

São Paulo, 30 de setembro de 2008

Ilmo(a). Sr(a). Deputado(a)

Referência: EMENDAS AO PL 577/2008 que proíbe o 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.

Prezado(a) Senhor(a),

A Aliança de Controle do Tabagismo (ACT), membro do CEPALT – Comitê Estadual de Promoção de Ambientes Saudáveis Livre de Tabaco, 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. Composta por mais de 300 organizações da sociedade civil comprometidas com o controle da epidemia tabagística (site <http://actbr.org.br>), vem atuando de forma a contribuir para a implementação das determinações da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), tratado internacional ratificado pelo Brasil através do Decreto 5.658/2006.

Dentre as determinações da CQCT destaca-se seu artigo 8º, 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, lugares públicos fechados. Isso porque a fumaça é agente carcinógeno em humanos, não havendo nível seguro de exposição a ela. Dos cerca de 4.800 constituintes nela 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)¹. A fumaça emitida no ambiente pela ponta do cigarro, por exemplo, é aproximadamente quatro vezes mais tóxica que a fumaça aspirada pelo filtro pelo fumante, e sua toxicidade aumenta com as transformações físicas e químicas que ela sofre suspensa no ar².

O **tabagismo passivo é a terceira causa evitável de mortes no mundo**, atrás apenas do tabagismo ativo e do alcoolismo. Há consenso científico quanto aos malefícios da exposição à fumaça do cigarro, conforme reconhecido no Preâmbulo da CQCT:

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;
(grifos acrescidos)

¹ <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/factsheets/factsheet9.html>

² <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/content/abstract/14/6/396>
<http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/content/abstract/15/6/424>

Recente pesquisa do Instituto Nacional do Câncer – INCA – revela que pelo menos **7 pessoas morrem diariamente no Brasil** em decorrência do fumo passivo³.

A Lei Federal 9294/96, bem como a lei estadual paulista no. 13.016 de 19/5/2008, **encontram-se desatualizadas e defasadas frente ao que determina o art. 8º da CQCT**. Desde as descobertas sobre os malefícios do fumo passivo na década de 80, a tendência mundial tem sido a criação de ambientes fechados livres de fumo. A permissão da existência de fumódromos não mais atende ao que hoje se sabe em termos de malefícios à **saúde pública e ocupacional** causados pela Poluição Tabagística Ambiental (PTA).

O Projeto de Lei 577/2008, por outro lado, vem atender ao que determina o artigo 8º da CQCT, posto que proíbe o fumo em lugares fechados e a existência de fumódromos que, além de não isolarem a PTA, permitem a exposição dos trabalhadores ali alocados à fumaça do tabaco.

1. DAS EMENDAS AO PL

As **emendas no. 3, 7, 9, 10, 11, 12 e 15** descaracterizam totalmente o objetivo do PL pois permitem a criação de lugares fechados destinados a fumantes ou ao ato de fumar, mantendo a situação legislativa atual, **inaceitável do ponto de vista da proteção à saúde**.

Sua aceitação implicaria em ineficácia do PL, posto que não haveria qualquer inovação legislativa. Menos ainda se estaria inovando em termos de proteção à saúde pública e ocupacional, ao direito ao meio ambiente saudável e à defesa do consumidor.

A questão da saúde ocupacional não pode ser ignorada quando se trata de medidas para o controle do tabagismo. **O trabalhador ficará exposto à PTA em quaisquer das hipóteses previstas nas Emendas supra citadas**, e os proprietários dos estabelecimentos que permitirem o consumo do tabaco em locais fechados dentro de seus hotéis, bares, restaurantes e afins estarão **violando o artigo 157, da CLT**.

Os trabalhadores de bares, restaurantes e similares, diferentemente dos clientes, **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.

Aprovar referidas emendas nada mais é do que jogar por terra todo o esforço mundial, ratificado pelo Brasil, de proteção de consumidores e trabalhadores à exposição à fumaça do tabaco.

2. DA CONSTITUCIONALIDADE DO PL

O PL 577/2008 atende perfeitamente à Constituição Federal. É competência comum da União, Estados, e Municípios (art. 23) cuidar da saúde (inc. II), proteger o meio ambiente e combater a poluição

³ <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atualidades&link=ver.asp?id=906>
Acessado em 10/09/2008.

em qualquer de suas formas (VI). Além disso, cabe à União e aos Estados, concorrentemente, legislar sobre proteção e defesa da saúde (art. 24, XII).

O objetivo das legislações que promovem ambientes livres de fumo é proteger a saúde, a vida e o meio ambiente. Assim, para suplementar a legislação federal pode, o ente federativo, ampliar essa proteção de forma a ampliar os lugares em que não se pode fumar. Principalmente por haver tratado internacional exatamente nesse sentido, a CQCT.

É o que decidiu o Supremo Tribunal Federal quando, na ação direta de inconstitucionalidade no. 3739, manteve liminarmente a Lei Paulista no. 12.684/2007, que proíbe o uso de amianto no Estado. De acordo com o Ministro Cezar Peluso, 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.**

3. NÃO HÁ PROIBIÇÃO AO FUMO, APENAS REGULAMENTAÇÃO SOBRE OS LUGARES ONDE SE PODE FUMAR

O PL 577/2008, a exemplo das legislações que vêm sendo aprovadas no Brasil e no mundo, **não proíbe o fumo nem afronta qualquer direito individual dos fumantes.** O que faz a legislação é **disciplinar os locais em que se pode, e aqueles em que não se pode fumar.**

E sua justificativa é justíssima: não se pode impor aos não fumantes, trabalhadores ou freqüentadores de ambientes coletivos fechados, a exposição à fumaça do tabaco que, já se comprovou, é a terceira causa evitável de mortes no mundo.

Da mesma forma que não se pode utilizar veículos automotores nas praias ou em ruas fechadas para o seu acesso, também não se pode fumar em locais coletivos fechados. Tanto o automóvel quanto o cigarro continuam sendo produtos lícitos, e seu **uso autorizado, mas com as devidas limitações em razão dos malefícios que podem causar.**

4. DA AUTORIZAÇÃO PARA LUGARES EXCLUSIVOS PARA FUMANTES: VIOLAÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR E DO CONSUMIDOR

Ao prever a existência de estabelecimentos exclusivos para fumantes, a **Emenda no. 3** não atingirá o objetivo que busca. Ao invés de evitar a discriminação, a promoverá.

Entendemos que este tipo de proposição decorre de um equívoco na compreensão da proposta do PL: ao prever a adoção de ambientes livres de tabaco, não se está criando ambientes exclusivos para não-fumantes. A restrição é em relação ao fumo e jamais em relação ao fumante.

A criação de espaços exclusivos para fumantes gera portanto uma discriminação não existente e não desejável. O objetivo do PL, ao contrário, é proteger a todos e permitir ao fumante fazer uso de produtos fumígenos em local adequado, que são os ambientes abertos.

Ademais, **os trabalhadores de locais exclusivos para fumantes não estarão protegidos** e a questão da saúde ocupacional permanecerá.

E nem se alegue que em tais estabelecimentos somente os trabalhadores fumantes serão admitidos. Já aí se criará nova discriminação, permitindo que só se contratem trabalhadores fumantes, **colocando em risco a empregabilidade dos demais profissionais simplesmente por não fumarem**. Ironicamente, ser fumante acabará sendo um requisito para a vaga de trabalho.

Como ficará o trabalhador não fumante que somente encontrar vagas de trabalho em estabelecimentos para fumantes? E se os salários pagos nos estabelecimentos para fumantes forem superiores aos dos estabelecimentos para não fumantes? Os desempregados terão que mentir sobre sua condição de fumante, ou terão que começar a fumar?

Adicione-se que **a PTA que atingirá o trabalhador, fumante ou não, lhe será maléfica**, pois que estará exposto à fumaça de outros fumantes. **O próprio fumante é um fumante passivo** quando exposto à fumaça do tabaco dos demais fumantes e a sua própria.

Finalmente, **os trabalhadores desses lugares não terão qualquer estímulo para parar de fumar**, ficando obrigados a manter sua dependência para manter seu emprego.

Os donos de bares, restaurantes, hotéis, casas noturnas e similares, na qualidade de empregadores, são legalmente **responsáveis pela saúde dos seus empregados** (CLT, art. 157), devendo cumprir 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**.

A implantação de estabelecimentos destinados unicamente aos fumantes **tornará, despropositadamente, mais acirrada a já existente concorrência entre bares, restaurantes e hotéis**, tornando estes estabelecimentos mais vulneráveis ao patrocínio e exploração por parte da indústria do tabaco.

Lugares exclusivos para fumantes serão explorados pela indústria do tabaco, sobretudo aqueles prioritariamente voltados para o público jovem, alvo dessa indústria. Sabe-se que 90% dos fumantes iniciam-se até os 18 anos e 50% dos que experimentam um cigarro se tornam fumantes na vida adulta⁴.

Todas as políticas públicas para se evitar a iniciação dos jovens estarão em grande perigo com a existência de estabelecimentos como esses, que não se justificam do ponto de vista da saúde pública e tampouco refletem um anseio da maioria dos fumantes, como se vê a seguir.

5. APOIO POPULAR

Mais do que o reconhecimento científico dos malefícios do fumo passivo, a restrição do fumo em lugares fechados conta com o **apoio maciço da população**.

⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). *Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

Pesquisa nacional realizada pelo Instituto Datafolha⁵ em Março de 2008 mostra que **88% da população brasileira e 80% dos fumantes reprovam o fumo em ambientes fechados**, sendo que 95% têm conhecimento de que o tabagismo passivo traz malefícios à saúde.

Em pesquisa anterior do mesmo instituto (novembro/2007), realizada com a população do estado de São Paulo, o resultado foi ainda mais contundente: 88% da população e **85% dos fumantes** apóiam a restrição ao fumo em locais fechados⁶.

A Agência Estado divulgou recente pesquisa em que **90% da população paulista aprovam o PL 577/2008**⁷.

A Folha de São Paulo acaba de divulgar mais uma pesquisa de opinião em apoio à medida contida no PL 577/2008: **81% dos brasileiros o aprovam**⁸. Por outro lado, 77% dos brasileiros acham que o Presidente Lula “*agiu mal*” ao defender o “*uso do fumo em qualquer lugar*”⁹.

A população está, portanto, plenamente preparada para a medida. A pergunta que fica é: a quem interessa impedir sua adoção?

6. ADOÇÃO EM OUTROS PAÍSES

É tendência mundial a adoção de ambientes fechados livres de fumo como medida preventiva de saúde pública e ocupacional. **É vasta a lista de países, províncias e cidades que já a adotaram** valendo citar, apenas a título de exemplo:

No mundo:

Inglaterra
Irlanda
Irlanda do Norte
Escócia
País de Gales
França
Califórnia – EUA
Nova Iorque – EUA
Canadá
Itália
Noruega
Suécia
Finlândia
Nova Zelândia
Bermuda
Uganda

⁵ http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/105_Fumo-em-Locais-Fechados-Datafolha-2008.pdf

⁶ http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/104_Fumo-em-Locais-Fechados-Datafolha-2007.pdf

⁷ http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2008/09/10/pesquisa_indica_que_90_da_populacao_apoia_lei_antifumo_1738994.html

⁸ <http://www.actbr.org.br/comunicacao/noticias-conteudo.asp?cod=105>

⁹ <http://www.actbr.org.br/comunicacao/noticias-conteudo.asp?cod=106>

Malta
Uruguai
Hong Kong
Butão
Várias cidades da Argentina

No Brasil:

Rio de Janeiro
Recife¹⁰
João Pessoa
Maringá¹¹

7. DAS JUSTIFICADAS LIMITAÇÕES À LIVRE INICIATIVA

É evidente que **o princípio da livre iniciativa encontra restrições e limitações, principalmente quando se trata da vida e da saúde das pessoas, da poluição do meio ambiente e da proteção ao consumidor e ao trabalhador.** Se não fosse assim, não haveria a necessidade de o Estado regulamentar uma série de atividades que colocam em risco as pessoas e o meio ambiente.

A restrição ao uso do cigarro em ambientes fechados é medida necessária e eficaz. Não há outra forma de preservar fumantes e não fumantes da exposição à fumaça do cigarro.

Sabe-se bem que **os ambientes atualmente reservados aos fumantes não isolam a fumaça e seus componentes tóxicos das áreas de não fumantes.**

E os trabalhadores obrigados a trabalhar nessas áreas estão **colocando em risco sua saúde em nome da manutenção de seus empregos.**

8. DA INEXISTÊNCIA DE SOLUÇÕES COMO VENTILAÇÃO

Ventilação é o processo intencional de renovação do ar de ambientes pelo provimento de ar limpo e remoção do ar estagnado. Sua função principal é diluir e remover os poluentes inevitáveis associados ao metabolismo e às atividades essenciais dos ocupantes, como o dióxido de carbono da expiração e odores. Outros poluentes devem ser controlados por eliminação ou contenção da fonte¹². **A fumaça de cigarros não deve ser tomada como um poluente inevitável, mas como um poluente agente carcinógeno em humanos e ao qual não há nível seguro de exposição¹³.**

O órgão de referência em engenharia de ventilação, a Sociedade Americana de Engenheiros de Aquecimento, Refrigeração e Condicionamento de Ar (ASHRAE), posiciona-se a favor de ambientes

¹⁰ Recife e João Pessoa não têm legislação específica mas fiscalizam a lei 9294/96 que permite a existência de locais exclusivos para o fim de fumar, isolados e ventilados. Como não há ambientes fechados em que se possa fumar de forma isolada e ventilada, todos estabelecimentos são livres de fumo.

¹¹ Lei Municipal 8.097/2008.

¹² <http://www.aivc.org/frameset/frameset.html?../Faq/faq.html~mainFrame>

¹³ <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/index.php>

http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/pol_recommendations/en/index.html

livres de fumo, expondo que **nenhuma tecnologia de ventilação demonstra controlar os riscos impostos pela exposição à poluição tabagística ambiental**¹⁴.

A indústria do tabaco, alheia ao consenso científico, segue vendendo a ventilação como a solução do problema, e tem como carro-chefe o projeto Convivência em Harmonia de separação de ambientes em áreas para fumantes e para não-fumantes por ventilação, um projeto da Philip Morris Internacional patrocinado no país pela Souza Cruz, estabelecido coincidentemente em 1996¹⁵, mesmo ano da promulgação da lei federal 9.294 que restringe o fumo a áreas devidamente isoladas e com arejamento conveniente.

A ASHRAE é clara: **o isolamento de áreas para fumantes por ventilação não é eficaz e não há arejamento conveniente para a PTA**. O conveniente para a qualidade do ar de ambientes interiores e para a saúde de seus ocupantes é a adoção de ambientes 100% livres de fumo.

9. DA AUSÊNCIA DE PERDAS ECONÔMICAS PARA O SETOR DE ENTRETENIMENTO E HOSPITALIDADE

Pesquisa realizada pelas canadenses Rita Luk e Roberta Ferrence¹⁶, da Universidade de Toronto, sobre o **impacto econômico do banimento do fumo em bares, restaurantes e hotéis** no Canadá, Estados Unidos e Austrália, concluiu 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 e que legislações de ambientes livres de fumo **não afetam adversamente a indústria da hospitalidade**.

Recente pesquisa do Instituto DataFolha¹⁷, aliás, revela justamente o contrário do que têm alegado os representantes de bares, restaurantes, hotéis e similares: que **88,5% dos entrevistados não mudarão sua frequência a bares, restaurantes, lanchonetes e casas noturnas (63,5%) ou a aumentarão (25%) se leis de ambientes livres do fumo forem aprovadas**.

10. BENEFÍCIOS DIRETOS E INDIRETOS DA ADOÇÃO DE AMBIENTES COLETIVOS FECHADOS LIVRES DE FUMO

Pesquisa publicada pelo *The New England Journal of Medicine*¹⁸ (edição de 31/7/2008), realizada na Escócia 10 meses antes e 10 meses após a edição de lei de ambientes livres, em vigor a partir de março de

¹⁴ http://www.ashrae.org/content/ASHRAE/ASHRAE/ArticleAltFormat/20058211239_347.pdf

¹⁵ <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/content/abstract/11/2/94>

<http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/content/abstract/16/5/e6>

¹⁶ 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>

¹⁷ http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/105_Fumo-em-Locais-Fechados-Datafolha-2008.pdf

¹⁸ "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.

2006, revelou a **redução de 17% no número de admissões hospitalares por síndrome coronariana aguda (infartos)**, sendo 14% entre fumantes, 19% entre ex-fumantes e 21% entre não fumantes.

De acordo com a experiência internacional, benefícios adicionais podem advir da adoção deste tipo de medida. Em relatório da OMS¹⁹ (2008), foi constatado que ambientes livres de tabaco também **contribuem para a diminuição de consumo entre os fumantes** e encorajam as famílias a evitarem o fumo em seus lares.

De forma complementar, **a adoção de ambientes livres de tabaco pode contribuir para reduzir a iniciação pelos jovens**. Os locais em que mais se fuma atualmente são voltados a esse público. Aliás, os jovens são o público que a indústria do tabaco quer atingir, conforme comprovam seus documentos internos e decisões judiciais que analisaram suas estratégias de *marketing*²⁰.

Restringir o fumo em lugares fechados **inibe a iniciação e reduz o consumo**. Além disso, retira o glamour do ato de fumar, tão caro ao *marketing* da indústria tabagista.

Compreendemos que o objetivo do PL 577/2008 é proteger as pessoas, fumantes e não fumantes, da PTA, causadora de danos à saúde, e **sua relevância é irrefutável**. Como revela Dráuzio Varella²¹:

“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 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.” (grifos adicionados)

Permanecemos à disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

Paula Johns
Diretora Executiva

¹⁹ 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

²⁰ http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/98_1209-livro-veredicto-final.pdf

²¹ Folha de São Paulo, Caderno Ilustrada, página E15.