

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR DESEMBARGADOR RELATOR
MARIO GUIMARÃES NETO.

MANDADO DE SEGURANÇA

Processo no. 2008.004.00642

ASSOCIAÇÃO DE CONTROLE DO TABAGISMO, PROMOÇÃO DA SAÚDE E DOS DIREITOS HUMANOS - ACT, associação sem fins lucrativos inscrita no C.N.P.J/MF sob o n.º 08.658.766/0001-70, sediada na Capital do Estado de São Paulo, na Rua Pamplona, 724, cj. 17 (documento 1), neste ato representada por seus advogados (documento em anexo), nos autos do Mandado de Segurança impetrado pelo **SINDICATO DE HOTÉIS, RESTAURANTES, BARES E SIMILARES DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**, vem, respeitosamente, com fundamento no artigo 19, da Lei 1.533/51 e no *caput* e parágrafo único do artigo 50, do Código de Processo Civil, requerer a sua admissão como

ASSISTENTE DO PREFEITO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

pelas razões a seguir expostas:

1. DA LEGITIMIDADE E DO INTERESSE DA ACT COMO ASSISTENTE SIMPLES

A ACT é uma organização não-governamental voltada à promoção de ações para a diminuição do impacto sanitário, social, ambiental e econômico gerado pela produção, consumo e exposição à fumaça do tabaco. Trata-se de aliança composta por mais de 300 organizações da sociedade civil comprometidas com o controle da epidemia tabagística (www.actbr.org.br).

Surgida em 2003 como *Rede Tabaco Zero*, a ACT formalizou-se como associação em fevereiro de 2007 e atuou, desde seu surgimento, para a ratificação, pelo Brasil, da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), primeiro tratado internacional de saúde pública, celebrado sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde, o que ocorreu em 3 de novembro de 2005 (documento 2).

Desde essa vitória na proteção do direito à saúde e à vida dos brasileiros, a ACT vem atuando de forma a contribuir para a implementação das determinações do tratado no que tange ao controle do tabagismo.

Dentre as determinações da Convenção, introduzida no ordenamento jurídico através do Decreto nº 5.658, de 02 de Janeiro de 2006, vale destacar o artigo 8º da CQCT, que **trata da adoção de medidas eficazes de proteção contra a exposição à fumaça do tabaco** em todos os locais de trabalho, meios de transporte público, e lugares públicos fechados.

No tocante às atividades desenvolvidas pela ACT, pode-se citar a participação nas negociações dos protocolos de discussão e

implementação das disposições do tratado através da Convenção das Partes, onde tem assento como representante da sociedade civil¹, realização de campanhas para a implementação de ambientes livres do fumo (documento 3 e 4), elaboração e divulgação de relatório sobre ações judiciais indenizatórias movidas por fumantes e familiares contra a indústria do tabaco (documento 5), divulgação de informações sobre os males do tabagismo através de sua página eletrônica (www.actbr.org.br), promoção de seminários sobre as estratégias da indústria do tabaco (documento 6), e criação do blog “Vamos Parar” (<http://blog.actbr.org.br/>) como espaço para fumantes que querem parar de fumar, ex-fumantes que querem reforçar sua decisão e ajudar a quem ainda não parou e não fumantes que possam contribuir com dicas ou apoio.

Em razão de sua ampla rede de participantes e sua experiência nacional e internacional no controle do tabagismo, a ACT pode contribuir com elementos essenciais para a confirmação da constitucionalidade e legalidade da legislação impugnada através da presente manifestação, bem como demonstrar através de estudos, decisões judiciais internacionais e demais provas os malefícios do fumo passivo e adequação da medida adotada pela municipalidade do Rio de Janeiro.

A relevância da matéria é evidente uma vez que se trata de medida a um só tempo eficaz no combate ao tabagismo passivo, contribuindo ainda para frear a iniciação dos jovens e fortalecer a decisão daqueles que tentam parar de fumar, e impactante, dado seu reflexo no meio social. A ACT, por seu turno, demonstra seu interesse jurídico em decisão que mantenha a validade e eficácia do decreto municipal já que

¹ A ACT é membro da FCA – *The Framework Alliance Convention For Tobacco Control* (<http://www.fctc.org/index.php?item=members#AMRO>) que consta da lista das organizações não governamentais participantes da Conferência das Partes para a CQCT (http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop1/FCTC_COP1_ID7-en.pdf).

além de trabalhar diretamente com o tema de controle do tabagismo, representa mais de 300 entidades que dela participam.

Presentes, portanto, os requisitos necessários para sua admissão na lide como assistente, o que se requer.

2. CONSIDERAÇÕES ACERCA DO DECRETO 29.284, DE 12 DE MAIO DE 2008, DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Por meio da presente ação, visa o Sindicato de Hotéis, Restaurantes, Bares e Similares do Município de São Paulo a suspensão da eficácia da integralidade do Decreto municipal 29.284/2008, com pedido liminar e principal, para os hotéis, restaurantes, bares e similares a ele filiados.

Esclareça-se que se trata de decreto que regulamenta a vedação ao *"uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado, seja público ou privado, no município do Rio de Janeiro."*

Conforme o texto do decreto, as premissas que o justificam são os **malefícios à saúde advindos do fumo passivo**; e o fato de que é função e dever da Administração Pública garantir a qualidade dos ambientes coletivos, protegendo a saúde dos cidadãos.

Assim, verifica-se que o objetivo da norma de ambientes livres de fumo é a proteção da saúde de fumantes e não fumantes, especialmente dos trabalhadores brasileiros expostos a centenas de substâncias tóxicas e cancerígenas diariamente em seus ambientes de trabalho. Vale lembrar que os garçons, bartenders, pessoal da limpeza e os demais trabalhadores em

restaurantes, bares e boates não têm a opção por trabalhar somente nas áreas livres de fumo.

Dessa forma, suspender a eficácia do decreto em questão para bares, restaurantes e similares significará um retrocesso na proteção de um direito fundamental social, o direito à saúde, principalmente em relação aos trabalhadores destes seguimentos, que não têm a opção por trabalhar em áreas destinadas a não fumantes, expondo-se durante toda a jornada de trabalho aos riscos da poluição tabagística ambiental, como se demonstrará.

3. CONSIDERAÇÕES ACERCA DA LEI FEDERAL 9294/06

Em relação à legislação federal que dispõe sobre restrição ao uso do cigarro e demais produtos fumígenos, a Lei 9294/96 autoriza a existência dos denominados fumódromos, consistentes em locais destinados exclusivamente para o fim de fumar, devidamente isolados e com "arejamento conveniente", conforme o disposto no artigo 2º:

"Art. 2º É proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente." (grifamos)

Por sua vez, o Decreto Federal 2.018/96, que regulamenta a Lei 9294/96, no artigo 2º, inciso IV, define a área isolada e destinada à finalidade de fumar como "a área que no recinto coletivo for *exclusivamente destinada aos fumantes, separada da destinada aos*

não-fumantes por qualquer meio ou recurso eficiente que impeça a transposição da fumaça”.

Ora, se a lei e o decreto federais são expressos ao exigir que a área destinada ao ato de fumar seja “separada da destinada aos não-fumantes por qualquer meio ou recurso eficiente que impeça a transposição da fumaça” (grifamos), por certo a legislação não autoriza o fumo na área em que há prestação de serviços de alimentação (atividade fim).

Ademais, a área isolada e arejada prevista na legislação é exclusiva para o fim de fumar, e não para comer, beber ou qualquer outra atividade diferente do ato de fumar.

Ainda, é certo que a simples separação de fumantes e não fumantes dentro de um mesmo espaço (fumódromos) não elimina a exposição, nem os sistemas de ventilação oferecem solução satisfatória à poluição tabagística ambiental (PTA), como se verá adiante.

Nesse sentido, legislação superveniente determinando que os ambientes coletivos fechados sejam livres de fumo, eliminando os fumódromos, e, portanto, aumentando a proteção à saúde daqueles que fumam e daqueles que não fumam, não viola as regras da Lei 9294/96, tão pouco o Decreto 2.018/96.

4. DA CONVENÇÃO QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO (COCT)

Em 2003 foi celebrado o **primeiro tratado internacional de saúde pública de que se tem notícia na história da humanidade: A Convenção Quadro para o Controle do Tabaco.**

A comunidade internacional reuniu-se em torno de um tema a um só tempo preocupante e evitável: a pandemia tabagística, responsável por mais de 5 milhões de óbitos anuais (OMS/2008)², 200 mil só no Brasil, segundo dados da OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde.

Liderando as negociações para a sua celebração, o governo brasileiro ratificou a **Convenção Quadro** em 3 de novembro de 2005, introduzida no ordenamento jurídico através do **Decreto nº 5.658, de 02 de Janeiro de 2006.**

O preâmbulo da Convenção Quadro deixa expresso o consenso internacional sobre os danos que o cigarro tem causado à humanidade, em especial às famílias dos fumantes, aos pobres, e aos sistemas públicos de saúde. Inclui, no consenso preambular, os malefícios do tabagismo. Confira-se os trechos a seguir transcritos:

" As Partes desta Convenção.

Determinadas a dar prioridade ao seu direito de proteção à saúde pública;

Reconhecendo que a propagação da epidemia do tabagismo é um problema global com sérias conseqüências para a saúde pública, que demanda a mais ampla cooperação internacional

² WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2008: The MPOWER package. World Health Organization, http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf.

possível e a participação de todos os países em uma resposta internacional, eficaz, apropriada e integral;

*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;*

Seriamente preocupadas com o aumento do consumo e da produção mundial de cigarros e outros produtos de tabaco, particularmente nos países em desenvolvimento, assim como o ônus que se impõe às famílias, aos pobres e aos sistemas nacionais de saúde;

***Reconhecendo que a ciência demonstrou de maneira inequívoca que o consumo e a exposição à fumaça do tabaco são causas de mortalidade, morbidade e incapacidade** e que as doenças relacionadas ao tabaco não se revelam imediatamente após o início da exposição à fumaça do tabaco e ao consumo de qualquer produto derivado do tabaco;*

Reconhecendo ademais que os cigarros e outros produtos contendo tabaco são elaborados de maneira sofisticada de modo a criar e a manter a dependência, que muitos de seus compostos e a fumaça que produzem são farmacologicamente ativos, tóxicos, mutagênicos e cancerígenos, e que a dependência ao tabaco é classificada separadamente como uma enfermidade pelas principais classificações internacionais de doenças;

(...)” (grifos adicionados)

Evidente a importância da Convenção Quadro para a presente ação.

Trata-se de tratado, adotado pelo Brasil, que *confirma* a notoriedade dos malefícios do tabagismo passivo e a necessidade de se adotar medidas preventivas como os ambientes livres de fumo.

Não teria, a comunidade internacional, dedicado o primeiro tratado internacional de saúde pública ao controle do tabagismo não fossem gravíssimas as conseqüências do consumo, produção e exposição à fumaça do tabaco.

O Brasil, como Estado Parte da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, deve alinhar sua legislação para atender as diretrizes do seu artigo 8º, aprovadas por unanimidade pela Conferência das Partes da Convenção em sua segunda sessão (COP2), realizada em Bangkok entre 30 de junho e 06 de julho de 2007³.

Naquela oportunidade, concluiu-se pela recomendação ao **banimento do ato de fumar em ambientes fechados como a única forma de proteger a população mundial das conseqüências do tabagismo passivo**.

A legislação federal brasileira está, portanto, defasada em relação às melhores práticas para proteger a população dos riscos do tabagismo passivo, sobretudo dos trabalhadores dos setores que ainda permitem fumar em suas dependências.

O Decreto Municipal 29.284, de 12 de maio de 2008, por outro lado, está em plena consonância com o artigo 8º, da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco, abaixo reproduzido:

³ http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view.asp?ID=1635
Acessado em 10/08/2008

“Artigo 8º

Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco

1. As Partes reconhecem que a ciência demonstrou de maneira inequívoca que a exposição à fumaça do tabaco causa morte, doença e incapacidade.

2. Cada Parte adotará e aplicará, em áreas de sua jurisdição nacional existente, e conforme determine a legislação nacional, medidas legislativas, executivas, administrativas e/ou outras medidas eficazes de proteção contra a exposição à fumaça do tabaco em locais fechados de trabalho, meios de transporte público, lugares públicos fechados e, se for o caso, outros lugares públicos, e promoverá ativamente a adoção e aplicação dessas medidas em outros níveis jurisdicionais.”

Depreende-se, do artigo 8º da CQCT, que os Estados-Parte, como o Brasil, devem adotar práticas e leis para proteger as pessoas contra a exposição à fumaça do tabaco (poluição tabagística ambiental).

De acordo com o último relatório da OMS⁴ sobre a epidemia do tabaco, de 2008, os governos signatários da CQCT devem adotar seis políticas públicas necessárias, urgentes e vitais para o controle do tabagismo:

- (i) monitorar o uso do tabaco e adotar políticas de prevenção;**
- (ii) proteger as pessoas da fumaça do tabaco;**
- (iii) oferecer ajuda aos que querem parar de fumar;
- (iv) advertir sobre os perigos do tabagismo;
- (v) implementar políticas de banimento de publicidade, promoção e patrocínio de eventos pelas empresas de tabaco;
- (vi) aumentar impostos dos produtos tabagísticos.

⁴ WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2008: The MPOWER package. World Health Organization, http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop1/FCTC_COP1_ID7-en.pdf.

Dessa forma, verifica-se que o Decreto 29.284 consiste em um passo importante na adequação da legislação ao artigo 8º, da CQCT, e, também, na garantia do direito fundamental à saúde e ao meio ambiente saudável, e, portanto, de o indivíduo não ser obrigado a fumar involuntariamente.

5. DA LEGALIDADE E DA CONSTITUCIONALIDADE DO DECRETO 29.284, DE 12 DE MAIO DE 2008, DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

No caso de ambientes livres de fumo, respeitado o mínimo previsto no art. 2º, da Lei Federal 9294/06, é certo que os Estados e Municípios estão constitucionalmente autorizados a ampliar a proteção à saúde e ao meio ambiente ainda que através da restrição aos produtos fumíferos, posto que tais entes federativos também possuem tal mister constitucional (art. 23, II e VI e art. 24, XII c/c art. 30, II).

(i) Da competência concorrente

O Município pode, e deve, ir além das restrições impostas pela Lei federal 9294/96, hoje defasada frente ao que se sabe sobre os malefícios da poluição tabagística ambiental, conforme se demonstrará adiante, e o que determina a Organização Mundial de Saúde, a CQCT, e a própria Constituição.

Não poderia, o decreto municipal, ir na contramão da defesa da saúde e do meio ambiente, e autorizar que determinados recintos deixassem de

cumprir a lei federal e permitissem o fumo onde ela proibiu. Nessa hipótese, sim, estaria contrariando a lei federal cujos bens jurídicos protegidos são saúde e meio ambiente.

De acordo com o art. 24, XII, c/c art. 30, II, da CF, pode o Município, com vista a complementar a legislação federal, ampliar a proteção aos bens jurídicos por ela visados.

Não se trata, assim, de um decreto autônomo, como quer o autor, mas de decreto que dá entendimento e regulamentação à legislação federal, aplicando-a no município do Rio de Janeiro em conformidade com os ditames da CQCT e da Constituição Federal.

Como se observa das Notícias do STF⁵, vale destacar o entendimento do Ministro Cezar Peluso relativamente à argüição de inconstitucionalidade formal em tema que envolve questão de saúde pública e ambiente, como é o caso do tabagismo:

“Na mesma linha, Celso de Mello afirmou que a lei paulista reforça o dever estatal de proteção à saúde, e Cezar Peluso disse que a questão não deveria ser posta no âmbito de eventual conflito de competência entre União e estado, mas no reconhecido perigo à saúde quanto ao uso do amianto, fato atestado pelo Brasil no âmbito de uma convenção internacional.” (negritamos)

Referida decisão confirma a possibilidade de ente federativo – naquele caso o Estado, neste, o Município – legislar sobre tema de impacto evidente à saúde das pessoas, já que é dever *concorrente* zelar pela proteção e defesa à saúde (CF, art. 24, XII c/c art. 30, II).

⁵ <http://www.stf.gov.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=90404&caixaBusca=N>
Acessado em 05.09.2008.

(ii) Da competência comum

Sob outro prisma, o cuidado com a saúde é competência *comum* da União, Estados e Municípios (art. 23, II). Trata-se de competência material, o que implica em que os entes federativos agirão, através de políticas públicas, no sentido de atender ao preceito constitucional.

É *comum* também a competência para a proteção ao meio ambiente e o combate à poluição em qualquer de suas formas (art. 23, VI).

Como se vê, o Município tem competência comum, de índole material, para cuidar da saúde, defender o meio ambiente e combater a poluição em qualquer de suas formas. Para tanto, a Constituição, implicitamente, garante-lhe competência concorrente imprópria⁶, de índole legislativa, de forma a garantir que tais preceitos sejam cumpridos por meio de políticas públicas.

Em adição, a saúde, direito social elevado a garantia fundamental (art. 6º), recebeu seção própria na Constituição. O art. 196 da CF determina ser a saúde direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido por polícias sociais e econômicas para a sua promoção, proteção e recuperação.

Da mesma forma o meio ambiente, direito de todos garantido pelo art. 225, deve ser defendido pelo Poder Público e pela coletividade.

No que tange à questão de ambientes livres de fumo, devem ser preservados o direito à saúde de todos, fumantes e não fumantes, sejam eles os freqüentadores de ambientes coletivos, sejam eles os trabalhadores que ali exercem sua atividade, bem como o direito ao

⁶ Luiz Alberto David Araujo e Vidal Serrado Nunes Júnior, *Curso de Direito Constitucional*, 12ª edição revista e atualizada, São Paulo: Saraiva, 2008, p. 272.

meio ambiente saudável, livre da Poluição Tabagística Ambiental, que contém cerca de 60 substâncias cancerígenas causando danos à saúde.

Tais objetivos encontram-se dentro da competência comum dos entes federativos, exercida ilimitada e simultaneamente, e que, para serem desempenhadas, implicam na competência concorrente imprópria da União, Estados e Municípios.

Nesse sentido o Supremo Tribunal Federal que, em julgamento do Recurso Extraordinário no. 179.285-RJ, relatado pelo Min. Marco Aurélio, considerou que a existência de legislação federal sobre meios de acesso à cultura, à educação e à ciência (art. 23, V) não inibe a atuação do Estado ou do Município na disciplina da matéria, possibilitando-lhes disciplinar critérios próprios para a contratação de professores, desde que respeitado o piso estabelecido na lei federal.

No caso de ambientes livres de fumo, portanto, respeitado o mínimo previsto no art. 2º, da Lei Federal 9294/06, podem Estados e Municípios ampliarem o espectro a restrição aos produtos fumíferos de forma a preservar a saúde e o meio ambiente.

(iii) Do cumprimento ao princípio da legalidade

Não obstante tenha o Município competência para promover políticas públicas e legislar sobre saúde e meio ambiente, como visto nos itens anteriores, o que se discute no caso em tela é o Decreto Municipal no. 29.284 de 12 de maio de 2008 que regulamentou o espaço em que não se pode fumar, bem como o espaço excepcionado para tal finalidade.

Esclareça-se, primeiramente, que o decreto não proibiu o uso de produtos fumíferos, que continua permitido em locais específicos para esse fim.

Também não proibiu o uso de tais produtos em ambientes coletivos. Quem o fez foi a Lei Federal 9294/96.

O Decreto do Município do Rio de Janeiro tão somente regulamentou a legislação federal de forma a definir o que são recintos coletivos, como o fez o Decreto Federal 2.018/96. O Regulamento Municipal também definiu quais são os espaços em que se excepciona a proibição de não fumar.

Pelo Decreto Federal, recinto coletivo é o local fechado destinado a permanente utilização simultânea por várias pessoas, tais como casas de espetáculos, bares, restaurantes e estabelecimentos similares. São excluídos do conceito os locais abertos ou ao ar livre, ainda que cercados ou de qualquer forma delimitados em seus contornos (art. 2º, I).

O Decreto Municipal do Rio de Janeiro praticamente repetiu a Lei e o Decreto Federais, dispondo:

Art. 1.º É expressamente proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado, seja público ou privado, no município do Rio de Janeiro.

§ 1.º Entende-se por recinto coletivo fechado todos os recintos destinados à utilização simultânea de várias pessoas, cercados ou de qualquer forma delimitados por teto e paredes, divisórias ou qualquer outra barreira física, vazadas ou não, com ou sem janelas, mesmo abertas, incluindo-se saguões, halls, antecâmaras, vestíbulos, escadas, rampas, corredores e similares, e praças de alimentação.

O que fez a norma municipal foi definir recinto coletivo fechado, mantendo a exclusão, determinada por lei federal, do fumo naquele ambiente, e permitindo o uso de produtos fumíferos nos ambientes ao ar livre, varandas, terraços e similares (art. 5º).

Como se sabe, a administração pública está adstrita ao princípio da legalidade que estabelece que *"ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei"* (art. 5º, II, CF).

De acordo com Celso Antônio Bandeira de Melo⁷, o princípio da legalidade é garantia da liberdade como regra. Isso implica em que, o que não está proibido aos particulares, está permitido, e o que não está *por lei* proibido, está juridicamente permitido.

No caso em tela a lei federal proibiu o fumo em ambientes coletivos. Diz o art. 2º, da Lei 9294/96:

Art. 2º É proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente.

Claríssimo o dispositivo que, contudo, abre uma exceção: a existência de área destinada exclusivamente ao fim de fumar, devidamente isolada e arejada.

O que fez o Decreto Municipal foi definir o que seja recinto coletivo, restringindo-o a recinto fechado, como já havia feito o Decreto Federal 2.018/96, bem como o que seja a área excepcionada, reservada para fumar.

⁷ *Curso de Direito Administrativo*, 25ª edição, revista e atualizada até a Emenda Constitucional 56, de 20.12.2007, São Paulo : Malheiros, 2008.

Segundo Bandeira de Mello, o regulamento é cabível quando, para a execução da lei, esta comporte uma certa *discricionariedade administrativa*⁸, o que ocorre nos seguintes casos:

- (i) Sempre que necessário regramento procedimental para regência da conduta que órgãos e agentes administrativos deverão observar e fazer observar para cumprimento da lei.
- (ii) Quando a dicção legal, em sua generalidade e abstração, comportar regulações específicas para a sua aplicação no plano concreto, ou seja, *"caracterizar fatos, situações ou comportamentos enunciados na lei mediante conceitos vagos cuja determinação mais precisa deva ser embasada em índices, fatores ou elementos configurados a partir de critérios ou avaliações técnicas segundo padrões uniformes, para garantia do princípio da igualdade e da segurança jurídica."*⁹

No caso do Decreto Municipal *sub-judice* o que se tem é justamente a segunda hipótese: a conformação da legislação federal, genérica e abstrata, à realidade local, de forma que a norma regulatória precisa o que sejam, no Rio de Janeiro, recintos coletivos onde não se pode fumar, e recintos onde se pode, no caso, aqueles ao ar livre determinados pelo art. 5º do Decreto.

Não há, portanto, que se falar em violação ao princípio da legalidade já que a proibição de fumar em recinto coletivo foi determinada pela lei federal, e repetida pela norma municipal que, apenas e tão somente, precisou o que seja recinto coletivo como ambiente fechado – no que

⁸ *Curso de Direito Administrativo*, 25ª edição, revista e atualizada até a Emenda Constitucional 56, de 20.12.2007, São Paulo : Malheiros, 2008, p. 355.

⁹ *Idem*, p. 360.

repetiu o Decreto Federal – e o que seja *“área destinada exclusivamente a esse fim (ato de fumar), devidamente isolada e com arejamento conveniente”*: áreas externas, ao ar livre.

Bem se vê que o Decreto Municipal é perfeitamente constitucional, obedecendo ao princípio da legalidade e conformando, à realidade local, a normativa federal.

Sem fundamento, portanto, as alegações do autor de que a questão deve ser tratada em *“âmbito nacional”*, *“não se justificando disciplina diferenciada e única entre os mais de 3.000 (três mil) municípios brasileiros”*.

No tocante à legislação municipal mencionada pelo autor, a saber: Lei 56, de 20 de junho de 1978, e Lei Municipal 2.136, de 11 de maio de 1994, sob a alegação de que o Decreto 29.284/2008 teria exorbitado *“até mesmo os limites traçados pela legislação emanada do Poder Legislativo”*, esclareça-se que com o advento da Lei Federal 9294/96, referidas leis foram revogadas. Dessa forma, irreal e desprovida de qualquer fundamento a mencionada alegação do autor.

No mesmo sentido é a referência do autor à Lei Municipal 2479, de 19 de setembro de 1996, sob a alegação de que, nos termos do artigo 5º desta lei, *“a proibição do fumo em recintos fechados não se aplica ao estabelecimento que optar pela divulgação de informação clara e transparente sobre a opção de permitir fumantes nos seus serviços”*.

Ora, o artigo 5º desta lei é flagrantemente ilegal, vez que expressamente afronta a Lei 9294/96, ao excepcionar da proibição do fumo em recintos fechados, aqueles estabelecimentos que avisarem a população que permitem o consumo de tabaco nos seus interiores.

(iv) Conclusão

É incontroverso que a exposição à fumaça do tabaco é prejudicial à saúde de fumantes e não fumantes, o que não pode ser ignorado quando do julgamento da presente representação.

Assim, o Decreto municipal do Rio de Janeiro efetivamente representa um passo importante para que o Brasil cumpra o artigo 8º, da Convenção Quadro para Controle do Tabagismo, estabelecendo medidas legais para proteção contra a fumaça tabagística ambiental.

Obedece, ainda, aos ditames constitucionais que estabelecem como dever do Estado, incluídos aí os municípios, garantir a saúde (CF, art. 196) e o meio ambiente (CF, art. 225).

O decreto do município do Rio de Janeiro, portanto, atende à Constituição, à CQCT e ao princípio da legalidade, devendo ser mantido incólume.

6. TABAGISMO PASSIVO E A POLUIÇÃO TABAGÍSTICA AMBIENTAL (PTA)

O tabagismo representa um problema de saúde pública em todo mundo. Os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que 5,4 milhões de indivíduos morrem anualmente por doenças causadas pelo fumo, sendo 200 mil no Brasil.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a PTA é o principal agente poluidor de ambientes fechados e o fumo passivo é a 3ª maior causa de

morte evitável no mundo, subsequente ao tabagismo ativo e ao consumo de álcool.

Consiste o fumo passivo, também chamado de tabagismo passivo, na inalação por não-fumantes da fumaça da queima de produtos derivados do tabaco, como cigarro, cigarro de palha, cigarro de cravo, bali hai, cigarrilha, charuto, cachimbo e narguilé.

Segundo o INCA, Instituto Nacional do Câncer, órgão do Governo Brasileiro e, portanto, merecedor de respeito e credibilidade¹⁰:

“Define-se tabagismo passivo como a inalação da fumaça de derivados do tabaco (cigarro, charuto, cigarrilhas, cachimbo e outros produtores de fumaça) por indivíduos não-fumantes, que convivem com fumantes em ambientes fechados.

A fumaça dos derivados do tabaco em ambientes fechados é denominada poluição tabagística ambiental (PTA) e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), torna-se ainda mais grave em ambientes fechados. O tabagismo passivo é a 3ª maior causa de morte evitável no mundo, subsequente ao tabagismo ativo e ao consumo excessivo de álcool (IARC - International Agency for Research on Cancer - Agência Internacional de Pesquisa em Câncer, da Organização Mundial da Saúde (OMS); Surgeon General, 1986; Glantz, 1995).

O ar poluído contém, em média, três vezes mais nicotina, três vezes mais monóxido de carbono, e até cinquenta vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça que entra pela boca do fumante depois de passar pelo filtro do cigarro.

Ainda de acordo com o INCA¹¹, a absorção da fumaça do cigarro por aqueles que convivem em ambientes fechados em que se fuma causa:

¹⁰ <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=passivo&link=tabagismo.htm>
Acessado em 10/09/2008.

1- Em adultos não-fumantes:

- Maior risco de doença por causa do tabagismo, proporcionalmente ao tempo de exposição à fumaça;
- Um risco 30% maior de câncer de pulmão e 24% maior de infarto do coração do que os não-fumantes que não se expõem.

2 - Em crianças:

- Maior frequência de resfriados e infecções do ouvido médio;
- Risco maior de doenças respiratórias como pneumonia, bronquites e exacerbação da asma.

3 - Em bebês:

- Um risco 5 vezes maior de morrerem subitamente sem uma causa aparente (Síndrome da Morte Súbita Infantil);
- Maior risco de doenças pulmonares até 1 ano de idade, proporcionalmente ao número de fumantes em casa.

Fumantes passivos também sofrem os efeitos imediatos da poluição tabagística ambiental, tais como, irritação nos olhos, manifestações nasais, tosse, cefaléia, aumento de problemas alérgicos, principalmente das vias respiratórias e aumento dos problemas cardíacos, principalmente elevação da pressão arterial e angina (dor no peito).

Outros efeitos a médio e longo prazo são a redução da capacidade funcional respiratória (o quanto o pulmão é capaz de exercer a sua função), aumento do risco de ter aterosclerose e aumento do número de infecções respiratórias em crianças.”

Em relação à PTA, segundo o INCA¹², os dois componentes principais da poluição tabagística ambiental são:

“a fumaça exalada pelo fumante (corrente primária) e a fumaça que sai da ponta do cigarro (corrente secundária).

¹¹ <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=passivo&link=tabagismo.htm> Acessado em 10/09/2008.

¹² <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=passivo&link=tabagismo.htm> Acessado em 10/09/2008.

Sendo, esta última o principal componente da PTA, pois em 96% do tempo total da queima dos derivados do tabaco ela é formada. Porém, algumas substâncias, como nicotina, monóxido de carbono, amônia, benzeno, nitrosaminas e outros carcinógenos podem ser encontradas em quantidades mais elevadas. Isto porque não são filtradas e devido ao fato de que os cigarros queimam em baixa temperatura, tornando a combustão incompleta (IARC, 1987)."

Mais de quatro mil substâncias podem ser encontradas na denominada fumaça ambiental de cigarros (FAC) ou poluição tabagística ambiental:

"A composição da FAC reúne mais de quatro mil componentes (entre eles, mais de quarenta cancerígenos, como benzeno e níquel, vários irritantes, como amônia, óxidos de nitrogênio e dióxido de enxofre, e intoxicantes cardiovasculares, como o monóxido de carbono e a nicotina. (...) a presença da FAC é um problema para manutenção da qualidade do ar de ambientes fechados"¹³ (grifamos)

Cerca de 4.800 constituintes foram identificados na fumaça do cigarro, sendo cerca de 2.800 identificados somente na fumaça e não no fumo¹⁴.

Sabe-se pelos próprios documentos da indústria que a fumaça lateral, a parte que interessa para a poluição tabagística ambiental, é aproximadamente quatro vezes mais tóxica que a fumaça principal, e que sua toxicidade aumenta com as transformações físicas e químicas que ela sofre suspensa no ar¹⁵. Isso se dá porque a fumaça lateral é

¹³ SEELIG, Marina Fonseca; CAMPOS, Cláudia Rejane Jacondino de; CARVALHO, Jonas da Costa. "A ventilação e a fumaça ambiental de cigarros". *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 85, 2005.

¹⁴ BAKER, R. *Smoke generation inside a burning cigarette: modifying combustion to develop cigarettes that may be less hazardous to health*. *Progress in Energy and Combustion Science*, v. 32, p. 373–385, 2006.

¹⁵ SCHICK, S.; GLANTZ, S. Sidestream cigarette smoke toxicity increases with aging and exposure duration. *Tobacco Control*, v. 15, n. 6, p. 424–429, 2006.

gerada a menor oxigenação e temperatura que a principal, que tem a reação de combustão potencializada na tragada e é por isso "menos incompleta"¹⁶.

Dos milhares de constituintes identificados, ao menos 250 são comprovadamente tóxicos, como o cianeto de hidrogênio, o monóxido de carbono, o butano, a amônia, o tolueno e o chumbo, e ao menos 50 são comprovadamente cancerígenos, sendo onze comprovadamente em humanos: 2-naftilamina, 4-aminobifenil, benzeno, cloreto de vinila, óxido de etileno, arsênico, berílio, compostos de níquel, cromo, cádmio e polônio-210 (radioativo)¹⁷. A fumaça ambiental de tabaco é agente carcinógeno em humanos, e não há nível seguro de exposição a ela¹⁸.

Há 22 anos, o relatório de 1986 *Surgeon General's Report on The Health Consequences of Involuntary Smoking*¹⁹, do Ministério da Saúde dos Estados Unidos, concluiu que a exposição ao tabagismo passivo causava doenças nos não-fumantes. Esse relatório, que foi um dos primeiros a investigar o assunto, mostrou que a PTA causava câncer de pulmão em adultos não-fumantes e vários problemas respiratórios entre as crianças.

Desde que esse relatório foi publicado, centenas de estudos e vários relatórios adicionais foram publicados, e as provas de seus danos à saúde tornaram-se ainda mais evidentes.

¹⁶ CHARLES, S.; BATTERMAN, S.; JIA, C. Composition and emissions of VOCs in main- and side-stream smoke of research cigarettes. *Atmospheric Environment*, v. 41, n. 26, p. 5371–5384, 2007.

¹⁷ HHS — U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Rockville: 2006. 709 p.

¹⁸ IARC — INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. *Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans: tobacco smoke and involuntary smoking, summary of data reported and evaluation*. Lyon: 2004. e WHO — WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Protection from exposure to second-hand tobacco smoke: policy recommendations*. Geneva: 2007. 50 p.

¹⁹ <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf> acesso em 29/8/2008

Em 27 de junho de 2006, o Ministério da Saúde dos Estados Unidos divulgou um relatório²⁰ que não deixa qualquer dúvida de que fumo passivo faz mal à saúde humana.

As cinco conclusões desse relatório foram:

1) **Não há um nível de exposição sem risco ao tabagismo passivo.** A separação entre fumantes e não-fumantes e os sistemas de ar condicionado e de ventilação não eliminam a exposição dos não-fumantes à PTA. Assim, as únicas maneiras de efetivamente proteger os não-fumantes são os ambientes de trabalho e ambientes públicos 100% livres de fumo.

2) Nos Estados Unidos, onde ambientes livres de fumo são mais comuns, milhões de pessoas ainda são expostas ao tabagismo passivo tanto em seus ambientes de trabalho quanto em seus lares, onde ainda não se adotou a proibição de fumar.

3) **A exposição ao fumo passivo causa doenças e mortes prematuras em crianças e adultos não-fumantes.**

4) **Crianças expostas ao tabagismo passivo têm risco aumentado da síndrome da morte súbita infantil, infecções respiratórias agudas, problemas de ouvido, desenvolvimento de asma e aumento da gravidade da asma.** Os pais fumantes expõem os filhos à PTA e aumentam não só o risco dessas doenças, mas também prejudicam o desenvolvimento pulmonar de seus filhos.

²⁰ <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf>

5) A exposição dos adultos ao tabagismo passivo provoca efeitos adversos imediato no sistema cardiovascular e causa doença cardíaca coronária e câncer de pulmão, entre outras doenças.

Por certo, se o fumo passivo não fizesse mal à saúde não estaria dentre os temas tratados pela CQCT, e as medidas para a adoção de ambientes livres do fumo não estariam entre as mais recomendadas pela OMS.

Há, portanto, efetiva comprovação científica dos riscos e danos causados pelo tabagismo passivo aos não fumantes (fumantes passivos) quando expostos ao tabaco em locais fechados, o que é reconhecido pelo próprio Estado Brasileiro através do INCA. Esta constatação certamente não poderá ser ignorada quando do julgamento desta ação, devendo interferir nas conclusões jurídicas apresentadas.

(i) Ventilação: não há nível seguro de exposição à fumaça do cigarro

A Sociedade Americana de Engenheiros de Aquecimento, Refrigeração e Condicionamento de Ar – ASHRAE, American Society of Heating, Refrigerating and Air-conditioning Engineers, órgão de referência dessa área da engenharia – concluiu que **a PTA representa um problema para a qualidade do ar de ambientes interiores e a fumaça ambiental do tabaco é um dos poluentes mais difíceis de ser controlado na fonte**²¹.

²¹ SEELIG, Marina Fonseca; CAMPOS, Cláudia Rejane Jacondino de; CARVALHO, Jonas da Costa. “A ventilação e a fumaça ambiental de cigarros”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 86, 2005.

Ainda de acordo com a ASHRAE, nenhuma tecnologia de engenharia de ventilação demonstra controlar os riscos impostos pela exposição à PTA, apenas reduzi-los e controlar questões de conforto relacionadas²².

Dessa forma, verifica-se que **NÃO** há a real possibilidade de se conciliarem interesses de fumantes e de não fumantes, sem que seja necessária a criação de área apartada das atividades-fim do estabelecimento destinada exclusivamente ao fumo, ou, claro, que o consumo ocorra ao ar livre.

Isso se dá porque, ao reservarem áreas para fumantes, tais estabelecimentos o fazem sem atender à lei federal. Em geral criam “fumódromos” sem o devido isolamento e arejamento. Pior: permitem que serviços continuem sendo ali prestados, quando a lei é clara em estabelecer que tais locais devem se destinar ao fim exclusivo de fumar, e não comer, beber, etc.

Não há, portanto, nível seguro de exposição à fumaça do cigarro nem tecnologia de ventilação que impeça os malefícios do tabagismo passivo.

(ii) Confissão da Philip Morris sobre os malefícios do tabagismo passivo

Vale destacar a informação que consta na página eletrônica da Phillip Morris, 2ª maior indústria de tabaco do Brasil, relativamente ao fumo

²² Idem, p.86.

passivo, em que a própria empresa confessa seus riscos e endossa as conclusões das autoridades de saúde pública no que se refere aos efeitos do fumo passivo sobre a saúde.

A empresa informa que *“acredita que as conclusões das autoridades de saúde pública no que se refere à fumaça do tabaco no ambiente são suficientes para justificar medidas que regulamentem o consumo de cigarros em locais públicos.”*²³.

Segue abaixo reprodução parcial da página da empresa na rede mundial de computadores – *internet*²⁴ sobre o fumo passivo:

“As autoridades de saúde pública concluíram que a exposição à fumaça do cigarro de terceiros causa doenças, incluindo câncer de pulmão e doenças do coração em adultos não-fumantes, além de originar problemas em crianças, tais como asma, infecções respiratórias, tosse, falta de ar, otite média (inflamação do ouvido médio) e Síndrome da Morte Súbita Infantil. As autoridades de saúde pública também concluíram que a exposição à fumaça do cigarro de terceiros pode agravar a asma em adultos e provocar irritação nos olhos, garganta e nariz. O fumo passivo, também conhecido como “fumaça do tabaco no meio-ambiente” ou “ETS”, é uma combinação da fumaça proveniente do cigarro aceso com a fumaça exalada pelo fumante.

O público deve guiar-se pelas conclusões das autoridades da saúde pública no que se refere aos efeitos do fumo passivo sobre a saúde ao decidir permanecer ou não em locais nos quais há fumaça de cigarro ou, se são fumantes, quando e onde fumar. Um cuidado especial deve ser tomado com relação às crianças. Os adultos devem evitar fumar perto delas.

²³ http://www.philipmorrisoninternational.com/BR/pages/por_BR/smoking/Secondhand_smoke.asp
Acessado em 09.09.2008.

²⁴ http://www.philipmorrisoninternational.com/BR/pages/por_BR/smoking/Secondhand_smoke.asp
Acessado em 09.09.2008.

A Philip Morris International acredita que as conclusões das autoridades de saúde pública no que se refere à fumaça do tabaco no ambiente são suficientes para justificar medidas que regulamentem o consumo de cigarros em locais públicos. Também acreditamos que, nos locais onde for permitido fumar, os governos devem exigir a colocação de advertências que comuniquem as conclusões das autoridades de saúde pública de que o fumo passivo causa doenças em não-fumantes.” (grifamos)

Ora, não há mais comentários a fazer, quando a própria indústria do tabaco reconhece e confirma a validade de medidas como a adotada no Município do Rio de Janeiro.

(iii) Mortes causadas pelo tabagismo passivo no Brasil

O INCA lançou, em 22/8/2008, o estudo "*Mortalidade atribuível ao tabagismo passivo na população brasileira*"²⁵ (documento 7), pesquisa inédita no país e uma das primeiras no mundo.

Realizado por pesquisadores do INCA e do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ, o estudo, que teve como alvo a população urbana, revelou pela primeira vez números impressionantes: pelo menos 2.655 indivíduos não-fumantes expostos involuntariamente à fumaça do tabaco morrem a cada ano no Brasil, ou seja, **sete pessoas por dia**. A maioria das mortes ocorre entre mulheres (60,3%), já que há mais fumantes do sexo masculino.

A seguir, trecho da pesquisa²⁶:

²⁵ <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atualidades&link=ver.asp?id=906>
Acessado em 10/09/2008.

²⁶ <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atualidades&link=ver.asp?id=906>
Acessado em 10/09/2008.

“Na pesquisa, que estimou o número e a proporção de óbitos, foram consideradas apenas as três principais doenças relacionadas ao tabagismo passivo: câncer de pulmão, doenças isquêmicas do coração (como infarto) e acidentes vasculares cerebrais. Definiu-se como fumantes passivos as pessoas que nunca fumaram e que moravam com pelo menos um fumante no mesmo domicílio. Somente indivíduos na faixa etária de 35 anos ou mais foram alvo do estudo. Fumantes e ex-fumantes não fizeram parte da população avaliada.

De cada 1.000 mortes por doenças cérebro-vasculares, 29 são atribuíveis à exposição passiva à fumaça do tabaco. A proporção é de 25 para 1.000 no caso de doenças isquêmicas e de 7 para 1.000 mortes por câncer de pulmão. Os óbitos de mulheres são de 1,3 a 3 vezes mais elevados que os de homens. Das 2.655 mortes, 1.601 foram de mulheres. A faixa etária que registra maior ocorrência, tanto em homens quanto em mulheres, é de 65 anos ou mais.”

A quantidade de vítimas, porém, pode ser ainda maior, já que a pesquisa foi feita somente em ambientes domésticos de aglomerados urbanos, sem incluir os ambientes de trabalho, como bares e restaurantes.

(iv) Dos Benefícios imediatos à saúde decorrentes da implementação de ambientes fechados livres de fumo.

“Os benefícios das políticas anti-fumo serão ainda mais profundos em longo prazo. A redução na mortalidade e na morbidez graças à limitação da exposição ao fumo passivo e devido ao impacto dessas políticas sobre o abandono do vício aumentarão o capital humano dos países, levando a um maior crescimento econômico.”

Smoke-free Partnership (Parceiros Antifumo), "Levantando a Cortina de Fumaça: 10 Razões para uma Europa Livre de Cigarros", Fevereiro de 2006, p. 50.²⁷

Nos lugares em que tem sido implementada legislação de ambientes fechados livres de fumo alguns benefícios à saúde têm sido imediatamente identificados.

Publicação do *The New England Journal of Medicine*²⁸, em edição de 31 de julho de 2008, revela o resultado de pesquisa realizada na Escócia após a edição de lei que passou a vigorar naquele país no final de março de 2006 e que proibiu o consumo de cigarro em todos os espaços públicos e locais de trabalho.

Os pesquisadores coletaram informações sobre tabagismo e exposição ao fumo passivo por meio de questionários e investigações bioquímicas de todos os pacientes admitidos com síndrome coronariana aguda em nove hospitais escoceses durante o período de 10 meses antes da aprovação da legislação e no mesmo período do ano seguinte. Estes hospitais representam 64% de internações pela doença na Escócia, cuja população é de 5.1 milhões.

No total, o número de admissões por síndrome coronariana aguda diminuiu de 3.235 para 2.684 – 17%. Este número é significativamente maior que a taxa encontrada na Inglaterra, no mesmo período, de 4%,

²⁷ http://www.smokefreepartnership.eu/IMG/pdf/Lifting_the_smokescreen.pdf

²⁸ "Smoke-free Legislation and Hospitalizations for Acute Coronary Syndrome", Jill P. Pell, M.D., Sally Haw, B.Sc., Stuart Cobbe, M.D., David E. Newby, Ph.D., Alastair C.H. Pell, M.D., Colin Fischbacher, M.B., Ch.B., Alex McConnachie, Ph.D., Stuart Pringle, M.D., David Murdoch, M.B., Ch.B., Frank Dunn, M.D., Keith Oldroyd, M.D., Paul MacIntyre, M.D., Brian O'Rourke, M.D., and William Borland, B.Sc., in *The New England Journal of Medicine*, 31 de julho de 2008.

onde ainda não há legislação similar. No período anterior à legislação, a redução das internações foi de apenas 3% na Escócia.

Houve uma redução de 14% no número de internações por síndrome coronariana aguda entre fumantes, de 19% entre ex-fumantes e de 21% entre pessoas que nunca haviam fumado. **A queda maior, de 67%, envolveu não-fumantes.**

Este estudo demonstra os benefícios para a saúde advindos das leis de espaços livres de fumo, num curto espaço de tempo a partir de sua adoção.

Para a pesquisa, foi medido o nível de cotinina dos pacientes na hora da internação, a fim de obter o status de fumante e dar uma medida objetiva da exposição ao fumo passivo. Fumantes tinham o nível de cotinina acima de 12 ng por mililitro. Pessoas que nunca fumaram tinham nível de cotinina abaixo de 12 ng por mililitro, o mesmo dos ex-fumantes.

Entre não-fumantes, 1.614 (99%) deram informações sobre exposição ao fumo passivo antes da legislação e 1.285 (98%), depois dela entrar em vigor. A porcentagem de pessoas que nunca fumaram e não eram expostas ao fumo passivo aumentou de 57% para 78%, especialmente por causa da exposição reduzida em pubs, bares e clubes. A porcentagem de pessoas não expostas à fumaça nestes ambientes subiu de 77% para 96%. As reduções à exposição ao fumo foram confirmadas pela queda no nível de cotinina, de 0.68 para 0.56 ng por mililitro. Ex-fumantes também relataram exposição reduzida ao fumo. O nível de cotinina caiu de 0.71 para 0.57 ng por mililitro.

Entre as internações por síndrome coronariana aguda envolvendo homens de 55 anos ou menos e mulheres de 65 anos ou menos, o nível de cotinina caiu 34%, de 0.90 para 0.59 ng por mililitro.

Entre pacientes mais velhos, a queda foi de 42%, de 0.62% para 0.36% por mililitro. Entre não fumantes com a doença, o nível de cotinina caiu 18%, de 0.68 para 0.56 ng por mililitro.

Saliente-se que o resultado desta pesquisa confere suporte ao disposto no artigo 8º, da Convenção Quadro para Controle do Tabaco, vez que a implementação de ambientes fechados e públicos livres de fumo são benéficos à saúde da população.

O benefício da implementação de medida dessa natureza inclui, ainda, redução na iniciação dos jovens e estímulo aos que querem parar de fumar. Mais: a medida beneficia os próprios fumantes! É o que revela Dráuzio Varella, conhecido oncologista que, em artigo recente à Folha de São Paulo²⁹, confirma os malefícios do fumo passivo e os benefícios da legislação restritiva. Confira-se:

"Nos últimos 20 anos, entretanto, as evidências científicas se tornaram tão contundentes que ficou impossível negar o óbvio: fumantes passivos são pessoas que fumam. Logo, estão sujeitas às mesmas doenças que encurtam a vida dos dependentes de nicotina.

(...)

Todos os estudos demonstram que legislações restritivas ao fumo em espaços públicos não só reduzem o número de fumantes passivos como fazem

²⁹ caderno Ilustrada, página E15.

cair os níveis de cotinina no sangue dos próprios fumantes.

Embora por ignorância, má-fé ou ganância exista quem se oponha a elas, não há mais dúvida de que leis desse tipo beneficiam indistintamente crianças e adultos, jovens e velhos, quem fuma e quem não o faz.”

Certamente, as políticas de áreas livres de fumo são os meios mais econômicos e eficazes de evitar as conseqüências à saúde decorrentes da exposição à fumaça do tabaco.

7. TABAGISMO PASSIVO E O AMBIENTE DE TRABALHO – RISCO OCUPACIONAL

“A minha categoria não escolhe cliente, a gente não tem proteção. Não tem como recusar atender um fumante ou sair do estabelecimento enquanto ele estiver fumando. Precisamos que a lei federal seja mudada e que seja totalmente proibido fumar em bares e restaurantes, além de outros estabelecimentos. É uma proteção à nossa saúde”.

Valtair Mendes Rodrigues, presidente do SINDICATO DOS GARÇONS, BARMAN E MAITRES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – SIGABAN³⁰.

“Eles trabalharam anos a fio em lugares que permitiam o fumo e tiveram problema no pulmão. O médico fez exames e estranhou que eles não eram fumantes. O doutor viu que eles tinham o pulmão comprometido como se fossem fumantes. E eles nunca fumaram, os coitados”.

³⁰ Em entrevista ao Boletim da ACT, no mês de agosto de 2008: <http://www.actbr.org.br/comunicacao/boletins/boletim-act-41.htm#perfil>

Valtair Mendes Rodrigues, ao relatar que dois colegas de trabalho, não-fumantes, tiveram problemas pulmonares³¹.

De acordo com a Comissão de Tabagismo da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia³², a Organização Internacional do Trabalho calcula que cerca de 20 mil trabalhadores morram a cada ano em decorrência da poluição tabagística ambiental em seus locais de trabalho.

Ainda de acordo com a Comissão de Tabagismo da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia³³, estudos científicos comprovam que garçons não fumantes que trabalham em bares e restaurantes em que é permitido fumar apresentam em média, chance duas vezes maior de desenvolver câncer no pulmão. Ao final da jornada de trabalho, estes profissionais poderão ter níveis de exposição compatíveis com fumantes de até 10 cigarros.

Contudo, os bares, restaurantes, hotéis, casas noturnas e outros estabelecimentos similares, em sua maioria, deixam de atender à sua responsabilidade patronal junto às normas protetivas dos trabalhadores, dentre as quais o artigo 157 da Consolidação de Leis Trabalhistas, que atribui ao empregador a responsabilidade de cumprir e fazer as normas de segurança e medicina do trabalho, além de instruir os empregados quanto às precauções a tomar no sentido de evitar acidentes de trabalho ou doenças ocupacionais, assim como a Norma

³¹ Em entrevista ao Boletim da ACT, no mês de agosto de 2008: <http://www.actbr.org.br/comunicacao/boletins/boletim-act-41.htm#perfil>

³² Em resposta à consulta pública da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. http://www.sbpt.org.br/downloads/temp/COM_TABAGISMO_SBPT_PRONUCIAMENTO_CT_CONS_PUB_29_ANVISA.pdf

³³ Idem.

Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho, a NR 09, estabelecida pela Portaria nº3.214/78, do Ministério do Trabalho³⁴.

Verifica-se que, com a presente medida judicial, o autor ignora o **direito constitucional garantido aos trabalhadores à redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança, nos termos do artigo 7º, inciso XXII.**

Vale lembrar, que os garçons, bartenders e os demais trabalhadores em restaurantes, bares e boates não têm a opção pelo trabalho somente nas áreas livres de fumo. Na qualidade de empregados, subordinados àqueles que os contrataram, devem seguir as determinações do seu empregador, e desenvolver seu trabalho para atender aos clientes em todas as áreas do estabelecimento, sejam para fumantes, como para não fumantes.

Diferentemente dos clientes, referidos profissionais não têm a opção de trabalhar somente nas áreas destinadas aos não fumantes, e por isso, estão permanentemente expostos à PTA.

Como já aduzido anteriormente, de acordo com a ASHRAE³⁵, a poluição tabagística ambiental representa um problema para a qualidade do ar de ambientes interiores e a fumaça ambiental do tabaco é um dos poluentes mais difíceis de ser controlado na fonte.

³⁴ Portaria 3.214/78 e Normas Reguladoras do Ministério do Trabalho http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/1978/p_19781008_3214.pdf

³⁵ SEELIG, Marina Fonseca; CAMPOS, Cláudia Rejane Jacondino de; CARVALHO, Jonas da Costa. "A ventilação e a fumaça ambiental de cigarros". *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 86, 2005.

E, como em item anterior, nenhuma tecnologia de engenharia de ventilação demonstra controlar os riscos impostos pela exposição à PTA, apenas reduzi-los e controlar questões de conforto relacionadas.

Dessa forma, permitir que serviços continuem sendo prestados em áreas destinadas a fumantes, quando a lei é clara em estabelecer que tais locais devem se destinar ao fim exclusivo de fumar, e não comer, beber, etc., implica em exposição dos empregados do estabelecimento à PTA, prestando serviços em áreas em que colocam em risco sua saúde.

Dessa forma, o direito à livre iniciativa do empresário encontra limites na sua obrigação legal como empregador de cuidar da saúde dos seus empregados.

Não há como se admitir como absolutamente válida a premissa de que o empresário, como os donos de bares, restaurantes, hotéis e similares, possui a liberdade constitucional de determinar o que seus clientes podem fazer no seu estabelecimento comercial, com fundamento na garantia de livre iniciativa. O limite está na sua obrigação e responsabilidade como empregador pela saúde daqueles que trabalham em seu benefício.

Vale destacar, nesse sentido, o artigo 170, da Constituição Federal, que dispõe que a ordem econômica será fundada não só na livre iniciativa, como também na valorização do trabalho humano, observado, dentre outros princípios, a defesa do meio ambiente, aí incluído o meio ambiente do trabalho.

Como já fartamente demonstrado, é fato que o tabaco, ainda que lícito, é prejudicial à saúde, e seu consumo deve ser controlado, protegendo a saúde daqueles que optam por não fumar, e principalmente daqueles que não têm a opção pela escolha dos ambientes reservados aos não fumantes, em virtude da natureza do seu trabalho.

É preciso lembrar que a legislação trabalhista tem sempre como premissa a proteção do empregado em todos os seus aspectos, e no tocante à saúde, protege o trabalhador física e psicologicamente.

Assim, a garantia do trabalho em ambientes 100% livres de fumo está em plena consonância com o ordenamento jurídico brasileiro. Está de acordo com a Constituição Federal, vez que garante ao trabalhador um ambiente de trabalho saudável. Por sua vez, não viola o direito da livre iniciativa do empresário, vez que este está limitado à sua obrigação legal de proteção à saúde dos seus empregados.

É preciso salientar que a legislação garantidora de ambientes 100% livres de fumo NÃO viola o direito do fumante em optar por fumar, pois este continua livre para fumar em ambientes abertos, e, ainda, protege o direito constitucional de todos, fumantes e não fumantes, à saúde e a um ambiente fechado livre da PTA.

8. Do reconhecimento judicial dos malefícios do tabagismo passivo – sentença norte-americana

Em 1999, o Governo norte americano promoveu ação judicial contra 11 tabaqueiras – incluídas aí a Philip Morris Inc, da qual faz parte a Philip Morris Brasil, e a British American Tobacco Industries p.l.c., da qual faz parte a Souza Cruz S/A, duas das maiores empresas de tabaco do Brasil com participação no mercado, respectivamente, entre 13% e 16%, e entre 70% e 75% (documento 8).

O fundamento para referida ação foi o de que as rés violaram e continuam a violar a legislação que trata de Influência Mafiosa e Organizações Corruptas (*the Racketeer Influenced and Corrupt Organizations Act – RICO*), através do engajamento em profunda e ilegal conspiração para enganar a opinião pública e o governo sobre os efeitos à saúde do tabagismo e do **tabagismo passivo**, bem como da dependência da nicotina, os alegados benefícios de cigarros chamados baixos teores (*light*) e a manipulação da nicotina para manter a dependência dos fumantes.

Em 2006, sentença histórica de cerca de 1.700 páginas proferida pela Juíza Gladys Kessler reconheceu a atuação conjunta e coordenada da indústria do tabaco, não só nos EUA, mas globalmente, em que estas associaram-se de fato em uma empresa/operação (*association-in-fact enterprise*), com o objetivo de enganar governo e opinião pública para impedir o aumento da regulação do cigarro, a divulgação das informações sobre seus malefícios, a responsabilização em ações judiciais, bem como evitar o surgimento de ambiente socialmente contrário ao tabagismo.

Partes importantes da sentença foram compiladas por um consórcio de advogados norte americanos através da *Tobacco Control Legal Consortium* (www.tobaccolawcenter.org) e traduzidas para o português pela ACT (documento 9) (<http://www.actbr.org.br/pdfs/capitulos-sentenca.pdf>). A íntegra da sentença é encontrável em <http://www.tobaccolawcenter.org/documents/FinalOpinion.pdf>

Os temas tratados na sentença são os danos do tabagismo, dependência, níveis de nicotina, cigarros *light*, *marketing* para jovens, **tabagismo passivo** e supressão de informações.

No tocante ao tabagismo passivo, referida sentença é expressa ao concluir que as empresas réus negaram em público o que reconhecem internamente: que o tabagismo passivo é perigoso para os não fumantes.

Segundo a Juíza Gladys Kessler (documento 9):

3.303. Na década de 1970, começaram a acumular-se evidências científicas sugerindo que a exposição à fumaça do cigarro era perigosa para os não fumantes; órgãos ligados à saúde pública começaram a alertar para os riscos potenciais para a saúde, tanto dos adultos como das crianças.³⁶

(...)

3.860. Significativamente, os Réus estavam bem conscientes e preocupados com essa questão desde 1961, quando um cientista da Philip Morris revelou em seu artigo que 84% da fumaça do cigarro compõe-se de fumaça secundária, a qual contém substâncias

³⁶ Página 42.

*cancerígenas. Logo os réus perceberam a forte possibilidade de que a PTA representava um sério perigo para a saúde dos fumantes; os Réus também entenderam as ramificações financeiras de tal conclusão.*³⁷

A sentença ainda reconhece que, para a comunidade de saúde pública, há consenso de que a PTA causa doenças aos não-fumantes³⁸.

9. AMBIENTES FECHADOS LIVRES DE FUMO NO BRASIL E NO MUNDO

Exemplos da implementação de ambientes fechados livres de fumo são encontráveis em outras cidades brasileiras. E em nível mundial.

João Pessoa respeita ambientes fechados livres de fumo desde maio de 2006, período em que as autoridades responsáveis passaram a fiscalizar a lei federal 9.294/96 com grande aceitação e respaldo da população³⁹ (documentos 10 e 11).

Recife, por seu turno, iniciou o trabalho de fiscalização em fevereiro de 2008, para proibir o fumo em todos os ambientes de trabalho fechados, o que inclui estabelecimentos ligados à indústria do entretenimento tais como bares, restaurantes, casas noturnas e hotéis⁴⁰ (documento 12).

³⁷ Páginas 46 e 47.

³⁸ Página 43.

³⁹ <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/noticias/?n=5866>

<http://www.db.com.br/noticias/?83825>

Acessados em 10/09/2008.

⁴⁰ http://www.recife.pe.gov.br/2008/07/22/saude_realiza_capacitacao_para_combate_ao_tabagismo_163190.php

Vários países também implementaram leis de espaços públicos fechados livres de fumo sem grandes dificuldades, diante das evidências apresentadas.

Além de terem plenas condições legais e físicas de serem implementados, contam com o apoio da população em geral, inclusive fumantes, e não apresentam impactos negativos para a indústria da hospitalidade. Em lugares já estudados observou-se redução quase imediata no atendimento a ataques cardíacos e a problemas respiratórios.

Experiências como o *Smoke-free Air Act* (em tradução literal: Lei do Ar Livre de Fumaça), da cidade de Nova York, Estados Unidos, mostram que a proibição do fumo é uma solução viável para o problema, não acarretando perdas econômicas, como pregado pela indústria do tabaco, que cria mitos e induz alguns setores da indústria da hospitalidade contra as medidas.

Desde março de 2003 em vigência, registrou-se a adesão de 97% dos restaurantes e bares da cidade e expressivo aumento na qualidade do ar dos ambientes. Estimou-se que 150 mil trabalhadores não eram mais expostos à PTA no trabalho e observou-se uma diminuição de 85% nos níveis de cotinina nos trabalhadores não-fumantes. Em pesquisa, 16% da população disseram ter passado a freqüentar mais os restaurantes e bares com a lei, 73% disseram não ter mudado de comportamento e a minoria, 11%, disse que passou a freqüentar menos os restaurantes e bares com a proibição do fumo em ambientes coletivos fechados⁴¹. Em julho de 2003, todo o Estado de Nova York passou a ter ambientes

Acessado em 10/09/2008.

⁴¹ New York City Department of Finance, New York City Department of Health & Mental Hygiene, New York City Department of Small Business Services, New York City Economic Development Corporation. The state of smoke-free New York City: a one-year review. 2004.

coletivos fechados livres de fumo, com multas de até mil dólares por infração⁴².

O estado da Califórnia se tornou livre de fumo em 1995 e os seus bares, em 1998. Pesquisa feita com os dados da compra de bebidas, entre 1992 e 1998, mostrou que cresceu em cerca de 10% o consumo de bares e restaurantes, gerando mais imposto⁴³.

Outros estados americanos também adotaram legislação igual.

Um relatório da empresa de auditoria da KPMG⁴⁴, feito em 2001, sobre o impacto econômico da adoção de leis de ambientes livres de fumo na indústria da hospitalidade de Ottawa, Canadá, mostrou que houve um aumento de 6,5% nos setores de hotelaria e de alimentação; o fechamento de restaurantes foi menor que no período anterior; houve um aumento de 6,5% na criação de novos bares e tavernas. Outra pesquisa, feita em 2003, em Ontário, Canadá, não encontrou evidências de que a lei de ambientes livres tenha causado efeitos negativos nas vendas de bares e restaurantes.

Na Irlanda, outrora terra dos *pubs* enfumaçados, foi aprovada a lei que tornou proibido fumar em ambientes fechados e um estudo mostrou que 74% dos fumantes continuavam freqüentando os locais e, em contrapartida, cerca de 70% de não fumantes passaram a freqüentá-los também⁴⁵.

⁴² New York State Department of Health. A guide to the New York State Clean Indoor Air Act. 2003.

⁴³ California Department of Health Services, Tobacco Control Section, November 2000.

⁴⁴ KPMG Report – The Economic Impact Analysis of the No-Smoking Bylaw on the Hospitality Industry, 2001.

⁴⁵ IRELAND, “Smoke-free Workplace Legislation Implementation” www.otc.ie – Progress Report, May 2004.

Na França, desde 1o. de fevereiro de 2007 é proibido fumar em lugares de trabalho, inclusive em restaurantes, bares e *nightclubs*. Universidades e instituições de ensino devem ter áreas abertas para fumantes.

Irlanda do Norte, Itália, Escócia, Inglaterra, País de Gales, Noruega, Suécia, Finlândia, Nova Zelândia, Bermuda, Uganda, Malta, Uruguai, Hong Kong e Butão são exemplos de países que adotaram legislações de espaço livre de cigarro para locais de trabalho, incluindo a indústria de hospitalidade.

A adoção de ambientes fechados livres de fumo é medida estabelecida na CQCT e recomendada enfaticamente pela Organização Mundial de Saúde para redução da epidemia tabagística e seus efeitos. Vem por isso sendo adotada mundialmente.

O Rio de Janeiro demonstra, neste aspecto, pioneirismo ao ter um decreto que, regulamentando a legislação federal, inclui todos os ambientes fechados como livres de fumo. A sua manutenção é, portanto, de rigor.

10. PESQUISA DATAFOLHA – APROVAÇÃO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA POR ÁREAS LIVRES DE FUMO

A proibição de se fumar em ambientes fechados, além de ser uma questão de saúde pública, é um anseio da população brasileira.

Conforme restou constatado em pesquisa nacional realizada pelo Instituto Datafolha em Março de 2008, 88% da população brasileira e 80% dos fumantes reprovam o fumo em ambientes

fechados, sendo que 83% tem conhecimento de que o tabagismo passivo traz malefícios à saúde (documento 13).

Essa e outras pesquisas, como a recém divulgada pela Agência Estado⁴⁶ em que 90% da população paulista aprova projeto de lei recém enviado pelo Governador à Assembléia Legislativa tornado o Estado, a exemplo do Rio de Janeiro, livre de fumo, comprovam que a população está cada vez mais atenta e ciente dos malefícios do fumo passivo, apoiando medidas que criam ambientes fechados livres de fumo.

11. DA SUPOSTA QUEDA DE FATURAMENTO E DESEMPREGO – AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO

“Se não pode fumar em local fechado, o rapaz vai lá fora, fuma lá e volta. Não é bem assim, dizer que vai haver um prejuízo. O pessoal continua bebendo seu chopinho e saindo normalmente, não houve nenhuma mudança, dizer que o estabelecimento vai fechar porque não pode fumar é uma mentira e um exagero”.

Valtair Mendes Rodrigues, presidente do SINDICATO DOS GARÇONS, BARMAN E MAITRES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – SIGABAN⁴⁷

Alega, a indústria do entretenimento, que ambientes fechados 100% livres de fumo implicariam queda do faturamento e levariam ao desemprego. Não trazem, contudo, qualquer prova ou evidência da veracidade desse argumento.

⁴⁶

http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2008/09/10/pesquisa_indica_que_90_da_populacao_apoia_lei_antifumo_1738994.html acesso em 10/9/2008.

⁴⁷ Em entrevista ao Boletim da ACT, no mês de agosto de 2008:

<http://www.actbr.org.br/comunicacao/boletins/boletim-act-41.htm#perfil>

Recente pesquisa do Instituto DataFolha (documento 13) revela justamente o contrário: que 88,5% dos entrevistados não mudará sua frequência a bares, restaurantes, lanchonetes e casas noturnas (63,5%) ou a aumentará (25%) se leis de ambientes livres do fumo forem aprovadas.

Ademais, diversas pesquisas independentes revelam que a implantação de ambientes fechados livres de fumo não causa qualquer impacto econômico-financeiro aos estabelecimentos comerciais, e em alguns casos, o impacto tem sido positivo, como visto no item que analisa a implementação de ambientes livres de fumo no Brasil e no mundo.

No mesmo sentido destaca-se o resultado da pesquisa realizada pelas canadenses Rita Luk e Roberta Ferrence⁴⁸, da Universidade de Toronto, que fizeram um dos mais abrangentes estudos sobre o impacto econômico do banimento do fumo em bares, restaurantes e hotéis no Canadá, Estados Unidos e Austrália.

Contrariando argumentos de que a restrição poderia gerar queda de faturamento e desemprego, as pesquisadoras revisaram 115 pesquisas sobre o assunto **e concluíram que a implantação de ambientes livres de fumo não tem impacto negativo nas vendas, receitas, lucro e nível de emprego dos estabelecimentos de bares, restaurantes e hotéis no longo prazo. Os estudos revistos indicam que legislações de ambientes livres de fumo não afetam adversamente a indústria da hospitalidade.**

⁴⁸ Luk, R. & Ferrence, R. *The Economic Impact of Smoke-Free Legislation on the Hospitality Industry*. Toronto, ON: Ontario Tobacco Research Unit, Special Report Series, February 2005.
<http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/2005-hospitalit/index-eng.php>

Diante das evidências de que a implantação de ambientes fechados livres de fumo não causa impacto econômico-financeiro negativo aos estabelecimentos comerciais, causa estranheza o interesse direto do autor, SINDICATO DE HOTÉIS, RESTAURANTES, BARES E SIMILARES DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, no ajuizamento da presente ação, principalmente quando pesquisa Data Folha de maio de 2008 (documento 13) sobre a possibilidade de proibição do fumo nos quatro ambientes pesquisados (bares, restaurantes, lanchonetes e casas noturnas), revelou que 88,5% dos entrevistados disseram que sua freqüência a estes locais não mudará (63,5%) ou será maior (25%).

Por outro lado, a íntima relação entre entidades representantes da indústria do entretenimento e a indústria do tabaco pode dar uma pista sobre esse interesse já que há muito revelada através dos documentos internos da indústria tabagista

Merece destaque a resposta do jornalista Mario Cesar Carvalho⁴⁹, ao comentário⁵⁰ da assessoria de imprensa da ABRASEL – Associação Brasileira de Bares e Restaurantes, em crítica à reportagem com o título "Governo Lula se dobra a lobby da indústria" (caderno Cotidiano, da Folha de São Paulo, 29/8/2008):

"Na reportagem "Governo Lula se dobra a lobby da indústria" (Cotidiano, 29/8), o repórter Mario Cesar Carvalho acusa a Abrasel de ser uma "entidade usada historicamente pela indústria do cigarro para fazer lobby, atividade fartamente documentada nos arquivos americanos", mas não apresenta nenhuma prova, o

⁴⁹ Autor de "O Cigarro", da série "A Folha Explica", Publifolha.

⁵⁰ Com o título de "Fumo", no Painel do Leitor da Folha de São Paulo, de 09/09/2008.

que torna o seu texto com características de leviandade. Quanto às afirmações de que o governo deu R\$ 300 mil a um evento da Abrasel e que o Tribunal de Contas da União considerou o repasse lesivo aos interesses públicos, repetimos o que já informamos a esta Folha: nossa entidade prestou contas de todos os convênios firmados e, até este momento, não fomos notificados pelo TCU a prestar nenhum tipo de esclarecimento. O repórter escreveu o texto ao seu bel-prazer, sabe-se lá movido a que interesse."

DINO SÁVIO , assessoria de imprensa da Abrasel Nacional -Associação Brasileira de Bares e Restaurantes (Belo Horizonte, MG)

Resposta do jornalista Mario Cesar Carvalho - Há mais de uma dúzia de trabalhos científicos que mostram como a indústria do cigarro usou as entidades de bares e restaurantes para divulgar suas posições. O caso mais bem documentado é o programa "Convivência em Harmonia", defendido por bares e restaurantes e inteiramente criado pela indústria do cigarro." (destacamos)

Na matéria em referência, há denúncia de que a Abrasel seria uma entidade usada pela indústria do cigarro para fazer lobby. Confira-se:

"(...) Se fosse só isso, seria cômico. O problema é que Lula é amigo de um dirigente da Abrasel (Associação Brasileira de Bares e Restaurantes), entidade usada pela indústria do cigarro para fazer lobby, atividade fartamente documentada nos arquivos americanos."

Nesse sentido, o conteúdo da página eletrônica da FEDERAÇÃO NACIONAL DE HOTÉIS, RESTAURANTES, BARES E SIMILARES (FNHRBS) e da Associação Brasileira de Bares e Restaurantes – ABRASEL revelam algumas informações que não podem ser ignoradas.

A página eletrônica da FNHRBS indica que o autor, o SINDICATO DE HOTÉIS, RESTAURANTES, BARES E SIMILARES DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, está a ela filiado, e indica a parceria com ABRASEL.

Por sua vez, a página eletrônica da ABRASEL indica que possui a Souza Cruz como parceira, conforme se observa das reproduções em anexo (documentos 14 e 15).

12. DO PEDIDO

O resultado deste Mandado de Segurança fará parte da história do esforço mundial para combater a epidemia do tabagismo. Poderá ser lembrada como mais uma decisão histórica em favor da vida e da saúde; ou poderá ser lembrada como a derrota de valores caros à sociedade brasileira e à humanidade como um todo. Cabe a esse Egrégio Tribunal de Justiça decidir.

Feitos esses últimos esclarecimentos, e tendo em conta o quanto disposto na presente manifestação, **requer-se** seja deferida a admissão da **ASSOCIAÇÃO DE CONTROLE DO TABAGISMO, PROMOÇÃO DA SAÚDE E DOS DIREITOS HUMANOS – ACT** como assistente nos autos do presente Mandado de Segurança, bem como, aceitas as suas razões que defendem a constitucionalidade e a legalidade da legislação atacada, seja o Mandado de Segurança julgado improcedente.

Requer-se, ainda, que as publicações oriundas do presente feito, para que válidas e vinculativas, sejam realizadas em nome das patronas da

requerente: **CLARISSA MENEZES HOMSI – OAB/SP 131.179 e
ADRIANA PEREIRA DE CARVALHO – OAB/SP 148.379.**

Nestes Termos,

P. Deferimento,

De São Paulo para o Rio de Janeiro aos 15 de setembro de 2008.

CLARISSA MENEZES HOMSI
OAB/SP 131.179

ADRIANA PEREIRA DE CARVALHO
OAB/SP 148.379