

# O Artigo 8º da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde sob a Perspectiva do Direito à Saúde e Proteção do Trabalhador

*Article 8 of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control from the Perspective of the Right to Health and Workers' Protection*

*El Artículo 8º del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco bajo la Perspectiva del Derecho a la Salud y Protección al Trabajador*

Cristiane Galhardo Ferreira Vianna<sup>1</sup>, Maria Helena Barros de Oliveira<sup>2</sup>, Felipe Lacerda Mendes<sup>3</sup>, Tania Maria Cavalcante<sup>4</sup>

## Resumo

**Introdução:** O Artigo descreve em linhas gerais a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e trata de forma mais detalhada o Artigo 8º do tratado internacional, que dispõe sobre a proteção da exposição à fumaça do tabaco, determinando que os países que são Estados Partes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco adotem medidas executivas, administrativas, legislativas e outras, para proteção das suas populações dos riscos do tabagismo passivo. **Objetivo:** Explorar alguns dos desafios relacionados à implementação de ambientes livres da fumaça do tabaco no Brasil e discutir as perspectivas de concretizar o direito em questão. **Método:** Estudo baseado em pesquisa documental nos arquivos do Congresso Nacional, no banco de informações SciElo, em documentos acadêmicos e na mídia. **Resultados:** A partir da análise do material selecionado sobre a legislação brasileira relacionada ao tema, os Projetos de Leis relacionados ao assunto em trâmite e as ações judiciais, exploraram-se alguns dos desafios relacionados à implementação de ambientes livres da fumaça do tabaco no Brasil com sua efetiva internalização no ordenamento jurídico brasileiro sob a perspectiva do Direito à Saúde e Proteção do Trabalhador. **Conclusão:** Concluiu-se que, como o Brasil ratificou o tratado, é mandatório implementação de ambientes 100% livres da fumaça do tabaco, já que existe no ordenamento jurídico um arcabouço de instrumentos legais que conformam um cenário preparado para receber uma efetiva proteção à saúde da população brasileira com relação aos malefícios causados pela fumaça ambiental do tabaco.

**Palavras-chave:** Tabagismo/legislação & jurisprudência; Poluição por Fumaça de Tabaco; Áreas Destinadas ao Tabagismo

---

<sup>1</sup> Advogada e Mestranda em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Secretária Suplente da Secretaria Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* cfvianna@inca.gov.br.

<sup>2</sup> Advogada. Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz e Coordenadora do Grupo Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (DIHS), da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da FIOCRUZ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* mhelen@ensp.fiocruz.br.

<sup>3</sup> Advogado. Especialista em Responsabilidade Civil e Direito do Consumidor pela Universidade Cândido Mendes (UCAM). Secretária Executiva da Comissão Nacional para Implementação da CQCT do INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* fmendes@inca.gov.br.

<sup>4</sup> Médica. Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Secretária Executiva da Comissão Nacional para Implementação da CQCT do INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* taniac@inca.gov.br.

*Endereço para correspondência:* CQCT/INCA. Rua do Resende, 128 – 302. Centro. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP: 20231-092.

## INTRODUÇÃO

O tabagismo é reconhecido como um problema de Saúde Pública em todo mundo. Milhares de estudos evidenciam o uso do tabaco como fator causal de quase 50 doenças diferentes, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas<sup>1</sup>. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo<sup>2</sup>.

No plano nacional, a principal política adotada sobre o tema estabeleceu o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, desenvolvido pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) desde 1989<sup>3</sup> e, no plano internacional, o primeiro tratado internacional de Saúde Pública foi negociado sob os auspícios da OMS - a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). A ideia de um instrumento internacional para o controle do tabaco nasceu com a Resolução da Assembleia Mundial de Saúde (AMS) nº 48.11, em 1995, e se concretizou 8 anos depois, com a adoção, por unanimidade, da Resolução da AMS nº 56.1 durante a 56ª AMS<sup>4</sup>. O tratado passou a vigorar em fevereiro de 2003 após a 40ª ratificação, entrando para a história como um dos tratados da Organização das Nações Unidas que mais rapidamente conseguiu adesões, entrou em vigor e está sendo implementado.

A CQCT tem caráter legalmente vinculante e não prevê reservas, o que significa que os Estados são obrigados a atuar em conformidade com as disposições do tratado, que podem haver consequências jurídicas caso não o façam e que não é possível modificar, de nenhuma forma, as obrigações por eles assumidas nos termos do tratado. Ela articula um grupo de ações intersetoriais baseadas em evidências científicas para responder a globalização da epidemia do tabagismo e reafirmar o direito de todas as pessoas aos mais altos padrões de saúde, o que é claramente assumido no primeiro parágrafo do seu preâmbulo: “As Partes dessa Convenção (estão) determinadas a dar prioridade aos seus direitos de proteger a Saúde Pública [...]”<sup>4</sup>.

Ainda no preâmbulo<sup>4</sup>, destacam-se, com relação ao tabagismo passivo, os parágrafos 6º e 7º:

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.

A CQCT manifesta preocupações com as práticas desleais da indústria do fumo, no sentido de “minar ou desvirtuar as atividades de controle do tabaco” e insere, entre suas obrigações gerais (Artigo 5.3), a seguinte redação:

Ao estabelecer e implementar suas políticas de Saúde Pública relativas ao controle do tabaco, as Partes agirão para proteger essas políticas dos interesses comerciais ou outros interesses garantidos para a indústria do tabaco, em conformidade com a legislação nacional<sup>4</sup>.

O Brasil tornou-se o 100º país a ratificar o tratado, com a promulgação do Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006<sup>5</sup>, se obrigando, desta forma, a cumprir com as obrigações estabelecidas pelo tratado, muitas das quais já eram implementadas no Brasil desde sua adoção em 2003, uma vez que ações nacionais abrangentes para o controle do tabaco já vinham sendo articuladas pelo governo desde 1989. No entanto, um embate jurídico e político com repercussões diretas na saúde vem se conformando no país com relação ao cumprimento do Artigo 8º da CQCT, que dispõe sobre a proteção da exposição à fumaça do tabaco, determinando que os países que são Estados Partes adotem medidas administrativas e legislativas para proteção das suas populações dos riscos do tabagismo passivo.

Em julho de 2007, a Conferência das Partes (COP), órgão da CQCT formado pelos Estados Partes do tratado, aprovou, na sua segunda sessão, diretrizes<sup>6</sup>, que apesar de não serem vinculantes, têm como objetivo orientar os países na implementação do Artigo 8º. Essa proposta recomenda o banimento do ato de fumar em ambientes fechados como a única forma de proteger a população dos riscos do tabagismo passivo. Os princípios estabelecidos nas diretrizes são os seguintes:

**Princípio 1** - Medidas eficazes para promover a proteção da exposição à fumaça ambiental do tabaco (FAT) requerem a total eliminação do tabagismo em determinados espaços ou ambientes para se conseguir ambientes 100% livres do tabaco; não existem níveis seguros de exposição à fumaça do tabaco; iniciativas diferentes da eliminação total da fumaça do tabaco, como: sistemas de ventilação, filtragem do ar e o uso de áreas exclusivas para fumar (com ou sem separação por sistemas de ventilação), têm repetidamente mostrado sua ineficiência e há evidências conclusivas, que nenhum instrumento de engenharia consegue proteger da exposição à FAT e, portanto, devem ser rejeitadas.

**Princípio 2** - Todas as pessoas devem ser protegidas da exposição à fumaça do tabaco. Todos os ambientes fechados, de trabalho ou não, devem ser livres do tabaco.

**Princípio 3** - Se faz necessária uma legislação que proteja as pessoas da exposição à FAT. Políticas voluntárias de ambientes livres de fumo mostraram repetidamente sua ineficácia e não fornecem a proteção adequada. Para ser eficaz, a legislação deve ser simples, clara e coercitiva.

**Princípio 4** - Bom planejamento e recursos adequados são essenciais para o sucesso da implementação e a fiscalização da legislação de ambientes livres de tabaco.

**Princípio 5** - A sociedade civil tem um papel central em apoiar e garantir a adesão às medidas de ambientes livres de tabaco e deve ser incluída como parceira ativa no processo de desenvolvimento, implementação e fiscalização da legislação.

**Princípio 6** - A implementação da legislação de ambientes livres de fumo, sua fiscalização e impacto devem ser monitorados e avaliados. Isto deve incluir monitorar e responder às atividades da indústria do tabaco para minar a implementação e cumprimento da legislação, como específica o Artigo 20.4 da CQCT.

**Princípio 7** - A proteção das pessoas da exposição à fumaça do tabaco deve ser fortalecida e, se necessário, expandida. Essas ações devem incluir emendas ou novas leis, ajustes e melhorias na forma de cumprí-las e outras medidas que reflitam novas evidências científicas e experiências de estudo de casos.

O texto das diretrizes alerta para o fato de que o dever de proteger a população dos riscos da FAT tem origem em princípios de direitos e liberdades fundamentais dos homens. Tendo em vista os perigos relacionados ao ato de respirar a fumaça do tabaco, o respectivo dever de proteção está implícito no direito à vida e no direito à saúde, bem como o de um meio ambiente saudável, conforme citado em muitos documentos legais internacionais\* (Constituição da OMS, a Convenção sobre os Direitos da Criança, a Convenção sobre Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais), bem como formalmente incorporado no preâmbulo da CQCT e previsto nas Constituições Federais de diversos países, incluindo a nossa nos Artigos 196 e 225 da Constituição Federal (CF).

Este estudo teve por objetivo explorar alguns dos desafios relacionados à implementação de ambientes livres da fumaça do tabaco no Brasil e, por fim, discutir as perspectivas de concretizar o direito em questão.

## MÉTODO

No que se refere à metodologia, o estudo se caracteriza como qualitativo, baseado em pesquisa documental e histórica. O presente trabalho analisou, no ano de 2010, fontes documentais relacionadas à CQCT no Brasil, às legislações federal e estadual vigentes sobre o tema, aos Projetos de Lei (PL) relacionados à proibição de fumar em recintos coletivos e à proteção da saúde do trabalhador e às Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIN), no período compreendido entre 2006 a 2010. Os documentos estavam disponíveis nos *websites* da Presidência da República em <http://www.presidencia.gov.br>, do Senado Federal em <http://www.senado.gov.br> e do Supremo Tribunal Federal (STF) em <http://www.stf.jus.br>. Foram selecionados instrumentos normativos que continham os seguintes descritores: "Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, proibição de fumar em ambientes fechados e proteção à saúde do trabalhador."

A revisão foi ampliada por meio de busca virtual, usando os mesmos descritores já reportados, na base de periódicos SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). Procedeu-se também à busca em bola de neve de informações sobre esse tema em monografias, teses e dissertações disponíveis na biblioteca do INCA, documentos publicados por especialistas em Direito, documentos técnicos e materiais de divulgação, editados ou não, disponíveis nas páginas eletrônicas do INCA/MS em <http://www.inca.gov.br>, da Organização Não Governamental Aliança para Controle do Tabagismo em <http://www.actbr.org.br>, da OMS em <http://www.who.int/tobacco>, e da COP da CQCT em <http://www.who.int/fctc/en>, assim como a cobertura da mídia nacional.

O estudo utiliza as definições de termos previstos nas diretrizes<sup>6</sup> do Artigo 8º, como por exemplo: fumaça ambiental do tabaco - "fumaça emitida pela queima de um cigarro ou de outro produto derivado do tabaco geralmente combinada com a fumaça exalada pelo fumante"; ar livre da fumaça do tabaco - "é o ar que está 100% livre de fumaça do tabaco. Esta definição inclui, mas não se limita a um ar em que a fumaça do tabaco possa não ser vista, cheirada, sentida ou mensurada"; ambiente fechado - todo local coberto por um teto ou fechado por uma ou mais paredes ou lados, qualquer que seja o material utilizado para o teto, as paredes ou lados, independente da estrutura ser permanente ou temporária.

\* Para aprofundamento do estudo com enfoque em outros instrumentos internacionais de direitos humanos, recomenda-se a leitura da seguinte publicação: *Exposición al humo de tabaco ajeno en las Américas: una perspectiva de derechos humanos*. Washington (DC): OPAS; 2006.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A consagração da saúde como direito humano e como direito fundamental nas constituições de diversos países ocorreu no momento histórico em que se defendia o chamado estado de bem-estar social.

Já em nosso país, a CF de 1988 inaugurou um novo momento político-institucional no Brasil ao reafirmar o Estado democrático e definir uma política de proteção social abrangente. Reconheceu a saúde como direito social de cidadania e com isso a inscreveu no rol de um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, cujos objetivos precípuos são o bem-estar e a justiça social. A partir da CF, o Estado encontrou-se juridicamente obrigado a exercer as ações e serviços de saúde visando à construção da nova ordem social<sup>7</sup>.

O direito à saúde está relacionado com o direito à vida, direito básico e fundamental. Neste entendimento, como direito fundamental, o direito à saúde, incluindo a saúde do trabalhador, está inserido no conceito de “dignidade humana”, princípio basilar da República, previsto no inciso III do Artigo 1º da CF, pois não há como se falar em dignidade se não houver condições mínimas de garantia da saúde do indivíduo. Da mesma forma, a proteção do direito à saúde é manifestada no *caput* do Artigo 5º da Constituição, que preconiza a inviolabilidade do direito à vida, o mais fundamental dos direitos. Inconciliável, igualmente, proteger a vida, sem agir da mesma forma com a saúde<sup>8</sup> e o trabalho.

Ademais, o Artigo 196 da CF prevê que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, e o Artigo 225 prescreve que o meio ambiente ecologicamente equilibrado é direito de todos, impondo ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.

Ao integrar o processo multilateral que resultou na adoção da CQCT da OMS, o Brasil reafirmou seu compromisso com a Saúde Pública brasileira e internacional e nesse contexto com o desenvolvimento sustentável e justiça social. Um reconhecimento de que o controle do tabagismo se tornou um Programa de Estado foi a criação da Comissão Interministerial para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ), por Decreto em 1º de agosto de 2003, com o objetivo de traçar estratégias para internalização das diretrizes constantes no tratado internacional. O maior objetivo da CQCT é o bem-estar da humanidade previsto no seu Artigo 3º:

proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a serem implementadas pelas Partes nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco<sup>4</sup>.

### ARTIGO 8º DA CQCT: UMA EFETIVA PROTEÇÃO CONTRA O TABAGISMO PASSIVO

O tabagismo passivo causa nos adultos doenças graves e fatais, tais como: câncer de pulmão, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias agudas e crônicas; nas crianças causa síndrome da morte súbita infantil e nos recém-nascidos, baixo peso ao nascer.

Estima-se que o tabagismo passivo causa mais de 600.000 mortes prematuras por ano, no mundo<sup>9</sup>. O número de mortes de não fumantes devido ao tabagismo passivo é alarmante. No Brasil, segundo dados do estudo realizado pelo INCA em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a cada dia, ao menos sete brasileiros morrem por doenças provocadas pela exposição passiva à fumaça do tabaco. O estudo demonstrou que pelo menos 2.655 não fumantes morrem a cada ano no Brasil por doenças atribuíveis ao tabagismo passivo<sup>10</sup>.

No entanto, os custos da exposição à FAT não se limitam ao impacto sobre o adoecimento e a expectativa de vida. A exposição à FAT também impõe custos econômicos sobre indivíduos, empresas e a sociedade em geral. Tais somas não incluem somente custos médicos diretos e indiretos, mas também perdas de produtividade. Um estudo realizado pelo Programa de Pós-Graduação de Engenharia da UFRJ mostrou que o tabagismo passivo custa aos cofres públicos pelo menos 37 milhões de reais todos os anos. O Sistema Único de Saúde gasta R\$ 19,15 milhões por ano com diagnóstico e tratamento de doenças causadas pelo tabagismo passivo e o Instituto Nacional do Seguro Social desembolsa mais de R\$ 18 milhões por ano com pensões e benefícios relacionados ao fumo passivo<sup>11</sup>.

A Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (*IARC - International Agency for Research on Cancer*) concluiu que a fumaça de produtos derivados do tabaco que polui os ambientes fechados é cancerígena e genotóxica para seres humanos, e que os não fumantes expostos a essa fumaça inalam os mesmos elementos tóxicos inalados por fumantes ativos<sup>12</sup>. Ao se respirar a FAT, as pessoas ficam expostas a mais de quatro mil produtos químicos<sup>13</sup>. Diante destas e de tantas outras evidências científicas atestando os malefícios causados pelo tabagismo passivo, a Convenção-Quadro, no seu Artigo 8º, dispôs sobre a proteção contra

a exposição à fumaça do tabaco, determinando que os países que são Estados Partes do tratado adotem medidas administrativas e legislativas para proteção das suas populações dos riscos do tabagismo passivo<sup>4</sup>.

Segundo a publicação *Evaluating the Effectiveness of Smoke-free Policies*, lançada também pelo IARC em 2009, a situação global no que concerne à promulgação de leis que protegem com relação ao tabagismo passivo começou a mudar depois da aprovação da CQCT em 2003 e foi alavancada depois da aprovação das diretrizes para aplicação do Artigo 8º em 2007. Em ordem alfabética, de acordo com a publicação referenciada, destacam-se os países que aprovaram leis que proíbem totalmente o fumo em lugares fechados: Butão, Botswana, Estônia, França, Guinéa, Irã, Irlanda, Itália, Malta, Nigéria, Noruega, Nova Zelândia, Suécia, Uganda, Uruguai e Reino Unido<sup>14</sup>.

No entanto, o Relatório da OMS sobre a Epidemia do Tabaco<sup>9</sup> aponta um enorme desafio enfrentado nesta área: das 100 maiores cidades do mundo, somente 22 são completamente livres da FAT.

## A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA QUE VERSA SOBRE O ASSUNTO

No Brasil, esta matéria é tratada nacionalmente pela Lei 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do Artigo 220 da CF.

Em que pese a possível influência da indústria fumageira na sua formulação e aprovação, a Lei Federal nº 9.294/96 constituiu na época um importante avanço nas ações de controle do tabagismo no Brasil, quando, dentre outras providências, proibiu o uso de produtos fumígenos derivado do tabaco em recinto coletivo, privado ou público, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente (Artigo 2º).

Ao analisar o disposto no Artigo 2º da Lei, nota-se que a definição dos termos “recinto coletivo”, “área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente” era de essencial importância para uma aplicação do comando legal. No entanto, estas definições não constavam da lei, gerando a necessidade de promulgação do Decreto 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamentou a Lei Federal. Na forma como foi redigida, a legislação brasileira deu margem para que a indústria do cigarro desenvolvesse, no Brasil, como havia feito em outras partes do mundo, programas para manter o fumo socialmente aceito e permissível em todos os ambientes, incentivando a coexistência entre fumantes e não fumantes. A motivação da indústria era a evidência de que áreas 100% livres da FAT diminuem o consumo de cigarros e, em consequência, os lucros da indústria. Igualmente bem documentada é a estratégia da indústria do cigarro, implementada em âmbito mundial, de fazer

parcerias com o setor de bares, restaurantes e hotéis. Um exemplo dessa parceria é o programa Convivência em Harmonia, em parceria com a Associação Internacional de Hotéis e Restaurantes (*International Hotel and Restaurant Association, IH&RA*), cujo objetivo é garantir que os espaços públicos sejam divididos em áreas de fumantes e não fumantes, ao invés de serem 100% livres de FAT<sup>15</sup>.

A interpretação da legislação em referência permite afirmar que o ato de fumar é tolerado apenas em “áreas destinadas exclusivamente a esse fim, devidamente isoladas e com arejamento conveniente”. Mas o que ocorre na prática é que esses locais não são destinados exclusivamente ao ato de fumar. Na maioria destes locais existe a efetiva prestação de serviços, como em bares e restaurantes, o que expõe os trabalhadores desses estabelecimentos aos efeitos tóxicos da fumaça do tabaco diariamente. Esta interpretação da lei favorável à indústria de tabaco foi bem documentada no artigo de Bialous et al.: a resposta da indústria do tabaco à criação de espaços livres de fumo no Brasil, que pesquisou documentos internos das próprias companhias de tabaco, sendo que um deles que trata deste tema relata<sup>15</sup>:

Uma lei federal, aprovada nas duas instâncias do Congresso Nacional, irá restringir o fumo em locais públicos, incluindo ambientes de trabalho, a áreas isoladas e adequadamente ventiladas. É provável que a lei seja assinada pelo presidente. Como os termos específicos da restrição devem ser regulamentados nos próximos 60 dias, a indústria está trabalhando em conjunto para tentar assegurar uma linguagem que permita uma adaptação razoável.

A legislação nacional sobre fumo em ambientes fechados encontra-se defasada em relação às melhores práticas preconizadas pela CQCT por permitir áreas reservadas para fumar. Evidências científicas<sup>16</sup> demonstram que a implementação de políticas de ambientes 100% livres da fumaça do tabaco é a única solução eficaz para eliminar a exposição da FAT nos ambientes de trabalho, e que separar fumantes de não fumantes, limpeza do ar e ventilação de prédios não são suficientes para eliminar a exposição de não fumantes à FAT.

Uma pesquisa sobre tabagismo, realizada pelo Instituto Brasileiro Geográfico e de Estatísticas, em 2008, mostrou que apesar de essa Lei existir desde 1996, 27% da população acima de 15 anos ainda é exposta à FAT em recintos coletivos, principalmente nos ambientes de trabalho<sup>17</sup>, o que comprova que a lei federal não é efetiva para a proteção das pessoas da exposição à fumaça do tabaco.

Para aperfeiçoar a lei, o Ministério da Saúde elaborou um PL que propõe uma emenda ao Artigo 2º da Lei 9.294/96 no sentido de banir totalmente o ato de fumar em recintos coletivos públicos ou privados. Este PL

encontra-se aparentemente há pelo menos 2 anos na Casa Civil para apreciação política<sup>18</sup>. No entanto, outros 2 PL encontram-se em tramitação no Senado Federal, são eles: o PL nº 315/08, apresentado pelo senador Tião Vianna e o PL nº 316/08 de autoria do Senador Romero Jucá. Uma análise dos textos dos PL identifica o PL de autoria do Senador Tião Vianna como a iniciativa legislativa que atende aos requisitos da CQCT, enquanto o PL do Senador Romero Jucá permite fumódromos com serviços prestados nestas áreas, fazendo com que mais pessoas, principalmente trabalhadores, fiquem expostas ao fumo passivo. No entanto, apesar dos PL terem sido apresentados no ano de 2008, ainda não houve uma decisão com relação à aprovação ou rejeição dos mesmos no Senado Federal devido a uma intensa atividade legislativa de encaminhamentos para análises em diversas Comissões da Casa, demora esta atribuída ao intenso *lobby* de companhias de fumo<sup>19</sup>.

Com a lacuna deixada pela atual Lei Federal, leis que criam ambientes fechados 100% livres do fumo, foram promulgadas em sete Estados, como Amazonas, Paraíba, Paraná, Rio de Janeiro, Rondônia, Roraima e São Paulo; e em municípios como Salvador, Juiz de Fora, Goiânia, Maringá, Curitiba, Cornélio Procópio, Belém e Tubarão.

As normas estaduais, legislando sobre tema já previsto em lei federal, levaram a questionamentos sobre a constitucionalidade das mesmas por parte de segmentos que representam os interesses da indústria do tabaco junto ao STF.

## O SURGIMENTO DAS ADIN PERANTE O STF

No STF, encontram-se em andamento três ADIN\*\* em face das leis promulgadas em esfera estadual que proíbem fumar em ambientes fechados. A primeira ADIN nº 4.249 foi apresentada pela Confederação Nacional do Turismo requerendo a inconstitucionalidade da Lei Estadual de São Paulo nº 13.541/09. Na segunda ADIN (nº 4.306), consta como requerente a Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo contra a Lei Estadual do Rio de Janeiro nº 5.517/2009. Por fim, a ADIN nº 4.351, que ataca a constitucionalidade da Lei Estadual do Paraná nº 16.239/2009, foi requerida em conjunto pelos requerentes das outras 2 ADIN.

Ressalte-se que todas as leis atacadas atendem ao preconizado pela OMS, protegendo, de forma efetiva, a saúde da população ao não permitirem o fumo em ambientes fechados. O argumento utilizado pelos

requerentes das ADIN é que houve uma invasão da competência legislativa da União para estabelecer normas gerais sobre consumo e proteção à saúde, pois existe lei federal sobre o tema e que as leis estaduais estão em desconformidade com esta, já que não permitem os fumódromos.

As ações ainda não foram julgadas, mas há parecer da Procuradoria-Geral da República<sup>20</sup> a favor da declaração de constitucionalidade das leis com base no entendimento de que, com o advento da CQCT, tratado internacional ratificado pelo Brasil em 2006, por ser este posterior e de hierarquia superior, além de disciplinar de forma diversa o combate à exposição à fumaça do tabaco, a Lei Federal nº 9.294/96 teria sido revogada. Apesar de o parecer não ter efeito vinculante, ele é considerado por ocasião do julgamento da ação.

## O DIREITO À SAÚDE DO TRABALHADOR

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) calcula que, pelo menos, 200 mil trabalhadores morrem a cada ano devido à exposição à FAT no ambiente laboral<sup>21</sup> e reconhece que a exposição à fumaça de tabaco nesses ambientes é uma ameaça à saúde e à segurança no trabalho, pois causa câncer e outras doenças graves, além de trazer riscos de incêndios e explosões<sup>22</sup>.

Além disso, nos ambientes de trabalho, o tabagismo passivo é considerado um risco ocupacional. Em bares e restaurantes, por exemplo, garçons não fumantes expostos à FAT apresentam, em média, uma chance duas vezes maior de desenvolverem câncer de pulmão do que aquelas pessoas não expostas à fumaça ambiental do tabaco<sup>19</sup>.

Para Adriana Pereira de Carvalho<sup>23</sup>,

em se tratando de exposição à fumaça do tabaco no ambiente de trabalho, a proibição do fumo em locais fechados é uma medida preventiva de caráter ocupacional que deve ser garantida a todos os trabalhadores, pelo contratante de seus serviços, pelo Estado e pela sociedade.

Segundo Celso Antonio Pacheco Fiorillo<sup>24</sup>, entre os aspectos que englobam o meio ambiente, encontra-se o meio ambiente do trabalho, que não se restringe às relações empregatícias e sim onde o trabalho humano é prestado, sendo tutelado pela Constituição no Artigo 7º, inciso XXII, Artigo 200, inciso VIII e no Artigo 225,

\*\* Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN), prevista no Artigo 102, I, "a" da Constituição Federal (CF) é uma ação que tem por finalidade declarar que uma lei ou ato normativo federal ou estadual ou parte destes é inconstitucional, ou seja, que contraria a CF. O rol do Artigo 103 da CF é exaustivo quanto à legitimação para a propositura da ADIN e, se julgada procedente, ter-se-á declarada a inconstitucionalidade da norma impugnada, o que produz efeitos contra todos e exclui a lei do ordenamento jurídico. Contra a decisão que declara a inconstitucionalidade não cabe recurso, com a exceção de embargos declaratórios.

reconhecendo ainda que o aspecto de maior relevo na tutela jurídica constitucional do tema está relacionado à saúde da pessoa humana em harmonia com o já citado Artigo 1º, III, da CF.

Logo, a promoção de ambientes 100% livres da fumaça do tabaco está em consonância com o direito garantido ao meio ambiente de trabalho adequado, saudável e salubre, previsto no Artigo 225 da CF, e o direito de todo trabalhador à redução dos riscos inerentes ao trabalho, previsto no Artigo 7º inciso XXII, reconhecendo que a possibilidade do tabagismo em ambientes de trabalho viola os mencionados artigos.

Neste dispasão, entre as perspectivas de concretizar o direito de trabalhadores à implementação de ambientes livres da fumaça do tabaco no Brasil, destaca-se a atuação do Ministério Público em algumas localidades do país no sentido de aplicar a legislação vigente concominada com os termos da CQCT e da CF, enquanto não aprovada uma lei federal que proíba o fumo em ambientes fechados.

No tocante à matéria relativa ao meio ambiente de trabalho, continua ela a ser regulada pela Consolidação de Leis Trabalhistas (CLT), que, no Artigo 157, atribui à empresa 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. A Norma Regulamentadora\*\*\* de Segurança e Saúde no Trabalho, a NR 09, estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

De acordo com a NR09, consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador (NR 9.1.5).

Já no cenário internacional de proteção ao meio ambiente de trabalho, o Brasil aderiu a dois tratados internacionais relacionados ao tema deste estudo. São eles, as Convenções nº 148 e nº 155 da OIT. Destacam-se as seguintes provisões:

Artigo 4º da Convenção nº 148

1. A legislação nacional deverá dispor da adoção de medidas no lugar de trabalho para prevenir e limitar os riscos profissionais devidos à contaminação do ar, o ruído e as vibrações e para proteger os trabalhadores contra tais riscos (grifo nosso).

Artigo 4º da Convenção nº 155

1. Todo Membro deverá, mediante consulta com as organizações mais representativas de empregadores e de trabalhadores interessadas e tendo em conta as condições e prática nacionais, formular, pôr em prática e reexaminar periodicamente uma política nacional coerente em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores e meio ambiente de trabalho (grifo nosso).

2. Esta política terá por objetivo prevenir os acidentes e os danos para a saúde que sejam consequência do trabalho, guardem relação com a atividade de trabalho ou sobrevenham durante o trabalho, reduzindo ao mínimo, na medida em que seja razoável e factível, as causas dos riscos inerentes ao meio ambiente de trabalho (grifo nosso).

Vale salientar que nesse escopo se enquadra perfeitamente a FAT nos ambientes de trabalho, considerada como sendo cancerígena e genotóxica para o homem, e para a qual não existem níveis seguros de exposição, nem sistema de ventilação para ambientes internos capaz de eliminar exposição e os riscos do tabagismo passivo.

Segundo Cavalcante<sup>25</sup>, o fumo passivo viola o direito fundamental do cidadão trabalhador à saúde plena, garantida pela CF, cabendo indenização por dano moral individual e coletivo (em ação típica do Ministério Público do Trabalho) com base nos Artigos 186 e 927 *caput* e parágrafo único ambos do Código Civil, combinados com os Artigos 8º e 769 da CLT, quando empresas permitem que seus empregados trabalhem inspirando fumaça de cigarro e assemelhados, emitidos pelos empregadores, por outros empregados ou mesmo clientes, expondo desta forma o trabalhador a situação de grave risco à saúde.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a ciência já demonstrou inequivocamente os malefícios causados pela exposição às substâncias tóxicas presentes na fumaça dos produtos

\*\*\* As Normas Regulamentadoras, também chamadas de NR's, foram publicadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego, através da Portaria no 3.214/78, para estabelecer os requisitos técnicos e legais sobre os aspectos mínimos de segurança e saúde ocupacional. São de observância obrigatória para qualquer empresa ou instituição que tenha empregados regidos pela CLT, incluindo empresas privadas e públicas, órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como dos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário.

derivados do tabaco. O texto procurou mostrar que existe no ordenamento jurídico todo um arcabouço de instrumentos legais, nacionais e internacionais, que conforma um cenário jurídico preparado para recepcionar uma efetiva proteção à saúde da população brasileira, incluindo os trabalhadores, com relação aos malefícios causados pela FAT.

O atual cenário onde PL antagônicos tramitam simultaneamente no Senado Federal sobre a matéria, objeto deste estudo, cujas diretrizes já foram aprovadas pelo Brasil, parece mostrar uma queda de braço entre os interesses da Saúde Pública e os da indústria do tabaco. Esse embate se assemelha aos entraves que o Brasil enfrentou no processo de ratificação do tratado. Diante desse cenário, a omissão de nossos legisladores em aprovar uma lei que contemple os preceitos da CQCT, continuará acarretando sérias consequências à saúde de todos.

A CF representou um marco para a Saúde Pública brasileira ao reconhecer a saúde como direito fundamental do cidadão e como dever do Estado, a ser provido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e pela garantia de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços públicos de saúde. 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 frequentadores de ambientes fechados, sejam eles os trabalhadores que ali exercem sua atividade, bem como o direito ao meio ambiente saudável livre da FAT.

De qualquer forma, faz-se *mister* lembrar que as obrigações internacionais assumidas pelo Brasil impõe, a todas as autoridades públicas do país, executivas, legislativas ou judiciárias, o dever de promover a efetiva internalização da CQCT em nosso país.

## CONTRIBUIÇÕES

Cristiane G. F. Vianna e Maria Helena B. Oliveira trabalharam na concepção, participaram da pesquisa, análise de dados e elaboração do texto final deste artigo. Os demais autores trabalharam na concepção e revisão do artigo.

**Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar**

## REFERÊNCIAS

1. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the surgeon general. Washington (DC): Centers for Disease Control and Prevention; 2004.
2. World Health Organization. Building blocks for tobacco control: a handbook. Geneva: WHO; 2004.
3. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Ação global para o controle do tabaco: 1º Tratado Internacional de Saúde Pública. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
4. World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2003.
5. Brasil. Decreto n. 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Promulga a Convenção-Quadro sobre controle do uso do tabaco adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. Diário Oficial da União, Brasília (2006 jan 3);Sec.1:1.
6. World Health Organization. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control [Internet]. 2007 Jul 4 [cited 2011 Jul 15]. (Draft) A/FCTC/COP/2/17. Available from: [http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC\\_COP2\\_17P-en.pdf](http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_17P-en.pdf)
7. Baptista TWF, Machado CV, Lima LD. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. Ciênc saúde colet. 2009;14(3):829-39.
8. Schmitt CH. Visões sobre os planos de saúde privada e o código de defesa do consumidor. In: Aranha MI, Tojal SBB. Curso de especialização à distância em Direito Sanitário. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Núcleo de Estudos em Saúde Pública; 2002. p. 285-373.
9. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2009 [cited 2011 Jul 15]. 137 p. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918\\_eng\\_full.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf)
10. Figueiredo V, Costa AJL, Cavalcante T, Colombo V, Noronha C, Almeida L. Mortalidade atribuível ao tabagismo passivo na população urbana do Brasil [Internet]. Trabalho apresentado como parte das comemorações do Dia Nacional de Combate ao Fumo [citado 2011 jul 15]. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/Tabagismo/estudomorte\\_tabagismo\\_passivofinal.ppt](http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/Tabagismo/estudomorte_tabagismo_passivofinal.ppt)
11. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Divisão de Comunicação Social. [Notícia]: Governo gasta R\$ 37 milhões por ano com vítimas do fumo passivo [Internet]. [citado 2011 jul 15]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/imprensa.asp?op=pr&id=1958>
12. International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum. 2002;83:1-12.
13. International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoking. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum. 1986;38:1-6.
14. International Agency for Research on Cancer. Evaluating the effectiveness of smoke-free policies. [Lyon]: IARC; 2009. (IARC Handbooks of cancer prevention in tobacco control; vol. 13).



15. Bialous SA, Presman S, Gigliotti A, Muggli M, Hurt R. A resposta da indústria do tabaco à criação de espaços livres de fumo no Brasil. *Rev Panam Salud Públ. / Pan Am J Public Health*. 2010;27(4):283-90.
16. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general. Washington (DC): Centers for Disease Control and Prevention; 2006.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: tabagismo 2008 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2009 [citado 2011 jul 15]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/tabagismo.pdf>
18. Duarte LC. Eu defendo o fumo em qualquer lugar, diz Lula: Presidente afirma que decreto que proíbe fumo no Planalto não vale em sua sala. *Folha de São Paulo*. 2008 set 4:C9.
19. Stycer M. O senador Tião Viana, porém, disse ao Último Segundo que está pessimista. “O lobby da indústria do tabaco é muito forte” [Internet]. IG: Último Segundo. 2009 maio. Disponível em: [http://ultimosegundo.ig.com.br/mauricio\\_stycer/2009/05/21/anvisa+nao+vai+mais+regulamentar+fumodromos+e+apoia+lei+que+proibe+o+fumo+6247930.html](http://ultimosegundo.ig.com.br/mauricio_stycer/2009/05/21/anvisa+nao+vai+mais+regulamentar+fumodromos+e+apoia+lei+que+proibe+o+fumo+6247930.html)
20. Pereira DB. Parecer da Procuradoria-Geral da República nº 21324/2010 [Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI 4351] [Internet]. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=3806258>.
21. Takala J. Introductory report: decent work - safe work [Internet]. Geneva: International Labour Organization; 2005 [cited 2011 Jul 15]. Disponível em: [http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2005/105B09\\_281\\_engl.pdf](http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2005/105B09_281_engl.pdf)
22. Organização Internacional do Trabalho. Convenção n.º 139 sobre a prevenção e o controle de riscos profissionais causados pelas substâncias ou agentes cancerígenos. Genebra: OIT; 1974.
23. Carvalho AP. O direito fundamental a ambientes de trabalho livres do fumo. In: Homsí CM. Controle do tabaco e o ordenamento jurídico brasileiro. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2011. p. 327-58.
24. Fiorillo CAP. Meio ambiente do trabalho em face do direito ambiental brasileiro. [Internet]. [2010]. [citado 2011 jul 15]. Disponível em: [http://www.nima.puc-rio.br/aprodab/artigos/celso\\_antonio\\_pacheco\\_fiorillo.pdf](http://www.nima.puc-rio.br/aprodab/artigos/celso_antonio_pacheco_fiorillo.pdf)
25. Cavalcante HC. Fumo passivo e indenização trabalhista. XIV Congresso Nacional de Magistrados Trabalhistas; 2008; Manaus, Brasil.

## **Abstract**

**Introduction:** This article addresses the WHO Framework Convention on Tobacco Control and details Article 8 of the international treaty that provides protection from exposure to tobacco smoke and requires that States Parties shall adopt executive, administrative, legislative and other measures to protect their populations from the risks of second-hand tobacco smoke. **Objective:** To explore some of the challenges related to the implementation of smoke free environments in Brazil and to discuss the perspective of achieving this right. **Method:** A study based on documents researched in the Brazilian Congress, in the SciELO library databank, in academic documents and in the media. **Results:** From the analysis of the selected material on Brazilian tobacco control legislation, projects of law and lawsuits, some of the challenges related to the implementation of smoke free environments in Brazil under the framework of the Brazilian legal system from the perspective of the Occupational Health and Protection Right are explored. **Conclusion:** As Brazil has ratified the treaty, it is mandatory that smoke free environments be implemented, since an adequate framework of legal instruments sets up the ideal scenario to welcome an effective protection of Brazilian population's health to the harms caused by second-hand tobacco smoke.

**Key words:** Smoking/legislation & jurisprudence; Tobacco Smoke Pollution; Smoking Areas

## **Resumen**

**Introducción:** Ese artículo trata del Convenio Marco de la Organización Mundial de la salud para el Control del Tabaco, con el punto de partida del análisis en la premisa establecida en el artículo 8° del tratado internacional que dispone sobre la protección en contra la exposición al humo del tabaco, y determina que los países que son Estados Parte adopten medidas ejecutivas, administrativas, legislativas y otras para la protección de sus poblaciones de los riesgos del tabaquismo pasivo. **Objetivo:** Explorar algunos de los desafíos relacionados a la implementación de ambientes libres del humo del tabaco en Brasil y discutir las perspectivas de lograr el derecho en cuestión. **Método:** Este estudio se basa en la investigación de archivos en el Congreso Nacional, en la base de datos SciELO, en trabajos académicos y en los medios de comunicación. **Resultados:** A partir del análisis del material seleccionado en la legislación brasileña sobre el tema, proyectos de leyes y acciones judiciales se exploraron algunos de los desafíos relacionados a la implementación de ambientes libres del humo del tabaco en Brasil y su efectiva incorporación en el ordenamiento jurídico brasileño bajo la perspectiva del Derecho a la Salud y Protección al Trabajador. **Conclusión:** Llega-se a la conclusión de que, como el Brasil ha ratificado el tratado es obligatorio implementar ambientes 100% libre de humo de tabaco, ya que existe un marco legal de instrumentos jurídicos que conforman un escenario preparado para acoger una efectiva protección de la salud de la población brasileña acerca de los daños causados por el humo de segunda mano.

**Palabras clave:** Tabaquismo/legislación & jurisprudencia; Contaminación por Humo de Tabaco; Áreas Destinadas a Fumadores