

2009
2009
2009
2009

2019
2019
2019
2019

10
ANOS



Lei Antifumo do Estado de São Paulo
Lei nº 13.541 de 7 de Maio de 2009

João Doria
Governo do Estado de São Paulo

José Henrique Germann Ferreira
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Paulo Rossi Menezes
Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD

Maria Cristina Megid
Centro de Vigilância Sanitária – CVS

Coordenação/Elaboração
Elaine C. D'Amico – CVS
Luís Sérgio Ozório Valentim - CVS
Maria Cristina Megid - CVS
Sylia Rehder – CCD

Revisão
Kátia Rocini – CCD

Projeto gráfico e editoração eletrônica
Maria Rita Negrão de Oliveira - CVS

Av. Dr. Arnaldo, 351, Anexo III
CEP: 01246-000 – Pacaembu – São Paulo – SP
site: www.cvs.saude.sp.gov.br

Centro de Vigilância Sanitária – CVS/CCD/SES-SP

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

índice

Editorial	7
Subsídios que embasaram a propositura do Projeto de Lei Estadual que proíbe o fumo em recinto de uso coletivo no estado de São Paulo	10
Lei Antifumo foi aprovada após amplo debate	15
Publicação da Lei Antifumo - Diário Oficial	17
Resolução SES/SJDC - 3, de 16-7-2009.....	21
Folder da Lei Antifumo.....	23
Programa Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco no Estado de São Paulo.....	26
A vida seguiu e a saúde venceu.....	38
Vigilância Sanitária do tabaco no estado de São Paulo	40
Impacto da Lei Antifumo do estado de São Paulo.....	48
O fumo em lugares fechados	53
Lei de controle do tabagismo no Brasil e no estado de São Paulo: uma visão de promoção da saúde	55
Ambientes livres de tabaco	59
Dez anos da Lei Antifumo em São Paulo	62
10 anos de parceria Incor/Centro de Vigilância Sanitária.....	66
O GAPS nos 10 anos de Programa Ambiente Livre de Tabaco	78
A Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco	80
A Lei Antifumo de São Paulo e suas contribuições para o aperfeiçoamento da política nacional de controle do tabaco	83
Resultados dos 10 anos de fiscalização da Lei Antifumo	88
Agradecimentos.....	92
Fotos & Fatos.....	97
Créditos.....	108

Editorial

Lei Antifumo no estado de São Paulo



Há dez anos, fui chamada pelo então secretário de estado da saúde, o saudoso Dr. Barradas, e ele me comunicou que tínhamos um grande desafio a enfrentar. A situação me pareceu bastante assustadora e urgente.

A Lei Antifumo do estado de São Paulo estava em vias de ser sancionada pelo governador, tínhamos que pensar e agir rapidamente. Durante os três meses seguintes precisávamos fazer uma ação educativa em massa para uma população de 42 milhões de habitantes e, logo em seguida, a lei entraria em vigência, com fiscalização efetiva.

Tínhamos à frente um cenário bastante complexo, não havia expertise no país com ações desse porte. Foi necessário aprender a segurar nossa ansiedade e ver a situação por meio da lógica e da razão. Sim, Dr. Barradas estava certo: era um grande desafio!

Reuni minha equipe do Centro de Vigilância Sanitária, sentamos e começamos a construir uma estratégia. Foram discussões e mais discussões até chegarmos a uma proposta factível.

Apresentamos ao secretário, pois haveria necessidade de um apoio logístico para darmos início a uma grande “maratona” por todo o estado. Precisávamos treinar mais de 500 técnicos por meio de um curso de capacitação que abordaria todos os temas relacionados ao tabagismo passivo, tais como: os impactos no funcionamento do aparelho cardiovascular e respiratório, na pediatria, na oncologia, na obstetrícia, além dos atos legais para a aplicação da fiscalização.

O nosso objetivo era que os fiscais entendessem o real significado da lei. Estava em implantação uma importante política pública de proteção e promoção à saúde da população e precisávamos dialogar com a sociedade para que entendesse o espírito da fiscalização e, não só nos apoiasse nessa luta que se iniciava, como também fosse nossa parceira nessa grande conquista.

Fomos exitosos nesse diálogo. Além da população, a Fundação Procon esteve presente desde o início das nossas ações. Aproveito para registrar nosso

agradecimento especial à Dra. Jaqueline Scholz pelo seu envolvimento e comprometimento, treinando à noite os fiscais que iriam utilizar os monóxímetros, inclusive eu mesma, no auditório do CVS. Trabalho incansável de todos os envolvidos. Agradecimentos, também, à Associação Brasileira do Câncer (ABCâncer) e Aliança de Controle do Tabagismo (ACTBr), que nos acompanharam representando a voz da sociedade civil.

Com o projeto aprovado, aguardando ser sancionado pelo governador, os obstáculos e questionamentos começaram a surgir:

- *Vai cercear a liberdade das pessoas?*
- *Vai impactar negativamente no setor de hospitalidade?*
- *Vai prejudicar economicamente vários estabelecimentos?*
- *Vai ter perda de empregos?*
- *Dezenas de liminares para impedir a fiscalização.*
- *Não vão conseguir implantar a lei, o universo é muito grande.*

Em contrapartida, criou-se um grande debate sobre a importância do controle da fumaça do tabaco em ambientes fechados e suas consequências à saúde, até mesmo extrapolando o território do estado, atingindo a esfera nacional.

Os mais renomados especialistas comprometidos com a luta contra o tabagismo se posicionaram, foram aos mais diversos meios de comunicação e fizeram pronunciamentos a favor dos benefícios da restrição de produtos fumígenos em ambientes fechados e parcialmente fechados. Não estava sendo proibido o ato de fumar e sim fumar em ambientes que poderiam comprometer a saúde de outros.

A grande pergunta que fazíamos a nós mesmos era quantos estabelecimentos conseguiríamos fiscalizar em um ano? Cem mil era a meta. Loucura pensar em um número tão grande.

Não explicitamos para ninguém, mas tínhamos uma grande expectativa, ficamos acompanhando tudo muito de perto e, ao final do primeiro ano de vigência da lei, havíamos realizado mais de 330 mil fiscalizações. O mais formidável foi constatar o resultado: mais de 99% dos estabelecimentos cumprindo a legislação. Estávamos no caminho certo!

Como bem constatou Dr. Barradas na época: “A vida seguiu e a saúde venceu!”.

Podemos afirmar, sem medo de errar, que atualmente está garantido no estado de São Paulo o direito dos cidadãos viverem em ambientes coletivos, públicos ou privados, saudáveis e livres da fumaça do tabaco, prevenindo um importante fator de risco para doenças graves, incapacitantes e fatais.

É dever do estado incentivar hábitos saudáveis que possam prevenir doenças e assegurar melhor qualidade de vida às pessoas. A lei antifumo paulista está em sintonia com o movimento global para o enfrentamento dos males ocasionados pelo tabaco. Os avanços alcançados são inegáveis, o que pode ser verificado claramente pela mudança de comportamento da população.

Realizamos mais de 2 milhões de fiscalizações nesses dez anos de vigência da lei e mantemos um índice de mais de 99% de cumprimento a ela. Índice de observância que se equipara a outros lugares do mundo com leis semelhantes, como a cidade de Nova York (97%), Irlanda (94%), Ottawa (95%), por exemplo.

*Vale destacar a manifestação do presidente da Instituição Cancer Research UK, Jean King: **“Essas leis estão salvando vidas”**. Todos nós concordamos com isso.*

Boa leitura!

Maria Cristina Megid

Diretora do Centro de Vigilância Sanitária

Subsídios que embasaram a propositura do Projeto de Lei Estadual que proíbe o fumo em recinto de uso coletivo no estado de São Paulo

José Dínio Vaz Mendes

Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde

Exposição de Motivos

Há muitos anos já existem estudos científicos que estabelecem a relação do uso do tabaco com problemas de saúde, com grande significado para a saúde pública. Conforme referido pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA)¹ “milhares de estudos acumulados, até o momento, 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.

Esses estudos mostram que ao consumo de tabaco podem ser atribuídas:

- I. 45% das mortes por doença coronariana (infarto do miocárdio),
- II. 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema),
- III. 25% das mortes por doença cerebrovascular (derrames)
- IV. 30% das mortes por câncer.

V. 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes, o que mostra a forte correlação dessa doença com o tabagismo

VI. O câncer de pulmão é o tipo de câncer que mais mata no Brasil”.

Porestes motivos, os países desenvolvidos têm adotado, progressivamente, leis e normas cada vez mais restritivas ao consumo do tabaco.

A legislação estadual de São Paulo sobre ambientes livres de fumo encontra-se, atualmente, inadequada e desatualizada, inclusive em relação à legislação federal (Lei Federal n.º 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas).

O último destes instrumentos legais estaduais, editado recentemente, a Lei Estadual nº 13.016 de 19/5/2008, listou especificamente alguns recintos em que é proibido o fumo, deixando de incluir

¹INCA – Instituto Nacional do Câncer/Ministério da Saúde. Ação Global para o Controle do Tabaco 1º Tratado Internacional de Saúde Pública. 2003.

em suas disposições uma série de outros estabelecimentos, incluídos na legislação federal, causando assim, certa confusão junto à população.

A Lei Federal nº 9294/96, que entre suas determinações proíbe o fumo em ambientes coletivos, públicos e privados, continua em vigor. Ao deixar de mencionar inúmeros estabelecimentos, entre eles bares, restaurantes, casas noturnas e hotéis, a lei estadual acaba por servir como argumento para infringir a lei federal.

É importante ressaltar que mesmo a Lei Federal nº 9294/96 encontra-se atualmente desatualizada frente à Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), primeiro tratado internacional de saúde pública já ratificado por mais de 150 países, dentre eles o Brasil.

Diz o art. 8º da CQCT:

“Artigo 8 – 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.”

Como se vê, a CQCT determina que as legislações nacionais não permitam o fumo em ambientes coletivos internos e neste aspecto, a lei federal, que em seu art. 2º ressalva da proibição de fumar “a área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente”, mereceria ser revisada e atualizada.

Pois bem, a Constituição Federal, ao estabelecer as competências dos entes federativos: União, Estados, Distrito Federal e Municípios, as distinguiu em competências privativas, competências comuns e competências concorrentes.

Cuidar da saúde e proteger o meio ambiente está entre as competências comuns dos entes federativos (CF, art. 23, II e VI). A proteção e defesa da saúde encontram-se dentre as competências concorrentes (CF, art. 24, XII c/c art. 30, II).

As competências comuns são de natureza material, mas para que sejam implementadas requerem a existência de políticas públicas, muitas delas efetivadas por meio de leis. Daí falar, a doutrina, em competências concorrentes impróprias, de natureza legislativa, “cujo regime jurídico indica a inexistência de limites a cada uma das ordens federativas, ou seja, cada uma delas pode legislar de maneira integral sobre as mesmas matérias”.² Bem por isso, são implícitas e permitem aos entes federativos legislar ilimitadamente sobre as matérias objeto das competências comuns.

O Estado, portanto, tem competência comum, de índole material, para cuidar da saúde, defender o meio ambiente e combater a poluição em qualquer de suas formas.

²Luiz Alberto David Araujo e Vidal Serrado Nunes Júnior, *Curso de Direito Constitucional*, 12ª edição revista e atualizada, São Paulo: Saraiva, 2008, p.275.

A saúde, direito social elevado à 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 políticas 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.

Os ambientes livres de fumo visam preservar o direito à saúde de todos, fumantes e não fumantes, sejam eles os frequentadores dos ambientes coletivos, sejam eles os trabalhadores que ali exercem sua atividade, bem como o direito ao meio ambiente saudável, livre da Poluição Ambiental Tabagística (PTA), 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.

O objetivo da Lei Federal nº 9294/96, que trata de ambientes livres do fumo, é preservar a saúde e o meio ambiente. A competência comum e concorrente imprópria dos entes federativos permite legislação estadual ou municipal mais rigorosa, de forma a garantir tais direitos.

Neste sentido, o Supremo Tribunal Federal considerou, em julgamento do Recurso Extraordinário no. 179.285-RJ, relatado pelo Min. Marco Aurélio, 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 disciplinarem 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 nº 9294/06, podem Estados e Municípios ampliarem o espectro da restrição aos produtos fumíferos de forma a preservar a saúde e o meio ambiente.

Por outro lado, considerando a matéria de ambientes livres de fumo como afeita ao art. 24, XII, da CF, que trata da competência concorrente própria para legislar sobre a proteção e defesa da saúde, da mesma forma pode o Estado editar norma mais restritiva aos locais em que se pode fumar.

Cabendo aos Estados e Municípios suplementar a legislação federal, no caso a Lei Federal nº 9294/06, qualquer medida que busque ampliar a proteção à saúde e ao meio ambiente, restringindo o fumo, estará cumprindo a norma constitucional, já que esses são os bens jurídicos tutelados, e não um suposto direito a fumar, liberdade essa que pode ser restringida na medida em que contraposta a direitos fundamentais garantidos em nível constitucional como a saúde e o meio ambiente.

É o que decidiu o Tribunal de Justiça de São Paulo, *in verbis*:

“Mandado de Segurança – Impetração contra a proibição de fumar em bares, restaurantes e estabelecimentos similares – Decreto nº 34.836/95 que regulamentou a Lei do Município de São Paulo, nº 10.862/90

– Alegada ofensa aos princípios da legalidade restrita e da isonomia – Concorrência de diplomas legais: Lei Estadual no. 9.178/95 e Decreto nº 40.695/95 e Lei Federal nº 9294/96 e Decreto nº 2.018/96.

O tabagismo enquadra-se como problema de saúde pública, em razão de seu fator cancerígeno e de gerador de riscos de doenças e outros agravos contra o indivíduo e a coletividade. O malefício também alcança os denominados ‘fumantes passivos’.

A legislação municipal que restringe o uso de produtos fumíferos em recinto coletivo está fundamentada na competência que a constituição Federal lhe atribui para suplementar a legislação federal e estadual no setor proteção e defesa da saúde: Arts. 24, XII e 30, II da Constituição Federal; art. 219 e parágrafo único da Constituição Estadual; Lei Orgânica do Município de São Paulo, art. 213.

Os preceitos legais do Município de São Paulo sobre as restrições ao uso de produtos fumíferos passaram a integrar todas as determinações da recente legislação federal específica, Lei 9294/96 e Decreto no. 2019/96, este ressalvando expressamente a validade das sanções previstas na legislação local. Recurso provido para denegar mandado de segurança e cassar liminar concedida.” (TJSP, 3ª C Direito Público, Apelação no. 276.582-2/1, Comarca de São Paulo, deram provimento v.u., j. 15/4/1997. Grifos adicionados).

Como se vê, por qualquer ângulo que se analise a questão, tem o Estado de São Paulo competência para legislar sobre ambientes livres do fumo e deve, ao fazê-lo, preservar os bens jurídicos constitucionais,

quais sejam, o direito à saúde e ao meio ambiente saudável, podendo, assim, ampliar os limites mínimos conferidos pela legislação federal.

Sobre essa matéria, importante precedente foi alcançado pelo próprio Estado de São Paulo com a decisão do Supremo Tribunal Federal, em Ação Direta de Inconstitucionalidade movida pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Indústria (CNTI), que manteve a vigência da lei paulista nº 12.684/07, que proibiu o uso de qualquer produto que utilize o amianto no estado. A maioria dos ministros concordou que a lei estadual está em conformidade com a Constituição Federal e atende ao princípio da proteção à saúde.

Em seu voto, o Ministro Joaquim Barbosa citou estudos científicos que comprovam o aparecimento de doenças relacionadas ao uso do amianto, inclusive o câncer, e afirmou que a lei paulista está respaldada pela Convenção 162 da OIT (Organização Internacional do Trabalho), um compromisso assumido pelo Brasil, em esfera internacional, para salvaguardar o trabalhador de ter contato com o amianto e inclusive para o banir.

Para o Ministro, a Convenção da OIT é uma norma supralegal, com força normativa maior que a norma federal. "Não faria sentido que a União assumisse compromissos internacionais que não tivessem eficácia para os estados membros. Não acredito que a União possa ter duas caras: uma comprometida com outros Estados e organizações internacionais e outra descompromissada para as legislações com os estados-membros", disse Barbosa ao citar estudo acadêmico.

No caso de ambientes livres do fumo também há tratado internacional, a CQCT, que, embasada nos malefícios do fumo passivo, inclusive e especialmente para a saúde dos trabalhadores, determina a adoção de ambientes coletivos fechados, públicos ou privados, livres de fumo. Sem exceção.

Por todas essas razões, confirma-se a competência estadual para legislar sobre o tema e o dever dessa legislação ser mais protetiva que a lei federal para excluir a possibilidade de exceções dentro dos ambientes coletivos fechados, inclusive em atendimento ao Tratado Internacional ao qual o Brasil aderiu e ratificou.

Portanto, a Secretaria de Estado da Saúde considera que o presente projeto de lei trará contribuição efetiva para, ao restringir de forma inequívoca o fumo em qualquer recinto coletivo, melhorar as condições de saúde da população paulista.

Lei Antifumo foi aprovada após amplo debate

Produção Legislativa 2009
21/12/2009 19:43

A Lei antifumo (13.541/2009) foi sancionada em 7/5 pelo governador José Serra em ato no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, por ocasião da comemoração do primeiro ano de funcionamento do hospital, que atende inclusive a ex-fumantes vitimados pelo câncer.

A nova lei, em vigor desde o dia 7/8, proíbe o consumo de cigarros, charutos, cigarrilhas, cachimbos, narguilés ou outros produtos fumígenos em qualquer tipo de estabelecimento fechado, como bares, restaurantes, danceterias, boates, cinemas, shoppings, bancos, supermercados, repartições públicas, instituições de saúde e escolas, entre outros. A proibição se estende a veículos de transporte coletivo, táxis e nas áreas comuns de condomínios, hotéis, pousadas e dos condomínios residenciais e comerciais.

Os responsáveis pelos estabelecimentos devem advertir os fumantes e afixar avisos sobre a proibição em locais visíveis. Ficam excluídos da restrição ao fumo apenas os locais de culto religioso (onde o fumo faça parte do ritual), instituições de saúde que tenham pacientes autorizados a fumar pelo médico responsável, vias públicas, residências e estabelecimentos exclusivamente destinados ao consumo de produtos fumígenos (tabacarias) com cadastro na Vigilância Sanitária.

As calçadas são a opção para os fumantes, mas também há restrições. A Secretaria da Justiça, um dos órgãos responsáveis pela fiscalização da lei, enfatiza que as mesas de bares e restaurantes que estão do lado externo dos estabelecimentos devem estar totalmente isoladas das localizadas na parte interna. Do contrário, vale a restrição para o local, que será multado caso desrespeite a proibição.

No mesmo espírito da proposta do Executivo, foi apresentado pelo deputado Edson Ferrarini (PTB) projeto de lei que proíbe a venda de narguilé aos menores de 18 anos. Com a sua transformação na Lei 13.779, de 21/10/2009, os estabelecimentos que comercializam o cachimbo conhecido como narguilé só poderão vendê-lo aos que, através de documento de identidade, comprovarem a maioridade.

Outro projeto de lei restritivo ao uso de produtos que oferecem risco à saúde foi apresentado pelo deputado Afonso Lobato (PV). Também referendado pelos deputados, o PL 330/2006 trata da criação do Conselho Estadual de Inspeção e Controle da Venda de Bebidas Alcoólicas e Fumo (Ceicaf) no âmbito estadual.

Debate

O PL 577/2008, que deu origem à Lei 13.541/2009, que proíbe fumar em

recintos de uso coletivo, foi debatido em uma audiência pública, em 31/3. Além dos deputados paulistas, participaram das discussões representantes de diversos setores da sociedade civil, advogados, médicos e representantes de sindicatos patronais e de empregados do setor de bares, hotéis e restaurantes. Esses últimos advertiram para provável impacto econômico que a medida poderia causar no faturamento das empresas, e o desemprego decorrente dessa situação.

José Ferreira Neves, presidente da Federação dos Empregados no Comércio Hoteleiro e Similares do Estado de São Paulo, expressou sua preocupação com possível queda no movimento dos estabelecimentos comerciais, que trarão desemprego à categoria. “Poderão ser mais de 30 mil trabalhadores prejudicados”, alertou, pois “se não pode fumar, o cliente simplesmente vai embora”.

Já os oradores favoráveis à lei, entre eles o médico Dráuzio Varella, manifestaram forte preocupação com o grupo dos fumantes passivos que, conforme reconhecidos estudos científicos, também são vítimas dos males causados pelo tabaco.

Varella protestou, ao argumentar que “não se pode empestear o ar de todos em nome da liberdade individual”. O médico contou que a proibição do fumo em lugares fechados em Glasgow, Escócia, levou à queda no atendimento por doenças relacionadas ao tabaco em 30% nos fumantes e 19% nos não fumantes. O oncologista também falou sobre a saúde dos trabalhadores, sugerindo que eles devem lutar por adicionais de insalubridade e por planos de saúde melhores.



Diário Oficial

Estado de São Paulo

José Serra - Governador

PODER
Executivo

SEÇÃO I

Palácio dos Bandeirantes Av. Morumbi 4.500 Morumbi São Paulo CEP 05650-000 Tel: 2193-8000

Volume 119 • Número 84 • São Paulo, sexta-feira, 8 de maio de 2009

www.imprensaoficial.com.br

imprensaoficial

Leis

LEI Nº 13.541, DE 7 DE MAIO DE 2009

Proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembleia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei:

Artigo 1º - Esta lei estabelece normas de proteção à saúde e de responsabilidade por dano ao consumidor, nos termos do artigo 24, incisos V, VIII e XII, da Constituição Federal, para criação de ambientes de uso coletivo livres de produtos fumígenos.

Artigo 2º - Fica proibido no território do Estado de São Paulo, em ambientes de uso coletivo, públicos ou privados, o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco.

§ 1º - Aplica-se o disposto no "caput" deste artigo aos recintos de uso coletivo, total ou parcialmente fechados em qualquer dos seus lados por parede, divisória, teto ou telhado, ainda que provisórios, onde haja permanência ou circulação de pessoas.

§ 2º - Para os fins desta lei, a expressão "recintos de uso coletivo" compreende, dentre outros, os ambientes de trabalho, de estudo, de cultura, de culto religioso, de lazer, de esporte ou de entretenimento, áreas comuns de condomínios, casas de espetáculos, teatros, cinemas, bares, lanchonetes, boates, restaurantes, praças de alimentação, hotéis, pousadas, centros comerciais, bancos e similares, supermercados, açougues, padarias, farmácias e drogarias, repartições públicas, instituições de saúde, escolas, museus, bibliotecas, espaços de exposições, veículos públicos ou privados de transporte coletivo, viaturas oficiais de qualquer espécie e táxis.

§ 3º - Nos locais previstos nos parágrafos 1º e 2º deste artigo deverá ser afixado aviso da proibição, em pontos de ampla visibilidade, com indicação de telefone e endereço dos órgãos estaduais responsáveis pela vigilância sanitária e pela defesa do consumidor.

Artigo 3º - O responsável pelos recintos de que trata esta lei deverá advertir os eventuais infratores sobre a proibição nela contida, bem como sobre a obrigatoriedade, caso persista na conduta coibida, de imediata retirada do local, se necessário mediante o auxílio de força policial.

Artigo 4º - Tratando-se de fornecimento de produtos e serviços, o empresário deverá cuidar, proteger e vigiar para que no local de funcionamento de sua empresa não seja praticada infração ao disposto nesta lei.

Parágrafo único - O empresário omissor ficará sujeito às sanções previstas no artigo 56 da Lei federal n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990 - Código de Defesa do Consumidor, aplicáveis na forma de seus artigos 57 a 60, sem prejuízo das sanções previstas na legislação sanitária.

Artigo 5º - Qualquer pessoa poderá relatar ao órgão de vigilância sanitária ou de defesa do consumidor da respectiva área de atuação, fato que tenha presenciado em desacordo com o disposto nesta lei.

§ 1º - O relato de que trata o "caput" deste artigo conterá:

- 1 - a exposição do fato e suas circunstâncias;
- 2 - a declaração, sob as penas da lei, de que o relato corresponde à verdade;
- 3 - a identificação do autor, com nome, prenome, número da cédula de identidade, seu endereço e assinatura.

§ 2º - A critério do interessado, o relato poderá ser apresentado por meio eletrônico, no sítio de rede mundial de computadores - "internet" dos órgãos referidos no "caput" deste artigo, devendo ser ratificado, para atendimento de todos os requisitos previstos nesta lei.

§ 3º - O relato feito nos termos deste artigo constitui prova idônea para o procedimento sancionatório.

Artigo 6º - Esta lei não se aplica:

I - aos locais de culto religioso em que o uso de produto fumígeno faça parte do ritual;

II - às instituições de tratamento da saúde que tenham pacientes autorizados a fumar pelo médico que os assista;

III - às vias públicas e aos espaços ao ar livre;

IV - às residências;

V - aos estabelecimentos específica e exclusivamente destinados ao consumo no próprio local de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, desde que essa condição esteja anunciada, de forma clara, na respectiva entrada.

Parágrafo único - Nos locais indicados nos incisos I, II e V deste artigo deverão ser adotadas condições de isolamento, ventilação ou exaustão do ar que impeçam a contaminação de ambientes protegidos por esta lei.

Artigo 7º - As penalidades decorrentes de infrações às disposições desta lei serão impostas, nos respectivos âmbitos de atribuições, pelos órgãos estaduais de vigilância sanitária ou de defesa do consumidor.

Parágrafo único - O início da aplicação das penalidades será precedido de ampla campanha educativa, realizada pelo Governo do Estado nos meios de comunicação, como jornais, revistas, rádio e televisão, para esclarecimento sobre os deveres, proibições e sanções impostos por esta lei, além da nocividade do fumo à saúde.

Artigo 8º - Caberá ao Poder Executivo disponibilizar em toda a rede de saúde pública do Estado, assistência terapêutica e medicamentos antitabagismo para os fumantes que queiram parar de fumar.

Artigo 9º - Esta lei entra em vigor no prazo de 90 (noventa) dias após a data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 7 de maio de 2009.

JOSÉ SERRA

Luiz Antônio Guimarães Marrey

Secretário da Justiça e da Defesa da Cidadania

Luiz Roberto Barradas Barata

Secretário da Saúde

Guilherme Afif Domingos

Secretário do Emprego e Relações do Trabalho

Aloysio Nunes Ferreira Filho

Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa, aos 7 de maio de 2009.

Decretos

DECRETO Nº 54.311, DE 7 DE MAIO DE 2009

Institui a Política Estadual para o Controle do Fumo, regulamenta a Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009, que proíbe o consumo de produtos

fumígenos, derivados ou não do tabaco, em ambientes de uso coletivo, total ou parcialmente fechados, e dá providências correlatas

JOSÉ SERRA, Governador do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais,

Decreta:

CAPÍTULO I

Disposição Preliminar

Artigo 1º - Este decreto institui a Política Estadual para o Controle do Fumo e regulamenta a Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009, que proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica.

CAPÍTULO II

Política Estadual para o Controle do Fumo

SEÇÃO I

Objetivos e Diretrizes da Política Estadual para o Controle do Fumo

Artigo 2º - A Política Estadual para o Controle do Fumo tem por 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.

Artigo 3º - A Política Estadual para o Controle do Fumo será implementada com a integração de providências:

I - do Poder Público;

II - dos empresários e demais responsáveis por ambientes de uso coletivo, fechados ou parcialmente fechados;

III - da comunidade.

§ 1º - Caberá ao Estado fornecer informações, exercer a fiscalização e prestar assistência terapêutica e medicamentos antitabagismo, conforme o disposto no artigo 6º deste decreto.

§ 2º - Caberá aos empresários e demais responsáveis por ambiente de uso coletivo, fechados ou parcialmente fechados, adotar as medidas previstas no artigo 7º deste decreto.

§ 3º - Para o controle do fumo em ambientes de uso coletivo, fechados ou parcialmente fechados, é facultada a participação de qualquer pessoa ou de entidades de classe e da sociedade civil, na forma prevista nos artigos 13, 14 e 15 deste decreto.

SEÇÃO II

Informação oficial, fiscalização e assistência terapêutica

Artigo 4º - As Secretarias da Saúde e da Justiça e da Defesa da Cidadania, observados os respectivos campos funcionais:

I - realizarão campanhas de saúde pública e divulgação, de cunho educativo, nos meios de comunicação, como jornais, revistas, rádio e televisão, para amplo conhecimento quanto à nocividade do fumo e esclarecimento sobre os deveres, proibições e sanções da Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009;

II - divulgarão as medidas administrativas adotadas para aplicação da Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009, e os estudos mais relevantes sobre o tabagismo, com a manutenção de sítio específico na rede mundial de computadores - internet.

Artigo 5º - O cumprimento da Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009, será fiscalizado, no âmbito de suas respectivas atribuições, pela Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor - PROCON/SP e pelo Centro de Vigilância Sanitária, órgão da Secretaria da Saúde, os quais poderão celebrar, para esse fim, convênios com a União e Municípios, observado o disposto no Decreto nº 40.722, de 20 de março de 1996.

§ 1º - No exercício da fiscalização de que trata o "caput" deste artigo, orientada, precipuamente, para a proteção ao fumante passivo e a identificação de barreiras impeditivas da dispersão de fumaça, observarse-á o seguinte:

1. os quartos de hotéis, pousadas e similares, desde que ocupados, equiparar-se-ão a residências;

2. os estabelecimentos prisionais e as unidades de cumprimento de medidas socioeducativas se sujeitarão às normas próprias de execução penal e de proteção à criança e ao adolescente, respectivamente;

3. o PROCON/SP e o Centro de Vigilância Sanitária compartilharão as informações coligidas e coordenarão as respectivas atuações de fiscalização.

§ 2º - As Secretarias da Saúde e da Justiça e da Defesa da Cidadania divulgarão, em conjunto e periodicamente, relatório tendo por objeto os resultados da fiscalização de que trata este artigo.

Artigo 6º - A Secretaria da Saúde organizará a prestação de assistência terapêutica aos dependentes do tabaco, incluído o fornecimento de medicamentos prescritos por médico integrante do Sistema Único de Saúde - SUS.

SEÇÃO III

Medidas de cuidado, Proteção e Vigilância nos Ambientes de Uso Coletivo, Fechados ou Parcialmente Fechados, e Sanções Aplicáveis

Artigo 7º - A obrigação de cuidado, proteção e vigilância para impedir a prática das infrações previstas na Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009, compreende a adoção, por empresários e responsáveis, das seguintes medidas:

I - afixação de avisos de proibição, previstos no § 3º do artigo 2º da Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009, que deverão ser confeccionados na forma e dimensões indicadas em resolução conjunta dos Secretários da Saúde e da Justiça e da Defesa da Cidadania;

II - determinação às pessoas sujeitas ao seu poder de direção, inclusive empregados e prepostos, para que, nos ambientes de uso coletivo, total ou parcialmente fechados:

a) não consumam produtos fumígenos;

b) informem os respectivos frequentadores da proibição de fumar;

III - determinação ao fumante para que não consuma produtos fumígenos;

IV - comunicação à Polícia Militar para que providencie o auxílio necessário à imediata retirada do fumante que não atender à determinação de que trata o inciso III deste artigo.

§ 1º - Os avisos de proibição serão afixados em número suficiente para garantir sua visibilidade na totalidade dos respectivos ambientes.

§ 2º - Nos veículos de transporte coletivo, viaturas oficiais e táxis, admitir-se-á a redução das dimensões do aviso, desde que assegurada sua visibilidade.

§ 3º - Nos meios de transporte sobre trilhos, afixarse-á o número suficiente de avisos para garantir sua visibilidade em cada vagão.

Artigo 8º - A adoção, no âmbito das repartições públicas estaduais, das medidas relacionadas no artigo 7º deste decreto constituirá atribuição da chefia de cada órgão.

Parágrafo único - O descumprimento, por servidor público estadual, do disposto na Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009, e neste decreto, acarretará as sanções disciplinares previstas na Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968 - Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado.

Artigo 9º - O empresário que se omitir na adoção das medidas a que se refere o artigo 7º deste decreto ficará sujeito às sanções previstas no artigo 56 da Lei federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 - Código de Defesa do Consumidor, aplicáveis na forma de seus artigos 57 a 60, sem prejuízo das sanções previstas no artigo 112 da Lei nº 10.083, de 23 de setembro de 1998 - Código Sanitário do Estado, aplicáveis na forma de seus artigos 113 a 122.

Parágrafo único - Considera-se empresário, nos termos do artigo 966 do Código Civil, quem exerce profissionalmente atividade econômica organizada para a produção ou a circulação de bens ou de serviços.

Artigo 10 - Quando não houver relação de consumo, o responsável por ambiente de uso coletivo, total ou parcialmente fechado, fica sujeito unicamente às sanções previstas no artigo 112 da Lei nº 10.083, de 23 de setembro de 1998 - Código Sanitário do Estado, aplicáveis na forma de seus artigos 113 a 122.

Artigo 11 - Os órgãos encarregados da fiscalização de que trata o artigo 5º deste decreto, na imposição de sanções, levarão em conta a reincidência, respeitadas as normas próprias sobre a matéria.

Artigo 12 - O PROCON/SP e o Centro de Vigilância Sanitária, observada a legislação pertinente a cada esfera de atribuição, harmonizarão a aplicação das respectivas

sanções, editando, se necessário, normas específicas para a dosimetria das multas.

SEÇÃO IV

Participação da comunidade

Artigo 13 - Os relatos de fatos que possam configurar infração à Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009, serão feitos mediante o preenchimento e a assinatura de formulário, nos moldes do Anexo deste decreto, o qual poderá ser remetido pelo correio ou entregue diretamente nos postos de atendimento do PROCON/SP ou do Centro de Vigilância Sanitária.

Parágrafo único - Os empresários ou responsáveis pelos ambientes a que se refere o § 2º do artigo 2º da Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009, deverão fornecer ao interessado, gratuitamente, o formulário de que trata este artigo.

Artigo 14 - O PROCON/SP e o Centro de Vigilância Sanitária disponibilizarão, nos sítios da rede mundial de computadores - internet a que se refere o inciso II do artigo 4º deste decreto, canal específico para o recebimento de denúncias de descumprimento do disposto na Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009, e neste decreto.

Parágrafo único - Para o fim de que trata o “caput” deste artigo, poderão o PROCON/SP e o Centro de Vigilância Sanitária disponibilizar linhas telefônicas exclusivas.

Artigo 15 - O Poder Executivo, por intermédio das Secretarias da Saúde e da Justiça e da Defesa da Cidadania, incentivará a atuação de entidades de classe, de empregados e empregadores, e de entidades da sociedade civil organizadas para a defesa do consumidor ou proteção da saúde, notadamente mediante a celebração de convênios tendo por objeto:

I - o compartilhamento de informações acerca do cumprimento da Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009;

II - a adoção de ações destinadas a auxiliar o fumante a abandonar o consumo de produtos fumígenos;

III - o estímulo a iniciativas que promovam os direitos assegurados pela Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009.

Capítulo III

Disposições Finais

Artigo 16 - Os Secretários da Saúde e da Justiça e da Defesa da Cidadania poderão editar normas complementares para o cumprimento deste decreto.

Artigo 17 - Este decreto entra em vigor 90 (noventa) dias após sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 7 de maio de 2009

JOSÉ SERRA

Luiz Roberto Barradas Barata

Secretário da Saúde

Luiz Antonio Guimarães Marrey

Secretário da Justiça e da Defesa da Cidadania

Aloysio Nunes Ferreira Filho

Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicado na Casa Civil, aos 7 de maio de 2009.

Resolução SES/SJDC - 3, de 16-7-2009

Dispõe sobre os ambientes de uso coletivo a que se refere o § 1º do artigo 2º da Lei nº 13.541, de 07 de maio de 2009, bem como acerca dos avisos e da dosimetria das multas, constantes, respectivamente, dos artigos 7º, inciso I, e 12 do Decreto nº 54.311/09.

Os Secretários da Saúde e da Justiça e da Defesa da Cidadania, Considerando as disposições da Lei nº 13.541, de 07 de maio de 2009, regulamentada pelo Decreto nº 54.311, de mesma data, que instituiu a Política Estadual para o Controle do Fumo;

Considerando que esses diplomas legais têm por objetivo a redução do risco de doenças provocadas pela exposição à fumaça do tabaco e de outros produtos fumígenos, a defesa do consumidor e a criação de ambientes de uso coletivo livres do fumo;

Considerando a necessidade de harmonizar procedimentos para a aplicação das sanções previstas nesses diplomas legais;

Considerando que a consecução dos objetivos supracitados envolverá órgãos pertencentes às Secretarias da Saúde e da Justiça da Defesa da Cidadania, conjuntamente resolvem que:

Artigo 1º - Para os fins desta Resolução, consideram-se recintos de uso coletivo, nos quais é proibido consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, aqueles total ou parcialmente

fechados em qualquer dos seus lados por parede, divisória, teto ou telhado, ainda que provisórios, onde haja permanência ou circulação de pessoas, compreendendo, dentre outros, os ambientes de trabalho, de estudo, de cultura, de culto religioso, de lazer, de esporte ou de entretenimento, áreas comuns de condomínios, casas de espetáculos, teatros, cinemas, bares, lanchonetes, boates, restaurantes, praças de alimentação, hotéis, pousadas, centros comerciais, bancos e similares, supermercados, açougues, padarias, farmácias e drogarias, repartições públicas, instituições de saúde, escolas, museus, bibliotecas, espaços de exposições, veículos públicos ou privados de transporte coletivo, viaturas oficiais de qualquer espécie e táxis.

Artigo 2º - O aviso de proibição do consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em ambientes de uso coletivo, total ou parcialmente fechados, deverá seguir o modelo constante do Anexo desta Resolução, respeitadas as dimensões de 25 centímetros de largura por 20 centímetros de comprimento, observados os tamanhos de fonte, cores e proporções estabelecidos no modelo constante do Anexo desta Resolução;

Parágrafo único - Admitir-se-á a redução das dimensões estabelecidas no caput na hipótese da afixação do referido aviso em veículos de transporte coletivo, viaturas oficiais e táxis, respeitada a largura mínima de 10 centímetros e a altura

mínima de 7 centímetros, bem como as cores e proporções do modelo constante do Anexo desta Resolução.

Artigo 3º - As multas aplicadas pelo PROCON/SP e pelo Centro de Vigilância Sanitária em razão do descumprimento das disposições da Lei nº 13.541/09, regulamentada pelo Decreto nº 54.311/09, em consonância com as disposições da Lei Federal nº 8.078/90 - Código de Defesa do Consumidor - e da Lei nº 10.083/98 - Código Sanitário do Estado de São Paulo, serão graduadas de modo que a pena base inicial não seja inferior a 50 (cinquenta) UFESPs e nem superior a 100 (cem) UFESPs, observada a disposição do artigo 4º desta Resolução.

§ 1º - Caso o infrator reitere qualquer prática irregular capitulada nos mencionados diplomas legais, a multa ser-lhe-á aplicada em dobro.

§ 2º - A partir da terceira autuação, o infrator reincidente ficará sujeito à sanção de interdição total do estabelecimento, obedecidos os seguintes critérios:

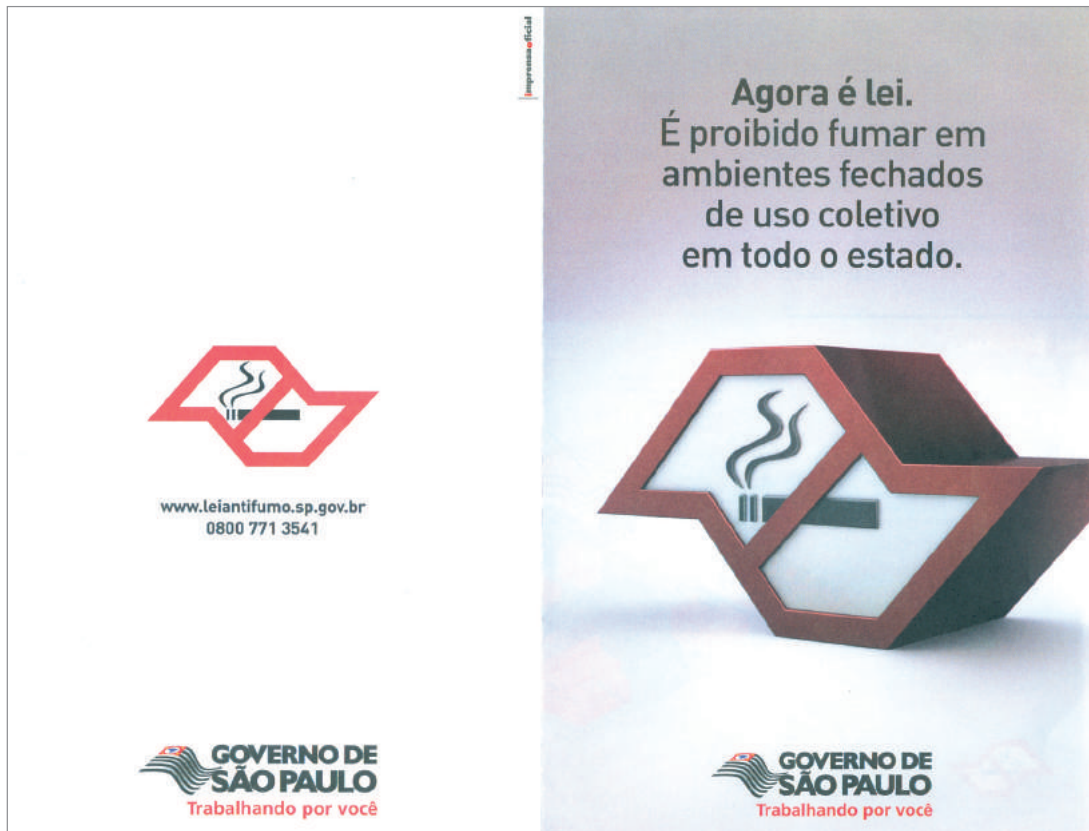
I - A primeira interdição perdurará por 48h (quarenta e oito horas);

II - A segunda interdição e as seguintes perdurarão por 30 (trinta) dias.

Artigo 4º - O processo administrativo relativo à aplicação das sanções ora descritas será objeto de normas próprias expedidas pelo PROCON/SP e pelo Centro de Vigilância Sanitária, no âmbito das respectivas competências.

Artigo 5º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Folder da Lei Antifumo



**Agora é lei.
É proibido fumar em
ambientes fechados
de uso coletivo
em todo o estado.**

www.leiantifumo.sp.gov.br
0800 771 3541

GOVERNO DE SÃO PAULO
Trabalhando por você

A Lei Antifumo, que entra em vigor no dia 7 de agosto, proíbe o uso de cigarros e demais produtos fumígenos nos ambientes fechados de uso coletivo em todo o Estado de São Paulo. A nova lei alinha São Paulo com a tendência internacional de combate aos males causados pelo tabagismo, principalmente em relação ao fumo passivo. Cidades como Nova York, Paris e Buenos Aires já adotaram com sucesso medidas similares.

A fiscalização será realizada por agentes da Vigilância Sanitária e do Procon, atingindo exclusivamente os estabelecimentos que descumprirem a nova lei. Não haverá sanção contra os fumantes. Já os estabelecimentos poderão ser multados e até interditados temporariamente. Os responsáveis por esses locais deverão advertir os fumantes e afixar avisos sobre a proibição em pontos visíveis. O Governo de São Paulo manterá um canal para denúncias da população sobre locais que desrespeitarem a nova legislação - 0800 771 3541. (Mais informações no site: www.leiantifumo.sp.gov.br)

A experiência internacional já demonstrou que medidas de restrição ao fumo têm impacto significativo na melhoria da saúde pública. Para fumantes e não fumantes. Pesquisas demonstraram que 94% dos paulistas concordam com a lei de restrição ao fumo. E é com o apoio da população que São Paulo dará esse importante passo em defesa da saúde de todos.

NÃO PODE FUMAR
No interior de bares, boates, restaurantes, escolas, museus, áreas comuns de condomínios e hotéis, casas de shows, açougues, padarias, farmácias e drogarias, supermercados, shoppings, repartições públicas, hospitais e táxis.

PODE FUMAR
Em casa, em áreas ao ar livre, vias públicas, nas tabacarias e em cultos religiosos, caso isso faça parte do ritual. Quartos de hotéis e pousadas desde que ocupados por hóspedes, estão liberados.

Condomínios
Fica proibido fumar nos ambientes fechados de uso coletivo, como corredores e hall de entrada.

Casas noturnas
Fica proibido fumar no interior desses lugares. Nenhum tipo de fumódromo está autorizado.

Escolas e universidades
O fumo está proibido.

Ambiente de trabalho
Fica proibido fumar no interior desses lugares. Nenhum tipo de fumódromo está autorizado.

Hotéis e pousadas
Fica proibido fumar nas áreas comuns destes estabelecimentos. Nos quartos, desde que ocupados, o uso é permitido.

Parques
O fumo está liberado nas áreas ao ar livre de parques e praças.

Táxis e ônibus
O fumo está proibido.

Shoppings e praças de alimentação
O fumo está proibido. Nenhum tipo de fumódromo está autorizado.

Bares, restaurantes, lanchonetes
Fica proibido fumar no interior desses lugares. Nenhum tipo de fumódromo está autorizado.

Demais ambientes fechados de uso coletivo, públicos ou privados
O fumo está proibido.

Lei Estadual 12.941 de 07 de maio de 2009

GOVERNO DE SÃO PAULO
Trabalhando por você



PROJETO

Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco



Programa Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco no Estado de São Paulo

Maria Cristina Megid; Luís Sérgio Ozório Valentim; Cristina E. Shimabukuro; Elaine D'Amico

Centro de Vigilância Sanitária/CCD/SES, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

A exposição à fumaça do cigarro é um problema de saúde pública com feições históricas e amplitude global. Estima-se que cinco milhões de pessoas morram anualmente no mundo em decorrência dos males do tabaco, 200 mil delas são brasileiras. Uma em cada duas pessoas que fumam durante 40 anos têm morte associada a esse hábito. Portanto, a indústria do tabaco mata, a longo prazo, metade de seus consumidores. Embora evidências científicas apontem nesse sentido, tal segmento econômico ainda se mantém vigoroso, beneficiando, dia a dia, 20 mil toneladas de tabaco para o consumo diário de 20 bilhões de cigarros no mundo, ou sete trilhões de unidades anuais, que abastecem cerca de 1,3 bilhões de fumantes.

A literatura médica internacional é farta em relatar os impactos dessa atividade econômica na saúde da população. Cerca de 30% dos casos de câncer que se manifestam no planeta apresentam relação com a fumaça do cigarro. No tocante ao câncer de pulmão – neoplasia que mais mata –,

80% dos casos derivam da exposição direta ou indireta às substâncias tóxicas emitidas pelos produtos fumígenos. As campanhas de saúde pública, as restrições legais e a presença de uma sociedade esclarecida sobre os males do fumo nas nações mais desenvolvidas têm deslocado, nas últimas décadas, a geografia do consumo do tabaco para os países de economia periférica.

No Brasil, cerca de 15% da população adulta fuma; na capital do Estado, a prevalência do tabagismo chega a 19%.(*) A despeito das campanhas de saúde pública estarem tradicionalmente direcionadas ao fumante propriamente dito, a exposição às substâncias tóxicas do cigarro não se limita aos seus usuários, pois os que compartilham ambientes fechados ou parcialmente fechados com fumantes também se expõem. Tal fato é conhecido como fumo passivo.

Em recintos fechados, onde a fumaça tende a se concentrar, mesmo quem não fuma se sujeita aos males do tabaco quando em companhia de fumantes. Irritações nasais e oculares, dores de cabeça e sensação de secura na garganta são sintomas que o

fumante passivo pode apresentar quando eventualmente exposto às substâncias presentes na fumaça do cigarro. Quando a exposição é crônica, as consequências se acentuam, com sinusites, otites e riscos mais intensos de infarto, derrame, enfisema e câncer.

Nesse contexto de extrema importância para a saúde pública, São Paulo tomou a iniciativa de regulamentar o tema, para além do arcabouço legal existente no país, ainda defasado em relação às diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), expressas na Convenção Quadro sobre o Controle do Uso do Tabaco, do qual o Brasil é signatário desde 2006. O texto da convenção é enfático ao afirmar que “(...) a ciência demonstrou de maneira inequívoca que a exposição à fumaça do tabaco causa morte, doença e incapacidade”.

Após amplo debate, que envolveu segmentos representativos da sociedade, foi aprovada em maio de 2009 a Lei Estadual 13.541, conhecida popularmente como lei antifumo. Em síntese, a proposta que resultou na lei conferiu ênfase na proteção ao fumante passivo, proibindo o consumo de cigarro e quaisquer outros produtos derivados do tabaco em ambientes de uso coletivo, fechados ou parcialmente fechados.

Estratégia para Implantação

Nas estratégias do Governo do Estado, ao propor à Assembleia Legislativa o projeto de lei que culminaria na Lei Antifumo, alicerce da Política Estadual para o Controle do Fumo, estava o propósito de efetivamente fazer valer o disposto no texto legal por meio de intensiva ação de orientação e fiscalização, superando, assim, o arraigado

e muitas vezes incentivado, quando não glamurizado, uso de produtos fumígenos em ambientes pouco propícios à dispersão da fumaça.

Para tanto, a Secretaria de Estado da Saúde incumbiu o Centro de Vigilância Sanitária de estudar a questão e elaborar projeto condizente com as diretrizes expressas no projeto de lei, considerando as funções fiscalizatórias das autoridades sanitárias, que permitem livre acesso a locais de uso coletivo e a penalização de infratores. Cumprindo o determinado, quando ainda da tramitação do projeto no legislativo, foram apresentadas ao Secretário de Estado da Saúde as ações de vigilância para efetivar a política antifumo, organizada sob o nome de Programa Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco.

O principal objetivo do programa é demonstrar a viabilidade de eliminar o tabagismo de locais de uso coletivo, fechados ou parcialmente fechados, sejam eles públicos ou privados, mediante ações de Vigilância Sanitária, coordenadas com outros órgãos, especialmente os de Defesa do Consumidor. Com esse propósito, foram institucionalizadas ações do poder público para vigilância de ambientes que porventura favorecessem o ato de fumar, consolidando uma mudança de comportamento da população em relação ao produto. Ao assim garantir ambientes livres de fumo, preserva-se o direito de todos à saúde, fumantes e não fumantes, sejam eles frequentadores dos ambientes coletivos, sejam eles trabalhadores que ali exercem sua atividade.

O eixo estruturador do programa consistiu em inspeções de campo por parte de técnicos das esferas regionais

e municipais do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (Sevisa), em parceria com os órgãos de Defesa do Consumidor (Procons), em estabelecimentos de uso coletivo de, a princípio, 28 municípios de importância regional, onde estão instaladas as sedes dos Grupos Regionais de Vigilância Sanitária – GVS e onde se assenta cerca de metade da população do Estado. Tratam-se de municípios-polo, nos quais as ações no formato preconizado têm potencial para repercutir regionalmente, conferindo o pretendido caráter demonstrativo: São Paulo, Campinas, Osasco, Santo André, São José dos Campos, Sorocaba, Ribeirão Preto, Santos, São José do Rio Preto, Mogi das Cruzes, Piracicaba, Bauru, Franca, Taubaté, Marília, Presidente Prudente, Araraquara, Araçatuba, Franco da Rocha, Botucatu, Barretos, Assis, Caraguatatuba, Itapeva, São João da Boa Vista, Registro, Jales e Presidente Venceslau.

A iniciativa foi depois estendida aos demais municípios do Estado, tendo sempre por referência as cidades-polo.

Vigilância Sanitária – Novas Referências de Atuação

As evidências científicas que associam o tabaco a um amplo conjunto de doenças e que apontam como vítimas do hábito de fumar não apenas os tabagistas, mas também os que com eles compartilham ambientes onde são restritas as condições de dispersão da fumaça, conferiram relevância às medidas regulatórias de restrição ao fumo.

No entanto, os interesses corporativos da indústria do tabaco, o ineditismo da iniciativa regulamentatória paulista e o comportamento social moldado por décadas de massiva indução publicitária

ao consumo de cigarro evidenciou o grau de desafio para se estabelecer políticas públicas de combate ao tabaco e fazer valer medidas efetivamente restritivas ao uso de produtos fumígenos.

Por sua vez, o amplo universo de demandas historicamente consolidadas de Vigilância Sanitária, que abarcam ações de prevenção e minimização de riscos à saúde em diferentes contextos e circunstâncias, caracterizou o desafio de incorporar, no âmbito do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, sem prejuízo à sua rotina, as particularidades das ações de regulação do uso do tabaco em ambientes de uso coletivo.

Desse modo, o *Programa Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco* estabeleceu novas referências de atuação de Vigilância Sanitária, exigindo uma lógica de trabalho flexível, que não interferisse diretamente nas rotinas de vigilância e que pudesse enfatizar a presença do poder público para garantir o cumprimento da lei, mesmo em locais ou horários pouco usuais de fiscalização.

Para que a iniciativa alcançasse os resultados esperados, foi necessário cuidadoso planejamento, que contemplou ampla interlocução institucional; mobilização dos serviços municipais e estaduais de vigilância; capacitação dos agentes; definição precisa do apoio logístico e financeiro; sistemática elaboração de escalas de ações de campo para garantir uma equilibrada, porém maciça, atuação da fiscalização em termos geográficos e temporais; estabelecimento de canais de comunicação com a população e elaboração de um sistema de informações para controle e avaliação da produção.

Foi estabelecida uma programação intensiva e dinâmica de fiscalização nas principais cidades do Estado, atingindo, nos momentos mais intensos da campanha, quantidade superior a mil inspeções diárias, com horários diferenciados de ações de campo, em períodos noturnos e finais de semana. Foram, também, selecionados técnicos estaduais e municipais atuantes no Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, já, portanto, imbuídos de experiência e poder de polícia administrativa, para as atividades de orientação, esclarecimento e fiscalização.

A criteriosa definição de escalas de trabalho associada à ajuda de custo destinada aos técnicos em campo permitiu oferecer presença maciça do Estado no período mais crítico da implementação da Lei Antifumo, quando era imprescindível afirmar seus princípios e restrições, em contraponto a certa resistência ditada por interesses econômicos e alguma desconfiança pública na capacidade do dispositivo legal mudar, de fato, hábitos, embora prejudiciais à saúde, tão disseminados e arraigados em nossa sociedade.

Deste modo, o Programa Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco possibilitou uma atuação diferenciada do poder público, moldando as ações de Vigilância Sanitária ao ritmo das necessidades de afirmação dos preceitos da lei antifumo e da superação de comportamentos sociais pouco compatíveis com a saúde pública, sem com isto onerar o Estado com a implementação de estruturas adicionais de fiscalização, não compatíveis com a dinâmica e flexibilidade requerida pelas estratégias do poder público no enfrentamento do tabagismo e de seus males.

Em suma, as estratégias da Campanha podem ser assim descritas:

I. Apoio à Regulamentação da lei

Ante a necessidade de regulamentar a Lei nº 13.541/2009, foi providenciado apoio técnico ao gabinete da Secretaria de Estado da Saúde e à Casa Civil, que resultou na publicação do Decreto nº 54.311/2009, instituindo a Política Estadual para o Controle do Fumo. Na mesma linha, foi editada a Resolução Conjunta SES/SJDC-3/2009, que trata da sinalização e da aplicação de penalidades previstas na Lei Antifumo. Em paralelo, foram elaborados estudos e estabelecidos critérios de fiscalização no que diz respeito à interpretação legal dos ambientes de uso coletivo fechados e parcialmente fechados.

II. Interlocação institucional

O Programa Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco implicou no diálogo e aproximação com a Fundação Procon, órgão da Secretaria de Estado da Justiça e Defesa da Cidadania, possibilitando a incorporação das ações de defesa do consumidor.

O Programa exigiu, também, interlocação com a Secretaria de Segurança Pública para garantir apoio em operações especiais de campo, nos horários ou locais entendidos como de risco mais acentuado à segurança dos agentes fiscais.

Além disso, foi necessária estreita articulação com a Assessoria de Comunicação, o Departamento de Marketing e a Consultoria Jurídica da SES, que possibilitaram homogeneizar a divulgação ao público das ações antifumo,

definir identidade gráfica à Campanha e responder com prontidão às contestações jurídicas, apresentadas na forma de mandados de segurança e pedidos de liminares, que se anteciparam e se seguiram à publicação da Lei Antifumo.

III. Diálogo com os setores econômicos sujeitos a regulamentação e com a sociedade em geral

O comportamento social no que tange ao tabaco envolve posições muitas vezes duais. Embora pesquisas de opinião pública apontem expressiva aprovação da população às medidas de regulação do fumo em ambientes de uso coletivo fechados, interesses econômicos e arraigados hábitos tabagistas conduziam a resistências localizadas à implementação da lei – a despeito das evidências dos males do tabaco –, que se expressavam no plano jurídico e nas pautas da mídia. Daí a necessidade do contraponto às manifestações contrárias à lei e de uma sistemática campanha de esclarecimento e orientação.

Tal estratégia conduziu o Centro de Vigilância Sanitária a promover canais preliminares de diálogo e participação com setores representativos da sociedade, tais como a Aliança de Controle do Tabagismo (ACT); Associação Brasileira de Câncer (ABCâncer); Sindicato dos Trabalhadores no Comércio e Serviços em Geral de Hospedagem, Gastronomia, Alimentação Preparada e Bebida a Varejo de São Paulo e Região (Sinthoresp); e a Associação de Gastronomia, Entretenimento, Arte e Cultura da Vila Madalena (Ageac).

Em paralelo, foi direcionada atenção ao diálogo com setores mais diretamente regulados pela lei, como condomínios

residenciais e comerciais, shopping centers, casas de espetáculo, instituições de ensino e terminais de transporte.

No que tange às instituições de ensino, por exemplo, foram agendadas reuniões como as universidades públicas e particulares mais representativas do Estado, em agosto de 2009, na retomada do calendário escolar, cuja pauta contemplou os temas tabagismo e saúde, conceitos e princípios da lei antifumo, medidas para adequação à lei e esclarecimento de dúvidas. Em sintonia com outras questões de relevância em saúde pública, as reuniões contemplaram também medidas de prevenção da Influenza H1N1, que se anunciava, então, como epidemia de magnitude global e cuja propagação era facilitada pelo convívio coletivo em ambientes fechados, onde também é precária a dispersão da fumaça do tabaco. Outro exemplo são os terminais de transporte, onde antes era recorrente o hábito de fumar, concentrando parte das denúncias oferecidas pela população no que concerne ao desrespeito à lei. Tal situação demandou reuniões de esclarecimentos e avaliação com órgãos como a São Paulo Transporte S/A – SPTrans, responsável pela gestão do sistema de transporte na capital, e a Companhia do Metropolitano de São Paulo (Metrô).

Complementar aos diálogos setorizados foram organizadas estratégias para pronta resposta – em sintonia com a Assessoria de Comunicação da SES – às demandas da mídia, pois o assunto rendeu extensa cobertura da imprensa e um interessante debate sobre direitos individuais e responsabilidades sociais envolvendo políticas de saúde pública numa sociedade democrática. Desse modo, a Direção do Centro de Vigilância Sanitária e os profissionais

encarregados da coordenação central e regional da campanha se mobilizaram para informar e esclarecer à imprensa em geral sobre os resultados das ações de vigilância.

Ainda em relação à necessidade de se garantir canais de comunicação com a população, foram implementados um portal da Lei Antifumo (<http://www.leiantifumo.sp.gov.br/>), para esclarecimentos, orientações e recebimento de denúncias oferecidas pela população, e um serviço telefônico (0800 771 3541) para também abrigar as denúncias contra os estabelecimentos infratores.

IV. Apoio logístico e operacional

Até então excepcionais à rotina de Vigilância Sanitária, as ações antifumo previstas no Programa Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco exigiram apoio logístico e operacional para além do disponível no Sistema Estadual de Vigilância Sanitária. Em síntese, o Projeto requereu:

- Viabilização do transporte dos agentes de campo com o uso de veículos da própria SES e de frota contratada, devidamente identificada, garantindo transparência das ações e ampla cobertura de fiscalização, inclusive em horários noturnos e finais de semana.
- Elaboração e aquisição de coletes, bolsas, crachás, impressos de orientação e divulgação, com identidade gráfica padronizada, de modo a permitir o reconhecimento do agente fiscal pela população em geral e ampliar a percepção da presença do estado na fiscalização da lei.

- Remuneração dos profissionais técnicos (agentes de campo), responsáveis pela fiscalização direta da lei, por meio de ajuda de custo, modalidade prevista em campanhas de relevância em saúde pública no estado de São Paulo.



- Aquisição de monóxímetros, aparelhos de medição do teor de monóxido de carbono no ar de ambientes regulados pela lei e no organismo dos usuários – fumantes e não fumantes –, de modo a melhor orientar a população sobre as consequências do tabaco, permitir maior interação entre os agentes fiscais e os proprietários, funcionários e frequentadores dos ambientes inspecionados, bem como subsidiar pesquisas científicas dos impactos das ações antifumo.

V. Mobilização do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária

As ações de orientação, esclarecimento e fiscalização da lei antifumo, inicialmente executadas em 28 cidades representativas do estado, tinham o intuito de demonstrar a viabilidade de se garantir ambientes livres do tabaco, propiciando a posterior expansão das ações para os 645 municípios de São Paulo, todos com serviços estruturados de Vigilância Sanitária.

Para garantir a cobertura de fiscalização em todo o estado, o programa estabeleceu, além da coordenação central, a cargo do Centro de Vigilância Sanitária, coordenações regionais, sob responsabilidade dos GVS, que atuam em 28 diferentes regiões do estado. A medida garantiu uma atuação homogênea da Vigilância Sanitária por todo o território paulista e fomentou o diálogo das esferas estaduais e municipais, propiciando a desejada inserção das ações antifumo na rotina dos serviços de Vigilância Sanitária.

VI. Seleção e capacitação dos profissionais técnicos

Cerca de 400 agentes de campo de Vigilância Sanitária participaram da Campanha. Eles foram escolhidos dentre o conjunto de profissionais técnicos do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária por intermédio de processo seletivo amplamente divulgado e transparente, no qual se definiu os atributos e perfil desejado dos agentes, que envolveu, dentre outros, experiência em inspeções sanitárias, assim como capacidade de diálogo e argumentação.



O ciclo de capacitação dos agentes de campo contou com a colaboração de diversas instituições, reunindo profissionais de notório saber da academia e do serviço. Os eventos ocorreram entre maio e junho de 2009 em São Paulo, Ribeirão Preto e Bauru, contemplando temas como os impactos do tabagismo sobre a saúde, sociedade e controle do tabagismo, legislação e aspectos jurídicos das normas antitabagismo, experiências de vigilância, a Campanha Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco e atribuições, referências e procedimentos da campanha. Em junho de 2009, ao final do ciclo de capacitação, ocorreu cerimônia coletiva, com a presença do governador, para entrega dos certificados e do lançamento oficial da Campanha, que contou com extensa cobertura da imprensa.

VII. Elaboração de Sistema de Informações

A intensa fiscalização da lei antifumo nas diferentes regiões do estado requereu a elaboração de um sistema de informações para subsídio à avaliação e controle da produção, o necessário ajuste das estratégias

e das ações, a informação à mídia, a prestação de contas do desempenho do programa ao secretário de Estado da Saúde, ao governador e à sociedade em geral. O sistema é alimentado diretamente pelos agentes de campo e permite a obtenção de diferentes relatórios, informando o total de inspeções e o recorte dos dados por período de tempo, área geográfica e tipo de estabelecimento, a produção de cada agente de campo em termos de cumprimento de etapas e estabelecimentos inspecionados, o número de atuações, dentre outras informações.

Foi necessário, também, elaborar sistema de informações específico para o acolhimento de denúncias da população, que exigiu estreita interação com a Coordenadoria de Planejamento de Saúde da SES, e um sistema 24 horas de atendimento telefônico (Disque Antifumo) franqueado à população, cuja implementação envolveu interlocução com a Companhia de Processamento de Dados (Prodesp/Poupatempo), vinculada à Secretaria de Gestão Pública.

VIII. Elaboração de escalas e estratégias de inspeção

A necessidade de atuação ostensiva do poder público para fazer valer o disposto na lei antifumo, de maneira a reverter expectativas negativas quanto à capacidade de se eliminar o uso do tabaco de ambientes coletivos, impôs que as inspeções ocorressem de maneira sistemática, cobrindo locais e horários diversos, onde e quando o hábito de consumir produtos fumígenos estava tradicionalmente presente e a sensação de impunidade era maior.

Diante da demanda, foi necessário elaborar escalas criteriosas de inspeção, de acordo com o porte dos municípios, às características e vocações de seus bairros, a disponibilidade dos agentes de campo e dos recursos logísticos, às peculiaridades dos estabelecimentos pesquisados, aos horários e dias de maior produção das equipes e às denúncias oferecidas pela população. Importou também o equilíbrio da cobertura das inspeções, de forma a contemplar tanto regiões centrais como periféricas das cidades e os espaços de maior afluxo de público, onde se acentua a sensação da presença ostensiva do estado para garantir o cumprimento da lei. As escalas de ações de campo foram elaboradas pelas coordenações central e regional do programa, discriminando diariamente as regiões a serem cobertas e respectivas equipes de inspeção, os roteiros mais eficientes em termos de produção, o apoio logístico necessário, o volume de denúncias a serem atendidas e as eventuais pendências em termos de cobertura da região contemplada.

IX. Operações especiais

Datas especiais, como o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto), Dia Estadual de Combate ao Fumo (07 de maio), vigência da Lei Antifumo (07 de agosto), início das temporadas de verão e de inverno, carnaval, réveillon, eventos esportivos (GP Brasil de Fórmula 1 e Fórmula Indy), volta às aulas, dentre outras, exigiram estratégias de fiscalização diferenciadas e mais intensivas, adaptáveis às circunstâncias do calendário, demonstrando à população o firme empenho do poder público em garantir o cumprimento da lei.

X. Apoio à produção de pesquisas acadêmicas

O ineditismo das ações antifumo em São Paulo despertou o interesse de diversas instituições nacionais e mesmo internacionais a respeito da viabilidade e dos impactos da iniciativa. Ainda no início do programa, o Centro de Vigilância Sanitária manteve entendimentos com o Instituto do Coração, vinculado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP para viabilizar pesquisas a respeito dos impactos das ações previstas. Tais entendimentos resultaram em pesquisa acadêmica sobre os efeitos da lei paulista antifumo na redução das concentrações de monóxido de carbono no ambiente e no organismo de trabalhadores de bares, restaurantes e outros estabelecimentos similares. A qualidade da pesquisa possibilitou sua publicação na revista *Tobacco Control*, referência internacional sobre o assunto, com o título *The effect of São Paulo's smoke-free legislation on carbon monoxide concentration in hospitality venues and their workers*.

RESULTADOS

As ações do programa foram desencadeadas três meses antes da lei antifumo entrar em vigor, consistindo, na primeira fase, em atividades de orientação e esclarecimentos e, na segunda fase, em efetiva fiscalização dos espaços contemplados pela legislação.

Após intenso processo de diálogo com segmentos representativos e com a sociedade e m geral, as ações resultaram,



no período de maio de 2009 até meados de 2013, em cerca de um milhão de inspeções de orientação, esclarecimento e fiscalização, abrangendo não só as 28 sedes regionais, mas todos os 645 municípios do estado, motivadas por ações rotineiras de cobertura programática ou pelas 24 mil denúncias oferecidas pela população por meio do portal antifumo ou pelo telefone 0800. Embora tenham sido realizadas um milhão de inspeções nesses quatro anos, foi necessária a lavratura de apenas 2,4 mil autos de infração, demonstrando que 99,7% dos estabelecimentos inspecionados atendiam às disposições legais referentes ao controle do tabaco em São Paulo.

Como consequência da intensa vigilância, não se observa mais o fumo em ambientes fechados ou parcialmente fechados no Estado de São Paulo, tendo sido, assim, eliminado um importante fator de risco à população para moléstias graves, incapacitantes e fatais.

LIÇÕES APRENDIDAS

Promoção de participação e controle social

A aprovação da lei antifumo na Assembleia Legislativa foi precedida por amplo debate democrático, quando se explicitaram e se confrontaram as opiniões dos diferentes segmentos da sociedade a respeito da oportunidade de regulação pelo poder público do consumo de cigarros e outros produtos fumígenos em ambientes coletivos fechados. Tais embates evidenciaram o desejo da sociedade de controlar os riscos associados ao consumo do tabaco. A lei e seu decreto regulamentador garantiram ampla participação popular, seja ao promover acesso a canais de denúncias de infrações à lei e a eventuais falhas ou lacunas de fiscalização, assim como em outros aspectos associados aos direitos e auxílio aos tabagistas, previstos na Política Estadual de Controle do Fumo.

A transparência das ações da Campanha foram também garantidas pela ampla cobertura da mídia e pelas opiniões favoráveis e contrárias à lei que tiveram farto espaço na imprensa. A garantia do cumprimento da lei, por meio da ostensiva fiscalização, foi enfaticamente noticiada, bem como todas as informações a respeito dos resultados das ações fiscalizatórias e das autuações contra os infratores. Todos os cidadãos que ofertaram denúncias têm à disposição informações a respeito das medidas adotadas pelos agentes fiscais.

Desenvolvimento de parcerias

A magnitude e os desafios das ações antifumo exigiram articulação sistemática com outras instituições e construção de

parcerias estratégicas para o enfrentamento da questão. O envolvimento da Fundação Procon na Campanha foi fundamental para ampliar a capacidade fiscalizatória e direcionar esforços conforme as atribuições e competências das instâncias de Vigilância Sanitária e de Defesa do Consumidor. A Fundação Procon teve atuação mais destacada na capital, embora também tenha promovido fiscalizações em algumas cidades do interior.

A parceria com o Instituto do Coração, vinculado ao Hospital das Clínicas da FMUSP, permitiu a aquisição de aparelhos de avaliação da concentração de monóxido de carbono no ambiente e no organismo humano e o desenvolvimento de métodos de trabalho e de investigação científica dos reais impactos da campanha.

A intensa colaboração entre a coordenação da campanha e organizações atuantes da sociedade civil, em especial com a Aliança de Controle do Tabagismo (ACT) e Associação Brasileira do Câncer (ABCâncer) propiciaram conhecimento especializado e maior sensibilidade à Vigilância Sanitária a respeito às demandas sociais.

Gestão de pessoas

A Campanha envolveu profissionais técnicos já atuantes nos serviços estaduais e municipais de Vigilância Sanitária. O processo seletivo transparente e amplamente divulgado em Diário Oficial e na imprensa em geral, com critérios pré-estabelecidos, e a capacitação criteriosa dos agentes de campo permitiu que as centenas de milhares de inspeções até o momento registradas transcorressem de forma tranquila e equilibrada, com

grande aceitação por parte dos donos de estabelecimentos e da população em geral, e com reduzido número de infrações constatadas. A elaboração das escalas de trabalho, baseadas em critérios de demanda e do emprego racional dos recursos humanos e logísticos favoreceu o equilíbrio entre as ações de rotina e as ações adicionais previstas na Campanha.

Processos

A Campanha tem como principal atividade a orientação à população e a fiscalização dos ambientes coletivos abrangidos pela lei antifumo para coibir eventuais infrações à norma legal, eliminando, assim, a concentração de fumaça em espaços fechados e a consequente exposição da população à poluição tabagística ambiental. Para isso, foi necessário estruturar um conjunto de iniciativas de vigilância que extrapolam as ações já incorporadas na rotina do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária e exigem um planejamento baseado em ações abrangentes, intensas e flexíveis, conforme as peculiaridades regionais e no ritmo ditado pelas demandas da população.

Aprendizado organizacional

A Campanha demonstra ser o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária uma instância da administração pública que possibilita respostas eficazes a políticas de promoção e proteção da saúde coletiva.

A despeito de muito da regulação de riscos sanitários estar necessariamente atrelado a ações rotineiras, que envolvem o cadastramento, licenciamento e fiscalização de atividades de interesse à saúde, as estruturas de Vigilância Sanitária devem

contar com flexibilidade, capacidade de adaptação às circunstâncias e aos novos contextos, bem como poder de articulação e criatividade suficientes para responder às demandas que a sociedade apresenta e impõe, em diferentes momentos, como desafio ao Sistema Único de Saúde.

A cessação do uso de produtos fumígenos em ambientes coletivos fechados, comprovada pelo número ínfimo de infrações e denúncias atualmente observadas, indica que os objetivos da Campanha foram atendidos e que ações de Vigilância Sanitária são importantes para garantir a execução de políticas de saúde pública. Desse modo, a campanha é referência para o enfrentamento de outros problemas relevantes que envolvem fatores de risco à saúde da população.

Ética e sustentabilidade

As condutas contempladas na Campanha procuram sintonia com os princípios constitucionais da administração pública, com destaque para a eficiência e publicidade dos atos. O banimento do fumo em ambientes coletivos fechados do Estado de São Paulo e o amplo debate que permeou a implementação da lei indicam que a Campanha atendeu a esses princípios com sucesso.

Outro princípio prevaleceu de forma notória no transcorrer da Campanha: a supremacia do interesse público sobre o privado. Do confronto transparente das ideias surgiu patente a prevalência de um compromisso coletivo que ultrapassa a realização imediata de satisfações – ou vícios – particulares, assim como a convicção de que um estado atuante, fiscalizador, não guarda parentesco direto

– como a princípio se fez supor – com um estado autoritário.

Muito da argumentação que sustentou a lei antifumo está ancorada no consenso internacional de que a tolerância ao fumo em ambientes coletivos fechados é indefensável em termos de saúde pública. Eis o mérito do governo paulista: adiantar-se à legislação federal e colocar-se em sintonia com o movimento global para enfrentamento dos males do tabaco.

A descentralização das ações da Campanha, por meio de sua incorporação às rotinas fiscalizatórias das esferas regionais e municipais do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, permitem conferir permanência e sustentabilidade às ações antifumo, demonstrando que iniciativas do poder público podem mudar, de fato, contextos desfavoráveis à saúde e à qualidade de vida da coletividade.

Bibliografia

1. Associação Médica Brasileira. Evidências científicas sobre tabagismo para subsídios ao Poder Judiciário. São Paulo: AMB; 2013. [Links]
2. Issa J, Abe T, Pereira A, Megid MC, Shimabukuro C, Valentin LSO et al. The effect of Sao Paulo's smoke-free legislation on carbon monoxide concentration in hospitality venues and their workers. *Tob. control.* 2011;20(2):156-162. [Links]
3. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Brazil: health warnings on tobacco products 2009. Rio de Janeiro: INCA; 2008. [Links]Ministério da Saúde,

Instituto Nacional de Câncer. Convenção-quadro para o controle do tabaco. Rio de Janeiro: INCA; 2011. [Links]

4. Organização Pan-Americana da Saúde. São Paulo respira melhor: adoção de ambientes fechados livres do tabaco no maior estado brasileiro. Brasília: OPAS; 2010.

5. Secretaria da Saúde, Centro de Vigilância Sanitária, Coordenadoria de Controle de Doenças. Vigilância sanitária do tabaco no estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública.* 2012;46(2):395-7. [Links]

6. (*) De acordo com dados do Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), divulgados em abril de 2012, que considera o percentual de fumantes acima de 18 anos de idade em relação ao total da população na mesma faixa etária.

Artigo publicado originalmente no Boletim Epidemiológico Paulista (Bepa), vol.10, no.115, jul.2013

A vida seguiu e a saúde venceu

Luiz Roberto Barradas Barata

Depois de um ano de lei antifumo, a realidade mudou radicalmente, e não demorou para os resultados positivos começarem a aparecer

Até a zero hora de 7/8/2009, qualquer cidadão paulista, ao adentrar um estabelecimento fechado, especialmente um bar, restaurante ou casa noturna, estava sujeito a inalar, de forma involuntária, quantidade expressiva de monóxido de carbono e outras substâncias tóxicas que saem da ponta de cigarros acesos.

Um ano depois, a realidade mudou radicalmente, felizmente para melhor. Uma cena antes comum, pessoas fumando em locais fechados de uso coletivo, hoje grita aos olhos como, no mínimo, estranha.

De fato é absurdo expor a maioria da população, composta por não fumantes, à poluição causada pelo tabaco, que tanto mal faz à saúde.

Essa mudança de comportamento, é verdade, veio por força de uma lei estadual que, diferentemente de legislações anteriores, atribuiu aos proprietários a responsabilidade por manter os ambientes livres do tabaco. O que faz todo o sentido sob o ponto de vista sanitário, já que é dever



dos donos assegurar as condições de higiene e salubridade de seus estabelecimentos.

A lei antifumo paulista deu certo porque tanto os proprietários dos estabelecimentos quanto os síndicos de condomínio e a esmagadora maioria da população compreenderam que se trata de uma medida de saúde pública da maior importância para combater o tabagismo passivo, a terceira maior causa de morte evitável, segundo a Organização Mundial da Saúde.

Houve um trabalho prévio exemplar de orientação e educação, realizado por agentes da Vigilância Sanitária Estadual e do Procon-SP nos três meses anteriores à vigência da lei. O objetivo principal não era multar, punir, mas sim garantir ambientes saudáveis.

Quando a lei entrou em vigor, entretanto, rapidamente houve uma percepção generalizada de que, de fato, era para valer. Os agentes saíram às ruas e, desde então, realizaram mais de 350 mil inspeções.

Felizmente o resultado foi de adesão superior a 99% dos estabelecimentos vistoriados, que baniram o fumo, instalaram os avisos sobre a proibição e removeram os cinzeiros. Fumar, agora, só lá fora.

Não demorou para os resultados começarem a aparecer. Um estudo realizado pelo Instituto do Coração em cerca de 700 estabelecimentos do Estado apontou redução entre 68% e 73,5% nos níveis de monóxido de carbono dos ambientes fechados, conforme o tipo de local. Já a queda da contaminação no organismo de trabalhadores não fumantes chegou a 52,6%. São dados que apontam inequivocamente para o acerto da legislação paulista em favor dos não fumantes.

Neste primeiro aniversário da lei antifumo, é hora de fazer justiça a uma medida que só trouxe benefícios a todos os cidadãos, aos fumantes inclusive, ao coibir a exposição passiva à fumaça do tabaco.

Parece até que foi ontem. A vida seguiu e a saúde pública, em São Paulo, saiu vencedora.

LUIZ ROBERTO BARRADAS BARATA (1953-2010)
foi secretário de Estado da Saúde de São Paulo.
Este era seu último artigo inédito. (Publicado originalmente no jornal Folha de São Paulo, em Tendências e Debates, edição de 19 de julho de 2010)

Vigilância Sanitária do tabaco no estado de São Paulo

Centro de Vigilância Sanitária. Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde.

INTRODUÇÃO

Evidências científicas respaldam medidas regulatórias de restrição ao fumo, cujas vítimas não são apenas os tabagistas, mas também os que compartilham ambientes com condições restritas de dispersão da fumaça.

O Brasil é signatário da Convenção Quadro para o Controle do Uso do Tabaco desde 2006, na qual a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a adoção de medidas eficazes, de caráter legislativo, executivo e administrativo, para proteger seus cidadãos “(...) 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, (...)”.

Nesse sentido, o Governo do Estado de São Paulo apresentou à Assembleia Legislativa proposta de regulamentação que resultou na Lei 13.541, popularmente conhecida como lei antifumo, em maio de 2009, após amplo debate. Ainda na fase de debates no Legislativo, a Secretaria de Estado da Saúde incumbiu o Centro de Vigilância Sanitária (CVS) de elaborar proposta com estratégias de fiscalização para fazer valer o disposto no projeto de lei, dando origem ao Programa Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco.

Os interesses corporativos da indústria do tabaco, o ineditismo da iniciativa paulista e o comportamento social moldado por décadas de massiva indução publicitária ao consumo de cigarro mostram o desafio de se estabelecerem políticas públicas de combate ao tabaco e fazer valer medidas efetivamente restritivas do uso de produtos fumígenos.

Por sua vez, é amplo o universo de demandas historicamente consolidadas de vigilância sanitária que abarcam ações de prevenção e minimização de riscos à saúde em diferentes contextos e circunstâncias. Tais encargos realçam o desafio de incorporar no âmbito do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, sem prejuízo à sua rotina, as particularidades das ações de regulação do uso do tabaco em ambientes de uso coletivo.

As conquistas obtidas em São Paulo fomentaram iniciativas similares em outros estados e reforçaram a necessidade de se aprimorar a legislação federal, resultando na lei 12.546, sancionada em dezembro de 2011 pela presidente da República, ora em fase de regulamentação. O novo cenário legal torna oportuno difundir a experiência paulista no tocante às ações de vigilância sanitária do tabaco.

TABAGISMO E SAÚDE PÚBLICA

A exposição à fumaça do cigarro é um problema de saúde pública de amplitude global. Estima-se que cinco milhões de pessoas morram anualmente no mundo em decorrência dos males do tabaco, 200 mil das quais são brasileiras. Uma em cada duas pessoas que fumam durante 40 anos tem morte associada a esse hábito. Portanto, a indústria do tabaco mata, a longo prazo, metade de seus consumidores. Embora evidências científicas apontem nesse sentido, tal segmento econômico ainda apresenta vigor, beneficiando, dia a dia, 20 mil toneladas de tabaco para o consumo diário de 20 bilhões de cigarros no mundo, ou sete trilhões de unidades anuais, que abastecem cerca de 1,3 bilhão de fumantes.

A literatura médica internacional é farta em relatar os impactos dessa atividade econômica na saúde da população. No mundo, cerca de 30% dos casos de câncer que se manifestam apresentam relação com a fumaça do cigarro. No tocante ao câncer de pulmão – neoplasia que mais mata –, 80% dele deriva da exposição direta ou indireta às substâncias tóxicas emitidas pelos produtos fumígenos. As campanhas de saúde pública, as restrições legais e a presença de uma sociedade esclarecida sobre os males do fumo nas nações mais desenvolvidas têm deslocado, nas últimas décadas, a geografia do consumo do tabaco para os países de economia periférica.

No Brasil, cerca de 17% da população adulta fuma; na capital do Estado de São Paulo a prevalência do tabagismo chega a 21%. O perfil epidemiológico paulista deve parte de sua configuração ao alto consumo de cigarros e outros produtos

fumígenos. Apesar de as campanhas de saúde pública estarem tradicionalmente direcionadas ao fumante propriamente dito, a exposição às substâncias tóxicas do cigarro não se limita aos seus usuários, pois os que compartilham ambientes fechados ou parcialmente fechados com fumantes também se expõem. Tal fato é conhecido como fumo passivo.

Em recintos fechados, onde a fumaça tende a se concentrar, mesmo quem não fuma se sujeita aos males do tabaco quando em companhia de fumantes. Irritações nasais e oculares, dores de cabeça e sensação de secura na garganta são sintomas que o fumante passivo pode apresentar quando eventualmente exposto às substâncias presentes na fumaça do cigarro. Quando a exposição é crônica, as consequências se acentuam, com sinusites, otites e riscos mais intensos de infarto, derrame, enfisema e câncer.

LEGISLAÇÃO PAULISTA ANTIFUMO

Nesse contexto de riscos e impactos à saúde pública, São Paulo tomou a iniciativa de se adiantar na regulamentação do tema, para além do arcabouço legal existente no País, seguindo as diretrizes da OMS expressas na Convenção Quadro sobre o Controle do Uso do Tabaco. O texto da convenção é enfático ao afirmar que "(...) a ciência demonstrou de maneira inequívoca que a exposição à fumaça do tabaco causa morte, doença e incapacidade".

A Lei Estadual 13.541 de 2009 conferiu ênfase na proteção ao fumante passivo, proibindo o consumo de cigarro e quaisquer outros produtos derivados do tabaco em ambientes de uso coletivo, fechados ou parcialmente fechados.

Nas estratégias do Governo do Estado estava o propósito de efetivamente fazer valer o disposto no texto legal por meio de intensiva ação de orientação e fiscalização, superando, assim, o arraigado, e muitas vezes incentivado, uso de produtos fumígenos em ambientes impróprios à dispersão da fumaça.

CAMPANHA AMBIENTES SAUDÁVEIS E LIVRES DO TABACO

O Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde elaborou projeto condizente com as diretrizes expressas no projeto da lei citada. Quando da tramitação do projeto no Legislativo, foram apresentadas ao Secretário de Estado da Saúde as ações de vigilância para efetivar a política antifumo, organizadas sob o nome de Campanha Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco.

O principal objetivo da campanha foi mostrar a viabilidade de eliminar o tabagismo de locais de uso coletivo, fechados ou parcialmente fechados, sejam eles públicos, sejam privados, mediante ações da vigilância sanitária, coordenadas com outros órgãos, especialmente o de Defesa do Consumidor. Com esse propósito, foram institucionalizadas ações do poder público para vigilância de ambientes que porventura favorecessem o ato de fumar, consolidando mudança de comportamento da população em relação ao produto. Assim, garantindo ambientes livres de fumo, preserva-se o direito de todos à saúde, fumantes e não fumantes, sejam eles frequentadores, sejam trabalhadores de ambientes coletivos.

O eixo estruturador do programa consistiu em inspeções de campo por parte de técnicos das esferas regionais

e municipais do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, em parceria com os órgãos de Defesa do Consumidor (Procon), em estabelecimentos de uso coletivo de 28 municípios de importância regional, sedes dos Grupos Regionais de Vigilância Sanitária e onde se assenta cerca de metade da população do Estado. A iniciativa foi depois estendida aos demais municípios do Estado, tendo sempre por referência as cidades-polo.

A magnitude e os desafios das ações antifumo exigiram estreita articulação com outras instituições e construção de parcerias estratégicas. O envolvimento do Procon na campanha foi fundamental para ampliar a capacidade fiscalizatória e direcionar esforços conforme as atribuições e competências das instâncias de vigilância sanitária e de defesa do consumidor. Com a parceria do Instituto do Coração, vinculado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foram possíveis a aquisição de aparelhos de avaliação da concentração de monóxido de carbono no ambiente e no organismo humano e o desenvolvimento de métodos de trabalho e de investigação científica dos reais impactos da campanha. A intensa colaboração entre a coordenação da campanha e organizações atuantes da sociedade civil, em especial com a Aliança de Controle do Tabagismo (ACT) e a Associação Brasileira do Câncer (AB Câncer), propiciou conhecimento especializado e maior sensibilidade à vigilância sanitária a respeito das demandas sociais.

A transparência das ações da campanha foi garantida pela ampla cobertura da mídia e pelas opiniões (favoráveis e contrárias à lei). A garantia do cumprimento da lei,

por meio da ostensiva fiscalização, foi enfaticamente noticiada, bem como todas as informações a respeito dos resultados das ações fiscalizatórias e das autuações contra os infratores. Todos os cidadãos que fizeram denúncias tinham à disposição informações a respeito das medidas adotadas pelos agentes fiscais.

As ações da campanha foram desencadeadas três meses antes de a lei antifumo entrar em vigor, consistindo, na primeira fase, em atividades de orientação e esclarecimentos e, na segunda fase, em efetiva fiscalização dos espaços contemplados pela legislação. As ações resultaram, entre maio de 2009 e janeiro de 2012, em mais de 580 mil inspeções de orientação, esclarecimento e fiscalização. Como consequência da intensa vigilância, não se observa mais o fumo em ambientes fechados ou parcialmente fechados no estado de São Paulo, eliminando-se, assim, um importante fator de risco à saúde da população.

Para que a iniciativa alcançasse os resultados esperados foi necessário estabelecer novas referências de atuação de vigilância e um cuidadoso planejamento, que contemplou ampla interlocução institucional, mobilização dos serviços municipais e estaduais de vigilância, capacitação dos agentes, definição precisa do apoio logístico e financeiro, elaboração sistemática de escalas de ações de campo para garantir atuação maciça e equilibrada da fiscalização em termos geográficos e temporais, estabelecimento de canais de comunicação com a população e elaboração de um sistema de informações para controle e avaliação da produção.

COMENTÁRIOS FINAIS

O Sistema Estadual de Vigilância Sanitária mostrou ser uma instância da administração pública que possibilita respostas eficazes a políticas de promoção e proteção da saúde coletiva.

Muito da regulação de riscos sanitários está atrelada a ações rotineiras que envolvem o cadastramento, licenciamento e fiscalização de atividades de interesse à saúde. Apesar disso, as estruturas de Vigilância Sanitária devem contar com flexibilidade, capacidade de adaptação às circunstâncias e aos novos contextos, bem como poder de articulação e criatividade suficientes para responder às demandas que a sociedade apresenta e impõe, em diferentes momentos, como desafio ao Sistema Único de Saúde.

A cessação do uso de produtos fumígenos em ambientes coletivos fechados, comprovada pelo número ínfimo de infrações e denúncias atualmente observadas, indica que os objetivos da campanha foram atendidos e que ações de vigilância sanitária são importantes para garantir a execução de políticas de saúde pública. Desse modo, a campanha é referência para o enfrentamento de outros problemas relevantes que envolvem fatores de risco à saúde da população.

As condutas contempladas na campanha procuraram sintonia com os princípios constitucionais da administração pública, com destaque para a eficiência e publicidade dos atos. O banimento do fumo em ambientes coletivos fechados do estado de São Paulo e o amplo debate que permeou a implementação da lei indicam que a campanha atendeu esses princípios.

Outro princípio prevaleceu de forma notória na campanha: a supremacia do interesse público sobre o privado. Do confronto transparente das ideias surgiu patente a prevalência de um compromisso coletivo sobre comportamentos individuais que prejudicam a saúde de terceiros. Além disso, consolida-se a convicção de que um estado atuante, fiscalizador, não guarda parentesco direto – como a princípio se fez supor – com um estado autoritário.

Muito da argumentação que sustentou a lei antifumo está ancorada no consenso internacional de que a tolerância ao fumo em ambientes coletivos fechados é indefensável em termos de saúde pública. O mérito da iniciativa paulista foi adiantar-se à legislação federal e sintonizar-se com o movimento global para enfrentamento do tabaco.

A descentralização das ações da campanha, com sua incorporação às rotinas fiscalizatórias do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, conferem permanência e sustentabilidade às ações antifumo, confirmando que iniciativas do poder público podem mudar, de fato, contextos desfavoráveis à saúde e à qualidade de vida da coletividade.

Publicado originalmente na Revista de Saúde Pública 2012;46(2):395-7



24/7

MEDICAL

Impactos na Saúde Pública



Impacto da Lei Antifumo do estado de São Paulo

Jaqueline Scholz¹, Tania Marie Ogawa Abe^{II}

^IInstituto do Coração de São Paulo (Incor); ^{II}Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A lei antifumo do Estado de São Paulo, nº 13.541, que foi aprovada em maio de 2009, proibiu o uso de cigarros e outros derivados de tabaco em locais fechados e/ou semifechados, públicos e privados, excetuando-se residências, locais de culto religioso em que o fumo faça parte da cerimônia e locais destinados ao consumo de produtos fumígenos, atendeu às prerrogativas de um país que é signatário da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). Esta Convenção foi o primeiro tratado internacional de Saúde Pública da Organização Mundial da Saúde (OMS) que passou a vigorar em fevereiro de 2005. Trata-se de um instrumento legal pelo qual os países signatários se comprometem a implantar ações integradas para controle do tabagismo. Entre estas ações, estão regulamentação ou banimento da publicidade, do patrocínio e da promoção de produtos de tabaco, a proteção contra a exposição à fumaça ambiental de tabaco (controle do tabagismo passivo), a promoção da cessação do tabagismo (controle do tabagismo ativo), a criação de alternativas para a fumicultura, a elevação dos impostos sobre produtos fumígenos, o controle do mercado ilegal de tabaco, a realização de advertências sanitárias nos produtos que contenham derivados de tabaco, entre outros.

O tabagismo ativo é a primeira causa evitável de morte e o tabagismo passivo a terceira causa evitável de morte.

O Brasil, apesar de grande produtor e exportador de tabaco, tem atuação exemplar na redução da prevalência do tabagismo nos últimos anos, desde 1996, e desde então inúmeras medidas foram adotadas permitindo essa queda na prevalência do tabagismo. O percentual de brasileiros fumantes na década de 90 chegava a 30% da população adulta, atualmente é 14%. É o país com a maior taxa anual de redução de fumantes segundo a Organização Mundial de Saúde.

Apesar do tabaco ser uma droga lícita e arrecadar imposto com sua comercialização, é fato indiscutível que os custos das doenças e mortes prematuras provocadas pelo seu uso são muito superiores aos valores arrecadados. O esforço coletivo das autoridades de saúde governamentais, não governamentais e da sociedade civil organizada visa reduzir o tabagismo no mundo e libertar o ser humano dessa dependência.

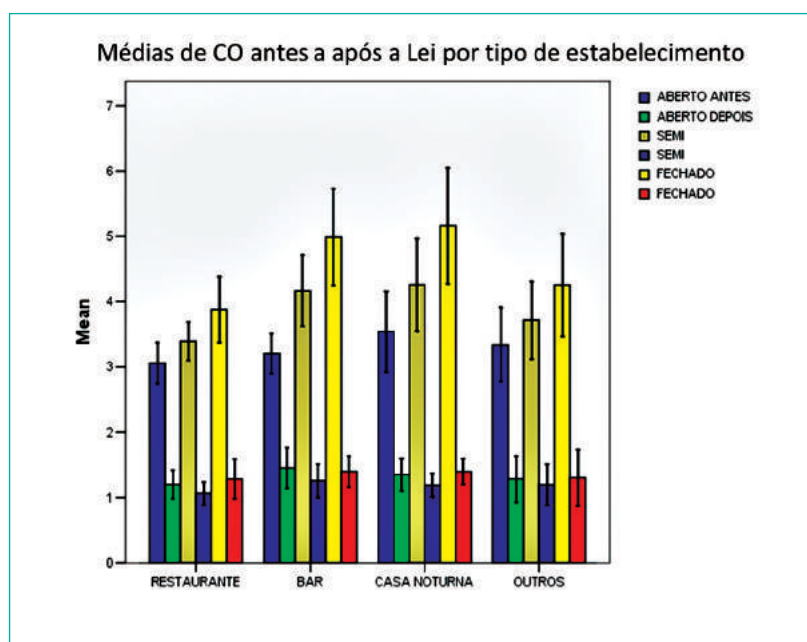
Claro que o fumante, diante de qualquer medida que restrinja o consumo do tabaco, achará o remédio amargo, mas indiscutivelmente se beneficiará deste fel.

A lei antifumo, que restringe o tabagismo em ambientes fechados, teve como foco central a proteção dos não fumantes à exposição passiva, mas também promoveu alterações no comportamento dos fumantes ao desestimular o seu consumo. Possibilitou que o fumante percebesse sua vulnerabilidade à dependência à nicotina e, com isso, motivou-o a enfrentá-la, buscando tratamento. Adicionalmente reduziu a prevalência do tabagismo entre os jovens, pois transformou ambientes que antes eram propícios aos rituais de iniciação ao tabagismo em ambientes livres da fumaça do cigarro.

Para avaliar o impacto inicial da lei antifumo do Estado de São Paulo, foi realizado um estudo prospectivo pelo Programa de Tratamento de Tabagismo do Instituto do Coração, Área de Cardiologia, em parceria com a Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, setor da Vigilância Sanitária, área responsável por fiscalizar

a aplicação da lei. Foram visitadas casas noturnas, bares, restaurantes, padarias e afins no município de São Paulo, com o intuito de avaliar o nível de CO ambiental e individual existente nessas localidades, gerado predominantemente pelo cigarro fumado dentro desses estabelecimentos. Essa medição foi realizada antes do início da vigência da lei antifumo e, posteriormente, os mesmos estabelecimentos foram visitados cerca de 3 meses após o início da vigência da lei e a medição foi repetida. A avaliação consistiu na medição do CO ambiental, medido nessas localidades em três níveis – parte aberta, parte semi-aberta e parte fechada do estabelecimento – e na medição do CO exalado pelos trabalhadores dessas localidades. A escolha da medição de CO foi realizada com base em dados preexistentes da relação entre exposição à fumaça do cigarro e elevação das taxas de CO – tanto no ar exalado quanto no ambiente em que há pessoas fumando.

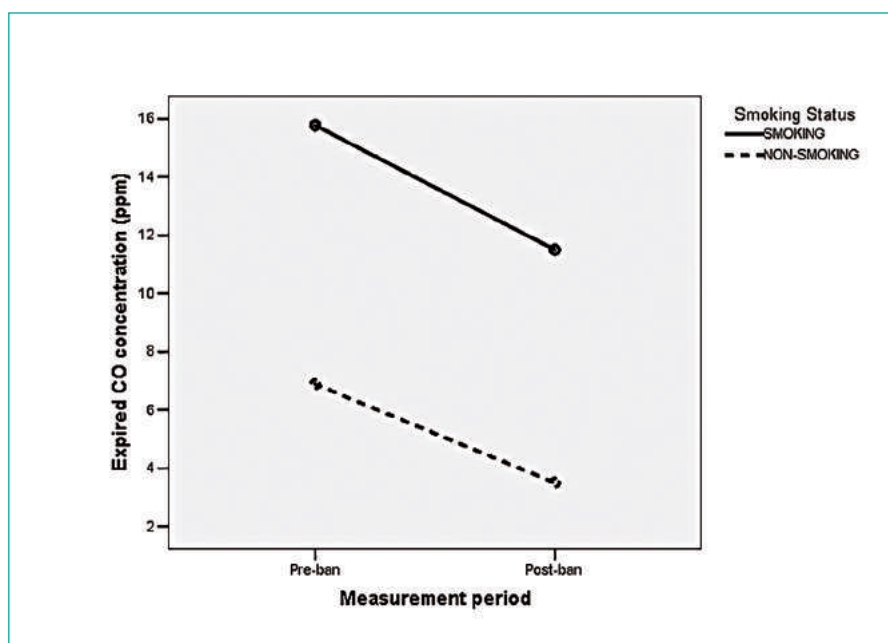
Vejam o gráfico da redução de monóxido dos ambientes (fig. 1).



Este estudo demonstrou, de maneira inédita, uma significativa redução nas taxas de CO em todos os níveis avaliados (parte aberta, semi-aberta e fechada do estabelecimento), tanto em restaurante, quanto em casas noturnas, bares e

demais estabelecimentos, bem como nos trabalhadores destas localidades, fossem eles não tabagistas ou tabagistas, independentemente de terem parado de fumar ou não durante este período.

Vejam o gráfico da redução de monóxido entre trabalhadores fumantes e não fumantes antes da lei (pré ban) e pós lei (pós ban). (fig. 2)



O estado de São Paulo foi pioneiro no Brasil na adoção da lei antifumo. Por essa medida, projetou-se uma redução na morbidade por doenças cardiovasculares similar à observada em outras localidades, nos meses que se sucederam à lei, no entanto em função da grandiosidade da cidade de São Paulo, o desafio de conseguir comprovar com números objetivos esta redução passou a exigir dos pesquisadores um esforço grandioso.

A segunda fase da pesquisa foi iniciada como material de tese de doutorado em Cardiologia pela Faculdade de Medicina

da USP, da doutoranda Tania Marie Ogawa Abe, com o levantamento dos dados de mortalidade e internações hospitalares em decorrência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares comparando os períodos anterior e posterior à lei antifumo. Também foram analisados no modelo a influência e o comportamento de variáveis como: temperatura, umidade do ar, poluição ambiental, introdução de novos medicamentos para prevenção de eventos cardiovasculares ou novas tecnologias para diagnóstico de doença cardiovascular, sazonalidade dos eventos cardiovasculares e cerebrovasculares.

A tese foi finalizada, e após inúmeras iniciativas de escolha de modelo adequado para realizar uma análise tão complexa, o modelo de estudo foi concluído, levando em consideração todas as variáveis que poderiam interferir no resultado, como mencionado acima, e a conclusão foi que a lei antifumo no Estado de São Paulo

possibilitou a redução de 571 óbitos por “Infarto” (fig. 3) e 228 óbitos por “AVC” nos 17 meses iniciais (fig. 4) após a implantação da lei antifumo.

Esses achados são concordantes com dados da literatura mundial, em que estudos prévios realizados em localidades do mundo

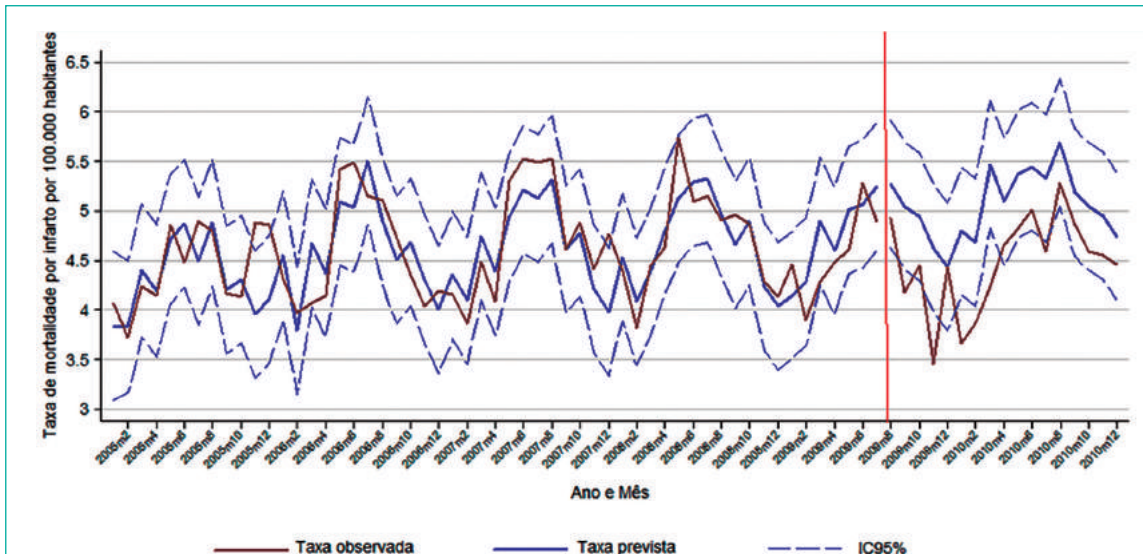


Figura 3 – Taxa observada de mortalidade por “Infarto”* e taxa prevista** de mortalidade por “Infarto”, Município de São Paulo - 2005 a 2010, IC 95%, modelo ITSA-ARIMAX. Linha vertical vermelha, implantação da lei antifumo.

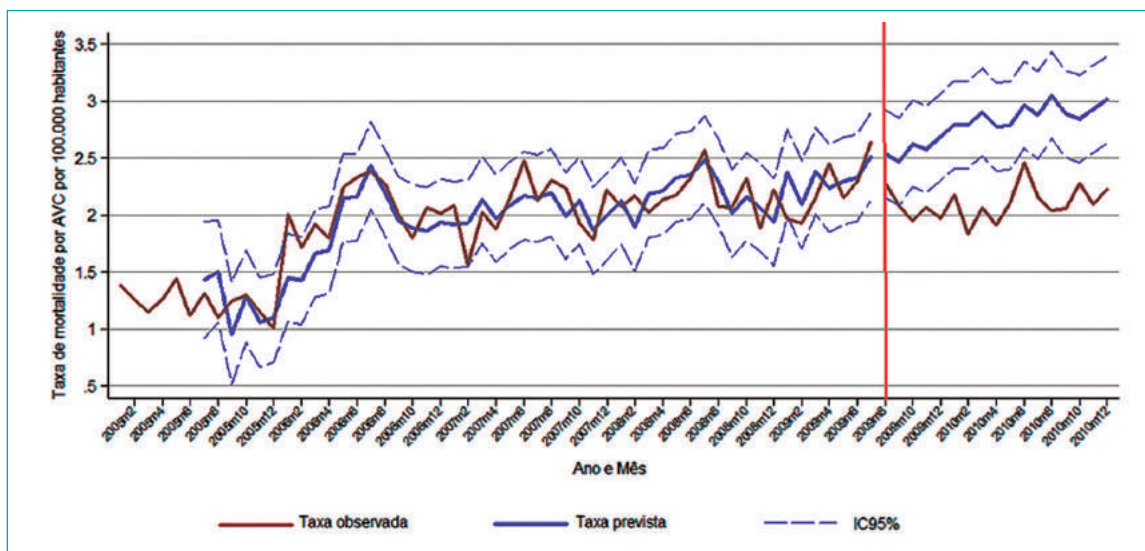


Figura 4 – Taxa observada de mortalidade por “AVC”* e taxa prevista** de mortalidade por “AVC”, Município de São Paulo - 2005 a 2010, IC 95%, modelo ITSA-ARIMAX. Linha vertical vermelha, implantação da lei antifumo.

que implantaram leis antifumo semelhantes verificaram reduções nas taxas de internação hospitalar e mortalidade por infarto agudo do miocárdio após o início da restrição ao fumo. Essas taxas variam entre 0 e 40%, sendo que os melhores resultados foram observados nos estudos realizados em pequenas localidades, pela maior facilidade de controlar variáveis que poderiam interferir nesses resultados.

Este estudo sobre o impacto da lei antifumo na cidade de São Paulo foi pioneiro em obter resultados tão expressivos nas taxas de morte por infarto e AVC, controlando a influência de outras variáveis, como poluentes, temperatura ambiental, sazonalidade e prática médica.

Apesar da limitação técnica do modelo do estudo, de ser um “estudo ecológico”, sem possibilidade de dar uma resposta efetiva de causalidade, nenhuma outra justificativa plausível para a redução destas mortes foi encontrada, e estudada, que não



fosse a aplicação da lei antifumo na Cidade de São Paulo, exatamente correlacionando a redução das mortes com o período de implantação da lei.

Este estudo comprovou que a adoção de medidas legislativas efetivas podem salvar vidas. Cabe ao Estado e à população, com inteligência e sabedoria, apoiar medidas coletivas e individuais que promovam a saúde e bem-estar de todos.

Artigo publicado originalmente no Boletim Epidemiológico Paulista (Bepa) especial, vol.13, no.153-154, setembro/outubro 2016



O fumo em lugares fechados

Drauzio Varella

A proibição do fumo em lugares fechados, aprovada por lei em São Paulo, reduz a exposição de não-fumantes aos males da nicotina.

Agora que as paixões acalmaram volto à proibição do fumo em ambientes fechados, aprovada pela Assembleia Legislativa de São Paulo.

Incrível como esse tema ainda gera discussões acaloradas. Como é possível considerar a proibição de fumar, nos lugares em que outras pessoas respiram, uma afronta à liberdade individual?

As evidências científicas de que o fumante passivo também fuma são tantas e tão contundentes, que os defensores do direito de encher de fumaça bares, restaurantes e demais espaços públicos só podem fazê-lo por duas razões: ignorância ou interesse financeiro. Sinceramente, não consigo imaginar terceira alternativa.

Vamos começar pela ignorância. Num país de baixos níveis de escolaridade como o nosso, nem todos têm acesso a conhecimentos básicos. A fumaça expelida dos pulmões fumantes contém, em média, um sétimo das substâncias voláteis e particuladas do total inalado. Já aquela liberada a partir da ponta acesa contém substâncias tóxicas em concentrações bem maiores: três vezes mais nicotina, três a oito vezes mais monóxido de carbono, 47 vezes mais amônia, quatro vezes mais

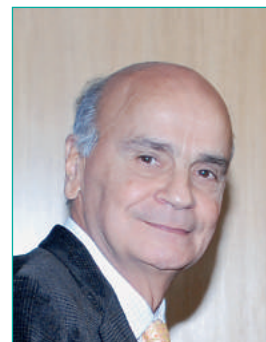
benzopireno e 52 vezes mais DNPB (estes dois, cancerígenos potentes).

Por serem de tamanho menor, as partículas que se desprendem da ponta acesa, produzidas durante 96% do tempo em que um cigarro é consumido, penetram com mais facilidade nos alvéolos pulmonares.

Depois de uma manhã de trabalho num escritório em que várias pessoas fumam, a concentração de nicotina no sangue de um abstinente pode atingir os níveis de quem tivesse fumado três a cinco cigarros. Empregados de bares e restaurantes, que passam seis horas em ambientes carregados de fumaça, chegam a ter concentrações sanguíneas de nicotina equivalentes a de quem fumou cinco ou mais cigarros.

Mulheres gestantes expostas à poluição do fumo, em casa ou no trabalho, apresentam nicotina não apenas na corrente sanguínea, mas no líquido amniótico e no cordão umbilical do bebê.

A nicotina inalada pelo fumante passivo, associada ao monóxido de carbono, provoca lesões nas paredes internas das coronárias, redução do fluxo de sangue



e do aporte de oxigênio para o músculo cardíaco, facilitando a formação de placas de ateroma e a ocorrência de infartos.

Um estudo feito por um grupo da Universidade Harvard entre 32.046 mulheres que nunca fumaram, ao contrário de seus maridos, mostrou que a incidência de doença coronariana entre elas atingiu quase o dobro daquela encontrada entre mulheres não expostas.

Pesquisa da Universidade Yale com 10 milhões de mulheres de maridos fumantes revelou que a incidência de câncer de pulmão foi o dobro da esperada entre não fumantes.

Há poucos meses, citei um estudo recém-publicado pela Universidade de Glasgow, na Escócia, para avaliar o impacto da lei que proibiu o fumo em bares e restaurantes na incidência de ataques cardíacos.

Nos dez meses que antecederam a vigência da lei, foram internados nos hospitais de Glasgow 3.235 pacientes com quadros coronarianos agudos. Nos dez meses seguintes à proibição, houve 551 casos a menos. Houve queda em todos os grupos: 14% nos fumantes, 19% nos ex-fumantes e 21% nos não-fumantes, a diminuição mais acentuada.

Para não abusar de sua paciência, leitor, serei breve: os dados são inequívocos, os fumantes passivos estão sujeitos a sofrer dos mesmos males que afligem os ativos.

Agora, vamos ao interesse pessoal dos que entendem que proibir a poluição ambiental causada pelo fumo é uma interferência do Estado na liberdade individual. Se ainda não foi inventado um método de exaustão

capaz de impedir que a fumaça se dissemine pelo ambiente inteiro, esses senhores defendem o indefensável. Liberdade para através de uma ação individual causar mal à coletividade? Não sejamos ridículos.

Os sindicatos dos empregados de bares e restaurantes, que sempre se levantaram contra a proibição, alegando risco de desemprego (fato que não ocorreu em nenhuma cidade do mundo), que medidas tomaram até hoje para proteger seus associados da poluição ambiental em que trabalham? Alguma vez lutaram para que eles recebessem adicional de insalubridade? Para que tivessem um plano de saúde decente?

Não é função do Estado proteger o cidadão do mal que ele causa a si mesmo. Mas é dever, sim, defendê-lo do mal que terceiros possam fazer contra ele.

Drauzio Varella é médico cancerologista e escritor. Artigo publicado originalmente em 28 de abril de 2011. Revisado em 5 de abril de 2019

Lei de controle do tabagismo no Brasil e no estado de São Paulo: uma visão de promoção da saúde

Marco Antonio de Moraes

A legislação constitui a base de um controle eficaz do consumo do cigarro, pois ela expressa valores profundamente enraizados na sociedade, institucionaliza o compromisso de uma área territorial definida, centra as atividades e regula o compromisso privado.¹

Em programas e ações governamentais, a lei se configura como um componente indispensável para estabelecer e promulgar uma política pública, fortalecer as estratégias em desenvolvimento e contribuir para o crescimento, em nosso caso, sem a influência do tabaco.²

Legislação abrangente sobre o controle do tabagismo é fundamental para o alcance do sucesso de programas de controle do tabagismo, sendo a sua finalidade prevenir e reduzir a carga de enfermidade, a mortalidade e o sofrimento humano causados pelo tabaco.³

O processo de desenvolvimento de uma legislação bem sucedida consiste em fases básicas como o desenvolvimento, implementação e cumprimento, sendo que todos os países também devem contar com o auxílio da população no cumprimento da lei, principalmente em relação à venda de produtos derivados do tabaco a menores de idade ou a preservação de ambientes livres do tabaco.⁴

O trabalho na área legislativa deve ser um dos eixos prioritários nas estratégias nacionais, estaduais

e municipais para o controle do tabagismo, pois a lei deve responder à obrigatoriedade do Estado Maior de cuidar da saúde de todos os cidadãos, geralmente estabelecida nos textos constitucionais dos diferentes países em todo o mundo. Essas leis devem criar, reunir e ampliar a normatização legal antitabágica vigente que, por sua vez, sirva de ajuda a fumantes e não fumantes para prevenir e defender-se dos danos causados pelo tabagismo.^{5,6}

Em todos os países, o Governo Federal tem a responsabilidade de proteger a saúde de sua população, preservar a ecologia, regular as atividades comerciais e promover a saúde, a segurança e o bem-estar público de seu povo. No caso do tabaco, é sustentado internacionalmente que o direito do Estado de proteger a saúde de sua população, restringindo atividades de publicidade e o consumo do tabaco em lugares públicos, tem prioridade sobre a liberdade individual e da indústria fumageira.²

Em nosso país, desde meados da década de 1960, surgiram os primeiros projetos de lei (PL) relacionados ao controle do



tabagismo na pauta do Congresso Nacional; já em 1964 foi encaminhado um PL que propunha a proibição da propaganda de derivados do fumo em qualquer meio de comunicação, sendo que, nos anos seguintes e no início da década de 1980, vários outros PL foram encaminhados, demonstrando que a discussão sobre esse assunto mantinha-se como altamente relevante, porém, nenhum destes foram aprovados na época, evidenciando a fragilidade da discussão nesse período.⁷

As medidas mais eficazes para reduzir o uso do tabaco são as normativas. Uma enormidade de evidências mostram que as medidas políticas, como o aumento da taxação dos impostos do tabaco, eliminação da promoção do tabaco, ampla informação sobre os riscos do consumo desses produtos nas embalagens e a efetiva implementação da proibição de fumar em lugares públicos e locais de trabalho, reduzem o número de jovens que começam a fumar, ajudam os fumantes a deixar de fumar, além de protegerem os fumantes passivos da exposição à fumaça do tabaco.^{1,4}

As ações legislativas em conjunto com as econômicas representam as mediações sociais potencializadoras das ações educativas. Cabe aos diferentes setores da sociedade alertar, cobrar, estimular e pressionar as esferas responsáveis pela legislação, com o objetivo de criar e fazer cumprir as leis que resultem em mudanças políticas, ambientais e econômicas capazes de reforçar as mudanças de comportamento necessárias à redução do tabagismo.^{4,5} Entre essas referidas leis, destacam-se aquelas que visam informar a população sobre os riscos do consumo do tabaco, protegê-la da exposição à poluição tabágica ambiental (PTA) e a proibição

da publicidade que tem como objetivo a indução do consumo. Além disso, são necessárias medidas legais importantes para dificultar o acesso dos jovens a produtos derivados do tabaco, envolvendo as que resultem em aumento do preço desses produtos, controlem as formas de vendas dos mesmos, e, principalmente, o contrabando do cigarro.⁴

A globalização das preocupações na área de saúde e outras áreas correlatas com o controle do tabagismo levaram, conseqüentemente, a uma ampliação das iniciativas, propondo uma melhor regulamentação do hábito de fumar em nosso país. Somente em 1986 surge a primeira legislação em âmbito federal relacionada à regulamentação do tabagismo no Brasil, a Lei Federal nº 7.488/86, que institui 29 de agosto como o “Dia Nacional de Combate ao Fumo”, mas somente dez anos após, em 1996, é aprovada a Lei 9.294/96, que aborda sobre o uso e a propaganda de produtos fumígenos, assim como o uso de mensagens de advertências divulgando os malefícios do cigarro, entre outras limitações do uso do cigarro. Apesar de ter se mostrado um importante instrumento para ampliação das restrições do fumo, esta lei mostrou-se falha por não prever punição ao fumante infrator, assim como não define, de forma clara, as regras em relação a fumódromos.

Atualmente, temos a Lei Federal nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011, que alterou disposições da Lei Federal nº 9.294 de 15 de julho de 1996.

Vemos que o Brasil dispõe de legislação muito ampla que regula o uso do fumo, devendo as leis que foram estabelecidas pelos poderes executivo e legislativo ser

acatadas e obedecidas, para que possamos realmente exercer a cidadania em toda a sua magnitude.⁸

Nosso país destaca-se como o primeiro a conseguir tirar os descritores das embalagens e o segundo a colocar os alertas com frases e imagens nos maços de cigarro, sendo periodicamente renovadas, e um dos poucos a restringir a publicidade do tabaco nos meios de comunicação, sendo que estas ações de regulação no mercado colaboram grandemente para redução do consumo do tabaco em nosso meio.⁹

Para um eficiente controle do tabagismo, seja qual for a forma da legislação, o fundamental é o grau de aplicação das medidas legislativas. Um determinado país pode ter inserido no seu ordenamento jurídico uma lei que restrinja o uso do tabaco, porém se não a executa, conseqüentemente a população não respeita, tornando a lei inútil.¹⁰

Torna-se importante destacar que, em 2003, a 56ª Assembleia Mundial da Saúde aprovou o primeiro tratado internacional de saúde pública, contendo um elenco de medidas intersetoriais, denominada Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde, onde as medidas legislativas têm se destacado.¹¹

Principalmente nesta última década, temos observado que o Brasil, em praticamente todos os seus estados e relativa parte de seus municípios, vem regulamentando leis mais abrangentes em relação ao controle do tabagismo, e o estado de São Paulo se destaca como precursor nessa iniciativa, extinguindo os fumódromos com a aprovação da Lei

13.541, de 07 de maio de 2009, que também proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica.

Na referida lei do estado de São Paulo, a proibição de fumar se estendeu aos locais parcialmente fechados em qualquer de seus lados por parede, divisória, teto ou telhado, ainda que provisórios, onde haja a permanência ou circulação de pessoas. Esta lei incentivou, na sequência, o estado do Rio de Janeiro e outros na elaboração de leis mais precisas de controle do tabagismo.^{11,12}

A mesma lei demonstrou, em pesquisa realizada pelo Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que houve uma redução de 73% nos níveis de monóxido de carbono de casas noturnas de São Paulo, após seis meses da aplicação da lei. Outro resultado benéfico é que não se observa mais o fumo em ambientes fechados ou parcialmente fechados no estado de São Paulo, eliminando-se, assim, um importante fator de risco à saúde da população.

Torna-se relevante ressaltar que a Lei antifumo do estado de São Paulo foi construída de forma intersetorial, conforme preconizada pela área da Promoção da Saúde, exigindo estreita articulação com outras instituições e construção de parcerias estratégicas como do Procon, do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, da Aliança de Controle do Tabagismo (ACT) e da Associação Brasileira do Câncer (ABCâncer), resultando na otimização dos serviços prestados.¹²

Resultados de outras pesquisas indicam que leis de ambientes livres da fumaça do tabaco, tanto regionais quanto nacionais, em nosso país, têm sido eficazes na redução da exposição ao fumo em restaurantes e bares, referindo que ainda há espaço para melhorias.¹¹

Torna-se importante, porém, relatar que essas medidas de regulação devem ser contínuas, pois apesar da constatação da significativa redução da prevalência do tabagismo em nosso país e estado, o tabagismo ainda se constitui em um grave problema de saúde pública, que necessita da constante e permanente atuação das áreas de vigilância e atenção à saúde em todas as esferas de governo.

Marco Antonio de Moraes – Doutor e Mestre em Saúde Pública, Enfermeiro em Saúde Pública e Ocupacional, Comendador em Saúde e Segurança do Trabalho. Atual Diretor Técnico de Saúde da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Responsável pela Área de Promoção da Saúde no CVE da SES/SP.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Tobacco Control Legislation – an introductory guide (Advancing tobacco control in the 21st century). Geneva-Switzerland: WHO; 2003.
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Dados e Fatos: ações legislativas para o controle do tabagismo no Brasil. Oficina de capacitação para a implementação de um Programa Nacional de Controle do Tabagismo – Piloto com países Lusofônicos – 08 a 11 de abril de 2003.
3. World Health Organization. Building blocks for tobacco control: a handbook Geneva-Switzerland: WHO; 2004.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Divisão de Promoção e Proteção da Saúde. Programa de Saúde Mental. Unidade de Tabaco, Álcool e outras drogas. Desenvolvimento da Legislação para o controle do tabaco. Washington: OPAS; 2003.
5. Moraes MA. Avaliação da implantação do Programa de Controle do Tabagismo no Hospital Santa Cruz, São Paulo-Capital. São Paulo: 2006, [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública- USP].
6. Comitê Latinoamericano Coordenador del Control del Tabaquismo. Legislation sobre el control del tabaquismo em América Latina: resúmenes y ejemplos . Boletín Claccta 1997.
7. Teixeira LA, Jaques TA. Legislação e controle do tabaco no Brasil entre o final do século XX e início do XXI. Rev Bras Canc 57(3):295-304, 2011.
8. Albanesi Filho FM. A legislação e o fumo. Arquivos Brasileiros de Cardiologia – volume 82, nº 5, 2004.
9. Silva ST, et al. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. Ciência e Saúde Coletiva, 19 (2):539-552, 2014.
10. Roemer R. Accion legislativa contra la epidemia mundial del tabaquismo. Genebra: OMS; 1995.
11. Mendes FL et al. A percepção do cumprimento das leis antifumo em bares e restaurantes em três cidades brasileiras: dados do ICT-Brasil. Cad. Saúde Pública 33 Sup 3:588-600, 2017.
12. Centro de Vigilância Sanitária, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde. Vigilância sanitária do tabaco no estado de São Paulo. Rev Saúde Pública 46(2): 395-7, 2012.

Ambientes livres de tabaco

Sandra Silva Marques

Coordenação Estadual Programa de Controle do Tabagismo - CRATOD/SES

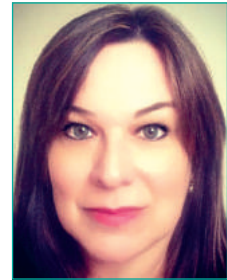
O Tabagismo é uma importante questão de saúde Pública. O Brasil é referência mundial no combate ao tabagismo e desenvolve ações por meio do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, vinculado ao Instituto Nacional do Câncer (INCA) e Ministério da Saúde (MS).

O controle do tabagismo é um poderoso instrumento para melhorar a saúde e promover os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) — em particular a meta nº 4 do ODS nº 3, que prevê a redução da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis em um terço até 2030.

O fortalecimento da implementação da Convenção Quadro para o Controle de Tabaco (meta nº 3.a.) através da Política Estadual do Controle do Tabagismo, busca respostas multissetoriais para a prevenção de doenças não transmissíveis, reforçando a importância do esforço conjunto dos setores público, privado, sociedade civil, organizações médicas e acadêmicas.

O conhecimento das condições patológicas mais comumente observadas em uma população é de grande relevância e interesse para gestores públicos e profissionais que atuam na promoção, prevenção e assistência em saúde.

Os levantamentos epidemiológicos e o processamento de dados advindos de arquivos e sistemas de informação devem servir de base para o correto planejamento e elaboração de medidas de saúde contextualizadas às reais necessidades da população assistida. Dessa maneira, a avaliação dos indicadores: monitoramento dos fatores de risco; monitoramento da morbidade e mortalidade das DCNTs; e monitoramento e avaliação das ações de assistência e promoção da saúde, devem orientar o planejamento adequado de ações e levantamento de recursos alinhados ao Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).



A implementação de medidas da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil (1º Tratado de Saúde Internacional, assinado e ratificado por 192 países), ganhou o status de política de estado e apresentou eficácia na redução da prevalência do tabagismo no Brasil que era de 34,8% em 1989 e hoje atinge 9,3% (Dados VIGITEL), apesar de ainda termos um custo de 57 bilhões ao ano com a perda de produtividade e doenças tabaco relacionadas. Atividades educativas nas escolas, restrição à propaganda, regulação

e taxação de produtos, padronização de embalagens, advertências sanitárias, fiscalização dos pontos de venda são algumas das medidas implantadas, porém a promoção de Ambientes Livres de Tabaco está entre uma das seis medidas indicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como prioritárias e tendência mundial para conter a expansão do tabagismo e suas graves consequências para a saúde, fundamentada no conhecimento dos malefícios provocados pela exposição à Poluição Tabagista Ambiental (PTA).

A adesão da sociedade e aprovação da legislação através da Lei ANTIFUMO (LEI ESTADUAL nº 13.541 de 07 de maio de 2009), trouxe a questão da Poluição Tabagística Ambiental e a influência no Tabagismo Passivo, e conseqüentemente a importância da proibição do tabagismo no local de trabalho, especialmente, reduzindo as oportunidades de fumar e configurando o abandono da prática. Desta forma, o empoderamento da população e a participação social, princípios da promoção da saúde, foram imprescindíveis para que a legislação fosse efetivada.

É importante salientar que, escolas e hospitais sempre foram ambientes propícios para estabelecermos modelos de comportamento, entre jovens e adolescentes, para a divulgação da política de ambientes livres de tabaco.

A introdução das leis ambientes livres de tabaco também estabeleceram relação direta com as reduções significativas na mortalidade infantil nos municípios brasileiros entre 2000 e 2016 – segundo estudo recente realizado pelo INCA em parceria com a Imperial College London (Reino Unido) e o Erasmus MC (Holanda):

“Legislação de Ambientes Livres de Fumaça de Tabaco e mortalidade neonatal “- demonstrando que quanto mais abrangente for a legislação, maior a redução na mortalidade infantil; e que a redução da mortalidade infantil foi maior em municípios com alta pobreza e menor nível educacional.

Há de referir também à descentralização das ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, de acordo com a Portaria nº 571/GM/MS de 05 de abril de 2013, onde se estabeleceram as diretrizes da abordagem em todos os níveis mas prioritariamente à todos os indivíduos em nível de Atenção Primária à Saúde (APS), visando não apenas diagnosticar o tabagismo e a sensibilização destes, mas estimular à população não fumante à prevenção da iniciação, baseadas inclusive na poluição tabagística ambiental. Foi o desenvolvimento da estrutura organizacional do programa no estado, através do planejamento estratégico de nossas ações, que se basearam em qualificar a rede para gestão do programa nas regionais de saúde e municípios, melhorando e otimizando os processos de trabalho, criando instrumentos para coleta de dados da assistência de forma organizada nos diferentes níveis de atenção e a inclusão da dispensação dos insumos, através de um sistema gerencial de medicamentos. Dessa maneira, a criação de indicadores foi fundamental para que a avaliação do programa seja avaliada e realinhada periodicamente.

Ampliamos a promoção de ambientes livres de tabaco (artigo 8º) e desenvolvemos o trabalho com a educação (artigo 12) através do programa saber saúde (enfoque nos atores de risco das doenças crônicas não transmissíveis), e que está inserido no programa saúde na escola (PSE).

Esses indicadores nos trazem o resultado de 45.183 usuários atendidos em 1672 unidades de saúde no estado, melhorando dessa forma, o acesso ao usuário ao tratamento.

Além das questões sanitárias, a lei que trata sobre os Ambientes Livres de Tabaco trouxe ao ato de fumar, uma consciência social sobre o uso do tabaco, que apesar de ser uma droga lícita, traz malefícios não só ao tabagista mas, a quem convive com ele. Isto foi fundamental para o sucesso e efetivação da Lei Antifumo.

Com o advento dessa conscientização, temos avançado na promoção de Ambientes Livres de Tabaco no Estado de São Paulo, com a adesão de instituições de tratamento como os hospitais gerais e na área de Saúde Mental, como os Hospitais Psiquiátricos (Exceções na Lei ANTIFUMO). Importante realidade, onde tratamos também de questões clínicas relacionadas à dependência, as quais comorbidades relacionadas ao tabagismo é que acabam por levar o indivíduo ao óbito precocemente.

São 10 anos da lei em vigor, momento de comemorarmos os avanços e refletirmos sobre os próximos desafios a serem enfrentados, como por exemplo, atualização da lei quanto as suas exceções.

Parabenizamos a Vigilância Sanitária Estadual, que exerceu papel fundamental na implantação, controle e fiscalização da Lei Antifumo no Estado de São Paulo.

Dra. Sandra Silva Marques – Coordenação Estadual Programa de Controle do Tabagismo- CRATOD/SES

Dez anos da Lei Antifumo em São Paulo

Paula Johns – Diretora Geral ACT Promoção da Saúde

Mônica Andreis – Diretora Executiva ACT Promoção da Saúde

Balada sem fumaça? Impossível!

Antes da lei antifumo de São Paulo, fumar em locais fechados como bares, restaurantes e casas noturnas era tão normalizado que parecia impossível mudar tal condição.

O ambiente insalubre aos frequentadores e especialmente aos trabalhadores era tolerado até então, para satisfação dos fabricantes de cigarros, que inclusive promoviam o produto associando-o ao prazer, a liberdade, ao consumo, a sedução e convívio social.

Com as evidências científicas dos efeitos danosos do fumo passivo, causado pela exposição à fumaça tóxica de produtos de tabaco, não se justifica permitir o tabagismo em locais fechados, onde os poluentes ficam concentrados sem dispersão adequada. A fumaça de cigarros e outros produtos de tabaco contém mais de 7000 substâncias, ao menos 69 destas carcinogênicas. A exposição ao fumo passivo está associada ao desenvolvimento de graves doenças como o câncer de pulmão, doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral.¹

Vale lembrar que existem efeitos agudos e crônicos advindos do contato com a



poluição tabagística ambiental (PTA). Mesmo um baixo nível de exposição ao fumo passivo pode causar danos à saúde, de modo que se pode afirmar que não há nível seguro de exposição à fumaça de tabaco.² Uso de exaustores e filtros não eliminam as micropartículas da fumaça de cigarros e portanto não representam solução adequada ao problema.³

Os trabalhadores de locais como bares e restaurantes não tinham opção a não ser respirar diariamente o ar contaminado com a PTA. Campanhas foram realizadas com o intuito de abordar este tema, dando visibilidade aos riscos a que eram submetidos os funcionários de estabelecimentos onde o fumo era permitido. Muitas pessoas, inclusive fumantes, apoiaram a adoção de ambientes livres de tabaco, especialmente ao se dar conta desta situação. O debate público foi intenso e importante para ampliar a conscientização acerca do tabagismo passivo, bem como para esclarecer os objetivos da lei.



Imagem 1: Campanha: “Qualquer ambiente fechado é pequeno demais para o cigarro” lançada em 2008



Imagem 2: Campanha: “Quem não fuma não é obrigado a fumar”, lançada em 2009

O impacto na qualidade do ar destes ambientes, bem como da saúde dos trabalhadores e da população já pode ser sentido nestes 10 anos. Estudos revelaram a melhora da qualidade do ar nos ambientes onde anteriormente o fumo era permitido, por meio da avaliação de concentração de monóxido de carbono (CO) nesses locais⁴ e medição da nicotina no ar, antes e depois da lei.⁵

Argumentos alarmistas de que a proibição traria perdas econômicas significativas para o setor de hospitalidade não se revelaram verdadeiros, e os proprietários dos estabelecimentos tem revelado uma adesão maciça à medida.⁶ Poucas vezes vimos uma lei ser tão bem aceita pela população e com resultados tão favoráveis à saúde pública.

Vimos acontecer uma mudança de comportamento onde prevaleceu a proteção diante da exposição ao fumo passivo e suas graves consequências, ao invés da proteção aos interesses econômicos do setor fumageiro.

A experiência do Estado de São Paulo motivou outros Estados e Municípios a adotar leis semelhantes, e influenciou

decisivamente a elaboração de uma lei federal sobre o assunto.⁷

Associada a outras medidas de controle do tabaco, vemos decrescer o número de fumantes em São Paulo e no Brasil.⁸ Contribuíram para isto as iniciativas de apoio e articulação por parte da sociedade civil, academia e governo, com objetivos claros em relação às políticas públicas a serem adotadas, conforme recomendado em tratado internacional ratificado pelo Brasil, a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco.⁹

A ACT Promoção de Saúde, organização não governamental que trabalha por políticas públicas de prevenção e promoção da saúde¹⁰, se orgulha de fazer parte desta história, desde a concepção da lei de ambientes livres do tabaco, até sua implementação e monitoramento. Juntamente com representantes de sociedades médicas, de universidades e do governo, a ACT foi membro do CEPALT, comitê criado em 2007 em prol da adoção de ambientes fechados livres do fumo.

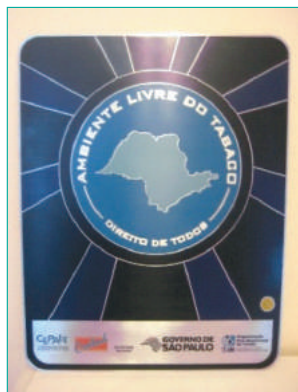


Imagem 3: Selo de ambiente livre do tabaco, iniciativa do CEPALT, em 2007



Imagem 4: Participação em sessão de votação da lei antifumo na ALESP, em 2009



Imagem 5: Assinatura da lei antifumo de SP, em 2009



Imagem 6: Manifestação em favor da aprovação da lei antifumo, em 2008

A existência deste comitê foi muito importante no processo de aprovação da lei antifumo estadual de São Paulo. Como fruto de esforços conjuntos de seus membros, assim como de vontade política por parte do governo do estado (liderado pelo então governador José Serra), com a participação efetiva e coordenada da Secretaria de Justiça (por meio de órgão de defesa do consumidor – PROCON) e da Secretaria da Saúde (por meio do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária), a lei que proíbe o fumo em locais fechados vem sendo aplicada com sucesso e amplo apoio popular desde 2009.¹¹

O trabalho em rede e a efetiva cooperação intersetorial em defesa da prevenção e

controle do tabagismo levaram-nos a reverter a imagem do que parecia impossível mudar. **Tornou-se inevitável mudar.**

E junto com toda a população do Estado de SP, hoje celebramos esta significativa conquista da saúde pública, que protege as pessoas da exposição à fumaça tóxica de produtos de tabaco em locais fechados.

Promover ambientes saudáveis, disseminar informação e exigir políticas públicas eficazes são elementos fundamentais no enfrentamento do grave problema representado pelo tabagismo, e servem como referência para outras áreas como uso abusivo de álcool e má alimentação. É necessário prosseguir no

caminho da prevenção e promoção da saúde visando garantir este direito fundamental de toda a população brasileira.

REFERÊNCIAS

1. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
2. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention (US); National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US); Office on Smoking and Health (US). Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2010.
3. American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers, Inc. (www.ashrae.org) 2005 Controlling Tobacco Smoke Pollution. Disponível em: <http://www.repace.com/pdf/iaqashrae.pdf>
4. Acesso em 16/12/2015.
5. Issa, J, et al, The effect of São Paulo's smoke-free legislation on carbon monoxide concentration in hospitality venues and their workers, *Tobacco Control* 2011;20:156e162. doi:10.1136/tc.2010.037614
6. Andreis M, Elf J, Johns P, Carvalho A, Jie Y, Apelberg B, Air Quality in Bars of São Paulo/Brazil before and after the Smoke-Free Law in Indoor Places, *Revista Brasileira de Cancerologia* 2011; 57(3): 315-320
7. <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2019/05/28/lei-antifumo-completa-dez-anos-e-reduz-numero-de-fumantes-em-sp.ghtml>
8. Andreis, M, Johns, P., Como tornamos o Brasil livre de fumo, in: *Álcool, Tabaco e Maconha - Drogas Pediátricas*, de Lotufo JP, S.Paulo, 2016.
9. <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2019/05/brasil-reduz-habito-de-fumar-em-40-e-mantem-tendencia-de-queda>
10. *Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco*, Organização Mundial da Saúde, 2005: <http://actbr.org.br/cqct>
11. <http://www.actbr.org.br/>
12. Lei nº 13.541, de 07 de maio de 2009, disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2009/lei-13541-07.05.2009.html>



Jaqueline Scholz

Programa de Tratamento do Tabagismo do INCOR (Hospital das Clínicas da USP)

O Projeto de Lei

O Governador do Estado de São Paulo enviou a Assembleia Legislativa em agosto de 2008 o Projeto de Lei 577/2008 proibindo uso de produtos fumígenos em locais fechados de uso coletivo.

Ai já começou uma grande movimentação a favor e contra.

A audiência pública do dia 31/03/2009 foi bem quente....

Do Projeto 577/2008 a Lei 13.541

■ Notícias Jurídicas ■ Legislação ■ Jurisprudência ■ Notícias Políticas ■ Tópicos

Audiência pública vai debater projeto antifumo

Extraído de: [Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo](#) - 31 de Março de 2009

O polêmico projeto de lei, em tramitação na Assembleia Legislativa encaminhado no ano passado pelo governador José Serra, que proíbe o consumo de cigarros em ambientes de uso coletivo, públicos ou privados, será tema de audiência pública, hoje, às 14h, no plenário Juscelino Kubitschek.

Links Patrocinados

[Expansão São Paulo CPTM](#)
Concluída mais um etapa 28
Trens reformados. Saiba mais!
www.planodeexpansaosp.com.br

[Gerenciamento De Projeto](#)
MBA em Projetos no Todo Brasil
Reconhecido pelo MEC. Saiba Mais!
www.PosEAD.com.br

Anúncios Google

Anúncios Google
[Como Montar Projeto](#)
[Placa Lei Anti Fumo](#)

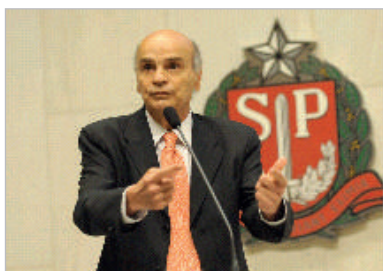
Para o debate estão convidados representantes do Sindicato dos Hotéis, Restaurantes, Bares e Similares do Estado de São Paulo, Mônica Bonetti Couto e Rodolfo Soares; Federação dos Empregados em Hospitalidade do Estado, José Ferreira Neves; Associação Brasileira de Gastronomia, Hospedagem e Turismo, Marcos Vinícius Rosa; Confederação Nacional do Turismo, Nelson de Abru Pinto; Aliança Contra Tabagismo, Clarissa Menezes Hommsi; Conselho Regional de Medicina do Estado, Antonio Pereira Filho; Comitê Estadual para Promoção de Ambientes Livres do Tabaco, Paula Johns; e a médica do Incor, Jaqueline Issa.

Quando chegou à Assembleia, em 2008, os tucanos queriam a aprovação do projeto (577/2008) a "toque de caixa". Ao analisar a proposta e verificar que, em determinados pontos, feria direitos individuais do cidadão, a bancada dos deputados do PT insistiu pela retirada da tramitação em urgência da propositura e na realização de audiência pública, que aconteceu em outubro de 2008.



Nesta terça-feira, 31/3, a Assembleia Legislativa realizou audiência pública para debater o PL 577 /2008, de autoria do governador, que proíbe o consumo de quaisquer produtos fumígenos em recintos de uso coletivo. Além dos deputados, representantes de diversas entidades representativas de setores da sociedade civil discutiram o projeto, contando com a participação de especialistas, como advogados e médicos, entre eles o oncologista Drauzio Varella. Também estiveram presentes representantes de sindicatos patronais e de empregados do setor de bares, hotéis e restaurantes, que argumentaram sobre o impacto econômico que o projeto pode causar no faturamento das empresas, e o desemprego que isso pode provocar.

Defensores da Lei Antifumo na Assembléia Legislativa São Paulo em 30/03/2009



Drauzio Varella



Nise Yamaguchi



Jaqueline Scholz



Clarissa Homsí



Paula Johns



Erik Momo

Fumantes passivos

O médico cancerologista Drauzio Varella externou sua preocupação com a situação do fumante passivo que, segundo reconhecidos estudos científicos, é também vítima dos males causados pelo tabaco. “Não se pode empestar o ar de todos em nome da liberdade individual”, disse. Ele contou que a proibição do fumo em lugares fechados em Glasgow, Escócia, levou à queda no atendimento por doenças relacionadas ao tabaco em 30% nos fumantes e 19% nos não fumantes. Ele falou também sobre a saúde também dos trabalhadores, sugerindo que lutem por adicionais de insalubridade e por planos de saúde melhores. Ainda segundo Varella, o uso do tabaco é potencializado pelo do álcool, já que essa substância ajuda a limpar os receptores de nicotina.

Representante da Aliança de Controle do Tabagismo (ACTI), a advogada Clarissa Homsí Menezes disse que, como a nicotina é um produto de grande poder viciante, não há, na verdade, liberdade de fumar. Apesar de a ACT ser a favor da aprovação do projeto, há a preocupação de que emendas apresentadas, se aprovadas, possam descaracterizá-lo e estabeleçam a criação de “fumódromos” que, além serem “uma estratégia defasada”, permitem a exposição de trabalhadores à fumaça do tabaco. Essa lei amplia o direito do cidadão à saúde, disse, e fez comparação entre a proibição do tabaco e a do amianto, ambos sabidamente cancerígenos.

Trabalhadores não serão prejudicados

A representante do Comitê Estadual para Promoção de Ambientes Livres do Tabaco, Paula Johns, insiste no fato de que os trabalhadores não serão prejudicados com o projeto. “Vocês podem ficar tranquilos que não é a proibição do fumo em ambientes fechados que vai tirar o emprego de vocês”, disse. Para ela, é fundamental deixar para os filhos ambientes saudáveis que não vendam um produto que vicia e mata. Em relação ao sistema de ventilação, Paula acredita que pode sim reduzir a fumaça, mas não é a solução. “Caso fosse aprovado um sistema moderno de ventilação, seria injusto com os proprietários. Só aqueles com alto poder aquisitivo poderiam instalar”, completou.

Fumante passivo

Jaqueline Issa, médica do Incor, ressaltou a questão do fumante passivo. Segundo ela, somente depois de 24 horas a corrente sanguínea dessas pessoas volta ao normal. Além os fumantes passivos podem sofrer morte súbita e acidente vascular cerebral. “Essa lei é um estímulo para a cessação do tabagismo. Só assim o fumante vai perceber que não tem domínio e controle”, afirmou. Para Issa, a lei também vai prevenir o tabagismo entre os jovens, já que, segundo ela, o ambiente social tem interferência direta na iniciação ao vício. “Quem começa a fumar na adolescência pode ter doenças psiquiátricas, como a depressão”, disse. Ela acredita que a Lei vai ajudar as pessoas a terem mais saúde mental e física.



/ são paulo / lei antifumo

07/04/09 - 19h54 - Atualizado em 08/04/09 - 01h04

Assembleia aprova projeto de lei antifumo em São Paulo

Dezoito deputados votaram contra e 69 a favor do projeto. Projeto proíbe fumo em 'recintos coletivos' e cria ambientes livres.

Roney Domingos
Do G1, em São Paulo

Tamanho da letra

A- A+

editorias

Primeira Página

Blogs e Colunas

Brasil

Carros

Ciência e Saúde

Cinema

Concursos e Emprego

Economia e Negócios

Esporte

Mundo

Música

Planeta Bizarro

Política

Pop & Arte

Rio de Janeiro

São Paulo

Tecnologia e Games

VC no G1

Vestibular e Educação

A Assembleia Legislativa de São Paulo aprovou na noite desta terça-feira (7) o

projeto de lei antifumo proposto pelo governo do estado. A sessão foi marcada pelo protesto de entidades e pelas tentativas de obstrução da votação pelos deputados do Partido dos Trabalhadores (PT).

O projeto de lei 577/2008 "proíbe o consumo de quaisquer produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, em recintos de uso coletivo e cria ambientes livres de tabaco". Foram contrários os 17 deputados da bancada do PT e também o deputado Major Olímpio (PV). Sessenta e nove deputados foram favoráveis.

Foram aprovadas três emendas. Uma delas obriga o governo a oferecer tratamento na rede de saúde pública para fumantes que queiram parar de fumar. Outra determina que a lei entrará em vigor 90 dias após a sua promulgação. E a terceira estabelece ampla campanha educativa sobre a lei antes de sua entrada em vigor. Outras sete emendas foram rejeitadas em bloco.

22/04/09 - 15h25 - Atualizado em 22/04/09 - 17h05

Projeto de lei antifumo é enviado para aprovação de Serra

Autor da proposta, governador tem 15 dias para fazer regulamentação. Projeto proíbe fumo em 'recintos coletivos' e cria ambientes livres.

Roney Domingos
Do G1, em São Paulo

Tamanho da letra

A- A+

clique para ampliar




Fumo será proibido em bares (Foto: Sérgio Lorena/G1)

A Assembleia Legislativa de São Paulo enviou nesta quarta-feira (22) ao Palácio dos Bandeirantes o projeto de lei 577/2008 que proíbe fumar em estabelecimentos públicos de uso coletivo em todo o estado. A partir desta quinta-feira (23), o governador José Serra (PSDB) terá 15 dias para sancionar ou vetar o projeto. A lei entrará em vigor 90 dias após a aprovação do governador.

Os deputados estaduais paulistas aprovaram o projeto de autoria do governo estadual em 7 de abril, com 69 votos a favor e 18 contra. De acordo com a assessoria da assembleia, a demora de duas semanas para enviar o texto para

apreciação do governador ocorreu por causa de ajustes na redação da nova lei com as três emendas aprovadas pelos parlamentares. Porém, de acordo como a mesma assessoria, não houve mudanças substanciais.



AMBIENTES SAUDÁVEIS E LIVRES DO TABACO

LEI ANTIFUMO

LEI Nº 13.541, DE 7 DE MAIO DE 2009

Proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:
Faça saber que a Assembleia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei:

Artigo 1º - Esta lei estabelece normas de proteção à saúde e de responsabilidade por dano ao consumidor, nos termos do artigo 24, incisos V, VIII e XII, da Constituição Federal, para criação de ambientes de uso coletivo livres de produtos fumígenos.

Artigo 2º - Fica proibido no território do Estado de São Paulo, em ambientes de uso coletivo, públicos ou privados, o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco.

§ 1º - Aplica-se o disposto no "caput" deste artigo aos recintos de uso coletivo, total ou parcialmente fechados em qualquer dos seus lados por parede, divisória, tecto ou toldado, ainda que provisórios, onde haja permanência ou circulação de pessoas.

§ 2º - Para os fins desta lei, a expressão "recintos de uso coletivo" compreende, dentre outros, os ambientes de trabalho, de estudo, de cultura, de culto religioso, de lazer, de esporte ou de entretenimento, áreas comuns de condomínios, casas de espetáculos, teatros, cinemas, bares, lanchonetes, boates, restaurantes, praças de alimentação, hotéis, pousadas, centros comerciais, bancos e similares, supermercados, agências, padarias, farmácias e drogarias, repartições públicas, instituições de saúde, escolas, museus, bibliotecas, espaços de exposições, veículos públicos ou privados de transporte coletivo, viaturas oficiais de qualquer espécie e táxis.

§ 3º - Nos locais previstos nos parágrafos 1º e 2º deste artigo deverá ser afixado aviso da proibição, em pontos de ampla visibilidade, com indicação de telefone e endereço dos órgãos estaduais responsáveis pela vigilância sanitária e pela defesa do consumidor.

Artigo 3º - O responsável pelos recintos de que trata esta lei deverá advertir os eventuais infratores sobre a proibição nela contida, bem como sobre a obrigatoriedade, caso persista na conduta cabida, de imediata retirada do local, se necessário mediante o auxílio de força policial.

Artigo 4º - Tratando-se de fornecimento de produtos e serviços, o empresário deverá cuidar, proteger e vigiar para que no local de funcionamento de sua empresa não seja praticada infração ao disposto nesta lei.

Parágrafo único - O empresário omissor ficará sujeito às sanções previstas no artigo 56 da Lei Federal n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990 - Código de



Governador José Serra assinando a Lei Antifumo evento no ICESP dia 07/05/2009

O PROJETO VIROU LEI

E parceria INCOR VISA surgiu como uma oportunidade de facilitar a implementação da Lei, tendo a população como principal aliada, entendendo a necessidade e importância positiva da Lei.

Para isto fizemos um projeto piloto para então conceber o projeto de pesquisa.

Projeto Piloto - Avaliar o monóxido de carbono nos ambientes da hospitalidade e nos trabalhadores, antes e após aplicação da lei antifumo Estado de São Paulo



Equipe INCOR, Procon e VISA realizando projeto piloto nas casas noturnas e bares da cidade de São Paulo. Dia 16 maio de 2009



Dra. Maria Cristina Megid – Diretora de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo que apoiou a execução da pesquisa como instrumento de melhoria da compreensão da lei pela população.



Após realizar projeto piloto em 16/05/2009, com agentes da VISA e Procon, percebemos que iria ser possível comprovar a contaminação dos ambientes pela fumaça do cigarro e apresentamos ao Secretário da Saúde do Estado de São Paulo, Luiz Roberto Barradas. O projeto de pesquisa visava avaliar a concentração de monóxido de carbono dos estabelecimentos e seus funcionários antes e após a implementação da lei.

O secretário ofereceu apoio incondicional para realização da Pesquisa, e desta forma nasceu a parceira InCor e Vigilância Sanitária para sustentação e apoio a lei antifumo.



Sr Reinaldo Noburo Sato da Secretaria do Estado da Saúde foi um grande colaborador nesta etapa.

Começava a Corrida Contra o Tempo

- I. Para aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Fmusp
- II. Disponibilização de Equipamentos para medir Monóxido Ambiente e Pessoas
- III. Treinamento das Equipes
- IV. Realização da Coleta de Dados antes da Implantação da Lei em 06 de Agosto de 2009.

PROJETO DE PESQUISA APROVADO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS (CAPPesq)

Monoximetria ambiental e nos trabalhadores de Bares, restaurantes de afins antes e após implantação da lei 13.541. Correlação com morbi/mortalidade por DCV na cidade de São Paulo.

FUNDAMENTO – redução de 10 a 30% de morbi/mortalidade período de 3 a 6 meses após implantação da lei (Itália, Irlanda Nova York, Pueblo City)

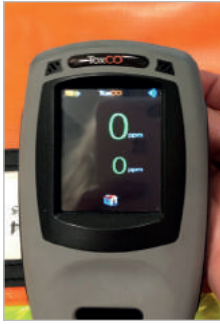
Correlação com marcador biológico – Monóxido de carbono



Pesquisa INCOR - LEI ANTIFUMO



Cerca de 100 agentes da vigilância Sanitária foram treinados para realização da coleta de dados da Pesquisa, inclusive com aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nos participantes da Pesquisa.



A pesquisa foi realizada em dois momentos – 2ª quinzena de julho de 2009 e na 2ª quinzena de outubro de 2009, nos mesmos locais e com mesmas pessoas. Os dados da CETESB, relativos às estações que registram poluentes da cidade de São Paulo também foram monitorados durante a pesquisa.

O monóxido de carbono dos ambientes era medido com este equipamento. Na área aberta, semi-aberta e fechada.



Os dados da Cetesb foram monitorados no dia das coletas de dados da pesquisa e em vários pontos da cidade.

TIPO DE MÉDIA: Média Horária						
Parâmetro: CO (Monóxido de Carbono) ppm						
Estações	23/07/2009	23/07/2009	23/07/2009	24/07/2009	24/07/2009	24/07/2009
	22:00	23:00	24:00	01:00	02:00	03:00
Campinas-Centro	1,4	1,3	1,2	1,1	0,8	0,7
Centro	1,1	1,0	1,2	0,9	0,9	0,5
Cerqueira Cesar	2,3	1,7	1,7	1,6	1,3	0,7
Congonhas	1,7	2,1	1,5	1,2	1,4	0,7
Ibirapuera	1,2	1,4	0,9	0,8	0,8	0,6
IPEN USP	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,2
Mooça	1,3	0,8	0,9	0,8	0,6	--
Osasco	2,4	2,0	1,7	1,2	0,9	0,6
Parelheiros	1,5	1,6	1,5	1,4	0,6	0,2
Parque D. Pedro II	1,2	1,4	1,5	0,5	0,3	0,2
Pinheiros	1,8	1,4	0,9	0,9	0,7	0,6
S. Andre-Centro	1,7	1,7	1,4	1,5	1,3	0,5
S. Caetano	1,8	1,6	1,6	1,5	1,6	0,6
Santo Amaro	1,0	0,9	0,9	0,8	0,6	0,2

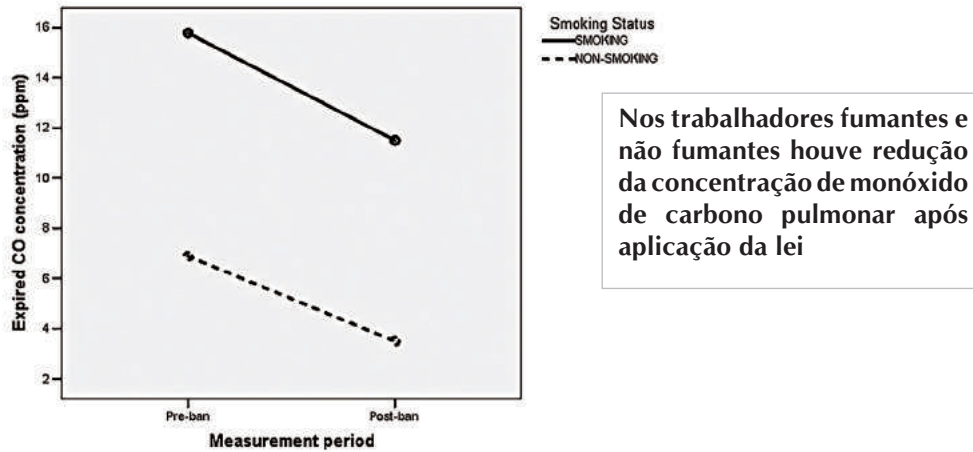
Parâmetro: VV (Velocidade do Vento) m/s

O monóxido de carbono do ar expirado dos funcionários fumantes e não fumantes foi medido com este equipamento.

Os técnicos da VISA faziam a pesquisa nos funcionários que concordavam com a aplicação do termo de Consentimento Livre e Esclarecido

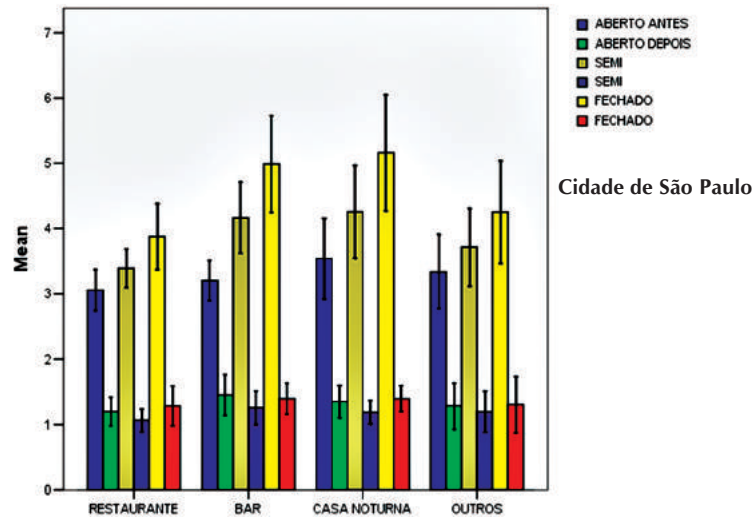


O resultado da pesquisa após 3 meses da implantação da lei mostrou redução da concentração de Monóxido de carbono nos Trabalhadores Fumantes e Não Fumantes



Redução da Concentração de Monóxido de Carbono em Todos os Estabelecimentos e Áreas

Médias de CO antes a após a Lei por tipo de estabelecimento



A divulgação dos resultados da pesquisa em Dezembro de 2009 teve grande impacto na mídia

Jornal da Tarde 10/12/2009

Lei antifumo faz bem à saúde dos garçons
Proibição do cigarro em ambientes fechados foi bom para eles PÁG. 9A

Garçom fumante está menos intoxicado

Banimento do cigarro reduziu taxa de CO no organismo dos funcionários de bares

FERNANDA ARANDA
fernanda.aranda@jornaldatarde.com.br

Ante os pedidos dos garçons fumantes (chamados "trifugas" dos colegas da lancha) com a vigência da lei antifumo, aponta a primeira pesquisa científica sobre a legislação que proibiu fumar em bares e restaurantes em São Paulo. Estado de São Paulo.

o Instituto do Coração (Incor) divulgou ontem, mesmo que o banimento do cigarro em locais fechados reduziu 31,7% a concentração do poluente mais nocivo do tabaco, o monóxido de carbono (CO), no organismo de funcionários fumantes de bares, restaurantes e casas noturnas da capital.

No total, 200 profissionais que se declaram fumantes participaram do experimento. Antes da lei, sua média apresentava concentração média de 14 ppm, o equivalente (nível de risco de CO) de 200 ppm. Depois, reduziu para 9 ppm.

Entre os garçons que nunca fumaram, a redução de CO foi de 32,8%, saindo de 7 ppm antes da lei para 4,7 ppm. Ou seja, antes eles tinham dois vezes de mais monóxido de carbono à disposição em seus corpos do que os não fumantes por dia. Agora, reduziu a um patamar comparável ao de um não fumante de cidade grande que, mesmo sem fumar, sofre algum tipo de contaminação por causa da poluição urbana.

Para a pesquisa, os funcionários usaram um aparelho que mede a dosagem de CO, chamado

Folha de São Paulo

LUIZ ROBERTO BARRADAS

Lei antifumo deu certo e despoluiu locais fechados

Estudo feito pelo Incor mostra uma queda de até 73% no nível de monóxido de carbono de locais fechados. O contágio do trabalhador não fumante baixou 53%. Quase um ano depois, resta fazer justiça à lei que beneficiou a todos. Pág. A3

LUIZ ROBERTO BARRADAS, morto antontem, era secretário estadual da Saúde em SP; este artigo, inédito, foi o último que escreveu para a Folha.

Estado de São Paulo -10/12/2009

CIGARRO BANIDO

Até garçom fumante está menos intoxicado

Incor aponta redução de 35,7% na concentração de monóxido de carbono no organismo de funcionários de bares que fumam, após lei

Agora São Paulo 10/12/2009

Poluição nos bares caiu 80% após a lei antifumo

Passados exatos quatro meses da vigência da lei antifumo de São Paulo, um estudo do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas, inédito no Brasil, segundo a Secretaria da Saúde, revela que a proibição reduziu em 80% a concentração de monóxido de carbono nos ambientes fechados.

O índice do poluente em 710 bares, boates e restaurantes da capital pesquisados, medido antes da vigência da lei e três meses após a restrição, caiu de 5 partes por milhão para apenas 1 parte por milhão.

A medição da poluição ambiental causada pelo cigarro em lugares parcialmente fechados a abertos apontou níveis médios de 4 e 3 partes por milhão, respectivamente, antes de a lei entrar em vigor. Em três meses, os mesmos locais apresentaram registros médios de apenas 1 parte por milhão de monóxido de carbono no ambiente.

"Isso significa sair de um período de horas parado em um túnel congestionado de carros e ir para um parque", disse Jaqueline Scholz Issa, cardiologista do Incor e coordenadora da pesquisa. "O risco de um fumante passivo é duas vezes maior do que o de uma pessoa não exposta ao cigarro, e o de um fumante é três vezes maior. É muito próximo." (FSP)

Folha de São Paulo 10/12/2009

Poluição em bar cai 80% após lei antifumo

Estudo da Incor em 710 bares, boates e restaurantes mostra que, após 3 meses de restrição, índice passou de 5 para 1

Pesquisa com 400 garçons — metade deles fumante — constatou redução de 35% no nível médio de monóxido de carbono no ar expelido

DA REPORTAGEM DE JACQUELINE SCHOLZ

Passados exatos quatro meses da vigência da lei antifumo de São Paulo, um estudo do Instituto de Coação do Hospital das Clínicas, inédito no Brasil, seguiu a Secretaria da Saúde, revela que a proibição reduziu em 80% a concentração de monóxido de carbono nos ambientes fechados.

O índice do poluente em 710 bares, boates e restaurantes da capital, pesquisados, medido antes da vigência da lei e três meses após a restrição, caiu de 5 partes por milhão para apenas 1 parte por milhão.

A medição da poluição ambiental causada pelo cigarro em lugares parcialmente fechados e abertos, apontou níveis médios de 4 e 2 partes por milhão, respectivamente, antes de a lei entrar em vigor. Entre os meses, os mesmos locais apresentaram níveis semelhantes de apenas 1 parte por milhão de monóxido de carbono no ambiente. "Isso significa sair de um pe-

riolo de horas parado em um túnel congestionado de carros e ir diretamente para um parque arborizado. Nem nós, que somos pesquisadores, esperávamos resultados tão bons", disse Jaqueline Scholz Issa, cardiologista da Incor e coordenadora da pesquisa.

O levantamento avaliou também 400 garçons que trabalhavam durante um mês expostos à fumaça, 200 deles fumantes e a outra metade não fumante. O ar expelido por eles antes da proibição ao fumo, medido



[A redução constatada] Significa sair de um período de horas parado em um túnel congestionado de carros e ir diretamente para um parque arborizado

JACQUELINE SCHOLZ ISSA
coordenadora da Incor e cardiologista da pesquisa

por um aparelho de sopro, apresentou nível médio de monóxido de carbono de 14 partes por milhão. Doze semanas depois, a medição foi repetida nos mesmos garçons voluntários e a concentração caiu para 9 partes por milhão, redução de 35%.

Os resultados da pesquisa da Incor, levantada em campo pelos fiscais da Vigilância Sanitária, revelam que as boates, onde há maior resistência para cumprimento da lei antifumo e que acumulam mais multas, são os lugares de maior concentração de monóxido de carbono. "Muitas casas noturnas tinham exaustores e deram al-

vos elevados do poluente, o que mostra que esse mecanismo não é eficiente", diz Maria Cristina Megid, chefe da fiscalização da vigilância.

Segundo a Incor, essa pesquisa é a primeira no mundo a utilizar a variável biológica, o monóxido de carbono, como indicador de redução de risco de exposição ambiental à fumaça do cigarro.

"O risco de um fumante passivo é duas vezes maior do que o de uma pessoa não exposta ao cigarro, e o de um fumante é três vezes maior, então o risco é muito próximo", disse Issa. (VICIUS QUEIROZ GALVÃO)

Downloaded from tobaccocontrol.bmj.com on March 29, 2011 - Published by group.bmj.com

Research paper

The effect of São Paulo's smoke-free legislation on carbon monoxide concentration in hospitality venues and their workers

Jaqueline S Issa,¹ Tania M O Abe,¹ Alexandre C Pereira,¹ Maria Cristina Megid,² Cristina E Shimabukuro,² Luis Sergio O Valentin,² Marizete M da C Ferreira,² Moacyr R C Nobre,¹ Ines Lancarotte,¹ Antonio Carlos Pereira Barretto¹

¹Heart Institute, Smoking Cessation Program department, Medicine Faculty, University of São Paulo, SP, Brazil

²São Paulo State Center of Surveillance, São Paulo, Brazil

Correspondence to
Dr Jaqueline Scholz Issa, Heart Institute, Medicine Faculty, University of São Paulo, Rua Dr Eneas de Carvalho Aguiar 44, 1 andar Bloco 2, CEP, São Paulo 05403-000, São Paulo, Brazil; jaqueline@incor.usp.br

Received 28 April 2010
Accepted 27 October 2010
Published Online First
25 November 2010

ABSTRACT

Background Studies have shown that there is no safe level of secondhand smoke (SHS) exposure and there is a close link between SHS and the risk of coronary heart disease and stroke. Carbon monoxide (CO) is one of the most important components present in SHS.

Objective To evaluate the impact of the smoking ban law in the city of Sao Paulo, Brazil, on the CO concentration in restaurants, bars, night clubs and similar venues and in their workers.

Methods In the present study we measured CO concentration in 585 hospitality venues. CO concentration was measured in different environments (indoor, semi-open and open areas) from visited venues, as well as, in the exhaled air from approximately 627 workers of such venues. Measurements were performed twice, before and 12 weeks after the law implementation. In addition, the quality of the air in the city during the same period of our study was verified.

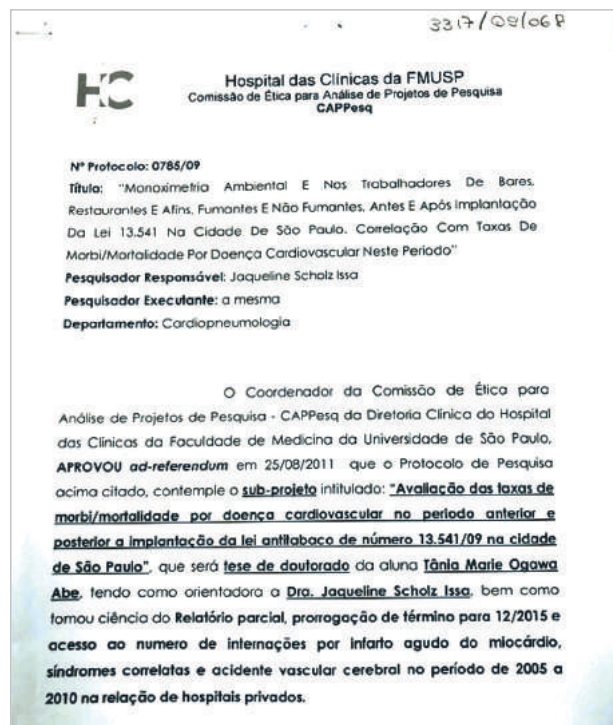
Results The CO concentration pre-ban and post-ban in hospitality venues was indoor area 4.57 (3.70) ppm vs

places. This reduction is thought to be mainly associated with a reduction in SHS.⁵⁻⁹ Based on these experiences, the São Paulo state government approved smoke-free legislation in 2009, forbidding the consumption of all tobacco products in enclosed and partly closed collective sites, including public and private places, such as working environments, cultural establishments, pharmacies, bars, restaurants, movie theaters, theatres, hotels, supermarkets, nightclubs, schools, museums, cabs, banks, health institutions and others. The exception includes private residences, religious cult venues in which the tobacco product is part of the ceremony and sites specifically and exclusively designated for tobacco consumption.

After the smoking-ban law became public, it was necessary to create a campaign named "Tobacco-free and healthy environments" to show the viability of eliminating smoking from indoor and partly closed places, through coordinated actions between the São Paulo State Center of Surveillance

O desafio da próxima etapa também era grande. Queríamos avaliar o impacto da Lei na redução de mortes por AVC e INFARTO

Então, nada melhor que uma tese de doutorado. Desafio aceito pela Dra Tania Marie Ogawa Abe.



Nesta etapa também encontramos importantes parceiros

Sr. José Dinio Vaz Mendes, Sra. Vera Lucia Rodrigues Lopes Osiano, Sra. Mônica Aparecida Marcondes Cecilio. Assistentes técnicos da Coordenadoria de Planejamento de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

Nos ajudaram na aquisição de dados de morbimortalidade da cidade de São Paulo



Agradecimento especial a Sra. Maria Helena R. B. Dias, química, gerente da Divisão de Tecnologia de Avaliação da Qualidade do Ar da CETESB, pelo fornecimento dos dados de poluentes, temperatura e umidade do ar.

Um grande diferencial que qualificou os achados da tese.

INTERNAÇÃO E MORTALIDADE POR DOENÇA CARDIOVASCULAR E CEREBROVASCULAR NO PERÍODO ANTERIOR E POSTERIOR À LEI ANTITABACO NA CIDADE DE SÃO PAULO



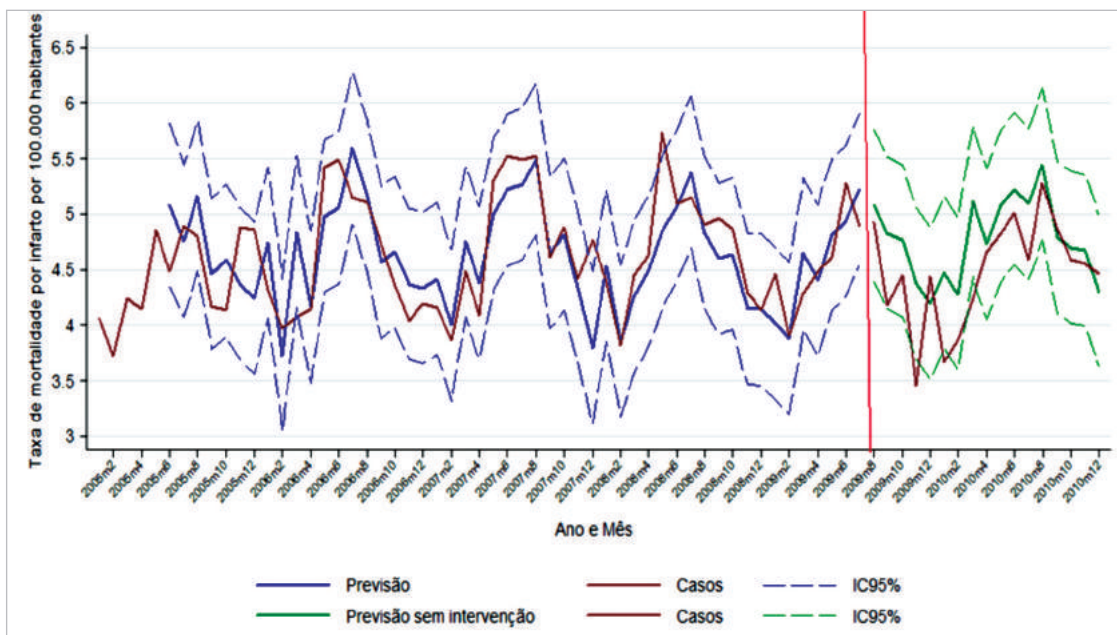
Tania Marie Ogawa Abe
Orientadora: Jaqueline Ribeiro Scholz

MATERIAIS E MÉTODOS

- I. Estudo Ecológico de séries temporais
- II. 2005 a 2010
- III. Coleta de dados:
 - SIM – Pro-AIM
 - SIH – DATASUS
- IV. Avaliação ambiental – CETESB:
 - CO, NO₂, SO₂, MP₁₀, O₃
 - Temperatura, umidade relativa do ar
 - Estações fixas do município de São Paulo

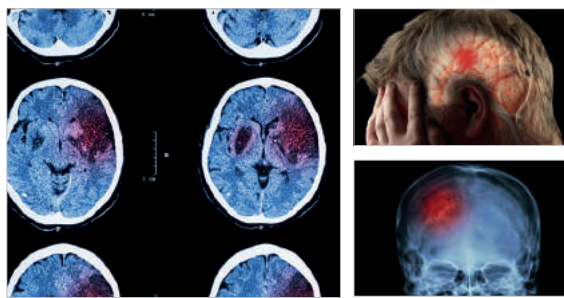
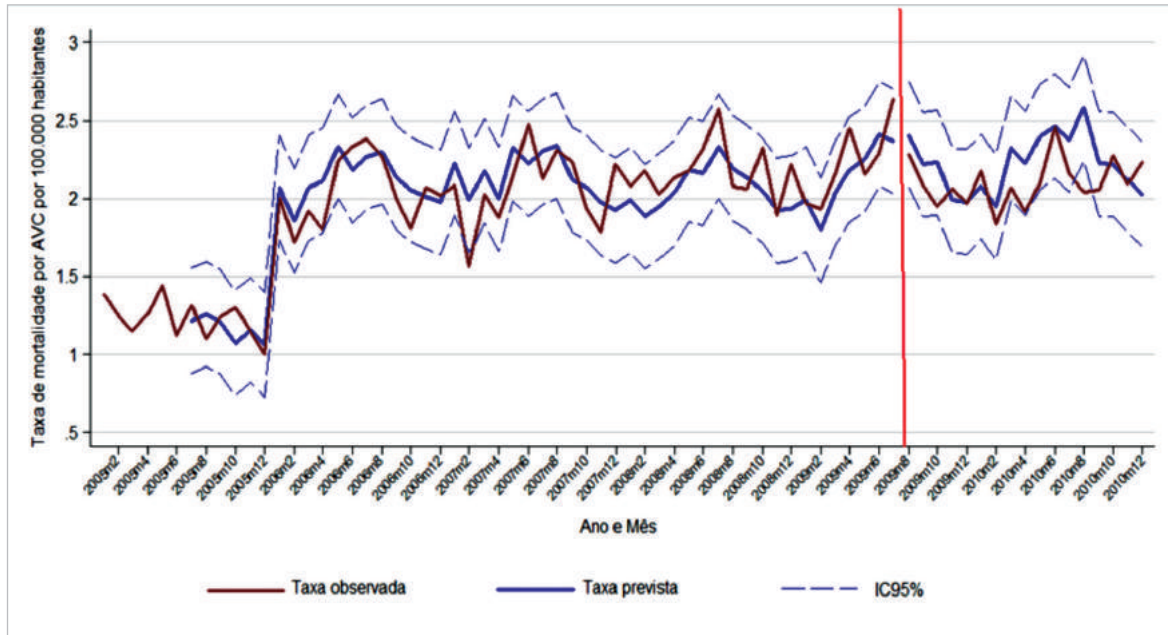
RESULTADOS – Infarto mortalidade

- V. Modelo de mortalidade por “infarto”: número de leitos, T_{min}, CO



↓ **571 mortes por infarto**

Decrease in mortality rate and hospital admissions for acute myocardial infarction after the enactment of the smoking ban law in São Paulo city, Brazil. Abe TMO, et al. *Tob Control* 2017;26:656–662. doi:10.1136/tobaccocontrol-2016-053261



↓ 248 mortes por AVC

Tese publicada na mesma revista do estudo com monóxido, mostrando importância e qualidade da pesquisa.

Downloaded from <http://tobaccocontrol.bmj.com/> on May 25, 2017 - Published by group.bmj.com
 TC Online First, published on January 16, 2017 as 10.1136/tobaccocontrol-2016-053261
 Research paper

Decrease in mortality rate and hospital admissions for acute myocardial infarction after the enactment of the smoking ban law in São Paulo city, Brazil

Tania M O Abe,¹ Jaqueline Scholz,¹ Eduardo de Masi,² Moacyr R C Nobre,¹ Roberto Kalil Filho¹

ABSTRACT
Background Smoking restriction laws have spread worldwide during the last decade. Previous studies have shown a decline in the community rates of myocardial infarction after enactment of these laws. However, data are scarce about the Latin American population. In the first phase of this study, we reported the successful implementation of the law in São Paulo city, with a decrease in carbon monoxide rates in hospitality venues.
Objective To evaluate whether the 2009 implementation of a comprehensive smoking ban law in São Paulo city was associated with a reduction in rates of mortality and hospital admissions for myocardial infarction.
Methods We performed a time-series study of monthly rates of mortality and hospital admissions for acute myocardial infarction from January 2005 to December 2010. The data were derived from DATASUS, the primary public health information system available in Brazil and from Mortality Information System (SIM). Adjustments and analyses were performed using the Autoregressive Integrated Moving Average with exogenous variables (ARIMA) method modelled by environmental variables
 30 min of exposure to tobacco smoke), which can increase the risk of coronary heart disease and trigger acute coronary events.⁶⁻⁸ Concerning current smoking, previous studies showed benefits of smoking ban laws and other tobacco control policies in reducing current smoking.⁹⁻¹²
 In most of the world, a decline has been observed in rates of hospitalisation for myocardial infarction. The decline prior to the smoking ban laws was attributed to improvements in the treatment of risk factors for myocardial infarction and implementation of other preventive measures. After the laws, the pre-existing trend of a decline in rates of hospitalisation for myocardial infarction became more evident, especially in small cities and localities,¹³⁻¹⁵ in larger cities and countries,¹⁶⁻¹⁷ the reduction of the rates was less significant—other factors such as migration make population control more difficult, which may have influenced these rates.
 In this scenario, Uruguay, which has ~3.5 million inhabitants, was the first Latin American country to implement a comprehensive smoking ban law in

Correspondence to
 Tania M O Abe, Heart Institute, Medicine Faculty, University of São Paulo, Rua Dr Eneas de Carvalho Aguiar 44 —1 andar Bloco 2—São Paulo, SP CEP 05403-000, Brazil; drtarianoagava@gmail.com

Received 20 June 2016
 Revised 26 September 2016
 Accepted 3 October 2016

A repercussão na Mídia foi marcante fazendo as pessoas entenderem de forma simples o impacto positivo da Lei.

Dra. Jaqueline Scholz. Diretora do Programa de Tratamento do Tabagismo do INCOR (Hospital das Clínicas da USP), criadora do Programa de Assistência ao Fumante PAF, autora de livros e artigos sobre tabagismo.

O GAPS nos 10 anos de Programa Ambiente Livre de Tabaco

Adilson Soares

Grupo de Apoio as Políticas de Prevenção e Proteção à Saúde - GAPS/CCD/SES-SP

A proteção da vida e de riscos à saúde das pessoas é uma das funções precípua do Estado. Algumas situações que se apresentam no campo da saúde pública demandam intervenções imediatas e não podem esperar a tramitação normal e burocrática de um processo técnico e/ou administrativo. Desta forma o marco legal e regulatório das finanças publicas no Brasil instituiu a possibilidade de criação de fundos públicos para atuar em situações desta natureza, os chamados fundos especiais de despesa.

No âmbito do Estado de São Paulo um importante fundo especial foi criado com a competência e atribuição de apoiar ações de prevenção, promoção e proteção à saúde da população paulista. Criado pela Lei 10.108 de 08 de maio de 1968 inicialmente com o nome de Fundo de Educação Sanitária e Imunização em Massa contra Doenças Transmissíveis - FESIMA, o fundo apoiou inúmeros projetos até ter a sua denominação alterada pela Lei 13.867 de 9 de dezembro de 2009 para Fundo Especial de Saúde para Imunização em Massa e Controle de Doenças - FESIMA, com a finalidade de:

- I. Apoiar a Secretaria da Saúde na promoção de estudos e pesquisas no campo

da educação em saúde, imunização e agravos inusitados à saúde;

- II. Colaborar no desenvolvimento e execução de programas de imunização em massa contra doenças transmissíveis, promovendo campanhas com essa finalidade;
- III. Apoiar as ações de treinamento e o aperfeiçoamento do pessoal técnico e divulgar conhecimentos científicos de interesse para educação sanitária e imunização em massa contra doenças transmissíveis e para as demais ações prioritárias da Secretaria da Saúde que decorrerem de agravos inusitados à saúde;
- IV. Desempenhar outras atribuições ligadas ao controle de doenças e agravos inusitados à saúde, sobretudo no campo da prevenção.

A execução das ações, recursos financeiros, planejamento, avaliação e monitoramento dos projetos do FESIMA está a cargo do Grupo de Apoio às Políticas



de Prevenção e Proteção à Saúde – GAPS, departamento criado pelo Decreto 55.923, de 17 de junho de 2010, vinculado à Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES-SP.

No período mais recente, a partir de 2011 com a organização do GAPS, o Fundo Especial de Saúde para Imunização em Massa e Controle de Doenças financiou 167 projetos nas áreas de:

1. Inspeção Sanitária para Controle de Riscos à Saúde;
2. Imunização em Massa;
3. Ações Programáticas em Vigilância em Saúde;
4. Controle de Arboviroses prioritárias;
5. Controle de Zoonoses;
6. Diagnóstico precoce de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, Sífilis e Hepatites;
7. Emergência Sanitária – Exames Laboratoriais de Saúde Pública;
8. Gestão em Vigilância em Saúde.

Os investimentos do FESIMA no período de 2011 a 2018 somaram R\$ 60 milhões com destaque para os investimentos realizados nos projetos “Ambientes Livres de Tabaco”. Criado em 7 de maio de 2009 pela Lei 13.541 e regulamentado no mesmo dia pelo Decreto 54.311, o governo do Estado de São Paulo já demonstrava a prioridade que daria ao Programa “Ambientes Livres de Tabaco”. Deste modo o aporte de recursos para implementação desta política pública foi uma consequência.

Os profissionais que atuam no programa passaram a receber uma bonificação/ajuda de custo, chamada “Etapa”, para trabalharem fora do seu expediente normal de trabalho, durante a semana e aos finais de semana, em atividades de inspeções sanitárias em bares restaurantes, clubes e afins. Foram investidos pagamento de 285 mil etapas, média de 36 mil ao ano, para profissionais que atuaram nos programas “Ambientes Livres de Tabaco” e “Álcool para Menores é Proibido”.

O FESIMA completou recentemente (2018) 50 anos de trabalhos na prevenção e proteção da saúde dos paulistas, e continuará a fazê-lo nos anos vindouros porque esta é uma política bem sucedida no Estado de São Paulo.

Dr. Adilson Soares, diretor do Grupo de Apoio as Políticas de Prevenção e Proteção à Saúde - GAPS

A Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco

Vera Luiza da Costa e Silva

Secretariado da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco



O uso de produtos derivados do tabaco é uma das principais causas de mortes evitáveis no mundo. A cada ano, esses produtos matam mais de 8 milhões de pessoas, um número que aumentará sem ação intensificada. Esse dado de maneira isolada já posicionaria o tabagismo como um dos principais problemas de saúde pública. Mas as consequências sociais, ambientais e econômicas do consumo de tabaco realmente tornam o seu controle uma prioridade para o desenvolvimento sustentável.

A economia global perde 1,4 trilhões de dólares americanos a cada ano devido ao uso do tabaco. Os danos ao meio ambiente ocorrem durante todo o ciclo de vida dos produtos do tabaco devido ao desmatamento, poluição da água pelo uso de pesticidas e lixo relacionado com as guimbas de cigarro. Mortes prematuras e incapacidades causadas pelo uso do tabaco têm um enorme impacto social - particularmente entre as populações mais vulneráveis que têm maior probabilidade de fumar.

A inclusão de uma meta específica sobre o tabagismo na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável destaca as contribuições que o controle do tabaco pode trazer para o avanço do desenvolvimento em níveis nacional, regional e global. A Meta 3.A dos Objetivo

do Desenvolvimento Sustentável (ODSs) clama pelo fortalecimento da implementação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco - o primeiro e único tratado global de saúde pública que conta hoje com 181 Partes, sendo 180 países mais a União Europeia, e cobre mais de 90% da população mundial

A Convenção tem como objetivo proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco. Uma análise realizada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) identificou que a implementação das medidas contidas nesta Convenção traz benefícios muito além de meramente relacionados à saúde e, por isso, pode impactar positivamente no alcance de praticamente todos os ODSs.

Este tratado representa um instrumento legal e um compromisso político de todos estes países com a adoção de uma série de medidas baseadas em evidências para enfrentar a epidemia do tabagismo. Impele também as Nações Unidas a apoiar os países a implementarem tais medidas. Os compromissos contidos neste tratado internacional requerem ação de diversos setores de governo, já que se referem a políticas públicas que estão muito além do alcance do setor saúde.

Essas medidas incluem obrigações gerais relacionadas com o desenvolvimento de planos estratégicos, estabelecimento de mecanismos de coordenação multissetorial, implementação de medidas legislativas e proteção das políticas públicas contra a interferência das indústrias do tabaco, esta última o principal desafio para avanço de políticas de controle do tabaco.

Estão incluídas também medidas de redução da demanda como políticas de preços e impostos, inclusão de imagens de advertência nas embalagens de produtos de tabaco e proibição de fumar em ambientes públicos e de trabalhos fechados. Há também medidas de redução da oferta como por exemplo a eliminação do comércio ilícito de produtos de tabaco, a proibição da venda por e para menores, e a oferta de alternativas de cultivo para fumicultores. A Convenção também estabelece importantes compromissos relacionados com a cooperação internacional para o controle do tabaco.

Do artigo 15 desta Convenção também deriva um novo tratado internacional por si mesmo, o Protocolo para Eliminação do Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco. Este Protocolo entrou em vigor no dia 25 de setembro de 2018 e já conta com 55 Partes, incluindo o Brasil. Este tratado traz novos mecanismos legais que facilitarão a cooperação entre os países para o enfrentamento do comércio ilícito que enfraquece as políticas de controle do tabagismo já que torna os produtos de tabaco mais acessíveis.

A Convenção também estabeleceu uma nova entidade, o Secretariado da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco que funciona como a voz do controle do tabaco dentro das Nações

Unidas. Sediado na Organização Mundial da Saúde (OMS), o Secretariado atua para traduzir em programas e ações as decisões da Conferência das Partes, o órgão de governança da Convenção. Conforme mandato recebido pela Conferência das Partes, o Secretariado oferece apoio técnico para que os países possam avançar com a implementação da Convenção.

Um estudo de impacto encomendado pela Conferência das Partes apontou uma contribuição muito positiva da Convenção no desenvolvimento de políticas nacionais para o controle do tabagismo e conseqüentemente para a redução da prevalência de tabagismo no mundo. Uma análise com base em estimativas na OMS publicada na última edição do Relatório Global de Progresso na Implementação da Convenção-Quadro aponta que a maior proporção de Partes do tratado em todos os níveis de renda apresenta redução na prevalência de tabagismo. Entretanto, o progresso ainda é mais lento que seria necessário e poucas Partes da Convenção devem atingir a meta de redução relativa de 30% da prevalência de tabagismo entre 2010 e 2025.

O compromisso com o alcance desta meta foi reafirmado no ano passado quando a Conferência das Partes adotou a Estratégia Global para Acelerar o Controle do Tabaco com o objetivo de apoiar o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Os países concordaram em tomar medidas coordenadas, buscar coerência política e remover barreiras que estão impedindo a implementação plena e efetiva dos compromissos incluídos na Convenção-Quadro.

A história do controle do tabagismo no Brasil serve de bom exemplo do trabalho

realizado a nível global. Trata-se de um trabalho que se iniciou dentro do setor saúde, mas que evoluiu a ponto de se tornar uma questão de Estado que traz diferentes setores do governo para oferecer uma resposta coordenada ao problema. O país parte da constituição pela sociedade civil de um Programa Nacional Contra o Fumo em 1979, passa pela consolidação de uma rede de organizações e indivíduos dedicados a este tema, até a conformação de uma Comissão Nacional para coordenar a negociação em 1999 e a implementação da Convenção em 2005.

Esse trabalho permitiu ao Brasil alcançar avanços muito importantes como em relação às políticas de ambientes livres de fumo, com papel central e pioneiro do estado de São Paulo. A Lei Antifumo sancionada em maio de 2009 e implementada em agosto daquele ano proibiu o consumo de cigarros em áreas públicas parcialmente ou completamente fechadas no estado. Segundo dados do Ministério da Saúde, somente na capital paulista o número de fumantes diminuiu em cerca de 300 mil pessoas após a implementação da lei. A lei nacional regulamentada em 2014 expandiu a proteção a toda população brasileira e reduziu em 5,2% a mortalidade infantil e em 3,4% a neonatal no país. Uma demonstração clara da importância da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco para proteger a saúde de crianças e adolescentes.

Outro importante avanço está relacionado às imagens de advertência nas embalagens de produtos de tabaco, aqui com o marco regulatório constituído na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O país ainda avançou de maneira significativa no aumento dos

preços e impostos, a medida mais custo-efetiva para o controle do tabaco. Também se estruturou dentro do Sistema Único de Saúde o Programa para Tratamento de Fumantes que oferece gratuitamente tratamentos para cessação tabágica, e estruturas para monitoramento da epidemia do tabagismo que nos permitem verificar a significativa redução de 34,8% a 14,7% na prevalência de tabagismo na população acima de 18 anos no Brasil.

Mais recentemente o país ainda tomou um outro importante passo, alinhado com o Artigo 19 da Convenção-Quadro, quando a Advocacia Geral da União protocolou uma ação civil pública que cobra o ressarcimento dos gastos da União com o tratamento de pacientes com doenças cujo nexos causal com o consumo ou exposição à fumaça dos cigarros está cientificamente comprovado.

Muito ainda pode ser alcançado no Brasil e no mundo para o fortalecimento da implementação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco. O alinhamento das agendas de todas as organizações que contribuem para enfrentar este problema aos objetivos da Estratégia Global adotada pelos 181 países que são Partes da Convenção certamente intensificará a resposta à epidemia de tabagismo. A experiência de enfrentamento de um grave problema de saúde pública por meio da implementação de um tratado global pode ainda servir como modelo para responder a uma série de outras questões e para a promoção da saúde por meio do desenvolvimento de políticas públicas saudáveis.

Dra. Vera Luiza da Costa e Silva
Chefe do Secretariado da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco.
World Health Organization (WHO)
Avenue Appia 20, 1211 Genève, Suíça

A Lei Antifumo de São Paulo e suas contribuições para o aperfeiçoamento da política nacional de controle do tabaco

Tânia Maria Cavalcante

Secretaria Executiva da CONICQ/ Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde.

Introdução – Em seus dez anos de implementação a lei antifumo de São Paulo oferece uma grande oportunidade para reflexões sobre sua contribuição para a Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT).

A PNCT está vinculada à implementação da Convenção Quadro da OMS para Controle do Tabaco, tratado internacional de saúde ratificado pelo Congresso Nacional em 2005 e promulgado pela Presidência da República em 2006.¹ Para a sua governança foi criada em 2003 por decreto a Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CONICQ) que congrega 18 setores do governo federal, é presidida pelo Ministro da Saúde e tem o Instituto Nacional de Câncer como sua Secretaria Executiva.²

A Política Nacional de Controle do Tabaco e a lei federal antifumo

O artigo 8º da CQCT estabelece a total proibição do ato de fumar em recintos coletivos como única forma de proteger todos dos graves riscos da exposição à fumaça ambiental de tabaco. Suas diretrizes, baseadas em evidências, mostram que não existem níveis seguros para essa exposição

e que nenhum sistema de ventilação em ambientes internos teria capacidade de reduzi-la a níveis aceitáveis.^{3,4}



Desde 1996 a lei federal 9294 proibia fumar em ambientes públicos fechados, porém permitia espaços reservados para fumar. Em 2007, a CONICQ com apoio do então Ministro da Saúde José Gomes Temporão e da sociedade civil e coordenações estaduais de controle do tabagismo, iniciou articulações no Congresso Nacional que levaram o então Senador Tião Viana a apresentar o Projeto de Lei 315/2008 (PL 315/2008) propondo ajustes na Lei 9294/96 para uma total proibição de fumar em recintos coletivos.⁵

Porém fabricantes de cigarros iniciaram forte oposição por meio de organizações e parlamentares aliados.⁶ Uma das manobras veio na forma de um outro PL concorrente (PL316/2008) que mantinha os fumódromos.^{7,8} Um ano depois graças ao empenho da Senadora Marina Silva relatora da matéria na Comissão de Constituição e Justiça do Senado, o PL 315/2008 foi aprovado e o PL 316/2008 rejeitado.^{9,10,11}

Porém ficou emperrado em outras Comissões, o que não foi surpresa. As empresas de cigarros sempre souberam que a proibição de fumar em recintos coletivos reduz a aceitação social do comportamento de fumar e reduz a prevalência de fumantes por isso o forte lobby contra.^{12,13} Estudos revelam como em 1996 fabricantes de cigarros obstruíram os primeiros esforços no Congresso Nacional para aprovar um PL proibindo fumar em recintos coletivos, resultando na aprovação da lei 9294/96 permitindo fumódromos.¹⁴

A Lei antifumo de São Paulo e sua influência sobre a lei antifumo federal

Enquanto o Ministério da Saúde se esforçava para vencer as pressões contrárias aos ajustes na lei federal, o estado de São Paulo se antecipou e publicou sua Lei estadual 13.541 em 2009.¹⁵ Sob gestão do então governador José Serra, e como o apoio de organizações como a Aliança de Controle do Tabagismo e a Associação Médica Brasileira, entre outras não menos importante, São Paulo enfrentou de forma exemplar a forte oposição vocalizada por associações de bares, restaurantes e de hotelaria sob o patrocínio de fabricantes de cigarros.^{16,17,18} As argumentações incluíam previsões alarmistas como a retração das vendas e perda de empregos¹⁹, e fortes críticas à medida que classificavam como autoritária e cerceamento de liberdades.²⁰ Com a concretização da lei estadual, passaram à segunda onda de ataques por meio da judicialização.^{21,22} Uma ação de inconstitucionalidade movida pela Confederação Nacional do Turismo alegava que somente a União teria competência para legislar sobre o assunto, e colocava em risco a medida.²³ Porém o governo paulista investiu na defesa da legitimidade da medida e na sua implementação por meio

de uma fiscalização exemplar coordenada pela rede de Vigilância Sanitária estadual.²⁴

Os resultados mostraram grande adesão ao cumprimento da lei^{26,27} e significativos benefícios para a saúde da população. Segundo o INCOR após os 3 primeiros meses de implementação da lei observou-se uma redução de 5,4% na ocorrência de infartos, e após os primeiros 17 meses uma redução de 11,9% na mortalidade por doenças cardiovasculares.^{28,29} Já a prevalência de fumantes acima de 18 anos em São Paulo capital caiu de 18,8% em 2009 para 14,2% em 2017.^{30,31}

O exemplo de São Paulo gerou um efeito dominó, se propagando para outros estados^{32,33} e ajudou a vencer as resistências no Congresso Nacional.

Em nível federal, apesar do PL antifumo do senador Tião Vianna ter sucumbido às estratégias obstrucionistas no Senado, em dezembro em 2011 finalmente a lei 9294/06 foi ajustada para uma total proibição do ato de fumar por meio do artigo 49 da Lei 12546 aprovada e posteriormente regulamentada pelo Decreto 8.262 (31 de maio de 2014) e pela Portaria Interministerial n.º 2.647 (04 de dezembro de 2014).³⁴

No entanto é preciso registrar que o artigo 49 da Lei 12.546 se originou a partir de uma emenda feita pela indústria do tabaco à Medida Provisória 540 (MP540) proposta pelo governo federal em 2011. O objetivo da MP era desonerar alguns setores econômicos com a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e aumentar o IPI sobre cigarros. Porém o texto inicial da emenda da indústria do tabaco, que viria a se tornar o artigo 49 da Lei 12.546, era uma espécie de compensação

ao aumento do IPI sobre cigarros e trazia uma série de retrocessos para as regulamentações vigentes sobre produtos de tabaco, tais como a permissão de fumar em bares e restaurantes e a supressão do poder da ANVISA de regular produtos de tabaco.^{35,36,37} Uma grande reação articulada pela CONICQ, entidades governamentais e não governamentais de saúde pública e alguns parlamentares aliados transformou essa emenda em grande conquista para a PNCT com destaque para a total proibição de fumar em recintos coletivos. E o exemplo de São Paulo foi uma das argumentações mais fortes para desconstruir a emenda. Por outro lado, a implementação dessa medida só veio acontecer 3 anos depois da aprovação da lei pois dependia da publicação de um decreto presidencial regulamentando as regras para sua implementação.^{38,39,40,41}

Considerações finais

Esses fatos ilustram a PNCT como uma política de enfrentamentos das estratégias da indústria do tabaco. Não à toa que no preâmbulo da CQCT seus Estados Partes reconhecem *“a necessidade de manter a vigilância ante qualquer tentativa da indústria do tabaco de minar ou desvirtuar as atividades de controle do tabaco ...”*

E por meio do artigo 5.3 da CQCT, seus Estados Partes assumem a obrigação de proteger suas políticas de controle do tabaco da interferência da indústria do tabaco.⁴²

No Brasil, os ajustes da lei federal para adequação da lei federal antifumo aos termos da CQCT levaram 7 anos em função do forte lobby da indústria do tabaco.

O efeito negativo de retardos como esse foi demonstrado pelo recente estudo do

INCA sobre o impacto da lei antifumo na mortalidade infantil. O estudo mostrou que se por um lado leis que proibiram fumar em recintos coletivos no Brasil evitaram a morte de 15.068 crianças com idade inferior a 1 ano entre 2000 e 2016, por outro mais 10.091 mortes de crianças nessa faixa poderiam ter sido evitadas se restrições mais fortes, como as iniciadas pelo estado de São Paulo em 2009, tivessem sido implementadas com maior antecedência em todo território nacional.⁴³

Além do custo anual de 57 bilhões de reais com o tratamento e perda de produtividade por doenças tabaco relacionadas, o INCA estimou o custo de doações da indústria do tabaco para formar alianças para obstruir medidas para reduzir o tabagismo: *“cada 200 mil dólares recebidos de doação oriunda do lucro auferido pelas empresas de tabaco é equivalente à morte de 14 pessoas”*. Esse é o preço que se paga em vidas humanas cada vez que uma organização ou um legislador ou oficial de governo coloca seu prestígio ou sua função pública à serviço de fabricantes de cigarros.⁴⁴

A lei antifumo de São Paulo demonstra que o principal remédio para o tabagismo não é vacina, nem antibióticos e sim vontade política e determinação no enfrentamento do lobby obstrucionista da indústria do tabaco.

REFERÊNCIAS

1. DECRETO Nº 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. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5658.htm
2. Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. A Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

e de seus Protocolos (CONICQ). <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/comissao-nacional-para-implementacao-convencao-quadro-para-o-controle-tabaco-e-seus-protocolos>

3. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Article 8 Guidelines on the protection from exposure to tobacco smoke https://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/article_8/en/

4. Instituto Nacional de Câncer. Secretaria Executiva da Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Diretrizes para implementação do artigo 8º da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco: proteção contra a exposição à fumaça do tabaco / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Tânia Cavalcante (Organizadora). – Rio de Janeiro: INCA, 2016. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes-para-implementacao-do-artigo-8.pdf>

5. Senado Federal Projeto de Lei do Senado nº 315, de 2008. Autoria Senador Tião Viana <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/87057>

6. Aliança de Controle do Tabagismo (ACTBr) 02.03.10. Manifestantes caveiras vão à câmara exigir aprovação de lei contra tabaco. <http://www.actbr.org.br/post/manifestantes-caveiras-va-o-a-camara-exigir-aprovacao-de-lei-contra-tabaco/14801/>

7. Agência Senado 02.12.09 Proibição ao fumo em ambientes coletivos fechados divide senadores <http://www.actbr.org.br/post/proibicao-ao-fumo-em-ambientes-coletivos-fechados-divide-senadores/14739/>

8. Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Respira Brasil: as Legislações de Ambientes Livres de Fumo das Cinco Regiões do Brasil. Brasília, DF : OPAS, 2012. http://actbr.org.br/uploads/arquivo/767_Respira_Brasil.pdf

9. Senado Federal Comissão de Constituição e Justiça . parecer nº , de 2009 - Senado Federal www.senado.leg.br/atividade/rotinas/materia/getTexto.asp?t=70574

10. Valor Econômico 11 de março de 2010. Indústria do Fumo enfrenta revés na CCJ do Senado. <https://www.pressreader.com/brazil/valor-economico/20100311/281702610883693>

11. Agência Senado . 02.12.09 Marina lê voto favorável a projeto que proíbe fumo em ambientes coletivos. <http://www.actbr.org.br/post/marina-le-voto-favoravel-a-projeto-que-proibe-fumo-em-ambientes-coletivos/14738/>

12. Nagelhout GE , Vries H , Boudreau C et al Comparative impact of smoke-free legislation on smoking cessation in three European countries. European Journal of Public Health, Vol. 22, Supplement 1, 2012, 4–9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3451298/pdf/ckr203.pdf>

13. US Centers for Disease Control and Prevention. Smokefree Policies Reduce Smoking https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/protection/reduce_smoking/index.htm

14. 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 Publica. 2010;27(4):283–90. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2010.v27n4/283-290/>

15. Senado Federal 31/03/2010 São Paulo foi o primeiro estado a adotar lei antifumo específica <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2010/03/31/sao-paulo-foi-o-primeiro-estado-a-adoptar-lei-antifumo-especifica>

16. O Estadão. 07 de abril de 2009. Empresa já patrocinou entidade contrária à lei antifumo. <https://www.estadao.com.br/noticias/geral,empresa-ja-patrocinou-entidade-contraria-a-lei-antifumo,351254>

17. O Estado de S. Paulo. 07/04/2009 Souza Cruz doou para entidades. Associações contrárias ao projeto que bane fumo de lugares fechados em SP tiveram apoio da fabricante. <https://emails.estadao.com.br/noticias/geral,souza-cruz-doou-para-entidades,351127>

18. Globo .com. 25 de maio de 2009 . Associação de bares tenta novo recurso no STF contra lei antifumo em SP <http://g1.globo.com/Noticias/SaoPaulo/0,,MUL1166914-5605,00-ASSOCIACAO+DE+BARES+TENTA+NOVO+RECURSO+NO+STF+CONTRA+LEI+ANTIFUMO+EM+SP.html>

19. Terra notícias. 09 de maio de 2009. Abrasel admite interesse econômico em ações contra lei antifumo. <http://noticias.terra.com.br/brasil/interna/0,,OI3755476-EI8139,00-Abrasel+admite+interesse+economico+em+acoes+contra+lei+antifumo.html>

20. Época. 11/05/2009 Sai a fumaça, fica a polêmica. A lei antifumo aprovada em todo o Estado de São Paulo manda apagar o cigarro em ambientes coletivos fechados – públicos ou privados – e reacende a discussão sobre liberdade individual versus saúde pública. <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI70910-15223,00-SAI+A+FUMACA+FICA+A+POLEMICA.html>

21. Globo .com. 25 de maio de 2009 . Associação de bares tenta novo recurso no STF contra lei antifumo em SP. <http://g1.globo.com/Noticias/SaoPaulo/0,,MUL1166914-5605,00-ASSOCIACAO+DE+BARES+TENTA+NOVO+RECURSO+NO+STF+CONTRA+LEI+ANTIFUMO+EM+SP.html>

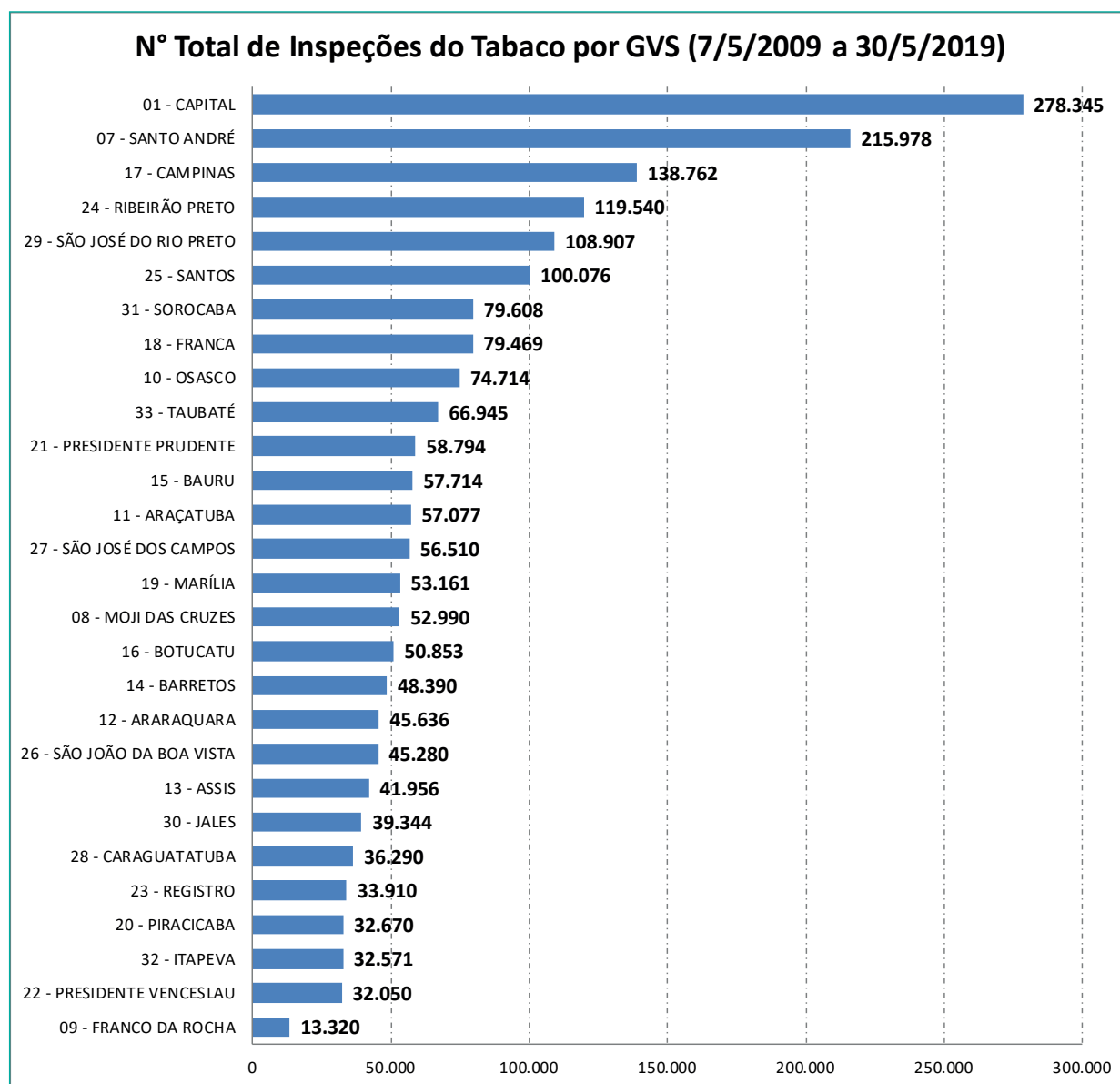
22. Folha Online. 07/05/2009 Associação de bares considera lei antifumo radical e diz que recorrerá à Justiça. <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2009/05/562078-associacao-de-bares-considera-lei-antifumo-radical-e-diz-que-recorrera-a-justica.shtml>

23. JusBrasil. CNTUR questiona lei paulista antifumo https://stf.jusbrasil.com.br/noticias/1342376_cntur-questiona-lei-paulista-antifumo

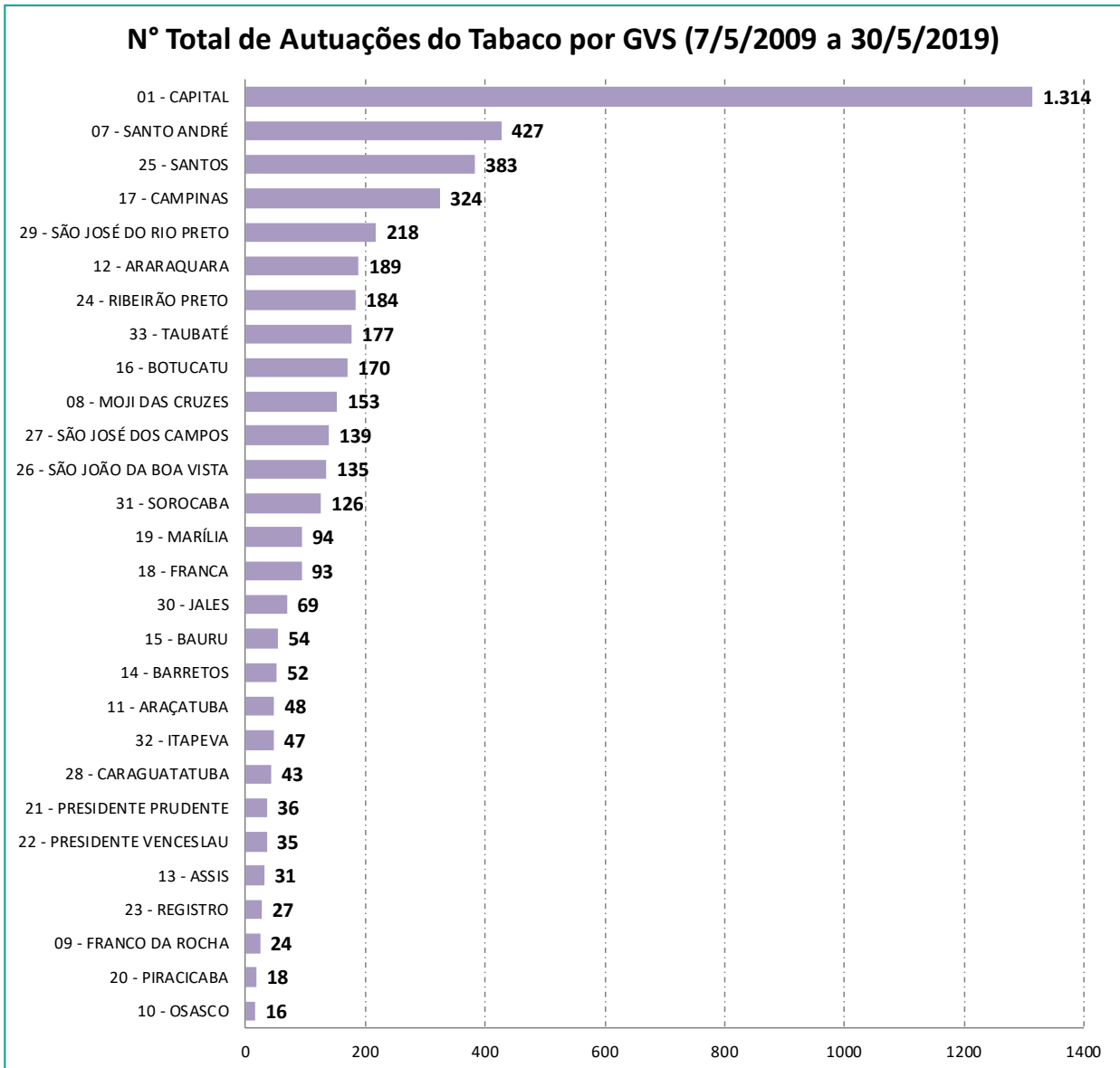
24. Instituto Nacional de Câncer. Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco. Nota Técnica sobre Tabagismo. Tabagismo passivo: a importância de ambientes 100% livres da fumaça de tabaco – Rio de Janeiro: Inca, 2017. <https://www.inca.gov.br/publicacoes/notas-tecnicas/tabagismo-passivo-importancia-de-ambientes-100-livres-da-fumaca-de-tabaco>
25. Portal do Governo de São Paulo. Em 9 anos, Lei Antifumo contabiliza 1,9 milhão de fiscalizações e 99,8% de cumprimento. 13/08/2018 <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ultimas-noticias/em-9-anos-lei-antifumo-contabiliza-19-milhao-de-fiscalizacoes-e-998-de-cumprimento/>
26. Portal do Governo de São Paulo. Biblioteca Virtual . Lei estadual antifumo <http://www.bibliotecavirtual.sp.gov.br/temas/saude-e-qualidade-de-vida/lei-estadual-antifumo.php>
27. Referência Incor 20/02/2018 Tania Ogawa Abe, Jaqueline Issa e Roberto Kalil Filho O impacto da lei antifumo sobre a morbimortalidade por infarto em São Paulo <https://referenciaincor.com.br/o-impacto-da-lei-antifumo-sobre-a-morbimortalidade-por-infarto-em-sao-paulo/>
28. Ogawa T M. Internação e mortalidade por doença cardiovascular e cerebrovascular no período anterior e posterior à lei antitabaco na cidade de São Paulo. 2016. Tese (Doutorado em Cardiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. doi:10.11606/T.5.2017.tde-06012017-093421.
29. Ministério da Saúde. Vigilatel Brasil 2009. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas Capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/vigitel_brasil_2009.pdf
30. Ministério da Saúde. Vigilatel Brasil 2017 Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas Capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf
31. Governo do Estado de São Paulo. Programa antifumo será ampliado. <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/na-imprensa/programa-antifumo-sera-ampliado/amp/>
32. Responsabilidade Social.15/01/2013. Entrevista com Mônica Andreis diretora da Aliança de Controle do Tabagismo. <http://www.responsabilidadesocial.com/entrevista/monica-andreis/>
33. Cavalcante TM, Pinho MCM, Perez CA et al Brazil: balance of the National Tobacco Control Policy in the last decade and dilemmas. Cad. Saúde Pública 33 (Suppl 3) 21 Sept 2017 <https://scielosp.org/article/csp/2017.v33suppl3/e00138315/en/>
34. Folha Vitória 23/9/2011 Medida provisória pode derrubar lei que proíbe fumo em locais fechados. <http://www.folhavitoria.com.br/politica/noticia/2011/09/medida-provisoria-pode-derrubar-lei-que-proibe-fumo-em-locais-fechados.html>
35. Olhar Direto. Relator da MP que aumenta imposto do cigarro propõe liberar fumo em bar, 2011 <http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?id=207167>
36. Gazeta do Povo. 06/10/2011."Emenda contraria leis antitabaco e propõe fumódromo disfarçado. Deputado defende abertura de bares específicos para quem fuma. Entidades que são contra o cigarro consideram proposta um retrocesso" <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/emenda-contraria-leis-antitabaco-e-propoe-fumodromo-disfarcado-9pcryddqaf8i0jc9kat5patzi/>
37. ACTBr.Lei antifumo faz um ano em 14 de dezembro sem regulamentação. http://actbr.org.br/uploads/arquivo/777_RELEASE_UM_ANO_LEI_final.pdf
38. Fundação do Câncer. 28 de março de 2014. Governo Atrasa Decreto da Lei Antifumo. <https://www.cancer.org.br/governo-atrasa-decreto-da-lei-antifumo/>
39. Marcos Moraes. 23 de abril de 2014 É preciso regulamentar a Lei Antifumo. <https://idisa.jusbrasil.com.br/noticias/117168128/e-preciso-regulamentar-a-lei-antifumo>
40. UNASUS. 2 de junho de 2014. Ministério da Saúde regulamenta a Lei Antifumo. <https://www.unasus.gov.br/noticia/ministerio-da-saude-regulamenta-lei-antifumo>
41. Folha de São Paulo 09 /07 2016. Lobby e ação judicial travam novas medidas antifumo, 20 anos após lei. <http://f.i.uol.com.br/folha/cotidiano/images/16191204.png>
42. Hone T, Szklo AS, Filippidis FT, et al . Smoke-free legislation and neonatal and infant mortality in Brazil: longitudinal quasi experimental study. Tob Control 2019;0:1–8. <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2019/05/28/tobaccocontrol-2019-054923>
43. Instituto Nacional do Câncer/Ministério da Saúde. Nota técnica: quanto custa receber doações da indústria do tabaco? O art. 5.3 da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco – a proteção das políticas públicas de controle do tabagismo – Rio de Janeiro: INCA, 2017.<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro-conicq-artigo5.3.pdf>

Tânia Maria Cavalcante, MD, MSc, PhD
Secretaria Executiva da CONICQ/ Instituto
Nacional de Câncer/Ministério da Saúde.
Rua do Resende 128, Rio de Janeiro, RJ 20231-
092, Brasil. conicq@inca.gov.br

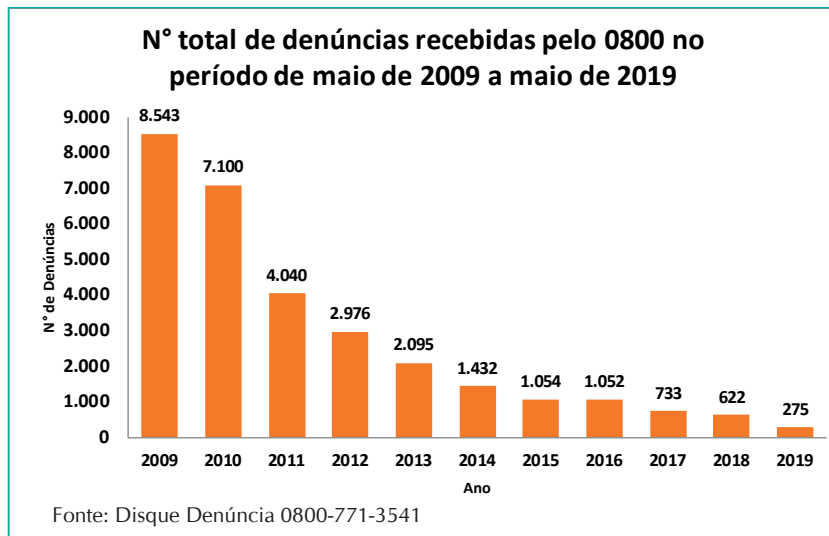
Resultados dos 10 anos de fiscalização da Lei Antifumo

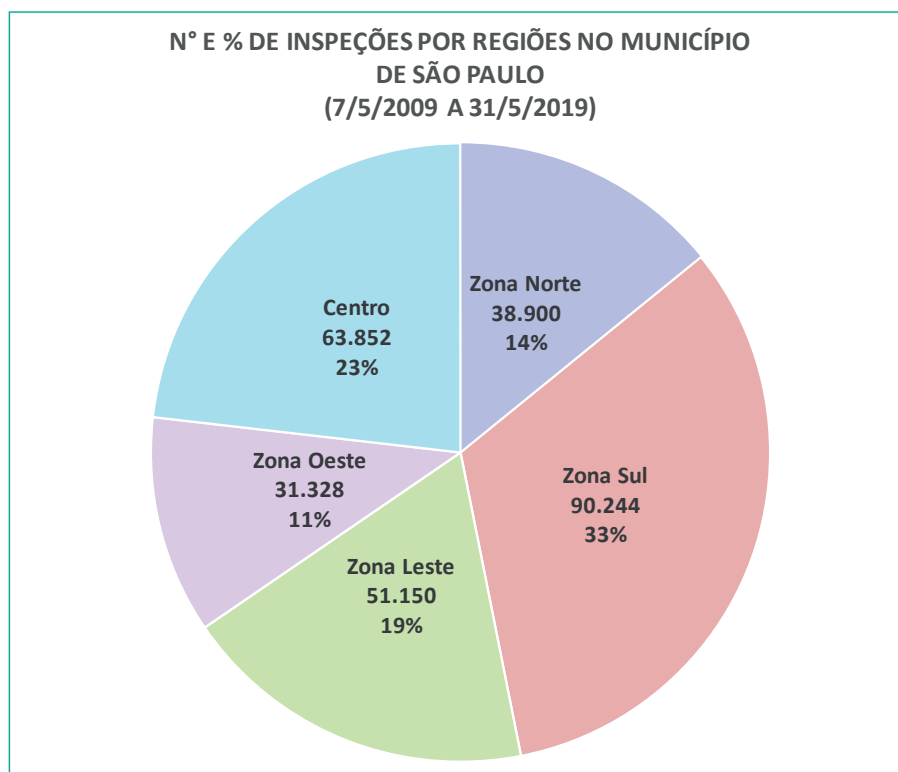


Fonte: SITE CVS - Sistema da Campanha Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco e da Política Estadual de Restrição ao Consumo de Bebidas Alcoólicas por Menores de 18 anos de idade

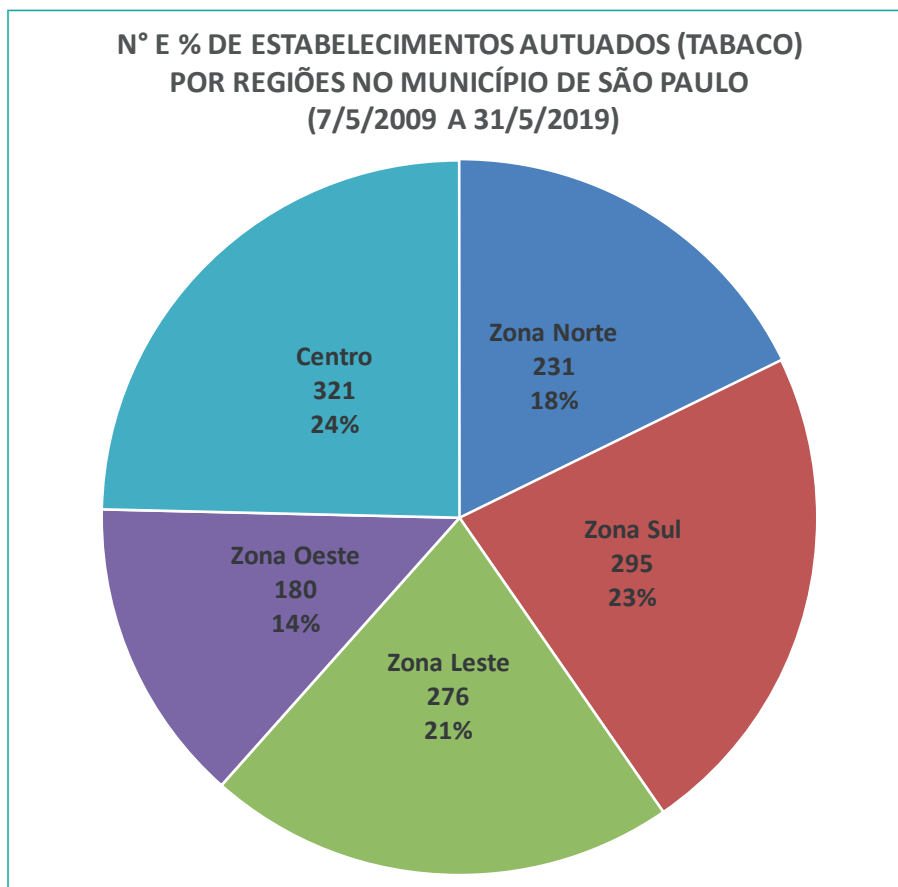


Fonte: SITE CVS - Sistema da Campanha Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco e da Política Estadual de Restrição ao Consumo de Bebidas Alcoólicas por Menores de 18 anos de idade

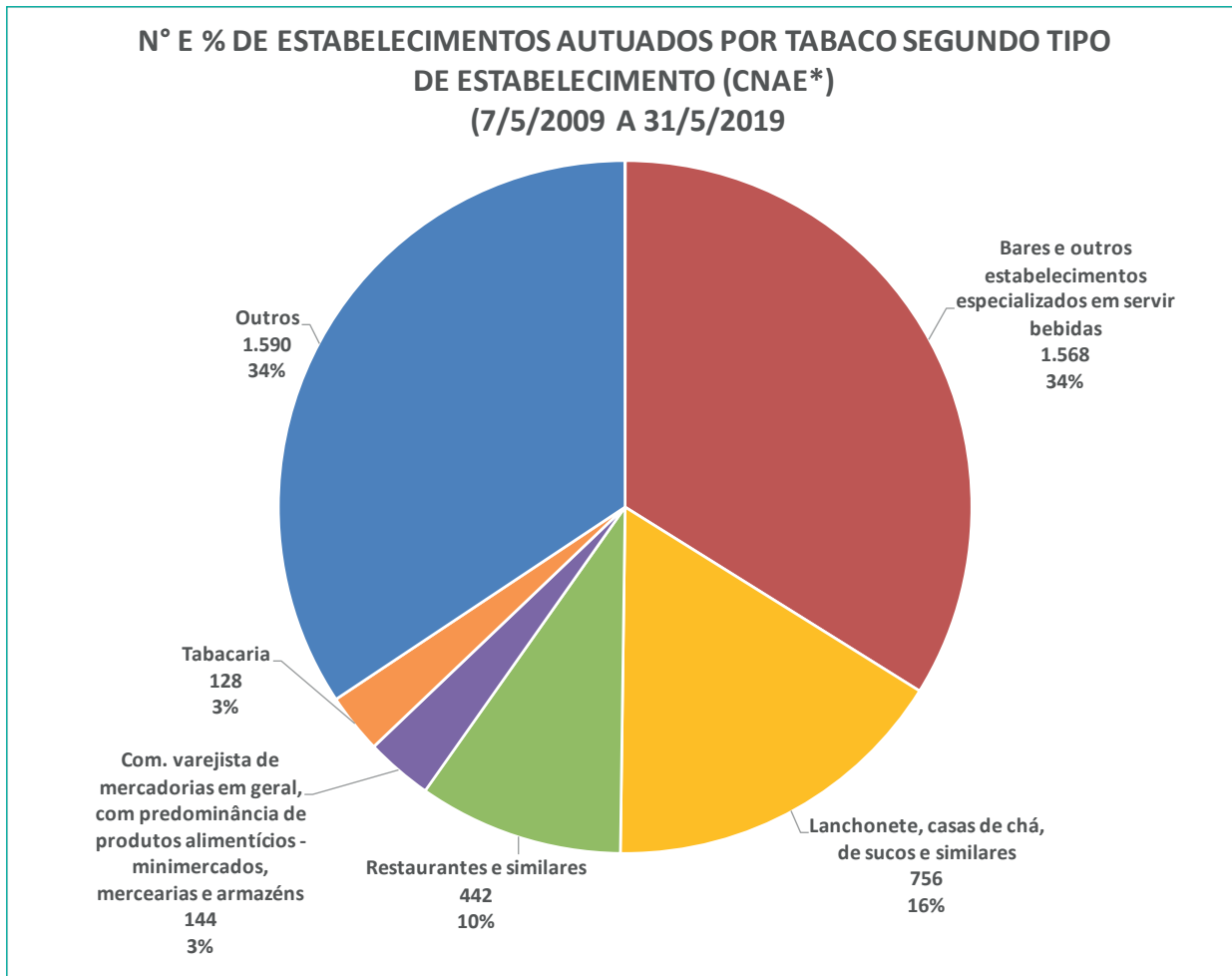




Fonte: SITE CVS - Sistema da Campanha Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco e da Política Estadual de Restrição ao Consumo de Bebidas Alcoólicas por Menores de 18 anos de idade



Fonte: SITE CVS - Sistema da Campanha Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco e da Política Estadual de Restrição ao Consumo de Bebidas Alcoólicas por Menores de 18 anos de idade



(*) CNAE - Classificação Nacional de Atividades Econômicas

Fonte: SITE CVS - Sistema da Campanha Ambientes Saudáveis e Livres do Tabaco e da Política Estadual de Restrição ao Consumo de Bebidas Alcoólicas por Menores de 18 anos de idade

A Lei Antifumo é uma conquista da saúde pública paulista da qual participaram muitos colaboradores. O Centro de Vigilância Sanitária dedica esse espaço para um sincero agradecimento a todos que trabalharam incansavelmente para que o estado de São Paulo alcançasse seu objetivo, ou seja fosse pioneiro na adoção e fiscalização efetiva de uma legislação que impacta positivamente na saúde da população.

Nosso muito obrigado!

Abimael Teodósio da Silva
Abner Henrique Souza Alves
Acácio Xavier Coutinho
Adalvima Lopes Torres
Adamilton Souza de Oliveira
Adão Berto da Silva
Adeir B. Santos
Adélia Ap. de L. Multini
Adelino Domingues
Ademir da Silva Bueno
Adevaldo Bispo Varjão
Adilson Rodrigues A. de Souza
Adolfo dos Santos
Adriana Carla S. Nogueira
Adriana Cristina de Carvalho
Adriana Cristina Secafim
Adriana Dijan Queiroga
Adriana dos Santos Carneiro
Adriana Evangelista Diaz
Adriana Fátima Biscegli
Adriana Kazumi Iwaki Uyeda
Adriana Maria T. Fonseca
Adriana Silva Monção Barros
Adriana T. M. Argondizio
Adriano Appolinario Gonçalves
Adriano Cesar Martins
Adriano Edson Lourenço
Agenor Garcia
Agnaldo Rubens de Souza
Ailton Catreus de Freitas
Airton dos Santos Freitas
Airton Raimundo dos Santos
Alahyr Ferreira da Cruz Junior
Alba Ferreira da Silva Furtado
Alcides Sampaio Junior
Alda Maria Pequeno Costa
Aldrey Cintia Sgorlon Lacerda
Alessandra de Oliveira Marinho
Alessandra Guerra Sampaio
Alessandro Trucolo Voininchs
Alexandra Akemi Duarte Aiassi
Alexandra Damaso Fachini
Alexandre A. H. A. Cavalheiro
Alexandre Gomes Lopes
Alexandre Minhoto
Alexandre Polli Beltrami
Alexandre Rodrigues Vianna
Alexandre Tomaz
Alexandre Zangrossi de Paula
Alfredo Assunção
Aline Bentivoglio N. Simionato
Aline de Souza Bezerra
Aline Machado Cespedes
Aline Shimamoto
Aline Thimotio
Almir Jonas
Almir Tadeu Francisco
Altino Lutti de Brito
Amalia Cristina Wilde
Ana Claudia Brentzel Silva
Ana Cleide R. U. Ribeiro
Ana Lúcia Corrêa G. Bin
Ana Lucia Kenickel Vasconcelos
Ana Lúcia Lemos de R. Osinski
Ana Lúcia Soares Meneses
Ana Lúcia Spagnol Bose
Ana Luiza Chieffi
Ana Maria Cavioli
Ana Maria Frontino Soares
Ana Maria Gomes de Miranda
Ana Maria Pongeluppe Santos
Ana Paula Atayde Setti
Ana Paula Cuccio
Ana Paula Mazucco Prina
Ana Paula Nardo Silva
Ana Paula Polveiro da Silva
Ana Paula Soares da Silva
Ana Roberta Pires Nalesso
Ana Rute Caldeira
Ana Teresa da S. M. Andreetta
Anderson de Souza Landim
Anderson Pimenta Duarte
André Duzi
André Emilio
André Ferauche
André Fernandes Silva
André Luiz de Souza
André Luiz Ferraz Flor
Andrea Barbosa Boanova
Andréa Cristina G. de Matos
Andrea da S. Souza Sanchez
Andrea de Veras
Andréa Isabel da S. Thome
Andréa Márcia S. Palhares
Andrea Maria G. V. Consolino
Andréia Cristiane C. Alves
Angela Aboud Silva Alves
Angela Madalena M. Gogliano
Angela Maria Roque Palma
Angela Regina O. Serrano
Angela Silvia Appendino
Angelita Vale O. Igomes
Aníbal Macario Novaies
Anna Claudia F. Del Nero
Anselmo de Souza Sabino
Antenor Ricardo Benetti
Antonia da Luz Oliveira
Antonio Alonso
Antônio Carlos Afonso Ruas
Antonio Carlos de C. Costa
Antonio Carlos de Matos
Antonio Carlos dos Santos
Antonio Carlos Salamanca
Antônio Feliciano
Antonio Fernando Loli
Antonio Jose Beordo
Antonio Mauro C. Rodrigues
Antonio Ramos Lombardi
Antonio Vicente da Purificação
Aparecida Alves Marton
Aparecida Creusa Machado
Aparecida Lourdes Z. Almeida
Aparecida Regina Jacob
Aparício Cesar Gerotto
Arlete Rachid Reino
Arlete Rodrigues de Barros
Armando Eurico Stocco
Arnaldo Porto
Arthur Oswaldo Franson Filho
Artur Katushi Oride
Audir Antonio Cominetti
Augusto Américo de Araújo
Avelino Bento Carvalho
Bárbara Regina Mendes
Beatris Prandi
Beatriz Ap. da Silva
Beatriz Ferreira Sá Molinari
Bebiana Dias Guimarães
Benedito Pedro da Silva Filho
Benedito Roberto A. dos Santos
Bianca Tomé Monteiro
Bianca Vilas Boas F. Raposo
Breno José da Silva
Camila de Carvalho Brito
Camila Dias Nakazaki
Camila Fernandes Miguel
Camila Matos Muniz
Camila Ribeiro Saturno
Camila Silva Tavares
Carina Aparecida L. Couto
Carina Roberta Minc
Carla Das Virgens Caiado
Carla Dias A. do Prado
Carla Pascoal Carranca
Carla Regina de M. Pompeo
Carlos Alberto de Lima Izidoro
Carlos Alberto G. Ribeiro
Carlos Alberto Nahas
Carlos Augusto M. Coscarelli
Carlos Brum
Carlos Cesar Siqueira
Carlos Eduardo F. de Moraes
Carlos Everardo Alves Filho
Carlos Fernando V. Alves
Carlos Leda de Araújo
Carlos Magno Silva Junior
Carlos Moure de Held
Carlos Roberto A. da Silva
Carlos Roberto M. Sanches
Carlos Roberto Pereira
Carlos Roberto R. de Oliveira
Carlos Yurio Shiota
Carmem Maria Abude
Carmen Fernanda R. Sozim
Carolina Campos Coppieters
Carolina Maria Lopes
Carolina Ozawa
Carolina Ribeiro D. Lisboa
Caroline Bruhn
Caroline Wolter
Cássia Regina F. Gouvêa
Cecília de Assis M. dos Reis
Celeste Aparecida da Silva
Célia Maria Regis Constantino
Célia Maria Vallada
Celina Ayako Kawakami
Celma de Fatima dos Santos
Celso Alves da Silva
Christiane Meirelles da Silva
Christina Aparecida Furlan
Cibele Baccili R. Liggieri
Cintia Cardoso Melani
Cíntia Cristina S. Macarenco
Ciro Alexandre G. S. de Souza
Clarice Velloso Barbos
Clarício Ramos de Oliveira
Clarinda Okamoto
Claudete Alves de Lima
Claudete Regina S. Bandeira
Cláudia Cardoso Aurichio
Cláudia de Azevedo Sodré
Claudia Leal de Roberto
Claudia Maria R. do Amaral
Cláudia Maria V. da Glória
Claudia Regina C. Hazoff
Claudia Regina Polidoro
Claudinei Luiz dos Santos
Claudinei Moura Nehme
Cláudio Cesar Vechi
Cláudio Ferreira
Cláudio Isamu Ichinose
Cláudio José A. de Lima
Cláudio Larocca
Cláudio Luis Arena
Cláudio Martins de Araujo
Claudir Alves da Silva
Clayton Marcelo C. de Castro
Clayton Martins Gonçalves
Cleber Rogério R. Domingues
Clélia Ap. Masson Scatena
Cleni Dombroski Leal
Clênio dos Santos Silva
Clóvis Claudino
Clovis Rasteli Junior
Conceição Ap. M. Bottiglieri
Conceição Aparecida Kelm
Cristiana Aparecida Azzolini
Cristiane Carlin Passos
Cristiane de Oliveira
Cristiane Maria T. Rezende
Cristiane Moura Veríssimo
Cristina da Silva Marins
Cristina E. M. Shimabukuro
Cristina Maria de A. R. F. Pinto
Cristine Pereira P. Silva
Dagmar de Mello
Dalila Maschio de Andrade
Dalmir Forni
Daniel Bandeira Ribeiro
Daniel Mendes Marcelino
Daniel Pedro da Silva
Daniel Watanabe Rodrigues
Daniela Arnaiz Beluda
Daniela Ferreira Dias Batista
Daniele Ares Cavalcante
Daniele Cristine Assi
Danielle Dantas Marques
Danilo Venceslau Ferrari
Darcy de Paula F. da Silva
Darly Ponciano Lemes
David Andrade Macedo
David Oliveira dos Santos
Débora Arruda de A. Ribeiro
Débora Canton Tavares
Débora Cristina Bussoni
Débora Iolanda C. dos Santos
Débora Lucia Maschio
Décio Bernardo
Delaías Santos Raimundo
Denise dos Santos Passarelli

Denise Mair de M. E. Souza	Elisabeth dos Santos Parise	Francisco Galvão da Silva	Ivan Rafael Andolfi Rolim
Denise Mendes Ribeiro	Elisabeth Maria D. da S. Jalbut	Francisco Gil Mortol Filho	Ivanilda Mendes
Denise P. da F. Piccinini	Eliza Keiko Oda Moroi	Francisco H. S. Nascimento	Ivonilda Alves Galdino
Dianna Isaura Antonioli	Eliza Yoshie Higashi	Francisco José Alves	Izalco N. P. dos Santos
Dilce de Moraes	Elizabeth Aoyama	Francisco José Monteiro Filho	Jacileni Tiziani
Dinis Nunes da Silva	Elizabeth Ferreira Rocha	Gabriel Goto Escudero	Jaime Torrecelha
Diógenes Donizete Silva	Elizabeth Malavasi	Gabriela Drem Pícolo	Jair Jose da S. Junior
Dione Ivo Brito	Elizabeth Maria Pucciarelli	Gabriela Valenciano	James Gonçalves Belchor
Dionísio José de Lira	Elizabeth Nascimento Clemente	George Hamilton Canuto	Janaina Jorge de Carvalho
Dirce Toshie Katayama	Elizabeth Rodrigues R. Fontão	Georgia Michelucci	Janderson Gonçalves
Dirceu Aparecido Altieri	Elizangela Guarda da Silveira	Geralda Luciene Costa da Silva	Janete do P. A. Navarro
Djalmir Gonçalves dos Reis	Elizeu Diniz	Gerson Augusto Benites Enciso	Jenifer Nicoletti
Domingos Daniel Galdino	Ellen Cristina C. Grangeiro	Gerson Serafin	Jeronimo T. de S. Neto
Domingos G. Azevedo Oliveira	Eloina da Silva	Gilberto Alves Chagas	Joana Soleide Dias
Domingos Savio de Castro	Elvis A. P. Correia	Gilberto Aparecido de Paula	João Aparecido R. Lemes
Donilson Francisco Rosa	Elza Rossetti Mendonça	Gilberto Araújo	João Batista Martins Tonon
Donizete de Souza	Emiliano Martinez Ande	Gilberto Domingos Simões	João Borges
Doreli Soares T. dos S. Almeida	Emma Valéria Marchiori	Gilberto Pinto de Faria	João Bosco C. Marques
Doroti Gomes Cavalini	Enio Santos Silva	Gilberto Ribeiro Pereira	João Carlos Sanches Morassi
Dulcinea G. M. M. C. Malthes	Erica Andrea Piatto	Gilberto Teixeira Barbosa	João de Oliveira Lemos
Durval de Castro M. Filho	Erica Barbosa Lorenz	Gilmar Aparecido de Almeida	João Francisco de Franco
Edilene Ap. Conde de Oliveira	Erica Guludjian	Gilmar Sanches	João Francisco M. Bertogna
Edilson César Dias	Érica Regina Scagnolato	Gilson da Silva	João Gilberto P. Pereira
Edilson de Melo	Éricson Accacio de Oliveira	Gisele de França Oliveira	João Lucas Érnica
Edimilson Rosa de Lima	Erika Addressa do Nascimento	Gisele Lauer Murta	João Luiz de Andrade
Edineia M. Carvalho Silveira	Érika Shinohara	Gisele Toledo Orlandelli	João Mazzini
Edisson Massaride Kohatsu	Esmeraldo Ramos	Giselle Bertagna Rezende	João Nascimento de Jesus
Edivaldo da Costa Lima	Estefeson Augusto Braga Gois	Giselle de B. N. Abi Karam	João Paulo Prada Nascimento
Edna Aparecida Pastorelli	Estela de Oliveira Baltieri	Gislene M. de O. Tammerik	João Tadeu Amorim
Edna Correa Clares	Esther de Andrade Condé Silva	Gislene Maria Oliveira Luz	Joaquim Soares Ribeiro Neto
Edna Maria Baccao Domingos	Euclides Paulo de O. Santos	Giulliano Augusto D. Oliveira	Jobson Pereira de Souza
Edna Shizue Majima	Eunice Mistilides Silva	Givanildo Ferreira Tavares	Joel Arantes de Souza
Edson Aparecido dos Reis	Evandro Oyama de Oliveira	Glauber Alvarenga Ribeiro	Jonas Pereira Ribeiro
Edson Benedito Piveta	Fabiana Rossi Valia	Gláucia Cristina R. Umezu	Jorge Burger Neto
Edson Celestino	Fabiano Viturino Re. Silva	Graziela Gon da Silva	Jorge Hidalgo
Edson Gonçalves Moraes	Fabiano de Oliveira Lemos	Guilherme Faccione Gomes	Jorge Jesus da Silva
Edson Luiz Boni	Fabio Adati Hatano	Guilherme José Garrido	Jorge Tomogi Miyazato
Edson Paz da Silva	Fábio Eduardo Oliveira de Cavarlho	Günter Michael Grimm	Jorge Vernik
Eduardo A. de Gouveia Junior	Fábio Izolino M. de Andrade	Gustavo Santos Mello	José Alecsandre de Queiroz
Eduardo Alves	Fabio Leopoldino dos Santos	Hamilton Jose Ferreira	José Antonio R. Guimarães
Eduardo Antonio Duarte	Fábio Pelúcio Camara	Hamilton Reis	José Antônio Rodrigues Porto
Eduardo Cury	Fábio Reis	Harley de Oliveira Moraes	José Aparecido Crespolini
Eduardo da Costa Ramos	Fabiola Lourenço Otero	Haula M. A. Chaaban	José Aristete Ferreira
Eduardo Dulcídio Marinho	Fabricao Zerves	Hedianni Faioli Rogério	Jose Carlos Campos Guerra
Eduardo Ferreira Ribeiro	Fatima Aparecida Diz	Helena Brazão Gerencer	José Edson Scotton
Eduardo Francisco Pinto	Fátima Cristina Arap Garcioiv	Helena Hayakawa Chawat	José Fernando B. Marcondes
Eduardo José da Cunha Filho	Fátima de Paula Toni	Helena Márcia B. Nascimento	José Francisco S. T. Decarlis
Eduardo José M. Mescolotti	Fátima Ferreira dos Santos	Hélida Lyliane Vaz Siqueira	José Geraldo da Mota
Eduardo Moraes de Oliveira	Fátima Kazuko Sakuma	Hélio Aparecido Daniel	José Geraldo da Silva
Eduardo Nicola	Fátima Maria R. Torres	Heloisa M. de P. L. Zanotta	José Geraldo Lupato Conrado
Eduardo Rodrigues de Oliveira	Fátima Portella R. Martins	Henrique Lunetta Junior	José Guilherme F. Gouvea
Egmar Francisco Gonçalves	Fatima Regina R. Soato	Hércules Ferreira da Fonseca	José Jorge Santana Filho
Elaine Aparecida A. Claro	Felício Olivalde de Carvalho	Hermano Silva Albuquerque	José Leonel Dias
Elaine Atanes de Jesus	Felipe Fernades Marins	Hilda Dolores Guerra Diniz	José Luis Bastos de Almeida
Elaine Cristine D'Amico	Felipe Lino de Oliveira	Hilma Araújo dos Santos	José Luiz de Oliveira
Elaine Sá de Andrade Targa	Fernanda de Assis Martins	Humberto Celso de Oliveira	Jose Luiz Lançoni
Élcio dos Santos Ramos	Fernanda Garcia	Humberto M. Silva Reis	José Marcos Amaro
Elena Vigliar	Fernanda Medeiros	Ilda Rosangela P. Fernandes	José Marcos Capellasso
Eliana da Silva Pinto	Fernando Aurélio Hoff	Idevan Ferraz da Fonseca	José Marcos de C. Esteves Filho
Eliana de Andrade Camargo	Fernando Gonçalves Cervantes	Idinei Luiz Prado Junior	José Maria Barros Vieira
Eliana Leonardi Martins	Fernando Jimenez Júnior	Igor Apanavicius	José Mário Monteiro Braga
Eliana Miuki Takemoto	Fernando José Aguas	Igor Nunes de Oliveira	José Nunes dos Santos
Eliana Sales das Dores	Fernando Pimentel	Ilda Marcia Buratti	José Ricardo Bastos
Eliane Heleno de Oliveira	Fernando Ramos de Queiroz	Inajá Mendes Bica Coutinho	José Ricardo Santos
Eliane Klienchén de Maria	Fernando Roberto C. Procópio	Inés de Fátima André Abílio	José Roberto da Silva
Eliane Maria M. Mancilha	Fernando Signorelli	Inês Ferraz Pena	José Roberto dos Santos
Eliane Sá de Andrade Targa	Fernando Silva	Iraty Nunes Lima	José Sílvio Martins
Eliane Salvadego Anichiarico	Flávia Alvarez F. Caramelo	Irene Maria T. Campos	José Tavares de Oliveira Junior
Eliane Sati Nishimura	Flávia Biet	Irineu Carlos V. das Chagas	José Ventura da Silva
Eliane Suzeli Lobo Devides	Flávia Lins N. de Jesus	Irineu Thomaz	Jose Wilson Cussolim
Elias Carlos Daccache	Flávia Madureira Malta	Iris Silvério da Silva	Juliana Cabral F. de Oliveira
Elias Cecílio Neto	Flávio Bracale Brandespim	Isabel Cristina T. Silva	Juliana Galvão Pinho
Eliberto Delgado	Flávio César Barbosa de Souza	Isabela Alvarenga Lopes	Juliana Mendes Rocha
Elieber de Oliveira	Flavio Luiz Damas Silva	Isabela Ortega	Juliana Nogueira Schiavon
Eliete Alves de Lima Castro	Flávio Pereira	Itamar Martinez	Juliana Oliveira Antunes
Elío Cardoso	Florize Malvezzi	Ivan de Oliveira Verri	Juliane Bento M. de Lima
Elisabeth Cardoso Queiroz	Francisco Felipe Rodrigues Junior	Ivan Pereira Machado	Jussara Guarize

Kariman de Souza Brandão
 Karina Elias de Souza Costa
 Karina Nakasone
 Karoline Oliveira de S. Araújo
 Kátia Regina de Souza
 Kátia Regina Soares dos Santos
 Kazue Ap. Y. Hanashiro
 Kelly de Lira Capatto
 Kelly Gomes de A. V. Privitera
 Kerry Haroldo de Oliveira
 Kildare Wagner Sabbadin
 Kiyoto Izumida
 Kleber Pereira dos Anjos
 Laercio Godinho Teixeira
 Laerte Aparecido Berto
 Laerte Baldissera
 Lana Cristina S. Dails
 Laura Gouvea M. de Ornellas
 Leandro de O. Nascimento
 Leandro Rodrigues G. Pires
 Leila Clara B. Rudnytskyj
 Leila Regina Ladeira Cordeiro
 Leila Viviane de Andrade
 Leonardo dos Santos Almeida
 Leonardo José dos Santos
 Leonardo Mauricio Favero
 Leonardo Peres C. de Andrade
 Leonardo Peterson Borges
 Leôncio Ap. de A. Rodrigues
 Leonor Simão Lisboa
 Leopoldo Fernandes da Rocha
 Lia Corbe Arruda
 Lia Prado Cabrini
 Lia Sakiko Nakaie
 Licas Hernandes Corrêa
 Licia Mara Catapreta Bulk
 Ligiane Serrano Yoshitomi
 Lílian Campreguer Bastos
 Lillian Rose Moschella Santos
 Líliana Renata Torres Cardoso
 Líliliane Maria da Silva
 Lilyan Cristina R. Michalowski
 Lourdes Brasileira Inglês
 Lourinaldo Cordeiro Alves
 Lourivando Rodrigues Cordeiro
 Loyde Rodrigues L. Machado
 Luana Gimenez Lopes
 Luana Teixeira Neves
 Lucas Garcia F. de Souza
 Lucas Rocha Araujo
 Luci Viegas de Carvalho
 Lúcia Helena H. de Carvalho
 Lúcia Miyako Miura Anzai
 Lúcia Peres Guimarães
 Luciana Anicezio
 Luciana Aparecida Dantas
 Luciana Bulgaro de Carvalho
 Luciana Cristina de Moraes
 Luciana Ferreira Fontes
 Luciana Haber Crespin
 Luciana Ludmila N. de Freitas
 Luciana Raguzza
 Luciano Augusto
 Lucieni Cristina T. Moreti
 Lucila Angela S. B. de Faria
 Luís Antonio Murani Pereira
 Luis Antonio Zanuto
 Luís Carlos Aleixo
 Luis Carlos de Moraes
 Luís Eduardo de Paula Pinto
 Luis Fernando A. de Oliveira
 Luís Sérgio Parada Sobrinho
 Luisa Aparecida S. A. Ragio
 Luiz Alberto B. Carneiro
 Luiz Antonio da Silva
 Luiz Antonio Lopes
 Luiz Antônio Valente
 Luiz Carlos da Silva
 Luiz Carlos Franco da Silva
 Luiz Carlos Marono
 Luiz Cláudio da Silva
 Luiz Corazza
 Luiz Eurípedes de Carvalho
 Luiz Francisco P. de Moraes
 Luiz Gustavo Campos Barbosa
 Luiz Gustavo Vieira Martins
 Luiz Izidoro Messias Junior
 Luiz Marcelo Prestes
 Luiz Nery Neto
 Luiz Sérgio Valentim
 Luiz Ubirajara O. de Barros
 Lutero Bitar Vasconcellos
 Luzia Maria Belo
 Luzia Raimunda de O. M. de Sá
 Madalena Aparecida Gama
 Magali Pigari Prata
 Magda de Souza Costa
 Majorie Cristina C. da Costa
 Manaceis Lima de Souza
 Manoel B. de Lara Junior
 Manoel Ibeapino de Oliveira
 Manuel Afonso Pereira
 Mara Cristina Marangoni
 Mara Lúcia Pelinsoni Soler
 Mara Rubia Pereira
 Marcela Wagnwe Rodrigues
 Marcello de Souza Magnani
 Marcello Villaneuva
 Marcelo de Oliveira
 Marcelo Ferreira Chagas
 Marcelo Franco F. Mathias
 Marcelo Gonçalves Pellegatti
 Marcelo Guelbali Lopes
 Marcelo Libanore Caldeira
 Marcelo Ricardo Figueira
 Marcelo Ricardo Figueiredo
 Marcelo Rosa Gonçalves
 Marcia Aparecida R. Antonio
 Márcia Aparecida Thomaz
 Marcia Cristina A. S. Zerbinatti
 Márcia Cristina Cury Bassoto
 Marcia de Oliveira
 Marcia de Oliveira Roza
 Marcia de Paula C. Ignacio
 Marcia Elena Simal Fante
 Marcia Fortini de Almeida
 Marcia Maria da Silva
 Márcia Micuci Beltramelli
 Márcia Peçanha Gonçalves
 Marcia Ramos da Silva
 Márcia Sayuri H. Hosaka
 Marcia Vital de Carvalho
 Márcio Cesar Areias Bravo
 Márcio Kuroiwa
 Márcio Marucci
 Márcio Reis Salles
 Marco Antonio Antunes
 Marco Antonio C. Santos
 Marco Aurélio C. Fazan
 Marco Aurélio F. da Silva
 Marco Polo Baptista
 Marco Roberto Sandoval
 Marcos Adriano de C. Marcello
 Marcos Alberto Bergamasco
 Marcos Fernandes
 Marcos Henrique de Jesus
 Marcos Mendes da Silva
 Marcos Paulo Tebaldi
 Marcos Silveira de Abreu
 Marcus Aurélio R. Ronzani
 Margaret Beloni
 Margarete S. de O. Marques
 Margareth Cristina Borghi
 Margareth José Dias
 Maria A. C. G. M. Regatieri
 Maria A. M. G. de Oliveira
 Maria Angela K. de S. G. Tennis
 Maria Angélica Ide
 Maria Aparecida B. de Oliveira
 Maria Aparecida da Silva
 Maria Aparecida de O. D'onofrio
 Maria Aparecida de O. Luiz
 Maria Aparecida N. Pereira
 Maria Aparecida Reis Barbosa
 Maria Aparecida Rigolin Bruzon
 Maria Aparecida V. P. Almeida
 Maria Augusta Pontes Cardoso
 Maria Cândida Pires Schmidt
 Maria Carolina Formazari Golla
 Maria Claudia A. C. S. Gara
 Maria Cristina Megid
 Maria Cristina Nogueira Nakano
 Maria Cristina Rubini Teixeira
 Maria Cristina V. Carloni
 Maria D. Cavalcante Luciano
 Maria da C. S. F. Durante
 Maria das Graças David Raiz
 Maria das Graças R. B. M. Vieira
 Maria das Graças S. dos Santos
 Maria de Fátima D. de Almeida
 Maria de Fátima F. Teixeira
 Maria de Fátima Jollo
 Maria de Fátima S. Caetano
 Maria de Fátima Timóteo
 Maria de L. G. de O. C. Rosas
 Maria de Lourdes L. F. de Mello
 Maria do Carmo B. Gonçalves
 Maria do Carmo K. Hornell
 Maria do Carmo Toledo
 Maria do Socorro de Oliveira
 Maria Edith de Castro
 Maria Elizania R. da Silva
 Maria Estela Vaz
 Maria Eugênia Torres Dias
 Maria Fatima G. de O. Brunetti
 Maria Feitosa Lacerda
 Maria Fernanda Calixto Gomes
 Maria Fernanda Ielo Biondi
 Maria Helena Castro R. Passos
 Maria José Faria Fernandes
 Maria José Hernandes Castro
 Maria Letícia B. da Silva
 Maria Lúcia Brinholi Peigo
 Maria Lúcia Carinzio
 Maria Lúcia L. de M. Hossri
 Maria Lúcia Portes
 Maria Olimpia Franco
 Maria Ondina V. Marques
 Maria Paula Rinaldi
 Maria Rodrigues Bento
 Maria Teresa Meireles Leite
 Maria Terezinha Carbello
 Maria Virgínia J. Morelli
 Maria Viviane Ficher
 Maria Zilda Carlos
 Mariana Dias
 Mariângela Guanaes B. da Cruz
 Mariangela Mucarsel Linhares
 Marilda Dias da Silva
 Mariluci de Paula Orlando
 Marilyn Bueno de Camargo
 Marilza de Fátima L. da Silva
 Marilza Mariotti
 Marina G. da M. Rodrigues
 Marina Peres S. Lacerda
 Marina Rebolho
 Marina Resende Diniz C. Poço
 Marina Ribeiro da Silva
 Mário César L. do Nascimento
 Mário dos Santos
 Mário F. de O. Colnago
 Mario Okada
 Mario Ramos de Paula e Silva
 Marisa Aparecida C. Lima
 Marisa Correa e Silva
 Maristela Ferreira de S. Moreira
 Marizete Medeiros da C. Ferreira
 Marla C. Moraes Barbosa
 Marli Yukie Arioshi Sanches
 Marluce Barbosa Alves
 Marluce Dantas
 Marly Ines dos Reis M. Garcia
 Marly Lopes
 Marta Cassis Aur
 Marta Cristina F. da S. Camillo
 Marta Schiavone C. de Andrade
 Marta Virgínia L. Sanseverino
 Martha Virgínia G. Machado
 Mary Camargo Monteiro
 Mary Estela R. Rister
 Mary Onishi
 Mary Rose L. Moreira
 Maura Pellegrini Grama
 Mauricio A. de Assumpção
 Maurício Ferraz M. de Souza
 Maurílio Messias De Araújo
 Mauro Guilherme N. de Freitas
 Max Hyppolito Barnabe
 Maximiano Jorge Cavalheiro
 Mayara Oliveira Gomes
 Mécia Cristina R. Batata Lopes
 Melchisedc de Salem Felix
 Mércia Lopes
 Michel Aprigio Pregun
 Michel Reche Bevaldo
 Michelle Drobnicki
 Michelle Maria Rodrigues
 Michie Omomo Barão
 Miguel C. Morilhas Filho
 Milene Fernanda S. Moraes
 Milton Lourenção
 Mirella Nacagami Kanashiro
 Mirene Prieto Afonso
 Miriam Aparecida dos Santos
 Mirian Lippolis
 Moacir Melani
 Moisés Mendes
 Monica Aparecida F. Grau
 Mônica D. Moreira
 Mônica Dolaval Leotta
 Mônica G. M. S. Narbutis
 Mônica Godinho Ribas
 Mônica Maria de B. C. Liguori
 Monica Nicolas B. Guimarães
 Mônica Perin Diez
 Mônica Regina Venancio Brito
 Nádia Maria M. Meireles
 Nadine Louzada Ferreira Khan
 Nadir Rosa dos Santos Campos
 Nadja Maria Alves
 Naldo José Alves Filho
 Nanci Aparecida Fornazaro
 Nancy Marçal Bastos de Souza
 Natália Aparecida de Oliveira
 Natalia Hallam N. de Paula
 Neide S Takahashi
 Nelson Pinto da Silva
 Neusa Ap. da Cunha Moura
 Neusa Haruko Tosawa
 Neusa Maria da Silva
 Neusi de Oliveira Rolim
 Newton Naoyoshi Miyasaki
 Nicácio Silva Florêncio
 Nicolas Aguiar Gonçalves
 Nilce Angela Coraça
 Nilda Xavier de B. e Silva
 Nilson Alves de Oliveira
 Nilson Betarelli

Nilson Marcelino Costa
 Nilza Ferreira das Neves
 Nilza Gimenez Pivetta
 Nivaldo Nicolli
 Odymara Elaine N. Faya
 Oliviane Ap. A. Parizoto
 Ondina Terezinha D. Galerane
 Oriana Ribeiro Baião
 Oriedson de Freitas Oliveira
 Orineu Tridapari
 Osmar Antunes Junior
 Osvaldo E. Aquilar Júnior
 Osvaldo Rorato
 Oswaldo Antonio
 Oswaldo Batista Leal
 Patricia Ap. de Oliveira
 Patricia Campacci Silva
 Patricia Maria Bucheroni
 Patricia Teixeira de Lima
 Patricia Vera Petrilli
 Patricia Xavier de A. Nehme
 Paula Ramos Esmanhoto
 Paula Tavares Vigilato
 Paulo Aquira Ueda
 Paulo Cesar D. da Costa
 Paulo Cesar Durante
 Paulo César Puglisi
 Paulo César R. Pereira
 Paulo Eduardo C. S. Campos
 Paulo Eduardo da Silva
 Paulo Inacio da Silva
 Paulo Mattioli Junior
 Paulo Moacyr F. dos Santos
 Paulo Nery Figueiroa
 Paulo Roberto A. Gonçalves
 Paulo Roberto Primo
 Paulo Roberto Sabino Silva
 Paulo Rogério da Silva
 Paulo Sérgio da Silva
 Paulo Sérgio V. da S. Ferreira
 Paulo Shiguero Takahashi
 Pedro Carmo de Souza
 Pedro do Carmo Souza
 Pedro Luis Neves
 Pedro Luiz Christe Roschel
 Pedro Luiz Villas Boas
 Pedro Paulo Dias
 Per Gustav Hornell
 Perola Padovani
 Peter Gades
 Priscila P. de O. Nichioka
 Radomir Tomitch
 Rafael Adão Buozo
 Rafael Adelmo Perdiza
 Rafael Gonçalves Reinoso
 Rafaela Sabino da Silva
 Raimundo de Oliveira
 Raíssa Nassif Pereira
 Raquel Lopes de Oliveira
 Raquel P. Caldeira Beraldo
 Raul Pereira de Araújo
 Regiane da Costa Campos
 Regina Célia da M. Conceição
 Regina Celia dos S. Bernardelli
 Regina Lucia Cardoso Botega
 Reginaldo Sprangoski
 Reinaldo da Silva
 Reinaldo de Souza Santos
 Reinaldo Nicolli
 Renan Bueno Ferraciolli
 Renan Milaré Olivio
 Renata de França Lima
 Renata de O. Campos dos Reis
 Renata Margutti M. Folks
 Renata Maria de P. F. I. Abdalah
 Renata Molina
 Renata Trentim Stevanato
 Renato Augusto de Oliveira
 Renato Barbosa Maurer
 Renato Eduardo de O. Rot
 Renato Losada Martins
 Renato Ruy M. de Araújo
 Renato Torres Ferreira
 Renato Valcazara
 Ricardo Dias Erguelles
 Ricardo Francisco de Paula
 Ricardo Gomes Lasquevite
 Ricardo Gomes Lopes
 Ricardo Luiz Lorenzi
 Ricardo Monteiro Ribas
 Ricardo Nunes Garcia
 Ricardo Soares
 Ricardo Vieira da Silva
 Rita Angélica F. Ribeiro
 Rita de Cássia da S. Barbosa
 Rita de Cassia de Souza
 Rita de Cássia Dias C. Bacocchini
 Rita de Cássia F. dos Santos
 Rita de Cássia M. de Oliveira
 Rita de Cássia B. de Jesus
 Roberta Lopes Junqueira
 Roberta Mora D. de Aguiar
 Roberto Andre G. de Góes
 Roberto Cuchera
 Roberto Gonzalez Alvarez
 Roberto Grossmann
 Roberto Sylvio Gramani Junior
 Roberto Yokomizo
 Rodney Zagato
 Rodrigo Antônio N. dos Santos
 Rodrigo Moreira de Sa
 Rodrigo Sebilhano Perenette
 Rogerio Dal Col
 Rogério Jander da Silva
 Rogério Romeo Nogueira Neto
 Rogério Yajima
 Romeu de Paula
 Rosa Maria Cagnone
 Rosa Maria Rocha Pereira Neves
 Rosa Virgínia Saito Di Tullio
 Rosana Alves Rodrigues Jurado
 Rosana Aparecida G. Ambrozio
 Rosana C. de L. M. Minharro
 Rosana Camillo
 Rosana de Fátima Lopes Malicia
 Rosana Donizete P. de Oliveira
 Rosana Elisa Macedo Ungefehr
 Rosana Elisa Sperandio Nazato
 Rosana Ferronato
 Rosana Rogério A. Oliveira
 Rosana Tabata Suehiro
 Rosane Fátima S. F. Lourenço
 Rosângela Leite Filipo
 Roseane Ap. M. Pereira
 Roseane Fernandes Improta
 Rosemary Ap. Ferreira
 Rosemary Aparecida T. Galina
 Rosemeire Sena Lopes
 Rosiléia Santana
 Rosimar Minghim Planas
 Rosimeire Santiago
 Rosinês Maradei
 Rosinês Martini
 Rozeli Donda da Silva
 Rubens de Paula
 Rute Leme C. C. Pereira
 Ruth Maria G. Colletes Faria
 Salvador Gasparino da Silva
 Samantha Pavão M. Fernandes
 Sandra Aparecida Castro
 Sandra Aparecida G. da Silva
 Sandra Aparecida Perdoná
 Sandra Aparecida Sabbagh
 Sandra Cristina Balduino
 Sandra Maria E. M. Vergili
 Sandra Pavelqueires
 Sandra Puzzuoli
 Sandra Regina Alves Ramos
 Sandra Regina Damas Silva
 Sandra Regina Morandim
 Sandro Lima Coelho
 Sandro Rogério A. Oliveira
 Saulo do Carmo Alves
 Sebastião Claudino S. Ribeiro
 Sebastião Rodrigues Duran
 Sérgio A. Werneck de Almeida
 Sérgio Antonio Santos Neves
 Sergio José dos Reis
 Shirlei Lukachak
 Shirley Coffacci
 Sidnei Luciano Z. Ferreira
 Sidney Pascui
 Sidney Silva Santana
 Sidney Tadeu C. Lima Manoel
 Silas Paulo Tavares
 Silmara Amaral Neves Grassi
 Silmara de Fátima Buzo
 Silmara de Fátima M. Scavassin
 Silmara Marques Duran
 Silvana Aparecida Parra Belmiro
 Silvana da Matta
 Silvana Marta P. M. Ferreira
 Silvana Moreira de Oliveira
 Silvana Tognini
 Silvane Valguga Brod
 Silvia Aparecida S. Adalberto
 Silvia Aparecida Zucca
 Silvia de Fátima Souto R. Pereira
 Silvia de Oliveira
 Silvia Moura Frata
 Silvia Salla
 Silvia Valéria Piccoli
 Silvia Yuka Iwazawa
 Simone Alves dos Santos
 Simone de Cássia Zanutto
 Simone Oliveira da Silva
 Sirley Lopes
 Solange Aparecida Martins
 Solange Campos Pereira
 Solange de Fátima Dellasta
 Solange Garbarz
 Sônia Benvindo de Medeiros
 Sônia Maria de A. Siqueira
 Sonia Maria de Souza
 Sonia Maria Levy Alvarez
 Sonia Oliveira Barbosa
 Sonia Pagan Souza Cardoso
 Stefany Mancini
 Stella Maria de Paula
 Sudilene Mailho
 Suelane da Silva Fontes
 Sueli Campos Marques
 Sueli da Silva
 Sueli Regina Heitzmann
 Suely Seiko K. Takaoka
 Suely Vieira Martins
 Sumiê Nakata J. de Faria
 Susana Marques de Freitas
 Suzy Elaine Nobre de Freitas
 Tabajara Benedito S. C. Resende
 Taíza Aparecida Martins Bento
 Talita Naomi de Oliveira Takaki
 Talita Silva Queiroz
 Tatiana Almeida Mennucci
 Tatiana Almeida Valvassoura
 Tatiana da Costa
 Telma Cristina Souza Silva
 Teresinha Ap. de Melo Oliveira
 Tereza C. Avancini de Almeida
 Terezinha A. de Souza Dias
 Thaís Eleonora Madeira Buti
 Thais Greger Tavares
 Thais Helena Takahashi Iodes
 Thatiana de Barros Stellato
 Thelma Regina Paschoal
 Thiago Augusto do Nascimento
 Thiago dos Santos de Souza
 Umberto Ghilarducci Neto
 Vagner Luis Sedenho
 Valdecir Bernades
 Valdecir José dos Santos
 Valdelice Santos Oliveira
 Valdemar Alves dos Reis Junior
 Valdemir Almeida Santos
 Valdenio Gomes Acioli
 Valdete Ap. de Souza Silva
 Valdir Alves
 Valdir Boffi
 Valdir Campori
 Valdir Dias de Carvalho
 Valdir Tadeu Nonato Tonholi
 Valdirene Cardoso C. Vidal
 Valéria Cunha
 Valério Aparecido Benze
 Valério Mauricio Pinto
 Valeska Albin Zanetti
 Valmir Ferreira dos Reis
 Valter Curimbaba
 Valter Luis Golo
 Valter Martins
 Vanderlei Carneiro da Silva
 Vanduir Alves dos Santos
 Vanéia Morato do Amaral
 Vanessa Palota Silva
 Vera Lucia Avanso Franzo
 Vera Lúcia Charelli
 Vera Lucia R. de Souza
 Vera Lucia S. Vitória Sales
 Victor George P. de Carvalho
 Vilma Lucia de O. Warner
 Vilma Paz de Almeida
 Virginia Regina de Oliveira
 Virla Atallah
 Vivian Ferrari L. Scaranello
 Viviane Carvalho
 Vladimir Madeira da Silva
 Wagner Jose Zanetta
 Wagner Zorek
 Waldemar Mesquita Neto
 Wallace Germano Perroni
 Walquiria Pereira Feliciano
 Walter Moya Rodrigues
 Wanda Dias Lima Lui
 Wander Zauhy Filho
 Wanete Correia Abrão
 Werner Ferraz P. Meyer Junior
 Wesley de Mendonça Rodrigues
 Wilson Aparecido dos Santos
 Wilson Cesar Dionísio
 Wilson Gonçalves da Silva
 Wilson José do N. Sampaio
 Wilson Roberto Faim
 Wilson Soares Pinto Ferreira
 Wlamir E. Garcia
 Xavier Amador Neto
 Yara Lúcia Castro Rousseng
 Yara Maria Rosa Goulart
 Zeneide da Silva
 Zuleida Monteiro da Silva
 Zuleika N. M. Grilo Maciel



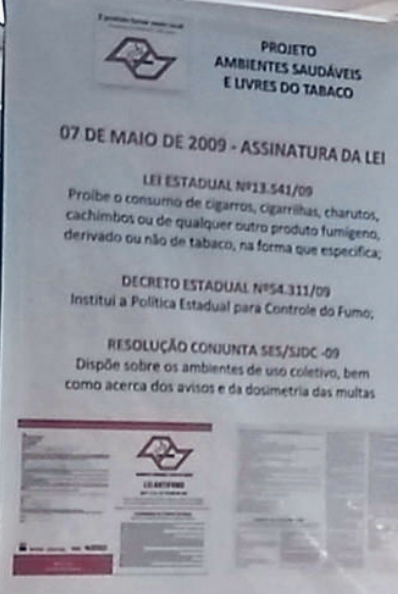
PROJETO AMBIENTES SAUDÁVEIS E LIVRES DO TABACO

07 DE MAIO DE 2009 - ASSINATURA DA LEI

LEI ESTADUAL Nº13.541/09
Proíbe o consumo de cigarros, cigarilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não de tabaco, na forma que especifica;

DECRETO ESTADUAL Nº54.311/09
Institui a Política Estadual para Controle do Fumo;

RESOLUÇÃO CONJUNTA SES/SIDC-09
Dispõe sobre os ambientes de uso coletivo, bem como acerca dos avisos e da dosimetria das multas



PROJETO AMBIENTES SAUDÁVEIS E LIVRES DO TABACO

APOIO LOGÍSTICO E OPERACIONAL




PROJETO AMBIENTES SAUDÁVEIS E LIVRES DO TABACO

FASE DE ORIENTAÇÃO À POPULAÇÃO E ESTABELECIDORES



PROJETO AMBIENTES SAUDÁVEIS E LIVRES DO TABACO

INÍCIO DA VIGÊNCIA DA LEI Nº13.541/09 A PARTIR DE 07 DE AGOSTO DE 2009



PROJETO AMBIENTES SAUDÁVEIS E LIVRES DO TABACO

PARTECIPANDO DO PROJETO



10

Fatos & Fotos



Painel faz contagem regressiva para início da lei antifumo em SP

Ele foi instalado em frente ao Instituto do Câncer de São Paulo. Ampulheta na região da Av. Paulista também marca tempo que falta.

Do G1, em São Paulo

Tamanho da letra

A- A+



Painel instalado no Instituto do Câncer (Foto: Divulgação/Secretaria da Saúde)

Um painel instalado nesta sexta-feira (31) em frente ao Instituto do Câncer de São Paulo, na Avenida Doutor Arnaldo, marca os dias, as horas e os minutos que faltam para a entrada em vigor da lei antifumo. A partir do dia 7 de agosto, será proibido fumar em qualquer ambiente fechado de uso coletivo no Estado de São Paulo.

Uma ampulheta instalada na Praça Oswaldo Cruz, na região da Avenida Paulista, também marca o tempo que falta para o início da lei. Com um cigarro dentro e o símbolo da lei antifumo no topo, a instalação faz a contagem regressiva para a regulamentação. A ampulheta também foi colocada em regiões centrais de Campinas, Ribeirão Preto e Santos.

Fiscais realizam nesta sexta-feira blitz educativas em São Paulo. Nesta tarde, os 500 fiscais estão percorrendo bares e restaurantes na capital paulista e nas cidades de Araraquara, Assis, Barretos, Bauru, Botucatu, Campinas, Caraguatatuba, Franca, Franco da Rocha, Itapeva, Jales, Marília, Mogi das Cruzes, Osasco, Piracicaba, Presidente Prudente, Presidente Venceslau, Registro, Ribeirão Preto,

Santo André, São João da Boa Vista, São José do Rio Preto, São José dos Campos, Santos, Sorocaba e Taubaté. À noite, haverá blitz no Tatuapé, na Zona Leste de São Paulo.

[Cidades](#)

Revista Veja São Paulo - 23 de Dezembro 2009

Maria Cristina Megid

Como chefe da Vigilância Sanitária estadual, ela garantiu que a lei antifumo não passasse em brancas nuvens de fumaça

Por **Giuliana Bergamo**

access_time 5 dez 2016, 19h02 - Publicado em 16 dez 2009, 17h07

Aos 32 anos, o irmão caçula da médica Maria Cristina Megid, chefe da Vigilância Sanitária estadual, foi vítima de uma obstrução coronariana grave. Pai de três garotinhas — gêmeas de 3 anos e a mais nova com 2 —, Antonio Carlos Megid precisou colocar um stent, dispositivo que ajuda a normalizar o fluxo sanguíneo em vasos obstruídos. “Meu irmão não tinha fator de risco algum para doenças cardiovasculares, nem era fumante. Mas estava exposto ao vício dos outros”, lembra Cristina. “A maioria de seus amigos era tabagista e ele trabalhava em um escritório onde quase todos fumavam.” Uma década depois do episódio, a médica, que nasceu em Botucatu (SP) e vive na capital há dezoito anos, teve a oportunidade de livrar milhares de pessoas de males semelhantes ao que abalou sua família. Ela foi encarregada de chefiar 500 fiscais espalhados pelo estado e fazer valer a lei antifumo, em vigor desde 7 de agosto. Segundo o último levantamento da Secretaria estadual da Saúde, 99,6% dos estabelecimentos cumprem a norma. “A lei pegou”, comemora.



















Créditos fotos:

Banco de Imagem (p.24,25,46,47,52A,62A,62B)

Maria Rita Negrão de Oliveira - CVS/CCD/SES-SP (p.7,96,97,106,107)

Paulo Cesar Alexandrowitsch - SES-SP (p.31,32,52B,53,99,100,101,102,103,104,105)

SES-SP Divulgação (p.34,38)

Fotos fornecidas pelo autor da matéria (p.55,59,63,64,66,67,68,69,70,71,73,74,75,76,77,78,79,85)

