, o que demonstra que, se as pessoas não fumassem, poderiam investir a renda gasta com tabaco para aquisição de alimentos e acesso à educação e à saúde.

**Tabela 1** – Despesas monetária e não monetária média mensal familiar, por classes de rendimento total e variação patrimonial mensal familiar, segundo os tipos de despesa, com indicação do número e do tamanho médio das famílias, Brasil, período 2008-2009

Tipos de despesa, número e tamanho médio das famílias	Despesas monetárias e não monetárias - média mensal familiar (em reais)							
	Total	Classes de rendimento total e variação patrimonial mensal familiar *						
		A	B	C	D	E	F	G
<b>Alimentação</b>	16,05%	27,8%	24,80%	20,92%	16,68%	13,71%	11,71%	1,40%
<b>Assistência à saúde</b>	5,85%	5,47%	6,01%	6,06%	5,92%	5,71%	6,08%	5,58%
<b>Educação</b>	2,46%	0,91%	1,15%	1,60%	2,38%	3,04%	4,0%	2,90%
<b>Fumo</b>	0,44%	0,92%	0,79%	0,68%	0,46%	0,30%	0,21%	0,16%
<b>Despesa total (R\$)</b>	2.626,31	744,98	1.124,99	1.810,69	3.133,00	4.778,06	7.196,08	14.098,40

Fonte: adaptado de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

Legenda: A= até R\$ 830,00 (inclusive sem rendimento); B= de R\$ 830,00 a 1.245,00; C= de R\$ 1.245,00 a 2.490,00; D= de R\$ 2.490,00 a 4.150,00; E= de R\$ 4.150,00 a 6.225,00; F= de R\$ 6.225,00 a 10.375,00; e G= mais de R\$ 10.375,00.

\* Observação: considerou-se o valor de R\$ 415,00, como o salário mínimo vigente em 15 de janeiro de 2009, data da referência da pesquisa. A= 2 mínimos; B= de 2 a 3 mínimos; C= de 3 a 6 mínimos; D= de 6 a 10 mínimos; E= de 10 a 15 mínimos; F= de 15 a 25 mínimos; e G= mais de 25 mínimos.

### Tabagismo: uma epidemia resultante de estratégias de mercado

Os graves riscos do tabagismo à saúde são amplamente conhecidos, e as evidências científicas comprovam seus malefícios. No entanto, a indústria do tabaco promove estratégias cada vez mais sofisticadas e ousadas a fim de garantir que os fumantes não parem de fumar

e que novos consumidores sejam seduzidos e iniciem no tabagismo. Essa tática alimenta a indústria do tabaco para que o consumo de seus produtos não pare de crescer.

O consumo do tabaco tem sido incentivado pelas grandes companhias transnacionais de fumo a fim de garantir a continuidade dos seus negócios em todos os continentes (YACH; BETTCHER, 2000). As campanhas realizadas por essas companhias têm conquistado novos mercados, particularmente entre os jovens que se encantam pelo uso de novos produtos, como o cigarro eletrônico e o narguilé.

A falta de campanhas permanentes para a população sobre os riscos do tabagismo e a existência de representações sociais positivas sobre o consumo de tabaco e seus derivados contribuem para que as ações da indústria do tabaco tenham êxito, em especial em áreas de grandes vulnerabilidades socioeconômicas e políticas. É importante destacar que a interferência da indústria do tabaco alcança setores governamentais importantes, como o legislativo e o executivo. Assim, essas companhias transnacionais conseguem criar um clima de "boa vontade política" para bloquear as ações de controle e prevenção do tabagismo no âmbito da saúde pública.

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e o Ministério da Saúde definiram o tema *Ambientes 100% Livres de Fumo: um direito de todos* como conceito da campanha do Dia Nacional de Combate ao Fumo 2008, comemorado no dia 29 de agosto (Figura 3).



**Figura 3** – Peça da campanha publicitária do Dia Nacional de Combate ao Fumo – *Ambientes 100% livres de fumo*

Fonte: Instituto Nacional de Câncer, 2008.

Em meados da década de 1990, o papel da indústria do tabaco sobre a epidemia de tabagismo tornou-se claro após as ações judiciais movidas por 46 Estados norte-americanos contra as companhias de tabaco. Essas ações tornaram públicas milhões de páginas de documentos confidenciais das companhias de tabaco atuantes no mercado americano. Esses documentos expuseram as práticas desleais e fraudulentas utilizadas pela indústria para promover a iniciação de crianças e adolescentes no tabagismo. Além disso, as companhias de tabaco manipularam informações relevantes para a saúde pública e influenciaram governantes, políticos e reguladores para impedir a adoção de medidas de redução do tabagismo (MENEZES, 2014).

Com a divulgação do conteúdo desses documentos sigilosos, foi possível avaliar a dimensão da interferência da indústria do tabaco, fortalecendo a ideia de que ela utiliza práticas que representam um fator importante na expansão da epidemia do tabagismo em todo o mundo (BIALOUS; SHATENSTEIN, 2002). Dessa maneira, a divulgação de relatórios sobre esses documentos pela OMS motivou a 54ª Assembleia Mundial de Saúde a publicar a Resolução nº 18/2001 sobre a *Transparência para o Controle do Tabaco*. Essa resolução solicitava a seus Estados-Membros que se mantivessem alertas quanto a afiliações entre a indústria do tabaco e os membros de suas delegações e orientava a OMS e seus Estados-Membros a monitorar toda e qualquer tentativa da indústria de minar os esforços para o controle do tabagismo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

A interferência da indústria do tabaco foi reconhecida pela OMS no relatório *A Epidemia Global de Tabaco*, cujo texto original diz o seguinte:

Todas as epidemias têm um meio de contágio, um vetor que dissemina doença e morte. Para a epidemia do tabagismo, o vetor não é um vírus, uma bactéria ou outro microrganismo – ele é uma indústria e sua estratégia de negócio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a, p. 21).

# TRATADO INTERNACIONAL PARA O CONTROLE DO TABACO: UMA REAÇÃO DO MUNDO

Sob esse cenário, foi criada a Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco (CQCT/OMS), primeiro tratado internacional de saúde pública (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, [2003]). Sua negociação ocorreu sob os auspícios da OMS com a participação de 192 países. No Brasil, a CQCT/OMS foi ratificada pelo Congresso Nacional em novembro de 2005 e promulgada em janeiro de 2006, tornando o país um Estado-Parte do tratado internacional (BRASIL, 2006).

Uma das principais características da CQCT/OMS é a articulação conjunta de ações, baseadas em evidências, para responder à epidemia do tabagismo, reafirmando o direito das pessoas aos mais altos padrões de saúde. Em seus objetivos, a Convenção-Quadro aponta, como escopo principal, a proteção das gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas causadas pelo consumo e a exposição à fumaça do tabaco e seus derivados (BRASIL, 2006).

O reconhecimento da interferência da indústria do tabaco pela CQCT/OMS como influência direta na epidemia do tabaco está explícito em todo o seu texto, demonstrando a preocupação dos governos com as estratégias utilizadas para promoção do consumo e interferência nas medidas adotadas para sua redução, como transcritas abaixo no preâmbulo e no art. 5.3:

**Preâmbulo:** Reconhecendo a necessidade de manter a vigilância ante qualquer tentativa da indústria do tabaco de minar ou desvirtuar as atividades de controle do tabaco, bem como a necessidade de manterem-se informadas sobre as atuações da indústria do tabaco que afetem negativamente as atividades de controle do tabaco (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, [2003] p. 1).

**Artigo 5.3:** Ao estabelecer e implementar suas políticas de saúde pública relativas ao controle do tabaco, as Partes agirão para proteger essas políticas dos interesses comerciais ou outros interesses garantidos para a indústria do tabaco, em conformidade com a legislação nacional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, [2003] p. 5).



# A CONVENÇÃO-QUADRO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA CONTROLE DO TABACO E AS MEDIDAS DE PROTEÇÃO CONTRA OS RISCOS DO TABAGISMO PASSIVO

A CQCT/OMS demonstra, ao longo de seu texto, a preocupação quanto aos riscos decorrentes da exposição à fumaça ambiental do tabaco.

**Preâmbulo:** Tendo em conta a preocupação da comunidade internacional com as devastadoras consequências sanitárias, sociais, econômicas e ambientais geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, em todo o mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, [2003] p. 1).

**Artigo 8º:** As Partes reconhecem que a ciência demonstrou de maneira inequívoca que a exposição à fumaça do tabaco causa morte, doença e incapacidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, [2003] p. 7).

As medidas para proteção da população dos riscos do tabagismo passivo foram explicitadas no art. 8º da CQCT/OMS, no qual os Estados-Partes reconhecem que a fumaça do tabaco causa sérios problemas para a saúde das pessoas e reforça o compromisso de cada Parte em adotar e aplicar, no âmbito de sua jurisdição nacional, medidas administrativas, legislativas e executivas e outras capazes de proteger as pessoas da fumaça do tabaco, de forma efetiva, em locais fechados, como os ambientes de trabalho, meios de transporte público e quaisquer locais públicos.

A segunda Conferência das Partes da CQCT/OMS, realizada em 2007, aprovou as diretrizes de melhores práticas para orientar os países na implementação do art. 8º (HAKANSTA, 2004). Os princípios e as recomendações dessas diretrizes reafirmam a importância da implementação de medidas efetivas para proteger as pessoas da exposição à fumaça do tabaco, o que requer a eliminação total do ato de fumar em espaços ou ambientes coletivos fechados.

Destaca-se também a necessidade de elaboração de leis que garantam ambientes coletivos 100% livres da fumaça do tabaco, uma vez que não existem níveis seguros de exposição à fumaça do tabaco. Portanto, propostas que impliquem a aceitação de limites toleráveis para toxicidade da fumaça ambiental de tabaco devem ser rejeitadas.

Alternativas, como sistemas de ventilação e filtragem do ar ou uso de áreas reservadas para fumantes (com sistemas de ventilação separados ou não), também devem ser rejeitadas, pois as evidências científicas demonstraram a sua ineficácia na proteção contra a exposição à fumaça do tabaco. Os ambientes livres de tabaco, instituídos por meio da legislação, promovem menos poluição e contribuem para aumentar as chances de as pessoas pararem de fumar.

### **Principais evidências científicas que deram base para o art. 8º da CQCT/OMS e suas diretrizes**

A toxicidade da fumaça ambiental do tabaco é seguramente uma das principais evidências científicas que balizou o art. 8º e suas diretrizes. Uma revisão de pesquisas sobre tabagismo passivo realizada pela International Agency for Research on Cancer (Iarc) concluiu que a fumaça de derivados do tabaco polui os ambientes fechados. Essa fumaça é cancerígena e genotóxica para humanos, e os não fumantes expostos respiram os mesmos elementos tóxicos da fumaça inalados pelos fumantes ativos (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

A fumaça tóxica emitida pela ponta do cigarro aceso pelos fumantes é também chamada de poluição tabagística ambiental (PTA). É a maior responsável pela poluição em ambientes fechados, respondendo por cerca de 90% dos níveis de poluição do ar e 95% das substâncias cancerígenas transportadas pelo ar em bares e restaurantes utilizados como pontos de encontros sociais por jovens e adultos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Estudos comprovaram que as concentrações de nicotina, monóxido de carbono e alcatrão, principais elementos da fumaça do tabaco, são tóxicas para o sistema cardiovascular. Esses elementos podem estar mais concentrados nos ambientes fechados poluídos pela fumaça do tabaco do que na fumaça tragada pelos fumantes. O alcatrão, por exemplo, pode estar 5,3 vezes mais concentrado no ambiente, enquanto o monóxido de carbono e a nicotina

alcançam níveis de 15 a 21 vezes maiores nos ambientes fechados. A nitrosamina (NPYR – N-nitrosopirrolidina), um importante elemento cancerígeno presente no tabaco, pode alcançar níveis até 10 vezes maiores nos ambientes afetados pela fumaça do tabaco (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2006).

### **A exposição à fumaça ambiental do tabaco em ambientes internos e externos**

Uma pesquisa sobre a quantidade de poluição tabagística gerada em ambientes com separação física em áreas reservadas para fumantes e não fumantes demonstrou que, quando essas áreas compartilham o mesmo sistema de ventilação, as substâncias tóxicas da fumaça, que têm alto poder de dispersão no ar, atingem toda a área de forma homogênea, além de circularem entre os sistemas de refrigeração central (REPACE, 2005).

Da mesma maneira, estudos sobre os atuais sistemas de ventilação para controlar a PTA demonstraram que as novas tecnologias são ineficientes para redução da exposição à fumaça tóxica até níveis aceitáveis. Fumar em ambientes fechados, onde o ato é permitido ou parcialmente restrito, com ou sem sistemas de ventilação, oferece riscos de câncer e outras doenças decorrentes do tabagismo passivo (REPACE, 2005; REPACE; JOHNSON, 2006; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007a).

Esses dados são particularmente relevantes para trabalhadores de restaurantes e bares, pois foi observado que, nesses ambientes, a fumaça ambiental do tabaco pode ser de duas a seis vezes maior do que em outros ambientes de trabalho, como escritórios (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2003). Pesquisas conduzidas com biomarcadores de exposição à fumaça do tabaco indicaram que trabalhadores não fumantes que cumprem sua jornada de trabalho nesses ambientes estariam expostos a uma quantidade que corresponderia entre quatro e dez cigarros fumados durante o período de trabalho (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Com base nesses estudos, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) declarou que a exposição à fumaça do tabaco em ambientes de trabalho é uma ameaça à saúde e à segurança dos trabalhadores. Essa ameaça está associada ao risco de câncer e outras doenças

graves ocasionadas pelo tabagismo passivo, além do risco de incêndios e explosões. Outra ameaça está relacionada ao efeito sinérgico da fumaça do tabaco com radiações e produtos químicos, o que pode exacerbar as doenças ocupacionais. Um fator importante é a geração de conflitos entre fumantes e não fumantes em ambientes de trabalho, o que aumenta os níveis de estresse e violência (HAKANSTA, 2004).

Ambientes de trabalho livres da fumaça de tabaco podem reduzir a responsabilidade legal dos empregadores, criando ambientes mais seguros e melhorando a saúde do trabalhador e a imagem corporativa das empresas, de acordo com entendimento do Banco Mundial. Portanto, ambientes de trabalho que permitem o tabagismo passivo são considerados insalubres e representam risco ocupacional (WORLD BANK, 2011).

O cigarro é a principal fonte de poluição de ambientes internos, principalmente em países onde não existe legislação proibindo fumar em recintos coletivos ou onde existe, mas a lei não é cumprida. A fumaça que se desprende da ponta incandescente de produtos como cigarros, charutos e cachimbos contém as mesmas substâncias tóxicas e cancerígenas que o fumante inala e causa, em não fumantes, doenças graves como câncer e infarto do miocárdio. Além disso, começam a se acumular estudos mostrando que, mesmo em ambientes externos, os riscos decorrentes da exposição à fumaça ambiental de tabaco não são desprezíveis. Uma pesquisa recente mostrou que a poluição emitida pela fumaça de cigarros é dez vezes maior do que a emitida por carros a diesel. Outras mostram que, mesmo quando o ato de fumar se dá ao ar livre, uma pessoa próxima ao fumante pode inalar até 50 vezes mais materiais tóxicos do que inalaria em um ambiente externo não poluído (REPACE, 2008).

Em 2005, foram realizados estudos na Califórnia a respeito do monitoramento do nível da exposição ao fumo passivo ao ar livre sobre a saúde das pessoas. Os resultados revelaram que o fumo passivo representa um contaminante tóxico, um poluente que pode causar aumento das doenças a ele relacionadas, potencializando as enfermidades associadas e causando mortes (CALIFORNIA ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY, 2005).

Esses estudos, em conjunto, revelam que não é seguro que as pessoas permaneçam nos locais onde o fumo é liberado, mesmo em áreas ao ar livre. Assim, as pessoas que estão ao ar livre, em lugares onde haja fumaça do tabaco, também estão em risco, pois podem ser

expostas a níveis que excedem os limites de Emissão para Poluentes Atmosféricos (EPA) para a poluição de partículas finas. Existem diversas leis proibindo o fumo em áreas abertas, incluindo aquelas anexas a bares e restaurantes. Na Califórnia, foi realizada uma campanha a fim de proibir as pessoas de fumarem em locais abertos ou arejados, em especial em bares e restaurantes, e, tempos depois, essa campanha resultou em uma legislação. Dessa maneira o entendimento atual é que se deve também evitar fumar em locais abertos, pois não existem níveis seguros de exposição, mesmo em locais arejados (LICHT et al., 2013).

Muitos países promulgaram disposições de limite antifumo que ajudam a manter a fumaça longe dos ambientes fechados como uma espécie de barreira ou distância razoável para manter a entrada dos edifícios livre da fumaça do tabaco. Essas leis estipulam uma distância (geralmente de 15 a 25 pés, equivalente a de quatro a sete metros) de portas, janelas operáveis e entradas de ar de edifícios. Essas políticas ajudam a evitar que a fumaça produzida invada o interior dos prédios e permitem que clientes e funcionários transitem pelos acessos aos edifícios sem andar em meio a nuvens de fumaça. Tais medidas são fortemente recomendadas para ambientes abertos, inclusive parques e praias (AMERICANS FOR NONSMOKERS' RIGHTS, 2016).

Outro problema ambiental que deve ser enfrentado é a questão do descarte das pontas de cigarro que poluem o meio ambiente. Ressalta-se que as pontas também estão impregnadas com as mesmas substâncias tóxicas dos cigarros. Além disso, os filtros são feitos de acetato de celulose, que é uma substância tóxica para peixes, pássaros, animais de estimação e crianças, e não é biodegradável. As pontas de cigarros também são perigosas pela possibilidade de causar incêndios em prédios ou ambientes como matas e parques. Os Estados Unidos é um país considerado pioneiro na questão da proibição de fumar em locais abertos. Califórnia, Nova Jersey, San Diego e Los Angeles são apenas alguns exemplos de locais onde foram adotadas leis a fim de criar espaços públicos saudáveis e seguros para as pessoas e o meio ambiente (AMERICANS FOR NONSMOKERS' RIGHTS, 2016).

De acordo com Repace e Johnson (2006), a fumaça do tabaco contém aproximadamente 172 substâncias tóxicas, incluindo três poluentes ao ar exterior, 33 poluentes atmosféricos perigosos, 47 substâncias químicas restritas e consideradas como resíduos perigosos e 67

agentes cancerígenos para seres humanos e animais. Ressalta-se que a concentração de poluição causada pela fumaça do tabaco é determinada pela densidade da fumaça expelida pelos fumantes e pela taxa de ventilação do ambiente, enquanto a poluição causada pela fumaça de tabaco em ambientes abertos depende também da velocidade e da direção do vento e da estabilidade da fumaça na atmosfera. Estudos revelaram que as concentrações de fumaça podem persistir por muito tempo em ambientes fechados e se dissipar para áreas distantes quando em ambientes abertos, expondo as pessoas aos mesmos perigos daquelas que estão em ambientes confinados. Dessa maneira, os estudos demonstraram que, independentemente da direção do vento, a fumaça do tabaco pode estar tão elevada em ambientes abertos quanto os níveis de fumaça nos ambientes fechados, o que reforça o risco do fumo passivo mesmo em locais considerados arejados.

Pesquisa pioneira, realizada no Brasil, revelou que biomonitoramento vegetal é uma ferramenta eficaz para avaliar a exposição dos efeitos da fumaça do tabaco no meio ambiente, em particular em áreas ao ar livre. As áreas com a presença de fumantes apresentaram maiores níveis de fumaça tóxica proveniente do fumo ativo, bem como foi identificada maior genotoxicidade e elementos tóxicos nas folhas das plantas quando comparadas com os níveis em plantas de ambientes livres de fumaça do cigarro. Isso revela que fumar ao lado de um vasinho de planta pode impregnar o vegetal com a fumaça de segunda mão. Inferiu-se, desse resultado, que, mesmo ao ar livre, não existe segurança para os não fumantes e que o biomonitoramento vegetal dos efeitos da fumaça do tabaco no meio ambiente poderia ser utilizado como uma ferramenta de baixo custo e fácil manuseio para avaliar o risco da fumaça tóxica ambiental em áreas ao ar livre (FLECK et al., 2016).

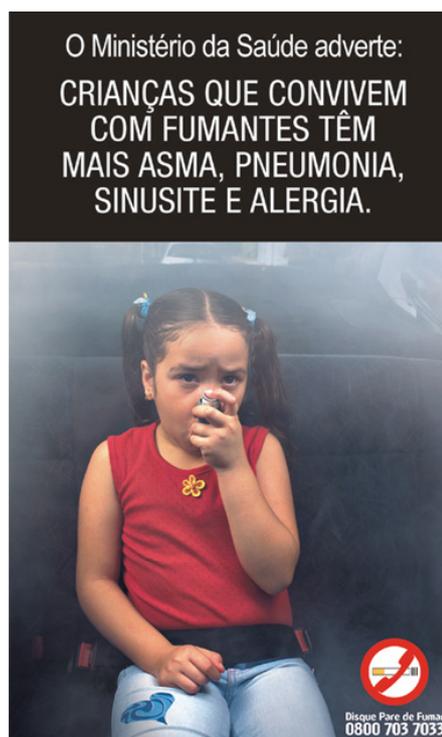
Apesar de existir um amplo consenso sobre o impacto na saúde causado pelo uso do tabaco e a exposição ao fumo passivo, os pesquisadores estão levantando a questão da importância e das consequências do fumo de terceira mão. A fumaça do tabaco impregnada em cabelos, roupas e tecidos, como cortinas e carpetes, é considerada fumo de terceira mão causado pelo efeito residual do cigarro que permanece mesmo depois de ele ter sido apagado. No entanto, uma grande parcela da população ignora esse tipo de fumaça, em especial os fumantes.

Estudos apontaram que essa fumaça impregnada em ambientes frequentados por fumantes é prejudicial à saúde das crianças (Figura 4), pois os efeitos tóxicos são mais graves em

decorrência da sensibilidade cerebral aos níveis de toxina. Além disso, as crianças tendem a brincar próximas ao chão e a outras superfícies onde as toxinas se depositam, assim, estariam mais expostas à contaminação. Em razão de sua respiração mais rápida, as crianças ingerem duas vezes mais poeira do que os adultos, dessa forma, a exposição à toxina do tabaco pode levar à síndrome de morte súbita infantil provocada por insuficiência respiratória (PROTANO; VITALI, 2011).

Embora os estudos estejam apontando para o perigo da fumaça de terceira mão, algumas autoridades consideram prematuro formular políticas públicas em resposta aos possíveis riscos causados pelas toxinas impregnadas no ambiente. Por outro lado, iniciativas importantes têm sido tomadas por grupos de voluntários, a fim de criar ambientes realmente livres de toda e qualquer fumaça de tabaco. Grandes redes de hotéis internacionais, empresas de aluguel de automóveis e outras adotaram a proibição completa ou parcial do fumo para proteger os não fumantes dos efeitos persistentes da fumaça do tabaco. Enquanto as evidências científicas não forem contundentes, é possível abordar essa questão, apontando para o fato de a fumaça do tabaco ter um odor desagradável, além de poder causar irritação nos olhos e na garganta, o que pode servir de alerta aos não fumantes sobre ambientes poluídos pelo tabaco e a necessidade de torná-los livres dessa poluição (SLEIMAN et al., 2010).

Para alcançar esse objetivo, será necessário sensibilizar o público sobre os riscos do fumo de terceira mão, desenvolvendo políticas em nível local e em empresas privadas. A partir de então, as pesquisas nesse campo deverão ser incentivadas para melhor compreensão dos mecanismos químicos e toxicológicos sobre a poluição e a exposição à fumaça de terceira mão, bem como suas implicações para a saúde dos fumantes e não fumantes. Os resultados dessas pesquisas poderão ser surpreendentes e reforçar as medidas já existentes no controle



**Figura 4** – Advertências em maços de cigarros comercializados no Brasil  
Fonte: Instituto Nacional de Câncer, 2008.

do tabaco, auxiliando na prevenção da iniciação do tabagismo e no aumento da adesão aos programas de cessação, e reduzindo os efeitos cumulativos do uso do tabaco sobre a morbidade e mortalidade da população (MATT et al., 2011).

### **Danos causados pela exposição à fumaça ambiental do tabaco**

As pesquisas realizadas sobre os danos causados pela exposição à fumaça do tabaco no ambiente demonstraram que não existem níveis seguros de exposição para fumantes e não fumantes (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2006).

Pequenas exposições podem causar imediatamente lesões cardiovasculares que geram riscos comparáveis com o tabagismo crônico, ou seja, os danos são equivalentes aos riscos dos fumantes ativos que consomem de um a nove cigarros por dia (BARNOYA; GLANTZ, 2005). As principais reações no sistema cardiovascular vão desde inflamação e alterações agudas na parte interna dos vasos sanguíneos (endotélio), vasoconstrição, aumento da agregação plaquetária e formação de trombos e outras alterações, até culminância em manifestações agudas de infarto e trombozes, em especial nas pessoas que possuem doença coronariana prévia (PITSAVOS et al., 2002; RAUPACH et al., 2006).

Em razão dos riscos de doenças coronarianas em não fumantes expostos à fumaça ambiental do tabaco, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), dos Estados Unidos, recomendou a todos os pacientes sob o risco de doença arterial ou coronariana que evitem recintos onde é permitido fumar (PLESCIA et al., 2005).

A fumaça do tabaco libera substâncias cancerígenas cujo contato pode causar doenças graves e fatais como o câncer de pulmão e outras doenças respiratórias agudas ou crônicas entre pessoas não fumantes. Em crianças, em razão de sua elevada frequência respiratória, há maior probabilidade de desenvolvimento de doenças como bronquite, pneumonia, asma, infecções do ouvido médio e síndrome da morte súbita infantil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

A principal substância carcinógena pulmonar específica do tabaco chama-se NNK (4-(metilnitrosamino)-1-(3-piridil)-1-butanona) e pode ser identificada por meio de exames

de urina em fumantes. No entanto, essa substância é identificada na urina de não fumantes após contato com a fumaça ambiental do tabaco. Estudos comprovaram que, a cada hora de exposição a essa substância, sua concentração aumenta em 6%. Outros resultados de pesquisas demonstraram que profissionais, como os garçons não fumantes, expostos à fumaça ambiental do tabaco em bares e restaurantes, apresentam duas vezes mais chances de desenvolverem câncer de pulmão do que não fumantes não expostos à poluição tabagística ambiental (STARK et al., 2007).

### Mortes em razão do tabagismo passivo

O tabagismo passivo é a terceira causa de morte evitável no mundo, sendo precedida apenas do tabagismo ativo e do consumo de álcool. Nos Estados Unidos, estima-se que 3.400 mortes de não fumantes por ano sejam causadas por câncer de pulmão em razão do tabagismo passivo, e cerca de 46 mil mortes sejam em decorrência das doenças cardiovasculares. Na Europa, o número de mortes em razão do tabagismo passivo alcança mais de 79 mil adultos nos 25 países da União Europeia. Somente no Reino Unido, a morte por tabagismo passivo alcançou 2.700 não fumantes por ano (FIRST-EVER..., 2006; JAMROZIK, 2005; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2006).

No Brasil, esse número alcança pelo menos 2.655 não fumantes por ano, ou seja, a cada dia, sete pessoas não fumantes morrem por doenças causadas pela exposição passiva à fumaça do tabaco (COSTA et al., 2008). Dessas mortes, a maioria atinge mulheres (60,3%). Ressalta-se que esse estudo considerou apenas a exposição ocorrida no domicílio e as mortes de não fumantes cujas causas foram doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração e câncer de pulmão, o que indica que esses dados parciais não representam a gravidade do tabagismo passivo no país.

### Custos do tabagismo passivo

Segundo a Sociedade de Estatística dos Estados Unidos, os custos do tabagismo passivo no país para a economia são de aproximadamente 10 bilhões de dólares anuais, sendo 5 bilhões gastos com custos médicos e 4,6 bilhões com perdas de produtividade no trabalho. Essa

estimativa não levou em consideração a exposição dos jovens ao tabagismo passivo (BEHAN; ERIKSEN; LIN, 2005; FRANCIS, 2005).

Em Hong Kong, os custos médicos anuais diretos e de longo prazo, incluindo a perda de produtividade em decorrência do tabagismo passivo, alcançam aproximadamente 156 milhões de dólares (MCGHEE et al, 2006). Na Austrália, pesquisa realizada pela Universidade de Melbourne apontou que os custos da exposição de uma criança ao tabagismo passivo podem chegar a 30 mil dólares anuais (FRIJTERS et al., 2006).

No Brasil, estudos semelhantes, realizados pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), demonstraram que o tabagismo passivo custa em torno de 37 milhões de reais por ano. O Sistema Único de Saúde (SUS) investe aproximadamente 20 milhões de reais anualmente em diagnóstico e tratamento de doenças relacionadas ao tabagismo passivo, e o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) gasta mais de 18 milhões anuais com o pagamento de pensões e benefícios decorrentes de doenças associadas ao tabagismo passivo. Esses estudos consideraram somente exposições domiciliares e apenas algumas das condições causadas pelo fumo passivo, o que representa somente uma parte do grande iceberg que atinge economicamente a saúde e a seguridade social do país (ARAÚJO, 2008; COSTA et al., 2008).

Pesquisa realizada no Brasil sobre os custos totais atribuíveis ao tabagismo apontaram que, em 2011, os gastos para o SUS alcançaram 23.374.477.024,00 de reais, sendo os maiores custos observados para tratamento das doenças cardíacas, deficiência pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e acidente vascular cerebral (AVC). O tabagismo passivo e as causas perinatais geraram gastos que representaram 11,5% do total (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015).

### **Tendências mundiais para proteção dos riscos do tabagismo passivo**

A OMS lançou a campanha no Dia Mundial sem Tabaco (2007) com o *slogan* *Ambientes 100% Livres de Fumo é a única resposta*, na qual estimulou os países a fortalecerem suas legislações a fim de banir completamente o fumo nos ambientes coletivos fechados (Figura 5).



**Figura 5** – Dia Mundial sem Tabaco, 2007  
Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde, 2007.

Desde então, o mundo vem experimentando um período de mudança de paradigma ocasionada pela ampliação do conhecimento e a geração de novas tecnologias, inclusive na área da saúde. Na área do direito, esses conhecimentos contribuem para garantir aos cidadãos o respeito e o cumprimento dos princípios constitucionais de direito à saúde e à vida.

Nessa perspectiva, diversos países adotaram legislações para banir o fumo de ambientes fechados, como Uruguai, Irlanda, Escócia, França, Inglaterra, Áustria, Nova Zelândia e África do Sul, totalizando 22 países (ERIKSEN et al., 2015).



# IMPACTO DAS LEIS BANINDO O ATO DE FUMAR EM RECINTOS COLETIVOS

## Impacto sobre a saúde e a economia

Após a adoção de leis banindo o ato de fumar em recintos coletivos em vários países e cidades do mundo, estudos demonstraram a redução significativa de sintomas respiratórios entre os trabalhadores de bares e restaurantes e também a diminuição do número de internações por doença cardiovascular aguda.

Na Escócia, por exemplo, houve uma redução de 17% no número total de internações por doença coronariana aguda após dez meses de adoção dessa medida. Na Irlanda, o banimento do ato de fumar em bares representou uma redução de 83% na concentração de partículas tóxicas, de 81% de monóxido de carbono e de 80% na concentração de benzeno, um importante carcinógeno. Observou-se também a redução dos sintomas respiratórios dos trabalhadores desses estabelecimentos comerciais. Estudo conduzido em Nova York revelou que esses sintomas em trabalhadores em locais semelhantes caíram 88%. Nos Estados Unidos, no município de Helena, em Montana, a mesma medida ocasionou a queda em 40% das internações hospitalares causadas por infarto do miocárdio em apenas seis meses após a entrada em vigor da medida proibitiva (FARRELLY et al., 2005; GOODMAN et al., 2007; JILL et al., 2008; PECHACEK; BABB, 2004, SARGENT; SHEPARD; GLANTZ, 2004).

Estudo realizado em seis países (México, Paquistão, Indonésia, Chad, Bangladesh e Índia), com o objetivo de monitorar a qualidade do ar em bares e restaurantes, revelou altas concentrações de poluentes derivados da fumaça do tabaco. Os pesquisadores sugerem o fortalecimento da legislação antitabaco de acordo com os princípios do art. 8º da CQCT/OMS para proteção das pessoas contra a fumaça do tabaco (JACKSON-MORRIS et al., 2016).

Em 2008, o Ministério da Saúde canadense realizou uma revisão das pesquisas conduzidas sobre o impacto econômico das leis que proíbem fumar em recintos coletivos em países como Canadá, Estados Unidos e Austrália. As evidências dos estudos levaram à conclusão

de que as leis proibitivas do tabagismo em ambientes coletivos fechados não impactaram negativamente vendas, receitas, lucros e emprego de estabelecimentos comerciais como restaurantes, bares, hotéis e cassinos. Estudo semelhante, realizado na Espanha, revelou que o incremento da legislação antifumo não prejudicou negativamente o comércio e a hospitalidade (GARCIA-ALTÉS et al., 2015).

Em 2010, um estudo de caso sobre a adoção de ambientes fechados livres de tabaco foi conduzido na cidade de São Paulo. Os resultados demonstraram que 88% da população brasileira apoiava o banimento do fumo em locais fechados. Após a aprovação de legislações antifumo em São Paulo, as pesquisas revelaram que 94% dos paulistas apoiavam a proibição de fumo em locais fechados, e, mesmo entre fumantes, o índice de aceitação da lei alcançou 87% (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2010).

# ART. 8º DA CQCT/OMS - PROTEÇÃO CONTRA OS RISCOS DO TABAGISMO PASSIVO: SITUAÇÃO DO BRASIL

## Legislação nacional

A primeira legislação brasileira que tratou da promoção de ambientes livres de fumo nos locais de trabalho foi aprovada em 1988, por meio de uma portaria interministerial que recomendava a adoção de medidas de controle do tabagismo e de áreas destinadas para os fumantes (BRASIL, 1988b).

Posteriormente, a Lei nº 9.294, de 1996 (BRASIL, 1996), foi criada para restringir o uso e a propaganda de produtos fumígenos, de acordo com o §4º do art. 220 da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB/1988) (BRASIL, 1988a). Esse artigo determina que as propagandas comerciais de tabaco, bebidas alcoólicas, agrotóxicos, medicamentos e terapias estarão sujeitas às restrições legais e conterão, sempre que necessário, as advertências sobre os malefícios decorrentes do seu uso.

A Lei nº 9.294/1996 proibia o uso de todos os produtos fumígenos de tabaco em recintos coletivos, como repartições públicas, hospitais, salas de aula, bibliotecas, ambientes de trabalho, teatros e cinemas (BRASIL, 1996). Na época, a legislação foi considerada um marco para as ações de controle do tabagismo no Brasil, pois representou uma importante iniciativa para proibição do uso de fumo e seus derivados em ambientes coletivos fechados privados ou públicos. Além disso, previa a instituição de normas para a propaganda comercial de produtos de tabaco.

Contudo, a referida lei permitia a criação de espaços isolados, arejados e destinados exclusivamente para fumantes, popularmente chamados de “fumódromos”. Nessa época, a interferência da indústria do tabaco contribuiu para a concepção da existência de espaços compartilhados entre fumantes e não fumantes, particularmente em bares e restaurantes. A

fragilidade do texto legal deu margem a diferentes interpretações, o que dificultou a aplicação e a fiscalização da lei. Na prática, observava-se a simples separação de áreas para fumantes e não fumantes, sem nenhuma proteção física, o que permitia que a fumaça dos produtos de tabaco se dissipasse por todo o ambiente.

Em 2000, foi criada a Lei nº 10.167 (BRASIL, 2000), que proibiu o uso do cigarro e outros produtos de tabaco em aviões e outros veículos de transporte público, fruto da iniciativa do movimento liderado pela Associação Médica Brasileira. Em 2002, a Portaria Interministerial nº 1.498 recomendou às instituições de saúde e educação que adotassem programas para promoção de ambientes livres de fumo.

No entanto, não existia ainda uma legislação nacional capaz de proteger a população, de forma efetiva, dos riscos do tabagismo passivo. Por esse motivo, foram apresentados Projetos de Lei no Congresso Nacional para aperfeiçoar a legislação, atendendo aos requisitos da CQCT/OMS quanto às melhores práticas para proteção da população dos riscos do tabagismo passivo.

A tramitação desses projetos foi longa e dificultada pelo intenso *lobby* das companhias de tabaco e das organizações por elas patrocinadas. Para driblar essa demora, em função da relevância e urgência dessa matéria, gestores de Estados e municípios anteciparam-se e buscaram alterar suas legislações próprias a fim de proibir totalmente o ato de fumar em recintos coletivos. São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Rondônia, Amazonas, Paraíba, Roraima e Paraná foram os Estados pioneiros. Os municípios que se destacaram nessa iniciativa foram Maringá e Cornélio Procópio (PR), Manaus (AM), Belém (PA), Teresina (PI), Goiânia (GO), Juiz de Fora (MG), entre outros.

A partir dessas iniciativas, a pressão da sociedade civil organizada levou o Congresso Nacional a aprovar a Lei nº 12.546, de 2011 (BRASIL, 2011), uma legislação nacional de ambientes livres de tabaco que não permite a existência de áreas internas designadas para o tabagismo. Entretanto, pela forte interferência da indústria do tabaco, essa legislação demorou quatro anos para ser regulamentada, o que ocorreu em dezembro de 2014.

Para aplicação efetiva da legislação, foi necessário definir alguns dos termos utilizados via Decreto nº 8.262, de 2014 (BRASIL, 2014), transcrito a seguir:

Art. 1º O Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art.2º .....

I- RECINTO COLETIVO FECHADO - local público ou privado, acessível ao público em geral ou de uso coletivo, total ou parcialmente fechado em qualquer de seus lados por parede, divisória, teto, toldo ou telhado, de forma permanente ou provisória;

.....

V- LOCAL DE VENDA - área ou espaço fixo e fisicamente delimitado localizado no interior de estabelecimento comercial e destinado à exposição e à venda de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco; e

VI- EMBALAGEM DE PRODUTO FUMÍGENO, DERIVADO OU NÃO DO TABACO - invólucro, recipiente ou qualquer forma de acondicionamento destinado a acondicionar ou empacotar os produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, que sejam comercializados diretamente ao consumidor (BRASIL, 2014).

Os termos “recinto coletivo” e “área devidamente isolada e destinada exclusivamente a esse fim” foram retirados do Decreto, representando o fim dos fumódromos e uma vitória da luta contra o tabagismo passivo no Brasil. Essa mudança na legislação fortaleceu as ações de proteção da saúde dos clientes e trabalhadores de estabelecimentos como bares e restaurantes, os quais estavam expostos diariamente aos efeitos tóxicos da fumaça do tabaco. Assim, essas medidas restritivas sobre o fumo em ambientes coletivos fechados são uma resposta positiva da saúde pública contra o tabagismo passivo, estando de acordo com as determinações da CQCT/OMS.

A legislação nacional pode ser acessada no Observatório Nacional da Política para o Controle do Tabaco<sup>1</sup>.

### **Por que as medidas para banir o ato de fumar em recintos coletivos suscitaram interesses contrários?**

Em 2008, o Brasil possuía uma prevalência de fumantes correspondente a 15% da população acima de 18 anos e, nessa época, havia apoio da sociedade brasileira ao banimento do ato de fumar em recintos coletivos. O Instituto Datafolha conduziu uma pesquisa e entrevistou 1.992

<sup>1</sup> Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/home/legislacao/por\\_tema](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/legislacao/por_tema)>. Acesso em: 19 mar. 2016.

peessoas acima de 18 anos em 120 municípios nas Regiões Sul, Sudeste, Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país. Os resultados da pesquisa revelaram que 88% da população brasileira era contrária ao fumo em locais fechados e também apontou que, entre os fumantes, 80% eram contra fumar em locais fechados, sendo que 69% eram totalmente contra (SMITH; MALONE, 2006).

As evidências científicas demonstraram que o banimento do ato de fumar em ambientes coletivos contribui para reduzir a aceitação social do tabagismo, o que, conseqüentemente, reduz a prevalência de fumantes nas sociedades que adotam essas leis. Contudo, os interesses contrários por parte da indústria foram responsáveis pelo atraso na aprovação de PL importantes para o avanço na legislação brasileira (FICHTENBERG; GLANTZ, 2002).

A indústria do tabaco possui um histórico de estratégias para interferir negativamente nas medidas de saúde pública. Empresas como a British American Tobacco (BAT), Phillips Morris, RJ Reynolds, Brown and Williamson tiveram seus documentos internos revelados e abertos ao público em razão dos inúmeros litígios nos Estados Unidos e no Reino Unido. Esses documentos foram analisados por pesquisadores, organizações e instituições com credibilidade no tema e suas conclusões serviram como base para denúncias das práticas desleais dessas companhias, bem como para auxiliar os governos na implementação de estratégias mais eficientes para o controle e a prevenção do tabagismo.

As análises desses documentos foram publicadas por organizações internacionais de saúde em revistas científicas, como *The American Journal of Public Health* e *British Medical Journal*, e mostraram como e porque essas companhias continuam investindo esforços para impedir a adoção de medidas que proíbem o ato de fumar em ambientes coletivos em todo o mundo (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

As companhias transnacionais do fumo mantêm o mesmo padrão de comportamento nos países em que atuam com o objetivo de impedir medidas de restrição ao fumo em recintos coletivos. Os documentos internos avaliados mostraram que uma de suas estratégias é o financiamento de pesquisadores para que produzam e publiquem estudos científicos enviesados e que se contraponham a estudos científicos fidedignos, o que acaba confundindo o entendimento público sobre os riscos do tabagismo passivo (ALMEIDA, 2012; RAVVEN, 2005;

UNIVERSITY OF CALIFORNIA SAN FRANCISCO, 2007). Dessa maneira, induzem as pessoas a pensar nos riscos do tabagismo passivo somente como uma questão do desconforto causado em não fumantes e propõem a instalação de sistemas de ventilação para minimizar o problema (DROPE; BIALOUS; GLANTZ, 2004).

Por outro lado, apelam para a criação de mitos de que a proibição de fumar em bares, restaurantes e outros estabelecimentos gera perdas econômicas para esses setores. A indústria aprofunda esses conceitos e utiliza um discurso apelativo ligado ao respeito aos princípios democráticos, aos direitos individuais e de liberdade de escolha, bem como às diferenças, à convivência em harmonia como formas de inibir e constranger as pessoas que defendem o banimento do ato de fumar em recintos coletivos.

A indústria do tabaco está sempre aperfeiçoando suas tentativas de impedir as medidas que considera ameaças para o comércio do fumo e atua de forma camuflada para disfarçar seu envolvimento direto nas ações para impedir o banimento do fumo em locais fechados. Por representar um setor que possui recursos econômicos, a indústria financia atividades de associações representativas de setores de entretenimento e hospitalidade, a fim de criar parcerias e aliados na defesa de seus interesses (BARNOYA; GLANTZ, 2002; BIALOUS; SHATENSTEIN, 2002).

No Brasil, a companhia Souza Cruz domina o mercado nacional de fumo e segue essas estratégias de minimizar os efeitos do fumo à saúde, como pode ser observado no próprio site da empresa:

Reconhecemos que o consumo de nossos produtos envolve riscos à saúde. Por sermos uma empresa responsável, não temos poupado esforços para o desenvolvimento de produtos que possam representar potencial menor de risco aos consumidores e estamos comprometidos a trabalhar com todos os setores interessados nessa tarefa (SOUZA CRUZ apud GOMES; FERRAZ; JOHNS, 2013, não paginado).

A Philip Morris também expôs suas estratégias para se contrapor à publicação de uma ampla revisão das evidências científicas sobre os riscos do tabagismo passivo pela IARC, OMS, em 1993:

Objetivos: Retardar o progresso e/ou a liberação do estudo; Interferir nas suas conclusões e declarações oficiais de seus resultados; Neutralizar possíveis resultados negativos

do estudo, particularmente o seu uso como um instrumento regulatório; Contrapor-se ao potencial impacto do estudo na política governamental, opinião pública e ações por empregados e patrões (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010, p. 19).

Em outro documento (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010), a companhia de tabaco Philip Morris manifesta sua preocupação com o efeito da restrição do ato de fumar nos ambientes de trabalho, o que provocaria a redução do consumo, e apresenta como solução a realização de parcerias com estabelecimentos comerciais como bares, restaurantes, hotéis e outros que prestam serviços de hospitalidade, como uma estratégia para se contrapor a medidas como essa:

A total proibição do ato de fumar nos ambientes de trabalho afeta o volume da indústria de tabaco. Os fumantes que enfrentam essas restrições consomem 11%-15% menos do que a média e a taxa de cessação de fumar é 84% maior do que a média. Se fumar fosse banido em todos os locais de trabalho, o consumo médio na indústria se reduziria em 8.7%-10.1%. [...] Hoje a importância de defender solução de ventilação e construção de coalizões com organizações de hospitalidade contrárias ao banimento do ato de fumar em ambientes internos continua como uma prioridade da indústria do tabaco (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010).

Os documentos internos da British American Tobacco, companhia transnacional da qual a Souza Cruz é subsidiária, mostram que a empresa reconhece que os sistemas de ventilação e de filtração do ar são ineficientes para remover a fumaça ambiental do tabaco. Contudo, a empresa vinha promovendo essa tecnologia como opção alternativa ao total banimento do ato de fumar em ambientes coletivos (LEAVELL et al., 2006; SEBRIE; GLANTZ, 2007).

O estabelecimento de alianças com organizações de hospitalidade, por meio do patrocínio e das atividades de interesse dessas organizações, vem sendo colocado em prática no Brasil pela Souza Cruz para impedir as medidas que visam a proibir o ato de fumar em recintos coletivos:

Já são seis as ações ajuizadas pela Associação Brasileira de Bares e Restaurantes (Abrasel) e pela Associação Brasileira de Gastronomia, Hospedagem e Turismo (Abresi). O principal argumento das associações diz respeito ao conflito que a lei estadual, sancionada pelo governador José Serra no último dia 7 de maio, estabelece com a legislação federal (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010, p. 21).

Essas alianças foram responsáveis pelo atraso na homologação das legislações brasileiras contra o ato de fumar em ambientes coletivos. A Souza Cruz estabeleceu uma parceria com a Associação Brasileira de Bares e Restaurantes (Abrasel) que foi claramente exposta na Revista Bares e Restaurantes:

Também mereceu atenção especial na reunião a organização do VII Encontro, que a partir daquele ano passaria a se chamar Congresso Nacional da Abrasel. Realizado em Recife, em junho, o VII Congresso foi valorizado pela divulgação de uma informação importante: o segmento de bares e restaurantes tornara-se o segundo na geração de empregos no país. [...] Com participação de megaforneecedores, como Souza Cruz, Coca-Cola e Nestlé, e apoio do Sebrae e da Embratur, que ofereciam palestras técnicas, o congresso tornou-se o produto mais importante da Abrasel. Ele tornava a associação visível para o próprio segmento, para o mercado, para o governo, para a sociedade (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010, p. 21).

A Souza Cruz foi parceira da Abrasel durante muito tempo, e essa informação constava em sua página na web (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010). A Abrasel é afiliada à Federação Nacional de Hotéis, Restaurantes, Bares e Similares (FNHRBS) que moveu ação judicial contra a medida antifumo adotada pela prefeitura do Rio de Janeiro. Outra associação importante foi a que ocorreu entre a Souza Cruz e o sistema da Confederação Nacional do Turismo/Associação Brasileira de Gastronomia, Hospedagem e Turismo (CNTur/Abresi), da Federação de Hotéis, Restaurantes, Bares e Similares do Estado de São Paulo (Fhoresp) e do Sindicato de Hotéis, Bares, Restaurantes e Similares de São Paulo (SinHoRes-SP) cujo patrocínio foi publicado no jornal A Tribuna, considerado o maior veículo oficial do Sindicato Patronal do Setor de Hotéis, Restaurantes, Bares e Similares (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2012). Isso também se aplicou à Associação Brasileira de Gastronomia, Hospedagem e Turismo (Abresi):

Instituto Percival Maricato (IPM) de Educação recebeu R\$ 18 mil de verba de patrocínio da Souza Cruz para realizar cursos de aperfeiçoamento para proprietários e profissionais de bares. Maricato é também diretor adjunto jurídico da Associação Brasileira de Bares e Restaurantes (Abrasel), em cujo site a Souza Cruz aparece como parceira. A Associação Brasileira de Gastronomia, Hospedagem e Turismo (Abresi) recebeu doação para a "manutenção de suas atividades" há dois anos. A Abresi é presidida por Nelson de Abreu. [...] No final do mês de setembro, iniciaremos os cursos do Projeto "Excelência no Atendimento",

no qual temos como parceiro a empresa Souza Cruz. Acompanhe nosso calendário de cursos e faça já sua inscrição. Informe-se no Sindicato (Sindicato de Hotéis, Restaurantes, Bares e Similares da Baixada Santista e Vale do Ribeira) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010, p. 23).

Durante muito tempo, essas associações patronais mantiveram-se aliadas à Souza Cruz com o intuito de pressionar a opinião pública e os governantes contra as leis que visavam a proibir o ato de fumar em recintos coletivos. Essas entidades ignoraram que as medidas de restrição do fumo trazem benefícios para trabalhadores e patrões dos setores de hospitalidade e entretenimento (ALCADE, 2009).

As legislações que protegem os trabalhadores e instituem a responsabilidade patronal foram ignoradas por essas entidades. Por exemplo, a Consolidação de Leis Trabalhistas (CLT), em seu art. 157, prevê que a empresa deve ter a responsabilidade de cumprir e fazer cumprir as normas de segurança e medicina do trabalho, além de instruir seus empregados com relação às precauções para evitar acidentes ou doenças ocupacionais (BRASIL, 1943).

Outra norma ignorada foi a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho nº 09 (NR 09), estabelecida pela Portaria nº 3.214, de 1978, do Ministério do Trabalho. Essa norma estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte dos empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA). Esse programa tem como objetivo a preservação da saúde e a integridade dos trabalhadores, por meio de antecipação, reconhecimento, avaliação e controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venha a existir no ambiente de trabalho, considerando, ainda, a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais (BRASIL, 1978).

Ressalta-se que a NR 09 considera que os riscos ambientais podem ser causados por agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho. Esses agentes, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, podem causar danos à saúde do trabalhador. Sendo assim, a fumaça ambiental do tabaco enquadra-se nessa situação, por ser considerada cancerígena e genotóxica para o homem. Além disso, não existem níveis seguros de exposição ou sistemas de ventilação para ambientes internos capazes de eliminar a exposição e os riscos do tabagismo passivo.

Apesar de a sociedade brasileira apoiar a legislação de ambientes 100% livres da fumaça ambiental, inclusive com a realização de campanhas em restaurantes (Figura 6), a indústria promoveu uma verdadeira campanha contra essa lei, utilizando o argumento de que haveria prejuízos econômicos. No entanto, os estudos internacionais mostravam exatamente o contrário: países, Estados ou cidades que implementaram as leis banindo o fumo em ambientes internos não tiveram perdas econômicas nos setores citados e, no caso de Nova York, houve aumento dos lucros para esses setores (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2014).



**Figura 6** – Peça publicitária da campanha de ambientes livres de tabaco em restaurantes  
Fonte: Instituto Nacional de Câncer, 2008.

## Argumentações sobre a constitucionalidade da adoção de medidas para banimento do fumo em ambientes internos

Em decorrência dos graves riscos causados pelo tabagismo passivo, houve um movimento de gestores e políticos para implementar medidas restritivas de fumo em ambientes coletivos fechados em municípios, cidades e Estados brasileiros, antecipando as mudanças propostas na Lei nº 9.294, de 1996.

Estados como São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Amazonas, Paraíba, Rondônia e Roraima, e municípios (Manaus, Salvador, Goiânia, Juiz de Fora, Belém, Maringá, Cornélio Procópio e Curitiba) criaram legislações próprias, as quais foram ameaçadas por contestações judiciais

promovidas pela Abrasel e outras organizações ligadas aos setores de bares, restaurantes, turismos e hospitalidades, tomando como base o argumento de que as leis propostas eram inconstitucionais.

Essa argumentação foi refutada por juristas que defendiam a tese de que, em caso de medidas relacionadas à saúde pública, não haveria conflito na adoção de padrões mais rígidos em leis municipais ou estaduais em relação às normas gerais da lei federal. Esse entendimento motivou o desembargador Jose Muiños Pinheiro Filho a negar o pedido de liminar contra o Decreto apresentado pelo Sindicato dos Hotéis, Bares, Restaurantes e Similares em 2008 (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010; ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2012).

Do mesmo modo, o Supremo Tribunal Federal (STF) expressou entendimento similar ao julgar o caso da legislação sobre o amianto, cassando uma liminar que anulava os efeitos da lei aprovada em São Paulo que proibia a comercialização de produtos com amianto.

A liminar foi concedida em dezembro do ano passado pelo ministro Marco Aurélio de Mello sob o argumento de que a lei paulista entrava em conflito com lei federal. Os ministros entenderam, porém, que a lei federal é inconstitucional, porque uma convenção da Organização Internacional do Trabalho ), da qual o Brasil é signatário, determina a substituição e proibição do uso do amianto por causar danos à saúde dos trabalhadores (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010, p. 25).

# CONSIDERAÇÕES FINAIS: AVANÇOS E DESAFIOS

A CQCT/OMS é o primeiro tratado internacional que visa a proteger o direito à saúde, um direito humano básico, e, nesse documento, está claramente exposto que o banimento do ato de fumar em recintos coletivos é a melhor forma de proteger todas as pessoas dos graves riscos do tabagismo passivo.

A ratificação da adesão do Brasil à CQCT/OMS pelo Congresso Nacional ocorreu em 2005 e sua promulgação se deu no ano seguinte, por meio do Decreto nº 5.658, de 2006 (BRASIL, 2006). A CQCT/OMS, como um tratado internacional sobre direitos humanos, aprovado pelo Congresso Nacional, assumiu equivalência às Emendas Constitucionais.

O art. 8º da CQCT/OMS obriga os Estados-Partes a implementarem medidas eficazes para a proteção das pessoas contra a exposição à fumaça ambiental do tabaco. Uma das medidas políticas é a adoção de leis que promovam ambientes públicos 100% livres de fumo, pois as evidências científicas demonstram que não existem níveis seguros de exposição à fumaça do tabaco e que medidas paliativas, como sistemas de ventilação e salas reservadas para fumantes, não são eficazes para proteger a saúde e evitar os efeitos nocivos dessa exposição.

A Lei Federal nº 9.294/1996 possuía um hiato que permitia a instalação de fumódromos em praticamente todos os estabelecimentos comerciais do país, o que era incompatível com as premissas da CQCT/OMS com relação ao art. 8º.

Foram necessários longos anos para que o INCA, órgão do Ministério da Saúde e coordenador da PNCT, conseguisse conscientizar a opinião pública e os tomadores de decisão para que enfim a legislação fosse aperfeiçoada a fim de criar ambientes 100% livres do tabaco, adequando a legislação brasileira às determinações da CQCT/OMS.

Agora é necessário fortalecer o papel dos órgãos de vigilância sanitária na fiscalização e na implementação da lei nacional antifumo. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) preparou protocolos de inspeção para assegurar a aplicação integral das disposições legislativas em todo o país. No período de outubro a novembro de 2015, os fiscais sanitários

de Estados, municípios e Distrito Federal receberam treinamento sobre a organização da rotina para realização das ações de controle do tabaco por meio do curso *Comunidade de Práticas sobre Controle do Tabaco para Fiscais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária*, promovido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em parceria com a Anvisa.

Em novembro de 2015, o Brasil comemorou dez anos de ratificação da CQCT/OMS na sede da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) em Brasília. Foi realizado um evento comemorativo, precedido de uma reunião na qual pesquisadores e estudiosos no assunto debateram diversos artigos da CQCT/OMS.

Embora os esforços para prevenir o fumo passivo tenham avançado nos últimos anos, os *experts* reunidos concluíram que há desafios a serem vencidos, os quais estão distribuídos em seis eixos: comércio, fiscalização, legislação, recursos financeiros, população e educação.

### **Comércio**

- Proibir o comércio fixo e ambulante e o consumo em eventos de grande proporção de pessoas, como olimpíadas (em ambientes abertos ou semiabertos).
- Reduzir locais que comercializam e permitem o consumo do tabaco – regulamentação para que o tabaco seja vendido apenas em tabacarias e restrição do comércio em bares, restaurantes e bancas de jornais.
- Adotar novas regras para comercialização, proibição da propaganda e embalagens genéricas de produtos fumígenos derivados ou não do tabaco.
- Combater o contrabando e a falsificação de produtos do tabaco.

### **Fiscalização**

- Aumentar o poder fiscalizatório das Vigilâncias Sanitárias por meio da capacitação profissional e do aumento do número de profissionais (gestão de pessoas).
- Fiscalizar o comércio de produtos derivados do tabaco em eventos públicos (shows, casas de eventos) e locais fechados, onde é proibido seu uso.
- Investir e manter recursos financeiros para a fiscalização, a fim de garantir o cumprimento da legislação, tornando os órgãos fiscalizadores fortalecidos e atuantes.

- Efetivar a fiscalização do cumprimento da lei que institui os ambientes livres do tabaco.
- Controlar os ambientes para que permaneçam livres da fumaça dos derivados do tabaco.
- Criar um canal para empoderar a população nas ações fiscalizatórias.

### **Legislação**

- Promover campanhas de divulgação da legislação antifumo.
- Aplicar a legislação em todos os estabelecimentos de uso coletivo (públicos ou privados) a fim de garantir ambientes totalmente livres de fumo, não permitindo exceções.
- Ampliar a legislação em vigor para conquistar ambientes livres do tabaco em locais públicos abertos.

### **Recursos financeiros**

- Disponibilizar recursos financeiros com a finalidade de fortalecer o programa educativo de prevenção ao uso do tabaco.
- Sensibilizar os gestores estaduais e municipais (secretários, subsecretários e superintendentes) quanto à disponibilização de recursos financeiros e materiais para aumentar o impacto do poder fiscalizatório das vigilâncias sanitárias.
- Enfrentar a interferência da indústria do tabaco, aprimorando a legislação e tendo o apoio do judiciário para o seu cumprimento.

### **População e educação**

- Conscientizar e sensibilizar a população, fumante e não fumante, os profissionais de saúde e os estabelecimentos comerciais quanto aos malefícios do fumo passivo em ambientes fechados, por meio de ações educativas.
- Abolir o conceito de áreas de fumantes ("fumódromos") e assim extinguir completamente áreas reservadas para fumantes em ambientes públicos, particularmente bares e restaurantes.
- Reduzir os agravos relacionados ao acesso a produtos derivados do tabaco na população brasileira.

- Criar uma política voltada à educação e à informação para a população jovem sobre as consequências para a saúde do uso de substâncias derivadas do tabaco, especialmente novos produtos (narguilé e cigarro eletrônico).

Diante do exposto, é possível afirmar que os avanços no controle do tabagismo, em relação à proteção contra a exposição à fumaça do tabaco, dependem de uma visão de futuro baseada em metas e estratégias:

- Ampliar e aprimorar a legislação sobre áreas 100% livres de tabaco, incluindo ambientes abertos e semiabertos onde houver concentração de pessoas em eventos e atividades de lazer ou trabalho.
- Promover fóruns para rediscutir as exceções existentes em algumas legislações vigentes que permitem a venda e consumo de produtos de tabaco, visando a banir o consumo de tabaco em hospitais e a restringir seu consumo e venda em tabacarias.
- Identificar atores e parceiros, seja no parlamento, seja na iniciativa popular.
- Garantir o cumprimento da legislação sobre áreas 100% livres de fumo e outras legislações pertinentes ao controle do tabaco.
- Promover campanhas educativas de forma contínua sobre o tabagismo.
- Sensibilizar gestores públicos, parlamentares e judiciário.
- Aprimorar a legislação, criando mecanismos legais que protejam as crianças e os adolescentes da fumaça do tabaco em locais como carros e residências.
- Fortalecer os órgãos fiscalizadores (gestão de pessoas e recursos financeiros).
- Empoderar a população, criando canais de denúncia.
- Realizar pesquisas de opinião e científicas para instrumentalizar as ações que promovam efetivamente os ambientes 100% livres de tabaco.

# REFERÊNCIAS

- ALCADE, L. Souza Cruz doou para entidades. O Estado de São Paulo, São Paulo, 7 abr. 2009. Disponível em: <<http://vida-estilo.estadao.com.br/noticias/geral,souza-cruz-doou-para-entidades,351127>>. Acesso em: 22 dez. 2015.
- ALMEIDA, G. E. G. A interferência da indústria do tabaco na aprovação da lei federal nº 12.546 de 2011 para ambientes livres de fumo. 2012. 86 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Direito Sanitário) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. Building public awareness about passive smoking hazards. [Atlanta], 2003. (Tobacco Control Strategy Planning, Companion Guide, 1). Disponível em: <[http://www1.paho.org/English/AD/SDE/RA/Guide1a\\_SecondhandSmoke.pdf](http://www1.paho.org/English/AD/SDE/RA/Guide1a_SecondhandSmoke.pdf)>. Acesso em: 23 dez. 2015.
- AMERICANS FOR NONSMOKERS' RIGHTS. Smokefree Outdoor Air. Berkeley, 2016. Disponível em: <<http://no-smoke.org/learnmore.php?id=669>>. Acesso em: 19 mar. 2017.
- ARAÚJO, A. J. Impacto do Custo de Doenças relacionadas com o tabagismo passivo no Brasil. [2008]. Apresentação em PPT. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwja8dXo3t7SAhWInJAKHZQhCvUQFggjMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.inca.gov.br%2Ffinca%2FArquivos%2FTabagismo%2Fcustostabagismopassivo29102008.ppt&usq=AFQjCNHU7W14wHVpCe1TY-MMB7JhJlzcGg>>. Acesso em: 16 mar. 2017. Citado
- BARNOYA, J.; GLANTZ, S. A. Cardiovascular effects of secondhand smoke: nearly as large as smoking circulation. American Heart Association, Dallas, v. 111, n. 20, p. 2684-2698, 2005.
- BARNOYA, J.; GLANTZ, S. A. Tobacco industry success in preventing regulation of secondhand smoke in Latin America: the "Latin Project". Tobacco Control, London, v. 11 n. 4, p. 305-314, 2002.
- BEHAN, D. F.; ERIKSEN, M. P.; LIN, Y. Economic effects of environmental tobacco smoke. Society of Actuaries: Schaumburg, 2005. Disponível em: <<https://www.soa.org/research/research-projects/life-insurance/research-economic-effect.aspx>>. Acesso em: 22 dez. 2015.
- BIALOUS, S. A. et al. A resposta da indústria do tabaco à criação de espaços livres de fumo no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, DC, v. 27, n. 4, p. 283-290, 2010.
- BIALOUS, S. A.; SHATENSTEIN, S. Profits over people: tobacco industry activities to market cigarettes and undermine Public Health in Latin America and the Caribbean. Pan American Health Organization: [Washington, DC], 2002. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/2807/Profits%20Over%20People.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 22 dez. 2015.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988a.
- BRASIL. Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Diário Oficial de União, Brasília, DF, 3 jan. 2006. Seção 1, p. 1.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 ago. 1943. Seção 1, p. 11937.
- BRASIL. Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 de jul. 2014. Seção 1, p. 1.
- BRASIL. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 16 jul. Seção 1, p. 13074.
- BRASIL. Lei nº 10.167, de 27 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2000. Seção 1, p. 3.
- BRASIL. Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 dez. 2011. Seção 1, p. 3.

- BRASIL. Portaria n.º 3.257 de 22 de Setembro de 1988. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26. Set. 1988b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_vigilancia\\_alimentar.php?conteudo=pnsn](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=pnsn)>. Acesso em: 3 abr. 2017.
- BRASIL. Portaria n.º 3.214, de 8 de junho de 1978. Diário Oficial de União, Brasília, DF, 6 jul. 1978. Seção 1, p. 65.
- CALIFORNIA ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant: part A: exposure assessment. Sacramento, CA, 2005. Disponível em: <[http://www.arb.ca.gov/toxics/id/summary/etspt\\_a.pdf](http://www.arb.ca.gov/toxics/id/summary/etspt_a.pdf)>. Acesso em: 6 abr. 2016.
- CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Smokefree policies do not hurt the hospitality industry. Atlanta, GA, 2016. Disponível em: <[https://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/secondhand\\_smoke/protection/hospitality/](https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/protection/hospitality/)>. Acesso em: 18 mar. 2017.
- COSTA, A. J. L. et al. Mortalidade atribuível ao tabagismo passivo na população urbana do Brasil. Rio de Janeiro: Inca, [2008]. Apresentação em PPT. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/Tabagismo/estudomorte\\_tabagismo\\_passivofinal.ppt](http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/Tabagismo/estudomorte_tabagismo_passivofinal.ppt)>. Acesso em: 22 dez. 2015.
- DROPE, J.; BIALOUS, S. A.; GLANTZ, S. A. Tobacco industry efforts to present ventilation as an alternative to smoke-free environments in North America. Tobacco Control, London, v. 13, p. i41-i47, 2004. Supplement 1.
- ERIKSEN, M. et al. The Tobacco Atlas. 5. ed. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2015.
- FARRELLY, M. C. et al. Changes in hospitality workers' exposure to secondhand smoke following the implementation of New York's smoke-free law. Tobacco Control, London, v. 4, n. 4, p. 236-241, 2005.
- FICHTENBERG, C. M.; GLANTZ, S. A. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. BMJ, London, v. 325, n. 7357, p. 188, 2002.
- FIRST-EVER EU figures on passive smoking deaths provoke call for action. [S.l.: s.n.], 2006. Disponível em: <[http://www.smokefreepartnership.eu/images/event-file/Lifting\\_the\\_smokescreen\\_press\\_release.pdf](http://www.smokefreepartnership.eu/images/event-file/Lifting_the_smokescreen_press_release.pdf)>. Acesso em: 18 mar. 2017.
- FLECK, A. S. et al. Monitoring an outdoor smoking area by means of PM2.5 measurement and vegetal biomonitoring. Environmental science and pollution research international, Landsberg, v. 23, n. 21, p. 21187-21194, 2016.
- FOCCHI, G. R. A. (Org.). Tabagismo: dos fundamentos ao tratamento. São Paulo: Lemos, 2006.
- FRANCIS, T. Study tallies annual cost of secondhand smoke. The Wall Street Journal, New York, 17 ago. 2005. Disponível em: <<http://www.wsj.com/articles/SB112423864800615088>>. Acesso em: 22 dez. 2015.
- FRIJTERS, P. et al. Quantifying the Cost of Passive Smoking on Child Health: Evidence from Children's Cotinine Samples. Social Science Research Network. v. 174, n. 1, p. 195-212, 2006.
- GARCIA-ALTÉS, A. et al. Economic impact of smoke-free legislation: did the Spanish Tobacco Control Law affect the economic activity of bars and restaurants? Nicotine & tobacco research, Abingdon, v. 17, n. 11, p. 1397-1400, 2015.
- GOMES, F. S.; FERRAZ, M. A.; JOHNS, P. Histórico das indústrias de tabaco e de alimentos ultra-processados como vetores de doenças: lições aprendidas e estratégias de enfrentamento convergentes. In: INFÂNCIA E COMUNICAÇÃO: marcos legais e políticas públicas, 2013. Anais... Brasília, DF: ANDI, 2013. Disponível em: <[http://actbr.org.br/uploads/conteudo/790\\_Artigo\\_tabaco\\_alimentos.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/790_Artigo_tabaco_alimentos.pdf)>. Acesso em: 13 abr. 2017.

GOODMAN, P. et al. Effects of the Irish smoking ban on respiratory health of bar workers and air quality in Dublin pubs. *American journal of respiratory and critical care medicine*, New York, v. 175, n. 8, p. 840-845, 2007.

HAKANSTA, C. Workplace smoking – working paper: a review of national and local practical and regulatory measures. Geneva: International Labour Organization, 2004.

HAMMOND, R; ROWEELL, A. Trust Us: We're the Tobacco Industry. [London]: Action on Smoking and Health, [2001]. Disponível em: <[http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH\\_135.pdf](http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_135.pdf)>. Acesso em: 22 dez. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de orçamento familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2012. Rio de Janeiro, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Rio de Janeiro, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Tabagismo passivo: a importância de uma legislação que gere ambientes 100% livres de fumaça de tabaco: nota técnica. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/home/dados\\_numeros/prevalencia-de-tabagismo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia-de-tabagismo)>. Acesso em: 12 jan. 2016.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. Workplace smoking: working paper: a review of national and local practical and regulatory measures. Geneva, 2004. Disponível em: <[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed\\_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms\\_108424.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_108424.pdf)>. Acesso em: 4 jan. 2016.

JACKSON-MORRIS, A. et al. Low cost air quality monitoring methods to assess compliance with smoke free regulations: a multicenter study in six low and middle-income countries. *Nicotine & Tobacco Research*, Abingdon, v. 18, n. 5, p. 1258-1264, 2016.

JAMROZIK, K. Estimate of deaths attributable to passive smoking among UK adults: database analysis. *BMJ*, London, v. 330, n. 7495, p. 812, 2005.

JILL, P. et al. Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 359, n. 5, p. 482-491, 2008.

LEAVELL, N. R. et al. Blowing Smoke: British American Tobacco's air filtration scheme. *BMJ*, London, v. 332, n. 7535, p. 227-229, 2006.

LICHT, A. S. et al. Secondhand smoke exposure levels in outdoor hospitality venues: a qualitative and quantitative review of the research literature. *Tobacco Control*, London, v. 22, n. 3, p. 172-179, 2013.

MATT, G. E. et al. Thirdhand Tobacco Smoke: Emerging evidence and Arguments for a Multidisciplinary Research Agenda. *Environmental health perspectives*, Research Triangle Park, v. 119, n. 9, p. 1218-1226, 2011.

MCGHEE, S. M. et al. Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking in Hong Kong. *Tobacco Control*, London, v. 15, n. 2, p. 125-130, 2006.

MENEZES, M. P. Interferências da indústria do fumo nas políticas públicas de saúde para o controle do tabagismo no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, 2014.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (Estados Unidos da América). Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. [Bethesda], 2012. (Smoking and Tobacco Control Monographs, 10).

OBERG, M. et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*, Amsterdam, v. 377, n. 9760, p. 139-46, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. [Genebra], [2003]. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/5a3abd004eb68a22a09bb2f11fae00ee/Conven%C3%A7%C3%A3o-Quadro+para+o+Controle+do+Tabaco+em+portugu%C3%AAs.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=5a3abd004eb68a22a09bb2f11fae00ee> >. Acesso em 3 abr. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. São Paulo Respira Melhor: adoção de ambientes fechados livres de tabaco no maior estado brasileiro. Brasília, DF, 2010

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil) Respira Brasil: as legislações de ambientes livres de fumo das cinco regiões do Brasil. Brasília, DF: Opas, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Respire à vontade*. Washington, DC, 2007. Disponível em: < [http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/translations/WNTD\\_2007\\_brochure\\_Portuguese.pdf?ua=1](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/translations/WNTD_2007_brochure_Portuguese.pdf?ua=1) >. Acesso em: 19 mar. 2017.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Second Hand Smoke and Tobacco Industry*. Washington, DC, 2001. Disponível em: <<http://www.paho.org/english/ad/sde/ra/wntd-factsheet3.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2016.

PECHACEK, T. F.; BABB, S. How acute and reversible are the cardiovascular risks of secondhand smoke? *BMJ*, London, v. 328, n. 7446, p. 980-983, 2004.

PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1283-1287, 2015.

PITSAVOS, C. et al. Association between exposure to environmental tobacco smoke and the development of acute coronary syndromes: the CARDIO2000 case-control study. *Tobacco Control*, London, v. 11, n. 3, p. 220-225, 2002.

PLESCIA, M. et al. Protecting Workers from Secondhand Smoke in North Carolina. *North Carolina medical journal*, Winston-Salem, v. 66, n. 3, p. 186-191, 2005.

PROTANO, C.; VITALI, M. The new danger of thirdhand smoke: why passive smoking does not stop at secondhand smoke. *Environmental health perspectives*, Research Triangle Park, v. 119, n. 10, p. A422, 2011.

RAUPACH, T. et al. Secondhand smoke as an acute threat for the cardiovascular system: a change in paradigm. *European Heart Journal*, London, v. 27, n. 4, p. 386-392, 2006.

RAVVEN, W. Tobacco industry pays scientists to challenge secondhand smoke's link to infant death risk. San Francisco: University of California San Francisco, 2005. Disponível em: <<https://www.ucsf.edu/news/2005/03/5261/tobacco-industry-pays-scientists-challenge-secondhand-smokes-link-inf>>. Acesso em 23 dez. 2015. University of California, 2005

REPACE, J. Controlling tobacco smoke pollution. *ASHRAE IAQ applications*, v. 6, n. 3, p. 11-15, 2005. Disponível em: < <http://www.repace.com/pdf/iaqashrae.pdf> >. Acesso em: 4 jan. 2016.

REPACE, J. L. Fact sheet: outdoor air pollution from secondhand smoke, 2008. Disponível em: <[http://www.repace.com/pdf/OTS\\_FACT\\_SHEET.pdf](http://www.repace.com/pdf/OTS_FACT_SHEET.pdf) >. Acesso em: 6 abr. 2016.

REPACE, J. L.; JOHNSON, K. C. Can displacement ventilation control secondhand ETS? ASHRAE IAQ applications, v. 7, n. 4, p. 3-6, 2006. Disponível em: <[http://www.repace.com/pdf/Black\\_Dog\\_Pub\\_Study.pdf](http://www.repace.com/pdf/Black_Dog_Pub_Study.pdf)>. Acesso em: 18 mar. 2017.

SARGENT, R. P.; SHEPARD, R. M.; GLANTZ, S. A. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ*, London, v. 328, n. 7446, p.977-980, 2004.

SEBRIE, E. M.; GLANTZ, S. A. "Accommodating" smoke-free policies: tobacco industry's Courtesy of Choice programme in Latin America. *Tobacco Control*, London, v. 16, n. 5, p. e6, 2007.

SLEIMAN, M. et al. Formation of carcinogens indoors by surface-mediated reactions of nicotine with nitrous acid, leading to potential third hand smoke hazards. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, Washington, DC, v. 107, n. 15, p. 6576-6581, 2010.

SMITH, E. A.; MALONE, R. E. Vamos falar como o fumante: os grupos de direitos dos fumantes da indústria do tabaco. São Paulo: ACT, 2006. Disponível em: <[http://actbr.org.br/uploads/conteudo/121\\_VAMOS-FALAR-COMO-OS-FUMANTES.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/121_VAMOS-FALAR-COMO-OS-FUMANTES.pdf)>. Acesso em: 3 abr. 2017.

SMOKE-FREE environments: smoke-free laws benefit the economy. [Washington, DC]: Tobacco-Free Kids, 2011. Disponível em: <[http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/SF\\_help\\_economy\\_en.pdf](http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/SF_help_economy_en.pdf)>. Acesso em: 3 abr. 2017.

STARK, M. J. et al. The Impact of Clean Indoor Air Exemptions and Preemption Policies on the Prevalence of a Tobacco-Specific Lung Carcinogen Among Nonsmoking Bar and Restaurant Workers. *American journal of public health*, Washington, DC, v. 97, n. 8, p. 1457-1463, 2007.

STATE OF CALIFORNIA. Department of Justice. Master settlement agreement. Sacramento, 2017. Disponível em: <<http://oag.ca.gov/tobacco/msa>>. Acesso em: 22 dez.2015.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general. Atlanta, GA, 2006. Disponível em: <<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/executivesummary.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2015.

UNITED NATIONS. AD Hoc Inter-agency task force on tobacco control: report of the Secretary-General, Geneva, 2006. Disponível em: <[http://www.who.int/tobacco/global\\_interaction/un\\_taskforce/SG\\_UNTF\\_ECOSOC\\_2006.pdf](http://www.who.int/tobacco/global_interaction/un_taskforce/SG_UNTF_ECOSOC_2006.pdf)>. Acesso em: 6 jan. 2016.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA SAN FRANCISCO. UC Study Uncovers Tobacco Industry Efforts to Undermine Secondhand Smoke. San Francisco, 2007. Disponível em: <<https://www.ucsf.edu/news/2007/10/7345/uc-study-uncovers-tobacco-industry-efforts-undermine-secondhand-smoke-li>>. Acesso em: 23 dez. 2015.

WORLD BANK. Smoke-free Workplace. Geneva, 2011. Disponível em: <<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/XTPHAAG/0,,contentMDK:20796948~menuPK:1314827~pagePK:64229817~piPK:64229743~theSitePK:672263,00.html>>. Acesso em: 23 dez. 2015. WORLD BANK, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . Second report of Committee B. Transparency in tobacco control. Geneva, 2001. Disponível em: <[http://www.who.int/tobacco/framework/wha\\_eb/ea5452%5b1%5d.pdf?ua=1](http://www.who.int/tobacco/framework/wha_eb/ea5452%5b1%5d.pdf?ua=1)>. Acesso em: 19 mar. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines on protection from exposure to tobacco smoke. Geneva, 2007a. Disponível em: <[http://www.who.int/fctc/cop/art%20%20guidelines\\_english.pdf?ua=1](http://www.who.int/fctc/cop/art%20%20guidelines_english.pdf?ua=1)>. Acesso em: 19 mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. New guidelines adopted on smoke-free environments. Geneva, 2007b. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr38/en/index.html>>. Acesso em: 23 dez. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The tobacco industry documents: what they tell us, and how to search them: a practical manual. Geneva, 2002. Disponível em: <[http://www.who.int/tobacco/communications/TI\\_manual\\_content.pdf](http://www.who.int/tobacco/communications/TI_manual_content.pdf)>. Acesso em: 23 dez. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tobacco industry interference with tobacco control. Geneva, 2008b. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/83128/1/9789241597340\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/83128/1/9789241597340_eng.pdf)>. Acesso em: 6 jan. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon, 2004. (IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, 83). Disponível em: <<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/mono83.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva, 2008a. Disponível em: <[http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf)>. Acesso em: 23 dez. 2015.

YACH, D.; BETTCHER, D. Globalisation of tobacco industry influence and new global responses. Tobacco Control, London, v. 9, n, 2, p. 206-216, 2000.



Este livro foi impresso em Offset,  
papel couché 115g, 4/4.  
Fonte: Roboto, corpo 11.  
Rio de Janeiro, maio de 2017.

ISBN 978-857318326-9



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



**DISQUE SAÚDE**



Ouvidoria Geral do SUS

Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer  
<http://controlecancer.bvs.br/>