

# A percepção do cumprimento das leis antifumo em bares e restaurantes em três cidades brasileiras: dados do ITC-Brasil

Felipe Lacerda Mendes, André Salem Szklo, Cristina de Abreu Perez, Tânia Maria Cavalcante, Geoffrey T. Fong

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00140315>

## RESUMO

O tabagismo passivo causa sérios e mortais efeitos à saúde. Desde 1996, o Brasil vem avançando na implementação da legislação antifumo em locais públicos fechados. Este artigo busca avaliar a percepção do cumprimento da legislação antifumo nas cidades de Porto Alegre (Rio Grande do Sul), Rio de Janeiro e São Paulo, com base nos resultados da pesquisa ITC-Brasil (*International Tobacco Control Policy Evaluation Project*). Os resultados desta pesquisa mostraram uma redução significativa da proporção de pessoas que notaram indivíduos fumando em restaurantes e bares entre 2009 e 2013 nas três cidades pesquisadas. Paralelamente, houve um aumento da proporção de fumantes que referiram ter fumado na área externa desses estabelecimentos. Tais resultados provavelmente refletem uma implementação exitosa das leis antifumo. Vale ressaltar que ao diminuir a exposição ao fumo passivo, aumentamos ainda mais a desnormalização do tabagismo na população em geral, podendo assim diminuir sua iniciação e aumentar a cessação de fumar.

Hábito de Fumar; Poluição por Fumaça de Tabaco; Legislação

## INTRODUÇÃO

Globalmente, o consumo de tabaco matou 100 milhões de pessoas no século XX, e no século XXI serão cerca de um bilhão de mortes, se os padrões de fumar atuais continuarem [1](#). No Brasil, estudos apontam que o tabagismo causa 147 mil óbitos anualmente [2](#).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem alertado que o ônus econômico e social das doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes e câncer) representa a principal barreira para o cumprimento dos *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* das Nações Unidas. O tabagismo é o único fator de risco comum a esses quatro grupos de doenças não transmissíveis [3](#).

Já o tabagismo passivo é a terceira maior causa de morte evitável no mundo, subsequente ao tabagismo ativo e ao consumo excessivo de álcool [4](#). Pesquisas

sobre tabagismo passivo confirmam os sérios e mortais efeitos à saúde, que se relacionam ao aumento do risco de morte por cardiopatias e cânceres, além de se constituir um importante fator de risco para as crianças (agravamento da asma, doenças respiratórias, pulmonares e síndrome da morte súbita infantil) [5,6](#).

Estima-se que o tabagismo passivo cause mais de 600 mil mortes prematuras por ano no mundo [7](#). No Brasil, a cada dia ao menos sete pessoas morrem por essa causa [8](#).

Segundo dados da *Pesquisa Nacional de Saúde* de 2013, 10,7% dos não fumantes estavam expostos à fumaça de produtos de tabaco no ambiente domiciliar e 13,5% dos não fumantes estavam expostos ao tabagismo passivo nos ambientes de trabalho [9](#).

Para reverter a alarmante epidemia global do tabagismo, em 2003, a 56ª Assembleia Mundial da Saúde aprovou o primeiro tratado internacional de saúde pública, contendo um conjunto de medidas intersetoriais - a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS (CQCT-OMS).

O Brasil ratificou esse tratado no Congresso Nacional em 2005, incorporando suas regras ao ordenamento jurídico nacional (*Decreto nº 5.658/2006*[10](#)). Desde então, as medidas previstas no tratado são o mapa de obrigações a serem cumpridas pelo Estado brasileiro e a Política Nacional de Controle do Tabaco passou a ser orientada por essas obrigações.

A CQCT-OMS reconhece que a ciência demonstrou de maneira inequívoca que a exposição à fumaça do tabaco é causa de mortalidade, morbidade e incapacidade, e determina em seu artigo 8º que os Estados Partes do tratado adotem medidas para proteger suas populações dos riscos do tabagismo passivo em ambientes públicos, locais de trabalho e meios de transporte [11](#). A OMS preconiza que a única forma de proteger integralmente a saúde da população é a proibição total do fumo nos recintos coletivos, como bares, restaurantes, shoppings, unidades de saúde, escolas, empresas etc. [12](#).

No Brasil, desde 1996, a *Lei Federal nº 9.294/1996*[13](#) dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos derivados do tabaco. Originariamente, a lei proibia o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público, com exceção para as áreas específicas destinadas ao fumo instaladas nesses locais (chamadas popularmente de fumódromos), que deveriam ser devidamente isoladas e com arejamento conveniente. A regulamentação da lei trazida pelo *Decreto nº 2.018/1996*[14](#) não era suficientemente clara e explicativa sobre as condições de isolamento e ventilação dos fumódromos. Na prática, os estabelecimentos comerciais faziam uma mera separação física de fumantes e não fumantes num mesmo ambiente, o que permitia que a fumaça do tabaco se espalhasse por todo ar e afetasse todos os seus

frequentadores. Além disso, na maioria desses locais havia prestação de serviços, como em bares e restaurantes, sendo essa, portanto, uma questão de saúde ocupacional, pois os mais afetados eram os trabalhadores expostos aos efeitos tóxicos da fumaça do cigarro durante sua jornada de trabalho.

A Associação Brasileira de Gastronomia, Hospedagem e Turismo, com o apoio da companhia de cigarros Souza Cruz, possuía um programa denominado Convivência em Harmonia, cujo objetivo era orientar proprietários de restaurantes e hotéis para que garantissem “*o respeito aos direitos individuais de fumantes e não fumantes, criando condições para que convivam em harmonia*” [15](#). Esse era um modelo no qual a lei não possuía efetividade, pois não garantia a proteção da população dos riscos associados ao tabagismo passivo, fato comumente observado em todo país.

A cidade de Porto Alegre e (Rio Grande do Sul), por exemplo, possuía uma lei municipal de 2007 que proibia fumar em recintos coletivos, mas facultava a criação de fumódromos mesmo sem definir suas características de delimitação, isolamento e exaustão, tal como a legislação federal de 1996.

Motivados pelas obrigações trazidas pela CQCT-OMS e pelas leis adotadas em diversos países, a partir de 2008, algumas cidades e estados brasileiros passaram a aprovar legislações locais que traziam avanços em relação ao texto da legislação federal, pois proibiram totalmente o tabagismo nos recintos coletivos públicos e privados.

O Estado de São Paulo foi precursor nessa iniciativa, extinguindo os fumódromos em maio de 2009. A proibição de fumar se estendeu aos locais parcialmente fechados em qualquer dos seus lados por parede, divisória, teto ou telhado, ainda que provisórios, onde houvesse a permanência ou circulação de pessoas. Isso significa, por exemplo, que mesas em varandas ou embaixo de toldos num restaurante ou bar também deveriam respeitar a lei.

Seguindo a iniciativa de São Paulo, no mesmo ano foi sancionada a *Lei nº 5.517/2009* [16](#) no Estado do Rio de Janeiro. A lei também determinou a proibição de fumar nos recintos de uso coletivo, total ou parcialmente fechados, acabando com as áreas para fumantes nesses locais. Cabe destacar que a cidade do Rio de Janeiro já contava com uma legislação municipal sobre tema desde 2008 [17](#).

Paralelamente, projetos de lei buscavam alterar a *Lei Federal nº 9.294/1996* para alinhá-la às obrigações assumidas com a CQCT-OMS. Somente em dezembro de 2011 foi aprovada a *Lei Federal nº 12.546/2011* [18](#), proibindo fumar em locais de uso coletivo de todo o país, mesmo que o ambiente seja parcialmente fechado. A lei foi regulamentada pelo *Decreto nº 8.262/1996* [19](#) em 2014.

O objetivo deste estudo é avaliar a percepção do cumprimento da legislação antifumo nas cidades de Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil, com base

nos dados sobre a existência de pessoas fumando em bares e restaurantes, extraídos das Ondas 1 e 2 da *Pesquisa Internacional de Avaliação da Política de Controle do Tabaco (International Tobacco Control Policy Evaluation Project - ITC* na sigla em inglês) realizadas no Brasil em 2009 e 2012-2013.

## Método

Desde 2009, o Brasil é membro da pesquisa ITC, um esforço de colaboração entre organizações internacionais de saúde, pesquisadores e formuladores de políticas em mais de 20 países. Seu objetivo é medir o impacto psicossocial e comportamental das principais políticas da CQCT-OMS nos países e, assim, orientar a formulação e desenvolvimento delas. Todas as pesquisas ITC são desenvolvidas utilizando os mesmos métodos e arcabouço conceitual [20](#).

A pesquisa ITC-Brasil foi conduzida nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. Em cada cidade, foram entrevistados por telefone cerca de 400 fumantes e 200 não fumantes pertencentes aos domicílios aleatoriamente selecionados por meio de um cadastro das linhas telefônicas residenciais existentes em cada cidade pesquisada. Em domicílios com mais de um indivíduo elegível (fumantes de mais de 100 cigarros na vida ou que fumaram pelo menos 1 cigarro no último mês), o “método do próximo aniversário” foi utilizado para escolher apenas um indivíduo com 18 anos ou mais de idade [21](#).

A escolha do número de fumantes e não fumantes selecionados por cidade permitiu obter estimativas com uma margem de erro de 5% para a maior parte das perguntas relacionadas ao uso do tabaco presentes no questionário.

A primeira Onda da pesquisa ITC-Brasil aconteceu entre abril e junho de 2009, e foram entrevistados 1.215 fumantes (Rio de Janeiro, 410; São Paulo, 403; Porto Alegre, 402) e 610 não fumantes (Rio de Janeiro, 205; São Paulo, 203; Porto Alegre, 202). Esses mesmos indivíduos foram recontatados entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013 (Onda 2), e a amostra foi reposta para substituir os entrevistados da Onda 1 que se perderam durante o seguimento (58,7% de perda total, sendo 53,3% no Rio de Janeiro, 62,2% em São Paulo e 60,5% em Porto Alegre), levando-se em consideração os mesmos critérios de seleção: arrolamento na residência (levantamento dos moradores da residência) e seleção pelo critério do próximo aniversariante [19,20](#). Na segunda Onda, foram entrevistados 1.097 fumantes (Rio de Janeiro, 343; São Paulo, 390; Porto Alegre, 364), e 733 não fumantes atuais ou ex-fumantes provenientes da Onda 1 (Rio de Janeiro, 255; São Paulo, 235; Porto Alegre, 243).

As proporções de domicílios residenciais encontrados entre aqueles domicílios contatados aleatoriamente por meio do cadastro das linhas telefônicas residenciais e, no caso da Onda 2, também entre aqueles domicílios pertencentes aos indivíduos que tinham participado da Onda 1, foram aproximadamente de 31% para cada uma

das Ondas da pesquisa. Já as recusas individuais dos indivíduos selecionados foram inferiores a 5% para ambas as Ondas.

### Análise de dados

As perguntas usadas para definir a “percepção do indivíduo sobre o cumprimento das leis antifumo” em bares e restaurantes são descritas a seguir:

a) Para fumantes e não fumantes: “*Na última vez (últimos 6 meses) em que foi a um bar (ou restaurante), as pessoas estavam fumando dentro do Bar (ou dentro do restaurante)?*” (sim; não; não se aplica; recusou-se a responder; não sabe)

b) Para fumantes apenas: “*Você fumou na última vez em que foi a um bar (ou restaurante), dentro ou fora dele?*” (sim; não; não se aplica; recusou-se a responder; não sabe); “*Você fumou dentro, fora, ou em ambos os lugares?*” (dentro; fora; tanto dentro como fora; não se aplica; recusou-se a responder; não sabe).

Para todas as perguntas, foram excluídos os indivíduos que não sabiam ou se recusaram a responder ou não haviam frequentado um bar/restaurante nos últimos 6 meses. Além disso, para a pergunta específica sobre ter fumado dentro ou fora do estabelecimento, considerou-se a resposta “tanto dentro como fora” no grupo daqueles que fumaram “dentro”.

Criou-se, ainda, uma variável dicotômica definida como “tempo na amostra” para indicar se o indivíduo tinha sido recrutado na Onda 1 e seguido na Onda 2, ou se ele tinha sido apenas repostado na Onda 2.

Foram calculadas as proporções de “percepção do indivíduo sobre o cumprimento das leis antifumo” no bar (ou no restaurante), simples e ajustadas pelo tempo na amostra, sexo e idade, para as cidades do Rio Janeiro, São Paulo e Porto Alegre nas duas ondas da Pesquisa ITC-Brasil. Análises de regressão logística pelo método de equações de estimativas generalizadas (*Generalized Estimating Equations* - GEE [22](#)) foram realizadas separadamente para fumantes e não fumantes. Os fumantes recrutados na Onda 1, e seguidos na Onda 2, que pararam de fumar, foram analisados no grupo dos fumantes da Onda 2 (10% dos fumantes dessa Onda). Os valores de  $p \leq 0.05$  foram utilizados para definir a diferença estatisticamente significativa das proporções de exposição passiva ao longo do tempo.

Para todas as análises, foi utilizado o pacote estatístico Stata 12.0 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos), no qual se levou em consideração o processo amostral complexo da pesquisa ITC. Os pesos amostrais corrigiram para a distribuição esperada por fumante (ou não fumante) *versus* cidade *versus* sexo *versus* faixa etária.

A pesquisa ITC-Brasil foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva e da Universidade de Waterloo no Canadá, para a Onda 1 e revalidada na Onda 2.

## RESULTADOS

### Tabagismo em bares e restaurantes

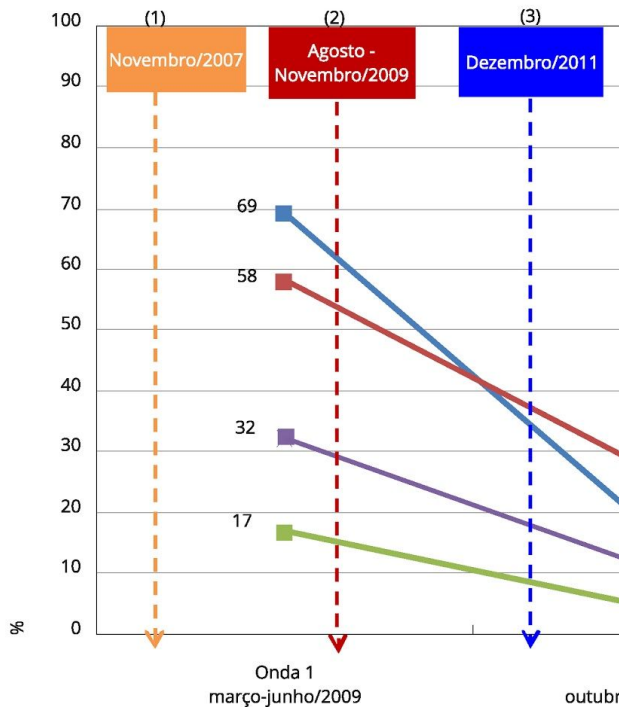
Nas Ondas 1 e 2, a pesquisa ITC-Brasil perguntou aos entrevistados se notaram pessoas fumando dentro de um bar ou restaurante, entre aqueles que tinham ido a esses locais nos seis meses anteriores à pesquisa.

Em Porto Alegre, na Onda 1, 69% dos fumantes e 58% dos não fumantes notaram pessoas fumando dentro de bares, e 17% dos fumantes e 32% dos não fumantes perceberam isso dentro de restaurantes. Já na Onda 2, esses percentuais reduziram para 16% dos fumantes e 26% dos não fumantes em bares, e 4% dos fumantes e 10% dos não fumantes em restaurantes. Esse resultado está retratado na [Figura 1](#).

**Figura 1**

Percentual de fumantes e não fumantes que notaram pessoas que foram a esses locais nos últimos seis meses, por Onda. Porto

**Figura 1** Percentual de fumantes e não fumantes que notaram pessoas fumando dentro de bares e restaurantes, entre aqueles que foram a esses locais nos últimos seis meses, por Onda. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.



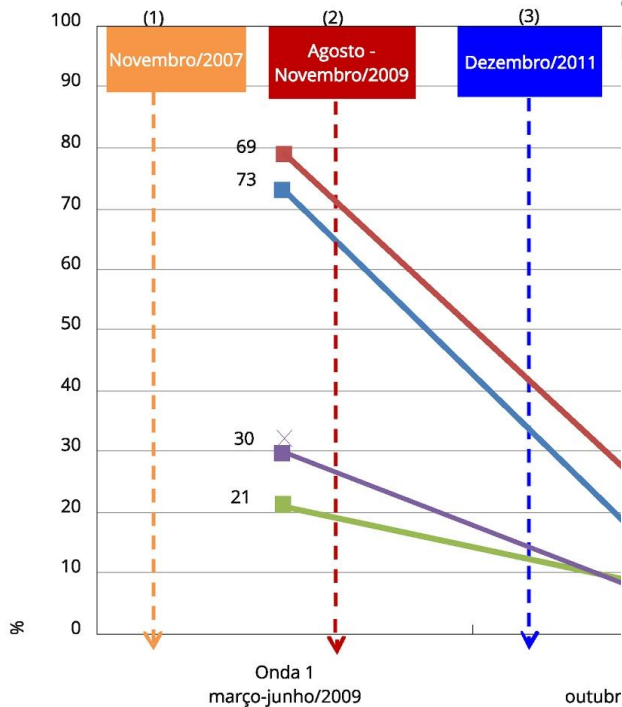
Nota: (1) Leis antifumo em Porto Alegre (com fumódromo) e n de São Paulo e Rio de Janeiro: proibição dos fumódromos; (3) L \* Os valores de p para definir a diferença estatisticamente sign Ondas 1 e 2 para todas as situações foram inferiores a 0,001.

A percepção de pessoas fumando em bares de São Paulo sofreu uma queda entre as Ondas 1 e 2 de 73% para 13% entre fumantes e de 79% para 22% entre não fumantes. Em restaurantes, a redução entre as Ondas 1 e 2 foi de 21% para 8% entre fumantes e de 30% para 6% entre não fumantes. Esses dados são apresentados na [Figura 2](#).

**Figura 2**

Percentual de fumantes e não fumantes que notaram pessoas que foram a esses locais nos últimos seis meses, por Onda. São

**Figura 2** Percentual de fumantes e não fumantes que notaram pessoas fumando dentro de bares e restaurantes, entre aqueles que foram a esses locais nos últimos seis meses, por Onda. São Paulo, Brasil.



Nota: (1) Leis antifumo em Porto Alegres (com fumódromo) e n de São Paulo e Rio de Janeiro: proibição dos fumódromos; (3) L \* Os valores de p para definir a diferença estatisticamente sign Ondas 1 e 2 para todas as situações foram inferiores a 0,001.

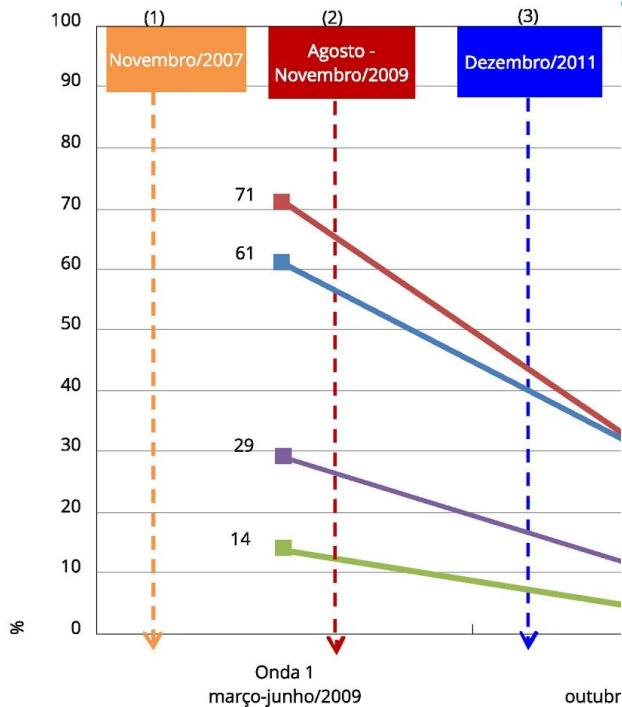
No Rio de Janeiro, 14% dos fumantes e 29% dos não fumantes notaram pessoas fumando dentro dos restaurantes na Onda 1. Esses percentuais caíram, respectivamente, para 4% e 10% na Onda 2. Em bares, 61% dos fumantes e 71% dos não fumantes haviam notado pessoas fumando na Onda 1, enquanto 29% dos fumantes e 29% dos não fumantes notaram na Onda 2 [Figura 3](#).



**Figura 3**

Percentual de fumantes e não fumantes que notaram pessoas que foram a esses locais nos últimos seis meses, por Onda. Rio

**Figura 3** Percentual de fumantes e não fumantes que notaram pessoas fumando dentro de bares e restaurantes, entre aqueles que foram a esses locais nos últimos seis meses, por Onda. Rio de Janeiro, Brasil.



Nota: (1) Leis antifumo em Porto Alegres (com fumódromo) e n de São Paulo e Rio de Janeiro: proibição dos fumódromos; (3) L \* Os valores de p para definir a diferença estatisticamente sign Ondas 1 e 2 para todas as situações foram inferiores a 0,001.

No total das três cidades, nos restaurantes, os percentuais passaram de 17%-5% entre fumantes e 30%-9% entre não fumantes. Já em bares, os percentuais passaram de 68%-19% entre fumantes e de 69%-26% entre não fumantes (dado não mostrado).

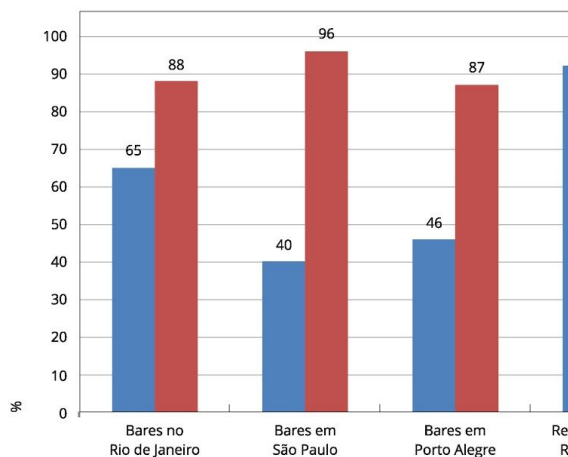
### Tabagismo na área externa de bares

Entre os fumantes entrevistados que informaram terem ido a um bar e também informaram terem fumado no bar nos últimos seis meses, o percentual que disse ter fumado na parte externa do bar aumentou significativamente em todas as três cidades pesquisadas: de 46% na Onda 1 para 87% na Onda 2, em Porto Alegre; de 40% na Onda 1 para 96% na Onda 2, em São Paulo; e de 65% na Onda 1 a 88% na Onda 2, no Rio de Janeiro [Figura 4](#).

Um aumento foi encontrado também entre os fumantes que haviam ido a um restaurante e haviam fumado nos últimos seis meses e referiram ter fumado na área externa: entre as Ondas 1 e 2, de 89% para 96%, em Porto Alegre; de 77% para 99%, em São Paulo; e de 92% para 98%, no Rio de Janeiro [Figura 4](#).

**Figura 4**

Percentual de fumantes que fumaram na área externa de bares e restaurantes, afirmaram ter fumado, por cidade, por Onda.



[Figura 4](#) Percentual de fumantes que fumaram na área externa de bares e restaurantes, entre aqueles que foram a esses locais nos últimos seis meses e afirmaram ter fumado, por cidade, por Onda.

No total das três cidades, nos bares, os percentuais passaram de 48% a 91% e, nos restaurantes, os percentuais passaram de 85% a 98% (dado não mostrado).

## DISCUSSÃO

Quando foi realizada a Onda 1 da pesquisa ITC-Brasil em 2009, a cidade de Porto Alegre possuía uma legislação municipal de 2007 que proibia o tabagismo em recintos coletivos, no entanto permitia a instalação de fumódromos. Já a cidade do Rio de Janeiro tinha uma lei instituindo ambientes 100% livres do fumo sancionada em 2008. A Onda 2 (2012-2013) foi realizada cerca de cinco anos após as leis de Porto Alegre e Rio de Janeiro terem sido adotadas, três anos depois que as leis antifumo foram implementadas nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro e quase um ano após o anúncio da *Lei Federal nº 12.546/2011*, que ainda não havia sido regulamentada e posta em prática.

### Percepção do tabagismo em restaurantes e bares

Os resultados da pesquisa ITC-Brasil mostraram uma redução significativa da percepção de pessoas fumando dentro de restaurantes e bares entre as Ondas 1 e

2, tanto entre fumantes como entre não fumantes nas cidades de Porto Alegre, São Paulo e Rio de Janeiro. Esses resultados provavelmente refletem um importante degrau de sucesso na implantação das leis municipais e estaduais nas três cidades.

Rio de Janeiro e São Paulo, por exemplo, investiram em estratégias de divulgação e implantação da lei antifumo, como campanhas educativas nos meios de comunicação, *blitz* com monoximetria (medição da concentração de monóxido de carbono no ar expirado dos indivíduos) em locais de movimentação noturna, veículos e uniformes identificados pela campanha, parceria com companhias telefônicas para envio de mensagens aos consumidores, capacitação de agentes das vigilâncias sanitárias estaduais e municipais e de órgãos de defesa do consumidor para exercer a fiscalização e canais de denúncias pela Internet e telefone.

O anúncio da lei federal antifumo em dezembro de 2011, mesmo ainda não regulamentada, e ampla cobertura da mídia podem ter fortalecido o movimento de adequação pelos estabelecimentos, potencializando os resultados da Onda 2.

Outra hipótese para a redução da percepção de pessoas fumando e o aumento do cumprimento da lei antifumo nos bares e restaurantes em Porto Alegre é o efeito da implantação de outras políticas de controle do tabaco, como advertências sanitárias nas embalagens, aumentos de impostos e tratamento do tabagismo na rede SUS, que aumentam o conhecimento da população e contribuem para a cessação de fumar, refletindo na prevalência de fumantes e na adoção espontânea de ambientes livres do fumo. Segundo dados da pesquisa *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*(VIGITEL), a prevalência de fumantes em Porto Alegre reduziu de 18,2% em 2012 para 16,5% em 2013 [23](#).

Contudo, percebe-se que a proporção da percepção de não cumprimento das leis antifumo na Onda 2 em bares é superior à verificada nos restaurantes. Nos bares, mais de um quarto dos não fumantes notaram pessoas fumando nas três cidades. Isso pode ter ocorrido porque, tradicionalmente no Brasil, os bares podem ser considerados um ambiente mais despojado e de maior informalidade, quando comparados com restaurantes. Em função de sua disposição física, normalmente são ambientes parcialmente abertos, com mesas em varandas ou calçadas, clientes consumindo de pé no balcão ou do lado de fora do estabelecimento. Isso possivelmente leva o fumante a se sentir mais confortável para descumprir a proibição, bem como os demais clientes a serem mais condescendentes. Todos esses fatores podem também dificultar o controle de pessoas fumando por parte dos funcionários ou donos do estabelecimento.

Um fator que pode causar confusão entre os entrevistados e, por isso, contribuir para uma proporção ainda elevada entre as cidades, é que apesar das leis de 2009 no Rio de Janeiro e em São Paulo especificarem que os “*locais parcialmente*

*fechados em qualquer dos seus lados por parede, divisória, teto ou telhado*” também estão incluídos na proibição de fumar, na prática, o cumprimento da lei nesses espaços possivelmente ainda gera dúvidas na população, que provavelmente entende que um espaço embaixo de um toldo ou cobertura não é considerado uma área “dentro de um restaurante ou bar”. Dessa forma, os resultados da pesquisa sobre a percepção de pessoas fumando nos espaços internos desses locais podem conter alguma interpretação equivocada dos entrevistados em suas respostas.

O cumprimento da lei antifumo é verificado na queda da percepção de pessoas fumando dentro de restaurantes e bares entre as Ondas 1 e 2 e corroborada pelos resultados no aumento do percentual de fumantes que fumaram na área externa de bares e restaurantes nos últimos seis meses.

Observando o Uruguai e o México, países que também realizaram a pesquisa ITC, no primeiro a exposição ao tabagismo passivo em restaurantes não se alterou entre 2008 e 2010 (em Montevideu, 6%-6%; nas outras cidades, 8%-9%) [24](#). Nesse país, desde 2006, há uma legislação nacional de ambientes livres do fumo. Dados de monitoramento do ar nos recintos coletivos, realizado em 2010, sugerem que o cumprimento da lei era elevado [25](#). Na Cidade do México, a prevalência do tabagismo passivo em restaurantes permaneceu estável entre 2008 e 2010 (5%-7%), enquanto em outras cidades mexicanas, que tinham uma prevalência de tabagismo passivo maior do que a Cidade do México, observou-se uma redução estatisticamente significativa no mesmo período (32%-17%) [24](#). A Cidade do México se tornou a primeira jurisdição do país a proibir o tabagismo em recintos públicos e de trabalho em abril de 2008. Em maio daquele ano a *Lei Geral de Controle do Tabaco* do México proibiu o fumo em recintos coletivos de todo o país, porém permitiu a instalação de áreas destinadas aos fumantes nesses recintos, desde que houvesse sistemas de isolamento e ventilação, o que os estudos científicos já demonstraram ser ineficazes para proteção à saúde [26](#).

Com relação a bares, a probabilidade de exposição ao tabagismo passivo também foi maior em outras cidades uruguaias (36%-22%) em comparação com Montevideu (14%-8%), e a queda da prevalência de exposição ao longo daquele período não foi estatisticamente diferente por cidade. A exposição ao tabagismo passivo em bares também foi maior em outras cidades mexicanas (86%-74%) em comparação com a Cidade do México (31%-23%), e as respectivas quedas encontradas entre 2008 e 2010 apresentaram a mesma magnitude [24](#).

Os resultados da pesquisa ITC-Brasil constatados em bares e restaurantes são de extrema importância, pois indicam um forte cumprimento e apoio às leis antifumo em vigor nessas cidades. Os dados apontam ainda para a diminuição da exposição ao tabagismo passivo, impactando diretamente na saúde dos clientes e especialmente na saúde dos funcionários, conforme mostraram dois estudos desenvolvidos pelo Instituto do Coração (Incor) do Hospital das Clínicas de São

Paulo. Foram realizadas medições de monóxido de carbono em estabelecimentos de São Paulo e Rio de Janeiro, entre bares, restaurantes e casas noturnas, antes e após a implantação das leis antifumo. Em São Paulo, os resultados apontaram que a concentração de monóxido de carbono no ar expelido por garçons não fumantes reduziu de 7 partes por milhão (ppm) (equivalente ao de fumantes leves) para 3,5ppm (nível de não fumante) [27](#). No Rio de Janeiro, a concentração de monóxido de carbono presente no ar ambiente de bares sofreu queda de 5ppm para 1ppm, nível muito próximo do encontrado em áreas livres da cidade (menos de 1ppm) [28](#).

Em vários países, estudos demonstram uma redução importante nos sintomas respiratórios entre trabalhadores e no número de internações por doença cardiovascular aguda depois da adoção de leis banindo o ato de fumar em ambientes coletivos. Na Escócia, por exemplo, dez meses após a adoção da medida de proibição de fumo em ambientes fechados, as internações por doença coronariana aguda reduziram em 17% [29](#). No Brasil, estudo apresentado em 2015 pelo Incor revelou que multiplicou por três a velocidade com que caiu o número de internações por doença cardiovascular e acidente vascular cerebral após a lei em São Paulo. Entre 2005 e 2009, a queda na taxa de internação por essas doenças era de 1% ao ano. Após a lei antifumo, essa queda foi três vezes mais rápida, atingindo 3% ao ano [30](#).

O principal argumento dos setores hoteleiro, de gastronomia e entretenimento para não se proibir o uso do cigarro em ambientes fechados era a perda econômica para esses segmentos comerciais em função do afastamento de fumantes. Isso caiu por terra com a experiência dessa legislação. Pesquisa realizada pela *Folha de S. Paulo* em 60 pontos de diversão na capital paulista mostrou que 82% dos empresários afirmaram que o movimento cresceu ou não mudou; 85% disseram que a permanência dos clientes aumentou ou não houve alteração; finalmente, 95% informaram que houve aumento de contratações ou não aumentou o quadro de empregados [31](#). Outro dado importante foi apresentado numa pesquisa da Abrasel (Associação Brasileira de Bares e Restaurantes), em que após dois anos de vigência da lei constatou-se que houve aumento no faturamento de restaurantes, bares e casas noturnas. Na capital paulista, ocorreu aumento do faturamento em 15% e no Estado de São Paulo verificou-se um aumento do faturamento de cerca R\$ 37,5 milhões, em 2009, para R\$ 46 milhões em 2011 [32](#) e, por fim, outra pesquisa também realizada em São Paulo, um ano após a adoção da lei antifumo paulista, pelo Ibope apontou que 29% dos paulistanos acreditam que ela protege as pessoas da fumaça nociva do tabaco e que 49% dos fumantes estavam fumando menos em razão da lei antifumo [33](#).

### Limitações

Os resultados da pesquisa ITC-Brasil apresentados refletem as informações fornecidas por indivíduos selecionados por meio de um cadastro de telefones fixos

residenciais. A proporção de fumantes e não fumantes que não possuem telefone fixo provenientes de população de baixa renda e baixa escolaridade é provavelmente maior do que a proporção de indivíduos selecionados [34](#). Portanto, os resultados apresentados podem não ser representativos da totalidade dos fumantes/não fumantes das cidades pesquisadas caso os indivíduos excluídos tenham um “padrão de exposição passiva” nos locais pesquisados diferente do apresentado neste artigo. Finalmente, os nossos dados também estão sujeitos ao viés de informação dos próprios entrevistados.

## CONCLUSÃO

Os resultados indicam que as leis de ambientes livres da fumaça do tabaco tanto regionais quanto nacionais do Brasil têm sido eficazes na redução da exposição ao fumo em restaurantes e bares, no entanto ainda há espaço para melhorias.

Outro fato importante é que ao diminuir a exposição ao fumo passivo, aumenta-se ainda mais a desnormalização do tabagismo na população em geral, podendo assim diminuir sua iniciação entre os jovens e aumentar a sua cessação entre os fumantes regulares [35,36,37](#).

Espera-se que com a regulamentação da lei antifumo nacional, os resultados das próximas ondas da pesquisa ITC-Brasil sejam ainda mais significativos, tendo em vista que sua implantação talvez resulte num maior compromisso dos governos locais e na instrumentalização dos órgãos de vigilância sanitária dessas cidades. A terceira onda da pesquisa ITC-Brasil poderá avaliar essa hipótese, especialmente na cidade de Porto Alegre, que terá as regras de sua legislação local revogadas pela lei nacional.

## Agradecimentos

Os autores agradecem às instituições governamentais e da sociedade civil que colaboraram para a realização da pesquisa ITC-Brasil, em especial ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, pelo protagonismo e empenho na implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde.

## Referências

1. Eriksen M, Mackay J, Ross H. The tobacco atlas. 4th Ed. New York: American Cancer Society; 2015.
2. Pinto MT, Pichon-Riviere A, Bardachi A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Cad Saúde Pública* 2015; 31:1283-97.
3. NCD Alliance. Tobacco: a major risk factor for non-communicable diseases. Briefing Paper. [http://www.fctc.org/images/stories/NCDs\\_and\\_tobacco\\_Health.pdf](http://www.fctc.org/images/stories/NCDs_and_tobacco_Health.pdf) (acessado em 19/Jun/2015).
4. Glantz SA, Parmley WW. Passive smoking and heart disease. *Epidemiology, physiology, and biochemistry. Circulation* 1991; 83:1-12.
5. Woodward A, Laugesen M. How many deaths are caused by secondhand cigarette smoke? *Tob Control* 2001; 10:383-8.
6. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2006.

7. World Health Organization. WHO report on the Global Epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. Geneva: World Health Organization; 2009.
8. Figueiredo V, Costa AJL, Cavalcante T, Colombo V, Noronha C, Almeida L. Mortalidade atribuível ao tabagismo passivo na população urbana do Brasil. [http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/Tabagismo/estudomorte\\_tabagismo\\_passivofinal.ppt](http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/Tabagismo/estudomorte_tabagismo_passivofinal.ppt) (acessado em 15/Jul/2011).
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf> (acessado em 09/Jun/2017).
1. Presidência da República. Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Promulga a Convenção-Quadro sobre
0. Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. Diário Oficial da União 2006; 3 jan.
1. Instituto Nacional de Câncer. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.
1. <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/720f7d8044d33b8a8034d035514cde0d/Conven%C3%A7%C3%A3o-Quadro+para+o+Controle+do+Tabaco+-+texto+oficial.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=720f7d8044d33b8a8034d035514cde0d> (acessado em 21/Jun/2015).
1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: raising taxes on tobacco.
2. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606_eng.pdf?ua=1) (acessado em 22/Jun/2015).
1. Presidência da República. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à
3. propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Diário Oficial da União 1996; 16 jul.
1. Presidência da República. Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996. Regulamenta a Lei nº 9.294, de 15
4. de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição. Diário Oficial da União 1996; 2 out.
1. Boletim da Aliança de Controle do Tabagismo 2007; (28).
5. <http://actbr.org.br/comunicacao/boletins-antigos/boletim-act-28.htm> (acessado em 12/Jun/2017).
1. Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Lei nº 5.517 de 17 de agosto de 2009. Proíbe o
6. consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica, e cria ambientes de uso coletivo livres de tabaco. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro 2009; 18 ago.
1. Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Decreto nº 29.284 de 12 de maio de 2008. Proíbe o fumo em recintos
7. coletivos fechados no município do Rio de Janeiro. <http://cm-rio-de-janeiro.jusbrasil.com.br/legislacao/289026/decreto-29284-08> (acessado em 22/Jul/2015).
1. Presidência da República. Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011. Institui o Regime Especial de
8. Reintegração de Valores Tributários para as Empresas Exportadoras (Reintegra); dispõe sobre a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) à indústria automotiva; altera a incidência das contribuições previdenciárias devidas pelas empresas que menciona; altera as Leis no 11.774, de 17 de setembro de 2008, no 11.033, de 21 de dezembro de 2004, no 11.196, de 21 de novembro de 2005, no 10.865, de 30 de abril de 2004, no 11.508, de 20 de julho de 2007, no 7.291, de 19 de dezembro de 1984, no 11.491, de 20 de junho de 2007, no 9.782, de 26 de janeiro de 1999, e no 9.294, de 15 de julho de 1996, e a Medida Provisória no 2.199-14, de 24 de agosto de 2001; revoga o art. 1º da Lei no 11.529, de 22 de outubro de 2007, e o art. 6º do Decreto-Lei no 1.593, de 21 de dezembro de 1977, nos termos que especifica; e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 15 dez.
1. Presidência da República. Decreto no 8.262, de 31 de maio de 2014. Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de
9. outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Diário Oficial da União 2014; 2 jun.
2. Fong GT, Cummings KM, Borland R, Hastings G, Hyland A, Giovino GA, et al. The conceptual framework of
0. the International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project. Tob Control 2006; 15 Suppl 3:iii3-11.
2. Binson D, Canchola JA, Catania JA. Random selection in a national telephone survey: a comparison of the
1. kish, next-birthday and last-birthday methods. Journal of Official Statistics 2000; 16:53-9.
2. Hardin J, Hilbe J. Generalized estimating equations. Boca Raton: Chapman & Hall; 2003.
- 2.

- 2 Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2013. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- 2 Thrasher JF, Nayeli Abad-Vivero E, Sebrié EM, Barrientos-Gutierrez T, Boado M, Yong HH, et al. Tobacco smoke exposure in public places and workplaces after smoke-free policy implementation: a longitudinal analysis of smoker cohorts in Mexico and Uruguay. *Health Policy Plan* 2013; 28:789-98.
- 2 Blanco-Marquizo A, Goja B, Peruga A, Jones MR, Yuan J, Samet JM, et al. A reduction of secondhand tobacco smoke in public places following national smoke-free legislation in Uruguay. *Tob Control* 2010; 19:231-4.
- 2 Repace JL, Johnson KC. Can displacement ventilation control secondhand ETS? *IAQ Applications* 2006; 7:2-6.
- 2 Issa JP, Abe TMO, Pereira AC, Megid MC, Shimabukuro CE, Valentin LSO, et al. The effect of São Paulo's smoke-free legislation on carbon monoxide concentration in hospitality venues and their workers. *Tob Control* 2011; 20:156-62.
- 2 Instituto do Coração, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Pesquisa INCOR/SESDEC comprova melhora da qualidade do ar no Rio de Janeiro. [http://www.incor.usp.br/sites/incor2013/docs/imprensa/2010/Ago\\_2009\\_Pesquisa\\_RJ\\_lei\\_ambiente\\_livre\\_tabaco.pdf](http://www.incor.usp.br/sites/incor2013/docs/imprensa/2010/Ago_2009_Pesquisa_RJ_lei_ambiente_livre_tabaco.pdf) (acessado em 03/Jul/2015).
- 2 Pell JP, Haw S, Cobbe S, Newby DE, Pell AC, Fischbacher C, et al. Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. *N Engl J Med* 2008; 359:482-91.
- 3 Secretaria de Estado da Saúde. Lei Antifumo acelerou queda das internações por doença cardiovascular. <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/homepage/destaques/lei-antifumo-acelerou-queda-das-internacoes-por-doenca-cardiovascular> (acessado em 26/Jun/2015).
- 3 Após um ano noite paulistana se adapta e aprova lei antifumo. *Folha de S. Paulo* 2010; 1º ago. <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/775976-apos-um-ano-noite-paulistana-se-adapta-e-aprova-lei-antifumo.shtml> (acessado em 26/Jun/2015).
- 3 Faturamento de casas noturnas, bares e restaurantes cresceu 15% nos últimos dois anos na capital. *Folha de S. Paulo* 2012; 15 abr. <http://www1.folha.uol.com.br/revista/saopaulo/sp1504201209.htm> (acessado em 26/Jun/2015).
- 3 Secretaria de Estado da Saúde. 73% dos fumantes estão satisfeitos com a lei antifumo. <http://www.leiantifumo.sp.gov.br/sis/lenoticia.php?id=188> (acessado em 26/Jun/2015).
- 3 Bernal R, Silva NN. Cobertura de linhas telefônicas residenciais e vícios potenciais em estudos epidemiológicos. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:421-6.
- 3 Rios MP, Fernandez E, Schiaffino A, Nebot M, Lopez MJ. Changes in the prevalence of tobacco consumption and the profile of Spanish smokers after a comprehensive smoke-free policy. *PLoS One* 2015; 10:e0128305.
- 3 Shang C. The effect of smoke-free air law in bars on smoking initiation and relapse among teenagers and young adults. *Int J Environ Res Public Health* 2015; 12:504-20.
- 3 Regidor E, Pascual C, Giráldez-García C, Galindo S, Martínez D, Kunst AE. Impact of tobacco prices and smoke-free policy on smoking cessation, by gender and educational group: Spain, 1993-2012. *Int J Drug Policy* 2015; 26:1215-21.