

## Ambientes saudáveis e livres do tabaco no estado de São Paulo: uma campanha de sucesso das ações de vigilância sanitária

Cristina Emiko M. Shimabukuro, Elaine Cristine D'Amico, Luiz Sérgio Osório Valentim e Maria Cristina Megid  
Centro de Vigilância Sanitária. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo – Brasil.

### Introdução

O tabaco é uma planta originária do continente americano, dela é extraída uma substância de efeito estimulante chamada nicotina. Há séculos o tabaco é consumido e as pessoas o utilizavam para mascar, cheirar rapé, fumar cachimbo e charuto somente. A partir da segunda metade do século XIX, o cigarro industrializado tornou-se popular, principalmente nos Estados Unidos e Inglaterra. No Brasil, as primeiras fábricas de cigarro datam de 1875.

O tabagismo é o ato de se consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina. Vários fatores levaram as pessoas a experimentar estes produtos, a maioria delas influenciada pela publicidade do cigarro, que atualmente está proibida no Brasil.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, a Fumaça Ambiental do Tabaco é a maior fonte de poluição em ambientes fechados e o tabagismo passivo, a 3ª maior causa de morte evitável no mundo, perdendo apenas para o tabagismo ativo e o consumo excessivo de álcool.

De acordo com o Inca – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – e Agência Nacional de Vigilância Sanitária –

Anvisa – o Tabagismo Passivo é a inalação da fumaça dos derivados de produtos fumígenos, por indivíduos não fumantes, que convivem ou interagem com fumantes em ambientes fechados respirando as mesmas substâncias tóxicas que o próprio fumante inala. Quando o cigarro é aceso, somente uma parte da fumaça é tragada pelo fumante e cerca de 2/3 da fumaça gerada pela queima é lançada no ambiente, através da ponta acesa do produto (cigarro, charuto, cigarrilhas e outros). Esta fumaça, denominada corrente secundária, somada à fumaça exalada pelo fumante, forma nos ambientes fechados a Fumaça Ambiental do Tabaco – FAT ou Poluição Tabagística Ambiental – PTA. A Fumaça Ambiental do Tabaco (FAT) contém praticamente a mesma composição da fumaça tragada pelo fumante: cerca de 4000 compostos, dos quais mais de 200 são tóxicos e cerca de 40 são cancerígenos. Porém, os níveis desses contaminantes são mais elevados, sendo encontrados, em média, três vezes mais nicotina, três vezes mais monóxido de carbono, e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça tragada pelo fumante. Isso porque a fumaça que sai da ponta acesa não é filtrada.

Há alguns anos não eram conhecidos todos os malefícios advindos do tabagismo. Em 1939, o médico oncologista brasileiro

Mário Kroeff, que dirigiu o Serviço Nacional de Câncer que mais tarde viria a se transformar no Inca, afirmou que “pelas estatísticas do Centro de Cancerologia, observa-se que a pele é a localização mais frequente de câncer. Em segundo lugar, vem a localização da boca e vias respiratórias atribuídas ao fumo”.

Já na década de 1950 surgiram as mais importantes evidências sobre a relação de câncer de pulmão e tabagismo. Em 1957, os pesquisadores Daniel Schwartz e Pierre Denoix observaram três grupos de quinhentos indivíduos. No primeiro grupo de pessoas sem câncer, 8% eram fumantes. No segundo grupo, de pacientes com câncer de diversos tipos, verificou-se que 11% eram fumantes. Por fim, no terceiro, com portadores do câncer do pulmão, 99% eram fumantes, mostrando a maior prevalência entre usuários de tabaco.

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde considera o tabagismo como uma pandemia global, ou seja, uma epidemia generalizada que deve ser considerado como um problema de saúde pública, não apenas como problema individual, mas que afeta toda a sociedade.

De acordo com a Constituição Federal de 1988 é dever do Estado garantir aos cidadãos o direito à saúde e também incentivar hábitos saudáveis para a prevenção de doenças.

Neste sentido, passou a vigorar, em 07 de maio de 2009, a Lei Nº 13.541 que proibiu o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto

fumígeno, derivado ou não do tabaco, em ambientes de uso coletivo, total ou parcialmente fechados, e o Decreto Estadual Nº 54.311 da mesma data, que instituiu no Estado de São Paulo, a Política para o Controle do Fumo.

O controle relacionado à fiscalização dos ambientes livres de tabaco ficou sob responsabilidade da Vigilância Sanitária.

### **Objetivo**

Demonstrar o sucesso das ações de vigilância sanitária na proteção da população relacionada ao fumo passivo e dos riscos dele decorrentes, atuando no controle do tabagismo em locais de uso coletivo, fechados ou parcialmente fechados, públicos ou privados.

### **Justificativa**

Durante muitos anos o tabagismo esteve associado mundialmente a sucesso, sedução, beleza, charme, inteligência, liberdade, poder, valores associados ao consumo do cigarro disseminados por meio das propagandas da indústria tabagística.<sup>1</sup>

Hoje o tabagismo é reconhecido pela ciência como uma doença crônica causada pela dependência química da nicotina, classificada como um estimulante do Sistema Nervoso Central e considerada pela Organização Mundial da Saúde uma droga psicoativa que causa dependência. Ela age no sistema nervoso central como a cocaína, mas com uma diferença: chega em torno de 7 a 19 segundos ao cérebro. Por isso, o tabagismo é classificado como doença e está

inserido no Código Internacional de Doenças (CID-10) no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substância psicoativa.

O tabagismo tem como consequência a dependência de milhões de pessoas que se submetem às substâncias tóxicas. Pode causar doenças cardiovasculares, doenças pulmonares e diversos tipos de cânceres, sendo que o cigarro é responsável por 30% dos casos de câncer no mundo. O câncer de pulmão é o que mais mata no mundo e 80% dos cânceres de pulmão estão associados ao uso do tabaco.

Nos últimos dez anos, o tabaco matou 50 milhões de pessoas no mundo.

No Brasil, em 1989, o tabagismo ativo era responsável por 80 mil mortes ao ano (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Inan/Ipea, 1989), em 1996 passou a ser responsável por 80 a 100 mil óbitos anuais (MS/Inca 1996) e em 2002 atingiu a cifra de 200 mil mortes/ano (Organização Panamericana da Saúde – Opas, 2002). São 7 (sete) pessoas que morrem por dia no Brasil devido a ocorrência de doenças isquêmicas coronarianas, acidente vascular e câncer de pulmão (Inca, 2008).

O maior desafio para a saúde pública no mundo contemporâneo é a redução das doenças e a diminuição dos custos econômicos ocasionados pelo consumo do tabaco.

Em 2011, o Brasil gastou 21 bilhões de reais no tratamento de pacientes com doenças relacionadas ao tabaco. O valor

equivaleu a 30% do orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e foi 3,5 vezes superior ao arrecadado pela Receita Federal com produtos derivados do tabaco.

Por ser um problema de repercussão mundial, em maio de 1999, durante a 52ª Assembleia Mundial da Saúde, a Organização das Nações Unidas – ONU e seus Estados Membros, do qual o Brasil era participante, propuseram o primeiro tratado internacional de saúde pública da história, a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), que determinava um conjunto de medidas cujo objetivo principal era deter a expansão mundial do consumo de tabaco reconhecida como um problema global, seus danos à saúde e as consequências graves para a saúde pública.

A Convenção Quadro é um instrumento legal, sob a forma de um tratado internacional, no qual os Estados signatários concordam em aplicar suas decisões.

O seu art. 8º, que trata da Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco determina que:

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.

O Brasil tornou-se signatário da Convenção Quadro para Controle do Tabaco em 2005, quando passou a ser uma obrigação legal do governo brasileiro.

Segundo a Aliança de Controle do Tabagismo, a adoção de leis que proíbem o fumo em locais fechados salva vidas e protege a saúde dos trabalhadores e dos usuários desses locais. Também declara que houve um declínio significativo das internações hospitalares devidas a ataques cardíacos, depois da implementação de leis abrangentes para controle da fumaça tabagística ambiental em vários países.

### **A Campanha**

Em consonância com o determinado pela Convenção Quadro, em maio de 2009 entrou em vigor no Estado de São Paulo a Lei Estadual nº 13.541, que proibiu o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em locais de uso coletivo, fechados ou parcialmente fechados, públicos ou privados, com o objetivo de proteger a saúde da população do fumo passivo, contemplando trabalhadores e frequentadores de ambientes fechados.

A lei estabeleceu normas de proteção à saúde e de responsabilidade por dano ao consumidor, para criação de ambientes de uso coletivo livres de produtos fumígenos, por meio de:

- Proibição de consumo de qualquer produto fumígeno em ambientes fechados ou parcialmente fechados em todo território do estado de São Paulo;
- Instalação de aviso da proibição, afixados em pontos de ampla visibilidade;
- Determinando a responsabilidade ao empresário para que no local de funcionamento de sua empresa não seja praticada a infração;
- Definindo penalidades para as infrações.

Esta lei foi regulamentada pelo Decreto nº 54.311 também em 2009, que instituiu a Política Estadual para o Controle do Fumo, com os seguintes objetivos:

- I – a redução do risco de doenças provocadas pela exposição à fumaça do tabaco e de outros produtos fumígenos;
- II – a defesa do consumidor;
- III – a criação de ambientes de uso coletivo livres do fumo.

Para o cumprimento do item III, iniciou-se a Campanha “Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco” no Estado de São Paulo.

A fiscalização da lei paulista inovou a forma convencional de trabalho de Vigilância Sanitária que foi desenvolvida por meio de Campanha de Saúde Pública.

Essa Campanha foi concebida em duas fases: a primeira com ações de prevenção e a segunda com ações de fiscalização.

A primeira fase de prevenção teve início três meses antes da vigência da lei, com o objetivo de orientação e esclarecimento aos

estabelecimentos e à população sobre as novas regras para o uso do produto fumígeno, detalhando os locais de proibição e aspectos relacionados à prevenção da saúde.

Paralelamente às ações de orientação, foi de extrema importância o diálogo realizado com várias instituições no esclarecimento sobre a importância da lei, a exemplo de sindicatos, universidades, conselhos etc. O apoio com ampla cobertura da mídia também colaborou de forma significativa para esclarecimento e conscientização da população.

A Secretaria de Estado da Saúde adquiriu aparelhos monóxímetros, utilizados para medição da concentração de monóxido de carbono em ambientes e pessoas na fase de orientação da Campanha, foram de grande importância para o convencimento da população da ocorrência da contaminação pelo tabagismo passivo. Os monóxímetros foram utilizados para medição do ar nos ambientes dos estabelecimentos e dos trabalhadores fumantes e não fumantes.

A segunda fase da Campanha consistiu em ações de fiscalização com possibilidade de autuação e aplicação de penalidades de multa e interdição dos estabelecimentos. As atividades de orientação e esclarecimento sobre a lei se mantêm até os dias atuais e são realizadas por técnicos do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, com o atributo de autoridade sanitária.

Estes técnicos foram submetidos a um processo seletivo sendo que foram inscritos cerca de 3000 profissionais. Após a seleção, foi realizada uma capacitação técnica para 526 aprovados, que contou com a

colaboração de especialistas da área da Saúde, Vigilância Epidemiológica, médicos cardiologistas, oncologistas, pneumologistas, pediatras e enfermeiros. Neste processo, foram contemplados os seguintes temas:

- Relação entre tabagismo e saúde (aspectos clínicos e epidemiológicos), com participação de especialistas;
- O papel da sociedade civil no combate ao tabagismo (Aliança de Controle do Tabagismo – ACT e Associação Brasileira do Câncer – ABCancer);
- Legislações e aspectos jurídicos (participação da Procuradoria Geral do Estado);
- Fundamentos e estratégias para a realização da Campanha nos estabelecimentos.
- A Capacitação contemplou aspectos de saúde e doença relacionados ao tabagismo, tendo sido fundamental para a conscientização e motivação dos técnicos na ação de fiscalização desta Campanha. O conhecimento técnico foi importante para subsidiar o diálogo dos técnicos da vigilância sanitária com a população que contemplou não só o conteúdo da lei, mas também os males do tabagismo com o enfoque de saúde pública.

Esta Campanha também inovou porque permitiu que as ações de vigilância sanitária fossem realizadas além do horário convencional de trabalho (horário comercial) e passaram a acontecer em todos os municípios do Estado de São Paulo, inspeções nos sete dias da semana, durante as 24 horas do dia, aos sábados, domingos,

feriados, incluindo o horário noturno e madrugadas, fundamentalmente porque o foco maior eram estabelecimentos com tradição de uso do tabaco como casas de espetáculos, bares, lanchonetes, boates, restaurantes, praças de alimentação, hotéis, shoppings, supermercados, padarias e instituições de ensino.

A criação de canais de comunicação com a população para registro de denúncias como o 0800 (0800 771 3541) e o site da lei antifumo ([www.leiantifumo.sp.gov.br](http://www.leiantifumo.sp.gov.br)) foram fundamentais, pois permitem a identificação de locais onde estão ocorrendo as infrações.

Foi criado também um Sistema Informatizado para a Campanha Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco em que são registradas todas as informações relacionadas às inspeções que ocorrem nos estabelecimentos, desde dados cadastrais, número de inspeções, a ocorrência de infração com seu detalhamento, relatórios de inspeções, permitindo o gerenciamento da fiscalização de todo Estado de São Paulo.

Esta forma de ação inovadora pôde também subsidiar pesquisas científicas. As medições da concentração de monóxido de carbono realizadas com os aparelhos de monóxímetro foram registradas e subsidiaram a realização de um trabalho de pesquisa pelo Incor (Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) em parceria com o Centro de Vigilância Sanitária, que foi publicado em 25/10/2010, com o título – The effect of São Paulo's smoke-free legislation on carbon monoxide concentration in hospitality venues and their workers –, na Revista *Tabacco Control*, *British Medical Journal*:

Neste trabalho foram avaliados cerca de 580 estabelecimentos com diversas características arquitetônicas diversas, antes e 12 semanas após a vigência da lei. Estes locais apresentaram uma redução significativa de monóxido de carbono ambiental quando passaram a proibir o uso de produto fumígeno conforme pode ser observado no quadro 1

Ambientes	Monóxido de Carbono		
	Antes	Após	Redução
Aberto	3,31	1,31	61,4%
Parcialmente fechado	3,79	1,16	70%
Fechado	4,57	1,35	71%

**Quadro 1** - Níveis de monóxido de carbono em estabelecimentos antes e após a vigência da Lei Antifumo

Também foram avaliados cerca de 600 trabalhadores antes e 12 semanas após a vigência da lei, que apresentaram uma redução significativa do nível pessoal de

monóxido de carbono, em não fumantes como também nos fumantes, conforme pode ser verificado no quadro 2.

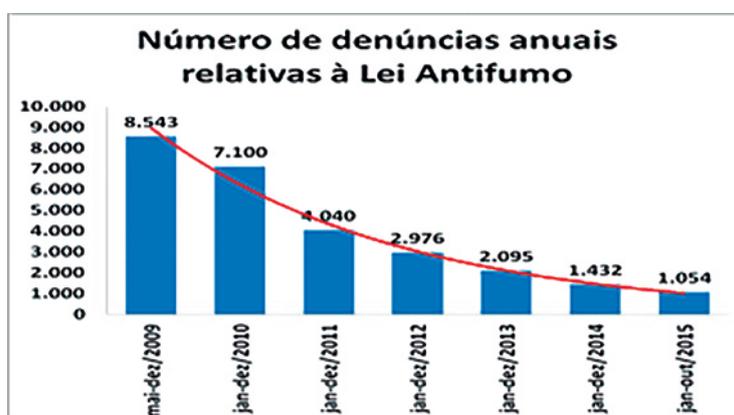
Trabalhadores	Monóxido de Carbono		
	Antes	Após	Redução
Fumantes	15,78	11,50	27,2%
Não fumantes	6,88	3,50	49,2%

**Quadro 2** - Níveis de monóxido de carbono em trabalhadores fumantes e não fumantes antes e após a vigência da Lei Antifumo.

## RESULTADOS A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DA LEI

Desde 01/06/2009, quando se iniciou a Campanha, até 31/07/2016, foram realizadas 1.572.071 inspeções no Estado de São Paulo, com 3.596 autuações por irregularidades na Lei Antifumo realizadas nos 645 municípios do Estado de São Paulo.

O sistema de denúncia 0800 e do site da lei antifumo registrou um total de 27.240 denúncias (referente ao período de maio de 2009 a outubro de 2015), conforme mostra o gráfico 1. As denúncias apontaram os locais com maior necessidade de fiscalização e de maior risco. Houve uma diminuição gradativa do número de denúncias a cada ano, porém elas continuam a ocorrer, demonstrando a necessidade de manutenção da fiscalização.



**Gráfico 1** - Número de denúncias anuais relativas à Lei Antifumo

No gráfico 2 que trata do número de inspeções e no gráfico 3 que trata do número de autuações, pode-se verificar que houve uma diminuição do número de inspeções no ano de 2011 e um aumento do número de autuações no mesmo período. A partir de 2012, com o aumento do número de inspeções, é possível verificar que as autuações foram reduzindo gradativamente, demonstrando que a manutenção da

fiscalização é necessária e deve ser constante para que os estabelecimentos continuem cumprindo o determinado pela lei.

Vale considerar o relato da maioria dos responsáveis pelos estabelecimentos afirmando que a presença constante da fiscalização facilita o controle na manutenção dos ambientes livres do tabaco.

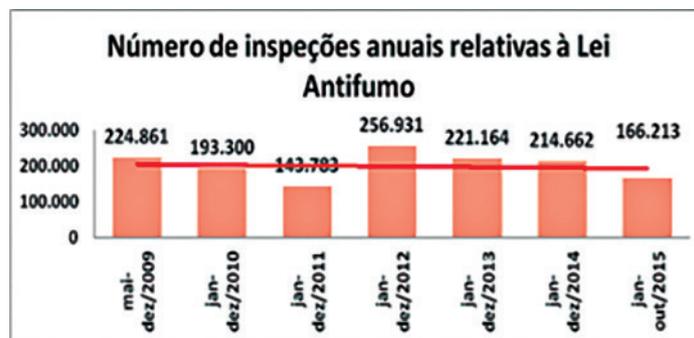


Gráfico 2 - Número de inspeções anuais relativas à Lei Antifumo

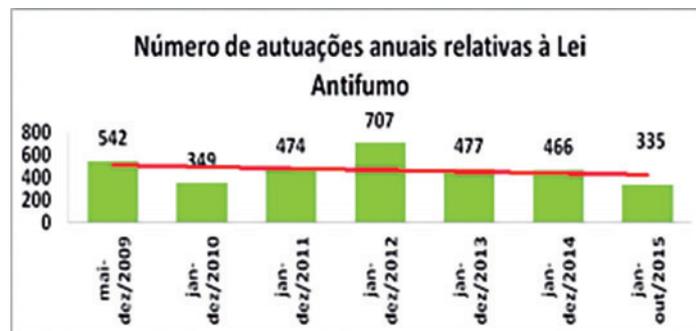


Gráfico 3 - Número de autuações anuais relativas à Lei Antifumo

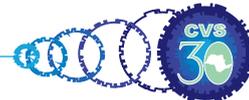
Os dados do Datafolha de 2013 apontam que:

- Nove em cada 10 paulistanos sentem-se beneficiados após Lei Antifumo;
- 71% dos fumantes sentem-se beneficiados pela lei;
- 93% acham mais agradável frequentar lugares públicos após a lei com a concordância de 77% dos fumantes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Lei Antifumo do Estado de São Paulo consolidou uma mudança de comportamento e de hábitos na população que passou a fazer uso do produto fumígeno somente em ambientes abertos.

A lei paulista foi aprovada pela população conforme aponta a Pesquisa Ibope (22 a 27/07/2010):<sup>8</sup>



- nota de não fumantes sobre a lei antifumo: 9,5;
- nota de fumantes sobre a lei antifumo: 9,2;
- 91% da população consideram a lei antifumo: boa ou ótima (fumantes 83%);
- 49% dos fumantes fumam menos em razão da lei.

De acordo com dados do Instituto Nacional de Câncer – Inca, “Pode-se considerar como marco legislativo brasileiro a Lei Estadual de São Paulo nº 13.541/2009 (Lei Antifumo), regulamentada pelo Decreto nº 54.311/2009, que vigora desde 07/08/2009”.

Importante salientar a representatividade do Estado de São Paulo para os outros Estados em relação à Lei Antifumo (Lei Estadual nº 13.541/2009) que tem sido referência e frequentemente convidado para demonstrar suas experiências, resultados e o êxito no cumprimento da referida lei.

A presença constante do poder público nas ruas, orientando e fiscalizando, com uma fiscalização presente e atuante é fundamental para a consolidação de uma Política Pública.

Pode-se concluir que as propostas da lei antifumo para a proteção da população de doenças relacionadas ao fumo passivo e os riscos dele decorrentes, garantindo melhor qualidade de vida, estão sendo atingidas:

- O consumo de produto fumígeno está controlado em ambientes fechados ou parcialmente fechados no Estado de São Paulo, com um índice de 99,7% de cumprimento da legislação;
- O estudo inédito realizado pela Dra. Jaqueline Scholz do Instituto do Coração – InCor – do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP revelou que multiplicou por três a velocidade com que caiu o número de internações por doença cardiovascular e acidente vascular cerebral após a entrada em vigor da Lei Antifumo e sua efetiva fiscalização.

#### Bibliografia Consultada

1. O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória - Exposição - Ministério da Saúde/ Instituto Nacional do Câncer (INCA)/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, 2012.
2. INCA - Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo e Tabagismo passivo. [acessado em 14 de agosto de 2016]. Disponível em [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)
3. A Anvisa na redução à exposição involuntária à fumaça do tabaco - Gerência de Produtos Derivados do Tabaco - Agência Nacional de Vigilância sanitária - Anvisa, 2009.
4. INCA - Instituto Nacional do Câncer. Convenção Quadro para o Controle do Tabaco. [acessado em 14 de agosto de 2016]. Disponível em [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)
5. ACTBr - Aliança de Controle do Tabagismo Brasil. [acessado em 14 de agosto de 2016]. Disponível em [www.actbr.org.br](http://www.actbr.org.br)

6. Sistema Informatizado da Campanha Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco.
7. Pesquisa Datafolha. [acessado em 14 de agosto de 2016]. Disponível em [www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2013/maio/incor-expoe-historia-da-lei-antifumo-paulista](http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2013/maio/incor-expoe-historia-da-lei-antifumo-paulista).
8. Pesquisa IBOPE. [acessado em 14 de agosto de 2016]. Disponível em [www.act.org.br](http://www.act.org.br) - Comunicação / Notícias de 01/10/2010
9. INCA - RESPIRA BRASIL: As Legislações de Ambientes Livres de Fumo das Cinco Regiões do Brasil; 2011.
10. Vitórias da Lei Antifumo por Dra. Jaqueline Scholz - Formador de Opinião / Matérias 2015/ Entrevistas Tabagismo. [acessado em 14 de agosto de 2016]. Disponível em [www.deixardefumar.com.br](http://www.deixardefumar.com.br)
11. The effect of São Paulo's smoke-free legislation on carbon monoxide concentration in hospitality venues and their workers-, na Revista Tobacco Control, British Medical Journal em 25 de outubro de 2010.